

## Estratégias de Atendimento Psicológico a Pacientes Estomizados e seus Familiares<sup>1</sup>

Natália Michelato Silva<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Universidade de São Paulo, SP, Brasil.

Bruna Caroline Turse Barroso<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Universidade de São Paulo, SP, Brasil.

André Aparecido da Silva Teles<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Universidade de São Paulo, SP, Brasil.

Manoel Antônio dos Santos<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Universidade de São Paulo, SP, Brasil.

Sara Rodrigues Rosado<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Universidade de São Paulo, SP, Brasil.

Helena Megumi Sonobe<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Universidade de São Paulo, SP, Brasil.

**Resumo:** O objetivo deste estudo foi descrever as estratégias de atendimento psicológico utilizadas com pacientes stomizados e seus familiares em uma unidade de internação hospitalar de uma universidade pública do interior paulista no pré-operatório e na preparação para a alta hospitalar. Trata-se de um estudo exploratório-descritivo com abordagem qualitativa, que focaliza um programa de extensão que oferece cuidados, com enfoque interdisciplinar, para essa população. As observações extraídas das intervenções psicológicas foram registradas em diário de campo e os dados obtidos foram submetidos à análise de conteúdo e interpretados à luz de pressupostos teóricos da Psicologia da Saúde. Identificou-se nos relatos que a assistência psicológica contempla as seguintes estratégias: levantamento da história clínica, identificação das necessidades psicológicas do paciente no pré-cirúrgico, reuniões com a equipe para discussão dos casos e elaboração do plano de cuidados terapêuticos, orientação aos familiares, escuta psicológica junto ao leito, orientações ao paciente e avaliação de seu estado psicológico, tendo em vista o preparo para alta hospitalar. O atendimento psicológico tem possibilitado o acolhimento dos pacientes, tendo como foco as necessidades identificadas durante o período de internação hospitalar decorrentes da intervenção cirúrgica e da estomização. O suporte psicológico tem contribuído para fortalecer a autonomia e minimizar o sofrimento associado à cirurgia e suas consequências, frente às limitações impostas pelo adoecimento crônico intestinal, além de possibilitar o atendimento articulado com a equipe cirúrgica e de enfermagem, assegurando assistência continuada ao paciente com foco no desenvolvimento de competências de autocuidado.

**Palavras-chave:** Cirurgia, Estomia, Acolhimento, Habilidades para Autocuidado, Psicologia Hospitalar.

---

<sup>1</sup>Agradecimento: Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq).

## **Psychological Care Strategies for Stomized Patients and their Families**

**Abstract:** This aim of this study was to describe the psychological care strategies used with stomized patients and their relatives in a hospital inpatient unit of a public university of the Brazil's largest public university in the preoperative period and preparation for the hospital discharge. This is an exploratory-descriptive study with a qualitative approach that focuses on an extension program that offers interdisciplinary care for this population. Psychological interventions were recorded in a field diary and data were submitted to content analysis and interpreted in the perspective of theoretical assumptions of Health Psychology. Psychological assistance includes the following strategies: clinical history survey, identification of psychological needs of the patient in the pre-surgical period, meetings with the health team providers to discuss the cases in order to elaborate the therapeutic plan, orientation to family, psychological and qualified listening in the bed, orientation to the patient and evaluation of his/her psychological state, with a view to preparing him for discharge. Psychological care has enabled the welcoming of these patients, during the hospitalization, focusing on the patient's needs resulting from surgical intervention and stomization. The psychological support has strengthened the autonomy and minimized the suffering associated with the surgery and its consequences, in view of the limits imposed by the chronic intestinal illness, besides enabling articulated care with the surgical and nursing staff, ensuring continued patient assistance focused on development of the self-care skills.

**Keywords:** Surgery, Ostomy, User Embrace, Self Care Skills, Hospital Psychology.

---

## **Estrategias de Atención Psicológica a Pacientes Ostomizados y sus Familiares**

**Resumen:** El objetivo de este estudio fue describir las estrategias de atención psicológica utilizadas con pacientes ostomizados y sus familiares en una unidad de internación hospitalaria de una universidad pública del interior paulista en el preoperatorio y en la preparación para el alta hospitalaria. Se trata de un estudio exploratorio-descriptivo con abordaje cualitativo, que focaliza un programa de extensión que ofrece cuidados, con enfoque interdisciplinario, para esa población. Las observaciones extraídas de las intervenciones psicológicas se registraron en un diario de campo y los datos fueron sometidos a análisis de contenido e interpretados a la luz de las premisas teóricas de la Psicología de la Salud. Fue identificado en el relato de la experiencia que la asistencia psicológica incluye las siguientes estrategias: encuesta de la historia clínica, la identificación de las necesidades psicológicas del paciente en las reuniones del pre-quirúrgico con el personal para discutir los casos y preparación del plan de atención terapéutica, la orientación a la familia, la escucha psicológica junto al lecho, la orientación del paciente y la evaluación del estado psicológico, en vista de la preparación para el alta. La atención psicológica ha posibilitado acoger a los pacientes antes y después de la cirugía, y mantener la atención centrada en las necesidades identificadas durante la hospitalización, derivadas de la intervención quirúrgica y de la ostomización. El apoyo psicológico ha fortalecido la autonomía y minimizado el sufrimiento asociado con la cirugía y sus consecuencias, debido a los límites impuestos por la enfermedad intestinal crónica, además de permitir el cuidado articulado con el personal quirúrgico y de enfermería, para asegurar la continuidad de la atención al paciente con foco en el desarrollo de competencias de auto cuidado.

**Palabras clave:** Cirugía, Ostomía, Acogimiento, Habilidades para el Auto cuidado, Psicología Hospitalaria.

## Introdução

Este estudo focaliza a sistematização de estratégias de atendimento psicológico como parte de um plano de cuidados mais amplo desenvolvido no contexto hospitalar, sob enfoque multidisciplinar, para pacientes com doenças colorretais graves em tratamento cirúrgico. Para contextualizar a situação, inicialmente iremos explicitar o fenômeno estudado e sua relação com o contexto de investigação.

Para caracterizar a situação psicossocial desses pacientes é preciso considerar os aspectos psicológicos, sociais, culturais e institucionais relacionados à transição demográfica atual. O aumento da expectativa de vida da população brasileira, a melhoria significativa das condições sanitárias e o acesso aos benefícios advindos do conhecimento científico e tecnológico geraram mudanças no perfil de morbimortalidade, levando à situação atual de prevalência das doenças crônicas não transmissíveis (DCNTs), além de possibilitar o tratamento de enfermidades que até então evoluíam rapidamente ao óbito. Esses agravos à saúde são caracterizados por terem etiologia múltipla e curso prolongado, resultando em incapacidade funcional (Carvalho, Oliveira, Santos, Andrade, & Silva, 2016; Santana, 2012). Apesar da incurabilidade, parte dessas condições pode ser tratada e ter seus sintomas controlados.

O aumento da expectativa de vida resultante da somatória dos fatores mencionados trouxe novos desafios para a área de saúde, pois resultou na necessidade de maior densidade tecnológica, terapêutica e de capacitação de recursos humanos, acarretando problemas de gestão e sustentação financeira no setor da saúde (Santos, 2017). Diante dessa nova realidade, é necessário que haja investimento também na melhoria das estratégias interventivas para maximizar a eficiência e qualidade da assistência à saúde, por exemplo, com o redirecionamento do foco para as tecnologias leves, valorizando-as como um dos aspectos fundamentais do cuidado no contexto hospitalar para pessoas com adoecimento crônico colorretal (Alves, 2011).

Nessa direção, e consoante com a preocupação de proporcionar maior atenção à qualidade de vida do que à doença, as estratégias de cuidado em saúde baseadas na escuta psicológica têm sido consideradas uma solução economicamente viável e de menor nível de complexidade tecnológica, o que permite otimizar a relação custo-efetividade combinando esse

benefício à adequada recepção dos usuários dos serviços (Jugend & Jurkiewicz, 2012). Esses pressupostos justificam o investimento em novas pesquisas que tenham por objeto investigar as estratégias de atenção de saúde, em especial as intervenções psicológicas com abordagem interdisciplinar.

