

A ESTOMIA MUDANDO A VIDA: ENFRENTAR PARA VIVER

STOMAS CHANGING LIVES: FACING THE ILLNESS TO SURVIVE

LA OSTOMÍA CAMBIA LA VIDA: CÓMO ENFRENTARLA PARA VIVIR

Amanda Rodrigues Coelho¹
Fernanda Silva Santos²
Márcia Tasso Dal Pogetto³

¹ Enfermeira. Iturama, MG – Brasil.

² Enfermeira. Hospital de Clínicas (HC) da Universidade Federal do Triângulo Mineiro (UFTM). Uberaba, MG – Brasil.

³ Enfermeira. Professora do Curso de Graduação em Enfermagem da UFTM. Uberaba, MG – Brasil.

Autor Correspondente: Amanda Rodrigues Coelho. E-mail: amandicaarc@hotmail.com

Submetido em: 21/06/2011

Aprovado em: 28/02/2013

RESUMO

Trata-se de uma pesquisa de campo, exploratória e descritiva, com abordagem qualitativa, tendo como objetivos descrever as mudanças ocorridas no cotidiano do estomizado e identificar quais as formas de enfrentamento utilizadas por ele. A amostra foi constituída por pacientes com estomia intestinal definitiva há pelo menos dois anos, cadastrados no Programa de Assistência Multidisciplinar ao Paciente Ostomizado (PAMPO). Para a coleta de dados utilizaram-se entrevistas semiestruturadas, que foram gravadas e, posteriormente, transcritas na íntegra, produzindo um texto com a finalidade de proceder à análise de conteúdo proposta por Laurence Bardin. A maioria dos colostomizados apresentou mudanças no seu modo de vida após a confecção do estoma, sendo essas mudanças provenientes de alterações físicas, psíquicas e sociais causadas pela perda do controle do esfíncter e alterações da imagem corporal, levando à necessidade de adotar estratégias para adaptar-se à nova realidade. Houve pessoas que melhor se adaptaram a essas alterações, enquanto outras manifestaram dificuldades em conviver com essa realidade, acarretando desequilíbrios fisiológicos e psicológicos. Portanto, a adaptação ou não aos problemas estressores, nesse caso a confecção do estoma, influencia na qualidade de vida do indivíduo estomizado. Cabe ressaltar que competem ao enfermeiro intervenções exclusivas no período perioperatório visando melhor adaptação à condição de estomizado, promovendo o enfrentamento à condição crônica estomia intestinal definitiva e exigindo cuidado contínuo e prolongado dos serviços de saúde, o que também não exige a atuação da equipe interdisciplinar.

Palavras-chave: Colostomia; Enfermagem; Pesquisa Qualitativa.

ABSTRACT

This paper is an exploratory and descriptive field research with a qualitative approach, aimed at describing the changes in the daily life of stomized people and identify their ways of coping with their illness. The sample consisted of individuals with a permanent intestinal stoma for at least two years and who were enrolled in the Multidisciplinary Assistance Program for Stomized Patients (PAMPO in Portuguese). Semi-structured interviews were used, to collect data, which were recorded and later transcribed verbatim, producing a text for content analysis, as proposed by Laurence Bardin. Most colostomized individuals made changes in their way of life after the stoma creation, such as physical, psychological, and social changes caused by the loss of sphincter control and changes in body image, which led to the need to adopt strategies to adapt to new circumstances. Some people adapted well to these changes, while others had difficulties in dealing with such changes, resulting in psychological and physiological imbalances. Therefore, the adjustment or not to the problem stressors, in this case the creation of the stoma, influence the quality of life of stomized individuals. It is commonly observed that shortly after undergoing a surgical process, patients become enormously involved with taking great care of themselves, which they did not feel confident enough to do before. This is due to the aid offered by nursing care. It is also important to note that it is the nurse's role to intervene exclusively in the perioperative period, aimed at achieving the best possible adaptation for stomized individuals, encouraging the patient to face the chronic and permanent intestinal stoma, which demands continuous and long-term care from both the healthcare group and the interdisciplinary team.

Keywords: Colostomy; Nurse; Qualitative Research.

