UNIVERSIDADE FEDERAL DE PELOTAS
Faculdade de Enfermagem
Programa de Pós-Graduação em Enfermagem

Dissertação

A resiliência do estomizado por câncer colorretal

Renata Ferreira Fagundes

Pelotas, 2014

RENATA FERREIRA FAGUNDES

A resiliência do estomizado por câncer colorretal

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, nível Mestrado. Área de concentração: Práticas Sociais em Enfermagem e Saúde. Linha de pesquisa 2: Epidemiologia, práticas e cuidado na saúde e enfermagem da Universidade Federal de Pelotas, como requisito parcial à obtenção do título de Mestre em Enfermagem.

Orientadora: Profª. Enfª. Drª. Rosani Manfrin Muniz

Pelotas, 2014

Universidade Federal de Pelotas / Sistema de Bibliotecas
Catalogação na Publicação

F151r Fagundes, Renata Ferreira

A resiliência do estomizado por câncer colorretal / Renata Ferreira Fagundes ; Rosani Manfrin Muniz, orientadora. — Pelotas, 2014.

134 f.

Dissertação (Mestrado) — Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Faculdade de Enfermagem, Universidade Federal de Pelotas, 2014.

1. Estomia. 2. Colostomia. 3. Resiliência. I. Muniz, Rosani Manfrin, orient. II. Título.

CDD : 610.73

Elaborada por Aline Herbstrith Batista CRB: 10/1737

Renata Ferreira Fagundes

A resiliência do estomizado por câncer colorretal

Dissertação aprovada, como requisito parcial, para obtenção do grau de Mestre em Ciências da Saúde do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Faculdade de Enfermagem, Universidade Federal de Pelotas.

Aprovada em:

Banca examinadora:

.....
Profª. Enfª. Drª. Rosani Manfrin Muniz (Orientadora)
Doutora em Enfermagem Fundamental pela Universidade de São Paulo

.....
Profª. Enfª. Drª. Giovana Calcagno Gomes (Titular)
Doutora em Enfermagem pela Universidade Federal de Santa Catarina

.....
Profª. Enfª. Drª. Eda Schwartz (Titular)
Doutora em Enfermagem pela Universidade Federal de Santa Catarina

.....
Profª. Enfª. Drª. Celmira Lange (Suplente)
Doutora em Enfermagem pela Universidade de São Paulo

.....
Profª. Enfª. Drª Marilu Correa Soares (Suplente)
Doutora em Enfermagem pela Universidade de São Paulo

Dedico este estudo aos estomizados participantes da pesquisa, pois sem eles, não seria possível construí-la. Minha profunda admiração!

Agradecimentos

Primeiramente agradeço a Deus, pela vida, por todas as oportunidades de crescimento e por permitir a realização deste trabalho e me acompanhar em todos momentos desta caminhada. Muito Obrigada!

Ao meu marido Elisandro, não existe expressão para descrever o que significastes para mim durante essa trajetória. Agradeço por estar sempre ao meu lado e por ter me ajudado nas horas que mais precisei. Obrigada pelo estímulo, apoio, carinho, compreensão, amor e auxílio, sem o qual não teria conseguido concluir esse estudo. Você é muito importante na minha vida!

A minha amada mãe Marlene, que sempre me ajudou, disponibilizando-me todo carinho, e apoio que precisei, sem o qual não teria sido possível a realização desta obra. E ao meu pai Argeu (*in memoriam*) que sempre se esforçou para me dar educação, me dando força para seguir em frente e não desistir de meus objetivos. A vocês ofereço o meu imenso amor.

Aos meus irmãos Raquel e Daniel que me proporcionaram todo apoio, incentivo e compreensão, e por torcerem pela minha vitória e ficarem felizes com o meu sucesso.

Aos cunhados Jeane e Fábio, pelos estímulos e voto de confiança que sempre souberam oferecer.

Aos meus amigos e padrinhos Marta, Mauri e Gabi, obrigada pelo apoio, incentivo e pelas palavras de conforto que sempre me proporcionaram.

À família Costa Fagundes por compartilhar os momentos difíceis e felizes vivenciados durante essa jornada.

À minha orientadora Rosani Manfrin Muniz, pelo seu saber e experiência acumulados ao longo de anos de dedicação de ensino, pela sua competência, disponibilidade, solidariedade, paciência, amizade, carinho, e principalmente, pelo excelente exemplo, como pessoa e como profissional.

À enfermeira Sandra Marina Rosado, por ter me auxiliado na realização dessa pesquisa, és um modelo de pessoa e profissional a seguir. Obrigada pelo seu carinho e compreensão.

À banca examinadora (professoras Giovana, Eda, Celmira e Marilu) por suas contribuições na qualificação do projeto e da dissertação.

A todos os colegas que estiveram juntos nessa trajetória, em especial às colegas Virgínia, Louriele, Poliana, Anielle e Niviane, pelo compartilhar dos vários momentos desta caminhada.

Ao Programa de Pós Graduação da Faculdade de Enfermagem da Universidade Federal de Pelotas e aos docentes por contribuírem e possibilitarem minha formação profissional.

A todos os estomizados que se disponibilizaram a participar deste estudo e estiveram dispostos a me atender e contarem um pouco da sua história de vida. Muito obrigada pelos exemplos de vida e oportunidades de aprendizagem mútua.

Aos profissionais integrantes do programa de assistência ao estomizado, pela contribuição no presente trabalho.

Ao Centro de especialidades por aceitar a realização desta pesquisa.

Enfim, agradeço a todos que direta ou indiretamente contribuíram para a efetivação deste trabalho.

“Algo só é impossível até que alguém duvide e acabe provando o contrário.”

Albert Einstein.

Resumo

FAGUNDES, Renata Ferreira. A resiliência do estomizado por câncer colorretal. 2014. 134p. Dissertação (Mestrado). Programa de Pós Graduação em Enfermagem. Universidade Federal de Pelotas. Pelotas.

A pessoa estomizada por câncer precisa lidar com questões relacionadas às dificuldades que possam aparecer ao longo do período de adaptação, necessitando de um tempo pessoal para refletir e adaptar-se a sua condição, que por sua vez pode levar dias, semanas ou meses. Diante disso, surge a necessidade de buscar recursos que melhorem sua qualidade de vida. Nessa perspectiva, aponta-se a resiliência como um conceito aplicável para o entendimento do processo de adoecimento e recuperação. Este estudo teve como objetivo geral conhecer os fatores de risco e de proteção para a resiliência da pessoa com estomia por câncer colorretal. Realizou-se uma pesquisa qualitativa, exploratória e descritiva. Os informantes da pesquisa foram 12 colostomizados por câncer colorretal cadastrados no Programa de Assistência ao estomizado de um município do Sul do Brasil. A coleta dos dados ocorreu nos meses de junho a julho de 2014, no domicílio dos participantes. Os instrumentos utilizados foram: entrevista narrativa e observação assistemática registrada em diário de campo. Este estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Enfermagem da Universidade Federal de Pelotas, sob o número de protocolo 652.304/2014. A análise dos dados foi baseada na proposta de Minayo. Como resultados, foram construídas as seguintes temáticas: O contexto do adoecer por câncer colorretal, que permitiu extrair três subcategorias: Mudança na trajetória de vida: os primeiros sinais e sintomas da doença, A descoberta do diagnóstico do câncer e seu estigma, A necessidade do tratamento; Fatores de risco para resiliência e Fatores de proteção para resiliência. Como fatores de proteção apresentados pelos participantes destacaram-se o enfrentamento, a aceitação, a rede de apoio incluindo os familiares, os amigos, os profissionais de saúde, a espiritualidade e a religiosidade. Os fatores de risco encontrados foram o preconceito e a discriminação pela sociedade; a baixa autoestima em consequência da imagem corporal alterada; a dificuldade de relacionamento sexual, falta de informação pela sociedade sobre a doença e o despreparo dos profissionais de saúde em relação à estomia; o isolamento levando consequentemente à depressão; e o rompimento de atividades cotidianas. Espera-se que com este estudo os profissionais da saúde possam conhecer os mecanismos de enfrentamento, sejam eles bem sucedidos ou não, aprimorando conhecimentos, possibilitando melhor assistência e reabilitação as pessoas que estão inseridas num contexto repleto de obstáculos, mas que poderão ser superados se estimulados a desenvolverem, ao longo do tempo, a capacidade de se tornarem resilientes.

Palavras-chave: Estomia; Colostomia; Resiliência.

Abstract

FAGUNDES, Renata Ferreira. The resilience of estomized of colorectal cancer 2014. 134p. Dissertation (Master). Programa de Pós Graduação em Enfermagem. Universidade Federal de Pelotas. Pelotas.

The person stomized cancer to deal with issues related to the difficulties that may arise during the period of adaptation, requiring a personal time to reflect and adapt to their condition, which in turn can take days, weeks or months. Therefore, the need arises to seek resources to improve their quality of life. From this perspective, pointing to resilience as a concept applicable to the understanding of the illness and recovery process. This study aimed to know the risk and protective factors for the resilience of people with ostomy colorectal cancer. We conducted a qualitative, exploratory and descriptive research. Informants in the study were 12 colostomy colorectal cancer registered in Assistance Program ostomy a city in Southern Brazil. Data collection occurred during the months from June to July 2014, in the participants' homes. The instruments used were: narrative interviews and systematic observation recorded in a field diary. This study was approved by the Research Ethics Committee of the Nursing School of the Federal University of Pelotas, under protocol number 652304/2014. Data analysis was based on the proposal of Minayo. As a result, the following topics were built: The context of illness from colorectal cancer, allowing extract three subcategories: Change in life course: the first signs and symptoms of the disease, the discovery of the diagnosis of cancer and its stigma, the need of treatment; Risk factors for resilience and protective factors for resilience. As protective factors submitted by participants stood out coping, acceptance, support network including family, friends, health professionals, spirituality and religiosity. The risk factors were prejudice and discrimination by society; low self-esteem as a result of altered body image; the difficulty of sexual relationship, lack of information by society about the disease and the lack of preparation of health professionals in relation to the stoma; isolation consequently leading to depression; and the disruption of daily activities. It is hoped that this study health professionals to know the coping mechanisms, whether successful or not, improving knowledge, enabling better care and rehabilitation people that are inserted in a context full of obstacles, but that can be overcome if encouraged to develop, over time, the ability to become resilient.

Keywords: Ostomy, Colostomy; Resilience.

Lista de Figuras

Quadro 1- Artigos publicados sobre estratégias de enfrentamento..... 18

Quadro 2 – Relação de fatores de risco e fatores de proteção 112

Lista de abreviaturas e siglas

ABRASO -	Associação Brasileira de Ostomizados
CEP -	Comitê de Ética em Pesquisa
INCA -	Instituto Nacional de Câncer
NCCN -	National Comprehensive Cancer Network
SOBRARE -	Sociedade Brasileira de Resiliência
SUS -	Sistema Único de Saúde
TCLE -	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
UFPEL -	Universidade Federal de Pelotas

Sumário

1Introdução 13

1.1Pressupostos 16

1.2Justificativa 17

2 Objetivos 21

2.1Objetivo geral 21

2.2Objetivos específicos 21

3 Revisão de Literatura 22

3.1Uma discussão sobre o câncer colorretal x estomia 22

3.2Contextualizando a Resiliência 27

4 Referencial Teórico 33

5 Metodologia 37

5.1Caracterização do estudo 37

5.2Local do estudo 38

5.3Participantes do estudo 38

5.4Critérios de inclusão para seleção 38

5.5 Critérios de exclusão 39

5.6 Período de coleta 39

5.7Procedimento para coleta dos dados 39

5.8Análise dos dados 41

5.9Princípios éticos 42

5.10Divulgação dos resultados 43

6 Apresentaçãao e discussão dos resultados 44

6.1Caracterizando os participantes colostomizados por câncer colorretal: narrando histórias 44

6.2 Apresentação e discussão dos dados 61

6.2.1 Contexto do adoecer por cancer colorretal 61
6.2.1.1 Mudança na trajeetória de vida: os primeiros sinais e sintomas da doença 62
6.2.1.2 A descoberta do diagnóstico do câncere seu estigma 66
6.2.1.3 A necessidade do tratamento..... 76
6.2.2 Fatores de risco para resiliência 79
6.2.3 Fatores de proteção para resiliência..... 92
7 Considerações Finais 114
8 Referências..... 117
Apêndices..... 126
Anexos 131

1 Introdução

O Instituto Nacional de Câncer estimou para os anos de 2014 e 2015, 15.070 casos novos de câncer do cólon e reto em homens e 17.530 em mulheres no Brasil. O Rio grande do Sul tem uma taxa estimada de 25,61 casos para cada 100 mil homens e 27,43 casos para cada 100 mil mulheres, sendo que na região Sul é o quarto tipo de câncer mais frequente em homens e o terceiro nas mulheres (BRASIL, 2014).

De acordo com a Associação Brasileira de Ostomizados (ABRASO, 2012) existem cerca de 50.000 estomizados no Brasil e cerca de 5.000 estomizados no Rio Grande do Sul.

Entretanto, essa neoplasia é considerada de bom prognóstico se a doença for diagnosticada e tratada em estágios iniciais. A sobrevida média global após 5 anos se encontra em torno de 55% nos países desenvolvidos e 40% para países em desenvolvimento. Embora os avanços terapêuticos tenham permitido uma melhora na taxa de sobrevida e qualidade de vida, o impacto do diagnóstico de câncer ainda é aterrorizador, uma vez que permanece o estigma de doença dolorosa, incapacitante, mutilante e mortal (BRASIL, 2013).

Assim, quando se constata uma neoplasia no intestino faz-se necessário a realização de um procedimento cirúrgico com a remoção de uma parte do intestino criando então uma estomia. Estomia é a comunicação direta entre a superfície corporal e a porção restante do intestino, sendo aplicada uma bolsa no local da abertura externa, para captar o material expelido pelo intestino (BARBUTTI; SILVA; ABREU, 2008).

O câncer colorretal pode provocar à pessoa um intenso sofrimento, gerado tanto pela doença quanto pelo estoma que, na maioria das vezes, é definitivo. Deste modo, a pessoa que vivencia este tipo de câncer, sofre grande abalo, pois o diagnóstico, a realização de uma cirurgia mutiladora, a submissão a um longo tratamento quimioterápico e radioterápico, as limitações impostas pela presença do

estoma e da bolsa coletora, a redução das atividades diárias e sociais e a incerteza quanto ao futuro, são alguns aspectos que influenciam fortemente sua vida (PETUCO; MARTINS, 2006).

Os estomas intestinais temporários e permanentes resultam em mudanças na vida do usuário, tais como na função gastrointestinal, bem como fatores psicossociais, incluindo alterações na imagem corporal e na autoestima. Além de mudanças profundas decorrentes da estomia, a pessoa também deve lidar com o impacto físico e psicossocial (BACKES; BACKES; ERDMANN, 2013).

As repercussões advindas do diagnóstico da doença e a constituição de uma estomia geralmente são, em sua maioria, vivenciadas de forma negativa, pois é um momento de intenso sofrimento. Assim, surgem reações que ultrapassam todas as barreiras de raça, cor, sexo, idade, cultura, religião, causando diversos transtornos, obrigando a pessoa a iniciar uma mudança pessoal profunda (CASCAIS; MARTINI; ALMEIDA, 2007).

Dentre as mudanças, destacam-se a restrição e modificação do comportamento, que, muitas vezes podem estar relacionadas à alteração da imagem corporal, à insegurança em relação ao equipamento coletor, ao sentimento de vergonha, ao medo de se tornarem dependentes, situações que, consequentemente, levam à fragilidade e afetam a identidade das pessoas (PETUCO; MARTINS, 2006).

É possível observar também que estas reações causam mudanças que decorrem de mecanismos pessoais de enfrentamento, podendo ser de maior ou menor grau, visto que a sua ocorrência acarreta mudanças radicais em todas as dimensões da vida e podem vir acompanhadas de sentimentos de raiva, agressividade, depressão, entre outros (BARBUTTI; SILVA; ABREU, 2008).

Diante disso, questões relacionadas à como lidar com as dificuldades que possam aparecer ao longo do período de adaptação fazem parte da vida do estomizado. Para isso, a pessoa necessita de um tempo pessoal para refletir e adaptar-se a sua condição. Esse tempo pode levar dias, semanas ou meses (SONOBE; BARICHELLO; ZAGO, 2002).

Acredita-se que com o passar do tempo, a experiência do estomizado vai se modificando e dependendo da aceitação de sua doença e das possibilidades de adaptação encontradas, este desenvolve estratégias, com as quais passa a lidar com os problemas ou modificações ocorridas no seu cotidiano em função da

estomia, com o objetivo de reduzir a sensação física desagradável de um estado de estresse, e alterar o problema existente na relação entre a pessoa e o ambiente que está causando a tensão (COSTA; LEITE, 2009).

O medo da morte, a dependência dos familiares, a mudança na imagem corporal, a perda da função sexual, são incapacidades que interferem na realização do trabalho, lazer e relações interpessoais (SORIA et al., 2009).

Surge, então, a necessidade de buscar recursos que promovam qualidade de vida ao portador de estomia por câncer. Nessa perspectiva, aponta-se a resiliência como um conceito aplicável para o entendimento do processo de adoecimento e recuperação (REPPOLD et al., 2012).

Nas ciências da saúde e humanas, a resiliência é um tema novo, e se caracteriza pela capacidade do ser humano responder às demandas da vida cotidiana de forma positiva, apesar das adversidades que enfrenta ao longo de seu ciclo vital de desenvolvimento, resultando na combinação entre os atributos do indivíduo e de seu ambiente familiar, social e cultural (NORONHA, et al, 2009).

Resiliência é a capacidade de todo ser humano de adaptar-se à situação adversa, recorrendo a recursos internos (intrapsíquicos) e externos (ambiente social e afetivo). Pode ser compreendida como a manutenção de um processo normal de desenvolvimento apesar das condições difíceis, sendo algo sistemático, dinâmico e complexo, resultando da interação entre o indivíduo e o ambiente e capaz de atribuir significado a experiências inicialmente sem sentido, de forma a elaborá-las e, assim, superá-las (REPPOLD et al., 2012).

Silva *et al* (2009) corroboram que a resiliência é um fenômeno complexo, construído mediante a intersecção entre os múltiplos contextos com os quais o ser humano interage de forma direta ou indireta, e cuja presença é observada com mais clareza, quando está vivenciando uma situação adversa de caráter temporário ou constante na sua vida.

Neste pensar, a resiliência é um fenômeno caracterizado essencialmente pelos seguintes aspectos: a presença de condições adversas significativas, que constituem fatores de risco frequentemente associados à ocorrência de desajustamentos biopsicossociais diversos; e a demonstração de padrões de adaptação positiva diante da exposição do indivíduo aos fatores de risco em questão (REPPOLD et al., 2012).

Desta forma, a pessoa que enfrenta uma situação adversa, como a estomia por câncer colorretal, requer adaptação e reajustamento. Assim, ela precisa adquirir mecanismos para superar esses obstáculos, desenvolvendo com isso, a capacidade de se tornar resiliente.

Na Enfermagem, a resiliência passou a ser abordada a partir da década de 1990 com enfoque maior nos periódicos americanos e europeus, cujas publicações relacionavam-se às áreas da saúde mental, pediatria, enfermagem clínica e administração em enfermagem (LASMAR; RONZANI, 2009).

A resiliência tem sido abordada na Enfermagem e em outras áreas do conhecimento, com o enfoque na compreensão do estabelecimento da relação entre fatores de risco/vulnerabilidade e fatores de proteção inerentes ao indivíduo e ao ambiente, perante o enfrentamento das situações do cotidiano (SÓRIA et al, 2006).

Na área da estomaterapia, a resiliência é um tema relevante, pois o estoma, qualquer que seja sua origem, é reconhecido como fator de risco por ser considerado algo mutilante, incapacitante e aterrorizante que atinge milhões de pessoas no mundo, independente de classe social, cultura ou religião.

Logo, a realização de estudos que busquem aprofundar a compreensão sobre a experiência da pessoa estomizada por câncer é fundamental para que profissionais da saúde possam colaborar com o ser estomizado, identificando os fatores de risco que possam comprometer sua saúde, auxiliando na identificação dos fatores de proteção, a fim de facilitar a convivência com a situação da doença e auxiliar o indivíduo a transformar ou abandonar aquelas que sejam ineficazes para ele.

1.1 Pressupostos

Os estomizados com maior fator de risco para a resiliência são aqueles que apresentam dificuldades em lidar com as mudanças ocorridas pela confecção do estoma, e em adaptar-se a nova condição, trazendo com isso depressão, isolamento, tristeza e sentimento de fragilidade.

Os estomizados com maior fator de proteção de resiliência apresentam mais facilidade para buscar apoio da família, amigos, na espiritualidade, religiosidade e dos profissionais de saúde, enfrentando a estomia de forma autoconfiante, melhorando sua autoestima.

1.2 Justificativa

A equipe de enfermagem vivencia no cotidiano de cuidado, distintas situações com os pacientes portadores de estomia. Dessa forma, é importante conhecer a construção da resiliência pelo ser estomizado para que se possa ajudar as pessoas expostas aos fatores de risco a descobrir suas capacidades, para aceitar a nova condição e superá-la, a fim de tornarem-se pessoas resilientes e confiantes. Ainda, é importante conhecer como as características protetoras se desenvolvem e de que modo modificam a vida da pessoa.

Destaca-se a escassa produção científica nesta temática, pois, ao verificar a literatura produzida acerca da temática resiliência e estomizado, não foram encontrados artigos na literatura nacional e internacional. Para a busca dos artigos realizou-se uma pesquisa nas seguintes bases de dados: MEDLINE (*Medical Literature Analysis and Retrieval Sistem* on-line), disponibilizada pela PUBMED da *U.S. National Library of Medicine National Institutes of Health*, LILACS (Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde) da Biblioteca Virtual em Saúde (BVS), Biblioteca Virtual SCIELO, e o Portal da Capes.

Para a construção da estratégia de busca foram definidos como descritores em inglês para o PUBMED: *ostomy, colostomy* no primeiro bloco, e *Resilience* no segundo bloco, sendo posteriormente esse dois blocos cruzados, os quais foram previamente consultados no *Medical Subject Headings* (MESH) e para o LILACS e SCIELO foram usados descritores em português: ostomia, colostomia e resiliência, consultados previamente nos Descritores em Ciências da Saúde (DeCS). Na aplicação da estratégia de busca foi utilizado o conector boleano *OR* entre os blocos e *AND* para fazer o cruzamento.

Entretanto, ao buscar artigos com a temática estomizados e colostomizados que seria o mais próximo da temática escolhida, encontrou-se quatorze deles com foco em estratégias de enfrentamento utilizadas pelos portadores de estomia intestinal. Foi possível evidenciar que nove das publicações encontradas sobre esta temática são de origem nacional, seguido dos Estados Unidos, Reino Unido, e Canadá. Em relação ao método utilizado na elaboração da publicação, predominou o qualitativo.

Quanto ao ano de maior número de publicações foram 2008 e 2007. Ao analisar os estudos selecionados destacaram-se alguns aspectos, tais como: rede

de apoio (SILVA e SHIMIZU, 2007), repercussões que a estomia traz para a vida (BELLATO et al, 2007; SILVA e SHIMIZU, 2006; BANDEIRA, 1997; BARBUTTI, SILVA e ABREU, 2008; CASCAIS, MARTINI e ALMEIDA, 2007); e estratégias de enfrentamento (BERNABE e DELL'ACQUA, 2008; MARTINS, 1995; PETUCO, 1999; THOMAS, TURNER e MADDEN, 1988; KROUSE, et al, 2009; DAVID et al, 2008; SANTOS, CHAVES e KIMURA, 2006; REYNAUD e MEEKER, 2002).

Quadro 1 – Artigos publicados sobre estratégias de enfrentamento

AUTOR(ES)	TÍTULO	OBJETIVO	MÉTODO	RESULTADOS	PAÍS / IDIOMA	PERIÓDICO
SILVA, A. L., SHIMIZU, H. E.	A relevância da rede de apoio ao estomizado	Conhecer o apoio social utilizado pelas pessoas estomizadas, bem como, os seus benefícios para o enfrentamento das mudanças ocorridas no novo modo de vida.	Estudo qualitativo, que utiliza a técnica História Oral.	Os resultados demonstraram três suportes de rede de apoio para minimizar o sofrimento das pessoas estomizadas: as crenças religiosas e espirituais, o apoio da família e a Associação dos Ostomizados.	Brasil/português.	Revista Brasileira de Enfermagem, Brasília, mai-jun., v.60, n.3, p. 307-311, 2007.
BELLATO, R.; MARUYAMA, S. A. T., SILVA C. M.; CASTRO P.	A condição crônica ostomia e as repercussões que traz para vida da pessoa e sua família.	Compreender a partir das perspectivas das pessoas que vivenciam a condição crônica de ostomia ou de sus cuidadores, quais as repercussões que essa condição trouxe para a sua vida cotidiana e à de sua família.	Estudo qualitativo, descritivo e exploratório que utiliza a História de vida focal.	Encontrou-se como estratégias de enfrentamento a criação e manutenção de relações sociais e atividades de lazer.	Brasil/português.	Ciência, cuidado e saúde, jan.mar. v. 6, n.1, p. 40-50, 2007.
BERNABE, N. C.; DELL'ACQUA, M. C. Q.	Estratégias de enfrentamento (coping) de pessoas ostomizadas.	Compreender a experiência de pessoas com derivações intestinais, quanto ao enfrentamento à nova condição de vida.	Estudo qualitativo	Revelou-se estratégias de enfrentamento baseadas na emoção, como no problema.	Brasil/português.	Revista Latino Americana de enfermagem, jul-ago., v. 16, n. 4, 2008.
SILVA, A. L., SHIMIZU, H. E.	O significado da mudança no modo de vida das pessoas com estomia.	Identificar e analisar as principais modificações que ocorrem no modo de vida do portador de estomia intestinal definitiva e as principais estratégias desenvolvidas para enfrentar a situação de ser estomizado.	Estudo qualitativo do tipo história oral.	Identificou-se a busca pela rede de apoio, dentre essas, a família, espiritualidade e religião e o apoio da Associação dos Estomizados.	Brasil/português.	Revista Latino Americana de enfermagem, jul-ago., v. 14, n. 4, p. 483-490, 2006.
BANDEIRA, M. N. C.	O estomizado e as circunstâncias de adaptação da sua vida no domicílio.	Conhecer as circunstâncias adaptativas de vida do ostomizado no seu domicílio.	Estudo qualitativo, descritivo conforme o modelo de Callista Roy.	Identificou-se como estratégia a busca de apoio na família.	Brasil/português.	Fortaleza, s/ n., p.73, 1997

MARTINS, M. L.	Ensinando e aprendendo em grupo, a enfrentar situações vivenciadas por pessoas ostomizadas a partir da formação de grupos, possibilitando estratégias de enfrentamento efetivas.	Desenvolver a educação em saúde participativa com pessoas ostomizadas	Relato de prática assitencial	Identificou-se como estratégia de enfrentamento a busca de conhecimento exercitando habilidades, a busca de rede de apoio, e a busca da relação dialógica de sujeito-sujeito.	Brasil/português.	Florianópolis, s/ n. agosto, 195 p., 1995.
PETUCO, V. M.	A bolsa ou a morte. Estratégias de enfrentamento utilizadas pelos ostomizados de Passo Fundo/RS.	Buscou-se identificar quais as estratégias de enfrentamento utilizadas pelos estomizados para se adaptar à nova situação.	Estudo qualitativo	Foram encontradas estratégias de enfrentamento passivo com enfoque na emoção, nos problemas e em ambos.	Brasil/português.	Revista da Escola de Enfermagem da USP, v. 33, n. especial, 1999.
THOMAS, C.; TURNER P., MADDEN, F.	Enfrentamento e o resultado da cirurgia estoma.	Lidar com respostas para o diagnóstico subjacente e ao estoma.	Estudo quantitativo, prospectivo.	Identificou-se como estratégia de enfrentamento o espírito de luta para se adaptar a nova condição.	Reino Unido, Inglês.	Journal Psychosom Research, v. 32, n. 4-5, p. 457-467, 1988.
KROUSE, R. S. et al	Enfrentamento e aceitação: o maior desafio para os veteranos com estomias intestinais.	Compreender melhor as perspesctivas dos pacientes em relação ao seu maior desafio.	Estudo qualitativo.	As estratégias de enfrentamento incluim o uso do humor, o reconhecimento de mudanças positivas resultantes do estoma, e normalização da vida com uma estomia.	Estados Unidos, Inglês.	Journal Psychosom Research, v. 66, n. 3, p. 227-233, 2009.
DAVID, N. B. et al	Lutas, forças e estratégias: um estudo etnográfico a explorar as experiências de adolescentes que vivem com uma estomia.	Explorar as experiências dos adolescentes e da qualidade de vida após a cirurgia de ostomia.	Estudo qualitativo, etnográfico.	Foi encontrada como estratégia de enfrentamento fonte de forças na família e amigos.	Canadá, Inglês.	Saúde, outcomes vida qual. V. 6, p. 114, 2008
SANTOS, V. L. G.; CHAVES, E.C.; KIMURA, M.	Qualidade de vida e coping de pessoas com estomas temporários e permanentes.	Avaliar e comparar o uso de estratégias de enfrentamento e qualidade de vida entre os indivíduos com estomas temporários e permanentes.	Estudo quantitativo, descritivo e transversal.	Foram encontradas estratégias como fuga e esquiva, e a reavaliação positiva foi encontrada com frequência nos pacientes com estoma temporário, e nos indivíduos com estomas definitivos existiu correlação entre o psicológico e o espiritual.	Brasil/inglês.	Journal Wound Ostomy Enfermagem continência. Set-Out., v. 33, n. 5, p. 503-509, 2006.
REYNAUD, S. N.; MEEKER, B. J.	Lidar com estilos de enfrentamentos de adultos mais velhos com ostomia.	Descrever os estilos de enfrentamento dos idosos depois de uma cirurgia de ostomia e explorar a sua utilidade ao lidar com	Estudo quantitativo	Demonstraram estilos otimistas e auto-suficientes de enfrentamentos. Além disso, o envelhecimento não é um fator quando se considera estilos de enfrentamento dos	Estados Unidos, Inglês.	Journal Gerontol Enfermagem. Maio, v. 28, n. 5, p. 30-36, 2002.

		estressores relacionados a ter uma ostomia.		adultos mais velhos.		
BARBUTTI, R. C. S.; SILVA, M. C. P. ABREU, M. A. L.	Ostomia, uma difícil adaptação.	Identificar alterações causadas pela confecção de uma ostomia, em uma visão geral sobre o processo de viver do paciente ostomizado.	Revisão de Literatura	Identificou-se a busca de suporte social principalmente na família.	Brasil, Português.	Revista SBPH, Rio de Janeiro, dezembro, v. 11, n. 2, 2008.
CASCAIS, A. F. M. V.; MARTINI, J. G.; ALMEIDA, P. J. S.	O impacto da ostomia no processo de viver humano	Dar uma visão geral dos estudos existentes acerca do processo de viver da pessoa ostomizada	Revisão de Literatura	Encontrou-se como estratégias o suporte familiar e o atendimento profissional	Brasil, Português.	Texto e Contexto enfermagem, Florianópolis, jan-mar.; v.16, n. 1, p. 163-167, 2007.

Considera-se importante o desenvolvimento de estudos nesta área para aprofundar a compreensão sobre os fatores de risco e de proteção para resiliência pelos estomizado por câncer, visto que a temática não é encontrada na comunidade científica, contudo é de extrema relevância para a adaptação do indivíduo estomizado.

Nesta linha de pensamento, a resiliência é um conceito que prioriza o potencial dos seres humanos para produzir saúde, em vez de se ocupar apenas com transtornos e disfunções, como acontece quando o modelo de assistência é biomédico-hospitalocêntrico (SILVA et al, 2005).

Frente ao impacto causado pela estomia por câncer e a necessidade de investigar e pensar estratégias que permitam identificar os fatores de risco e proteção para resiliência a estas pessoas, como forma de promover qualidade de vida, aprimorar a assistência prestada e possibilitar a reabilitação da pessoa junto à sua família, justifica-se a relevância desse estudo.

Assim, o presente estudo tem como questão norteadora:

Quais os fatores de risco e de proteção para resiliência da pessoa com estomia por câncer colorretal?

2 Objetivos

2.1 Objetivo geral:

Conhecer os fatores de risco e de proteção para resiliência da pessoa com estomia por câncer colorretal.

2.2 Objetivos específicos:

Investigar o contexto do adoecer por câncer e a realização da estomia intestinal.

Identificar os fatores de risco para resiliência no processo de adoecer por câncer colorretal.

Identificar os fatores de proteção para resiliência da pessoa com estomia por câncer colorretal.

3 Revisão de Literatura

3.1 Uma discussão sobre o câncer colorretal x estomias

De acordo com o Instituto Nacional de Câncer (INCA), câncer é o nome genérico dado a um vasto grupo de doenças caracterizadas pelo crescimento desordenado (maligno) de células que invadem os tecidos e órgãos, podendo espalhar-se (metástase) para outras regiões do corpo (BRASIL, 2013).

Assim, com o aumento da expectativa de vida do povo brasileiro, as neoplasias vêm ganhando cada vez maior importância no perfil de mortalidade do país, ocupando o segundo lugar como causa de óbito e configurando-se como um problema de saúde pública. Neste contexto, o câncer do cólon e reto, doravante chamado de câncer do intestino, encontra-se entre os dez primeiros tipos de câncer mais incidentes no Brasil, tanto no sexo masculino como no feminino (BRASIL, 2013).

A incidência do câncer do cólon e reto está aumentando em países onde o risco era considerado baixo, como o Japão e outros países Asiáticos. A Organização Mundial da Saúde (OMS) estimou que, no ano 2030, podem-se esperar 27 milhões de casos incidentes de câncer, 17 milhões de mortes por câncer e 75 milhões de pessoas vivas, anualmente, com câncer. O maior efeito desse aumento vai incidir em países de baixa e média renda. Quanto ao número de mortes por câncer de cólon e reto o INCA registrou no ano 2010, 13.344 casos, sendo 6.452 em homens e 6.892 em mulheres (BRASIL, 2013).

Dentre as várias incidências de neoplasias, as intestinais têm aumentado no Brasil nos últimos anos. Assim, a abordagem ao paciente portador dessa neoplasia sofreu mudanças, em decorrência do melhor prognóstico e conduta para essa doença (BRASIL, 2013).

Para Santos e Cesaretti (2000), ao indagar e refletir sobre o universo da pessoa com câncer, depara-se com diversas implicações do que isto significa.

Geralmente, a pessoa com câncer de cólon e reto, que é submetida a uma intervenção cirúrgica para criação de uma estomia, enfrenta uma série de mudanças em relação às quais necessita se adaptar.

Deste modo, o cuidado com a pessoa com câncer que sofrerá uma estomia começa desde o momento em que o diagnóstico é revelado, pois o impacto será duplo, a estomia e o câncer, constituindo um risco de vida para a pessoa. No primeiro momento é atribuído à incerteza da cura e à possibilidade da morte eminente; o segundo momento refere-se ao impacto que provoca a deterioração da imagem, a vergonha e o medo da rejeição (CASCAIS; MARTINI; ALMEIDA, 2007).

Para Cascais, Martini e Almeida (2007) a estomia é um procedimento cirúrgico que consiste na extração de uma porção do tubo digestivo, neste caso do intestino, e na abertura de um orifício externo, que se designa por estoma. A finalidade do estoma é o desvio do trânsito intestinal para o exterior. Uma pequena bolsa é, então, firmemente ajustada à abertura, e os dejetos que o corpo produzir vão fluir para dentro da bolsa, que deve ser esvaziada de acordo com a necessidade.

A palavra estoma[1] tem origem grega, "*stóma*"*,* e exprime a idéia de boca. A ostomia (ou estomia) é conhecida desde o ano 350 a.C., sendo considerada uma das mais importantes realizações cirúrgicas, pois possibilita a sobrevida da pessoa acometida por câncer colorretal (MARUYAMA; ZAGO, 2005).

O estoma caracteriza-se por uma coloração vermelho vivo, sendo elástico ao toque, e por tratar-se de uma mucosa, é sensível e pode sangrar se esfregado. Por esta razão, no momento da higiene, deve-se utilizar panos macios (INCA, 2013).