Entre as doenças colorretais crônicas mais relevantes encontram-se o câncer colorretal (CCR) e as doenças inflamatórias intestinais (DIIs), sendo que, dentre essas últimas, a doença de Crohn é a mais prevalente (Carvalho, Sicchieri, Marchini, Santos, & Navarro, 2012). O CCR é o segundo tipo que mais afeta a população, com crescente prevalência, sendo estimado para 2016–2017, no Brasil, 15.070 casos novos em homens e 17.530 em mulheres. Para esse tipo de câncer a prevenção está relacionada à manutenção de atividade física regular, do consumo de alimentos que contêm fibra dietética e do controle da obesidade. Os principais fatores de risco são o consumo de carne vermelha, carnes processadas (mortadelas, presuntos, salsichas, linguças), uso de bebida alcoólica, tabagismo, acúmulo de gordura corporal e abdominal. Além disso, contribuem para a incidência da doença a história familiar de CCR, a predisposição genética para desenvolvimento de doenças inflamatórias intestinais e o processo de envelhecimento populacional (Brasil, 2015).

As DIIs apresentam aspectos preventivos e de risco semelhantes ao CCR, mas também constituem fator de risco para o desenvolvimento desse câncer. A faixa etária de risco para o início da doença se situa entre os 15 e 30 anos, apesar de persistir a possibilidade de acometimento em outras faixas etárias, não havendo diferença na distribuição entre os sexos (Friedman & Blumberg, 2014). Apesar de não haver um consenso em relação ao papel desempenhado pelo fator psicoemocional no desenvolvimento das DIIs, considera-se que existe um componente psicossomático no desencadeamento dessas condições, ou seja, elas podem ser resultantes da complexa interação entre corpo, mente e ambiente. O estresse psicológico poderia, ainda, contribuir para desencadear quadros de agudização ou recidiva da doença (Sonobe, Teles, Buetto, Vieira, & Lenza, 2015).

Como opção de tratamento cirúrgico, tanto para o CCR quanto para as demais condições intestinais crônico-degenerativas, há possibilidade de confecção do estoma intestinal, em caráter temporário ou definitivo, nos casos em que há necessidade de exteriori-

zação do íleo ou do intestino grosso para a eliminação fecal. Essas intervenções cirúrgicas são denominadas, respectivamente, de ileostomia e colostomia (Rocha, 2011). O procedimento requer a hospitalização do paciente que, atualmente, pode se estender entre cinco e sete dias. O preparo cirúrgico inicia-se no atendimento ambulatorial e se completa na véspera da realização da intervenção. Após a cirurgia, o paciente é preparado para a alta hospitalar, que ocorre, aproximadamente, após três dias de pós-operatório, caso não haja complicação (Silva, Santos, Rosado, Galvão, & Sonobe, 2017).

A confecção do estoma intestinal requer o uso do equipamento coletor (bolsa) de colostomia, que acarreta sérias mudanças físicas e psicossociais para os pacientes e seus familiares, podendo desencadear sentimentos negativos, tais como tristeza, repulsa, insegurança frente à complexidade dos cuidados necessários e medo do futuro, que parece se tornar cada vez mais incerto, além de um persistente mal-estar associado à sensação de estar mutilado e incapacitado para levar uma vida normal (Silva et al., 2017). Esses sentimentos podem acarretar intenso sofrimento e aprofundar o pessimismo do paciente ante a situação de perda do controle da função intestinal e aos prejuízos na qualidade de vida. Alguns sentimentos podem se tornar potencialmente autodestrutivos por ativarem ou exacerbarem conflitos preexistentes, deixando o paciente confuso e atordoado por dúvidas e inquietações a respeito de questões existenciais relacionadas à vida e à morte. Muitos estomizados desenvolvem transtornos de ansiedade e depressão. O doente se indaga sobre a validade de sua vida em condições que limitam sua liberdade de usufruir uma existência plena frente às acentuadas restrições laborais, de lazer e sexuais, tornando-se vulnerável a alterações de ordem psicológica, emocional e social (Cardoso et al., 2015; Gordon, Fischer-Carlidge, & Barton-Burke, 2017).

A incidência das implicações psicossociais e dos prejuízos emocionais pode estar vinculada à cirurgia realizada, que tem como consequência graves alterações no processo de viver que restringem a autonomia em virtude da incontinência fecal adquirida, além de outros problemas fisiológicos decorrentes do próprio tratamento, como distúrbios gastrintestinais e menor absorção de nutrientes no caso dos ileostomizados, o que requer a suplementação de nutrientes específicos. Em alguns casos, o tratamento pode ocasionar

sequelas persistentes, como desnutrição, indisposição, desânimo e fadiga crônica, bem como o agravamento de outros problemas físicos e psicossociais que decorrem do procedimento cirúrgico (Sonobe, Barichello, & Zago, 2002).

No cenário brasileiro, ainda são escassos os estudos que se dedicam a investigar os aspectos psicológicos relacionados ao contexto da hospitalização e tratamento cirúrgico em pacientes estomizados (Silva et al., 2017). Particularmente, há necessidade de compreender as dimensões psicológicas envolvidas. Uma das maneiras de suprir essa lacuna do conhecimento e prover diretrizes seguras para o cuidado é explorar a perspectiva dos profissionais da equipe de Psicologia que atuam junto aos pacientes e seus familiares. Uma das contribuições potenciais desse enfoque é permitir uma aproximação direta ao contexto específico no qual o suporte psicológico é oferecido, durante a internação hospitalar para a realização do procedimento cirúrgico. O presente estudo se justifica pelo pressuposto de que as pessoas que convivem com as doenças colorretais crônicas necessitam de apoio psicológico sistematizado para fortalecimento de estratégias de enfrentamento adequadas para lidar com os desafios que vivenciam no seu processo de adoecimento e tratamento. Nesse sentido, ainda são raras, tanto quanto necessárias, pesquisas empíricas, produções teóricas e/ou relatos de experiência institucional que apresentem, sistematizem e fundamentem propostas de intervenções implementadas junto aos pacientes hospitalizados, nos períodos pré e pós-operatório mediato. Particularmente, torna-se interessante conhecer quais são as repercussões emocionais das intervenções psicológicas em pacientes submetidos a procedimentos invasivos.

O seguimento profissional deve abordar a complexidade dos aspectos terapêuticos, incluindo as necessidades psicológicas e problemas vivenciados no cotidiano pelos pacientes e seus familiares (Freitas, Oliveira-Cardoso, & Santos, 2017). É necessário que o atendimento psicológico seja centrado nas necessidades identificadas para que seja possível ajudá-los a elaborar e se adaptar ao processo de tratamento cirúrgico, que poderá resultar na confecção de estoma intestinal. Nesse contexto, a atenção psicológica deve ser vista como parte de um cuidado mais amplo e integral, a ser oferecido pela equipe interdisciplinar para promover as condições facilitadoras do autocuidado. Cabe ao psicólogo que atua no contexto hospitalar contribuir

para amenizar o sofrimento do paciente, acolhendo-o e oferecendo suporte profissional, além de articular a equipe multiprofissional e favorecer maior aproximação do paciente com seus familiares. O cuidado psicológico se esmera para fortalecer o vínculo de confiança com a equipe de saúde, essencial para que se possa efetivar a assistência à saúde e, especialmente, para assegurar a adesão aos tratamentos prescritos (Silva & Gaspar, 2013). Atualmente, considera-se que a adesão ao plano terapêutico é um ponto crítico dos cuidados no contexto das DCNTs.

Considerando esses pressupostos, o objetivo deste estudo foi descrever as estratégias de atendimento psicológico utilizadas com pacientes estomizados e seus familiares no pré-operatório e na preparação para a alta hospitalar.

### **Método**

Estudo descritivo e exploratório, com abordagem qualitativa, que focaliza um programa de extensão que oferece cuidados, sob enfoque interdisciplinar, para pacientes estomizados e seus familiares, em uma unidade de internação hospitalar de uma universidade pública do interior paulista. A abordagem qualitativa foi escolhida por permitir ao pesquisador aprofundar-se no universo dos significados das ações e relações humanas (Minayo, 2001, p. 22).

Para assegurar as exigências éticas de sigilo e anonimato dos participantes do estudo, estes foram identificados somente pela inicial do nome, seguida das informações referentes a sexo e idade.