RESUMEN

Se trata de una investigación de campo exploratoria descriptiva, con enfoque cualitativo, llevada a cabo con miras a describir los cambios ocurridos en el cotidiano de la persona ostomizada e identificar cómo los enfrenta. La muestra estuvo compuesta de portadores de ostomía intestinal definitiva desde hacía por lo menos dos años, inscritos en el Programa de Atención Multidisciplinaria al Paciente Ostomizado (PAMPO). Para recopilar los datos se realizaron entrevistas semiestructuradas que fueron grabadas y posteriormente transcritas textualmente, produciendo un texto con el fin de hacer el análisis de contenido propuesto por Bardin Laurence. La mayoría de los pacientes ostomizados presentó cambios en su modo de vida después de la confección del ostoma debido a alteraciones físicas, psíquicas y sociales causadas por la pérdida de control del esfínter y modificación de su imagen corporal, llevando a la necesidad de adoptar estrategias para adaptarse a la nueva realidad. Algunas personas se adaptaron mejor a tales alteraciones y otras tuvieron dificultad en convivir con la realidad lo cual causó desequilíbrios fisiológicos y psicológicos. Por

lo tanto, la adaptación o no a los problemas estresores, en este caso la confección del ostoma, ejerce influencia en la calidad de vida de la persona ostomizada. Se realiza que en el período perioperatorio le corresponde exclusivamente al enfermero intervenir para que el ostomizado se vaya adaptando a esta nueva situación y enfrente la condición crónica de ostomía intestinal definitiva. Ello exige cuidados permanentes y prolongados de los servicios de salud y, asimismo, del equipo interdisciplinario.

Palabras clave: Colostomia; Enfermería; Investigación Cualitativa.

INTRODUÇÃO

Estoma e estomia são palavras de origem grega que significam boca ou abertura, utilizada para indicar a exteriorização de qualquer víscera oca através do corpo por causas variadas, desviando o trânsito normal.¹ A estomia tem como objetivo realizar as funções do órgão danificado a partir de procedimento cirúrgico no qual é realizada uma abertura para contato com o meio exterior.²

A nomeação da estomia varia de acordo com o segmento corporal afetado. Assim, têm-se a traqueostomia, que é a abertura da traqueia; a estomia gástrica, denominada gastrostomia; as estomias urinárias, urostomias, que podem ser classificadas em pielostomia, ureterostomia e vesicostomia; e as estomias intestinais, que são as jejunostomias, ileostomias e colostomias.³

Os estomas intestinais, em específico, são classificados quanto ao tempo de permanência como definitivos ou temporários. Os temporários, quando sanado o problema que levou à sua confecção, possibilitam a reconstrução do trânsito intestinal. Já os definitivos são os que apresentam o segmento distal do intestino extirpado, impedindo o restabelecimento do trânsito intestinal normal.⁴

A colostomia definitiva é utilizada quando uma porção do intestino grosso está comprometida, com perda da função esfinteriana. Geralmente, ocorre em doentes com doença de Cröhn e comprometimento do reto, nas retocolites ulcerativas inespecíficas e nas neoplasias de reto, em que este segmento e o ânus são amputados. Por sua vez, a ileostomia definitiva é decorrente da colectomia total, sem a possibilidade de anastomose ileorretal.³

A pessoa submetida à confecção de uma estomia sofre alteração de sua imagem corporal e perde o controle do seu próprio corpo, provocando diversas mudanças em sua perspectiva de vida. Ela poderá passar pelos estágios de morte apresentados por Kübler: negação, ira, barganha, depressão e aceitação. No primeiro estágio, a negação, que serve como uma espécie de “escudo”, em que o estomizado procura encontrar qualquer outra possibilidade que não a aceitação. O segundo, a ira, é caracterizado pela raiva que o acomete devido à nova realidade imposta pelo seu diagnóstico e sua condição de estomizado. No terceiro, a barganha, ele busca alternativas para aumentar sua expectativa de vida. A depressão, estágio seguinte, caracteriza-se pelo momento em que ocorre a “perda das forças” para lutar contra a realidade. E o último estágio de morte é o da aceitação. Nele não há mais sentimentos depreciativos, entre-

tanto, também não há alegria. Cabe ressaltar que cada pessoa que vivencia esses estágios o faz de forma única.⁵ Sendo assim, o estomizado, precisa rever seu momento de luto e perdas, encontrando forças para aceitar e trabalhar as suas perspectivas e possibilidades após a cirurgia.⁶