Dependendo da localização, a colostomia pode ser classificada em Colostomia Ascendente- as fezes são líquidas; Colostomia Transversa – as fezes são semi-líquidas; Colostomia Descendente – as fezes são formadas; e Colostomia Sigmóide – as fezes são firmes e sólidas (INCA, 2013).

---

[1]O termo ostomia foi substituído por estomia que é a forma correta de escrever. Porém, devido ao fato de existirem literaturas com a palavra ostomia, será utilizado as duas formas. De acordo com a Academia de Letras, Ostomisado é a forma incorreta de "ostomizado", neologismo mal formado e, assim como ostomia, é inexistente nos dicionários. Correto seria estomizado, do grego stóma, boca, e –izado. Em português, as formas derivadas de stoma fazem-se com e, não o, quando inicia palavra: estoma, estomatite, estomódio. Não há "ostoma", nem "ostomia". Estoma é nome regular, autônomo e existente no léxico (FERREIRA, 1999).

As neoplasias constituem as razões mais predominantes para colostomias, que por sua vez, podem ser temporárias, ocorrendo o fechamento em um tempo que varia de acordo com as condições relativas do portador; ou definitivas, perdurando por toda a vida da pessoa (BELATO et al, 2005).

Já, o tratamento do câncer colorretal consiste em procedimento cirúrgico, quimioterapia e radioterapia, sendo as duas últimas terapias associadas à cirurgia. A ressecção cirúrgica do local afetado e a realização de uma colostomia permanente constituem-se na mais efetiva terapia para o câncer colorretal, porém, muitos pacientes desconhecem ou não são informados a respeito da cirurgia e do pós-operatório (BRASIL, 2008).

O Instituto Nacional de Câncer ressalta que o desenvolvimento de várias formas comuns de câncer é resultado da interação entre fatores endógenos e ambientais, sendo o mais notável desses fatores a dieta. Uma dieta com base em um alto consumo de frutas, vegetais frescos, cereais e peixes, bem como a prática de atividade física estão associadas a baixo risco de desenvolvimento do câncer do cólon e reto (BRASIL, 2013).

Por outro lado, o consumo excessivo de carne vermelha, embutidos e bebidas alcoólicas, o tabagismo e a obesidade ou o sobrepeso favorecem o desenvolvimento deste tipo de câncer. Os fatores de risco mais relevantes são a história familiar de câncer colorretal e a predisposição genética ao desenvolvimento de doenças crônicas do intestino. A idade também é considerada um fator de risco, uma vez que tanto a incidência como a mortalidade aumentam com o passar dos anos (BRASIL, 2013).

A história natural da neoplasia intestinal propicia condições ideais à sua detecção precoce. A pesquisa de sangue oculto nas fezes e métodos endoscópicos são considerados meios de detecção precoce para este câncer, pois são capazes de diagnosticar e remover pólipos adenomatosos colorretais (precursores do câncer do cólon e reto), bem como tumores em estágios iniciais. Contudo, estas estratégias não têm o objetivo de diagnosticar pólipos ou lesões planas, mas sim de diminuir a incidência e a mortalidade por esse tipo de neoplasia.

Percebe-se, ainda, que a visão que o estomizado tem sobre o uso da bolsa de colostomia constitui desafio para sua adaptação à nova condição, necessitando rever o seu momento de perdas a fim de encontrar forças para aceitar e trabalhar

novas perspectivas de vida (SONOBE; BARICHELLO; ZAGO, 2002).

De acordo com Dázio (2008), enfermeiros brasileiros já demonstraram, por estudos interpretativos, que os distúrbios físicos e psicossociais acarretados pelo câncer colorretal, cirurgia e estoma comprometem a qualidade de vida da pessoa e de sua família.

Considerando que os pacientes com câncer de colón e reto apresentam as funções física, psicológica, cognitiva e social afetadas pela doença e pelo tratamento, o estudo de Nicolussi e Sawada (2010) buscou avaliar as evidencias disponíveis na literatura sobre o conhecimento científico produzido relacionado à qualidade de vida do paciente adulto com câncer de cólon e reto. O mesmo apontou que o diagnóstico e o tratamento para o câncer afetam vários domínios da qualidade de vida relacionada à saúde do paciente com câncer de cólon e reto e que fatores como a prática de exercícios, o aumento da aptidão cardiovascular, o estado de boa nutrição, a presença de suporte psicossocial e de rede social favorecem uma qualidade de vida melhor.

Diante disso, as autoras ressaltam que o Enfermeiro pode atuar em estudos de avaliação de qualidade de vida em pacientes com câncer de cólon e reto por meio de intervenções de suporte psicossocial ao indivíduo e a sua família, incluindo os apoios emocional, informacional e instrumental. Além disso, incluí-se programas para a realização de atividade física e sessões de relaxamento desde que não haja contra-indicações, podem levar ao bem-estar físico, mental e social e, consequentemente, a melhor qualidade de vida relacionada à saúde.

Para Souza et al (2011), estar com uma colostomia em condição temporária envolve enfrentar os desafios diários, ainda mais quando se considera que mesmo com limitações no cotidiano e com as repercussões no autoconceito e na autoimagem, a colostomia também é visualizada como uma possibilidade de vida, e o limite temporal passa a ser uma condição confortadora e amenizadora do sofrimento delas.

No entanto, após o choque inicial, a pessoa ao se ver portador de uma estomia, relata que surgem, frequentemente, momentos de depressão por vezes prolongados, e que dificultam a própria aceitação de sua condição. Para Farias; Gomes e Zappas (2004), a tristeza é quase sempre acompanhada pela perda do prazer em atividades que antes eram valorizadas. Assim, o portador de um ostoma apresenta diversas alterações no seu viver que lhes dificultam a realização de

ações de autocuidado. A maioria deles não gosta de viver com um ostoma, e um dos maiores problemas enfrentado pelos portadores de ostomias é a grande dificuldade em aceitar sua nova condição de vida, o que interfere na realização do seu autocuidado.

Com isso, o transtorno orgânico sentido pelos sintomas da doença, o diagnóstico, o prognóstico, com sua correspondente carga de estereótipos socioculturais, a intervenção cirúrgica e as sequelas permanentes obrigam o ostomizado a realizar profundos reajustes nos seus planos existenciais. Como consequência, adquire sentimentos de ameaça, de perda, de desesperança, de medo, de angústia, de ansiedade, de depressão, de perda da própria autoestima, de sofrimento frente ao próprio corpo que escapa do seu controle. A enfermidade libera uma cadeia de acontecimentos que requerem a mobilização de todos os recursos disponíveis para preservar a estrutura de sua personalidade (FARIAS; GOMES; ZAPPAS, 2004).

De acordo com Dázio, Sonobe e Zago (2009) a revelação do diagnóstico desencadeia um processo de questionamentos, entre eles o porquê da doença nessa etapa da vida.

Para Farias, Gomes e Zappas (2004) há diversas alterações causadas por uma ostomia na vida de seus portadores, bem como a complexidade de fatores que estão envolvidos no seu viver. Cada ser humano, na sua singularidade e historicidade, possui crenças e valores específicos que determinam diferentes formas de enfrentamento das doenças e das suas sequelas. Alguns ostomizados conseguem adaptar-se a esta nova forma de viver mais rapidamente do que outros; alguns se sentem apoiados por suas famílias, enquanto outros vivem esta situação mais solitariamente.

Contudo, estes são fatores que influenciam a perspectiva dos pacientes quanto ao seu futuro. As alterações vividas são variadas, como o medo da situação, a adaptação ao uso de materiais e equipamentos, a imagem corporal alterada e autoestima diminuída, perda do controle do esfíncter, o corpo disfuncional, o estigma, presença ou não de complicações cirúrgicas no pós-operatório e problemas referentes à vivência de sua sexualidade (FARIAS; GOMES; ZAPPAS, 2004).

Já, em relação ao comportamento das pessoas frente ao ostomizado, muitos relatam que alguns colegas, amigos ou familiares se afastam, enquanto

outros procuram se aproximar como forma de dar-lhes apoio (SILVA; SHIMIZU, 2007).

Contudo, Souza et al (2011), defendem que nos processos de adoecimento, as pessoas interpretam e reinterpretam os significados de vida, saúde, doença, família. Desse modo, como profissionais de saúde, é possível, em momentos de interação com estas pessoas, estabelecer diálogo que as mobilizem a canalizar suas energias de forma a ressignificar sua própria vida, considerando que os aspectos socioculturais têm papel relevante nas explicações sobre o processo de adoecimento, assim como no enfrentamento do sofrimento e de sua superação.

3.2 Contextualizando a Resiliência

O termo resiliência origina-se do latim *resilien*se e significa saltar para trás, voltar, ser impelido, recuar, encolher-se, romper. Na língua inglesa, *resilient* sugere à idéia de elasticidade e rápida capacidade de recuperação, assim como a habilidade de voltar rapidamente para o seu estado de saúde normal ou de espírito após passar por doenças e dificuldades (SÓRIA et al., 2009).

Já em relação às origens etimológicas, de acordo com as autoras acima a palavra “resiliência” comporta a ideia, presente na física, de um retorno ao que se era. Para a área da física, resiliência significa flexibilidade, ou seja, a capacidade que uma substância tem de retornar à sua forma original, que estuda até que ponto o material sofre impacto e não deforma (SÓRIA et al., 2006).

Na passagem da década de 1970 para 1980, pesquisadores americanos e ingleses voltaram sua atenção para o fenômeno das pessoas que permaneciam saudáveis apesar de expostas a severas adversidades, chamando inicialmente essas pessoas de invulneráveis e o fenômeno, de invulnerabilidade, com o tempo este termo foi substituído por resiliência (BRANDÃO; MAHFOUD; GIANORDOLI-NASCIMENTO, 2011).

Para os autores citados acima, de modo geral, ingleses e norte-americanos entendem a resiliência como resistência ao estresse, enquanto brasileiros e pesquisadores latinos têm uma concepção da resiliência ora como resistência ao estresse, ora como associada a processos de recuperação e superação de abalos emocionais causados pelo estresse.

A Sociedade Brasileira de Resiliência (SOBRARE) define resiliência, no ser humano, como a competência desenvolvida a partir de crenças e valores básicos que estruturam o comportamento para a superação. Os resilientes enfrentam situações adversas com habilidade de enxergar, compreender e tomar decisões apropriadas com o objetivo de superar e vencer obstáculos nas diferentes áreas da vida (SOBRARE, 2013).

É importante considerar, no entanto, em relação à resiliência entendida como possibilidade de recuperação que, atualmente, autores nacionais e internacionais de renome avançaram muito nesta concepção e definem que a capacidade de resiliência vai muito além de se recuperar de um dano, pois implica uma superação do que se era, bem como crescimento pessoal (JUNQUEIRA; DESLANDES, 2003; ASSIS; SILVEIRA, 2006; UNGAR, 2005, PESCE; AVANCI, 2006).

Por outro lado, projetos de resiliência baseados em concepções de recuperação e superação já se voltam aos que se mostram mais fragilizados diante de adversidades, com objetivos de fortalecê-los, recuperá-los e torná-los mais fortes (BRANDÃO; MAHFOUD; GIANORDOLI-NASCIMENTO, 2011).

Para ser resiliente, as emoções precisam ser expressas, sejam elas positivas ou negativas. O otimismo e a autoeficácia, geralmente caminham juntos, resultando na motivação para a busca de soluções às dificuldades (BELANCIERI et al., 2010).

Conforme Sória et al. (2009), a resiliência deve ser abordada na formação dos profissionais de saúde com competência e habilidades compatíveis, articulando saberes e fazeres em consonância com a realidade que irão atuar.

A Resiliência trata de um fenômeno complexo e dinâmico que se constrói de forma gradativa, a partir das interações vivenciadas pelo ser humano e seu ambiente, que podem promover a capacidade de enfrentar com sucesso situações que representam ameaça ao seu bem estar (SILVA et al., 2005).

Para Sória et al. (2006), o termo resiliência pode ser definido como a capacidade que o ser humano tem de enfrentar dificuldades, pressão psicológica e, mesmo assim, não obter danos psicológicos, tornando-se uma pessoa melhor graças a essa situação ou desafio, utilizando-a para o seu crescimento pessoal.

Do ponto de vista da Psicologia e da Sociologia a resiliência, relaciona-se a uma qualidade e uma capacidade das pessoas, individualmente ou em grupo,

resistirem a situações adversas sem perderem o seu equilíbrio inicial, isto é, a capacidade de se acomodar e reequilibrar constantemente (TAVARES, 2001apud SORIA, 2009).

Assim, para que a pessoa seja considerada resiliente é necessário uma combinação de fatores de risco e de proteção. Ela pode ser desenvolvida ao longo da existência, quando o indivíduo apropria-se de sua realidade e a transforma (BELANCIERI et al., 2010).

O foco usado pela Psicologia que relaciona os fatores de risco com o que não vai bem na vida das pessoas, faz com que muitos profissionais, sobretudo aqueles que trabalham com populações em situação de risco pessoal e social, enfatizem o que Junqueira e Deslandes (2003) chamam de determinismo social[2] e fatalismo.

Estes autores destacam a necessidade de que estas populações possam ser vistas não simplesmente como vítimas de um sistema social injusto. Reforçam a atitude de resgatar e fortalecer as dimensões sadias da pessoa, que possibilitam luta e superação das situações de risco. Ultrapassam, assim, o determinismo social, o preconceito e os estereótipos macrossistêmicos, marcados por um discurso que ressalta e supervaloriza deficiências e prejuízos, e que está pouco atento às estratégias utilizadas para superar as adversidades enfrentadas (JUNQUEIRA; DESLANDES, 2003).

De acordo com Koller e Antoni (2004), a relação das pessoas com eventos estressores passa por distintos graus de ocorrência, intensidade, frequência, duração e severidade. Nesse sentido, o impacto dos eventos estressores é ainda determinado pela forma como eles são percebidos.

---

[2]Determinismo social é um fenômeno que aprecia o comportamento humano. Teoria criada no século XVIII, diz que o indivíduo é o produto do meio. Para os deterministas não há possibilidade de escolhas, não há um objetivo a atingir, pelo contrário, existe uma sucessão de fatos que o homem não pode interromper e escapar deles. Tudo já está previamente determinado (BARROS, 2012).

A maneira como uma pessoa é transformada fisicamente e como passa a lidar com a situação dependerá do contexto no qual aconteceu, quais são os ambientes que ela frequenta, sua rede de apoio, seu momento no desenvolvimento, suas experiências, seus processos psicológicos e características individuais (POLETTO; KOLLER, 2008).

De acordo com Cecconello (2003) é necessário investigar a maneira como as pessoas percebem e enfrentam as adversidades decorrentes dos processos vivenciados, bem como a influência do contexto e do tempo em que estão vivendo. O processo de resiliência, contudo, pode ser potencializado ou prejudicado quando, em face das adversidades significativas, o indivíduo sofre a influência dos fatores de proteção e/ou risco, respectivamente (JÚNIOR; ZANINI, 2011).

De acordo com Rutter (1987), os fatores de risco são aqueles que, aumentam a probabilidade do indivíduo de, na vivencia de adversidades significativas, ter seu desenvolvimento comprometido. A pobreza, as perdas afetivas, as enfermidades, o desemprego, as guerras, as calamidades entre outras, são algumas situações que comprometem a capacidade de resiliência do indivíduo.

Em contrapartida, os fatores de proteção são aqueles que, na presença de adversidades significativas, aumentam a probabilidade do indivíduo desenvolver-se bem. Neste sentido, os fatores de proteção modificam, melhoram ou alteram a resposta a um resultado não adaptativo (RUTTER, 1987).

Já, Zanini e Forns (2005) ressaltam que risco e proteção não são dois lados de uma mesma moeda. Ao contrário, a determinação dos fatores de risco e proteção deve ser processual e incluir uma análise situacional do problema enfrentado, seu impacto na saúde do indivíduo, as estratégias de enfrentamento utilizadas e o resultado obtido.

Além disso, os fatores de risco e proteção serão considerados conforme a percepção de cada indivíduo, visto que um fator pode ser considerado como de risco em um contexto e situação específica, enquanto em outro ou em um momento diferente no tempo, ser considerado de proteção (ZANINI; FORNS, 2005).

De acordo com Cowanet al (1996) apud Carvalho (2007), existem três formas pelas quais os indivíduos podem superar a situação de risco: eles podem não ter vivenciado muitas das experiências estressantes que tendem a ser associadas com o risco; eles podem desenvolver habilidades de enfrentamento

para contra-atacar o risco e responder com mudanças que cancelam o impacto negativo do risco e o fazem avançar a novos níveis de adaptação; e eles podem dispor de algum fator de proteção que diminua o impacto do risco.

De acordo com esta perspectiva, mais do que recuperar um estado anterior após uma situação de estresse/trauma, a resiliência, no contexto humano, implica superação da dificuldade enfrentada, possibilitando uma re-significação e/ou a construção de novos caminhos diante da adversidade (CARVALHO et al, 2007).

Trata-se, então, de uma capacidade a ser construída ao longo do processo de desenvolvimento humano. Além disso, resiliência não é uma característica estática, mas um processo, que não é ativado para toda e qualquer situação, nem a todo o momento, como por vezes aparecia na ideia original associada à invulnerabilidade (JUNQUEIRA; DESLANDES, 2003).

Assim, a resiliência não é um processo linear nem estanque, visto que um indivíduo pode se apresentar como resiliente diante de uma situação e, posteriormente, não o ser diante de outra situação e, eventualmente, até mesmo diante da mesma situação (MORAIS; KOLLER, 2004).

Ao compreender que a experiência vivenciada pelos portadores de estomia, provoca transformações no ser e estar no mundo, na constituição da subjetividade, a resiliência é composta de duas dimensões: a resistência à destruição, que se relaciona à capacidade de proteger sua integridade sob fortes pressões, e a capacidade de se construir, criar uma vida digna de ser vivida, apesar das circunstâncias adversas (LABRONICI, 2012).

> Vanistendael e Lecomte (2000, p. 207) acreditam que é interessante conhecer e compreender os diversos aspectos que constituem a resiliência, mediante a metáfora da “Casita da resiliência”, na qual cada peça representa um domínio de intervenção, sendo estas: solo – necessidades físicas fundamentais como sono, cuidados de saúde, enfim, aquelas que condicionam a existência; subsolo – redes de relações mais ou menos informais: família, amigos, vizinhos, colegas da escola e/ou do trabalho; térreo – a capacidade de encontrar sentido, coerência na vida; primeiro estágio – três quartos: estima de si, competências e atitudes, e o humor, juntamente com outras estratégias de ajustamento; e sótão – abertura para outras experiências.

Assim, para se trabalhar com os elementos que constituem a “Casita da resiliência”, cada ser humano deverá discernir sobre uma situação concreta, sobre quais móveis deseja colocar em cada peça, isto é, qual ação deseja conduzir (VANISTENDAEL; LECOMTE, 2000). Para os autores, percorrê-la de modo a se

interrogar sobre os pontos fortes e sobre as faltas, pode servir para detectar forças e fraquezas de uma pessoa e de seu entorno.

Portanto, cuidar, neste contexto, significa ajudar na superação dessas pessoas para que possam adaptar-se a nova condição. Porém, a busca de um novo sentido não apaga o vivido, mas poderá servir como fator de resiliência para a reconstrução de uma nova existência (LABRONICI, 2012).

4 Referencial Teórico

O presente estudo pretende contribuir para a sustentação às ideias na abordagem da resiliência pelo ser estomizado por câncer colorretal. Desse modo terá como referencial teórico a Resiliência descrita por Michael Rutter.

Michael Rutter nasceu em 1933, é britânico, é formado em medicina geral, neurologia, pediatria e psiquiatria. Ele foi nomeado o primeiro consultor de psiquiatria infantil no Reino Unido e foi Chefe do Departamento de Psiquiatria Infantil e Adolescente do Instituto de Psiquiatria de Londres, e diretor honorário do Conselho de Pesquisa Médica Unidade de Psiquiatria Infantil (IHU, 2007).

Rutter é professor de Psiquiatria Infantil no Instituto de Psiquiatria da Universidade de Londres. Sua pesquisa, uma autoridade internacional em desenvolvimento infantil e psiquiatria infantil, recebeu numerosos prêmios, incluindo o prêmio de eminente Contribuição Científica da Associação Americana de Psicologia. Além disso, é considerado um dos pioneiros no estudo da resiliência no mundo (IHU, 2007).

Seus trabalhos mais conhecidos datam do início dos anos 70, com a investigação de diferenças entre meninos e meninas provenientes de lares desfeitos por conflitos (1970) e as relações entre os efeitos desses conflitos parentais no desenvolvimento das crianças (1971). Seus resultados indicaram que os meninos são mais vulneráveis que as meninas, não somente a estressores físicos, mas também aos psicossociais.

Um de seus marcantes trabalhos nessa área foi desenvolvido com uma amostra de sujeitos da Ilha de Wight e da cidade de Londres (Rutter, 1979; 1981), os quais haviam experienciado discórdias na família dos pais, eram de camadas sociais de baixa renda, famílias numerosas, com história de criminalidade de um dos pais, doença mental da mãe ou institucionalizados sob custódia do governo. Os resultados apontam que um único estressor não tem impacto significante, mas que a combinação de dois ou mais podem diminuir a possibilidade de

consequências positivas no desenvolvimento, e que estressores adicionais aumentam o impacto de outros presentes (YUNES; SZYMANS, 2013).

Em 1981, Rutter publicou um livro que tratava da relação entre a ausência da figura materna e o desenvolvimento de psicopatologias na criança (Rutter, 1981a), abordando a resiliência e o comportamento parental de adultos que sofreram abandono na infância. Entre as principais questões levantadas sobre resiliência pelo autor, foi por que, apesar de passar por terríveis experiências, alguns indivíduos não foram atingidos e apresentam um desenvolvimento estável e saudável? (YUNES; SZYMANS, 2013).

Assim, a resiliência constitui-se para a área da ciência da saúde como um tema novo, sendo fundamental esclarecer seu conceito. De acordo com Rutter (1999) a resiliência refere-se ao fenômeno de superação de situações de estresse ou adversidade, ou seja, significa que uma pessoa possui um resultado positivo apesar de sua experiência adversa e do maior risco para o desenvolvimento de psicopatologia.

No entanto, resiliência não denota resistência absoluta a qualquer adversidade; pelo contrário, pode implicar enfrentamento. Rutter (1999) ressalta que a resiliência não é uma característica fixa, ou um produto; pode ser desencadeada e desaparecer em determinados momentos da vida, bem como estar presente em algumas áreas e ausente em outras.

Ainda, salienta que a resiliência exige o reconhecimento de que existe diferença significativa na resposta de cada pessoa à mesma experiência. Desse modo, resiliência não é uma qualidade única, uma vez que pessoas podem ser resilientes em relação a algum tipo de risco, em determinado período de suas vidas, e em outros não (RUTTER, 2006).

Nesse pensar, Rutter (1993) diz que proteção é o modo como a pessoa lida com as transições e mudanças de sua vida, o sentido que ela dá às suas experiências, seu sentimento de bem-estar, auto-eficácia e esperança, e a maneira como ela atua diante de circunstâncias adversas.

Com isso, a resiliência não implica atingir um estado de bem estar constante. O entrejogo das variáveis individuais e contextuais configurará constantemente a maior ou menor capacidade de cada pessoa, em momentos específicos, de lidar de forma positiva com a adversidade, não sucumbindo a ela (RUTTER, 1993).

Assim, a resiliência envolve uma série de diferentes mecanismos de enfretamento, antes, durante e após o encontro com a experiência estressora. Os resultados geralmente são explicáveis pelo equilíbrio entre os fatores de risco e fatores de proteção (RUTTER, 1999).

Deste modo, o termo resiliência refere-se ao fenômeno de superação de estresse ou adversidade, resultando de forma positiva a determinada experiência de riscos ambientais, físicos e psicossociais (RUTTER, 2006).

Neste sentido, a exposição a riscos e adversidades pode tanto aumentar vulnerabilidades por meio de um efeito de sensibilização ou diminuir por um efeito encorajador, cujo foco é sobre as diferenças individuais em resposta à adversidade, em vez de um ideia predeterminada de que essas irão afetar a maioria das pessoas da mesma forma e com a mesma intensidade (RUTTER, 2012).

A noção de resiliência concentra atenção sobre mecanismos de enfrentamento, conjuntos mentais, e gerenciamento pessoal, requerendo uma mudança de foco dos riscos externos e como estes são reconhecidos e tratados pelo indivíduo (RUTTER, 2006).

A importância do fenômeno da resiliência implica na condição de que as pessoas podem gerenciar favoravelmente às situações que vivenciam. Desse modo, a resiliência pode ser promovida por medidas que possibilitam as pessoas sentir-se no controle de suas vidas e tornar-se eficaz no enfrentamento do que lhes acontece (RUTTER, 1993).

O autor ressalta também, que uma atenção especial pode ser fornecida aos mecanismos e aos processos de desenvolvimento que aumentam a capacidade das pessoas para lidar de forma eficaz com o estresse e as adversidades. Assim, a possibilidade para a superação das sequelas do passado e de riscos psicossociais são redirecionadas para um caminho mais adaptável.

Os resultados de estudos que acompanharam pessoas ao longo da vida indicam que experiências adequadas na vida adulta podem contribuir para o enfrentamento dos efeitos de situações adversas anteriores. Entretanto, estas experiências não são acontecimentos simplesmente prazerosos, mas são aqueles que criam uma descontinuidade com o passado, e que possibilitam melhor enfrentamento (RUTTER, 2012).

Com isso, o fator de proteção pode surgir muito tempo depois de uma experiência de risco. Assim, a proteção acontecerá devido a experiências de risco que são enfrentadas, pelas pessoas, de forma positiva (RUTTER, 2006).

Por outro lado, fatores de proteção podem modificar a influência de alguns fatores de risco. Até recentemente, o foco principal das discussões sobre risco psicossocial tem sido na redução de influências adversas. Embora seja necessário atentar para as características que promovem bons resultados como aumentar a resistência às adversidades psicossociais e aos riscos (RUTTER, 1993).

A influência de reações negativas predispõe para a continuação das adversidades e suas sequelas, sendo necessário quebrar o círculo vicioso, tornando-se fundamentais novas experiências que proporcionam uma ruptura com o passado e desta forma, possibilitem novas oportunidades (RUTTER, 1999). Logo, o elemento primordial para a resiliência é a forma de lidar com o sucesso, o desafio, o estresse e o perigo. Neste processo, a pessoa necessita envolver a adaptação, o sentido de autocapacidade, a aquisição de estratégias de enfrentamento, e/ou uma redefinição cognitiva da experiência (RUTTER, 2006).

5 Metodologia

Nesta etapa são descritos os passos metodológicos utilizados para o desenvolvimento da pesquisa.

5.1 Caracterização do estudo

Com o intuito de compreender o sentido da experiência da pessoa com estomia por câncer colorretal, o presente estudo se caracterizou por uma abordagem qualitativa, exploratória e descritiva.

A pesquisa qualitativa se preocupa em investigar uma realidade e/ou fenômenos humanos, que não podem ser quantificados, mas sim, qualificados, aprofundando-se de em um universo subjetivo envolto dos significados, dos motivos, das aspirações, das crenças, dos valores e também das atitudes, constituindo-se desta forma como parte da realidade de cada um, interpretando-os como seres humanos únicos e singulares (MINAYO, 2011).

No entendimento de Gil (2010) a pesquisa exploratória tem como objetivo proporcionar maior familiaridade com o problema, facilitando esclarecer o mesmo e promover a construção de novos pressupostos, objetivando o aperfeiçoamento de ideias. Desta forma esta pesquisa tem seu planejamento bastante flexível, de modo que possibilite a consideração dos mais variados aspectos relativos ao fato estudado. E a pesquisa descritiva tem a finalidade de descrever as características de determinada população/amostra ou fenômenos ou, então, o estabelecimento de relações entre variáveis. A pesquisa descritiva, embora sendo definida a partir de seus objetivos, às vezes acaba servindo para proporcionar uma nova visão do problema.

5.2 Local do estudo

O estudo foi realizado no domicílio dos participantes, sendo esses vinculados ao Programa de Assistência ao Estomizado do município de Pelotas/Rio Grande do Sul. O referido programa é vinculado à Secretaria Municipal de Saúde e à Coordenadoria Regional de Saúde do Rio Grande do Sul, sendo constituído por uma equipe composta por uma assistente social, uma psicóloga, uma técnica de enfermagem, e uma enfermeira que prestam atendimento especializado aos portadores de estomias por meio de consultas agendadas pelo turno da manhã. Fazem parte do programa pacientes colostomizados, ileostomizados, urostomizados e incontinentes anais. Atualmente, o programa possui 65 colostomizados por câncer colorretal cadastrados.

5.3 Participantes do estudo

O estudo foi desenvolvido com 12 portadores de estomias por câncer colorretal, sendo seis homens e seis mulheres. O critério utilizado para finalizar a coleta de dados com esse número de participantes foi que os objetivos do estudo foram atendidos, de acordo com Minayo (2011) Os participantes estavam cadastrados no Programa de Assistência ao Estomizado de Pelotas/RS, e atenderem aos critérios de inclusão.

5.4 Critérios de inclusão para a seleção

Para a seleção dos participantes do estudo foram considerados critérios de inclusão :

Ser cadastrado no Programa de Assistência ao Estomizado e ser portador de estomia há mais de um ano;

Ter idade superior a 18 anos;

Ser colostomizado em consequência do câncer colorretal;

Aceitar o uso do gravador e concordar com a divulgação dos dados.

5.5 Critérios de exclusão

Pacientes em fase terminal;

Possuir outro tipo de estomia que não seja colostomia.

Possuir estomia por outra causa que não seja por câncer colorretal.

5.6 Período de coleta de dados

A coleta de dados ocorreu no período de junho a julho de 2014.

5.7 Procedimentos para a coleta de dados

Inicialmente, se entrou em contato com o Centro de Especialidades de Pelotas, solicitando sua anuência para realização do estudo (Anexo A).

Após foi contactada a Enfermeira responsável pelo Programa de Assistência aos Estomizados, a fim de pedir permissão para realização da pesquisa (Anexo B).

Em seguida o projeto foi submetido à Plataforma Brasil para apreciação do Comitê de Ética em Pesquisa (Apêndice A), aprovado em 19 de maio de 2014 sob parecer de número 652.304 (Anexo C). Após a enfermeira responsável pelo Programa de Assistência aos Estomizados foi contactada solicitando-lhe auxílio na busca dos participantes que atendessem aos critérios de seleção. No período da coleta de dados, 65 colostomizados por câncer colorretal frequentavam o referido programa. Foi disponibilizado uma lista pela Enfermeira do Programa com os possíveis informantes. Realizou-se o contato de forma aleatória, até aceitação dos mesmos, estabelecendo o mesmo número de participantes femininos e masculinos, totalizando 12 participantes. Salienta-se que o número de participantes foi estabelecido no momento que se observou que os objetivos do estudo foram atendidos.

Posteriormente, foi feito o contato por telefone com os participantes indicados do referido Programa, e na oportunidade realizou-se o convite, apresentado os objetivos da pesquisa e a solicitação para participar. Com a concordância se agendou um encontro para a entrevista e na oportunidade foi disponibilizado o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (Apêndice B) em duas vias, sendo o mesmo assinado, ficando uma cópia com a participante e

a outra com a pesquisadora.

Os dados foram coletados com auxílio de gravador, mediante entrevista narrativa (Apêndice C), que utiliza uma situação, para encorajar e estimular o informante a contar sua história, a respeito de um evento relevante da sua vida e do contexto social no qual está inserido. A narrativa é uma entrevista não estruturada, de profundidade, com algumas características peculiares, como a interferência mínima do entrevistador, a fim de não influenciar na narração dos informantes (JOVCHELOVITCH; BAUER, 2008). As entrevistas foram realizadas individualmente, no domicílio de cada participante do estudo, e com horários previamente agendados.

Jovchelovitch e Bauer (2008) destacam que as entrevistas narrativas são encontradas em todos os lugares e por meio delas as pessoas contam histórias, lembranças, experiências, explicações, construindo a vida individual e social.

De acordo com Gancho (2004), a narrativa se estrutura sob cinco elementos: o enredo, os personagens, o tempo, o espaço e o narrador. O enredo consiste no conjunto de fatos, ou seja, neste estudo os acontecimentos diante da estomia e do câncer colorretal. O personagem é o responsável por desempenhar a ação, sendo os colostomizados os protagonistas. O tempo é o período em que ocorre a história, cronológica e psicologicamente, compreendendo o antes da estomia, o seu início, a vivência no momento da entrevista e o futuro. O espaço versa no lugar em que acontece a ação da narrativa, neste caso no domicílio dos entrevistados. E o ambiente no qual os informantes vivem com características socioeconômicas, morais, religiosas e psicológicas. Por último, o narrador, estruturador da história, neste caso a mestranda.

Ainda sobre a entrevista narrativa, Jovchelovitch e Bauer (2008) pontuam que narrar histórias implica em duas dimensões: a cronológica, por meio da sequência de eventos e a não cronológica, que consiste na construção de um todo, a partir de acontecimentos sucessivos. Neste pensar, entende-se que a entrevista narrativa propriamente dita permitiu a construção cronológica do fenômeno. Também foi utilizada a observação simples e o diário de campo (Apêndice D), a fim de complementar dados da dimensão não cronológica.

5.8 Análise dos dados

Os dados coletados foram transcritos na íntegra, sendo analisados e agrupados por temas e subtemas de acordo com a questão norteadora e os objetivos do estudo, e fundamentados por meio do referencial teórico sobre a resiliência, com referências específicas sobre a temática e o conhecimento da autora sobre o assunto proposto.

Para Minayo (2011) a análise dos dados se caracteriza por dois momentos operacionais. O primeiro inclui as determinações fundamentais do estudo, o qual é mapeado na fase exploratória da investigação. E o segundo momento denomina-se de interpretativo, pois consiste no ponto de partida e no ponto de chegada de qualquer investigação, representando o encontro com os fatos empíricos. Este momento interpretativo pode ser operacionalizado por meio de três fases, conforme é descrito pela autora a seguir:

a) Ordenação dos dados – inclui as entrevistas e o conjunto de outros materiais, como a observação, incluindo a transcrição, releitura do material, a organização dos relatos em determinada ordem e a organização dos dados de observação, também em determinada ordem. Neste momento o material empírico vai ganhar forma e será efetivamente trabalhado.

b) Classificação dos dados – neste momento o processo de construção do conhecimento se complexifica, podendo ser constituído pelas etapas de leitura horizontal e exaustiva dos textos e a leitura transversal de cada subconjunto e do conjunto em sua totalidade, na qual ocorre o recorte de cada entrevista por temas.

c) Análise final – as etapas de ordenação e classificação demandam uma profunda inflexão sobre o material empírico, que pode ser considerado o ponto de partida e de chegada da compreensão e interpretação, na qual, este movimento circular que vai do empírico para o teórico.

A análise deve ser cuidadosamente planejada para evitar trabalho desnecessário, sendo que, deve ocorrer dentro das possibilidades de um planejamento prévio e completo (MINAYO 2011).

5.9 Princípios éticos

Os princípios éticos considerados para a construção deste estudo estavam em conformidade com a Resolução nº 466/2012[3] do Conselho Nacional de Saúde, do Ministério da Saúde, sobre Pesquisa com Seres Humanos e o Código de Ética dos profissionais de enfermagem embasado na Resolução COFEN 311/2007, em que no capítulo III[4], do ensino, da pesquisa e da produção científica, destacam-se os artigos 89, 90 e 91, referente às responsabilidades e deveres e os artigos 94, 96 e 98, referente às proibições.

Aos participantes do estudo foram assegurados o anonimato, bem como o direito de recusa ou desistência durante qualquer etapa da investigação e o livre acesso aos dados quando fosse de seu interesse.

A fim de resguardar a identidade dos informantes do estudo, manter a confidencialidade e a privacidade, eles foram identificados por nomes fictícios que atribuíram durante a coleta de dados.

Os dados coletados serão armazenados por um período de cinco anos sob responsabilidade da orientadora da pesquisa, em meio digital na Faculdade de Enfermagem da UFPel, no computador da orientadora e os documentos impressos, no armário pertencente ao Núcleo de Condições Crônicas e suas Interfaces (NUCCRIN), ambos na sala do núcleo de pesquisa.