A presente pesquisa busca contribuir com subsídios para a sistematização do atendimento interdisciplinar em unidade de internação cirúrgica. É parte integrante de um projeto aprovado pelo Comitê de Ética e Pesquisa da instituição universitária a qual os pesquisadores estão vinculados, Protocolo CAAE 58356416.2.0000.5393. A Resolução nº 510, de 7 de abril de 2016, aprovada pelo Conselho Nacional de Saúde (CNS), trata dos aspectos éticos de pesquisas em ciências humanas e sociais. Essa resolução assegura o respeito às diferentes tradições de pesquisa e a proteção aos direitos humanos dos participantes envolvidos em pesquisas (Resolução n. 510, 2016).

O Programa de Extensão e Pesquisa *Aprendendo com o ensino de pacientes estomizados e seus familiares* foi proposto por uma das pesquisadoras, que é enfermeira docente com sólida experiência de inserção profissional como estomaterapeuta desde 2000. Em

2008, este programa foi implementado com o objetivo de inserir alunos no contexto assistencial e desenvolver habilidades de cuidado, consideradas primordiais para a formação do futuro profissional, além de favorecer o desenvolvimento de projetos de pesquisa em nível de iniciação científica, mestrado e doutorado. A meta perseguida era possibilitar a experiência de participação efetiva de profissionais e alunos em formação na área da saúde nos cuidados oferecidos pela equipe cirúrgica, para expandir o conhecimento técnico-científico e compreender a atuação da enfermagem na contrarreferência dessa clientela para o nível secundário.

Em 2009, com a expansão do escopo do programa, houve a inserção dos pós-graduandos enfermeiros, o que ampliou a integração das atividades junto às equipes cirúrgica e de enfermagem. Posteriormente, foram incorporados profissionais de outras áreas da saúde, incluindo psicólogos, que passaram a integrar a equipe interdisciplinar, atuando junto aos pacientes e familiares no contexto da internação hospitalar. Isso possibilitou ampliar tanto as áreas profissionais abrangidas como as estratégias assistenciais oferecidas por esse programa, incluindo-se o cuidado psicológico. Desde então, a equipe multidisciplinar passou a ser constituída por médicos, enfermeiros, psicólogos, fisioterapeuta e assistente social.

O programa de extensão tem por objetivos servir de campo de ensino-aprendizagem do cuidado pré-operatório de pacientes candidatos à estomia, promover o ensino do autocuidado voltado aos pacientes estomizados e ao familiar/cuidador, preparando-os para a alta hospitalar mediante o ensino do autocuidado e o encaminhamento para o Programa de Ostomizados. Assim, quando o paciente não é capaz de satisfazer adequadamente suas necessidades biológicas, psicológicas e sociais no contexto domiciliário, busca-se identificar outras pessoas que possam auxiliá-lo no autocuidado, principalmente os familiares. Desse modo, almeja-se aumentar a capacidade de autonomia e independência do paciente, com a participação ativa e efetiva da família (Orem, 2001; Sonobe, Barichello, & Zago, 2002).

Para assegurar o alcance dos objetivos propostos pelo programa de extensão e pesquisa são realizadas reuniões mensais da equipe interdisciplinar, com discussões sobre os atendimentos realizados, aprofundamento sobre as repercussões fisiológicas e clínicas do tratamento cirúrgico para os pacientes e familiares,

bem como a supervisão das atividades de cuidado na unidade de internação cirúrgica. Além disso, a participação semanal nas visitas da equipe interdisciplinar de saúde tem ampliado a compreensão da situação clínica dos pacientes e familiares, contribuindo para complementar e aperfeiçoar a atuação dos psicólogos.

A inserção dos profissionais da Psicologia na equipe interdisciplinar foi pautada em pressupostos da Psicologia da Saúde (Miyazaki, Micelli, Valerio, Santos, & Rosa, 2002; Sebastiani & Maia, 2005), cujo marco remonta à segunda metade do século XX, com a construção de uma nova ordem paradigmática no campo das Ciências da Saúde, a partir da estruturação da Organização Mundial da Saúde (OMS) em 1945.

Segundo Alves (2011), a Psicologia da Saúde surgiu em um período de intensas mudanças sociais, políticas e econômicas, mais precisamente na década de 70 do século XX. Visto por esta perspectiva histórica, este campo da Psicologia como ciência e profissão se organiza em torno da necessidade de dar expressão às necessidades de ajustamento dos indivíduos às suas novas condições de saúde. O campo continuou a evoluir e a expandir-se nas décadas seguintes, constituindo-se atualmente em um componente fundamental que norteia as ações de saúde desenvolvidas pelas equipes multidisciplinares. O psicólogo tende a se especializar em certas áreas ou contextos de aplicação, como promoção, prevenção e proteção à saúde, ou atuar em contextos especializados para o tratamento de doenças, como os hospitais, ambulatórios e centros de saúde. Pode, ainda, atuar diretamente na comunidade (Alves, 2011), na atenção básica junto à Estratégia Saúde da Família (ESF).

A Psicologia da Saúde é o conjunto de contribuições educacionais, científicas e profissionais específicas da Psicologia para a promoção e manutenção da saúde, prevenção e tratamento das doenças, na identificação da etiologia e diagnósticos relacionados à saúde, à doença e às disfunções, bem como no aperfeiçoamento do sistema de políticas da saúde (Matarazzo, 1980, p. 815).

A prática da Psicologia da Saúde envolve a integração de serviços à comunidade, ensino e pesquisa no contexto da realidade brasileira, contribuindo para a construção de um novo saber e uma nova perspectiva clínica, fundamentando no referencial teórico-metodológico da Psicologia Hospitalar (Chiattono,

2000; Gioia-Martins, & Júnior, 2001). Considerando que a Psicologia Hospitalar pode constituir uma estratégia de atuação em Psicologia da Saúde, é possível denominá-la, como propõem alguns autores, de “psicologia em contexto hospitalar”. Esse posicionamento tem ganhado força atualmente (Gorayeb, 2015), lembrando que o trabalho do psicólogo na área de saúde vem se desenvolvendo de forma crescente e consistente nas últimas décadas (Miyazaki et al., 2002). Essa expansão se deve ao fato de que a profissão, ao longo das últimas décadas, encontrou no hospital um terreno fértil para sua consolidação (Ferracioli, Vendruscolo, & Santos, 2017).

De acordo com Simonetti (2006), a Psicologia Hospitalar – ou, se assim preferirmos, a “psicologia em contexto hospitalar” – é o campo de tratamento dos aspectos psicológicos que orbitam em torno do adoecimento, visando à minimização do sofrimento em decorrência das terapêuticas e buscando atenuar suas consequências adversas especialmente durante a hospitalização. Diante das potencialidades transformadoras do trabalho do psicólogo nos hospitais, sua inserção gradual foi incrementada a partir da década de 1970, na medida em que o profissional foi se integrando de forma crescente às equipes multidisciplinares.

O psicólogo que atua na instituição hospitalar não pratica somente Psicologia de forma genérica, mas Psicologia Médica, a qual se caracteriza pelo estudo das situações psicológicas envolvidas na produção da saúde do paciente, com destaque para os aspectos orgânicos que se encontram prejudicados. Os aspectos psicológicos são vistos e tratados como dimensões associadas à saúde física, diferenciando-se das práticas tradicionais de consultório e da postura clássica do psicoterapeuta (Gorayeb, 2001; Miyazaki et al., 2002). Portanto, é preciso produzir novos conhecimentos que permitam identificar e intervir nas necessidades e demandas específicas que aparecem nesse contexto. A produção de conhecimento a partir das condições concretas que emergem na prática hospitalar permitem a sistematização do cuidado psicológico.

Para subsidiar o presente estudo, os registros das intervenções realizadas pela equipe de Psicologia foram sistematicamente anotados em diário de campo durante o período de janeiro a dezembro de 2016. Os dados colhidos foram submetidos à análise de conteúdo indutivo, segundo o modelo preconizado

por Minayo (2001). Segundo esta autora, a análise de conteúdo indutivo é um conjunto de técnicas, que podem ser aplicadas aos dados qualitativos para a compreensão do fenômeno investigado.