O estoma intestinal não altera somente o sistema biológico, mas também afeta emocional e fisicamente o indivíduo, prejudicando sua relação social. A ausência do ânus e a consequente presença de um dispositivo aderido ao abdome para possibilitar a coleta de efluentes gera sentimento de inferioridade, indiferença e exclusão em relação aos outros membros da comunidade. Esses sentimentos são reforçados pelo ambiente e cultura nos quais esse indivíduo está inserido, fazendo com que ele construa, ao longo da sua vida, um estereótipo de seu próprio corpo. Logo, é preciso mostrar-lhe costumes e valores que favoreçam sua inclusão social.⁷

Em função da mudança anatômica do corpo, a maioria das pessoas estomizadas altera o seu modo de vida. Muitas começam a usar roupas mais frouxas, para evitar que o dispositivo coletor seja identificado, incorporam novos hábitos alimentares e chegam até a se afastar do trabalho. As relações sexuais e atividades de lazer também são prejudicadas, levando o estomizado, em alguns casos, ao isolamento social. Esses fatos são alguns exemplos que demonstram que a qualidade de vida fica comprometida.⁸

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.⁹

Adaptar-se a um dado acontecimento, enfrentando situações semelhantes, de formas bastante diversificadas, depende de inúmeros fatores que englobam, além de características pessoais, aspectos emocionais, culturais e experiências anteriormente vividas.

Todo esse contexto de doença e a proposta terapêutica imposta podem provocar estresse, fazendo com que o indivíduo utilize o *coping*.¹⁰ O processo pelo qual ele controla as demandas da relação com o meio para satisfazer o que é exigido pela sociedade e, simultaneamente, manter o estado físico, psicológico e social estáveis é denominado *coping*, sendo efetivo quando há o controle do estressor antes deste se tornar uma ameaça.¹¹

No Brasil, *coping* não tem tradução específica, podendo ser entendido como uma tentativa de superar o que lhe está causando estresse, ou seja, estratégias de enfrentamento. Essas podem não ser efetivas quando a situação ameaçadora for conduzida de forma ineficaz, resultando em crise e acarretando desequilíbrios fisiológicos e psicológicos.^{11,12} A doença, por ser um evento estressor, exige do indivíduo respostas de enfrentamento que causam impacto em sua saúde, gerando significativas alterações no seu estilo de vida.⁹

As mudanças ocorridas no cotidiano das pessoas com estomia geram desorganização emocional intensa, resultando em períodos de sofrimento, o que exige a busca de algumas estratégias para enfrentar essa nova condição.¹³ Cabe ressaltar que as reações ocorridas por essas mudanças dependem de mecanismos pessoais de enfrentamento, podendo ter menos ou mais intensidade e vir acompanhadas de sentimentos como negação, raiva, agressividade, luto, entre outros.¹⁴

O enfrentamento tem como objetivo aumentar, criar ou manter a percepção do controle pessoal frente a uma situação de estresse. Ele pode ser aprendido, usado e adaptado, independentemente do agente estressor; é um processo dinâmico, passível de avaliações e reavaliações. Está relacionado ao repertório individual e a experiências vividas, podendo ser focalizado no problema ou na emoção. Dependendo do momento e da situação, as duas formas podem ser utilizadas pelo mesmo indivíduo.^{15,16}

Quando o foco está no problema, o indivíduo objetiva realizar mudanças diretas no ambiente, sendo utilizado com mais frequência quando a condição é passível de ser modificada; visa ao controle do objeto causador de estresse a partir da solução ou minimização do problema. Para resolver a situação, busca usar informações sobre o fator estressante, analisando as alternativas de ações de que dispõe e optando por aquela que acredita ser a mais adequada.^{15,17,18}