Após, este período os arquivos serão excluídos, e as gravações de áudio também serão apagadas de qualquer meio, e os documentos impressos serão incinerados.

O TCLE foi elaborado e assinado em duas vias ficando uma com o participante e a outra com a pesquisadora.

---

[3]Resolução nº 466/2012. A Resolução incorpora, sob a ótica do indivíduo e das coletividades, referenciais da bioética, tais como, autonomia, não maleficência, beneficência, justiça e equidade, dentre outros e visa assegurar os direitos e deveres que dizem respeito aos participantes da pesquisa, à comunidade científica e ao Estado.

[4]Capítulo III (dos Deveres): Art. 89- Atender as normas vigentes para a pesquisa envolvendo seres humanos, segundo a especificidade da investigação; Art. 90- Interromper a pesquisa na presença de qualquer perigo à vida e à integridade da pessoa; Art. 91- Respeitar os princípios da honestidade e fidedignidade, bem como os direitos autorais no processo de pesquisa, especialmente na divulgação dos seus resultados. Capítulo III(das Proibições): Art. 94- Realizar ou participar de atividade de ensino e pesquisa, em que o direito inalienável da pessoa, família ou coletividade seja desrespeitado ou ofereça qualquer tipo de risco ou dano aos envolvidos; Art. 96- Sobrepor o interesse da ciência ao interesse e segurança da pessoa, família ou coletividade; Art. 98- Publicar trabalho com elementos que identifiquem o sujeito participante do estudo sem sua autorização.

5.10 Divulgação dos resultados

Os resultados foram divulgados por meio da dissertação de mestrado, de artigos científicos e eventos da área.

6 Apresentação e discussão dos resultados

Esta etapa do estudo se inicia com a apresentação dos informantes do estudo que consiste na narração das histórias dos personagens e suas particularidades no contexto do adoecer por câncer colorretal, como parte do processo de resiliência, ocorrendo posteriormente a identificação dos fatores de risco e de proteção para resiliência. Em seguida foram apresentados os resultados encontrados com as discussões das temáticas que convergem com os objetivos propostos no estudo, embasadas no conhecimento da autora e da literatura consultada.

Assim, a resiliência é um processo que tem como resultado a capacidade de se adaptar a experiências de vida difíceis ou desafiadoras, sendo mediada pela relação entre fatores de risco e proteção.

Fatores de risco relacionam-se com eventos negativos de vida e, quando presentes, aumentam a probabilidade da pessoa apresentar problemas físicos, sociais ou emocionais. Os fatores de proteção referem-se a influências que modificam, melhoram ou alteram respostas pessoais a determinados riscos de desadaptação (RUTTER, 1985).

6.1 Caracterizando os participantes colostomizados por câncer colorretal: narrando histórias

Tem-se a intenção de iniciar, apresentando a caracterização individual dos estomizados que participaram do estudo, em relação a idade, estado civil, cor da pele, ocupação, escolaridade, crença/religião, número de filhos, e tempo de estoma, e sua vivência como estomizado.

Ressalta-se que todas as informações da caracterização foram coletadas e referidas pelos informantes. Também, nesse espaço procurou-se descrever algumas observações da pesquisadora durante a coleta de dados.

Participante Marina

Marina tem 54 anos de idade, é casada, branca, aposentada por invalidez, possui ensino médio completo, é evangélica, tem 3 filhos que moram com ela e o esposo, um de 18 anos, e outros de 22 e 25 anos, natural de Rosário do Sul. Colostomizada há 6 anos.

Iniciou seus primeiros sintomas da doença com cansaço e uma leve hemorragia. No início não deu importância acreditando ser algum problema de hemorroidas, e desde jovem tinha o intestino preso, que só normalizou após a gravidez. Sempre sonhou em se tornar mãe, porém, teve dificuldades para engravidar logo após o casamento, e só conseguiu após 7 anos tentando, dizia nunca perder a esperança e a fé.

Devido à insistência do marido em procurar um serviço de saúde por causa desses sintomas, resolveu ir ao médico. Na consulta o médico fez o exame físico, e após o exame de toque retal suspeitou que se tratava de uma neoplasia de intestino sendo confirmado pelos exames de imagens e laboratoriais. Estava em estágio bem avançado. A mesma recebeu a notícia com muito pesar, pois havia pouco tempo tinha perdido a irmã também de carcinoma, então a notícia foi absorvida como uma doença mortal e aterrorizante.

Após a descoberta do câncer, foi orientada pelo médico a ir para Porto Alegre realizar o tratamento. Como o esposo era pastor de Rosário do Sul, tinha uma grande amizade com outros frequentadores da mesma religião na cidade de Porto Alegre e devido a isso Marina foi acolhida por um casal evangélico em sua casa, ficando por um período de dois anos para fazer o tratamento.

Diante disso, Marina e seu esposo tiveram que ficar distantes de seus filhos para a mesma ser tratada em Porto Alegre, sendo um dos períodos mais difíceis para eles. Marina passava o dia no hospital e a noite retornava para casa do casal de amigos que a abrigaram. Nessa época a filha mais velha estava morando em Pelotas, pois estava na graduação e os outros dois filhos haviam ficado em Rosário (uma menina e um menino), sendo que a menina teve que cuidar do irmão que era mais novo e necessitava de sua ajuda. Toda essa mudança acabou afetando seus estudos, sendo que a mesma não conseguiu avançar de série, por outro lado, isso a fortaleceu, pois segundo a participante a filha aprendeu a lidar com situações difíceis.

Marina realizou tratamento com quimioterapia e radioterapia por 4 meses antes da cirurgia, nesse período teve muitos sintomas que a enfraqueceram como perda de peso, náuseas, prostração e falta de apetite. Durante os dois anos que Marina ficou em Porto Alegre, ela conseguiu ir alguns finais de semana à Rosário para ficar com os filhos, porém com muita dificuldade, pois a viagem era muito longa e ela tinha muita dor devido ao estágio da doença. Além disso, nesse mesmo tempo ela teve complicações entre o reto, o meato uretral e a vagina, pois devido ao tamanho do tumor houve uma ruptura na parede da vagina unindo as três aberturas e ela ficou evacuando, urinando e menstruando por esse mesmo orifício. Foi um período bem difícil já que a mesma teve que usar fraldas por um tempo prolongado, correndo sérios riscos de infecções devido a essa situação. Neste momento da narrativa Marina ficou bem emocionada ao relatar esse fato. (Nota de campo, 17/07/2014)

Após quatro meses de quimioterapia e radioterapia realizou a cirurgia para retirada do tumor sendo necessária a realização de uma colostomia definitiva. No início ela não tinha muito claro do que se tratava, porém aos poucos foi orientada sobre os cuidados com a colostomia e a bolsa coletora. Segundo Marina, a confecção da estomia e a bolsa coletora significava sua vida, como um presente de Deus por ter sobrevivido. Daí em diante, ela foi se recuperando com a ajuda dos amigos e da família e retornou para Rosário do Sul.

Durante sua recuperação, ela teve que passar por um momento bem delicado com sua mãe, pois teve que cuidá-la devido a fratura de fêmur e Alzheimer, e veio a falecer um tempo depois. Logo após, ela e sua família foram morar na cidade de Carazinho devido ao trabalho do esposo como pastor.

Em seguida, com o intuito de ficar próximo da filha que residia em Pelotas, eles saíram de Carazinho e vieram para ficar próximo desta filha. Assim Marina se cadastrou no Programa de Assistência ao Estomizado do município a fim de ser assistida. Conta que no início passaram por momentos complicados financeiramente, pois seu esposo estava desempregado, e as filhas na faculdade, mas que em pouco tempo ele conseguiu emprego e conseguiram se reestruturar aos poucos.

Participante Samuel

Samuel tem 51 anos de idade, é casado, branco, trabalhava como chefe de cozinha. Atualmente está aposentado por invalidez, é natural de Pelotas possui ensino fundamental completo, é umbandista, tem sete filhos, quatro do primeiro casamento (tendo estes 32, 31, 27 e 25 anos) e três do segundo casamento (um com 20, 15 e 10 anos), sendo que estes últimos residem com ele e a atual esposa. No entanto, relata manter contato com todos, e possuem uma boa convivência. Colostomizado há quatro anos.

No primeiro contato Samuel iniciou falando que antes de descobrir a doença levava uma vida “normal”; se alimentava bem, bebia cerveja moderadamente, trabalhava em restaurante, era presidente de um clube de futebol do município, praticava esportes, e frequentava academia diariamente.

Conta que certo dia quando estava trabalhando no restaurante foi ao banheiro e ao evacuar presenciou sangue vivo nas fezes indicando os primeiros sinais da doença. No dia seguinte procurou uma Unidade Básica de Saúde (UBS) próxima de sua residência, na qual o médico solicitou exames laboratoriais e um exame de imagem (raio x) que não apresentaram anormalidades, porém o sangramento nas fezes continuava mas em menor quantidade.

Logo, começou a ter dor nas pernas dificultando a sua permanência no trabalho, foi aí que procurou atendimento na rede particular. Neste, foi informado que deveria fazer o exame de colonoscopia que era o mais correto, e após o exame, na biópsia foi constatado que estava com câncer. Relata que foi um momento bem delicado, pois a princípio para ele essa doença significava uma sentença de morte, e que não saberia como falar isso para seus filhos menores que o consideravam como herói. Neste momento pode-se perceber que o entrevistado ficou bastante emocionado ao relator esse fato. (Nota de campo, 28/07/2014)

De acordo com o informante, foi dito pelo médico que deveria fazer uma cirurgia para retirada do tumor, mas antes disso deveria fazer quimioterapia e radioterapia para diminuí-lo. Assim teve que parar de trabalhar e após, a cirurgia precisou de novo tratamento com quimioterapia. Ele ressalta que sua recuperação foi bem difícil e precisou de um ano e meio para se recuperar totalmente da infecção que teve com a incisão cirúrgica. Informou que os fatores que o ajudaram

neste período foram: a fé, a família e os amigos.

Quando estava completando quatro anos com a estomia começou a sentir dores intensas no abdômen e teve que ir para o pronto socorro, ficou lá um dia internado e fez alguns exames, que de acordo com os médicos encontravam-se sem alterações e foi encaminhado para casa, no entanto continuava com dor e o abdômen distendido, tendo que retornar ao pronto socorro. Neste momento os médicos suspeitavam que se tratava de uma obstrução no estoma, mas após várias tentativas de desobstrução sem sucesso, resolveram fazer um exame de tomografia o qual revelou que se tratava de apendicite em estado bem grave e por apresentar infecção foi necessário a realização de uma ileostomia temporária.

Após sua recuperação cirúrgica foi convidado para ser membro da comissão da Associação dos ostomizados, familiares e amigos (ASSOFAN) da qual faz parte atualmente. Ele acredita que vai ter que parar de frequentá-la devido à cirurgia de reversão da ileostomia que está no aguardo.

Participante Joaquim

Joaquim tem 69 anos de idade, é casado, branco, balconista aposentado, possui ensino médio incompleto, diz acreditar em Deus, mas que não tem religião, tem três filhos, um filho que mora em Florianópolis e duas filhas que moram em Pelotas, sendo uma delas técnica de enfermagem da qual teve bastante influência no seu cuidado. Atualmente mora com a esposa. Colostomizado há sete anos.

Joaquim inicia contando que os primeiros sintomas da doença foram pirose e diarreia, e para ele como a diarreia era um sintoma que nunca havia tido antes, começou a perceber que algo estava errado com seu corpo, foi então que procurou assistência médica em UBS próxima de sua residência. Ao ser examinado, o médico informou que ele estava com uma doença parasitária conhecida como giardíase e que precisaria fazer um tratamento por 15 dias. Não havendo melhora do quadro após uma semana do tratamento realizou o tratamento por mais 15 dias também sem melhora.

Foi então que procurou outro serviço de saúde a qual era conveniado e o médico solicitou um exame de colonoscopia constatando que se tratava de neoplasia maligna colorretal em estágio avançado sendo necessário fazer algumas sessões de quimioterapia e radioterapia para só então realizar o procedimento

cirúrgico para retirada do tumor. Ficou 22 dias internado no hospital, e após a alta retornou para seu domicílio e apresentou sintomas de fraqueza e desânimo ficando acamado necessitando de ajuda para se recuperar.

Logo em seguida, foi cadastrado no Programa Internação Domiciliar Interdiciplinar (PIDI) a fim de ser assistido, e também no Programa de Assistência ao estomizado para ser acompanhado e orientado. Joaquim conta que antes de ser estomizado era mais corajoso e que teve que deixar de realizar algumas tarefas domésticas que estava acostumado a fazer para evitar complicações na estomia. Por outro lado, comenta que teve mais força para enfrentar a doença do que sua família. Entretanto, em outro segmento de sua narrativa conta que estava apavorado no início quando descobriu a doença. (Nota de campo, 24/06/2014)

Após a cirurgia realizou novamente o tratamento com quimioterapia e radioterapia e que teve algumas complicações pós-quimio que foram bem significantes. Atualmente faz irrigação de 48 em 48 horas, com uso do obturador de colostomia chamado *conseal*, não sendo necessário o uso da bolsa coletora.

Sempre que possível procura fazer caminhadas, tem acompanhamento com nutricionista devido a problemas de diabetes que adquiriu após o câncer. Joaquim comenta que participa das reuniões da Associação de estomizados e familiares (ASSOFAN) regularmente e o faz muito bem, e que também aproveita para ajudar outros que assim como ele vivenciam essa doença.

Participante Lia

Lia tem 56 anos de idade, é casada, branca, técnica em farmácia, atualmente está em licença saúde pelo INSS, possui ensino médio completo, é espírita kardecista, tem uma filha do primeiro casamento, e seu esposo tem dois filhos do primeiro casamento, é natural de Pelotas. Atualmente mora com o esposo, a filha e a neta. Colostomizada há dois anos.

Aos 18 anos de idade a participante começou a namorar um rapaz que estava morando em São Paulo e era estudante do curso da aeronáutica com quem futuramente casou-se. Porém, antes disso, quando eram adolescentes, devido à distância das cidades, e como eles só se viam quando o mesmo vinha pra Pelotas visitar a família acabaram se afastando. Ela casou-se com outro onde teve uma filha e o rapaz que morava em São Paulo também casou-se e teve dois filhos.

Passados trezes anos eles se reencontraram e resolveram se casar, e com isso Lia foi viver em São Paulo levando sua filha.

Lia trabalhava em São Paulo onde residiu lá por 20 anos, seu esposo trabalhava na aeronáutica e quando se aposentou os dois retornaram para Pelotas com o intuito de ficar mais próximos da família pelotense. Ela em seguida, conseguiu emprego em uma farmácia, e pouco tempo antes de adoecer já não estava mais trabalhando. Durante a narrativa de Lia percebi que a mesma não estava contente em ter voltado para Pelotas ficando evidente nas expressões de suas falas. (Nota de campo, 27/06/2014)

A participante notou que ao evacuar percebeu que suas fezes estavam diminuídas, e que de tanto fazer força começou a sangrar, indicando os primeiros sinais da doença, foi então que procurou um médico e o mesmo solicitou o exame de colonoscopia identificando o câncer. Foram então necessárias algumas sessões de radioterapia e quimioterapia antes da cirurgia para a retirada do tumor e outras após. A cirurgia foi realizada em Porto Alegre e para Lia a recuperação foi bem difícil, pois relatava dor intensa.

Após um período, a participante realizou um exame de revisão e constatou-se a presença de nódulos no pulmão, sendo necessário mais sessões de quimioterapia. Após, Lia foi para Porto Alegre a fim de fazer exames mais completos para cirurgia e foi encontrado um tumor na cabeça e devido a isso foi descartada a possibilidade de cirurgia torácica até a descoberta da causa do surgimento dos outros tumores já que suspeitavam de metástase. A mesma realizou com sucesso uma radiocirurgia na cabeça para ressecar o tumor.

Posteriormente, ela retornou para Pelotas e voltou a fazer quimioterapia devido aos nódulos encontrados no pulmão. Continuou fazendo exames de rotina e nas imagens apareceram novamente uma mancha na cabeça sendo necessário um exame mais preciso e moderno como o Pet Scan CT (Tomografia por Emissão de Positrons) para detectá-lo e descartar a possibilidade de outro nódulo maligno. A participante teve que entrar na justiça para consegui-lo sem custo, devido ao preço alto e que durante a pesquisa ainda aguardava liberação.

Participante Bernardo

Bernardo tem 45 anos de idade, tem uma união estável, pardo, servidor público aposentado por invalidez, atualmente trabalha como autônomo com representação gráfica possui ensino médio completo, diz não ter religião, mas acredita em um ser superior, tem duas filhas, é natural de Pelotas. Atualmente mora com a esposa e as filhas. Colostomizado há seis anos.

Antes de descobrir a doença, o participante relatou que tinha hemorroida e que não dava importância porque muitos amigos dele tinham e por isso acreditava ser normal. No entanto, começou a sentir fortes dores ao evacuar e procurou um médico que solicitou um exame de colonoscopia e com o resultado declarou o diagnóstico de câncer de reto.

No início ele não se conformou com a notícia e foi em busca de mais opiniões médicas que também confirmaram o diagnóstico, diante disso, Bernardo procurou por cirurgias espirituais/astrais e só depois resolveu fazer a cirurgia convencional já que estaria correndo risco de obstrução e infecção pela demora. Porém, antes da cirurgia foi necessário se submeter aos tratamentos de radioterapia e quimioterapia para diminuir o tumor e então fazer a cirurgia. Após a mesma, foi realizado mais sessões de quimioterapia, e nesse período Bernardo comenta que foi o mais difícil e complicado que vivenciou, ficando bem emocionado ao narrar essa fase da vida. (Nota de campo, 11/07/2014)

Bernardo continuou fazendo exames para controle e descobriu que estava com alguns nódulos na região inguinal, e teve que aumentar a dose de quimioterápicos e com isso os nódulos desapareceram.

Bernardo conta que deixou de fumar assim que descobriu a doença, era fumante há 22 anos, bebia bastante e que passou a beber um pouco menos, e que só bebia um pouco mais quando tinha algum evento. Diz ser uma pessoa muito ativa que não gosta de ficar parado, por isso está sempre tentando fazer alguma atividade como, por exemplo, a divulgação de seu trabalho, ressalta ainda que quando vai a praia procura correr e jogar futebol, porém moderadamente para não prejudicar seu estoma. Frequenta mensalmente a reunião da ASSOFAN e diz que considera um lugar bom, pois pode vivenciar suas experiências com outras pessoas.

Participante Cristian

Cristian tem 32 anos de idade, é solteiro, branco, trabalhava como metalúrgico, atualmente está aposentado por invalidez, possui ensino fundamental incompleto, diz acreditar no São Jorge, não gosta de frequentar um centro religioso, não tem filhos, é natural de Pelotas. Atualmente mora com a mãe que é aposentada e divorciada de seu pai. Raramente fala com o pai que mora próximo de sua residência. Tem dois irmãos que são casados e residem no mesmo bairro. Colostomizado há dois anos.

O participante conta que há dois anos se tratava com um médico particular e que fazia tratamento para hemorroidas, e que não percebia melhora do quadro. Após quatro meses de tratamento, certo dia quando estava chegando do trabalho e foi guardar sua motocicleta percebeu que começou a escorrer um líquido quente pelas pernas, e foi correndo para o banheiro e viu que era sangue. Além do mais, começou a sentir fortes dores abdominais, foi então que pediu para um familiar levá-lo ao hospital, chegando lá foi atendido e como ele já tinha duas fístulas anais o médico que o examinou o informou que era devido a isso e que não precisava se preocupar podendo retornar para casa. Ao chegar no seu domicílio em torno de 15 minutos Cristian começou novamente a sentir fortes dores abdominais, correu para o banheiro e teve outra hemorragia em maior quantidade que a primeira, foi então que chamou o atendimento da SAMU, porém foi informado que estavam em outras ocorrências e não teriam como ir socorrê-lo, e indignado solicitou auxílio de um ex-cunhado para leva-lo até o hospital.

Chegando lá, como havia trocado os funcionários de plantão, outros médicos lhe atenderam e afirmaram novamente que era devido as fístulas que ele tinha, e que poderia retornar para casa, como ele estava bem debilitado foi saindo devagar e outra médica que atendia por ali o visualizou e pediu para lhe acompanhar que iria atendê-lo. A médica então, após saber o motivo da sua consulta e devido ao seu histórico realizou o exame físico de toque anal e imediatamente confirmou que se tratava de um tumor. Ela ainda comentou que talvez os outros médicos não suspeitavam de um tumor por ele ser um paciente muito jovem, e que era raro para sua idade.

Cristian após fazer todos os exames realizou a cirurgia para retirada do tumor, e passou por um momento bem complicado para se recuperar. Conta que

ficou anêmico, fraco, ficou acamado, tinha falta de apetite e muita dor. Porém, alguns meses após conseguiu ser recuperar com a ajuda de sua mãe e dos irmãos, e principalmente do Programa de Assistência ao Estomizado no qual era cadastrado. Foi então, orientado pela enfermeira do referido Programa a possibilidade de fazer a irrigação excluindo a necessidade do uso da bolsa coletora, que foi aceito pelo participante.

Atualmente ele faz a irrigação somente quando acha necessário, não seguindo uma rotina. Comenta que ultimamente não sente vontade de fazer devido a estação de clima frio e pelo tempo que tem que ficar fazendo. Ressalta também que só sai pra rua quando faz a irrigação e estiver usando *conseal*, pois não gosta que apareça a bolsa coletora, ou então, se tiver que usar tem que esconder com roupas largas e casacos, sendo mais difícil no verão.

A sua rotina é ficar em casa e que quando pode ajuda sua irmã em uma lancheria que fica ao lado de sua residência. Antes de ser Estomizado ele comenta que jogava futebol, saia com os amigos, trabalhava, e após ser Estomizado deixou de fazer. Durante a narrativa de Cristian a mãe dele que estava presente relatou que sentia seu filho muito triste e desanimado, que tinha dias que ele não queria conversar com ninguém, e que isso também a afetava, ficando bem emocionada ao descrever o fato. (Nota de campo, 18/07/2014). Cristian dizia não ter mais ânimo para fazer o que fazia antes e que acabou se afastando de seus amigos e que os mesmos também não o procuraram mais. Durante sua narrativa pude perceber que ele estava bem abalado psicologicamente dificultando sua adaptação à nova condição. (Nota de campo, 18/07/2014)

Participante Berenice

Berenice tem 57 anos de idade, é divorciada, branca, do lar, possui ensino fundamental completo, é católica, tem três filhas, uma delas mora em Caxias e as outras duas em Pelotas. Têm seis netos, uma das filhas mora no mesmo terreno de Berenice que fica nos fundos de sua casa e ela cuida do neto de 7 anos para a filha trabalhar. Atualmente mora sozinha, não possui renda, é sustentada pela filha que mora nos fundos de sua casa, e está aguardando benefício pelo LOAS (Lei orgânica da Assitência Social) para se aposentar por invalidez, já que participou de uma entrevista com a assistente social em seu domicílio. Colostomizada há cinco

anos.

A informante relata que começou a notar uma bolinha dura próxima da vagina que era desconfortável, com isso procurou a UBS próxima de sua residência para fazer o exame Papanicolau, e a mesma foi orientada pela ginecologista a procurar um serviço de saúde especializado, pois suspeitava de neoplasia. Nesse serviço foi então realizado uma biópsia e em seguida foi constatado que se tratava de um câncer que já estava em estágio bem avançado e assim teve que retirar uma parte do intestino, sendo necessário a realização de uma colostomia. Após isso, realizou tratamento com quimioterapia e radioterapia, e neste período teve a ajuda de suas filhas para se recuperar.

No início do tratamento ela comentou que estava entrando em depressão, pois não tinha vontade de se cuidar e queria ficar só deitada, mas depois de uns dois meses e de muito esforço e orientações de uma das filhas começou a se animar e a se autocuidar. A partir daí começou a frequentar festas, pois adorava dançar forró. Diz ser fumante, mas que diminui bastante o consumo após a descoberta da doença. Realiza os exames de rotina para controle, relatou que deixou de fazer algumas tarefas domésticas as quais fazia antes. Realiza a irrigação de 48 em 48 horas e faz uso do *conseal*.

Durante a entrevistada notou-se que a participante estava bem apreensiva à respeito da espera por sua aposentadoria, pois não se sentia bem em ter que ser sustentada pela filha se tornando dependente já que não tinha condições de trabalhar. (Nota de campo, 23/07/2014)

Participante Cláudia

Cláudia tem 63 anos, é divorciada há um ano e meio, branca, auxiliar de enfermagem, há 28 anos parou de trabalhar, é católica pouco praticante, possui ensino médio incompleto, aposentada, tem 3 filhos, um deles mora em Porto Alegre e os outros dois em Pelotas na mesma residência. Possui dificuldade na fala devido a uma cirurgia de parótida. É estomizada há 11 anos.

Ela conta que quando jovem teve um relacionamento rápido com um médico e acabou engravidando, na época o pai da criança não quis assumir o filho e ela foi mãe solteira, e com a ajuda de sua mãe conseguiu criar seu filho. Após alguns anos conheceu outra pessoa com quem foi casada por 20 anos e teve dois filhos.

Por coincidência seu primeiro filho também quis seguir a carreira de médico sem saber que tinha um pai da mesma profissão que não o conhecia. Só depois de já formado e residindo em Porto Alegre seu filho resolveu conhecer o pai que residia em Pelotas. O mesmo o reconheceu como filho, porém não manteve muito contato por receio de não aceitação da sua atual família.

Cláudia relata que antes de descobrir sua doença começou a notar algumas alterações nos hábitos intestinais como prisão de ventre, já que seu intestino funcionava normalmente. Diante disso, por ser da área da saúde e ter conhecimento resolveu fazer o autoexame de toque retal suspeitando que estava com fecaloma, foi aí que percebeu que estava com uma massa endurecida suspeitando de tumor no reto, e no mesmo dia ao evacuar precisou fazer muita força e acabou sangrando.

Imediatamente Cláudia contou para sua filha e a mesma contou para o irmão que morava junto e este ligou para o outro filho de Cláudia que era médico cirurgião e trabalhava em Porto Alegre. Este ao ser informado foi rapidamente para Pelotas ver sua mãe e acompanhar a realização de alguns exames. Com o resultado dos exames Claúdia constatou que estava com neoplasia maligna de reto e foi para Porto Alegre realizar o tratamento com quimioterapia e radioterapia antes e após a cirurgia. A cirurgia foi realizada por um amigo de seu filho que também era cirurgião. Nos primeiros três anos Cláudia conta que foram terríveis que tinha muita dificuldade com a estomia e não conseguia se adaptar. Só conseguiu melhorar após iniciar a irrigação de 72 em 72 horas utilizando *conseal* e deixando de usar a bolsa coletora.

Nessa época Cláudia estava casada e tinha um relacionamento bem tranquilo com o marido que segundo ela foi quem deu bastante apoio. No entanto, ela teve que ir sozinha para Porto Alegre, pois seu esposo trabalhava na época e não podia acompanha-la. Cláudia ficou na casa de seu filho, mas ressalta que vivia sozinha já que seu filho não podia acompanhá-la no tratamento, pois trabalhava o dia todo.

Após o tratamento, Cláudia retornou para Pelotas e aos poucos foi se adaptando com a estomia, todavia comenta que não realizou mais exames de controle por não apresentar sintomas, mas que precisava fazer.

Passado um tempo a informante relata que começou a sentir dores abdominais e ao realizar alguns exames certificou-se que estava com colecistite e

precisava operar. Ficou aguardando a cirurgia pelo Sistema Único de Sáude que demorou dois anos para acontecer.

Nos últimos 30 dias Cláudia narra que estava se sentindo muito sozinha e deprimida, estava com o casamento desfeito há um ano e meio por decisão própria depois de 30 anos casada e diz que na época achava que precisava ficar sozinha e que não sentia mais amor pelo seu esposo. No entanto descobriu que tinha feito a escolha errada e que tinha se arrependido, mas que era tarde demais já que seu ex marido já havia encontrado outra pessoa, porém continuavam tendo um relacionamento de amizade. Neste momento da narrativa pode-se perceber que a informante estava com um semblante de tristeza. (Nota de campo, 22/07/2014)

A informante conta que gostaria de ter outro relacionamento, mas que sente muito receio devido a sua doença e principalmente pela voz, pois após ter se recuperado fisicamente do câncer de reto, ela percebeu que estava com a glândula parótida aumentada. Seu filho indicou para fazer exame de ultrasson que verificou que se tratava de um nódulo maligno e que o mesmo estava pressionando o nervo vago que é responsável pela fala e teve que ser retirado, o que afetou sua voz.

Participante Moacir

Moacir tem 62 anos de idade, é viúvo, branco, aposentado por invalidez, seu último trabalho foi como atendente no comércio, trabalhou por 15 anos com vendas na área de construção civil, possui ensino fundamental incompleto, diz que sua religião é o dia a dia, é o que ele vive hoje amanhã e depois., Acredita em alguém que criou o que vive, mas que não tem nome, pra ele muitos usam jeová, outros jesus, mas para ele se chama criador, ressalta ter passado por várias religiões, mas que não se identificou, não tem filhos, mora sozinho. Colostomizado há 3 anos.

Moacir conta que em torno de cinco meses antes de descobrir a doença perdeu a esposa de infarto, e teve que cuidar de tudo sozinho, nesse meio tempo ele começou a notar que seu intestino não estava funcionando, pois tudo que ele ingeria não estava saindo, mas como estava atarefado cuidando da papelada pela morte de sua esposa não deu importância. No entanto, a prisão de ventre foi aumentando e diante disso ele foi procurar um médico que solicitou exame de colonoscopia. Durante o exame foi coletado uma amostra para biópsia que teve

como resultado neoplasia maligna de reto.

A partir daí foi encaminhado para realizar tratamento de quimioterapia e radioterapia, no início ele estava bem relutante em fazer, pois sabia que esse tratamento iria destruir tanto as células cancerígenas como também as células sadias do organismo, mas acabou aceitando por não ter alternativa. Ele conta que a radioterapia deixou marcas de queimadura em seu corpo e que até hoje ele sente as consequências.

Após, Moacir realizou a cirurgia para retirada do tumor e voltou a fazer tratamento com quimioterapia e radioterapia. Ele teve ajuda de sua irmã durante esse período todo. Moacir relata que até hoje ele sente desconforto para sentar não conseguindo ficar por muito tempo devido as efeitos da radioterapia. Logo de sua cirurgia ele ficou bem depressivo, pensando muita bobagem como ele dizia, mas que através de conselhos da irmã e de alguns amigos próximos começou a se reanimar.

No dia a dia ele fica mais em casa, raramente sai, relata que se sente desconfortável, pois desde que realizou a cirurgia ficou com um orifício no ânus e por não ter cicatrizado totalmente continuava saindo secreção necessitando limpar constantemente e fazer uso de proteção para não sujar a roupa prejudicando sua qualidade de vida. Percebeu-se durante sua fala que o mesmo estava bem preocupado que pudesse sair secreção e ter algum cheiro, pois ele ressaltava isso várias vezes. (Nota de campo, 25/07/2014)

Realiza exames periodicamente para controle, ele conta que era fumante e parou de fumar antes de fazer a cirurgia. Ressalta que teve que deixar de fazer atividades que ele gostava como jogar futebol por se sentir inseguro e não correr o risco de prejudicar a estomia, e que acabou se distanciando dos amigos que tinha do futebol por não poder jogar mais, além disso, ao ser estomizado começou a cuidar mais da alimentação.

Participante Lucas

Lucas tem 75 anos de idade, é casado, branco, aposentado por invalidez, era servidor público da CORSAN na função de agente administrativo, é católico, tem segundo grau completo e possui técnico em contabilidade, tem dois filhos, um que mora em Porto Alegre e outro em Piratini, atualmente mora com a esposa.

Colostomizado há 11 anos.

Antes de descobrir a doença começou com sintomas de diarréia e procurou consultar com um médico, este solicitou alguns exames que mostraram neoplasia maligna. No início ele conta que ficou bem abalado, pois tinha ideia negativa sobre o câncer. Foi encaminhado para realizar tratamento com quimioterapia e radioterapia antes da cirurgia.

Antes disso, foi orientado pelo médico da necessidade de realização de uma colostomia. Nos primeiros dias após a cirurgia ele teve bastante dificuldade com o manuseio da bolsa coletora, foi encaminhado ao Programa de Assistência ao estomizado para ser cadastrado e com orientações da enfermeira do programa e ajuda da sua esposa foi conseguindo se adaptar.

Precisou passar por três cirurgias devido a recidiva do câncer de intestino, comenta que foi um período bem difícil e teve várias reações adversas da quimioterapia, mas que teve muita ajuda dos filhos, da esposa e dos amigos.

Costuma ir para o calçadão conversar com os amigos todos os dias pela manhã, e todos os sábados vai à missa na igreja católica com sua esposa, que para ele é um local que o conforta. Diz ainda que sempre vai para Piratini na semana farroupilha, pois adora musicas tradicionalistas.

Lucas diz que tentou realizar a irrigação e o uso do *conseal*, mas não conseguiu, pois o oclusor da colostomia não parava e com a pressão acabava desprendendo. Realiza os exames de rotina semestralmente e diz estar se adaptando muito bem, apesar de ter passado por várias cirurgias.

Participante Cecília

Cecília tem 81 anos de idade, é viúva há 21 anos, branca, auxiliar de enfermagem aposentada, possui ensino fundamental completo, diz que sua religião é Deus, tem dois filhos, um deles mora em Porto Alegre e outro em Pelotas próximo de sua residência e mora sozinha. Colostomizada há 6 anos.

A entrevistada conta que antes de confirmar o diagnóstico do câncer, tinha diarreia frequentemente, e quando evacuava presenciava pequena quantidade de sangue nas fezes assim procurou um médico e o mesmo a examinou e disse que seus sintomas eram devido a uma fístula, e que não tinha muita importância. Com o tempo a diarreia foi ficando mais frequente e quando evacuava notava que havia

sangue em maior quantidade que anteriormente, assim Cecília procurou um proctologista que ao examiná-la disse que estava com uma parasitose intestinal necessitando de tratamento.

Após um período Cecília voltou a presenciar sangue nas fezes e procurou novamente atendimento médico e foi diagnosticada com tuberculose intestinal. Com isso, ela fez tratamento e as fezes com sangue cessaram. Depois de um tempo ela teve uma hemorragia anal e foi imediatamente para o Pronto Socorro que foi encaminhada para um médico proctologista que a orientou realizar exame de colonoscopia onde foi constatado que se tratava de neoplasia maligna. Devido a demora no diagnóstico, o câncer de Cecília já estava bem avançado e foi necessário a realização de uma colostomia.

Ela realizou a cirurgia e foi encaminhada para o programa de assistência ao estomizado para acompanhamento e orientações. Realizava consultas para controle de exame regularmente e em uma dessas consultas foi informada que estava vindo para o Programa um obturador de colostomia chamado *conseal* não sendo necessário o uso da bolsa coletora. Ela conta que ficou muito surpresa com aquela notícia e ao mesmo tempo muito contente.

Após orientações quanto à irrigação e do *conseal* pela enfermeira do Programa, Cecília começou a fazer e se adaptou muito bem fazendo as lavagens intestinais de 48 em 48 horas no turno da manhã. Cecília precisou fazer tratamento com quimioterapia e radioterapia antes e depois da cirurgia, geralmente ela ia acompanhada da irmã e alguns conhecidos. Passado um tempo, já recuperada, ela notou que frequentemente estava caindo na rua e diante disso procurou atendimento médico que diagnosticou doença de Paget e realiza tratamento até o momento.

Cecília ressalta que a estomia não a prejudicou, pois continua realizando atividades domésticas, ela cozinha, faz compras no supermercado e ainda participa como coordenadora do grupo da amizade da terceira idade como comentarista em uma rádio da cidade, e que costuma organizar as festas desse grupo. A entrevistada comenta que tem muitas amizades, e que seu programa de rádio dá bastante ibope todas as noites. Ela conta esse fato com muita alegria, se sentindo muita orgulhosa pelo trabalho que realiza na rádio. (Nota de campo, 30/07/2014)

Após a entrevista, Cecília fez questão de mostrar sua casa e principalmente o lugar que fazia a irrigação, pois para ela era super tranquilo e adorava mostrar para as pessoas como fazia, e que muitas vezes tinha sido convidada para dar aula prática para futuros enfermeiros se sentindo muito honrada com isso.