Os resultados deste estudo foram sistematizados e interpretados à luz dos aportes da Psicologia Hospitalar, lembrando que “teorias são explicações parciais da realidade”, que “colaboram para esclarecer melhor o objeto de investigação, ajudam a levantar as questões, o problema, as perguntas [...] e permitem maior clareza na organização dos dados” (Minayo, 2001, p. 18).

Para elaborar a análise do material colhido no campo de investigação foram seguidos os passos descritos por Minayo (2001): (1) ordenação, (2) classificação e (3) análise propriamente dita. A sistematização dos dados e sua transformação em linguagem científica foram inspiradas nos cuidados metodológicos preconizados em estudos disponíveis na literatura, como o desenvolvido por Miyazaki et al. (2002). O tratamento do material conduziu os pesquisadores à teorização sobre os dados, ao produzir o confronto entre a abordagem teórica adotada e os aportes obtidos com a investigação de campo (Minayo, 2001). De acordo com a concepção hermenêutica-dialética, é importante ressaltar que o ciclo de pesquisa jamais se fecha porque o estudo produz conhecimentos afirmativos, que provocarão novas questões, que vão exigir aprofundamento posterior, configurando uma espiral dialética.

## Resultados e discussão

Neste tópico foram contextualizados os atendimentos realizados pela equipe de Psicologia e exploradas as vivências dos participantes do estudo.

A assistência psicológica aos pacientes estomizados e seus familiares compreende um amplo leque de atividades, alocadas nas seguintes modalidades: levantamento da história clínica, identificação das necessidades psicológicas dos pacientes, reuniões para discussão dos casos e elaboração do plano de cuidados terapêuticos, reunião com familiares, escuta psicológica junto ao leito, orientações focadas no autocuidado, entrega de material didático como recurso suplementar às intervenções, avaliação do estado psicológico e preparo para a alta hospitalar.

Como os atendimentos de enfermeiros e psicólogos são realizados no pré-operatório, há uma preocupação com a atualização dos aportes teóricos oferecidos aos profissionais, mediante o ensino dos

aspectos pré-operatórios e gerais da cirurgia, como opções terapêuticas e suas consequências para a vida do paciente. Além das atividades de rotina da enfermaria cirúrgica, os conteúdos educativos focalizam a demarcação do estoma e o ensino pré-operatório. No pós-operatório imediato o ensino focaliza o autocuidado para os pacientes estomizados e seus familiares/cuidadores na transição para a alta hospitalar e encaminhamento ao Programa de Ostomizados para cadastramento e aquisição de equipamentos coletores, bem como o seguimento especializado em nível secundário, mantido pelo governo federal e gerido pelo município de procedência do paciente (Orem, 2001; Sonobe, Barichello, & Zago, 2002).

Concomitantemente, e em conjunto com o profissional de enfermagem, são realizados os atendimentos psicológicos para identificar a demanda e necessidades de aprendizagem e estratégias favoráveis de autocuidado. O propósito é buscar minimizar o sofrimento psíquico do paciente por meio do acolhimento emocional, extensivo aos seus cuidadores familiares, respeitando-se a singularidade e personalidade de cada pessoa. Ademais, os profissionais do programa participam da visita clínica semanal da equipe cirúrgica, quando ocorre a discussão dos casos pela equipe interdisciplinar e se realiza o planejamento cirúrgico para a semana seguinte.

No atendimento psicológico inicialmente se faz uma triagem psicológica, por meio de observações participantes nas enfermarias, para observação da rotina da unidade de internação e dos pacientes, dos atendimentos oferecidos e dos cuidados realizados pela equipe interdisciplinar. Posteriormente, estabeleceram-se os dias mais adequados para a realização dos atendimentos, visto que no pré-operatório o paciente passa por vários exames especializados e procedimentos, além do jejum, e que no pós-operatório a maioria apresenta fadiga devido às repercussões fisiológicas e psicossociais da cirurgia realizada, em geral de médio e grande portes, e à exigência de canalização das energias para a recuperação pós-cirúrgica. A técnica da observação participante consiste na investigação social na qual o observador (pesquisador) interage por meio de questionamentos quando necessário (Meirinhos & Osório, 2010).

Além da observação participante aplica-se também uma entrevista semidirigida com os pacientes para identificar características individuais e contextuais da experiência de adoecimento e tratamento,

além de identificar possíveis indicadores de risco que justifiquem o encaminhamento para uma avaliação mais ampla, quando necessário, de modo a favorecer o acompanhamento psicossocial. As informações colhidas na triagem, assim como os aspectos socio-demográficos, hábitos de vida, conhecimento sobre diagnóstico médico e tratamentos, táticas de enfrentamento e níveis de adaptação ao adoecimento e às terapêuticas instituídas podem subsidiar o planejamento das intervenções implementadas pela equipe multidisciplinar durante a internação, favorecendo a oferta de suporte aos pacientes e familiares (Bultz et al., 2011; Gaspar, 2011).

No contexto investigado, todas as ações e intervenções psicológicas são desenvolvidas a partir de estratégias que se baseiam nas denominadas “tecnologias leves” de saúde. O conceito de *tecnologia leve* está ancorado em reflexões acerca do pensar e do agir no âmbito das organizações de saúde (Gonçalves & Schier, 2005). O uso preferencial de tecnologias leves pressupõe a adoção de uma concepção do trabalho vivo em saúde, como norteador da gestão do cuidado (Merhy, 2002). A noção de *tecnologia* utilizada nesse contexto recebe uma definição ampla e não se limita, exclusivamente, aos equipamentos e aparelhos tecnológicos, mas inclui saberes e fazeres que concorrem para a produção da saúde e do cuidado, abrangendo a organização das ações humanas no âmago dos processos produtivos.

A maior parte dos atendimentos é realizada de forma conjunta pelos psicólogos e enfermeiros, como estratégia para favorecer uma melhor compreensão dos fenômenos observados, o que permite a integração dos sinais e sintomas da doença física com os comportamentos e dimensões intra e intersubjetivas dos pacientes e familiares. Para contextualizar a experiência da Psicologia será apresentado o relato de dois casos atendidos por uma psicóloga e uma enfermeira. Esses casos foram selecionados por permitirem ilustrar didaticamente os principais aspectos dos atendimentos voltados ao cuidado psicológico no contexto hospitalar.

### **Caso clínico 1**

O primeiro caso refere-se a uma paciente de 38 anos, casada, ileostomizada havia 10 meses por DII, católica, cozinheira hospitalar (à época afastada do emprego) e procedente de uma cidade do interior paulista. A paciente relatou que o início de seu ado-

ecimento se deu após um evento estressor, que gerou episódios de constipação intestinal. O quadro clínico se agravou e se mostrou não responsivo ao tratamento clínico convencional. Depois de vivenciar um longo itinerário terapêutico, a paciente recebeu indicação de cirurgia.

A participante contou que, antes desse desfecho, apelou para múltiplas tentativas para solucionar os sintomas por conta própria. Iniciou lavagens intestinais frequentes no domicílio, sem orientação médica. Esse quadro evoluiu para constipação crônica grave, que resultou na indicação de procedimento cirúrgico, ao qual foi submetida com confecção de ileostomia, apesar de a equipe cirúrgica não ter conseguido estabelecer um diagnóstico físico específico. Anteriormente, a paciente havia recebido diversos diagnósticos de transtornos mentais, incluindo Transtorno de Personalidade *Cluster B* e Transtorno de Ansiedade Generalizada. O tratamento psiquiátrico foi iniciado, mas logo interrompido pela paciente, que desconfiava da resolutividade dos medicamentos psicotrópicos prescritos.

Mediante o atendimento realizado conjuntamente pela psicóloga e pela enfermeira, e da análise integrada dos relatos da paciente, leitura dos relatórios médicos, dos resultados de exames especializados, do relatório de atendimento da psiquiatria e das discussões da equipe multidisciplinar acerca do quadro clínico, estabeleceu-se a hipótese de possível predisposição somática para desenvolver a fisiopatologia colorretal. Contudo, a questão emocional parece ter sido o fator determinante para o desencadeamento da condição disfuncional de saúde.