Por outro lado, ao focalizar-se na emoção, tem como objetivo reduzir a sensação de desconforto emocional, sendo mais utilizado em situações imutáveis; o indivíduo tende a controlar e manipular a resposta emocional relacionada à situação causadora de estresse. As estratégias empregadas têm elevada carga emocional e derivam de processos de autodefesa pessoal; são mecanismos de distanciamento, fuga e esquiva, com intuito de evitar um possível confronto entre o indivíduo e o agente estressor, visando modificar a realidade e as sensações desagradáveis desta.^{15,17,18}

Ambas as estratégias de enfrentamento, focadas na emoção ou na razão, são empregadas para dominar, tolerar, reduzir ou minimizar eventos estressantes. O enfrentamento envolve pensamentos e comportamentos usados para gerenciar as demandas internas e externas das situações estressoras. De acordo com Krouse *et al.* (*apud* Silva)⁹, os homens tendem a utilizar a estratégia de enfrentamento com foco no problema, como

a valorização excessiva dos dispositivos coletores, enquanto as mulheres tendem a focar na emoção.

Além da dificuldade de enfrentar a doença, por estar impossibilitado de continuar a exercer o seu papel, o paciente passa por sentimentos de impotência e inferioridade, podendo desencadear conflitos emocionais e reações psíquicas associadas a crenças e a padrões de comportamento que inibem sua participação ativa no tratamento.¹⁹

O enfrentamento refere-se “aos esforços cognitivos e comportamentais voltados para o manejo de demandas externas ou internas, que são avaliadas como sobrecarga aos recursos pessoais”.²⁰

As estratégias de enfrentamento têm como objetivo minimizar os efeitos de situações estressantes e manter o bem-estar, e podem mudar de acordo com a evolução e amadurecimento do paciente.²¹

Portanto, a detecção de certas doenças traz profundas alterações no cotidiano da pessoa afetada e compromete a sua qualidade de vida, pois ela deve se adequar à sua capacidade de desenvolver as atividades diárias. Ocorrem modificações na anatomia, dependência, tem sua sexualidade comprometida, sentimento de inferioridade, sofrimento, alterações da autoestima e desequilíbrio biopsicossocial. O comprometimento do bem-estar do paciente provoca bruscas mudanças na sua qualidade de vida.²²

Frente ao exposto, este trabalho teve como objetivo descrever as mudanças ocorridas no cotidiano de pessoas com estomia intestinal em caráter definitivo e identificar quais as formas de enfrentamento por elas utilizadas.

MÉTODOS

O presente estudo foi uma pesquisa de campo, exploratória e descritiva, com abordagem qualitativa, sendo desenvolvida em uma única etapa. Foi realizada na cidade de Uberaba – MG, no segundo semestre de 2009.

Os sujeitos da pesquisa foram pessoas com estomias intestinais em caráter definitivo há pelo menos dois anos, cadastradas no Programa de Assistência Multidisciplinar ao Paciente Ostomizado (PAMPO), maiores de 18 anos, capazes de responder a entrevistas e que concordaram em participar da pesquisa.

O PAMPO é um programa que atende a pacientes estomizados, intestinais e urinários em nível ambulatorial, com o objetivo de prevenir complicações e promover a saúde, baseado no sistema de cuidado-educação. Nesse sentido, a consulta de Enfermagem visa a compreender o paciente e suas necessidades, respeitar suas limitações e estimular suas potencialidades. A assistência oferecida favorece, particularmente, o aprendizado para o autocuidado com segurança e de maneira contínua. Esse aprendizado acontece de forma progressiva, baseado no incentivo à autonomia do estomizado e/ou familiar-cuidador.

A partir do primeiro atendimento do paciente/família e/ou cuidador pela enfermeira, é realizado seu cadastramento no programa. Os atendimentos subsequentes são realizados por meio de agendamento. Neste, são avaliadas as condições e necessidades do paciente e distribuídos equipamentos coletores, material fornecido pela Secretaria do Estado de Saúde de Minas Gerais.

Por meio desse contato foi possível definir o grupo amostral para este estudo. Os pacientes com estomia intestinal em caráter definitivo há pelo menos dois anos apresentam mais possibilidades de adaptação a essa condição e, portanto, mais possibilidades de expressarem suas vivências sobre seus processos de enfrentamento.