Participante Talita

Talita tem 61 anos de idade, é divorciada há 21 anos, branca, auxiliar de enfermagem aposentada, possui ensino médio completo, é espírita, teve dois filhos, porém um faleceu ainda nas primeiras horas de vida, e o outro está com 32 anos e mora em Curitiba. Atualmente mora sozinha. Colostomizada há 10 anos.

No início da narrativa Talita comentou que estava perdendo a visão devido a uma doença hereditária, mas que já se tratava há dois anos em Curitiba.

Ela conta que antes de ter o diagnóstico do câncer, sentia muita ardência no ânus ao evacuar e ao marcar uma consulta com o médico, o mesmo disse que se tratava de uma fístula anal e precisava fazer uma fistulectomia, sendo então posteriormente realizado o procedimento cirúrgico.

Passados 14 anos, Talita estava trabalhando como cuidadora e começou a sentir uma forte cólica abdominal e ligeiramente notou que estava com sangramento pelo ânus. No outro dia marcou uma consulta com especialista que a solicitou alguns exames de imagem que foi diagnosticada com neoplasia maligna. No dia seguinte, ela já conseguiu internação no hospital para realização da cirurgia. Foi feita a amputação do ânus sendo necessária a realização de uma colostomia.

Talita comenta que passou por momentos muitos difíceis até conseguir se adaptar, pois quanto menos ela esperava a bolsa descolava e ela tinha que ir correndo para casa trocar. Teve ajuda de duas amigas e de vizinhos para se recuperar, pois após a cirurgia teve insuficiência renal permanecendo por mais tempo no hospital. Após um tempo descobriu que acidentalmente, durante sua cirurgia tinham dissecado um nervo, ficando com dificuldade para levantar a perna, principalmente para subir e descer escadas.

Ela teve que reintervir cirurgicamente para fechar o ânus, pois ainda estava saindo secreção. Além disso, teve que refazer a estomia devido a uma obstrução e teve que parar com o tratamento de quimioterapia e radioterapia, que só voltou a

realizar após sua recuperação.

Ela conta que a incisão cirúrgica foi tão extensa que não conseguia sentar e tinha que ter ajuda, levando três meses para voltar ao normal. Durante a sua recuperação ela comenta que seu filho tinha acabado de se formar de um curso técnico e havia conseguido um emprego em Curitiba, mas como ela estava doente ele ficou com receio de deixá-la, porém ela o incentivou e comprou passagem para ele ir sem o mesmo saber, e faz dez anos que ele mora lá, e todos os anos ela vai visitá-lo.

Atualmente faz uso do oclusor de colostomia e realiza a irrigação diariamente, diz ainda que começou a fazer reeducação alimentar e caminhadas todos os dias para diminuir o peso. Adora sair e conversar com os vizinhos e amigos, e uma vez por semana frequenta sua religião, pois entende que precisa acreditar em alguma coisa para seguir vivendo.

6.2 Apresentação e discussão dos dados

A análise de dados possibilitou a construção das seguintes temáticas: contexto do adoecer por câncer colorretal, fatores de risco para resiliência e fatores de proteção para resiliência.

6.2.1 Contexto do adoecer por câncer colorretal

Essa temática busca compreender a vivência de cada estomizado a partir dos sinais e sintomas da doença, da descoberta do diagnóstico, da realização do tratamento, das dificuldades encontradas e como essas foram vivenciadas.

Com o intuito de conhecer quais foram às modificações impostas pelo câncer colorretal e a realização de uma estomia, a fim de entender o processo de adoecer do estomizado por câncer colorretal, esta temática permitiu construir três subcategorias: Mudança na trajetória de vida - os primeiros sinais e sintomas da doença; A descoberta do diagnóstico do câncer e seu estigma; A necessidade do tratamento; as quais serão apresentadas a seguir.

Ainda, destaca-se que com a construção destas temáticas, pretendeu-se mostrar as especificidades e circunstâncias da vida dos informantes.

6.2.1.1 Mudança na trajetória de vida: os primeiros sinais e sintomas da doença

A trajetória da doença inicia com a desorganização corporal, detectada por modificações externas, o que é visível, e interna, o que é sentido, ou seja, os sintomas e os sinais (MUNIZ, 2008).

A vida dos portadores de colostomia por câncer colorretal foi interrompida com as mudanças percebidas no corpo. Nessa fase, a doença foi entendida de diversas formas pelos informantes, pois cada pessoa interpretou as mudanças no corpo segundo seus conhecimentos e experiências de vida.

A determinação de estar doente consiste em um processo que é construído juntamente com o grupo no qual as pessoas convivem, em que são partilhadas noções sobre o corpo, seu funcionamento e o que indica estar errado nele (LANGDON, 2009).

Essa categoria traz às primeiras manifestações da doença que foram percebidas pelos informantes, o que permitiu a busca por alguma resolução para o estado de saúde. Ao descrever suas vivências com a descoberta do câncer inicia-se com os relatos de como foram os primeiros sinais e sintomas da doença, sendo importante para compreendermos suas influências no processo de resiliência.

Para os portadores, a descoberta da doença deu-se com o sangramento anal e as disfunções intestinais, sendo comum, entre as pessoas, a associação entre evacuação, sangramento, ressecamento e a ocorrência de fístula e hemorroida.

> Comecei com uma ardência na entrada do ânus. Aí fui no médico e ele disse que era uma fístula que tinha nascido, marcou a cirurgia, e eu fui no outro dia, baixei e ele fez a cirurgia e tudo bem tranquilo, era só aquilo. 14 anos depois, bem certinho [...] eu tive uma hemorragia [...] tive uma cólica eu disse: ué! porque eu nunca senti nada. Aí eu digo: ué, o que está acontecendo? (Talita)

> Essa doença quando eu descobri, eu já tinha ela há muitos anos porque eu fui lá na “Instituição X”, estava sentindo assim botando sangue nas fezes, dava diarreia. Lá eles me fizeram um examezinho com um aparelhinho que fazem na hora, e deu que eu tinha uma fístula, [...] aquela coisinha de nada, não me importei. Foi daí há anos, apertou mais a diarréia com mais sangue, aí eu fui para um especialista para intestino [...] me mandaram fazer exames que era um tipo de vermes que eu tinha por isso que eu vivia sempre com diarreia, aí tratei. Passou um tempo, aí apareceu sangue nas fezes de novo, aí eu fui para outro, aí ele disse que eu tinha tuberculose no intestino, tudo isso. (Cecília)

Descobri a doença por sintomas que me dava, umas coisas diferentes, tipo desarranjo e outras coisas, muita diarréia. Era uma coisa de louco eu tomava, qualquer coisa que eu tomava de líquido eu já tinha que me cuidar para sair de casa. (Lucas)

Comecei a ter prisão de ventre, duas semanas eu não fui aos pés, [...], como eu estava acostumada com hospital eu sei que tem casos da pessoa ficar muito tempo sem ir aos pés resultante de fecaloma, que são fezes endurecidas. Mas não era isso, e eu tive com 52 anos na época foi horrível, e também eu fiquei com 48 quilos sempre fui assim por volta dos 70 kg, 68 kg, e fiquei com menos de 50 kg. (Cláudia)

[...] tive a minha primeira hemorragia, eu estava chegando do serviço, [...] aí senti um liquido, pensei até que estava até cagado né, quando fui olhar era sangue, começou a me dar uma dor de barriga, [...], aí eu fui no banheiro pensei que eu ia fazer cocô, uma coisa assim né! [...]. Aí eu fui pro hospital, [...] que me disseram como eu tinha duas fístulas uma de cada lado da bunda eles me falaram que era das fístulas, e aí eu vim me embora. Quando eu cheguei aqui, não deu acho que 10 minutos [...] começou a me dá uma dor, e eu corri pro banheiro, mas não deu nem tempo de eu me sentar no vaso, aí veio aquela hemorragia, mas foi umas cinco vezes a mais do que já tinha vindo, parecia aqueles bifes de fígado sabe! (Cristian)

[...] eu não sentia nada assim, dor nada, aí eu comecei a ficar com as fezes bem pequenininhas, claro, tinha um tumor, aí não tinha como sair, obstruía né! Aí saia aos pouquinhos! Eu ia nos médicos, me davam laxante, me davam fibra pra tomar. E até que um dia, eu senti tanto de evacuar, saia aos pouquinhos, aí sangrou um pouquinho, mas acho que era do próprio histórico assim, de tá sangrando. (Lia)

Eu comecei com duas coisas que eu nunca tinha sentido antes: azia e diarréia, [...] e tinha, por exemplo, um dia inteiro, e curava, me deu e eu fui no postinho, aí o Doutor receitou um tratamento de quinze dias, que era giárdia, mas ele nem me tocou também. Eu tomei fiz 15 dias, não resolveu nada. Parei 7 dias, fiz mais 15, também não resolveu nada. [...] Quando cheguei em casa, me deu tipo de uma fraqueza assim, que eu acamei, e pra vim no banheiro tinha que vim duas pessoas me trazer, isso eu tive mais ou menos, uma semana a dez dias na cama [...]. (Joaquim)

[...] eu tinha feito um pré-câncer aqui no postinho [...], um dia eu vinha passando ali e resolvi ir pegar a resposta aí a doutora chegou e disse para mim assim: “já passou tanto tempo quem sabe a gente faz outro”. Mas nisso eu tava com uma bolinha ali na parte do ânus, não, da vagina ali, e aquilo me incomodava e eu sentia uma coisinha dura, aí eu já tava com isso aí, fiz o pré câncer e a doutora mandou eu [...] com urgência pra mim ir lá na faculdade, aí eu fiz os exames tudo, fiz a biópsia eu descobri que tava e eu não sentia nada. Eu achei até, que a gente se depila né, eu achei até que fosse um pelinho arruinado [...]. (Berenice)

[...] eu estava preocupado que aquilo que eu estava ingerindo, é normal tudo o que tu ingeres aquilo que o organismo rejeita tem que sair, então esse era o meu problema não estava saindo, eu não estava sentindo dor, não tinha sangramento nada, até mesmo quando custava a sair. Bom, dentro dessa preocupação de não tá saindo eu fui procurar um médico foi aí que foi constatado [...]. (Moacir)

Um dia estava trabalhando à noite e me deu uma vontade de ir no banheiro, isso foi final de 2008 acho que foi, e no banheiro senti assim quando fui aos pés, senti um calor uma coisa quente escorrer, aí me

> assustei, digo: pô! não tô com diarreia nem nada, olhei dentro do vaso e era um sangue vivo, e me assustei. Aí fiz o exame e no exame não deu nada, tudo bem correu tudo bem, numa boa. Só que eu segui com sangramento fraquinho, mas ia e voltava só quando evacuava saia um sangramento junto, não tinha problema de hemorróida nem nada nunca tive. E aí quando foi no final de 2009 por aí, o sangramento voltou, só que voltou com dor, eu evacuava vinha sangue. E lá por final de outubro começou a me doer as pernas me doía muito, [...] era terrível aquela dor. Aí final de 2009 eu resolvi consultar, porque eu já não aguentava ficar em pé para trabalhar, eu trabalhava e tinha muita dor [...]. (Samuel)

Nota-se que a partir das narrativas que a manifestação da patologia se expressou por meio de alterações físicas, percebendo os primeiros sinais e sintomas da doença.

Os sintomas físicos consistem no primeiro sinal de que algo no organismo pode estar alterado. Desse modo, os informantes mencionaram o que sentiam na época anterior ao diagnóstico do câncer colorretal, e que começaram a apresentar alterações como dor, hemorragia, cansaço, mal estar, fraqueza, emagrecimento, diarreia, fezes diminuídas, constipação e a presença de fístulas e hemorroidas.

Com o intuito de descobrir o que estava acontecendo com o corpo a maioria dos participantes foi instigada a buscar ajuda profissional. Nesse sentido, Gomes, Nascimento e Araújo (2007) relataram que existe momentos em que se faz necessário procurarem ajuda para a cura de um mal que angustia, quando há presença de dor insuportável e impossibilidade de desenvolver atividades laborais.

Rotoli e Cocco (2006) pontuam que reconhecer a doença baseia-se na indicação de que o todo não vai bem. Muniz e Zago (2009) afirmam que as pessoas ao perceberem que o sinal ou sintoma é real, se dão conta da desorganização do organismo e fazem escolhas, segundo suas crenças para resolver seu problema de saúde.

Geralmente, quando as pessoas não se sentem bem na sua rotina diária, elas começam a observar, verificar e interpretar os sinais do próprio corpo que vão ajudar a descobrir a origem do mal-estar, em que o diagnóstico temporário e a procura por terapêuticas consistem em um processo sociocultural que inicia entre a pessoa doente e seu grupo a fim de identificar o problema e decidir o que deve ser feito (LANGDON, 2009).

De acordo com Helman (2003), a personalidade de cada patologia é estabelecida por determinada característica, ou seja, pelo quadro clínico embasado nos sintomas e sinais da pessoa doente. Este se relaciona a experiências

subjetivas como: a percepção de modificações na aparência corporal e nas funções orgânicas regulares, emissões do organismo incomuns, alteração na função de um membro e nos órgãos dos sentidos, sintomatologia física desagradável, o que ocorreu com os participantes do estudo.

Reconhecer-se com uma doença crônica certamente não é simples, uma vez que os sintomas apresentados podem se confundir com outras enfermidades, como no caso de alguns informantes que acreditavam não ter nada grave, e que era algo passageiro.

> Era muito ressecada do intestino, sempre desde pequenininha pra evacuar era muito, um terror [...]. Em janeiro deste mesmo ano eu tinha sangrado, um dia eu fui fazer xixi e aquele sangue vermelho e eu não sentia nada [...] disse que não ia no médico, que aquilo não era nada, que talvez tinha alguma veinha de hemorróida [...]. (Marina)

> Eu tinha sangramento, sangrava por baixo, tinha uma espécie de dor [...] anteriormente em 2009 me saiu hemorroida né! [...], aí eu não dei bola. Foi indo, fui trabalhando, levando uma vida sempre corrida, aí começou a doer demais, na hora de evacuar. (Bernardo)

A interpretação das mudanças corporais como um problema de saúde comum, uma desordem passageira, “natural” e que pode ser facilmente “curada”, pode levá-los a buscar ajuda no seu sistema de cuidado familiar e popular. (MARUYAMA; ZAGO, 2005).

Nas narrativas abaixo é evidenciado a forte tendência das pessoas em utilizar os saberes e as práticas populares como a primeira medida para cuidar do corpo doente.

> E fiz de tudo, se tu parares para analisar eu fiz de tudo, fora eu ter ido nos espiritualistas. Tinha pessoas que chegavam, e diziam pra mim: “tu sabe, tu já ouviu falar na criolina?” Até criolina eu tomei, e injetei por baixo, naquele consenso de talvez, sei lá, de me curar né, que as pessoas falavam e a gente via alguns relatos. (Bernardo)

> Eu fazia aqui assim, botava uma bacia com água e vapor de manjericão e malva que era uma das coisas que tinham ensinado para curar infecção e aí curou. (Samuel)

> Mas a enfermeira dizia para mim [...] ela agarrava a minha mão e dizia “tu tens que comer caldinho de feijão, caldinho de lentilha, tu tens que comer bastante ferro!” E eu não tinha vontade de comer nada aí o meu marido trazia de casa [...]. Eu me lembro que um dia eu estava na quimio e tinha uma menina que estava esperando [...] e essa criança estava com uma energia carequinha, brincando, pulando, e eu lembro que o meu marido perguntou pra mãe da guriazinha assim: “de onde que ela tira essa energia toda fazendo quimio?” Ela disse assim: “olha eu dou inhame pra ela até não querer mais.” E aí meu marido foi correndo comprou inhame comecei a comer inhame, e veio aquela energia [...] aí comecei a comer

inhame de um jeito louco [...]. (Marina)

O uso do tratamento popular foi uma decisão tomada pelos portadores de colostomia na tentativa de realizar cuidados para melhorar, como nos retratam as narrativas.

As práticas em saúde baseadas no saber popular mantêm-se vivas no cotidiano da população, coexistindo de forma paralela à hegemonia do modelo biomédico de assistência à saúde. Medidas profiláticas e terapêuticas caseiras são realizadas com o intuito de buscar ou manter um estado de bem-estar próximo ao que é concebido como ideal. Essas práticas são trabalhadas no âmbito familiar e, quase sempre, repassadas entre diferentes gerações (SILVA et al, 2010).

O relato da informante Marina ressalta a importância que teve um alimento considerado essencial para a manutenção da saúde que até então não é conhecido e divulgado na sociedade para consumo em situações de fragilidade do organismo, como em caso de indisposição. Por outro lado, acredita que seu consumo proporciona mais "energia", mais "força" deixando a pessoa mais resistente.

No tocante ao fenômeno saúde/doença, atualmente muitos estudiosos acreditam que não se pode separar as noções e práticas de saúde dos outros aspectos da cultura dos indivíduos. Neste sentido, as práticas de cura populares não podem ser vistas isoladamente de outros fenômenos que se estruturam na sociedade brasileira (SANTOS et al, 2012).

Assim, é importante compreender o contexto cultural e social em que o indivíduo está inserido, principalmente porque estas pessoas percorrem diferentes setores de atenção à saúde, como a biomedicina e a medicina popular.

Diante disso, ao descobrir o diagnóstico da doença a partir dos sinais e sintomas, os informantes expressaram o sentido de receber a notícia e narraram como foi esse momento, expressos a seguir.

6.2.1.2 A descoberta do diagnóstico do câncer e seu estigma

Antes de vivenciar as adversidades de uma doença, a pessoa passa por etapas que antecedem o conhecimento de seu diagnóstico, e, dependendo do significado de doença que a pessoa desenvolve ao longo da vida, poderá agir de

maneira rápida, favorecendo a descoberta da doença ou o retardamento desse processo.

Langdon e Wiik (2010) afirmam que as pessoas demonstram comportamentos e pensamentos singulares em relação à experiência com a doença, além de possuírem noções particulares sobre saúde e tratamento. Particularidades que segundo os autores, não sobrevém das diferenças biológicas, mas das socioculturais, uma vez que partem do pressuposto de que todos têm cultura e de que ela é que produz as particularidades.

Os informantes contaram como foi o momento do diagnóstico, o serviço de saúde que procuraram e o que sentiram na época.

> Um dia eu nem esperava e me deu hemorragia pelo ânus aí eu fui parar no pronto socorro, eles me encaminharam pra Instituição x para procurar um médico proctologista, foi onde um doutor começou a tratar de mim. Aí eu fiz a colonoscopia, paguei particular até porque pelo SUS tava demorando muito, já fiz a biópsia lá na mesma hora também e deu. Aí descobri que tinha, eu tenho a chapa tenho tudo aonde tá o câncer tem umas bolas desse tamanho (tamanho de bola de gude). (Cecília)
>
> Eu que descobri a doença, porque assim, eu nunca tive prisão de ventre e comecei a ter [...] duas semanas eu não fui aos pés [...], aí eu disse: "será que eu estou com isso? Aí eu me agachei no banheiro e coloquei o dedo no ânus para ver se estava ali. Quando eu coloquei para ver se tinha fezes endurecidas eu encontrei aquela bola de carne, aí tu imagina. No mesmo dia que eu encontrei eu fui me esforçar no banheiro e sangrou muito, eu fiz vários exames e deu que era câncer maligno. Fiz a cirurgia em Porto Alegre, eu nunca tinha sentido nada, tive que retirar todo o reto, ânus, tirei tudo, e fiquei definitiva (colostomia). (Cláudia)
>
> [...] Aí eu fiz tomografia e eu tinha um tumor desse tamanho assim, eu vi, eles me mostraram parecia um limão, uma laranja, uma bergamota. O doutor mexia comigo que era uma bergamota! (Talita)
>
> [...] Eu estava com uma bolinha ali na parte do ânus, não, da vagina ali, e aquilo me incomodava e eu sentia uma coisinha dura. [...] eu fiz os exames tudo, fiz a biópsia eu descobri que estava e eu não sentia nada. [...] Aí fiz colostomia, tirei tudo, já estava bem avançado, que praticamente já estava invadindo a vagina. (Berenice)
>
> [...] Aí eu fui na associação dos aposentados e lá a Doutora me pediu os restos dos exames, me pediu colonoscopia, foi com o Doutor X e já constatou que era câncer no reto. E já estava meio antigo, porque tinha uma base de mais ou menos 11 cm. E nunca senti nada, no final até tinha algum sangramento, mas era pouquinha coisa. (Joaquim)
>
> Eu sentia coisa no corpo principalmente no intestino, muita diarreia, [...] vinha e não tinha nada. Fiquei pouco tempo com essa coisa e já desconfiei e por informações, e pelos sintomas o médico já pediu exames e viu que a coisa não era muito fácil. (Lucas)
>
> Só que quando eu cheguei lá eu fiquei muito mal, muito debilitado, cheguei muito fraco, e aí saí com a minha mãe e sai caminhando, mas

> muito debilitado. Aí veio a minha doutora lá no fundo [...] Ela pediu para entrar lá, fez uma vez o teste do toque e descobriu o que era. Aí chamou todos os profissionais que me atenderam, pediram para fazer o mesmo teste e graças a Deus que ela me viu se ela não tivesse visto! [...] Aí então, ela disse que deu graças a Deus de eu ter tido estas duas hemorragias, e de ela ter descoberto a tempo ali [...]. (Cristian)

> Quando chegou a hora de fazer um examezinho para ver se era hemorróida ou não, aí que a coisa mudou. Eu lembro que eu fui pra salinha troquei de roupa, deitei, aí a enfermeira veio e me mandou deitar de lado. Ele veio (o médico), fez o toque. Quando ele fez o toque, eu vi que ele chamou ela (enfermeira) ligeiro e disse para trazer um aparelho lá, [...] ele fez uma biópsia ao vivo ali [...] sem anestesia. Eu dei um grito, porque ele se apavorou com que ele sentiu, tu imagina guria, é bom médico, ele botou o dedo e ele sentiu! (Marina)

> Eu descobri a doença no caso por uma simples circunstância [...]. Eu estava preocupado que aquilo que eu estava ingerindo, é normal tudo o que tu ingere aquilo que o organismo rejeita tem que sair. Então, esse era o meu problema, não estava saindo [...]. Bom, dentro dessa preocupação de não tá saindo eu fui procurar um médico foi aí que foi constatado, eu fiz uma biópsia no caso. (Moacir)

> O médico disse: “tu vai fazer é um exame de colonoscopia e a partir daí a gente volta a conversar.” Aquilo foi assim acho que uns 2 minutos não durou a consulta. [...] saímos dali aí eu fiz o exame, depois fiz uma [...] biópsia e deu que era um nódulo maligno. Aí mandou marcar uma consulta com o doutor Z, levamos o resultado da biópsia e o doutor disse: “isso aqui só tem uma situação: é cirurgia!” (Samuel)

Os informantes mostraram ter conhecimento do seu corpo e dos sintomas que ele apresentava, e acreditavam saber o que ele precisava e como tinha sido a sua evolução diante do adoecimento. Desse modo Foram buscar ajuda dos serviços de saúde, sendo necessários alguns exames complementares de alta complexidade tecnológica, como exames de tomografia, e também colonoscopia com biópsia, a fim de descobrir o diagnóstico da doença.

Em contrapartida, o esclarecimento por meio de ações preventivas sobre a detecção precoce do câncer colorretal tem prioridade porque podem evitar que os pacientes cheguem ao médico já com tumor em fase avançada de desenvolvimento.

É possível que os valores que expressam o comportamento da doença sejam superiores, em parte por causa do comportamento do paciente frente aos sinais e sintomas de uma doença, em parte, pela falta global ou específica de esclarecimentos sobre temas de saúde e, também, pelas falhas nos nossos sistemas de saúde. (SANTOS et al, 2013).

Verificou-se que a participante Cecília teve que percorrer ao sistema particular de saúde em busca do diagnóstico para seu problema de saúde, pois

infelizmente o Sistema Único de Saúde (SUS) ainda apresenta falhas quanto à resolutividade e eficiência.

Pode-se dizer que o SUS enfrenta uma problematização dicotômica entre o que está escrito e o que é realizado. A descrença do povo brasileiro num sistema de saúde para todos leva milhões de pessoas, a procurar por serviços, planos ou seguradoras de saúde privados, pagando, por conseguinte, abusivos valores especialmente para a população de faixa etária mais avançada que, em função do aumento da expectativa de vida e dos agravos da terceira idade, é a que mais necessita (SOUZA e COSTA, 2010).

Para a pessoa que recebe um diagnóstico como o câncer colorretal e a necessidade da realização de uma colostomia são necessárias orientações que garantam conforto e segurança para sua adaptação quanto ao uso da bolsa de colostomia. Este procedimento geralmente é um fator que pode desencadear sentimentos conflituosos e preocupantes, que abarcam aspectos não só fisiológicos, mas psicológicos e sociais sendo, portanto, explicações específicas (BRASIL, 2014).

As narrativas abaixo demostram que os informantes receberam informações sobra sua doença e a necessidade de usarem a bolsa coletora, e que para a maioria deles, era algo desconhecido.

> O médico explicou desde o começo, desde antes da cirurgia. Ele disse que era irreversível. Eles sentaram, conversaram, ficamos umas duas horas, me explicou como que ia funcionar, tudo permanente, me explicou tudinho. Eu fiquei parada, porque é uma coisa desconhecida, eu não sabia! (Berenice)

> O médico me explicou que ia ter que usar bolsinha. Claro, mais ou menos eu sabia, eu já sabia de ver falar, no caso, não que falasse assim diretamente muita coisa, quando ele me disse o problema que eu tinha, eu procurei na internet para ver o que era. Eu só não avancei mais pra saber as pessoas que tiveram, porque eu não quis, porque já tava meio apavorado! (Moacir)

> No momento que o médico viu que a situação era para o uso da bolsa, aí ele explicou tanto pra mim quanto para a família, e conhecia isso de alguém falar, mas nunca tinha tido um contato com outros. A bolsa me irritou muito eu não conhecia o sistema, não sabia como era usar bolsa o que é isso, usar bolsa, o que é isso! Aí o doutor, lá da Universidade foi quem me mostrou, [...] ele deu uma boa educação de prática, [...] me mostrou tudo como que era o desenho todo o corpo humano tudo como é que tinha que ficar a bolsa. (Lucas)

> Aí quando ele foi pra sala dele e deixou me vestindo ali, ele perguntou pro meu marido se podia falar sozinho, e o meu marido: “não, a gente tem

> aberto não esconde nunca nada um do outro". Aí quando eu entrei na salinha estava aquele clima assim, eu senti que o meu marido estava todo desconfiado, assim ficou sentado, aí ele disse: "olha tem uma notícia para te dar." Ele pegou uma folha que tinha vários desenhos assim e ele disse assim "olha a minha suspeita é essa, tu tá com carcinoma!" Eu vou saber o que era carcinoma? Eu digo "ué que doença é essa?" Fiquei pensando né, aí pensei assim, mas ele já tinha explicado, aí eu fiquei quieta, não entendi nada. Que doença é essa meu Deus! [...] Depois, então, eles usam assim, até acontecer eles não fazem aquilo aberto, para ficar pensando como é que vai ser a tua nova vida, e eles vão falando bem devagarinho sabe. (Marina)

> Eu fui e operei lá em Porto Alegre, o médico me assustou bem no primeiro dia, claro porque eu nem imaginava, em bolsa de colostomia eu nunca tinha ouvido falar, e ele disse que eu podia ficar pra sempre com a bolsa, e eu não sabia o que era. [...] Ele é de dizer as coisas, claro mostrar a realidade, não adianta ele querer me enganar, ele ia me operar depois eu ia sair de lá com uma coisa. Ele me explicou direitinho como é que era, e falou que não podia demorar porque podia obstruir, que cada vez o tumor ia aumentando mais e ia fechar completamente e ia morrer porque não saia as fezes. (Lia)

No momento em que uma pessoa recebe a notícia de ser portadora de uma neoplasia maligna, tentam entender do que se trata, pois desconhecem os termos técnicos. Porém, ao se darem conta de seu significado, muitos sonhos vão gradativamente desaparecendo, e, muitas vezes, vão sendo substituídos por medos, anseios e incertezas quanto ao futuro, gerando uma gama de significados, que correspondem a interpretação dos acontecimentos e como resultado a resposta perceptiva sobre o fenômeno vivenciado.

Assim, ao tomarem conhecimento do diagnóstico e da necessidade de se submeterem à estomia, a maioria dos pacientes entrevistados vivenciou sentimentos intensos de desorganização emocional, como surpresa, medo, impotência, e ao mesmo tempo necessidade de preservação da saúde. Foi, então, a partir desse momento que começaram a sentir que ocorreria grande mudança nas suas trajetórias de vida.

Ao receber a confirmação de estar com câncer, o homem mergulha em sua temporalidade existencial e visualiza a morte como algo próximo em sua vida. Essa situação despertada de seu interior gera sentimentos que, ao serem expressos, transmitem seu estado de derrota diante do mundo (SALCI; SALES; MARCON, 2009).

As narrativas dos informantes expressaram o sentido de receber a notícia e traduziram as reflexões expostas acima:

E depois a gente tinha aquela coisa ah com câncer, é um absurdo na vida da pessoa né. Falando, ah tô com câncer, tô ralado, tô morto, tô perdido! Câncer era uma coisa terrível, assustadora, quando o doutor disse que eu estava com câncer que eu tinha que operar o câncer, disse: barbaridade! Achei que ia morrer na cirurgia, câncer, digo: câncer isso aí não tem salvação [...]. Foi um choque quando descobri, foi triste, eu achei que era outra coisa o câncer. Eu tinha câncer, mas não sabia o que que era, como é que era a pessoa, que repercussão dava e, para mim foi muito negativo. Depois me acostumei, mas no início foi terrível! (Lucas)

[...] disse: “não, eu não quero ficar costurada como é que eu vou usar biquíni, [...], ah vou ficar toda emendada, porque não sei que mais”. E com bolsa, [...], e ele ficou parado me olhando, e eu disse: “não, vamos negociar essa história assim, como tu vais pendurar um saquinho na minha barriga?” (Talita)

[...] o primeiro impacto foi tu chegares no médico, e ele dizer o que tu tens. Imagina, hoje em dia eles não fazem mais rodeio, eles te dizem na cara dura. Não, tem que ser isso mesmo, não adianta ficar fazendo voltas, ele disse: “olha tu tens, ele deu o nome lá que agora não me lembro”. [...]. Aí depois do exame que foi constatado [...] queira ou não queira tudo que avançou a medicina essa palavrinha câncer preocupa muito ainda. [...] Logo nos primeiros anos foi meio difícil, principalmente quando eu soube tive um período muito complicado pensando muita bobagem, [...] a situação que eu não consegui lidar foi logo no início de tudo, de saber do problema que eu tinha. (Moacir)

Eu tenho um filho que mora em Porto Alegre que é médico. Até nem fui eu que liguei, fiquei quieta não quis falar, pois quando a gente descobre não fala nada, fica só pensando. (Cláudia)

No começo eu me apavorei sabe, por que eu não tinha, uma coisa desconhecida né. (Berenice)

[...] fiz um exame e infelizmente o médico declarou que era um tumor no reto. Aí caiu a casa, eu pedi afastamento, e como eu tinha te dito antes, fui a dois, três médicos e sempre eles me diziam a mesma coisa, que não tinha como, que 95% eu ia perder o ânus e cortar, porque na realidade, tiraram o reto, o ânus e mais alguma coisa (risos), claro, foi difícil, é difícil, é complicado [...]. Aí mesmo que eu entrei em pânico, ainda mais por ser, tudo que é pra sempre é uma palavra forte né, e isso aí era meu medo, a palavra pra sempre! [...], oh vou te dizer tu chegar lá para ver o resultado e o médico, agiu com a maior naturalidade, e eu ainda perguntei se era grave e ele me disse que era né. (Bernardo)

[...] mandou fazer o exame, colonoscopia, aí fez o exame e mostrou que era um tumor, falou essas coisas. Saí de lá bem chocada, claro nos primeiros dias assim eu levei um choque né, e aí, um, dois dias eu fiquei abalada. Então uns dois dias, três dias eu fico com depressão [...]. (Lia)

Tá, daí disse assim: “olha e pelo toque que eu senti o teu estagio é esse”. Eu só via aqueles desenhos horríveis, e aí ele me explicou, olha carcinoma é câncer. Ah quando ele disse câncer, menina do céu, fazia bem pouquinho a irmã do meu esposo tinha falecido de câncer e nós cuidamos dela até o fim, [...] ah foi uma loucura aquele câncer ficou assim um período grande, [...], então foi uma situação muito marcante assim na minha vida e fazia pouquinho que ela tinha morrido. Aí quando ele falou isso assim na hora me deu assim um impacto! Naquela hora assim, era como se ele tivesse falando, mas não era eu, era outra pessoa, não era

> pra mim que ele tava dizendo aquilo ali, eu fiquei assim né, tipo, escutei, mas não absorvi né! (Marina)

> A minha esposa guerreira de sempre, queria esconder eu digo: “não! não vamos esconder nada de ninguém”, aí abri na internet, pegamos os laudos tudo, e disse: abre aí, e vê quanto tempo eu tenho de vida, tenho um mês? E o que a gente sabe, tu tá com câncer, e eu acho que o que mais assim te abala é a palavra, é o significado câncer quando te diz “óh tu tá com câncer!” É como se dissesse assim, como se estivessem lendo uma sentença de morte pra ti, como: “aos 10 dias de tal ano tu vais morrer”! É uma situação assim sabe, porque eu até me emociono quando falo nisso. Eu digo: pô, o que vou dizer pro meu menor, que o herói dele vai ficar pelo meio do caminho, e vai perder a guerra! (Samuel)

Nas narrativas, observa-se que os informantes recebem o seu diagnóstico de várias formas. Porém a reação é semelhante, pois a revelação do diagnóstico do câncer impacta, e as pessoas desenvolvem sentimentos como: ansiedade, preocupação e rejeição. Estes sentimentos são fruto, possivelmente do significado desta doença a partir das vivências de cada um, que a consideram como uma ameaça, sofrimento, insegurança, medo, e limitação.

Frente ao impacto da nova realidade, a pessoa depara-se com o medo da morte e com a incerteza do futuro, construído a partir da imagem de ser uma portadora de câncer (SALCI; SALES; MARCON, 2009).

Assim, após o diagnóstico da doença e da necessidade da realização de uma estomia, os informantes conheceram o real significado de ter uma neoplasia maligna pela condição mutilante que está acarreta e um sentido singular foi atribuído a essa experiência.

Percebeu-se na narrativa de Moacir que mesmo tendo consciência da evolução da tecnologia e dos tratamentos existentes para a doença, ele revelou ser difícil a elaboração da aceitação da nova situação.

A informante Marina relatou um significado negativo comparando sua doença com a experiência de um familiar próximo, que lhe trouxe muita tristeza e desesperança, visto os percalços que teria que enfrentar dali em diante.

Assim, o viver com câncer é um momento ímpar na vida de qualquer ser humano. No entanto, as experiências anteriores com o câncer vivenciadas no decorrer da vida podem influenciar de maneira positiva ou negativa essa nova fase, bem como o controle de suas emoções (SALCI; SALES; MARCON, 2009).

Descobrir-se com o câncer colorretal pode ser encarado como um grande problema inicialmente, acarretando em sofrimento físico e psíquico. As modificações abruptas na vida, a convivência com limitações, o tratamento

contínuo e o medo da morte, podem trazer implicações negativas para a qualidade de vida, visto que as possibilidades de aproveitar a vida poderiam ser interrompidas.

Receber o diagnóstico de neoplasia colorretal sem ter o acompanhamento de pessoas próximas consiste em algo que marca esse momento, como ainda mais difícil, como mostra narrativa de Moacir abaixo.

> Uma vez feito o exame disse que tinha três (falando do tumor), não sei qual é a denominação que ele deu no momento, [...]. Dito isso, imagina como é que eu fiquei quando me disse que eu tinha. Eu estava sozinho, geralmente a minha irmã ia sempre comigo, mas nesse dia eu estava sozinho. Eu até meio que me afastei do médico, ele achou que eu ia embora, imagina como é que a pessoa recebe uma coisa dessa! (Moacir)

De acordo com esta narrativa, Moacir sempre ia às consultas acompanhado de uma familiar, mas naquele dia acreditou que não precisava, pois só iria receber o resultado de alguns exames, os quais mudaram a sua vida.