Apesar de não haver um consenso em relação ao papel do fator psicoemocional no desenvolvimento da DII, é reconhecida há décadas a influência do componente psicossomático no seu desencadeamento. A patologia resultaria da complexa interação entre corpo, mente e ambiente, e o fator precipitador seria constituído pelo estresse psicológico decorrente dos quadros de agudização e reagudização dos sintomas predecessores (Sonobe et al., 2015). Nessa direção, é necessário lançar um olhar para além dos sintomas físicos, incluindo uma perspectiva voltada para o acolhimento integral da subjetividade do paciente, que possibilite um entendimento mais abrangente de suas necessidades e dificuldades psicológicas, assim como das dimensões simbólicas do adoecer.

## Caso clínico 2

O relato de outro caso clínico atendido em circunstâncias análogas ao primeiro evidencia o quão importante é disponibilizar o atendimento psicológico de pacientes com patologias orgânicas que impõem um tratamento difícil e doloroso. Uma paciente de 29 anos, solteira, com ensino superior completo, relatou à psicóloga que fazia muitos planos em relação ao seu futuro até o dia em que teve diagnosticado um câncer no útero. Decorrido um ano do diagnóstico, essa paciente descobriu-se com metástase no intestino e nos pulmões. Novamente seus sonhos e projetos foram bruscamente interceptados, além de ver seu corpo jovem desfigurado e totalmente modificado pela agressividade dos tratamentos anti-neoplásicos, que entre outras consequências a obrigaram a conviver com a bolsa de colostomia pelo resto de sua sobrevivida. As mudanças repentinas e radicais, experimentadas no período de apenas um ano, despertaram uma gama de sentimentos negativos, como medo, angústia, tristeza, insegurança e revolta.

Essa jovem paciente relatou que, depois que passou a receber atendimento psicológico e cuidados intensivos de enfermagem, sentiu uma significativa melhora em seu estado psicológico. A equipe percebeu que, no decorrer de algumas semanas, ela começou a desenvolver modos de enfrentamento mais eficientes, que promoveram seu processo de adaptação à sua nova condição de vida social, laboral e afetiva. Alguns dos planos interrompidos puderam ser retomados e ajustados à nova realidade. Isso possibilitou uma melhor aceitação de sua situação de viver com uma condição limitante, isto é, de sobreviver como uma pessoa estomizada.

Notou-se, nesse caso que tinha um prognóstico reservado em termos clínicos, uma evolução favorável do ponto de vista psicológico. Os atendimentos psicológicos potencializaram os cuidados de enfermagem e vice-versa, uma vez que, por meio das orientações recebidas da enfermeira, as dúvidas da paciente relacionadas à doença e aos tratamentos puderam ser esclarecidas, favorecendo uma melhor apropriação de sua condição. A jovem foi orientada sobre uma série de autocuidados que doravante deveria incorporar à sua rotina diária. Adicionalmente, as reações emocionais provocadas pelo fato de adquirir maior clareza acerca das limitações e cerceamentos a que estava submetida puderam ser ventiladas durante as sessões de acolhimento emocional oferecidas pela psicóloga.

O contato com a família reforçou o pressuposto de que, em tais circunstâncias, o suporte psicológico é um componente essencial, inclusive para o sucesso dos cuidadores domiciliários, fortalecendo o vínculo de confiança com a equipe e a adesão ao tratamento no pós-cirúrgico e no seguimento ambulatorial.

Ao final do último atendimento, a psicóloga ouviu o seguinte relato da paciente: “Estou chorando não é de tristeza, não. É de felicidade de ter vocês. Vocês me ajudaram muito.” Esse relato sugere que acolher, ouvir e se esforçar para compreender o paciente em seus próprios termos, respeitando suas limitações e condições psicológicas, podem ser atitudes que muitas vezes diferenciam um bom desfecho de um desdobramento negativo. Esse caso ilustra que é possível realizar um bom trabalho psicológico mesmo em circunstâncias clínicas desfavoráveis em termos de expectativa de sobrevivida do paciente. É possível auxiliar a pessoa debilitada por um tratamento cirúrgico e que enfrenta uma situação difícil – que se encaminha provavelmente para a terminalidade – a ampliar sua consciência sobre seus conflitos, desencadeados por sucessivas más notícias, como o fato de ter uma doença grave que está fora de controle, com proliferação de metástases em vários órgãos vitais.

O atendimento psicológico pressupõe um tipo de encontro com o paciente que não equivale a uma conversa comum, ainda que não prescindida do caráter dinâmico e espontâneo de um diálogo coloquial. Paciente e psicólogo assumem posição assimétrica, ou seja, um dos participantes do ato de comunicação privilegia a escuta psicológica e habitualmente fala mais do que o outro, e é exatamente o silêncio desse outro que dá peso, densidade, consequência e significado à palavra do primeiro. Essa lógica de cuidado é diferente da escuta oferecida por outros profissionais da equipe de saúde, pois no hospital frequentemente há muitas pessoas que dão conselhos e recomendações, e que o tempo todo dizem ao paciente o que ele deve ou não fazer, o que muitas vezes o coloca em uma posição infantilizada, além de estimular sua dependência e promover regressão psicológica. Muitas vezes, são raras as oportunidades que o paciente encontra para refletir e colocar claramente qual é a sua perspectiva própria, isto é, o que ele considera que é melhor para sua vida no momento particular em que se encontra.

A escassez de espaços e de profissionais qualificados para exercerem a escuta psicológica até certo

ponto é compreensível, pois na maioria das vezes é angustiante ouvir uma pessoa doente relatar seus conflitos e temores, revoltas e dores, expectativas e fantasias, sonhos e frustrações. O profissional que se põe na posição de ouvinte necessita estar aberto e genuinamente permeável às experiências de dor e sofrimento do outro, vivências que via de regra mobilizam intensas emoções em quem escuta. Para poder escutar e assimilar tudo o que o paciente tem a dizer, o psicólogo recebe em sua formação o treinamento necessário, que o qualifica como o profissional mais adequado para realizar esse tipo de intervenção altamente especializada (Simonetti, 2006).

O atendimento articulado com a equipe cirúrgica e de enfermagem se mostrou especialmente valioso nos casos clínicos narrados. De fato, a articulação dos dados clínicos, colhidos a partir de diversas fontes e registros, permitiu corroborar o pressuposto de que a assistência às pessoas em processo de adoecimento por neoplasia colorretal e DII deve ser interdisciplinar, com adoção dos princípios da integralidade e humanização do cuidado, devido à necessidade de considerar os aspectos psicossomáticos e fisiopatológicos na avaliação, assistência, tratamento e seguimento desses pacientes, além do apoio permanente aos cuidadores familiares.

### **Acolhimento e escuta psicológica: convertendo o sofrimento em conhecimento e ações de autocuidado**

Para a realização dos atendimentos psicológicos são utilizadas as técnicas de acolhimento emocional e orientação psicoeducativa, lastreadas na educação em saúde, tanto para os pacientes como para os familiares. Ademais, busca-se o fortalecimento de estratégias de enfrentamento que se mostrem integrativas, ou seja, adaptativas. A discussão dos casos com a equipe multidisciplinar contribui para a identificação das demandas psicológicas vinculadas à hospitalização.

Conceitualmente, acolhimento tem sido definido como o compromisso coletivo para cultivar os vínculos de maneira responsável, reconhecendo e incluindo as diferenças, estimulando a coprodução de autonomia e a valorização da vida, em todos os contextos de saúde. Dessa maneira, o foco do acolhimento emocional é direcionado para o alívio das angústias do paciente. Os modelos tradicionais de psicoterapia, embora sejam poderosos instrumentos consagrados na prática do psicólogo, na maioria das vezes não

têm sua aplicação exequível no contexto hospitalar, devido ao pouco tempo que a maioria dos pacientes estomizados permanecem internados (Brasil, 2011, p. 56). Isso dá margem para a aplicação de outras técnicas de intervenção, tais como o aconselhamento e a orientação psicológica, com vistas a promover o autocuidado, com vistas a assegurar a adaptação do paciente após a alta hospitalar.

A orientação psicológica é uma ferramenta utilizada no esclarecimento de processos emocionais vivenciados pelo paciente e na obtenção de informações relacionadas ao adoecimento junto a outras pessoas adoecidas e seus familiares, preparando o terreno para a oferta de instruções e encaminhamentos necessários (Botega, 2011). Por meio da orientação psicológica o psicólogo aborda aspectos da cirurgia, avalia o conhecimento e compreensão do paciente e de seus familiares a respeito do adoecimento e das terapêuticas preconizadas, a fim de ajudá-los a elaborarem a condição de estomizado intestinal. São fornecidas ativamente informações qualificadas, que os ajudam a ressignificar valores pessoais e a combater os efeitos nefastos da estigmatização. Além disso, busca-se desmistificar preconceitos e falsas crenças, visando à redução dos níveis de estresse e ansiedade que, se não controlados, podem complicar o pós-operatório. O estabelecimento de um vínculo de confiança na relação com o paciente é um requisito fundamental para que se possam atenuar suas inseguranças em relação ao presente e suas incertezas frente ao futuro.

A tarefa de orientação psicológica junto ao leito do paciente é substancialmente favorecida pelo trabalho conjunto das profissionais de Psicologia e enfermagem. O enfermeiro está qualificado a explicar, por meio de uma linguagem acessível e tecnicamente fundamentada, os procedimentos clínicos e as necessidades de autocuidado com a estomia. Durante os atendimentos, o esclarecimento imediato de dúvidas e a correção de crenças equivocadas são estratégias fundamentais para aprimorar as habilidades de autocuidado do paciente, mas não se reduzem a uma tarefa meramente cognitiva, uma vez que os aspectos afetivos também precisam ser devidamente considerados e trabalhados. Isso ficou patente nos relatos obtidos durante o processo de orientação psicológica, mediante o acolhimento das angústias e medos trazidos na fala e na expressão emocional de cada paciente: “Agora consigo entender porque tenho que usar a bolsinha. Quando o médico me falou que

eu teria de usar, fiquei assustado, nem sabia o que eu tinha” (S., masculino, 64 anos). “No começo não é fácil aceitar, mas quando a gente entende, fica menos difícil” (R., feminino, 34 anos).

Tanto no relato de S. como de R. fica evidenciada a necessidade que o paciente sente de conhecer sua condição, para poder atribuir um significado à sua experiência penosa e, assim, nomear aquilo que está acontecendo com seu corpo e transtornando sua vida. Na vivência inicial do corpo doente, o sentimento preponderante é de um profundo estranhamento, que traduz a reação emocional frente à ruptura biográfica que a doença instaura, conforme se constatou em um dos depoimentos: “A gente fica assustado, né? Tudo muda, a vida fica de ponta-cabeça. Por isso é muito importante isso que vocês fazem. Ajuda muito” (J., masculino, 69 anos).

Com o adoecimento, as atividades cotidianas são interrompidas de maneira muitas vezes brusca e irreversível e também ocorrem alterações drásticas nos papéis sociais até então desempenhados pelo paciente. Além disso, a doença grave, de curso progressivo e incapacitante, é acompanhada de um tratamento cirúrgico que traz como consequência brutal a necessidade de ter o corpo permanentemente conectado a uma bolsa, o que pode ser sentido como uma excrescência, um dispositivo artificial que desequilibra a harmonia de um organismo percebido como um todo harmônico até o momento da eclosão da doença: “Foi um grande choque, fiquei muito assustada. Eu nem sabia o que era essa bolsinha e que iria conviver para sempre com isso” (S., feminino, 62 anos).

Desse modo, o paciente pode se manter vulnerável a uma série de sentimentos negativos, como sentir-se socialmente aniquilado, indigno de continuar vivendo ou irremediavelmente incapacitado para tocar sua vida com a mesma dignidade de outrora. Por conseguinte, a ruptura provocada no seu viver tem o impacto de uma experiência catastrófica e devastadora, como um cataclismo psicológico de grandes proporções, um terremoto que tem seu epicentro no cerne do próprio corpo e que se irradia para todas as dimensões importantes do viver. Isso abala definitivamente os alicerces da identidade do sujeito: “Não sei como reagi na hora que o médico me contou, mas é uma mudança muito grande no nosso corpo de um dia para o outro, senti muito medo” (A., feminino, 59 anos).

Nesse sentido, a escuta psicológica sistematizada, exercida tanto com os pacientes quanto com

os familiares, consiste em uma ferramenta fundamental para subsidiar o trabalho do psicólogo no contexto hospitalar, tornando-se um instrumento valioso para o alcance de resultados favoráveis, independentemente do prognóstico clínico. O psicólogo, devido às características de sua especialidade, está capacitado a trabalhar com o que a pessoa tem de mais íntimo e que repousa no cerne de sua subjetividade afetada pela condição mórbida (Benites, Neme, & Santos, 2017).

A escuta realizada pelo psicólogo difere da exercitada por outros profissionais, tendo em vista que, a partir de sua formação específica, ele está treinado a não julgar, não influenciar e não direcionar a decisão do paciente para algum tipo de desfecho esperado. Muitas vezes, isso exige uma disciplina mental específica da parte do profissional, uma atitude de abstinência de gratificação, de renúncia à tentação de estar sempre certo e ter a palavra final sobre o que seria mais indicado e desejável para a vida do paciente. Com sua intervenção, o psicólogo hospitalar pontua o discurso do próprio sujeito, questiona sobre suas certezas aparentes, identifica os mecanismos de defesa mais utilizados, desconstrói as fantasias inconscientes do paciente frente à hospitalização e à estomia intestinal, acolhe as emoções e valida os sentimentos ambivalentes e paradoxais que acompanham a vivência da iminência de mudanças catastróficas.

Nos atendimentos psicológicos realizados também identificamos as manifestações de luto antecipatório pela perda da saúde (Cardoso & Santos, 2013). Os pacientes tiveram que aprender a conviver com uma parte do seu corpo que não funcionava mais. Alguns conseguiram acionar estratégias de enfrentamento mais efetivas, por serem pessoas anteriormente ativas, que contavam com irrestrito apoio familiar e possuíam mecanismos de defesa mais elaborados. A resposta emocional também é influenciada pelas experiências prévias de enfrentamento, sendo mais adaptativa para aqueles que já haviam vivenciado alguma situação grave, profundamente frustrante ou ameaçadora da continuidade da vida. Outros pacientes, que experimentavam pela primeira vez uma circunstância tão extraordinariamente adversa, não conseguiram entrar em contato com a gravidade da situação real, por utilizarem de forma abundante de estratégias mais primárias, como a negação e a minimização (Borges, et al, 2006). Em contrapartida, os profissionais de saúde muitas vezes não se sentem

suficientemente preparados para abordar as questões relacionadas à morte e ao morrer (Carvalho & Martins, 2015; Oliveira-Cardoso, & Santos, 2013; Santos, & Hormanez, 2013).

Percebemos que a maior parte dos pacientes havia sido comunicada previamente sobre a necessidade de se submeter à cirurgia com confecção de estoma intestinal, todavia, nunca havia tido contato com uma bolsa coletora ou com uma pessoa estomizada. Além disso, os pacientes, via de regra, tinham pouquíssimas informações sobre as repercussões que a condição de estomizado acarretaria para sua vida. Quando se torna iminente conviver com essa realidade, tal desconhecimento pode gerar ansiedade aguda, acirrando a angústia frente ao desconhecido e alimentando fantasias persecutórias durante a hospitalização, o que pode dificultar o preparo para a cirurgia. Elaborar tais vivências com a ajuda do psicólogo é requisito para a elaboração e aceitação da nova condição de estomizado.

### **Considerações finais**

Este estudo possibilitou descrever as estratégias de atendimento psicológico disponibilizadas para pacientes estomizados e seus familiares no pré-operatório e na preparação para a alta hospitalar. Constatou-se que a atuação da profissional de Psicologia no programa de extensão e pesquisa tem possibilitado o exercício da interdisciplinaridade na assistência a essa clientela. Os atendimentos têm permitido cultivar uma visão integral do paciente, destacando-se as dimensões subjetivas do adoecimento colorretal crônico e suas consequências.

Considera-se que os atendimentos psicológicos proporcionaram benefícios que vão além do acolhimento e da orientação psicológica, devolvendo o protagonismo aos pacientes e familiares para que eles possam se perceber, refletir sobre as situações nas quais estão envolvidos e desmistificar o processo de estomização, aumentando assim o senso subjetivo de controle sobre a condição crônica. Considera-se que essa habilidade seja importante especialmente na transição para a nova etapa do tratamento e dos cuidados domiciliares, que se iniciam após a alta hospitalar.