Diante disso, vale destacar o quão importante é a presença de um familiar ou alguém com quem se possua vínculo afetivo forte no momento de lhe ser comunicado o diagnóstico, pois a simples presença parece ser capaz de transmitir segurança e apoio emocional.

Estar só no momento do diagnóstico pode causar um impacto tão profundo que o ser se sente derrotado perante o mundo. Isso constitui um indicativo importante para os profissionais de saúde que devem estar atentos a esse aspecto e não darem a notícia do diagnóstico quando a pessoa estiver sozinha (SALCI; SALES; MARCON, 2009).

O estigma de patologias consideradas graves e difíceis de tratar, geralmente vai além da condição clínica, sendo necessário observar a importância que o doente dá para a representação construída de si mesmo e da doença. Desse modo, conhecer essas representações envoltas pelos elementos culturais que transcende a pessoa, poderá interferir direta ou indiretamente no cuidado (BARBOSA; FRANCISCO, 2007).

Diante disso, sentimentos conflituosos passaram a existir quando os informantes perceberam a necessidade de aceitar-se com a doença e a estomia conforme apresentado nas narrativas.

> Eu tive uma fase de depressão muito horrível, tô com casamento desfeito, porque eu botei na cabeça que tinha que se separar, foi uma rotina terrível! (Cláudia)

> A doutora falou que eu posso fazer tudo o que uma pessoa normal pode fazer, só vai de mim me adaptar. Esse é meu problema, não tô conseguindo me adaptar às coisas. (Cristian)
>
> Vou te dizer assim, é difícil inclusive, uma coisa que me marcou que o médico que eu fui, que eu fui a seis, a sete médicos que eu não aceitava essa condição de eu saber que eu iria ficar com bolsinha pro resto da vida. E inclusive fiz três viagens como é que se chama, espiritualistas, [...] fui para ver, fiz cirurgia astral, fui a religião, fui por sete meses. Eu levei três a quatro meses para me operar, para aceitar aquilo ali. Mas até que chegou numa hora, que a doutora pegou e me disse que eu não tinha mais tempo, aí eu fiz né. (Bernardo)
>
> Tive dificuldade no início, mais foi de me aceitar, no início os primeiros meses foi [...]. (Samuel)

As mudanças na vida são evidenciadas na presença do adoecimento. E o choque do perceber-se com uma doença crônica, em especial o câncer colorretal, foram evidenciados por sentimentos negativos como a não aceitação, e o sofrimento.

Com o estabelecimento do diagnóstico do câncer colorretal e da necessidade de realização de uma estomia, as pessoas passam por um momento de rejeição e aceitação diante da necessidade do tratamento para sua recuperação, e podem apresentar distintas reações e maneiras de agir ao longo do processo de enfrentamento (SILVA et al., 2011).

Nessa perspectiva, o enfrentamento da doença não inclui somente a experiência pessoal do problema de saúde, mas também o significado que o indivíduo confere à mesma. Tanto o significado conferido aos sintomas, quanto a resposta emocional aos mesmos são influenciados pelo contexto cultural, social e econômico no qual o paciente se insere (SALCI; SALES; MARCON, 2009). Contudo, o passo inicial para a aceitação é a conformação e a conscientização do ser portador da doença (CARVALHO; MOREIRA; NUNES, 2012).

Todavia, a estomia e o equipamento coletor imprimem mudança concreta na vida das pessoas colostomizadas. Esta transformação requer tempo para sua aceitação e o aprendizado do autocuidado. A educação em saúde faz-se imperativa tornando-se propulsora das práticas de autocuidado (BATISTA et al, 2011).

Nesse contexto, a pessoa portadora de colostomia traz na sua trajetória de vida sentimentos de perdas evidenciados, principalmente, pela ausência de uma autonomia quanto a sua fisiologia gastrintestinal. O incômodo causado pelo descolamento da bolsa e vazamentos das fezes são exemplos disso.

> Eu acho que três anos eu usava bolsa, eu tinha que deixar as fezes na bolsa, esvaziava e lavava a bolsa, era uma bolsa fixa, até que de tanto lavar acabava saindo, entendeu! Ah aquela época foi um horror, terrível porque tu saía e quando tu esperava estava toda suja foi um trabalhão, aí esses três anos foram horríveis, ah ninguém merece! (Cláudia)

> No começo foi difícil porque eu não tinha prática sabe, eu colocava e me sujava tudo, então descolava ou fazia ferida, porque é uma região aqui né, ah no começo foi brabo. (Berenice)

Além disso, a adequação ao tratamento e a difícil recuperação também são considerados pelos informantes como dificuldades encontradas e que precisavam ser aceitas para enfrentar a doença.

> Aí se passou por esse processo todo né de recuperação, foi difícil, não foi uma recuperação fácil. Voltei a fazer as quimio que faltou no final do ano depois que eu já podia sair de casa para fazer, caminhar, aí voltei a fazer as quimio faltaram duas sessões se eu não me engano. (Samuel)

> A minha vida, perdi um pedaço né sei lá, e dificuldade foram muitas, antes e durante o tratamento, que eu fiz quimio e fiz radioterapia também né, [...] então era horrível, essa era a maior dificuldade, complicado, pô! (Bernardo)

No entanto, percebe-se que esta experiência é entendida pelos participantes como traumática e assustadora, e que possivelmente está atrelada a construções culturais sobre o câncer pela família, que parece fortalecer os mitos e estigmas que cercam este diagnóstico.

Essa realidade representa, sem dúvida, grande desafio, pois alternativas deverão ser encontrados para minimizar a ocorrência das situações desagradáveis. Assim, subleva-se relevante preocupação quanto à importância de um atendimento especializado que possa dar suporte profissional aos colostomizados (BATISTA, 2011).

Contudo, destaca-se a influência de pessoas próximas que reafirmaram o estigma de câncer como uma doença letal e incurável, sem possibilidades terapêuticas.

> Tenho quatro irmãos, e tem um que acha que todos os dias eu vou morrer, porque vem seguida aqui. O meu irmão acha que câncer é a morte, doença ruim, ele imagina a minha doença braba assim uma coisa [...]. (Joaquim)

> Eu acho que a minha família ficou mais assustada que eu quando descobriu, sei lá, eu não tive nenhum medo de nada. (Cristian)

> Eu acho que a minha família sentiu mais, o impacto foi bem maior neles do que em mim mesmo. (Lucas)

> [...] para mãe a palavra câncer tanto para os meus familiares, a minha tia também que era como uma mãe que eu perdi no ano passado [...], para

> elas isso aí era o fim do mundo, entendesse. Então, elas se doaram tudo o que puderam, tudo era para ajudar para que não acontecesse o pior. (Cesar)

Nesse sentido, diante do enfrentamento do câncer tanto o paciente como seus familiares precisam de um tempo para trabalhar suas emoções e traçar novas perspectivas de vida, pois os sentimentos confrontados no momento do diagnóstico são difíceis de serem elaborados de imediato (SALCI; SALES; MARCON, 2009).

Diante das considerações dos informantes, após o diagnóstico da doença surge o estabelecimento da terapêutica necessária com suas diferentes reações, apresentando as vivências particulares dos estomizados em relação ao tratamento indicado, as quais serão expostas a seguir.

6.2.1.3 A necessidade do tratamento

Existem três tipos principais de tratamento para o câncer: cirurgia, radioterapia e/ou quimioterapia. Assim, após a confirmação do diagnóstico e avaliação médica do melhor método inicia-se o tratamento, e com isso novas dificuldades se estabelecem, pois ao chegar nesta etapa da doença, a pessoa não tem escolha de decidir se quer ou não fazer o tratamento, com o intuito de manter a sua vida.

O protocolo de drogas antineoplásicas para o câncer colorretal tem como efeitos alguns sintomas que podem intensificar a adversidade vivida. Diante disso, os tratamentos de quimioterapia e/ou radioterapia foram momentos de dificuldades que causaram grande sofrimento, relatados pelos participantes, devido às sintomatologias referidas como mostra as narrativas a seguir.

> A rádio foi horrorosa, a rádio que me pelou tudo, assim caiu a pele, caía tudo porque foi uma coisa violentíssima. (Lucas)

> [...] Eu não queria fazer né, mas se tá com problema também não ia dar, aliás, certamente uma vez tu tendo o câncer pode ser curado, também pode voltar né, essa probabilidade existe, então, tu ficas lá só aguardando ficam te espetando sempre. Mas a rádio sim, a rádio desde 2011 pra cá até hoje eu tenho os efeitos dela, queimou, no caso, te queima a pele, além do que, quando tu fazes essa espécie de coisa, da quimioterapia ou o tratamento em si ele não acaba com as células que tão problemáticas, ele acaba com várias, então por isso que eu não queria. Mas eu, a partir daí comecei a fazer radioterapia e até hoje eu tenho em mim o problema porque te queima né. Até hoje eu sinto a situação. (Moacir)

A quimio depois que eu me operei, eu quase morri. A gente com as defesas muito baixas e as quimioterapias são muito fortes. Um dia me deu um teleco lá fazendo quimioterapia aí a doutora pegou e riscou no papel, aquela quimio eu não poderia fazer, porque eu era alérgica daquela quimio. Eu sempre que ia fazer aquela químio sentia que essa veia adormecia, parecia que tinha uma cobrinha caminhando dentro e já era isso, estava rejeitando aquela quimioterapia. (Cecília)

É que eu não queria fazer, eu sabia que a situação inclusive principalmente por causa da rádio né. A quimioterapia não é tanto, [...] fazia a quimio e radio dia sim, dia não, por quatro meses, foi um sofrimento, que fase! (Cláudia)

Fora as coisas que aparecem né da rádio e da quimio, quando me aparece um vermelho assim eu vou pro hospital, fico sete dias de hospital, [...] de vez em quando aparece, porque a doutora disse que é normal que é da rádio e da quimio. Agora uns dois meses atrás me apareceram, aí começou por baixo aqui pelas pernas e fica vermelho é uma ardência assim insuportável, arde e cai a pele assim, faz ferida, e ela disse que por 10 anos eu vou sentir isso, e olha antes eu não sentia essa perna parecia que eu não tinha perna. (Berenice)

E na faculdade fiz radioterapia em 2012 [...] e até hoje eu tenho a bunda queimada, eu me asso, fiz a quimio, [...] foi um mês e pouco com quimio e radio antes [...] e eu não aguento mais a quimioterapia, eu faço de 15 em 15 dias, aí eu vou lá [...]. Teve uma fase assim que me encheu de coisa, que eu tava com resistência muito baixa por causa da quimioterapia, eu tive fungo na boca né, monte lugar, acho que deu aqui também (ao redor da estomia), me encheu de ferida tive que tirar e ficar sem. Eu tenho um colchão e ficava de lado com uma coisa apoiando [...]. Tinha bastante ferida em carne viva, sangrava, tinha que esperar, aquilo foi brabo! (Lia)

Eu fiz 6 ciclos de quimioterapia e fiz 35 sessões de radioterapia [...]. Da quimioterapia eu ia dirigindo e voltava dirigindo, mas dois dias depois não caminhava, e deitava no sofá ali e não tinha condições de nada, aí o corpo ficava como se não fosse meu, perdia as forças, perdia tudo, e apetite também [...]. E até agora de vez em quando que eu saio para caminhar me dói as pernas, se caminhar muito ligeiro mesmo [...]. Quando eu fiz todos os exames para me operar, eu não tinha nada, estava normal em tudo, era coração, era rim, era pulmão, era tudo. A quimioterapia me estragou, porque em menos de um ano eu tive um tipo de infarto, [...] eu senti falta de ar, não conseguia nem caminhar, isso foi depois que eu fiz a quimio, no hospital eu tive mais de 11 dias [...] eles (médicos) descobriram que eu tive uma dilatação do ventrículo do coração, [...] por isso que eu tomo remédio, são 5 qualidades de remédios, pro coração, pra pressão, estragou os rins também, sinto falta de ar. (Joaquim)

A radioterapia eu acho muito pior do que a quimio, a quimio é remédio, como eu digo né, ela te dá enjoo. Mas se tu ajudar como eu digo né, depende também de cada pessoa né, se a gente ajudar e fazer direitinho aquilo que o médico manda mesmo que a quimio te tire assim toda vontade de comer, só tem vontade de vomitar, e sensação ruim no estômago o tempo todo. (Marina)

Eu parei de trabalhar [...] tive que me afastar do serviço porque aí não tinha mais como parar em pé, eu não parava mais, vivia drogado cheio de remédio pra dor era dor, dor, aí vinha pra casa só levantava para ir para as sessões. (Samuel)

> É que a quimio é uma coisa, claro te dá um período, se eu não me engano parece que era uma sessão e falhava 21 dias, só que era segunda, terça, quarta, quinta e sexta [...] aí é complicado né. Mas dois, três dias depois, é que te dava aqueles efeitos né, aí te derrubava, era horrível, mas era necessário né, então tinha que aguentar. (Bernardo)

Para os participantes o tratamento com quimioterapia e/ou radioterapia foram vivenciados como o momento mais difícil da doença. A manifestação de sintomas, especialmente náuseas, desânimo, cansaço, queimaduras, vômitos, falta de apetite, e surgimento de outras doenças devido a baixa resistência do organismo foi considerado por eles o momento mais sofrido de sua experiência com o câncer.

Náuseas e vômitos são sintomas comuns do tratamento quimioterápico e podem causar grandes prejuízos para pacientes com câncer, com redução da qualidade de vida, bem como baixa adesão ao tratamento, desequilíbrios metabólicos, depleção de nutrientes, anorexia e outros (NCCN, 2014).

A quimioterapia antineoplásica apresenta diversos efeitos adversos. Dessa forma, os profissionais da saúde devem estar preparados para identificar essas manifestações a sobrevivência ao câncer, e oferecer opções no tratamento para obter uma melhora na qualidade de vida (ANDRADE; SAWADA; BARICHELLO, 2013).

Percebe-se que foram atribuídos diversos significados. Ao mesmo tempo em que eles sabiam da importância do tratamento, não conseguiam se desprender do lado ruim, como os sintomas fisiológicos, a rotina cansativa causando-lhes sentimentos negativos.

Os informantes partilhavam do sentido de obrigatoriedade, uma vez que não tinham alternativas de não realização das sessões de quimioterapia e radioterapia para continuarem vivos. Podemos perceber isso, na narrativa de Bernardo, que mesmo tendo sintomas bem expressivos desencadeantes do processo do câncer, acreditava que o tratamento seria importante para sua recuperação e manutenção da sua vida.

Neste pensar, a atuação do Enfermeiro com a pessoa estomizada é primordial em todos os momentos, tanto no pré como no pós operatório. A riqueza de informações, os cuidados apropriados, o apoio e as orientações são fundamentais para a adaptação a nova condição (NASCIMENTO, 2010).

Diante dessas considerações, foi possível conhecer como se desenvolveu o processo de adoecer por câncer colorretal, para então identificar os fatores de risco e de proteção para resiliência presentes neste contexto, sendo apresentados e discutidos a seguir.

6.2.2 Fatores de risco para resiliência

Os fatores de risco estão associados a eventos de vida negativos que potencializam resultados disfuncionais físicos, sociais e/ou emocionais. Assim, eles aumentam a vulnerabilidade do indivíduo a resultados indesejáveis a seu desenvolvimento (Rutter, 1997).

Eles são de fundamental importância quando se pensa em resiliência, uma vez que ela aparece em situações que expõem ao risco. A interpretação e a reação à doença pelas pessoas são influenciadas pelos estigmas sobre o câncer e pelo modo como cada pessoa, segundo seu conhecimento particular, entende esses estigmas. O termo estigma é utilizado para fazer referência a algo que marca, que discrimina, como o câncer e a colostomia.

Assim, um dos fatores de risco para resiliência encontrado nas narrativas dos informantes foi o **preconceito/discriminação**, pois o estigma de doença grave é motivo de sujeição aos preconceitos e de encobrir a situação e está presente nos comportamentos das pessoas interferindo de maneira negativa para o processo de adaptação destas pessoas

O preconceito pode ser entendido como um conjunto de atitudes que provocam, favorecem ou justificam medidas de discriminação, operando de forma depreciativa, feita sem qualquer exame e separada de uma realidade de fato. É em razão desse conceito pré-concebido que as pessoas utilizam palavras e atitudes discriminatórias contra indivíduos com características diferentes (FILHO, 2014).

Assim, o preconceito é um julgamento preconcebido, manifestado geralmente na forma de uma atitude discriminatória diante de pessoas consideradas diferentes ou estranhas, indicando, muitas vezes, desconhecimento pejorativo de alguém, ou de um grupo social, ao que lhe é diferente. (ALBUQUERQUE, 2011).

> Sabe que é uma coisa bem discriminada quando eu fui fazer a carteirinha do ônibus e aí eles olharam ali deficiência, te olham assim, [...] já discriminam pela olhada, [...] as pessoas te olham, claro não é igual né, mas eu fico pensando assim, como é que é o racismo né, quando tu tem uma deficiência tu te senti tão estranha, e ontem quando eu fui lá comprar passagem, aí eu levei a minha carteirinha e o rapaz levou pro chefe e os dois ficaram me olhando com uma cara como se dissesse assim, tá mentindo, aí eu digo pro meu marido, sabe isso me faz eu me sentir muito ruim porque não tenho como mostrar, não é uma perna que tá quebrada, não é um braço que eu tô em falta, é aqui dentro, e eu não tenho como tá né (falando em levantar a blusa para mostrar o estoma), e eu já tive que fazer isso, quando eu tava fazendo a perícia, menina, sete vezes eu tive que fazer, e nenhum deles acreditava, quando eu cheguei lá, [...] o cara me olhou com uma cara assim, [...] eu fiquei com tanta indisposição na frente dele [...] eu tenho deficiência para ir aos pés, e eu dentro de um ônibus, ou em qualquer lugar que eu tiver evacuando vai sair um cheiro ruim e ninguém vai gostar,[...] mas é uma coisa que discriminam a gente sabe, eles te olham por fora mas não olham por dentro. (Marina)

> A dificuldade é isso de não usar uma roupa que tu gostas, [...] não uso por causa de mim e da opinião das pessoas. O que elas vão pensar de mim? Então, é por causa das duas coisas, que sei lá. Tem muita gente que olha e fica olhando e aquilo ali tu te sentes mal por aquilo ali, das pessoas estarem te olhando, te analisando, porque o normal da pessoa é ir para uma festa com uma roupa normal e se uma pessoa já tá te analisando tu já ficas meio assim né, pô! Mas será que tô bem vestido, e aí tu já tá com uma bolsinha e tá aquele volume e a pessoa está te observando, tu fica pior ainda. (Cristian)

> É claro que tem que esconder com roupa, com coisa, [...] tem uma amiga minha que ela me olhou e disse: “ah, não quis ir te visitar”. Depois que eu me operei, ela disse: “não quis ir te visitar por causa que tu estás com isso”. Ela não quis nem me visitar só porque eu estou com uma bolsa [...]. (Lia)

> Em locais públicos não tem como e às vezes também os gases sabe, é uma coisa constrangedora não tem como. (Berenice)

Ao vivênciar a experiência de ser estomizado surgiram sentimentos negativos, especialmente quando outras pessoas questionavam a sua presença, sendo que, alguns informantes acabavam até mesmo escondendo a estomia.

O uso da bolsa de colostomia advinda do câncer colorretal, os colocavam frente a situações constrangedoras, envoltas por um preconceito de algo ainda desconhecido por parte da sociedade, que, muitas vezes, olhava para eles e os descriminavam. Estas vivências foram destacadas nas narrativas dos informantes, pois frequentemente sentiam-se discriminados por algumas pessoas, que os analisavam como se estivessem com algo estranho e errado.

Nota-se que o informante Cristian evitava até mesmo sair de camisa mais justa para não ter que passar por situações que o deixassem triste. Já a informante Berenice relatou que a presença de flatulência tem uma grande repercussão social, evitando lugares públicos.

Os informantes podem se sentir inferiorizados por perceberem-se diferentes, visto as alterações em seu corpo, como por exemplo, a bolsa de colostomia que facilmente pode ser visualizada, fazendo com que eles procurem se distanciar da sociedade. Assim, sentimentos de tristeza, inferioridade e vergonha passam a existir no seu cotidiano (CABRAL et al., 2013).

> E eu tenho direito [...] ah tem que ver as brigas nas lotéricas, nos lugares, porque olham um cara descer de uma moto, [...] aí, tu entra numa fila e começa a ouvir atrás de ti um monte de gente falando um monte de porcaria [...]. Eu já fui ofendido dentro de lotérica, já teve lotérica como aqui perto que o cara gritava, acho que ele pensava que era um zoológico ou coisa parecida, olhava pra mim e dizia: “aqui é fila dos idosos, isso e daquilo”. E eu só olhando pra ele e quieto fiquei, depois de umas três ou quatro vezes ele gritar, eu disse: “velho eu não tenho que ter uma deficiência física aparente para saber o meu direito se eu estou aqui é porque eu tenho direito se tu quiseres um atestado eu te apresento”. (Samuel)

> [...] eu estava no supermercado bem na última (fila) lá, uma das minhas filhas disse assim: “mãe tu és deficiente vamos lá”. Eu estava com muita dor nas costas, cansada naquele dia. Eu disse para ela: “a fila está tão grande”, [...] se eu for lá eu vou ter que levantar a blusa porque ela não vai acreditar. Então eu me sinto desconsiderada em lugares, em alguns lugares, por exemplo, fila do banco, fila do supermercado. Eu não tenho como provar que eu sou deficiente se eu não me despir na frente dos outros e como que eu vou ficar fazendo todo o tempo isso? (Marina)

Alguns fatores como o sentimento de tristeza e desânimo, bem como o receio de enfrentar locais públicos, devido ao medo de ser estigmatizado, contribuem como um fator de risco para resiliência.

A informante Cláudia relatou sobre a dificuldade de conseguir encontrar uma pessoa que assuma um relacionamento sério com ela, citando o abandono em decorrência da doença e da estomia.

> Uma pessoa estranha não vai aceitar alguém como eu, eu digo além de eu não poder conversar muito, não tenho voz, ainda com esse problema qual é o homem que vai me querer, e que nem eu, aceita eu acho, que aí nós estamos na mesma situação, imagina, tu vai algum lugar, consegue alguém, como é que tu vai falar que tu é assim, é difícil eu não sei [...] é difícil um homem aceitar isso eu acho. (Cláudia)

Para Cabral et al. (2013) os pacientes se sentem inferiorizados, perturbados e vítimas de preconceito por parte da sociedade, o que origina sentimentos negativos, comprometendo as relações sociais em decorrência da tristeza, da tentativa de isolar-se e da vergonha. Ainda em relação ao preconceito da sociedade, Campos e Turato (2010) apontam que ele pode esconder uma dificuldade de afrontar uma realidade presente.

A perda do controle esfincteriano reforça um sentimento de perda de uma parte do corpo, que agora é reconhecido pelos informantes como um corpo sem controle e, por isso, disfuncional.

As narrativas abaixo expressam essas considerações levantadas.

> Já levo bolsa [...] posso estar sujeita a acontecer alguma coisa de escorregar, nem me fala, até tem uma história que o meu filho fala até hoje, nós fomos na caixa econômica, eu, o meu filho e minha filha, e naquela época eu não lavava, e veio tudo na bolsa e eu estava durinha, aí de repente da quantidade estoura a bolsa, sai, se abre e eu estava quieta, dava tempo pra eu sair e vim pra casa, mas descolou e eu não sabia o que fazer. Eu saí e meu filho disse assim pra mim: "mãe sai daqui"! Eu tentei disfarçadamente ir para o banheiro, como eu saia sempre com bolsa, fui pro banheiro e lá eu tive que fazer tudo, lavar a barriga na pia. Eu disse: "ai meu Deus do céu se alguém entra aqui!" Foi horrível [...] aí troquei, mas quando eu abri a porta, olha tu sabes que eu fiquei mais de ano que eu precisava ir na caixa e não ía, que situação, a gente passa por cada uma, e o cheiro pegou tudo lá dentro, olha eu tinha vontade que abrisse um buraco no chão! (Cláudia)

> Já me aconteceu num aniversário de vazar, foi no clubinho aqui perto, mas tava "assim" de gente e três vezes eu vim em casa trocar e três vezes vazou e eu não tinha comido nada porque tudo o que a gente come, e eu não fazia irrigação também naquela época e quando escorregou todo mundo viu, aí eu vim botei, troquei de novo e aconteceu a mesma coisa e é uma coisa que a gente não conhece tudo, a colostomia é difícil, porque a vida da gente muda tudo, em todos os aspectos, tu vê eu tenho que tá sempre cuidando. (Berenice)

> Teve uma outra vez também que eu fui na casa da minha cunhada, ah eu fiquei muito chateada aquela vez, nunca acontece de estourar de noite, as vezes acontece de abrir de noite e suja a cama né, mas foram pouquíssimas vezes. Logo o dia que eu fui pra casa da minha cunhada, lençol novinho, bonito que ela colocou e explodiu a coisa e eu de calça nova, botei tudo fora, me deu uma raiva aquele dia, fiquei bem chateada. (Lia)

> É desconfortante em algumas coisas e situações já tive uma festa que eu estava toda chique e quando vi descolou, vazou. Tem época que, por exemplo, no verão mesmo[...] não que o calor abafa a bolsinha, não, é que derrete a volta aqui por ser muito quente, quando tu vê, essa borrachinha aqui tá toda derretida aí ela descola e já cansou de eu tá às vezes na rua e eu óh sentir, aí é situação difícil, de emergência. (Marina)

> Já aconteceu de eu botar o tampão e sair, como um dia saí e báh! me fui lá nas três vendas, fui fazer uns negócios de moto, e o tampão estourou, ah guria, o tampão estourou e tinha alimento e começou aquilo a sair por dentro da roupa e eu cheguei em casa todo "cagado", bah que raiva! (Samuel)

Nos depoimentos transparecem, que por medo de serem julgados como diferentes, que fogem do padrão da normalidade fisiológica, os estomizados se comportam como seres discriminados devido a suas eliminações que podem exteriorizar-se através de seu corpo sem seu controle Assim vivenciam um processo emocional em que a presença de suas eliminações transforma-se em

algo indesejável, com uma interpretação negativa sobre o acontecimento, deixando-os constrangidos.

No desconhecido, o indivíduo constrói seus significados, tendo como base os elementos concretos presentes no seu cotidiano. O evento, então, se torna assustador e causa até desespero, o que justifica ideias variadas sobre a doença (CORDEIRO, 2013).

A humilhação está associada ao desejo de ser uma pessoa normal, de não ser diferente dos outros. É importante atentar que sentir-se humilhado, por natureza, é sempre indesejável, é o sentimento de ter se tornado diminuído de posição ou ter perdido prestígio (CORDEIRO, 2013).

De acordo com o Decreto nº 5.296 de 2004, Art.70 que regulamenta a Política Nacional para a Integração da Pessoa Portadora de Deficiência, e a presença de uma estomia é considerada deficiência física, o que significa a inclusão da pessoa estomizada nessa Política Nacional (BRASIL, 2004).

A Lei 13.031 de 2014 sobre a caracterização de símbolo que permita a identificação de pessoas com ostomia foi criada com intuito de chamar atenção para a discriminação que ainda existe em relação às pessoas ostomizadas, que muitas vezes acabam ficando reclusas em casa. Isso decorre da preocupação com o esvaziamento de sua bolsa coletora fora da residência. Diante disso, acredita-se que a adoção do símbolo é uma forma de fazer valer o direito das pessoas (BRASIL, 2014). Isso é expresso na narrativa a seguir:

> [...] porque na lei federal a gente é deficiente físico. Então, a gente tem direito a várias coisas, tem direito a passe de ônibus. É normal de deficiente né, só que o povo em geral, não aceita, as pessoas não aceitam, porque eu já ouvi, eu já me emocionei aqui, aí tu sabes que eu me emociono de ver por que a gente passou tanta coisa, e mais os problemas pessoais da gente de casa assim sabe! (Samuel)

Diante deste quadro, percebe-se a necessidade da realização de trabalhos multidisciplinares com os grupos de Ostomizados. Devem ser realizadas discussões sobre a superação da discriminação e a inserção no convívio social, sendo fundamental a participação da enfermagem nesse contexto (SANTANA, et al, 2010).

Outro fator de risco encontrado nas narrativas dos participantes que dificultam o processo de resiliência foi à **imagem corporal alterada** devido à presença da estomia e da bolsa coletora, dificultando sua adaptação psicológica

Assim, a pessoa portadora de colostomia sofre impacto físico e psicológico, bem como uma súbita destruição de sua imagem corporal (BATISTA et al., 2011).

Após a realização de uma estomia as pessoas passam a ter uma nova imagem corporal, diferente da anterior, podendo trazer-lhes diversos sentimentos, como constrangimento, preocupações, vergonha, alterações em sua concepção.

> De vez em quando bate uma (pausa), se tiver que ir pra um lugar, tipo agora mesmo eu tinha que ir pro centro, se eu não fizer o procedimento eu não posso, se tá calor, eu tenho que sair de moleton, ou eu tenho que sair com colete, ou com uma jaqueta. Eu não gosto de mostrar a bolsinha, e para não aparecer o volume, pego um moletom, uma coisa, um casaco, uma jaqueta, eu não gosto de demonstrar que eu estou com a bolsinha, então, não posso sair com uma coisa que eu gosto, uma camiseta que eu gosto coladinha, então tudo isso, e aí vai batendo a deprê. (Cristian)
>
> É incomodo né! [...], por exemplo, eu gosto de praia, não vou tirar a camisa e ficar expondo, eu evito, tomo banho no cassino de camiseta, esse é meu maior problema, não me sinto bem, claro tem um amigo, um conhecido se diz, ah tu usas bolsinha? Uso mostro a bolsinha, nesse sentido aí sem problema nenhum, mas só que eu acho que se expor né é complicado, eu não acho legal, não vou pegar um megafone e vou sair falando: “eu tenho bolsinha né!” (risos), tu entendeu? (Bernardo)
>
> [...] aquele monte de coisa pendurada, ainda bem que no inverno é fácil, coloca um casacão, umas coisas, aí não aparece, mas no verão que é mais problema, e agora que eu ando sentindo mais, porque mulher ficar de roupa assim por causa da bolsa e aparece aquela bolota, [...] eu estou sempre tentando disfarçar a bolsa, boto a bolsa na frente, essas coisinhas assim, e é chato mulher né, gosta de usar roupa mais, e tem que usar roupa mais larga, para disfarçar, vestidinho largo. Eu só fui na piscina da casa de uma amiga minha, mas botava camiseta por cima e shorte pra ninguém vê, mas na praia sempre fui mais de roupa, não tive coragem de mostrar, toda família sabe, mas não quero que ninguém veja, eu não gosto, eu me sinto mal! (Lia)
>
> [...] A única coisa que eu não tinha me aceitado ainda e custei um pouquinho a aceitar o fato de ir tomar banho ficar na frente do espelho e pô! Tu não nasces com nada grudado em ti! Até que realmente no início ia tomar banho, olhava ali, ou vai trocar a bolsa, tu ficas com furo na barriga, no início sempre foi a minha esposa que fazia a troca da bolsa e a única coisa que me privou foi de tomar banho de piscina no farroupilha que eu tomava, eu estava sempre na piscina ali e nem é por mim, mas era para os outros entendesse? (Samuel)
>
> Eu no início nos primeiros dias não me animava trocar nem olhar muito assim, achava que aquilo ia doer muito. (Joaquim)

Entende-se que cuidados que antes não eram necessários, como o disfarce da estomia e da bolsa, promovem mudanças e trazem insatisfação aos estomizados, exigindo a adaptação à nova realidade.

A baixa autoestima pela alteração da imagem corporal é um dos aspectos mais marcantes nos depoimentos, traduzida pela atitude de não olhar-se no

espelho, muitas vezes, não se auto visualizando, usando como recurso para não chamar atenção, roupas que disfarcem sua condição de colostomizados. Outro ponto observado nas narrativas foi a alteração no modo de vestir-se para ir à praia e à piscina, que antes era um local frequentado naturalmente onde não precisavam se disfarçar e agora para frequentar precisam usar roupas largas.

Além disso, ao analisar os relatos, percebeu-se nas falas dos participantes Samuel e Joaquim, que além da não aceitação da imagem corporal, também observou-se a dificuldade para o autocuidado, em decorrência da não aceitação da mudança de seu corpo, podendo estar relacionado com questões de autoestima.

A resistência para o autocuidado pode ser um fator de risco, pois favorece a negligência com situações que necessitam de maior cuidado e atenção à saúde, comprometendo seu processo de ser resiliente.

O ser humano cresce formando mentalmente a imagem de seu corpo e a mudança pelo uso da bolsa coletora e da estomia, que, muitas vezes, é definitiva, é vivida pelos participantes como experiência traumática e de difícil adaptação.

Assim, o indivíduo estomizado poderá confrontar-se com uma autoimagem negativa devido à alteração da sua imagem corporal, que lhe é imposta, o que pode também influenciar a postura diante do **relacionamento sexual**, considerando um risco para resiliência. Apenas duas informantes mencionaram a sexualidade como limitação, como consequência da estomia por câncer colorretal.

Pela narrativa das informantes, nota-se uma grande preocupação com esse aspecto da vida, ou seja, o contato sexual e o quanto a limitação influenciou desfavoravelmente nas suas vidas.

> Uma coisa que no início tem muita dificuldade é a relação né, que é tudo muito complicado, a tua vida muda assim, nessa área 360 graus, [...] é tudo difícil, mas tu tens que querer mudar, tem dias difíceis? Tem, não é só mar de rosas não, tem luta, tem dias difíceis [...] (Marina)

> E mudou tudo, antes eu tinha uma vida sexual ativa né, agora terminou tudo, afetou, não posso. (Berenice)

Nas narrativas de Marina e Berenice pode-se perceber que na vida sexual também houve alterações. Assim, a presença da estomia interferiu também na sexualidade e nas atividades sexuais. Elas têm consciência desses limites se sentindo afetadas na sua imagem feminina, e perdem a identidade como mulher.

Para reforçar a questão de sexualidade em pacientes estomizados sabe-se, ainda, que a maioria destes apresentam dificuldades relacionadas a esta devido às alterações na imagem corporal. Grande parte dos problemas tem sua origem na cirurgia realizada que pode causar algumas disfunções fisiológicas. Na mulher, há a redução ou perda da libido, dores durante o ato sexual, entre outras, demonstrando que a vida sexual, também, sofre restrições (SILVA; SHIMIZU, 2006).

A saúde sexual está relacionada à qualidade de vida e ao bem-estar pessoal, a descobrir formas de sentir, receber e dar prazer. Esses são caminhos por meio dos quais essa saúde pode ser alcançada (BARRETO; VALENÇA, 2013).

Neste contexto, a assistência de enfermagem destinada a ajudar o paciente em relação à satisfação da sua sexualidade plena deve ser individualizada, porém nem todos os profissionais de enfermagem sentem-se capazes de conversar sobre o assunto com seus pacientes, mas é importante que ele reconheça sua inabilidade (NASCIMENTO, 2010).

A falta de informação da sociedade sobre a doença e o despreparo dos profissionais da saúde em relação estomia foram fatores considerados como risco para os participantes do estudo.

Estar diante de uma doença que é pouco conhecida pela família, pela comunidade e pelos profissionais de saúde, é estar diante do diagnóstico de uma doença que não é falada nos meios de comunicação, nas conversas da comunidade, e que não está na mídia, ou seja, um nome desconhecido que precisa ser significado e compreendido (CORDEIRO, 2013).