Na atuação conjunta das psicólogas com os enfermeiros, durante a implementação do programa de extensão, foi possível melhorar o entendimento dos pacientes e familiares sobre a necessidade da estomia

intestinal, o que ficou patente nos relatos de redução de preocupações e angústias, além da valorização da comunicação e expressão das emoções e sentimentos dos pacientes perante seus familiares, a partir de situações vivenciadas no cotidiano hospitalar. Embora nem todos os pacientes apresentem o mesmo grau de envolvimento e domínio de estratégias mais adaptativas para minimização do sofrimento decorrente da doença e do tratamento cirúrgico, a diminuição da autculpabilização tem sido considerada positiva, produzindo o alívio das ansiedades vivenciadas durante a fase de hospitalização.

O desenvolvimento das atividades do programa de extensão e pesquisa tem possibilitado a construção de uma perspectiva interdisciplinar capaz de potencializar as ações de todos os participantes, além de constituir um espaço de aprendizado para o desenvolvimento de um trabalho em equipe interdisciplinar. Desse modo, a aquisição de conhecimentos pelos psicólogos sobre o tratamento cirúrgico, as reações fisiológicas e a atuação dos outros profissionais de saúde que prestam assistência ao estomizado têm contribuído para o aperfeiçoamento das habilidades para o atendimento no contexto hospitalar nos períodos pré e pós-operatório mediato.

Destaca-se a importância da atuação do psicólogo no contexto da hospitalização, especialmente no perioperatório, quando o paciente está prestes a ter sua rotina profundamente alterada na medida em que se tornar um indivíduo estomizado. Manter uma visão humanizada e integral desses pacientes e familiares possibilita um trabalho compartilhado com diversos integrantes da equipe interdisciplinar, na busca das melhores estratégias para minimização do sofrimento suscitado pelo adoecimento, pelas consequências mutilatórias da cirurgia e, principalmente, pelo processo de estomização, de modo a produzir alívio da ansiedade.

Os resultados obtidos sugerem que o suporte psicológico proporcionado contribui para fortalecer a autonomia e minimizar o sofrimento associado à cirurgia e suas consequências, frente às limitações impostas pelo adoecimento crônico intestinal, além de possibilitar o atendimento articulado com a equipe cirúrgica e de enfermagem, assegurando assistência continuada ao paciente com foco no desenvolvimento de competências de autocuidado.

Assim, o paciente é preparado para enfrentar os novos desafios que certamente terá pela frente,

fomentando condições facilitadoras da aceitação de seu estado de saúde e manutenção das estratégias de autocuidado no âmbito da comunidade. A aceitação, como desfecho pretendido, é um requisito imprescindível

para o processo de adaptação e ajustamento psicológico, que se inicia com a resignificação da estomia como um bem (e não um “mal” necessário) para melhorar a qualidade de vida.

## Referências

- Alves, R. F. (Org.) (2011). *Psicologia da saúde: Teoria, intervenção e pesquisa*. Campina Grande, PB: EDUEPB.
- Benites, A. C., Neme, C. M. B., & Santos, M. A. (2017). Significados da espiritualidade para pacientes com câncer em cuidados paliativos. *Estudos de Psicologia, 4*(2), 269-279. <https://doi.org/10.1590/1982-02752017000200008>
- Borges, A. D. V. S., Silva, E. F., Toniollo, P. B., Mazer, S. M., Valle, E. R. M., et al. (2006). Percepção da morte pelo paciente oncológico ao longo do desenvolvimento. *Psicologia em Estudo, 11*(2), 361-369.
- Botega, N. J. (2011). Reação à doença e à hospitalização. In: N. J. Botega (Org.), *Prática psiquiátrica no hospital geral: Interconsulta e emergência* (pp. 209-214, 3a ed.). Porto Alegre, RS: ArtMed.
- Brasil. (2011). Ministério da Saúde. *Caderno humanizaSUS: Atenção hospitalar*. Brasília, DF: o autor
- Brasil. (2015). Instituto Nacional do Câncer José Alencar Gomes da Silva - (INCA), Ministério da Saúde. *Estimativa 2016/2017: Incidência de câncer no Brasil*. Brasília, DF: o autor.
- Bultz, B. D., Groff, S. L., Fitch, M., Blais, M. C., Howes J., & Mayer, C. (2011). Implementing screening for distress the 6<sup>th</sup> vital sign: A Canadian strategy for changing practice. *Psycho-Oncology, 20*(5), 463-469. <https://doi.org/10.1002/pon.1932>
- Cardoso, D. B. R., Almeida, C. E., Santana, M. E., Carvalho, D. S., Sonobe, H. M., & Sawada, N. O. (2015). Sexualidade de pessoas com estomias intestinais. *Revista RENE, 16*(4), 576-585. <https://doi.org/10.15253/2175-6783.2015000400015>
- Cardoso, E. A. O., & Santos, M. A. (2013). Luto antecipatório em pacientes com indicação para o transplante de células-tronco hematopoéticas. *Ciência & Saúde Coletiva, 18*(9), 2567-2575. <https://doi.org/10.1590/S1413-81232013000900011>
- Carvalho, A. L., Sicchieri, J. M. F., Marchini, J. S., Santos, M. A., & Navarro, A. M. (2012). Quality of life in short bowel syndrome in a single center. *Medicina, 45*(3), 329-336.
- Carvalho, J. S., & Martins, A. M. (2015). A morte no contexto hospitalar: Revisão de literatura nacional sobre a atuação do psicólogo. *Revista da SBPH, 18*(2), 129-142.
- Carvalho, M. D., Oliveira, T. P., Santos, M. A. S., Andrade, S. S. C. A., & Silva, M. M. A. (2016). Avanços do plano de ações estratégicas para o enfrentamento das doenças crônicas não transmissíveis no Brasil, 2011-2015. *Epidemiologia e Serviços de Saúde, 25*(2), 373-390. <https://doi.org/10.5123/S1679-49742016000200016>.
- Chiattonne, H. B. C. (2000). A significação da psicologia no contexto hospitalar. In: V. A. Angerami-Camon (Org.), *Psicologia da saúde: Um novo significado para a prática clínica* (pp. 73-165). São Paulo, SP: Pioneira.
- Ferracioli, N. G. M., Vendruscolo, J., & Santos, M. A. (2017). Quando a psicanálise entrou no centro cirúrgico: Um relato de experiência. *Vínculo Revista do NESME, 14*(1), 1-12.
- Freitas, I. S., Oliveira-Cardoso, E. A., & Santos, M. A. (2017). Spirituality and religiosity in mothers of children with hematologic cancer. *Psicologia em Estudo, 22*(3), 433-447. <https://doi.org/10.4025/psicoestud.v22i3.34606>
- Friedman, S., & Blumberg, R. S. (2014). Doença inflamatória intestinal. In: D. L. Longo, & A. S. Fauci (Orgs.), *Gastroenterologia e hepatologia de Harrison* (pp. 140-148, 2a ed.). Porto Alegre, RS: AMGH.
- Gaspar, K. C. (2011). Psicologia hospitalar e a oncologia. In: V. A. Angerami-Camon (Org.), *Psicologia da Saúde: Um novo significado para a prática clínica* (pp. 79-126, 2a ed.). São Paulo, SP: Cengage-Learning.
- Gioia-Martins, D. G., & Rocha Júnior, A. (2001). Psicologia da saúde e o novo paradigma: Novo paradigma? *Psicologia: Teoria e Prática, 3*(1), 35-42.
- Gonçalves, L. H. T., & Schier, J. (2005). “Grupo aqui e agora”: Uma tecnologia leve de ação socioeducativa de enfermagem. *Texto Contexto Enfermagem, 14*(2), 271-279. <https://doi.org/10.1590/S0104-07072005000200016>