> [...] Eu fui deitar na caminha demonstrar, a enfermeira que tava dando aula, ela me perguntou se eu queria né [...] pra dá aula ao vivo [...] ela tirou a bolsinha mostrou o estoma botou a bolsinha tudo direitinho depois eu expliquei pra elas assim: como conviver com a bolsinha. A mudança de fazer a evacuação por aqui. Então assim, todo mundo de boca aberta né, é uma coisa assim não muito divulgada. É uma coisa muito escondida, e isso eu tenho visto muito, inclusive às vezes quando eu viajo encontro assim pessoas amigas, ah fiquei estomizada, “ãh, o que é isso?”, nem sabem o que é, e tu tens que explicar. (Marina)

> Tava um rapaz baixado lá, e ele disse: “o que tu tens?” Ah, eu tenho tumor! Tá, não, mas é benigno né! Eu disse: “não, o meu é maligno”. Já tinha feito a biopsia, “não porque se é maligno aí sim, tu não tens volta”, sei que as pessoas têm essa visão, tem um amigo meu [...] e ele chegou, iiioooh eu vim aí me disseram que tu tem quinze dias de vida. Então, aquilo ali sabe me chamou a atenção e tal, mas como tu diz, tu é cabeça aberta, tu não vai te preocupar com aquilo ali né, mas claro, as vezes tu pensava. (Bernardo)

> [...] Porque tem muita gente que eu tenho certeza que ali mesmo não sabe, não entende, não procuram saber, não tem acesso, porque na realidade é assim óh, [...] tu sabe que os deveres eles são expostos e os direitos são escondidos, faz parte da nossa sociedade, então poucas pessoas sabem ou procuram saber, tem que divulgar nos hospitais [...] que tem muita gente que não sabe que existe. (Samuel)
> [...] É impressionante, me chamou atenção uma enfermeira que não sabia nem como colocar, e eu digo assim: "não para aí, para aí que eu vou trocar pra ti". (Lucas)

> No início minha mulher me ajudava, inclusive no hospital lá as enfermeiras, não conheciam, não é que não conheciam, que não entendesse, como é que se diz assim, na prática não, então ela que, uma pessoa que teve baixada lá junto, um senhor lá que deu as instruções pra ela, e ela que me trocava as bolsas, me colocava, me trocava, porque lá não tinha os enfermeiros, não estavam muito por dentro disso aí. (Joaquim)

Os informantes demonstraram certa indignação pela falta de conhecimento das pessoas em relação ao câncer e a estomia e o uso da bolsa coletora, uma vez que na atualidade há diversos meios de comunicação como a televisão que veicula reportagens esclarecedoras sobre a doença. Esse fragmento ainda denota o desconforto dos informantes, Lucas e Joaquim com o despreparo da pessoa que os estavam atendendo, deixando explícita essa preocupação.

Os profissionais de saúde apresentam pouco conhecimento para ajudar na explicação da doença. Assim, não conhecer sobre a doença deixa espaço para o surgimento de ideias por vezes perversas do que a própria realidade, os quais geram mais sofrimento e insegurança (CORDEIRO, 2013).

Outro fator avaliado nas narrativas foi **o isolamento** expresso pelos informantes do estudo, considerado como um fator de risco para o processo de resiliência, podendo dificultar a superação da adversidade. Nesse contexto, estratégias de intervenção podem contribuir para atingir o objetivo, pois a resiliência é o produto final de um processo de que mesmo que não elimine o risco, encoraja o indivíduo a enfrentá-lo efetivamente (RUTTER, 1993).

Nota-se que a fragilidade acomete alguns estomizados, assim como a inatividade e isolamento social, que podem ser fatores de risco para a resiliência e desencadeiam a necessidade de intervenção que incentivem a reinserção social. Todavia, identifica-se como risco a tendência a inatividade e interação social diminuída, e entende-se que esse fato pode ser promovedor de risco.

> A minha rotina é praticamente ficar em casa né (risos). Eu não tenho trabalho. Eu raramente saio, não que eu não goste de sair [...] (Moacir)

> Eu fui em psicólogo algumas vezes, mas não me ajudou muito. Eu tive uma fase assim nada mais tinha importância, meus filhos diziam assim: Mãe tem teus filhos, pelos netos, nada mais importava, nada tinha razão assim, e de uns 6 meses pra cá ainda continua, agora a recém que tá querendo, eu não conseguia falar também a não ser chorar, chorar, por isso que eu acho que eu tô melhor e tem que aceitar. Eu não tenho com quem conversar, e também a gente sente falta de um carinho de marido, "ah tem carinhos dos filhos", eles dizem pra mim, mas não é a mesma coisa, e de onde vou encontrar alguém, eu gostaria por que faz muita falta. (Cláudia)

> Eu me sinto mais, é como te falei, eu não tenho aquela força de vontade que eu tinha para praticar qualquer atividade de esporte eu não tenho, e tipo se eu tiver que sair, antes eu não podia ver ninguém passando aqui com tênis na mão, que eu ia jogar, isso aí era normal, sei lá é por dias que acontece isso. Tem semanas que eu não quero falar com ninguém, quero ficar no meu quarto ali, e sinceramente amigo eu não tenho, eu sempre tive, não sei se, porque a minha namorada diz que isso tudo foi por causa minha, eu me afastei, não é os meus amigos que se afastaram de mim, eu me afastei dos meus amigos [...]. (Cristian)

A depressão e o isolamento referidos pelos informantes consistem em um sinal de que a vivência com a estomia não é simples e o rompimento com as atividades que realizavam é o que mais marca esse processo. O participante Cristian relata passar mais tempo em casa e se afastou do convívio social por não fazer mais as atividades de lazer que gostava.

Lourenço (2007) afirma que geralmente a pessoa ostomizada com dificuldades de adaptação adota uma atitude radical, acreditando que não terá uma vida normal. Ele foge dos eventos sociais, buscando a reclusão e, quando se permite visitar alguns lugares, não se sente suficientemente seguro para viver em plenitude, com receio de ser discriminado. Por isso optam pelo afastamento do convívio com a sociedade, com medo de se expor.

> Lá eles têm um, como é que é que se diz, programa social. Parece que é de todos colostomizados. Eu não gosto dessas coisas, não curto, eu não curto ir numa igreja, não curto ir em religião essas coisas também eu não curto. Toda vez eu vou lá eles me convidam. Eu digo que vou ir só que é uma coisa, chega na hora eu não gosto, não curto de ir nessas coisas. Não adianta eu ir lá só para fazer bonito para eles e eu não me senti bem no ambiente, então procuro ficar em casa. (Cristian)

A descrença e falta de atividade foram a maneira do informante Cristian expressar o seu sofrimento por ter que conviver com uma estomia, ocasionando resignação a sua condição.

A depressão consiste em um fenômeno preponderante da época, considerada o mal da humanidade. Ela advém do ideário social moderno em que as pessoas devem ser superativas e operacionais em tudo. Nesse cenário, as

pessoas que não produzem o modelo vigente, são vistas como portadoras de algum transtorno, que necessita ser tratado, dentre os quais a depressão é enquadrada, uma vez que vai contra a lógica da eficácia e da produtividade (DANTAS; MOURA, 2011).

Neste cenário, fica evidenciada a importância do Enfermeiro, não só em termos de avaliação e conscientização da nova modalidade de vida do estomizado, como também, na inserção deste na sociedade, independente dos sentimentos que carrega, deverão ser entendidos como seres que necessitam resgatar sua autoestima e sua qualidade de vida (MENDES; LEITE; BATISTA, 2014).

Além das limitações físicas e psicológicas que a estomia e a doença ocasionam, os informantes relataram ainda o **rompimento de algumas atividades cotidianas** consideradas um fator de risco para sua adaptação, já que a presença da colostomia faz com que o paciente tenha que se deparar com a sua nova condição.

Modificações fisiológicas gastro-intestinais, cuidados com a bolsa de colostomia, surgimento de sentimentos conflituosos, preocupações e dificuldades para lidar com esta nova situação levam os colostomizados a visualizarem as suas limitações e as mudanças ocorridas no seu dia-a-dia.

É importante destacar que uma doença crônica como o câncer colorretal acarreta uma série de atividades a serem interrompidas. Entram em cena, os aspectos psicológicos, éticos, sociais e culturais entre essas pessoas em cada um dos ambientes que circulam (CORDEIRO, 2013).

O rompimento com as atividades de lazer ocorre devido a estomia e o uso da bolsa coletora, impedindo ou dificultando as suas atividades cotidianas. Para os informantes as limitações físicas advindas da doença atrapalharam o caminhar, os trabalhos domésticos mais pesados pelo risco de complicações na estomia, e pela falta de ânimo, e o futebol pelo medo de ferir a estomia. Também, afetou o convívio social, como por exemplo, ir a festas.

> Amizade maior ela se dava quando eu jogava bola [...] mas como eu não posso mais jogar então eu não fui nem olhar mais [...]e quem tá acostumado a jogar, assim, que jogou por muito tempo, é muito doloroso ficar só olhando e ter a vontade de jogar [...] e isso tudo acabou. Eu não podendo jogar não vou nem participar né! [...] e o problema é não bater, porque senão arranca tudo e é difícil alguém chutar uma bola o cara te dá um encontrão tu cair e tu entrar no futebol e ficar se cuidando, eu não conseguiria fazer isso pra mim é muito difícil e eu não fui mais. (Moacir)

> Eu gosto mais de estar sozinho [...] aniversário, esses troços eu não gosto muito de ir também, eu vou mais por obrigação, que festa assim, eu não gosto, já não gostava né, e agora então eu já procuro uma desculpa, e não sei por que, eu nunca gostei de ir. E assim, depois que eu tive a estomia mudou algumas coisas, antes eu era bem mais corajoso, tem uma porção de cosias, apesar da idade também, quase 70 anos né, apesar da idade eu já tenho, faço pouca força, até 5 kg eu posso levantar, não posso exagerar muito no serviço, tem que trabalhar devagar, não posso caminhar muito ligeiro também, porque a quimioterapia veio me estragar tudo! (Joaquim)

> Eu fiquei sedentária e aumentei muito de peso. Antes caminhava sempre, eu sempre fui de caminhar bastante, aí depois que passou o câncer eu fiquei quieta. (Marina)

> Não posso levantar peso, fazer força, já não corro como corria antes, ginástica também já não posso fazer ginástica assim que eu fazia, caminho um pouco, daqui a um pouquinho já estou cansada e aí tem que parar. (Berenice)

> Pra mim mudou tudo, eu não posso jogar futebol que eu adorava, não posso, [...] é que eu não me sinto seguro para fazer isso, eu não me sinto bem. Eu tenho muita coisa que eu não consigo fazer, eu me sinto mais mal é de não fazer as coisas, tipo, de jogar futebol eu me sinto mais mal é que quando tem que sair, ir para uma festa, um troço, eu não posso usar uma camisa, eu não me sinto bem, então, hoje não poder jogar, não poder usar uma roupa que tu gostas [...]. (Cristian)

Nota-se, que cada um dos informantes interpreta sua vivência em relação à estomia de forma restritiva e desfavorável se tornando ações difíceis de serem realizadas novamente.

Observa-se que eles mencionaram algumas mudanças nas atividades de lazer, que tiveram que ser interrompidas ou limitadas diante da doença. Também algumas tarefas simples e rotineiras foram interrompidas e restringidas alterando o modo de viver dessas pessoas.

Com o adoecimento, os informantes se viram limitados e impossibilitados de desenvolver atividades, que de certo modo, podem promover sentimento de minimização diante do seu meio social. Certamente, essas limitações refletem negativamente na vida, já que o desenvolvimento de atividades remete ao ideário de uma vida ativa e útil.

Neste contexto, Silva et al. (2011) pontuam que as transformações atingem diversos âmbitos da vida social, já que as relações sociais que instituíam no ambiente laboral, nas atividades de lazer são modificadas pela doença, podendo ser comprometidas. Corroborando, Oliveira e Soares (2012) afirmam que as atividades sociais e outras tarefas relacionadas à vida são dispensadas, sendo priorizada a satisfação das primordiais ao sobreviver.

Logo, a forma como cada pessoa considera a doença terá influência na sua adaptação; por conseguinte, o fato de não aceitarem as mudanças em decorrência da estomia influenciará a forma de conviver com a realidade.

A falta de ocupação é outro fator de risco para a resiliência presente na vida dos estomizados, pois o rompimento com as atividades cotidianas como o **trabalho** passa a existir e o colostomizado se vê impossibilitado de realizar as atividades laborais, o que revela esse momento ainda mais impactante, especialmente por estarem no auge da vida produtiva.

Geralmente, as pessoas com estoma têm dificuldades na volta ao trabalho, pois se sentem inseguras para continuar cuidando da estomia e ainda trabalhar. Além disso, o uso do equipamento coletor representa a mutilação sofrida, apresentando uma relação direta com a perda da sua capacidade produtiva, levando-a a incorporar o estigma social, tendo dificuldades na sua própria aceitação e no processo de adaptação à atividade laboral (CRUZ; SOUZA; MAURÍCIO, 2011).

Assim, as limitações e a impossibilidade de manter suas atividades laborais são entendidas como um fator de risco maior para a resiliência que o câncer e a estomia trouxeram para suas vidas.

> Não trabalho mais por causa do problema né, fui obrigado a parar de trabalhar, não podia né! Até então como é que ia ter um trabalho e aceitar, primeiro esse período que eu tive fazia rádio quimioterapia como é que eu ia trabalhar, eu não podia sentar para dirigir carro, então não tinha solução, tinha que ficar em casa mesmo e sentar meio que de lado, e outra coisa que eu teria que ter cuidado né, então não poderia está à disposição do trabalho. (Moacir)
>
> Em casa eu fico cuidando dos netos e não dá pra mim trabalhar né, não tem como, como é que eu vou achar um emprego assim desse jeito? Tem que tirar uma hora para fazer irrigação, e depois, às vezes mesmo passando de uma hora assim, enche de líquido a bolsinha e se está trabalhando como? (Berenice)
>
> A minha rotina que é triste porque eu tenho uma vontade de trabalhar e agora não tenho como né, agora fazendo essas quimioterapias no dia que faço fico bem enjoada, com vontade de vomitar e fico mais fraca, eu sinto falta de trabalhar porque a gente acostuma trabalhar fora né, ter aquela responsabilidade. (Lia)
>
> [...] Não poder exercer a profissão que tu gostava de trabalhar, pra mim é difícil, mas aí eu tento fazer alguma coisa que eu gosto. A dificuldade é isso, esse é meu tipo de dificuldade. (Cristian).

Por meio do trabalho as pessoas sustentam a si e aos seus dependentes, caso os tenha, e também são reconhecidas no meio em que vivem, daí a

importância dele, especialmente na sociedade capitalista.

O fato de não trabalhar, acarreta sentimentos de incapacidade e de limitações decorrentes das modificações advindas da doença. Neste ínterim, faz-se necessário atenção especial dos profissionais de saúde, não somente no âmbito financeiro, mas também em relação aos sentimentos de inutilidade, ociosidade e desvalorização (SILVA et al., 2011).

A informante Berenice demonstrou a sua preocupação com a falta da atividade laborativa como implicação na dependência financeira, que consequentemente pode estar relacionado com esse simbolismo social da não produtividade em que ela estava submergida por estar doente e ser portadora de estomia, como narrado abaixo.

> A única coisa que tá me preocupando agora esse negócio que eu estou tentando me aposentar sabe, eu não estou sabendo lidar com isso, porque a minha filha ganha um salário, e é ela; três filhos; o marido; e eu. Precisa pagar água, luz e remédio, agora mesmo para fazer esse negócio (falando da colonoscopia) eles tiveram que comprar todos os remédios, R$ 100,00 reais de remédio, só para tomar uns 4 comprimidos. (Berenice)

Observa-se uma dificuldade de reinserção da pessoa com estoma intestinal no mercado de trabalho, alterando o seu papel e o seu status social na família e na sociedade, ao deixar de ser o provedor financeiro do lar, podendo tornar-se dependente dos familiares (CRUZ; SOUZA; MAURÍCIO, 2011).

Assim, o processo de reabilitação dos estomizados, deve ser elaborado de forma holística e sistematizado, por meio da aplicação do Processo de Enfermagem, tornando-se ferramenta incentivadora ao retorno às atividades de vida diária, incluindo o trabalho, pois é neste momento que iniciarão as orientações em relação ao autocuidado com o estoma e pele periestoma, mostrando ao cliente que ele pode conviver sem grandes tensões com sua estomia (MAURÍCIO; SOUZA; LISBOA, 2013).

6.4 Fatores de proteção para resiliência

Para compreender o fenômeno da resiliência deve-se reconhecer a importância de como pessoas avaliam suas circunstâncias e eventos de sua vida. E embora não haja um modelo, um estilo ideal de lidar com esses acontecimentos parece importante abordar os desafios da vida com otimismo e confiança

(RUTTER, 1993).

A resiliência pode levar a uma releitura da realidade pelo indivíduo que enfrenta a adversidade ou trauma no sentido de produção de novos sentidos, soluções e referências (BARLACH, 2005). Ela favorece possibilidades do ser humano enfrentar e transformar os eventos negativos em positivos (RUTTER 1993).

Dessa forma, o tempo consiste em um evento necessário para a pessoa se preparar para enfrentá-lo (CAMPOS; TURATO, 2010). Cabe ressaltar que cada pessoa que vivencia as mudanças ocorridas em sua vida, precisa rever seu momento de luto e perdas, encontrando forças para aceitar e trabalhar as suas perspectivas e possibilidades (COELHO; SANTOS; POGGETTO, 2013).

Nas narrativas a seguir, fica evidente a necessidade de um tempo para adaptação e superação do indivíduo à nova condição.

> No início a gente fica meio, como se diz assim, ficando contra a vida né, mas depois a gente acostuma e eu sempre fui uma pessoa que eu sempre me decidi e resolvi a minha vida e continuo até agora. (Cecília)

> Aceitei a estomia tranquilamente porque eu tenho que usar para o meu bem, Deus é que me deu isso aqui, tenho que aceitar e aturar, o que vou fazer, e acostumei que às vezes nem sinto, já nem sinto mais, chego aqui tá tudo numa boa, super bem, graças a Deus! (Lucas)

> Foi feito o processo em si e estamos aí né, depois de tudo isso levando a vida, e superar eu superei [...] hoje eu me sinto, claro que, passados as pendengas todas eu tenho que me sentir melhor não adianta nada, eu torno a dizer eu já adquiri o problema não adianta ficar mal humorado não vai sair né! [...] o problema maior já passou, então, paciência tem que seguir a vida agora, é normal que isso aconteça. O que fica são os limites que tu tem, isso aí tem que obedecer não adianta né! (Moacir)

> Eu enfrentei tudo, assim tirei de letra sabe, tinha que fazer, aí preparei para cair o meu cabelo, mas enfim não caiu cabelo porque era branca aquela sabe (falando do quimioterápico utilizado), não caiu cabelo nenhum e segui em frente. (Berenice)

> Quando o velhinho lá quer (falando de Deus), mas hoje estou bem, vou te dizer, superei isso aí, e tu tens que [...] as pessoas têm que comandar muito o cérebro, a cabeça, se tu não te estabilizares emocionalmente tu vai (falando da morte), aí sim, aí tu não volta, mas eu consegui e estou aí [...] no fundo eu me sinto assim, um vencedor que na bem da verdade a gente tem que olhar por outra maneira também, que hoje eu estou aqui. (Bernardo)

> Eu não tenho outra opção a não ser enfrentar né, fugir eu não posso [...] então não adianta estar se martirizando assim, o que tiver que acontecer vai igual né, então tem que enfrentar [...] depois eu peguei força, disse não, tem que lutar pela coisa, não tem opção, não pode fugir da coisa, e vai disparando, mas vai ficando comigo igual né, não tem o que fazer. Então o jeito é enfrentar! (Lia)

> Esses dias até estava pensando [...] eu tenho passado por tanta coisa que só Deus mesmo para fortalecer, uma luta atrás da outra, só Deus, eu penso assim óh, só Deus, [...] quando eu olho pra mim mesmo eu digo: “olha essa fé que eu tenho eu dou graças a Deus por esse Deus que eu creio sabe, que pode tudo.” (Marina)

Cada informante deste estudo enfrentou este momento de adversidade de modo bem confiante, sendo suficiente para manter equilíbrio emocional e esperança de um futuro diferente, vivendo por mais algum tempo, ou então esperando que as coisas aconteçam no seu devido tempo. Embora, alguns ainda não conseguiram aceitar a doença e a estomia, vê-se como possível sua conformação. Dessa maneira, o que resta é manterem suas vidas, de preferência com qualidade.

A superação de algo inesperado e o enfrentamento estão presentes na vida dessas pessoas, reconhecem as próprias limitações e buscam, alternativas para superá-las (DEEP; PEREIRA, 2012).

Para a informante Marina, a perspectiva da crença religiosa traz à participante uma razão ou um sentido para a sua doença e sofrimentos. Todavia, o que chama atenção é o câncer e a estomia não serem entendidos como castigo ou punição, mas vistos como importante para manter a vida e como forma de aprendizado. Entende-se que ao ver o câncer por outro paradigma que não seja punição divina, como muitas vezes é culturalmente relacionado, pode contribuir para a sua superação.

Ao descobrir o diagnóstico que impõe a confecção de um estoma intestinal, a pessoa pode reagir de diversas maneiras. Quando assume a atitude de não se entregar, fazer o que está ao seu alcance para sua melhor reabilitação e buscar informações para enfrentar a doença, tende a aumentar seu sentimento de confiança e a apresentar melhor adaptação ao tratamento, o que demonstra positivo enfrentamento da doença (COELHO; SANTOS; POGGETTO, 2013).

Em se tratando de resiliência as experiências negativas ou que trazem dificuldades, também podem gerar transformações positivas, fortalecer seus mecanismos de enfrentamento e superação, assim como, experiências positivas nem sempre geraram mecanismos de proteção (OLIVEIRA, 2009).

O sucesso ao superar uma situação traz às pessoas sentimentos positivos de autoestima que torna mais provável que terão confiança para tomar medidas ativas para lidar com outros desafios de suas vidas. A implicação é que a

experiência de sucesso é prazerosa e, provavelmente, útil para reforçar os aspectos do autoconceito que promovem à resiliência (RUTTER 1993).

É sabido que toda pessoa enfrenta situações de estresse durante a vida. Entretanto, a capacidade de resiliência tem a função de ajudar a reformar os comportamentos, permitindo renovar as atitudes diante das adversidades, buscando vencer cada desafio e aprender com cada lição (SIMÃO; SALDANHA, 2012).

Entende-se como fundamental minimizar as reações negativas geradas pela situação de adversidade e criar possibilidades de enfrentar e transformar os eventos negativos em positivos (RUTTER, 1993).

O tratamento oncológico deve visualizar a resiliência e a capacidade humana de fazer frente às adversidades da vida, suportá-las e recuperar-se para uma vida significativa e produtiva por meio da reconstrução de novos significados sobre a experiência vivida. Além disso, faz referência à importância do indivíduo ser ativo no processo de enfrentamento das adversidades, de desenvolver habilidades necessárias para vislumbrar novas possibilidades de existência, ressaltando o fato da resiliência poder ser promovida (ELMESCANY, 2010).

Acredita-se que os fatores de proteção podem auxiliar na superação dos riscos. Portanto, é fundamental identifica-los e implementá-los junto às ações de cuidado, tão importantes quanto reconhecer e minimizar os riscos.

A pessoa resiliente não é aquela que nega suas limitações e vulnerabilidades, mas que as reconhece e busca recursos para superá-las ou adaptá-las da melhor forma a nova condição. Nesse contexto, surge para o resiliente a necessidade de não somente ir além, mas de encontrar sentido para essa experiência.

> Depois eu passei para a fase de lavar, irrigação, aí foi um sossego total, porque aí já não uso mais aquelas bolsas e uso *conseal*, [...] mas, assim eu lavo de 3 em 3 dias aí eu faço a irrigação, limpo o intestino e 3 dias eu estou sossegada [...] antes eu tinha assadura era sofrimento, assaduras terríveis a gente passa, e com a irrigação não tem nada, a enfermeira mesmo do programa, olha e diz pra mim: “que pele”! Mudou assim da água para o vinho, maravilha não ter assadura, não acontece nada. (Cláudia)

> O que me facilitou é que eu faço irrigação, então eu faço isso aqui de dois em dois dias, e facilitou muito, porque eu tinha, uma coisa que eu não gosto é de tá com cheiro, e aquilo ali então (falando da bolsa), [...] é brabo e isso aqui não, isso aqui tu procura fazer na hora que tu (falando do *conseal*) toma banho, passa uns dois dias, sem cheiro, sem nada, se tem que viajar, eu tenho uma filha mesmo que mora em Florianópolis que a

> gente sai pra ir, e isso aqui é uma beleza. (Joaquim)
>
> [...] E eu vou pra praia, eu viajo, eu uso *conseal*, eu faço irrigação, já a alguns anos, em 2006 que eu comecei a fazer acho que foi já nem sei eu faço tão mecanicamente que já nem sei mais. (Talita)
>
> Agora não sei se a enfermeira lá do Programa te falou que eu faço irrigação, quer dizer que tá sempre limpinho agora, eu faço de 2 em 2 dias. (Berenice)
>
> A única coisa que agora eu estou fazendo essa irrigação [...] estou fazendo em casa comecei faz pouco tempo [...] a enfermeira me disse: "porque tu vais ter mais liberdade, porque tu vais te sentir muito mais horas assim tranquila", aí eu disse pra ela: então deixa eu tentar. (Marina)

Observa-se nos depoimentos que, o fator que ajudou na adaptação frente a adversidade acometida pela estomia, foi a irrigação com o uso do *conseal* (oclusor da colostomia) considerado, pelos entrevistados, como outro fator de proteção para resiliência.

Dessa forma, na experiência existe uma ruptura causada pela enfermidade e é preciso readquirir o equilíbrio para ordenar os próximos passos (CORDEIRO, 2013). Nesse pensar, entende-se como autoconfiança a capacidade das pessoas em acreditar que podem resolver seus problemas por meio de suas próprias ações (PELTZ; MORAES; CARLOTO, 2010).

Por outro lado, diante das dificuldades encontradas com o diagnóstico do câncer colorretal e da presença de uma estomia que acabam implicando no equilíbrio físico, emocional e social dos estomizados, surge a **rede de apoio,** tornando-se fundamental nesse processo.

Para superar as adversidades e adaptar-se à realidade, o apoio social destacado como o suporte na família, amigos e profissionais de saúde, foi mais um fator de proteção para a adversidade, agindo de modo significativo e determinante conforme apresentado nas narrativas a seguir.

> Bom, mas precisa ter muita força para vencer, muita fé, família estruturada, muitos amigos, bons médicos, tudo positivo mesmo, tudo na volta da gente dando força, tudo isso, sempre tive uma relação de amizade muito grande, graças a Deus, quanto a esse ponto aí foi maravilhoso, lá no hospital mesmo, chegou uma época que o doutor botou: "proibido visita!" De tanta gente que ia me ver, porque a gente além daqueles amigos que tu tem, tu ainda faz amigos né durante a doença, mais a família né, e nessas horas a gente vê como a família é importante em tudo, e os amigos, e as gurias mesmo lá do centro de estomizados a gente considera amiga, são pessoas muito boas, os médicos, os enfermeiros, todos. (Lucas)
>
> Fiz a cirurgia depois comecei a fazer as quimioterapias [...] então quem me acompanhava era a minha irmã, as radioterapias [...] o rapaz da

> ambulância, ele ia comigo, me enfiava o braço e me levava lá dentro e ficava sentado lá nos bancos [...] ele saia de braço comigo. (Cecília)
>
> A minha esposa, a minha vizinha aqui do lado aqui [...] que foi uma segunda mãe pra mim e os vizinhos aqui a gente se dá muito bem, [...] a gente preza muito essa amizade né, então todo mundo me deu força sabe, os meus colegas geralmente me levavam para o hospital, a minha esposa, sempre tinha pessoas que me levavam, por isso que eu te digo, acho que tudo ajudou né! (Bernardo)
>
> Eu vejo minhas filhas como minhas amigas [...] e o meu guri também ele é muito companheiro sabe, ele é amoroso, e o meu marido nem se fala, ele é uma pessoa assim do qual eu tenho abertura assim gigante sabe, às vezes eu penso, se eu não tivesse a família que eu tenho e os meus familiares fora da minha casa eu não sei se eu teria suportado uma carga assim tão pesada como a que veio pra mim. (Marina)
>
> Fiz o tratamento e fiz a cirurgia, aí vem vários fatores que vêm aí para levantar, a fé, a família, os amigos verdadeiros [...] acontece umas coisas para nós assim sabe, que dão mais vontade, mais fé assim sabe, [...] o que que aconteceu comigo nesse período todo desse câncer é que eu só encontrei gente que gosta do que faz, só, então de vez em quando acontece umas coisas assim que a gente até se emociona. (Samuel)

Frente à dificuldade do diagnóstico e do tratamento para o câncer colorretal surgem momentos de fragilidade. Neste momento, a rede de apoio como a família, os amigos, os profissionais de saúde são primordiais recuperação familiar agindo como um fator de proteção.

Os diversos auxiliadores, família, amigos, profissionais, religiosidade e espiritualidade devem atuar ajudando os seres humanos adoecidos na busca por novos instrumentos para promoção de seu processo de resiliência (OLIVEIRA, 2009).

Ao pensar em apoio social, acredita-se que quanto mais fortalecido, formado por vínculos importantes e diversificado este for, para atender as dimensões não apenas físicas, mas psicossociais e espirituais, maior será seu efeito protetor.

Destaca-se que para os informantes deste estudo está presente pelo menos uma fonte de apoio para cada dimensão citada. Assim, os físicos são representados pelos serviços e profissionais de saúde; os psicossociais são os amigos, a família e grupo de apoio e, por fim, o espiritual como a fé, conforme o observado com cada um na sua dimensão.

Ter motivação para buscar a superação da adversidade é fundamental no processo de ser resiliente. Todavia, a resiliência, mostra-se mais intensa se vinculada a **laços familiares** e afetivos importantes, construídos e reafirmados durante o enfrentamento da adversidade, sendo um fator de proteção, como

observa-se nas seguintes expressões.

> Ela (falando da esposa) sempre do lado em tudo. Os filhos foram incansáveis, maravilhosos. Os filhos são muito bons os dois. Sempre nos apoiaram, nos ajudaram em tudo, são exemplares. (Lucas)
>
> A minha irmã me levava pra quimioterapia, [...] mas ela sempre ia comigo no caso, ficava lá todo o período, não sei quantos minutos eu ficava naquilo ali, mas todo o tempo que eu ficava, ela ficava junto e as coisas quem fazia pra mim no hospital foi ela, aliás, outras pessoas, mas mais ela né, e nos primeiros meses eu trocava com o auxílio da minha irmã no caso. (Moacir)
>
> Meus filhos que tão sempre me falando alguma coisa, me dizendo alguma coisa, que tem que seguir em frente e no começo quando eu estava de cama era minha filha que colocava, a que mora aqui, ela me ajudou em tudo e as outras também ajudaram, e essa ela ficou comigo, ela ajudou a eu me recuperar. (Berenice)
>
> Eu nunca tinha me operado nunca tinha acontecido nada assim, foi um choque, o meu marido sempre me dando apoio sempre junto assim, junto comigo tudo, os filhos né, aí foi comigo para fazer e tudo. (Lia)
>
> Eu tinha um marido super bom, super compreensível. (Cláudia)
>
> Minha família é tudo pra mim, posso me prejudicar, mas o que eu poder fazer por eles vou fazer sempre enquanto eu existir. (Joaquim)
>
> E depois que eu me operei eu fiquei de repouso em casa ainda, quem me cuidava era a minha irmã na minha casa. (Cecília)
>
> [...] É tão lindo tu ver de noite, tá todos nós sentados aqui e a lareirinha ligada, a filha faz pipoca, isso é lindo demais, olhamos toda a copa curtindo as coisas, e o meu marido sempre foi meu companheiro assim em tudo [...] e eles não tem nojo sabe, [...] eles tão perto, longe, eles ajudam, eles nunca falam de nada [...] então o que eu vejo neles, é estímulo, ajuda, é “mãe tu és normal”, “mãe não tem nada que vai tirar tudo o que tu é”, entendeu? Então isso ajuda, que me dá muita força. (Marina)
>
> Carrego um anjo comigo que me ajuda em tudo desde quando a gente se conheceu, e assim como é com nós aqui as pessoas também na sua família deviam de ser assim né, todo o mundo se ver que tem uma importância, mas nem todas famílias são assim da mesma maneira né! [...] Tive as pessoas que eu precisava, nos locais certo, na hora certa, entendesse, tive esposa, mãe, tive irmãos, tive cunhados, tudo, e como eu tava te dizendo a gente passou por várias coisas. (Samuel)

Os informantes relataram diversas maneiras de apoio advindas da família, desde os cuidados com o tratamento e a estomia, como conselhos, o escutar e os estímulos de seguir adiante. Nesse interim, a família aparece não apenas como fonte de apoio, mas como motivação para superação da adversidade, confirmando seu efeito protetor.

Nessa perspectiva, a relevância do apoio da família aparentemente é decisiva para uma melhor avaliação por parte dos participantes em relação a sua qualidade de vida (SILVA et al., 2011).

A influência de relações com pessoas significativas e próximas confere apoio para superação das adversidades da vida (RUTTER, 1987). Acredita-se que ter vínculos fortes e relações interpessoais importantes, para a pessoa que enfrenta uma situação difícil e que exige superação, pode ser um fator de proteção, pois favorece o desejo de se superar, motiva e confere esperanças. Foi assim para os participantes deste estudo, pois a família e o amor compartilhado entre eles contribuíram para suas resiliências.

Como visto, o apoio emocional as pessoas estomizadas é um fator essencial para sua recuperação. Durante o tratamento, o que eles mais precisam é de solidariedade. Assim, a ajuda de **amigos**, constitui-se também como importante fonte sendo fundamental em todos os momentos.

> Eu tenho mais amigas que vem me visitar, elas me ajudaram bastante sempre tão me falando alguma coisa, eu tenho mais de uma, a Maria, ela sempre conversa, ainda pouco ela me ligou, a gente sempre conversa sobre isso e ela disse segue em frente que a vida tá aí e ela dá força sabe, isso é importante. (Berenice)

> Duas amigas minhas me ajudaram no início, colegas amigas e até hoje a gente se dá muito quando elas precisam eu socorro e assim a gente vai indo, elas vinham para cá, [...], aí tinha uma vizinha [...] ela chegava do serviço e vinha aqui para conversar um pouquinho e eu sempre fui levando, aí tinha um vizinho que eu tinha que ir para fazer quimio e rádio e ele pegava e me levava, me esperava e me trazia pra casa. (Talita)

> Tenho todo apoio assim de todo o mundo, tenho bastante amizade minhas amigas mesmo do grupo, hoje uma mesmo já me ligou [...] ela me liga todos os dias, não passa um dia que ela não me ligue, tenho muito amigo. (Cecília)

> Eu decidi que tinha que lutar, claro, conversando com um ou com outro, se eu vou te dizer se teve alguém, são várias pessoas que conversaram comigo desde o pessoal que trabalhava comigo [...]. (Moacir)

> O vínculo nosso em Porto Alegre, então a gente sempre estava por lá, tanto que foi o pessoal que me colocou dentro do clínicas, em uma semana eu estava lá, fiquei dois anos na casa de um casal de irmãos lá amados que nem sei, como é bom a gente ter amigos, é a melhor coisa na vida da gente, que na hora que tu precisa te estendem a mão e tão ali junto contigo né! (Marina)

Quando as pessoas estomizadas possuem o apoio de outras pessoas, passam a adotar uma postura aparentemente mais forte e segura de si, o que resulta em melhor aceitação e superação para enfrentar a sua nova condição.

Contudo, é inerente ao ser humano ser ajudado pelo próximo, fato este que contribuiu para o sucesso da sua sobrevivência (CANIELES et al., 2014).

Para a construção da resiliência alguns fatores de proteção são de grande relevância, como uma família apoiadora, e a disponibilidade de sistemas de apoio externo que a auxiliam a lidar com a adversidade (RUTTER, 1993).

Outro fato importante para o processo de resiliência dos participantes é seu forte apoio social, incluindo o **grupo de apoio aos estomizados** do qual participam, como expresso a seguir.

> Já participei da reunião do programa dos estomizados, [...] lá é uma beleza, todo mundo, a gente conversando com aquele pessoal todo que tem problema né, e crianças, até crianças com um problema desses. E quantos da reunião lá que eu conheci que a gente conversa e em seguida se encontra bate papo sobre essas coisas tudo. (Lucas)
>
> Quando tem algum problema e tal ou eu chego naqueles que eu também tenho mais intimidade e comento, pergunto, mas eu acho que a relação lá é legal, principalmente para aquelas pessoas que se tornam mais [...] inclusive lá no grupo, há pessoas com mais de 60 anos que se sentiam bem conosco lá. (Bernardo)
>
> [...] eu acho que é bom, é bom pra todos e eu vou achar uma coisa para encher meu tempo né, eu acho que vai dar um salto muito grande de qualidade e uma que eu gosto disso daí, tu sabes, eu gosto de tá metido. (Samuel)

O grupo apresenta-se como uma fonte de apoio emocional que um indivíduo pode acessar em situações de adversidade e que contribuem para que se estabeleça a resiliência, pois de acordo com RUTTER (1993), construir e manter a autoestima por meio de uma rede de apoio segura é imprescindível para o enfrentamento e superação dos eventos estressores.

Assim, no momento de adversidade surge outra fonte de apoio, os **profissionais da saúde** que os assistiram durante o tratamento e são considerados importantes para recuperação dos estomizados, sendo também um fator de proteção, pois mesmo encontrando dificuldades esse suporte os ajudaram a superar momentos difíceis.

No que diz respeito à equipe de saúde ressalta-se que essa tem papel fundamental desde o acolhimento inicial das aflições das pessoas que necessitam do tratamento. A equipe influencia na continuidade da terapêutica e na promoção de mecanismos apropriados para enfrentar a condição de estomizado. Nessa perspectiva, os profissionais necessitam valorizar esse momento (CAMPOS;

TURATO, 2010).

Também, pode-se considerar como apoio e promotores em potencial de resiliência, o estabelecimento de vínculo e confiança entre os diferentes profissionais de saúde e o paciente (CARVALHO et al, 2007).

Para que a relação entre os profissionais da saúde e o paciente sirva de instrumento terapêutico, há necessidade da corresponsabilização entre eles, em que haja o rompimento das relações de poder já existentes culturalmente (CAMPOS; TURATO, 2010).

Assim, observa-se nos depoimentos dos participantes que o apoio dos serviços e profissionais de saúde pode favorecer a resiliência, sendo um fator de proteção, pois contribuem com cuidados, orientações e acolhimento a pacientes e famílias, de modo, a reduzir os efeitos estressores dos tratamentos, facilitando a adaptação e superação da adversidade vivida.

> Eu nunca tive problema nenhum porque assim a enfermeira do Programa dos estomizados é nossa mãezona sempre foi de todos, aí até a gente mexe com ela “a mãezona nova”, que ela é muito boa. (Talita)

> As gurias lá dos estomizados são muito boas, todas elas, elas dão atendimento e deixam a pessoa a vontade e também fazem questão, a psicóloga que tem lá também é maravilhosa, o atendimento deles é exemplar acho que lugar nenhum que a gente foi atendido, a gente teve alguma queixa, em nenhum, tanto médicos como hospital, como atendimento, foi tudo sempre muito bom. (Lucas)

> Ela foi uma pessoa que pra mim ela foi uma psicóloga também (falando da enfermeira) que teve muita coisa que eu não consegui falar para minha mãe, para os meus irmãos, para ninguém, e eu consegui me abrir com ela, primeiro assim, eu me senti super à vontade com ela, então quando eu vou lá todo mundo me trata bem, então isso pra mim foi um suporte pra tudo. (Cristian)

> A equipe de enfermagem eu tirei o chapéu, eu nunca vi assim porque a gente morando no interior eu conheço muita gente, muito médico muito enfermeiro lá, mas completamente diferente da maneira de tratar, de ajudar, estimular, porque eu sempre digo: “o enfermeiro é o que faz tudo” [...] eu tive um amor por aqueles enfermeiros que passaram por mim guria, enorme, e cada rostinho está marcado na minha cabeça o quanto me ajudaram, [...] é uma coisa que vem do coração da alma da pessoa sabe e porque não é pra qualquer um, tu lidar, tu tocar numa pessoa, ter carinho [...] o médico é a coisa mais querida é o que dá o diagnóstico que atende, mas o enfermeiro é a alma, é o coração, que abriga, que te ajuda, que te incentiva. (Marina)

> Eu fui muito bem acolhido pelo setor de estomia lá da prefeitura sabe, adoro aquelas gurias ali, na realidade os anjos da guarda são as enfermeiras, teve uma hora no primeiro atendimento do primeiro dia daquilo que eu te contei no pronto socorro, que me mandaram levantar de uma maca e sentar numa cadeira lá dentro de uma peça que era para ficar sentado lá, e eu não conseguia aguentar de dor. Aí veio uma

> enfermeira e disse pra mim: “não! tu não vai, tu tá com dor, tu não vai sair da cama, só um pouquinho” [...] Aí me botou numa maca lá no meio lá, bem num lugar mais acomodadinho que não era passada de todo o mundo. (Samuel)

Acredita-se que a equipe de saúde ocupa um lugar importante na vida das pessoas que enfrentam o câncer colorretal, visto a dimensão da terapêutica no cotidiano de quem a vivencia. Nesse sentido, pensa-se que os profissionais têm potencial para agir ativa e qualitativamente no processo saúde e doença, podendo ser uma fonte de apoio de grande relevância.

Nesse período de recuperação outro fator de proteção importante se sobressai, que é a **fé**, pois além do apoio familiar houve a crença como motivação para superar a adversidade, contribuindo de forma positiva no processo de resiliência.

A fé representa uma fonte de apoio para as pessoas, auxiliando na convivência com as dificuldades. Nesse sentido, acreditar em uma força superior, promove alívio e conforto, logo dá forças e alento para quem quer seguir em frente com o tratamento (OLIVEIRA; SOARES, 2012).

Nos momentos de fragilidade, como no adoecimento, a fé pode ser uma aliada das pessoas que vivenciam essa condição.

> Eu também vou à religião todos os sábados, é sagrado, e foi o que me deu muita força, que quem não tem fé não tem uma coisa para se segurar mesmo, olha que três cirurgias de câncer não é fácil [...] e eu sinto muita força divina sabe, sinto mesmo em mim, eu saio da igreja confortado tanto que eu saio mais leve da missa, me faz muito bem, que coisa triste uma pessoa não ter fé né, e tudo isso eu penso, meu Deus uma pessoa que não tem o que se apegar como é que enfrenta uma coisa dessas. (Lucas)

> No início que é muito complicado eu sempre procurei aceitar, o problema de todos os estomizados é aceitar, [...] e tu tem que acreditar em alguma coisa, se tu não acreditar em nada, tem que te apegar em alguma coisa, eu, Deus e a minha religião [...] nas sextas feiras de noite eu tenho meu compromisso de religião. (Talita)

> Se parar para analisar, tudo pode ter ajudado, se não, poderia não estar mais né, procurei igreja também, e eu acredito que tenha me ajudado sim, [...] mas é como se diz, eu não sou ateu ou atoa né, a gente acredita num ser superior, mas eu não tenho religião assim, sabe. (Bernardo)

> Acredito só nele, e todas as coisas que eu preciso corro a ele, mais agradecendo do que pedindo, então, não sei se é assim a religião eu mais ou menos penso assim. (Joaquim)

> Sempre tive muita fé assim, [...] também acho que Deus, a oração e a fé né, já botou a mão [...] te contando a experiência da minha fé assim, numa madrugada [...] eu me lembro que naquele dia eu tava desesperada de tanto que doía sabe e evacuar não parava nunca né, horrível, e eu lembro

> que o meu marido tava dormindo e aí eu fui pro banheiro e eu me lembro que eu sentei no vaso e eu chorei, chorei, eu disse: “Deus tu quer me levar eu não aguento mais, eu estou no limite da dor, mas tu sabe que eu não quero, então fala comigo!” Aí no outro dia de manhã, eu chego no hospital, aí o meu marido empurrou a minha cadeira eu vinha sempre de cadeira de rodas né [...] aí eu lembro que ele tinha me deixado num cantinho e tava cheio de gente aguardando as consultas e de repente quando eu levantei a cabeça eu vi que um senhor tava me olhando, [...] e veio até a mim [...] botou a mão dele e disse assim, olha eu quero te dizer que Deus mandou te falar que tu vai levantar dessa cadeira (entrevistada ficou emocionada ao relatar) aí eu lembrei que de madrugada eu tinha dito Deus fala comigo! [...] e eu digo, olha pra mim era um anjo sabe que Deus mandou porque nunca mais vi aquele homem na minha vida e eu segui no hospital um tempão o nome dele era Arão, bíblico né, aí eu pensei meu Deus ou ele mandou o recado por um anjo ou esse homem foi usado por ele né, e dali naquele mesmo dia eu fui pra transfusão fazer sangue de novo, aí passou dois ou três dias eu levantei, eu saí daquela cadeira e voltei a caminhar de novo. (Marina)

> No sábado iria me internar, então aquele dia eu estava bem para baixo, aquele dia eu estava entregue, eu achava que tudo de pior ia acontecer e ela disse aqui na beira da cama pra mim, ela disse (tia) assim: “Samuel não te preocupas porque Deus está no controle, Deus controla tudo, Deus sabe tudo, o que vai e não vai acontecer com a gente”. Tá, passou, no sábado eu fui para o hospital e aí fomos para o quarto [...] e quando eu olho para o lado estava escrito assim no vidro um recado que dizia assim: Aqui Deus está no controle, foi bárbaro, e dali a gente já fez a cirurgia deu tudo certo, passou, se for todo esse detalhe aí, e é assim, eu tenho uma fé tremenda, nos que me protegem. (Samuel)

Tanto a fé, quanto a religião e a espiritualidade são fatores de proteção que merecem destaque, a partir dessa dimensão, os informantes encontram o sentido para suas experiências enfrentando com mais esperança, otimismo e sabedoria.

A espiritualidade, independente da opção religiosa, favorece a resiliência, sendo um fator de proteção, já descrito em outros estudos sobre o tema (SIMÃO et al., 2012; RUTTER, 1993).

Em suas falas pode-se notar em vários momentos como a fé contribui para superar a adversidade vivida, sobretudo, porque pode fortalecer outros fatores de proteção como a esperança e otimismo.

A espiritualidade para o participante Bernardo confere suporte e conforto para superar a adversidade, um fator de proteção bem definido em sua experiência. Entretanto, afirma que não possui uma religião, mas que a crença em um ser superior contribui para ajudar a superar as adversidades que surgiram ao longo da sua doença.

Dessa maneira, um fator importante que faz parte da resiliência psicológica é o envolvimento com a religiosidade, que contribui como uma estratégia de enfrentamento eficaz (SIMÃO; SALDANHA, 2012). Assim, o ser humano resiliente

é aquele que mesmo vivenciando adversidades, como o adoecimento com câncer, busca a transformação do contexto vivido, por meio do fortalecimento dos mecanismos de proteção como a espiritualidade (OLIVEIRA, 2009).

> Saiu uma estatística na televisão, eu não me lembro que canal que eu vi isso que as pessoas que creem em Deus elas conseguem mais sobrevivência do que as que têm uma fé meio fria. Elas conseguem viver mais tempo, ter mais força para mandar as doenças embora e eu penso, digo: só Deus mesmo sabe, só Deus! (Marina)

Mais uma vez a informante Marina reforça a importância que a fé e crença tem em sua vida, e como influenciam positivamente na sua experiência com o câncer, trazendo conforto e segurança, e em vários momentos atribui sua cura a Deus.

Outro fator de proteção relatado pelos informantes que contribuiu para o processo de resiliência foi o **retorno às atividades cotidianas**, sendo estas construídas ao longo do tempo pelos estomizados por câncer colorretal.

Se sentir útil e ter alguma ocupação é importante para a construção da resiliência. E para os informantes é como capacidade de ultrapassar as adversidades, encontrando fortalecimento nas suas ações e pensamentos resilientes.

> Hoje eu levo uma vida ativa, eu faço alguns trabalhos extras, trabalhos gráficos, agora a pouco saí a vender [...]. Até vou te dizer, muito tempo a gente mais se ocupa, mas, é para ter uma atividade né, e se sentir produtivo entendeu [...] eu tenho uma vida independente, graças a Deus [...] então, a gente tem que ter uma atividade, corro hoje, jogo de vez em quando, não jogo assim de correr, quando vou à praia assim, jogo, corro, chuto, levo uma vida normal, ando de moto, [...] 90% normal. (Bernardo)

> Vivo na rua, procuro ir pra restaurante, pizzaria, essas coisas assim, a gente viaja. Fui visitar uma amiga minha lá no Paraná, e para lugar assim perto, vou pra Jaguarão, sempre inventando uma coisa. (Lia)

> Eu sempre dou uma saída, vou tomar chimarrão, jogar conversa fora, dou uma volta ou vou pro centro, tem alguma coisa para fazer, eu passeio bastante, vou para Rio Grande, vou lá no cassino no meu irmão mais velho, eu vou à Porto Alegre, vou à Santa Maria, não paro quieta, estou sempre em movimento. (Talita)

> Eu faço todo meu serviço da casa, meus mandaletes de rua, supermercado faço tudo, nada mudou, olha ali para ti ver uma coisa, o que que eu faço ainda (falando da foto na parede da rádio AM do grupo da amizade) eu tenho um grupo sou coordenadora, temos um almoço com música ao vivo e mais baile a tarde lá na igreja. (Cecília)

> Então, vou para o calçadão, fico ali na frente conversando com os amigos ali. (Lucas)

> Eu vou à festa, se eu tenho algum aniversário, casamento, vou viajar eu já controlo os dias para dar certo de lavar no dia que eu vou fazer alguma coisa, se eu já tenho uma festa e se vou viajar, então eu já lavo antes, depois só 3 dias depois, se eu vou pra Porto Alegre hoje de noite, de tarde eu já lavo e só lavo depois quando volto, mas já vou precavida. (Cláudia)
>
> Eu ficava elétrica tanto é que eu saia daqui e de noite eu ia para os bailes, gostava de forró, eu ia e dançava a noite toda. (Berenice)
>
> A minha rotina do dia a dia é ir na padaria, no açougue, é na venda, no mercado, é a minha caminhada, eu faço caminhada (Joaquim)
>
> [...] Pinto, faço umas coisas diferente, gosto de fazer o que eu vou dar de presente, então me dedico a essas coisas, às vezes eu pego os meus crochês, fico crochesando, eu procuro me ocupar dentro de casa sabe, fazendo assim, amo plantar, olha o meu jardim como está bonito. (Marina)
>
> E agora eu estou tentando dar tudo de mim pra associação, vai crescer, vai ficar forte, bem uma hora tu vai ouvir esse nome aí da Assofam tu vai ver, e agora mesmo, eu, uma semana antes de eu parar no pronto socorro eu tinha voltado a jogar com bolsa e tudo, juntei meus filhos tudo e já dá um time né, [...] eu praticamente utilizo o meu conhecimento é para dar uma sugestão para um amigo que tenha alguma coisa a ver com restaurante, é cozinhando em casa, criando receitas em casa, que eu gosto de fazer sempre tem alguma coisa que eu invento, faço, e é mais ou menos assim. (Samuel)

Nota-se que muitos, aos poucos, foram voltando a fazer o que gostavam, e que já faziam antes da doença se sentindo produtivos e o que demonstram grande satisfação nessas atividades confirmando a resiliência.

Entende-se que a capacidade para o retorno às atividades cotidianas pode ser aprendida, promovida e desenvolvida, possibilitando o conhecimento dos fatores promotores da reinserção social e da construção de alternativas e táticas para que as pessoas estomizadas voltem a desenvolver suas potencialidades, favorecendo o convívio social, a autonomia e sustentabilidade econômica, diminuindo o risco de efeitos prejudiciais na saúde das pessoas (CRUZ; SOUZA; MAURÍCIO, 2011).

Neste pensar, reforça-se que a ostomia e o equipamento coletor imprimem mudança concreta na vida das pessoas colostomizadas, esta transformação requer tempo para sua aceitação e o aprendizado do autocuidado. A educação em saúde faz-se imperativa tornando-se propulsora das práticas de autocuidado (BATISTA et al., 2011).

Acredita-se que o acesso a informações e orientações coerentes que tragam à consciência das limitações e da necessidade de adaptação à nova realidade são importantes. Porém, preservar a esperança também favorece respostas resilientes, pois não encerram as possibilidades de superação.

Assim, o autocuidado e a informação sobre os cuidados com a doença e a estomia contribuem e facilitam o processo da resiliência.

> Faço exames semestrais, laboratoriais e tomografia computadorizada, tórax e abdômen, ecografia essas coisas. Faço sempre exame, sempre nas datas certas. (Lucas)
>
> Bom, agora eu estou fazendo reeducação alimentar, estava muito gorda. A minha nutricionista é lá do serviço dos estomizados, em um mês eu já perdi 7 kg [...]. Eu levanto de manhã se está um dia bom eu dou uma caminhada. (Talita)
>
> Eu parei de fumar exatamente no dia que fui hospitalizado [...]. Até então tinha fumado mais de 40 anos e foi assim, no caso, tomei aquela decisão que não ía, até disse para ele (sobrinho), esse aqui é o último cigarro que eu vou fumar. E realmente nos primeiros dias a minha irmã fuma então, pedia para ela que não fumasse perto. Eu não frequentava os ambientes onde tinha muita gente fumando. Tudo isso por precaução. (Moacir)
>
> Eu fumei muito, deixei a pouquíssimo tempo, esse meu filho quase me deixou louca faz dois meses, nem isso, eu usei muito adesivo, tomei muito remédio, [...] ele queria que eu deixasse na márra e eu quase enlouqueci, a depressão aumentou, eu queria até morrer, aí eu fui frequentar um grupo no posto de saúde, o grupo de tabagismo. (Cláudia)
>
> [...] Eu seguia tudo direitinho, eu faço os exames todos de rotina, [...] agora eu me cuido bastante, eu estou sempre fazendo os exames de 6 em 6 meses. (Berenice)
>
> Eu sempre procuro caminhar, eu me trato com nutricionista também, eu procurei ela mais por causa do açúcar, [...] e emagrecer também, eu tive mais de 100 kg, [..] aí eu procurei a diminuir por minha conta, eu vou até te mostrar uma coisinha (foto dele com mais de 100 kg) eu agora estou com 80 kg. (Joaquim)
>
> A prevenção total foi de uma enfermeira especialista só nessa área para cuidar daqueles que fazem rádio e quimio, então ela conversa contigo sobre alimentação, sobre produtos químicos [...] ela vai dando as receitinhas, alimentação tudo, ela vai cuidando da gente o tempo todo. Eu não gostava de tomar café da manhã nunca gostei, hoje não, desde que eu tive todo esse problema meu horário é pontual, estou sempre fazendo o controle direitinho [...] eu tenho tudo ali anotadinho sabe. (Marina)
>
> Depois eu mesmo comecei a fazer, eu mesmo faço, eu mesmo me cuido agora (falando da troca da bolsa), [...] a gente já entrou assim com umas coisas preventivas antes sabe, ah essa semana tem quimio então essa semana toda vai tomar aquele, por exemplo, dramim para não dar enjoo, vai usar aquela coisa que criança usa na boca quando dá as feridinhas e não deu ferida, [...] então, a alimentação toda, fazia quimio e não tinha anemia, eu acho que mais é informação assim também, porque tem gente eu acho que se só da palavra já se entregam. (Samuel)

O vivenciar de um câncer desencadeia uma nova reflexão sobre a vida, pois a pessoa necessita de uma série de mudanças nos hábitos de vida e entre elas ou acompanhamento de saúde.

A resiliência é um processo construído ao longo da vida, que em situações de adversidades apresenta uma resposta de maior ou menor adaptação. Assim, os profissionais da área da saúde precisam atentar a essa fase, porém, não apenas por meio de exames físicos, mas de apoio emocional, para que a convivência com a doença se torne mais adaptável possível (SALCI; MARCON, 2010).

A **aceitação** foi outro fator considerado de proteção para a resiliência do estomizado, pois favorece a reabilitação do estomizado, visando à sua reintegração nas atividades de convívio social, e melhora de sua qualidade de vida após a confecção da estomia.

A aceitação, quando de forma eficaz, reflete comportamentos físicos e psicológicos que amenizam o sentimento de desconforto (COELHO; SANTOS; POGGETTO, 2013).

A resiliência entendida como um processo dinâmico de superação das adversidades da vida constitui-se de mecanismos desenvolvidos durante o percurso de ser na vida. Assim, experienciar eventos supostamente negativos não necessariamente influenciará também de forma negativa a resiliência e, em muitos casos, a fortalecerá (OLIVEIRA, 2009).

Acredita-se que, a aceitação de que algo em seu corpo estava doente e que precisava ser investigado pode ser entendida como, possivelmente, a primeira resposta positiva ao adoecimento e superação do câncer e da estomia, fortalecendo seu processo de resiliência.

Neste sentido, diante do contexto de adoecer por câncer colorretal, a entrevistada Talita apresentou baixo grau de resiliência assim que ficou estomizada. Contudo, após um período, as questões relacionadas à sua vivência com a estomia alteraram-se positivamente, favorecendo a superação dessa adversidade.

> No início foi difícil, até o organismo estabilizar, claro eu saía, daí a pouco desandava tudo e eu tinha que voltar correndo pra casa, as vezes no início é muito complicado, até tu pegar o ritmo direitinho é muito difícil, não é fácil não, estou com câncer [...] e vão tentar resolver e ponto, fim, acabou o assunto não adianta, se eu gritar ou chorar, me escabelar, ele não vai sumir desaparecer. (Talita)

Esta alteração é possível, pois a resiliência não é uma característica fixa, se as circunstâncias mudam a resiliência também se altera (RUTTER,1987). Pois, risco e proteção, bem como o processo de resiliência, não são entidades estáticas, sendo mutáveis por natureza (POLETTO; KOLLER, 2008). Isso fica expresso nas

narrativas dos participantes deste estudo.

> Eu acho que a gente tem que agradecer a Deus por tudo, pela assistência que tive que foi maravilhosa, pela reação do organismo porque têm pessoas assim muitos mais novos que não aguentam, eu vi que eu estava com essa coisa, eu digo, eu tenho que assumir né. (Lucas)
>
> [...] Com a comida que eu também já me adaptei eu não tinha o hábito de comer muito, então foi fácil de administrar comer menos ainda, ou seja, eu só comia um pouco mais, não muito, mas é que hoje tem um certo limite no caso [...] essas coisas assim né. (Moacir)
> Quando eu fui fazer a minha cirurgia era em vez de ter três centímetros pra cima eu tinha mais dois centímetros pra baixo então não tinha como fazer essa cirurgia sem eu colocar a bolsinha, aí eu falei pra ela: "tudo bem se eu tiver que usar bolsinha", quer dizer que vou ter que me adaptar eu estando vivo pra mim não importa nada. (Cristian)
>
> Eu nunca me queixei de nada, foi duas coisas que eu sempre usei, eu sempre trabalhei muito eu comecei a trabalhar com 8 anos e eu nunca cheguei em casa dizendo que estava doendo alguma coisa ou que eu estava cansado, eu nunca cheguei em casa me queixando de mim, nunca me dei por vencido, [...] não me considero doente, me considero que tive que passar por isso aí, e me sai muito bem graças a Deus. (Joaquim)
>
> [...] Aí tá, fez a cirurgia e colocou a bolsinha e tudo, aí eu aceitei a bolsa [...] eu achava que ia tirar em seguida né e não [...] uma enfermeira lá de canoas, [...] ela até se admirou que eu estava aceitando numa boa, [...] eu mesmo estava lidando com a coisa. (Lia)
>
> Mas isso eu já me acostumei, me acostumei mesmo, eu acho que tudo é base de adaptação, se tu te adaptares é tranquilo, e acreditar que ninguém é diferente de ninguém. (Samuel)

Pessoas que enfrentam situações de mudanças tendem a recorrer primeiramente à negação como mecanismo de defesa (KLUBER-ROSS, 2012). Todavia, características pessoais fazem com que algumas ultrapassem mais rapidamente esta fase e enfrentem objetivamente a adversidade que se apresenta.

O ser humano resiliente é aquele que mesmo vivenciando crises, como o adoecimento com câncer, consegue ressignificar o contexto vivenciado e buscar a transformação pelo fortalecimento dos mecanismos de proteção (OLIVEIRA, 2009).

Nota-se, portanto, que as restrições vivenciadas poderiam ser fatores de risco para a adaptação. Contudo, observa-se o contrário, foi uma motivação para superação, sendo um fator de proteção para a resiliência apresentada pelos informantes. Assim, o que é risco em uma determinada situação, pode ser proteção em outra (RUTTER, 1993).

Existem indivíduos mais resistentes que outros, embora todos têm seus limites (RUTTER, 1993). Frente ao exposto, os participantes, neste momento são altamente resilientes, pois superaram a adversidade, a estomia em consequência

do câncer colorretal, e adaptaram suas vidas e rotinas às limitações. Nesse sentido, entende-se que os informantes estabeleceram uma nova história, devido à convivência cotidiana com a doença.

Com a própria experiência os informantes constroem o seu conhecimento sobre a doença, o tratamento e identificam os seus limites. Diante do exposto, eles decidem na sua totalidade ou em parte, ou vão experimentar manter uma vida do seu modo, sobretudo, em relação à **alimentação**.

Os hábitos alimentares são adquiridos na busca pelo bem estar. Os estomizados são influenciados a ingerir ou evitar o consumo de determinados alimentos por conta dos enormes atributos conferidos a eles (SILVA et al, 2010).

Logo, algumas restrições na alimentação mencionada pelos informantes foram sendo adaptadas a fim de não prejudicá-los clinicamente, estando explicitados nas narrativas.

> Eu como praticamente tudo o que eu comia só que controlado, por exemplo, modos alimentares que eu tive que me adaptar, [...] porque afinal de contas o processo mudou bastante, no caso aquilo que o organismo rejeita por onde sai mudou, então eu realmente tive que me adaptar, o que tenho cuidado bastante é que não crie gases, porque eu gostava muito de tomar guaraná coisa que é problema, o feijão em si também, então isso eu tenho que cuidar muito. (Moacir)
>
> Eu só não posso comer couve, verdura dá uma diarréia terrível, aí eu evito né, tanto tempo que eu tinha esquecido que eu não podia comer, aí uma noite a minha filha me disse assim, mãe faz uma sopa pra nós com todos os legumes e eu botei de tudo, cruzes não curava nunca tive que tomar o remédio para segurar, e feijão não me dá nada, só fibras, verduras assim. (Cláudia)
>
> Tem certas coisas que eu não posso comer né, couve eu não posso comer, repolho eu não posso comer por causa dos gases sabe, feijão raramente eu como, só assim, de vez em quando por causa dos gases que sai, o brabo é a gente está algum local, e não tem como controlar. (Berenice)
>
> Cômo praticamente de tudo, só não cômo amendoim porque me faz mal, mas já me fazia mal antes, cerveja eu tomo, mas exige muito do rim, a gente urina de mais, e, principalmente depois que eu faço lavativa, as vezes eu saio, vou numa festa e eu bebo bastante, aí fica ruim, porque praticamente desce direto né. (Bernardo)
>
> Ervilha andei comendo e amendoim e não deu muito certo, uma vez eu fui parar lá no pronto socorro porque me deu uma cólica violenta e eu acho que foi por causa da bolsa porque eu nunca tive isso, eu estava acostumada a comer amendoin antes, e nunca me deu nada, o resto normal, e feijão me solta um pouco não sei se por causa da quimioterapia [...] dá diarreia, um dia eu comi lentilha e também me deu. (Lia)
>
> Alimentação também mudou muito, eu sempre fui uma pessoa assim muito determinada e obedeço tudo o que o médico fala né. (Marina)

Percebe-se nas narrativas uma adaptação no que diz respeito à alimentação, pois eles ressaltam que necessitaram deixar de ingerir determinados alimentos. Assim, a limitação de certos alimentos faz parte das suas vidas diariamente, pois acreditam que é necessário para se adaptarem a essa nova condição.

Partindo dessa premissa, a dieta proposta às pessoas portadoras de colostomias advém de uma orientação alimentar e de um esclarecimento acerca dos alimentos a ser ingeridos e suas reações, assim como também dos hábitos alimentares a serem seguidos (SILVA et al., 2014).

Assim, reconhecer suas limitações e tentar adaptar as funções preservadas as necessidades do dia-a-dia contribui para superar a adversidade imposta, confere otimismo e confiança na sua capacidade de superação, sendo estes fatores de proteção para a resiliência.

Contudo, os participantes mesmo com suas capacidades funcionais comprometidas recorrem a características pessoais, como a aceitação e o enfrentamento, para superar esse momento, conferindo-lhe um fator de proteção, presente em vários momentos das suas experiências com a estomia.

Fatores de risco e proteção dependem da atribuição do significado por parte do sujeito que está vivendo a situação. E o que é considerado adverso para determinado indivíduo pode não ser considerado por outro, podendo até mesmo assumir uma conotação de desafio que leva ao seu crescimento (BARLACH, 2005).

O fortalecimento dos fatores de proteção que se sobrepõem aos riscos faz com que a pessoa se adapte à adversidade. Entretanto, pensa-se que encontrar um sentido para o sofrimento e acreditar em sua capacidade de superação e força interior são fatores de proteção, expressos e presentes em muitos momentos nas narrativas.

> Bom, eu não consegui lidar com certas situações foi mais no começo que eu não me adaptava, porque quando comecei usava uma bolsinha maior [...] aquela foi uma fase que eu mais, porque eu me cagava, me melava todo. Então, os primeiros dois, três meses foram os piores meses. Hoje não, hoje consigo me limpar normalmente, não me sujo nada, consigo fazer tudo normal [...] porque o meu maior problema foi o começo agora eu tiro de letra, [...] então eu tenho que saber viver o agora, o resto é “tranqüilo”, tranqüilo entre aspas né, mas dá para sobreviver, o que eu procuro mais pensar é nisso, que eu estou aqui, o resto é resto. (Cristian)

> Mas foi difícil, passamos por cada experiência que tu não tem tamanha, olha de imaginar o que a gente passou nesse período, mas eu digo: “olha

essa bolsinha pra mim é um presente de Deus porque eu estou viva por ela", é uma coisa assim que, é incômodo, mudou minha vida um montão, mas eu encaro como uma coisa assim normal por que é a minha vida [...] significa a vida não morte sabe, [...] eu quero encarar isso aqui como uma coisa boa na minha vida né, perto de tudo o que eu passei isso é tão pequenininha sabe. (Marina)

Eu barro as minhas dificuldades eu tento sempre achar uma coisa boa naquilo que eu estou passando entendesse, até porque como eu digo, eu não pedi pra ser estomizado, é a verdadeira vida que a gente não pede nem para nascer né, se todo mundo fosse pedir para nascer até queria nascer em berço de ouro, numa boa, já nascer formado sem precisar estudar, sem nada, mas não, a gente não pede, as coisas acontecem. (Samuel)

Depois me acostumei tinha que entrar na realidade né, que tinha que conviver com aquilo e levei na normalidade [...] Hoje eu me sinto muito bem, olha vou te dizer uma coisa, me sinto normal, isso aqui não me afeta em nada, nem dou bola, nem penso, não me influencia, não me prejudica em nada isso aqui. (Lucas)

Eu estaria sendo hipócrita contigo se te disser que eu estou bem, não estou, mas superei entendeu, vivo uma vida normal, curto, bebo cerveja (risos). Se tu me perguntar, tu és feliz? Sou, estou aqui né. [...] Claro eu perdi muita coisa com essa doença, mas se enxergar por outro lado talvez eu ganhei mais uma segunda chance entendeu. Então, talvez hoje eu aproveite um pouquinho mais a vida, e apesar de não me cuidar muito, mas me cuido bem mais que antes, que antes eu fumava, vivia na noite, bebia né, hoje eu bebo, mas moderadamente, eu me cuido bem mais hoje. Então eu aprendi a dar um pouquinho mais de valor à vida, vamos dizer assim. (Bernardo)

Porque não é fácil e eu vejo assim, aconteceu porque tinha que acontecer, mas claro que eu não queria né, a vida muda toda, mas já que eu estou eu tenho que seguir em frente, não posso ficar também parada, e também converso com Deus, é isso. (Berenice)

[...] Quando pior as coisas são parece que, mais a gente pega força. (Lia)

Eu já estou acostumada que chega aquele horário fico em casa e à tardinha faço a irrigação, sete horas, aquele horário porque cedo eu gosto de andar na rua, fico uma hora, eu boto rádio no banheiro sento e fico dentro do banheiro bem tranquila, aí faço, se tiver que sair já me arrumo, tomo banho e vou pra rua, às vezes eu vou pra festa, vou dançar, aí eu estou descansada. (Talita)

A estomia não me prejudicou de ir à festa, se eu tenho algum aniversário, casamento, quando eu vou viajar eu já controlo os dias para dar certo de lavar no dia que eu vou fazer alguma coisa, então eu já lavo antes, depois só três dias depois, [...] mas já vou precavida. (Cláudia)

Faço o que tiver que fazer [...] tem que se adaptar a situação que tu tá também, [...] então onde tinha que chegar eu cheguei, agora eu não tenho muito fanatismo por nada, não sou muito rigoroso com as coisas, [...] tu vê, eu bebia, deixei de beber, eu fumava, deixei de fumar, não precisei remédio, não precisei nada, quando senti que tinha que parar, parei, eu acho que não precisa remédio para nada, a gente dependendo, e tudo é na cabeça (Joaquim)

Fatores de proteção como a autoconfiança contribuem para o enfrentamento de situações estressantes. As pessoas resilientes transformam os fatores de risco em desafios, os quais passam a ser confrontados e podem ser superados. Esses auxiliam na identificação da adversidade e, assim, possibilitam a transmutação, transformação, elaboração de respostas novas e adequadas a soluções (SIMAO; SALDANHA, 2012).

Isso significa que, diante de uma adversidade, o indivíduo mobiliza um conjunto de recursos dos quais, muitas vezes, não tinha consciência anterior, proporcionando crescimento e enriquecimento pessoal e que, na ausência da adversidade, não teriam se explicitado (BARLACH, 2005).

Todos os seres humanos são resilientes, porém em determinados momentos e frente a situações adversas, cada um expressará de acordo com seu processo de resiliência uma resposta mais ou menos adaptada.

Neste sentido, os profissionais de saúde precisam atuar em conjunto com as pessoas na tentativa de encontrar mecanismos de enfrentamento e superação mais adequados, como na busca pela substituição do mecanismo de negação pelo de aceitação, favorecendo uma expressão mais fortalecida da resiliência (OLIVEIRA, 2009).

A seguir apresenta-se um quadro com o resumo dos fatores de risco e proteção identificados no processo de resiliência dos estomizados por câncer colorretal, participantes deste estudo.

FATORES DE RISCO
Preconceito/Discriminação
Imagem corporal alterada
Baixa autoestima
Dificuldade no relacionamento sexual
Falta de informação pela sociedade e pelos profissionais de saúde
Isolamento/Depressão
Rompimento de atividades cotidianas e laborais
FATORES DE PROTEÇÃO
Enfrentamento
Rede de apoio: família, amigos, profissionais da saúde, associação dos

estomizados, religiosidade e espiritualidade
Retorno às atividades cotidianas
Aceitação
Adaptação de hábitos alimentares

A partir dos resultados encontrados foi possível compreender o processo de resiliência das pessoas colostomizadas por câncer colorretal, os quais passam pelas mais variadas experiências, em que, alguns indivíduos apesar de sua vivência adversa, conseguem superar e se adaptar positivamente, já outros não possuem essa capacidade, ficando debilitados.

Entende-se com isso, que risco e proteção, assim como o processo de resiliência, não são necessariamente associações imóveis, pois podem ser alteradas por natureza, entretanto integram o contexto de vida da pessoa em processo de resiliência.

7 Considerações Finais

A construção deste estudo tornou possível identificar o processo de resiliência dos estomizados por câncer colorretal conhecendo os fatores de risco e de proteção. Os participantes vivenciaram o processo de adoecer de modo singular, porém semelhante, por estarem inseridos na mesma condição de saúde.

Como fatores de proteção apresentados pelos participantes destacaram-se o enfrentamento, a aceitação, a rede de apoio incluindo os familiares, amigos, profissionais de saúde, assim como a espiritualidade e a religiosidade. Assim, esses fatores contribuíram para a superação da adversidade nos momentos de crises, conferindo-lhes apoio e motivação.