- Goarayeb, R. (2001). A prática da psicologia hospitalar. In: M. L. Marinho, & V. E. Carvalho (Orgs.), *Psicologia clínica e da saúde* (pp. 263-278). Granada: APICSA.
- Goarayeb, R. (Org.) (2015), *A prática da psicologia no ambiente hospitalar*. Novo Hamburgo, RS: Sinopsys.
- Gordon, J., Fisher-Cartlidge, E., & Barton-Burke., M. (2017). An updated overview of colorectal, breast, and prostate cancers. *Nursing Clinics of North America*, 52(1), 27-52. <https://doi.org/10.1016/j.cnur.2016.11.004>
- Jugend, M., & Jurkiewicz, R. (2012). A assistência psicológica através da escuta clínica durante a internação. *Revista da SBPH*, 15(1), 3-21.
- Matarazzo, J. D. (1980). Behavioral health and behavioral medicine. *American Psychologist*, 35(9), 807-817. <https://doi.org/10.1037/0003-066X.35.9.807>
- Meirinhos, M., & Osório, A. (2010). O estudo de caso como estratégia de investigação em educação. *EduSer Revista de Educação*, 2(2), 45-65.
- Merhy, E. E. (2002). *Saúde: A cartografia do trabalho vivo*. São Paulo, SP: Hucitec.
- Minayo, M. C. S. (Org.) (2001). *Pesquisa social: Teoria, método e criatividade*. (18a ed.). Rio de Janeiro, RJ: Vozes.
- Miyazaki, M. C. O. S., Micelli, N. A., Valerio, N. I., Santos, A. R. R., & Rosa, L. T. B. (2002). Psicologia da saúde: Extensão de serviços à comunidade, ensino e pesquisa. *Psicologia USP*, 13(1), 29-53. <https://doi.org/10.1590/psicousp.v13i1.108165>
- Oliveira-Cardoso, E., & Santos, M. A. (2017). Grupo de educação para a morte: Uma estratégia complementar à formação acadêmica do profissional de saúde. *Psicologia: Ciência e Profissão*, 37(1), 500-514. <https://doi.org/10.1590/1982-3703002792015>
- Orem, D. E. (2001). *Nursing: Concepts of practice* (6th ed.). St Louis, MO: Mosby.
- Resolução Nº 510, de 7 de abril de 2016. Ética na pesquisa na área de ciências humanas e sociais. *Diário Oficial União*, 24 abr. 2016.
- Rocha, J. J. R. (2011). Estomas intestinais (ileostomias e colostomias) e anastomoses intestinais. *Medicina*, 44(1), 51-56. <https://doi.org/10.11606/issn.2176-7262.v44i1p51-56>
- Santana, J. A. (2012). Envelhecimento populacional e política de saúde: Contribuições para a reflexão acerca dos desafios que o processo de envelhecimento populacional traz para a definição da agenda da política de saúde pública brasileira. *Vértices*, 14(3), 85-101. <https://doi.org/10.19180/1809-2667.20120061>
- Santos, M. A. (2017). Câncer e suicídio em idosos: Determinantes psicossociais do risco, psicopatologia e oportunidades para prevenção. *Ciência & Saúde Coletiva*, 22(9), 3061-3075. <https://doi.org/10.1590/1413-81232017229.05882016>
- Santos, M. A., & Hormanez, M. (2013). Atitude frente à morte em profissionais e estudantes de enfermagem: Revisão da produção científica da última década. *Ciência & Saúde Coletiva*, 18(9), 2757-2768. <https://doi.org/10.1590/S1413-81232013000900031>
- Sebastiani, R. W., & Maia, E. M. C. (2005). Contribuições da psicologia da saúde-hospitalar na atenção ao paciente cirúrgico. *Acta Cirúrgica Brasileira*, 20(supl. 1), 50-55. <https://doi.org/10.1590/S0102-86502005000700010>
- Silva, N. M., & Gaspar, K. C. (2013). Ansiedade e pacientes oncológicos em início de tratamento radioterápico. In: V. A. Angerami-Camon, & K. C. Gaspar (Orgs.), *Psicologia e câncer* (pp. 273-294). São Paulo, SP: Casa do Psicólogo.
- Silva, N. M., Santos, M. A., Rosado, S. R., Galvão, C. M., & Sonobe, H. M. (2017). Psychological aspects of patients with intestinal stoma: Integrative review. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 25, e2950. <https://doi.org/10.1590/1518-8345.2231.2950>
- Simonetti, A. (2006). *Manual de psicologia hospitalar: O mapa da doença* (2a ed.). São Paulo, SP: Casa do Psicólogo.
- Sonobe, H. M., Barichello, E., & Zago, M. M. F. (2002). A visão do colostomizado sobre o uso da bolsa de colostomia. *Revista Brasileira de Cancerologia*, 48(3), 341-348.
- Sonobe, H. M., Teles, A. A. S., Buetto, L. S., Vieira, F. S., & Lenza, N. F. B. (2015). Cuidado às pessoas com doença de Crohn. In: H. R. Brescani, J. G. Martini, & L. D. Mai (Orgs.), *PROENF programa de atualização em enfermagem: Saúde do adulto: Ciclo 10* (pp. 9-62, Sistema de educação continuada à distância, v. 3). Porto Alegre, RS: Artmed Panamericana.

*Natália Michelato Silva*

Doutoranda da Universidade de São Paulo, Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto (EERP-USP) Ribeirão Preto – SP. Brasil.

E-mail: natmichelato@yahoo.com.br

 <https://orcid.org/0000-0001-8532-7261>

*Manoel Antônio dos Santos*

Psicólogo. Professor Titular da Universidade de São Paulo, Faculdade de Filosofia, Ciências e Letras de Ribeirão Preto (FFCLRP-USP), Ribeirão Preto - SP.

E-mail: manoelmasantos@gmail.com

 <https://orcid.org/0000-0001-8214-7767>

*Bruna Caroline Turse Barroso*

Psicóloga. Especialista pela Universidade de São Paulo, Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto (EERP-USP), Ribeirão Preto – SP. Brasil.

E-mail: bru\_23@msn.com

 <https://orcid.org/0000-0002-3056-6211>

*Sara Rodrigues Rosado*

Enfermeira. Mestre. Doutoranda pela Universidade de São Paulo, Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto (EERP-USP), Ribeirão Preto – SP. Brasil.

E-mail: sara.rrosado@hotmail.com

 <https://orcid.org/0000-0003-2836-9232>

*André Aparecido da Silva Teles*

Enfermeiro. Doutorando pela Universidade de São Paulo, Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto (EERP-USP), Ribeirão Preto – SP. Brasil.

E-mail: andreteles@usp.br

 <https://orcid.org/0000-0002-0548-9592>

*Helena Megumi Sonobe*

Enfermeira. Professor Doutor da Universidade de São Paulo, Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto (EERP-USP), Ribeirão Preto – SP. Brasil.

E-mail: megumi@eerp.usp.br

 <https://orcid.org/0000-0003-3722-0835>

Endereço para envio de correspondência:

Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto. Av. Bandeirantes, 3900, Monte Alegre. *Campus* Universitário. CEP: 14090-902.

Ribeirão Preto – SP. Brasil.

*Recebido* 24/04/2017

*Reformulado* 25/05/2018

*Aceito* 19/06/2018

*Received* 04/24/2017

*Reformulated* 05/25/2018

*Approved* 06/19/2018

*Recibido* 24/04/2017

*Reformulado* 25/05/2018

*Aceptado* 19/06/2018

*Como citar:* Silva, N. M., Santos, M. A., Barroso, B. C. T., Rosado, S. R., Teles, A. A. S., & Sonobe, H. M. (2019). Estratégias de atendimento psicológico a pacientes estomizados e seus familiares. *Psicologia: Ciência e Profissão*, 39, 1-16. [https://doi.org/ 10.1590/1982-3703003178982](https://doi.org/10.1590/1982-3703003178982)

*How to cite:* Silva, N. M., Santos, M. A., Barroso, B. C. T., Rosado, S. R., Teles, A. A. S., & Sonobe, H. M. (2019). Psychological Care Strategies for Stomized Patients and their Families. *Psicologia: Ciência e Profissão*, 39, 1-16. [https://doi.org/ 10.1590/1982-3703003178982](https://doi.org/10.1590/1982-3703003178982)

*Cómo citar:* Silva, N. M., Santos, M. A., Barroso, B. C. T., Rosado, S. R., Teles, A. A. S., & Sonobe, H. M. (2019). Estrategias de Atención Psicológica a Pacientes Ostomizados y sus Familiares. *Psicologia: Ciência e Profissão*, 39, 1-16. [https://doi.org/ 10.1590/1982-3703003178982](https://doi.org/10.1590/1982-3703003178982)