Quantos aos fatores de risco encontrados que dificultam a adaptação e superação da adversidade, como a estomia em decorrência do câncer colorretal, foram apontados o preconceito e a discriminação pela sociedade; a baixa autoestima em consequência da imagem corporal alterada; a dificuldade de relacionamento sexual, a falta de informação pela sociedade sobre a doença e o despreparo dos profissionais de saúde em relação à estomia; o isolamento levando consequentemente a depressão; e o rompimento de atividades cotidianas.

Os pressupostos deste estudo foram confirmados, pois as pessoas expostas a fatores de risco para a resiliência apresentaram dificuldades para lidar com as mudanças ocorridas pela confecção do estoma, dificultando sua adaptação a nova condição, apresentando depressão, isolamento, tristeza e sentimento de fragilidade. Já os estomizados com maior fator de proteção para resiliência apresentam mais facilidade para se adaptar à nova condição encontrando suporte na família, nos amigos, na espiritualidade, na religiosidade e nos profissionais de saúde, enfrentando a estomia de forma autoconfiante, melhorando sua autoestima e qualidade de vida.

A trajetória dos informantes com a doença iniciou com as primeiras manifestações corporais de desordem, que exigiu encontrar soluções para o

cuidado a saúde. Neste processo, todos seguiram o mesmo caminho: o diagnóstico da doença, que causou impacto nas suas vidas, em que expressões de tristeza, depressão, aceitação ou enfrentamento e, ainda, a necessidade de tratamento antineoplásico, como a cirurgia e a confecção do estoma intestinal, a quimioterapia e radioterapia.

A necessidade de tratamento para sobreviver gerou uma dualidade de sentimentos, relacionado ao simbolismo da vida, mas também da crueldade e agressividade, devido aos efeitos adversos.

No entanto, a constatação da realidade percebida com a condição de estomizado, é uma forma de enfrentar e estar no processo, capacitando-se para seguir em frente confrontando-se com a adversidade.

As limitações relacionadas às atividades cotidianas também foram destacadas, muitos se sentiam inúteis e improdutivos. Desta forma, as fontes de apoio surgiam, sendo essenciais no enfrentamento das adversidades advindas do adoecimento, as quais englobavam os aspectos psicológicos, físicos e sociais.

Entende-se que a resiliência é um processo que permite a pessoa superar situações adversas, críticas ou estressantes, como a realização de uma estomia em decorrência do câncer colorretal, que traz desafios, sofrimentos e angústia a quem a vivência.

Todavia, o estudo permitiu verificar que mais do que superar as adversidades, o processo de resiliência possibilitou aos participantes encontrar novos sentidos para as dificuldades vivenciadas e serem fortalecidas por estas.

A resiliência sendo um processo, não é estática, ela pode ser alterada, se os fatores que a influenciam forem modificados. Neste pensar, é possível promovê-la por meio de estratégias que intervenham positivamente nos fatores de risco.

Considera-se importante que os profissionais de saúde possam desenvolver estratégias para trabalhar com os fatores de risco a fim de promover a resiliência de forma individual ou coletiva, com atividades direcionadas às necessidades de cada pessoa.

Durante o desenvolvimento deste estudo foi possível concluir que o enfrentamento das adversidades vivenciadas pelos estomizados está intimamente relacionado às estratégias adotadas pelos entrevistados para conviverem com as alterações biológicas, físicas e psicológicas, assim como suas experiências de vida contribuíram para a aceitação ou negação no convívio com o estoma.

Cabe ressaltar que este estudo contribuiu para a prática do cuidado em saúde, visto que, com a identificação dos riscos para resiliência dos entrevistados foi possível promover a mobilização da equipe de profissionais do programa de assistência aos estomizados, para realizarem algumas medidas. Dentre elas, destaca-se: auxílio do grupo de apoio dos estomizados na busca dos participantes com risco para resiliência, isto é, pessoas com depressão e isolamento social, permitindo a troca de experiência entre eles, esclarecendo as possíveis adaptações para melhora da qualidade de vida. Outra medida foi a busca por palestras sobre sexualidade por profissionais especializados nessa área, está sendo desenvolvida em grupos distintos, com mulheres estomizadas e com os homens estomizados, proporcionando tranquilidade para cada um falar de suas preocupações e dificuldades.

Espera-se que com este estudo, os profissionais da saúde possam conhecer os mecanismos de enfrentamento, aprimorando conhecimentos, possibilitando melhorar a assistência e reabilitação a essas pessoas, inseridas num contexto repleto de obstáculos, mas que poderão ser superados, se desenvolverem, ao longo do tempo, a capacidade de se tornarem resilientes.

8 Referências

ALBUQUERQUE, M. A. S. **O regime imagético Pankararu tradução intercultural na cidade de São Paulo**. 2011. 422f. Tese (Doutorado em Antropologia social). Centro de Filosofia e Ciências Humanas. Universidade federal de Santa Catarina, Florianópolis, SC.

ANDRADE, V.; SAWADA, N. O.; BARICHELLO, E. Qualidade de vida de pacientes com câncer hematológico em tratamento quimioterápico. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, v.47, n.2, p.355-361, 2013.

ASSIS, S. G.; PESCE, R. P.; AVANCI, J. Q. **Resiliência: Enfatizando a proteção dos adolescentes**. Porto Alegre: Artes Médicas, 2006.

BACKES, M. T. S.; BACKES, D. S.; ERDMANN, A. L. Feelings and expectations of permanent colostomy patients.**Journal of Nursing Education and Practice**, v. 2, n. 3, agosto, 2013. Disponível em <www.sciedu.ca/jnep>Acesso em: 22 set. de 2013.

BARBOSA, L. N. F.; FRANCISCO, A. L. A subjetividade do câncer na cultura: implicações na clínica contemporânea. **Revista SBPH**, v.10, n.1, p. 9-24, 2007. Disponível em: < http://pepsic.bvsalud.org/pdf/rsbph/v10n1/v10n1a03.pdf> Acesso em: 20 out. 2014.

BARLACH, L. **O que e resiliência humana?Uma contribuição para a construção do conceito**. 2005.108f. Dissertação (Mestrado em Psicologia)-Instituto de Psicologia, Universidade de São Paulo, São Paulo.

BARRETO, A. P. C. P.; VALENÇA, M. P. A sexualidade do paciente estomizado: revisão integrativa. **Revista de enfermagem UFPE** on line. Recife, julho, p. 4935-43, 2013.

BARROS, J. D'A. Revisitando uma polêmica: a noção de 'determinismo' no materialismo histórico (uma exposição das alternativas teóricas). **Revista de ciências sociais**. Fortaleza, v. 43, n. 1, jan-jun, p. 121 – 135, 2012.

BARUTTI, R. C. S.; SILVA, M. C. P.; ABREU, M. A. L. Ostomia, uma difícil adaptação. **Revista SBPH**, Rio de Janeiro, dezembro, v.11, n. 2, 2008.

BATISTA,M. R. F. F.; ROCHA,F. C. V.; SILVA,D. M. G.; JÚNIOR,F. J. G. S.Autoimagem de clientes com colostomia em relação à bolsa coletora. **Rev. bras. enferm**. Brasília,v. 64, n. 6, nov.-dez., 2011.

BELANCIERI, M. F.; BELUCI, M. L.; SILVA, D. V. R.; GASPARELO, E. A. A resiliência em trabalhadores da área da enfermagem. **Estudos de Psicologia**, v.27, n.2, p.227-233, 2010.

BELATO, R. et al. A convergência cuidado-educação-politicidade: um desafio a ser enfrentado pelos profissionais na garantia aos direitos à saúde das pessoas portadoras de estomias. **Texto e Contexto Enfermagem**, Florianópolis, v.15, n.2, p.334-342, 2005.

BRANDÃO, J. M.; MAHFOUD, M.; GIANORDOLI-NASCIMENTO, I. F. A construção do conceito de resiliência em psicologia: discutindo as origens. **Paidéia**, v.11, n. 49, p. 263-271, 2011.

BRASIL, **Associação Brasileira de Ostomizados**. Disponível em:<http://www.abraso.org.br/estatistica_ostomizados.htm> Acesso em: 10 set. 2013.

BRASIL. **Decreto n. 5296**, 02 de dezembro de 2004 - Estabelece normas gerais e critérios básicos para a promoção da acessibilidade das pessoas portadoras de deficiência ou com mobilidade reduzida, e dá outras providências. Brasília (DF): Ministério da Saúde. Disponível em <www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2004-2006/.../decreto/d5296.htm> Acesso em: 03. Out. 2014.

BRASIL, **Lei nº 13.031**, de 24 setembro de 2014- Dispõe sobre a caracterização de símbolo que permita a identificação de local ou serviço habilitado ao uso por pessoas com ostomia, denominado Símbolo Nacional de Pessoa Ostomizada. Brasília (DF): Ministério da Saúde. Disponível em <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2011-2014/2014/Lei/L13031.htm>. Acesso em: 10. Out. 2014.

BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. **Resolução 466, de 12 de dezembro de 2012: diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisa envolvendo seres humanos**. Brasília (DF); 2012.

BRASIL, Ministério da Saúde. **Instituto Nacional de Câncer: Expectativa 2012: incidência de câncer no Brasil/Instituto Nacional de Câncer**. Rio de Janeiro: INCA, 2013, 98p. Disponível em: <http:// www.inca.gov.br/ expectativa> Acesso em: 10 Set. 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. Instituto Nacional de Câncer. **Orientação sobre Ostomias/Instituto Nacional de Câncer**. Rio de Janeiro: INCA, 2014. Disponível em: <www.inca.gov.br/publicações/ostomas.pdf> Acesso em: 02 out. 2014.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde**. Instituto Nacional do Câncer. Coordenação de Prevenção e Vigilância. Estimativa 2008: incidência de câncer no Brasil**. Rio de Janeiro: INCA, 2008. Disponível em: <www.inca.gov.br>. Acesso em: 15 nov. 2008.

CABRAL, L. C.; TRINDADE, F. R.; BRANCO, F. M. F. C.; BALDOINO, L. S.; LAGO, M. L. R. S.; CAMPÊLO, E. A percepção dos pacientes hemodialíticos frente

à fístula arteriovenosa. **Revista Interdisciplinar**, v.6, n.2, p.15-25, 2013.

CAMPOS, C. J. G.; TURATO, E. R. Tratamento hemodialítico sob a ótica do doente renal: estudo clínico qualitativo. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v.63, n.5, p.799-805, 2010.

CANIELES, I. M.; MUNIZ, R. M.; CORRÊA, A. C. L.; MEINCKE, S. M. K.; SOARES, L. C. Rede de apoio a mulher mastectomizada. **Revista de Enfermagem UFSM** Abr-Jun, v. 4, n. 2, p. 450-458, 2014.

CARVALHO, M. F.; MOREIRA, M. R. C.; NUNES, C. M. Estágios do pesar nos discursos de jovens em tratamento renal substitutivo. Revista de enfermagem UERJ, v.20, n.2, p.203-8, 2012. Disponível em: < http://www.facenf.uerj.br/v20n2/v20n2a11.pdf> Acesso em: 10 out. 2014.

CARVALHO, F. T.; MORAIS, N. A.; KOLLER, S. H.; PICCININI, C. A. Fatores de proteção relacionados à promoção de resiliência em pessoas que vivem com HIV/AIDS. **Caderno de Saúde Pública**, v.23, n.9, p.2023-2033, 2007.

CASCAIS, A. F. M. V.; MARTINI, J. G; ALMEIDA, P. J. S. O impacto da ostomia no processo de viver humano. **Texto Contexto Enfermagem**, v. 16, n. 1, p. 163-67, 2007.

CECCONELLO, A. M. **Resiliência e vulnerabilidade em famílias em situação de risco**. Tese de Doutorado. Porto Alegre: Universidade Federal do Rio Grande do Sul, 2003.

COELHO, A. R.; SANTOS, F. S.; POGGETTO, M. T. D. A estomia mudando a vida: enfrentar para viver. **Revista de Enfermagem UFMG**. Minas Gerais, v. 17, n. 2, 2013.

CORDEIRO, R. C. **Experiência do adoecimento de mulheres e homens com doença falciforme**. Tese (Doutorado em Enfermagem), Universidade Federal da Bahia, Salvador, 2013. 239f

CORENRS: **Código de ética dos profissionais de enfermagem de 2007**. Disponível em: <http://www.portalcoren.rs.gov.br/legislacão> Acesso em 17 set. 2013.

COSTA, P.; LEITE, R. C. B. O. Estratégias de enfrentamento utilizadas pelos pacientes oncológicos submetidos a cirurgias mutiladoras. **Revista Brasileira de Cancerologia**, v. 55, n. 4, p. 355-364, 2009.

COWAN, P. A.; COWAN, C. P.; SCHULZ, M. S. Thinking about risk and resilience in families. New Jersey: Lawrence Erlbaum; p. 1-38, 1996. In: CARVALHO, et al. Fatores de proteção relacionados à promoção de resiliência em pessoas que vivem com HIV/AIDS. **Caderno de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, set., v. 23, n. 9, p. 2023-2033, 2007.

CRUZ, E. J. E. R.; SOUZA, N. V. D. O.; MAURICIO, V. C. Reinserção da pessoa com estomia intestinal no mundo do trabalho: uma revisão bibliográfica. **Revista Estima**, v. 9, n. 2, p. 31 – 38, 2011.

DANTAS, J. B.; MOURA, M. T. C. Depressão: mal da humanidade? Possíveis relações entre depressão, saber "psi" e modos contemporâneos de subjetivação. **Mnemosine**, v.7, n.1, p.79-97, 2011

DÁZIO, E. M. R. **O significado do estoma intestinal entre homens: um estudo etnográfico** [tese]. Ribeirão Preto (SP): Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto/Universidade de São Paulo; 2008.

DÁZIO, E. M. R, SONOBE, ZAGO. Os sentidos de ser homem com estoma intestinal por câncer colorretal; uma abordagem na antropologia das masculinidades. **Revista Latino americana de Enfermagem**, setembro-outubro; v. 17, n. 5, p.., 2009. Disponível em: <www.eerp.usp.br/rlae> Acesso em: 11 de novembro de 2013.

DEEP, C. A. F. C. N.; PEREIRA, I.. Adaptação da "the resilience scale" para a população adulta portuguesa. **Psicologia USP**, V.23, n.2, p. 417-433, 2012.

ELMESCANY, E. N. M. A arte na promoção da resillência: um caminho de intervenção terapêutica ocupacional na atenção oncológica. **Revista NUFEN**, v. 2, n. 2, p.21-41, 2010.

FARIAS,D. H. R.; GOMES, G. C.; ZAPPAS, S. Convivendo com uma ostomia: conhecendo para melhor cuidar. **Revista Cogitare Enfermagem**, março, v. 9, n. 1, p. 25-32, 2004.

FERREIRA, A. B. H. **Novo Aurélio Século XXI**:**o dicionário da Língua Portuguesa**. 3 ed. Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 1999.

FILHO, L. A. L. **Preconceito racial contra o negro à luz da Lei nº 7.716/89 - crimes resultantes de preconceito de raça e cor**. Jus Navigandi, Teresina, set., v. 19, n. 4079, 2014. Disponível em: <http://jus.com.br/artigos/29420>. Acesso em: 14 out. 2014.

GANCHO, C. V. **Como analisar narrativas**. São Paulo: Editora Ática, 2004. 70p.

GIL, A. C. **Como elaborar projetos de pesquisa.** 5. ed. São Paulo: Atlas, 2010.
INSTITUTO HUMANITAS UNISINOS –IHU. **Revista semanal on-line da Universidade do Vale do Rio dos Sinos** – Unisinos, p. 241, 2007.Disponível em:<http://www.ihuonline.unisinos.br/index.php?option=com_content&view=article&id=1432&secao=241>. Acesso em: 01 dez. 2013.

GOMES, R.; NASCIMENTO, E. F.; ARAÚJO, F. C. Por que os homens buscam menos os serviços de saúde do que as mulheres? As explicações de homens com baixa escolaridade e homens com ensino superior**. Cad. Saúde Pública**, v.23, n.3, p.565-74, 2007.

HELMAN, C. G. **Cultura, saúde e doença**. 4. ed. Porto Alegre: Artmed, 2003. 408p

JOVCHELOVITCH, S.; BAUER, M. W. Entrevista Narrativa. In: BAUER, M. W.; GASKELL, G. **Pesquisa qualitativa com texto, imagem e som: um manual prático**. Petrópolis (RJ): Editora Vozes, 2008. p.90-113.

JUNIOR, W. P.; ZANINI, D. S. Estratégias de Copingde Pacientes Oncológicos em Tratamento Radioterápico, **Psicologia: Teoria e Pesquisa**,out-dez., v. 27, n. 4, p. 491-49, 2011.

JUNQUEIRA, M. F. P. S.; DESLANDES, S. F. Resiliência e maus-tratos à criança. **Cadernos de Saúde Pública***,* v. 19, n. 1, p. 227-235, 2003.

KOLLER, S. H.; ANTONI, C. **Violência familiar: uma visão ecológica**. In KOLLER S. H. Ecologia do desenvolvimento humano: pesquisa e intervenção no Brasil. São Paulo: Casa do Psicólogo, p.293-310, 2004.

KÜBLER-ROSS, E. **Sobre a morte e o morrer**. 9 ed. São Paulo: WMF Martins Fontes, 2012. 296p.

LABRONICI, L. M. Processo de resiliência nas mulheres vítimas de violência doméstica: um olhar fenomenológico. **Texto e Contexto Enfermagem**, v. 21, n. 3, p. 625-32, 2012.

LANGDON, E. J. Dialogando sobre o processo saúde/doença com a Antropologia: entrevista com Esther Jean Langdon. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 62, n.2, p.323-6, 2009. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/reben/v62n2/a25v62n2.pdf> Acesso em: 15 out. 2013.

LANGDON, E. J.; WIIK, F. B. Antropologia, saúde e doença: uma introdução ao conceito de cultura aplicado às ciências da saúde. **Rev. Latino-Am. Enfermagem,** v.18, n.3, p. 173-181, 2010.

LASMAR, M. M. O.; RONZANI, T. M. Qualidade de vida e resiliência: uma interface com a promoção da saúde. **Rev. APS**, jul.-set., v. 12, n. 3, p. 339-350, 2009.

LOURENÇO, W. G. E. A vida e o amanhã: o que seria da vida se não houvesse o amanhã? **Revista da Abraso**, n. 8, 2007. Disponível em: http://www.abraso.org.br/RevistaABRASO4web2.pdf. Acesso em: 26 set. 2014.

MARUYAMA, S.A.T.; ZAGO, M.M.F. O processo de adoecer do portador de colostomia por câncer. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, mar.-abr., v. 13, n. 2, p. 216-222, 2005.

MAURICIO, V.C.; SOUZA, N. V. D. O; LISBOA, M. T. L. O enfermeiro na reabilitação da pessoa com Estoma. **Escola Anna Nery**, jul - set; v. 17, n. 3, p. 416 - 422, 2013.

MENDES, J. O. S.; LEITE, M. M. A. M.; BATISTA, M. R. F. F. Sentimentos vivenciados pelo homem adulto colostomizado. **Revista Interdisciplinar**, jan. fev. mar, v. 7, n. 1, p. 58-67, 2014.

MINAYO, M.C.S. O Desafio da Pesquisa Social. In: MINAYO, M.C.S. **Pesquisa Social: teoria, método e criatividade.** 30 ed. Petrópolis: Vozes, 2011.p. 09-29.

MORAIS, N. A.; KOLLER, S. H. **Abordagem ecológica do desenvolvimento humano, psicologia positiva e resiliência: a ênfase na saúde**. In: KOLLER, S. H. Ecologia do desenvolvimento humano: pesquisa e intervenção no Brasil. São Paulo: Casa do Psicólogo, p. 91-107, 2004.

MUNIZ, R. M. **Os significados da experiência da radioterapia oncológica na visão de pacientes e familiares cuidadores**. 2008. 243f. Tese (Doutorado em Enfermagem) – Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2008. Disponível em: <http://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/22/22132/tde-07072008-111311/pt-br.php> Acesso em: 15 out. 2014.

MUNIZ, R. M.; ZAGO, F. M. M. A perspectiva cultural no cuidado de enfermagem ao paciente oncológico. **Ciencia, Cuidado e Saúde,** v.8 (suplem), p.23-30, 2009.

NASCIMENTO, C. M. F. S. A Vivência da sexualidade pelo estomizado: um estudo de enfermagem na abordagem fenomenológica. 2010. 98f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem), Teresina, Universidade Federal de Piauí (UFPI).

NATIONAL COMPREHENSIVE CANCER NETWORK (NCCN) **Clinical Practice Guidelines in Oncology: Antiemesis**. Disponível em:< http:www.nccn.org> Acesso em 18 out. 2014.

NICOLUSSI, A. C., SAWADA, N. O. Fatores que influenciam a qualidade de vida de pacientes com câncer de cólon e reto. **Revista Acta Paulista de Enfermagem**, v. 23, n. 1, p. 125-30, 2010.

NORONHA, M. G. R. C. S.; CARDOSO, P. S.; MORAES, T. N. P.; CENTA, M. L. Resiliência: nova perspectiva na Promoção da Saúde da Família? **Ciência & Saúde Coletiva**, n.14, v.2, p.497-506, 2009.

OLIVEIRA, A. C. H. **Resiliência de mulheres em processo de adoecimento e recuperação com câncer de mama**: um estudo transdisciplinar. 2009. 177f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem)-Faculdade de Enfermagem, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro.

OLIVEIRA, P. M.; SOARES, D. A. Percepções dos indivíduos com insuficiência renal crônica sobre qualidade de vida. **Enfermería Global**, v.11, n.4, p.276-94, 2012. Disponível em: <http://revistas.um.es/eglobal/article/view/eglobal.11.4.134211/139001> Acesso em: 10 out. 2014.

PELTZ, L.; MORAES, M. G.; CARLOTTO, M. S. Resiliência em estudantes do Ensino Médio. **Revista Semestral da Associação Brasileira de Psicologia Escolar e Educacional,** v.14, n.1, p. 87-94, 2010.

PETUCO, V.; MARTINS C. L. A experiência da pessoa estomizada com câncer: uma análise segundo o Modelo de Trajetória da Doença Crônica proposto por Morse e Johnson. **Revista Brasileira de Enfermagem**, mar-abr, v. 59, n. 2, p. 134-41, 2006.

POLETTO, M.; KOLLER, S. H. Contextos ecológicos: promotores de resiliência, fatores de risco e de proteção. **Campinas, Estudos de Psicologia**, julho – setembro, v. 25, n. 3, p.405-416, 2008.

REPPOLD, C. T.; MAYERA, J. C.; ALMEIDA, L. S.; HUTZ, C. S. Avaliação da Resiliência: Controvérsia em Torno do Uso das Escalas. **Psicologia: Reflexão e Crítica**, v.25, n.2, p. 248-255, 2012.

ROTOLI, A.; COCCO, M. Doença e cultura: suas relações no processo de adoecer. **Revista de Enfermagem Frederico Westphalen**, v.2, n.2/n.3, p. 1-22, 2006. Disponível em: <http://revistas.fw.uri.br/index.php/revistadeenfermagem/article/view/1013/1487> Acesso em: 08 out. 2014.

RUTTER, M. Implications of resilience concepts for scientific understanding annals **New York Academy of Sciences**, p.1-12, 2006.

RUTTER, M. Psychosocial resilience and protective mechanisms. **American Journal of Orthopsychiatry**, v. 57, n. 3, p. 316-331, 1987.

RUTTER, M. Resilience as a dynamic concept. Development and Psychopathology, v. 24, n 1, p. 335-344, 2012.

RUTTER, M. Resilience concepts and findings: implications for family therapy. **Journal of Family Therapy**, n. 21, p. 119-144, 1999.

RUTTER, M. Resilience in the face of adversity: Protective factors and resistance to psychiatric disorder. **British Journal of Psychiatry**, v. 147, p. 598-611, 1985.

RUTTER, M. Resilience: some conceptual considerations. **Journal of Adolescent Health,** v. 14, n.1**,** p.626-63, 1993.

SALCI, M. A.; MARCON, S. S. A convivência com o fantasma do câncer. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, v.31, n.1, p.18-25, 2010.

SALCI, M. A.; SALES, C. A.; MARCON, S. S. Sentimentos de mulheres ao receber o diagnóstico de câncer. **Revista de Enfermagem Uerj**, Rio de Janeiro, jan-mar; v. 17, n. 1, p. 46-51, 2009.

SANTANA, J. C. B.; DUTRA, B. S.; TAMEIRÃO, M. A.; SILVA, P. F.; MOURA, I. C.; CAMPOS, A. C. V. O significado de ser colostomizado e participar de um programa

de atendimento ao ostomizado. **Revista Cogitare Enfermagem**. Out-Dez; v.15, n.4, p. 631-8, 2010.

SANTOS, A. C. B.; SILVA, A. F.; SAMPAIO, D. L.; SENA, L. X.; GOMES, V. R.; LIMA, V. L. A. Antropologia da saúde e da doença: contribuições para a construção de novas práticas em saúde. **Revista NUFEN**, São Paulo, dez, v. 4, n. 2, 2012.

SANTOS, T. P.; CARVALHO, L. P.; SOUZA, E. C. R.; LISE, M. Conhecimento dos usuários do serviço público de saúde sobre câncer colorretal e sua prevenção. **Revista da AMRIGS**, Porto Alegre, jan.-mar, v. 57, n. 1, p. 31-38, 2013.

SANTOS, V. L. C. G., CESARETTI, I. U. R. **Assistência em estomaterapia: cuidando do ostomizado.** São Paulo: Atheneu; 2000, p. 245-62.

SILVA, J. C.; SOARES, M. C.; ALVES, H. S.; GARCIA, G. S. A percepção de vida dos ostomizados no âmbito social. **Revista da Universidade Vale do Rio Verde**, Três Corações, jan./jul., v. 12, n. 1, p. 346-355, 2014.

SILVA, M. R S.; LUNARDI, V. L.; FILHO, W. D. L.; TAVARES, K. O. Resiliência e promoção da saúde. **Texto e Contexto Enfermagem**, v. 14, p. 95-102, 2005.

SILVA, A.L; SHIMIZU, H. E. A relevância da Rede de Apoio ao estomizado. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 60, n. 3, p. 307-311, 2007.

SILVA, M. R. S.; SILVA, P. A.; DIAS, A. B.; MEDEIROS, G. L.; SILVA, B. T, BOTELHO, L. R. Aplicação e Implicações do conceito de Resiliência na Prática de Enfermagem/Saúde. **Ciência, Cuidado e Saúde**, Maringá, v. 8, p. 55-61, 2009.

SILVA, S. E. D.; VASCONCELOS, E. V.; SANTANA, M. E.; RODRIGUES, I. L. A.; LEITE, T. V.; SANTOS, L. M. S.; SOUSA, R. F.; CONCEIÇÃO, V. M. A. M.; OLIVEIRA, J. L.; MEIRELES, W. N.. Representações sociais de mulheres mastectomizadas e suas implicações para o autocuidado. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v.63, n.5, p.727-34, 2010.

SILVA, A. S.; SILVEIRA, R. S.; FERNANDES, G. F. M.; LUNARDI, V. L.; BACKES, V. M. S. Percepções e mudanças na qualidade de vida de pacientes submetidos à hemodiálise. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 64, n. 5, p.839-44, 2011. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/reben/v64n5/a06v64n5.pdf> Acesso em: 03. out. 2014.

SILVEIRA, D. R. O **sentido da resiliência: A contribuição de Viktor Emil Frankl**. Dissertação de Mestrado não-publicada, Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, 2006.

SIMAO, M. J. P.; SALDANHA, V. Resiliência e psicologia transpessoal: fortalecimento de valores, ações e espiritualidade. **O Mundo da Saúde**, v.36, n.2, p.291-302, 2012.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE RESILIÊNCIA (SOBRARE) – Disponível em <http://www.sobrare.com.br>. Acesso em 05 de setembro 2013.

SONOBE, H. M.; BARICHELLO, E.; ZAGO, M. M. F. A visão do colostomizado sobre o uso da bolsa de colostomia. **Revista Brasileira de Cancerologia**. 2002; 48(3): 341-48.

SÓRIA, D. A. C.; BITTENCOURT, A R.; MENEZES, M. F. B.; SOUZA, C. A. C.; SOUZA, S. R. Resiliência na área da Enfermagem em Oncologia. **Acta Paulista deenfermagem**, v. 22, n. 5, p. 702-706, 2009.

SÓRIA, D. A. C.; SANTORO, D. C.; SOUZA, I. E. O.; MOREIRA, M. C.; MENEZES, M. F. B. A resiliência como objeto de investigação na enfermagem e em outras áreas: Uma revisão**. Revista de Enfermagem Escola Anna Nery**. Rio de Janeiro, dez., v. 10, n. 3, p. 547-51, 2006.

SOUZA, G. C. A.; COSTA, I. C. C. O SUS nos seus 20 anos: reflexões num contexto de mudanças. **Saúde soc**. São Paulo, v.19, n.3, p.509-517, 2010.

SOUZA, P. C. M.; COSTA, V. R. M.; MARUYAMA, S. A. T., COSTA; A. L. R. C.; RODRIGUES, A. E. C., NAVARRO. As repercussões de viver com uma colostomia temporária nos corpos: individual, social e político. **Revista Eletrônica de Enfermagem**, jan/mar; v. 13, n. 1, p. 50-9, 2011. Disponível em:<http://dx.doi.org/10.5216/ree.v13i1.7928> Acesso em: 22 de novembro de 2013.

TAVARES, J. Resiliência e educação. São Paulo: Cortez; 2001. In: SÓRIA, Denise de Assis de Corrêa et al. Resiliência na área da Enfermagem em Oncologia. **Revista Acta Paulista de enfermagem**, São Paulo, set.-out., v. 22, n. 5, 2009.

TRIVIÑOS, A. N. S. **Introdução à pesquisa em ciências sociais: a pesquisa qualitativa em educação.** São Paulo: Atlas, 2008.

UNGAR, M. A thicker description of resilience.**The International Journal of Narrative Therapy and Community Work**, v.3-4, p. 89-96, 2005.Disponível em: <www.resilienceproject.org/index.cfm?fuseaction=text.8str_cmID=148> Acesso em: 01 dez. 2013.

VANISTENDAEL, S.; LECOMTE, J. **Le bonheuresttoujours possible: construire la résilience**. Paris (FR): Bayard Éditions, 2000, 219p. Disponível em <http://www.amazon.fr/Le-Bonheur-est-toujours-possible/dp/2227137932> Acesso em 01 dez. 2013.

YUNES, M. A. M.; SZYMANS, H. **Resiliência: noção, conceitos afins e considerações críticas.** Psiquiatria Geral**.** Disponível em <http://www.psiquiatriageral.com.br/psicossomatica/resiliencia_nocoes_conceitos.htm>.Acesso em:01 dez. 2013.

ZANINI, D. S.; FORNS, M. O conceito de risco e proteção à saúde mental e sua relação com a teoria de coping. **Estudos Goiânia**, v. 32, n.1, p. 69-80, 2005.

APÊNDICES

APENDICE A – Carta de encaminhamento ao Comitê de Ética e Pesquisa

Universidade Federal de Pelotas
Faculdade de Enfermagem
Orientadora: Profª Enfª Drª Rosani Manfrin Muniz / email: romaniz@terra.com.br
telefone: 84623193
Mestranda: Renata Ferreira Fagundes/ e-mail: renataf_fagundes@hotmail.com
Telefone: 84520561

Pelotas,___de_____ de 2014.

Venho respeitosamente por meio desta carta de apresentação encaminhar o projeto de pesquisa intitulado “A resiliência do estomizado por câncer colorretal”, que tem por objetivo geral Conhecer os fatores de risco e de proteção para resiliência da pessoa com estomia por câncer colorretal; e objetivos específicos investigar o contexto do adoecer por câncer e a realização da estomia intestinal; identificar os fatores de risco para resiliência no processo de adoecer por câncer colorretal; e identificar os fatores de proteção para resiliência da pessoa com estomia por câncer colorretal. Desde já, muito obrigada pela atenção.

Atenciosamente,

_____
Renata Ferreira Fagundes
Mestranda do PPGEnf/UFPel

APÊNDICE B - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

UNIVERSIDADE FEDERAL DE PELOTAS
FACULDADE DE ENFERMAGEM
Orientadora: Profª Drª Enfª Rosani Manfrin Muniz / e-mail: romaniz@terra.com.br
Mestranda: Renata Ferreira Fagundes/e-mail: renataf_fagundes@hotmail.com
Telefone: (53)84520561

Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

Vimos, respeitosamente, por meio do presente, solicitar a sua colaboração no sentido de participar da pesquisa intitulada "A resiliência do estomizado por câncer colorretal". Esta pesquisa tem como objetivo "Conhecer os fatores de risco e de proteção para resiliência da pessoa com estomia por câncer colorretal; investigar o contexto do adoecer por câncer e a realização da estomia intestinal; identificar os fatores de risco para resiliência no processo de adoecer por câncer colorretal; e identificar os fatores de proteção para resiliência da pessoa com estomia por câncer colorretal.

PROCEDIMENTOS: Serão realizadas entrevistas com os colostomizados do Programa de Assistência ao Estomizado. Os resultados serão usados apenas para fins científicos e estarão à sua disposição sempre que solicitar.

RISCOS: O estudo não desencadeará riscos físicos, pois não será realizado nenhum procedimento doloroso ou coleta de material biológico, ou experimento com seres humanos. A entrevista será gravada com seu consentimento e se algum questionamento lhe causar desconforto o senhor(a) responderá as questões de livre e espontânea vontade e as perguntas poderão ser respondidas na totalidade ou em parte, sem prejuízo para o(a) entrevistado(a).

BENEFÍCIOS: Os benefícios aos sujeitos envolvidos no estudo serão as informações e troca de conhecimentos entre os participantes e os pesquisadores para construção de uma assistência de qualidade a pessoa com estomia intestinal.

PARTICIPAÇÃO VOLUNTÁRIA: Como já me foi dito, minha participação neste estudo será voluntária e poderei interrompê-la a qualquer momento, se eu assim o desejar, sem que isso me traga prejuízo algum ao meu atendimento.

CONFIDENCIALIDADE: estou ciente que a minha identidade permanecerá confidencial durante todas as etapas do estudo. Sendo que os resultados serão transcritos e analisados com responsabilidade e honestidade e usados exclusivamente para fins científicos.

CONSENTIMENTO: Pelo presente consentimento informado, declaro que fui esclarecida, de forma clara e detalhada, livre de qualquer forma de constrangimento e coerção, dos objetivos, da justificativa e benefícios da presente pesquisa. Os pesquisadores responderam todas as minhas perguntas até a minha completa satisfação. Portanto, estou de acordo em participar do estudo. Este formulário de Consentimento Livre e Esclarecido será assinado por mim, em duas vias ficando uma em meu poder e a outra com o pesquisador responsável pela pesquisa.

Assinaturas:

_____ _____

Participante da Pesquisa Pesquisador

Data: _____/_____/ _____

APÊNDICE C – Instrumento de coleta de dados

UNIVERSIDADE FEDERAL DE PELOTAS
FACULDADE DE ENFERMAGEM
Orientadora: Profª Drª Enfª Rosani Manfrin Muniz / e-mail: romaniz@terra.com.br
Mestranda: Renata Ferreira Fagundes/e-mail: renataf_fagundes@hotmail.com
Telefone: (53)84520561

Caracterização dos entrevistados

Data da entrevista: _____

Horário:

Início:_____Término: _____

Nome Fictício:_____

Endereço:_____

Idade: _____ Cor: _____

Estado Civil: _____ Escolaridade: _____

Profissão: _____ Salário: _____

Tipo de estomia: _____ Tempo do estoma: _____

Religiosidade/espiritualidade: _____

Questões Norteadoras:

Fale sobre sua vida antes da estomia?

Fale sobre sua vida após a estomia?

Apêndice D – Diário de Campo

Universidade Federal de Pelotas
Faculdade de Enfermagem
Programa de Pós-Graduação em Enfermagem

Pesquisa: A resiliência do estomizado por câncer colorretal
Orientanda: Enfª. Mestranda Renata Ferreira Fagundes
Orientadora: Profª. Enfª. Drª. Rosani Manfrin Muniz

Assunto registrado: Nome do observador: Número da observação: Data: ____/____/_____ Hora: _____ Local: _____ Duração da entrevista: _____h	Data da realização do comentário: __/__/___
Notas de campo	Reflexão

ANEXOS