Os dados foram coletados após a aprovação pelo Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da Universidade Federal do Triângulo Mineiro, obedecendo a todas as recomendações advindas da Resolução 196/96 (protocolo nº 1200/08).²³

Foram realizados encontros individuais nos domicílios dos pacientes para esclarecimento dos objetivos e explicação do desenvolvimento desta pesquisa, ocasião em que se apresentou o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido e coletaram-se os dados.

Para a coleta de dados, utilizou-se um instrumento semiestruturado, construído pelas pesquisadoras, composto por identificação do paciente e três questões norteadoras: "Houve mudanças em seu modo de viver após a construção da estomia?"; "Quais foram essas mudanças?" e "Como você reagiu frente a essas mudanças?".

As entrevistas foram gravadas e, posteriormente, transcritas na íntegra, produzindo um texto com a finalidade de proceder à análise de conteúdo proposto por Laurence Bardin. A partir daí, passou-se para a fase de pré-análise ou organização, com o objetivo de elaborar indicadores que fundamentem a interpretação e inferência de uma expressão que os represente. A segunda fase, denominada exploração do material, contempla a codificação a partir das unidades de registro. Já na última fase – tratamento dos resultados e interpretação – realizou-se a categorização, que consiste na classificação dos elementos segundo suas semelhanças e diferenças, com posterior reagrupamento, em função de características comuns.²⁴

Para a identificação dos pacientes entrevistados, adotou-se a letra "P" seguida de números arábicos de um a 23 (P1, P2, P3,...), correspondentes à ordem cronológica dos encontros.

A discussão baseou-se em dois referenciais teóricos: processo de morrer, segundo Kübler, e *coping*. O primeiro referencial proposto por Elizabeth Kübler-Ross⁵ foi utilizado com o intuito de identificar atitudes e reações do paciente frente à confecção de um estoma intestinal. É de fundamental importância conhecer seus valores, crenças, sentimentos e como vive essa experiência.

Já o referencial de *coping* foi empregado com a intenção de conhecer como se deram as funções de gerenciar ou alterar o

estressor, no caso, a confecção do estoma, sendo classificadas como centradas no problema e, quando buscaram controlar, reduzir ou eliminar as respostas emocionais diante do estressor, são classificadas como centradas na emoção.¹¹ Esse conjunto de processos que são utilizados pelo paciente tem o objetivo de dominar, tolerar ou diminuir o impacto do estressor sobre seu bem-estar físico e psicológico.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

A amostra foi composta de 23 pessoas, sendo 16 homens (69,5 %) e sete mulheres (30,5 %), com idades entre 40 e 85 anos; 10 são casados (43,5%), um separado (4,5%), seis viúvos (26%) e seis solteiros (26%). Quanto à ocupação, 18 são aposentados (78,4%), dois do lar (8,7%), um pintor de tela (4,3%), um operador de máquina (4,3%) e um é revendedor de cartão telefônico (4,3%). Quanto à escolaridade, sete não têm algum grau de instrução (30,5%), oito têm o ensino fundamental incompleto (34,7%), um tem o ensino fundamental completo (4,3%), quatro têm o ensino médio completo (17,5%) e três o ensino superior completo (13%). Quanto à doença que gerou a confecção do estoma, têm-se: oito com neoplasia de reto (34,8%), cinco com megacólon chagásico (21,8%), dois com neoplasia de cólon (8,7%), dois com abdome agudo perfurativo (8,7%), dois com doença de Cröhn (8,7%), dois com retocolite ulcerativa (8,7%), um com neoplasia gástrica (4,3%) e um com diverticulite hemorrágica (4,3%). O tempo em que o indivíduo convive com o estoma em seu corpo variou entre dois e 28 anos. Quanto ao enfrentamento dessa condição, 17 disseram ter enfrentado de maneira positiva (74%) e seis não conseguiram adaptar-se ao convívio com o estoma (26%). Quanto às alterações no cotidiano, 17 afirmaram ter ocorrido mudanças no seu modo de vida (74%) e seis alegaram que não houve mudanças (26%).

Cabe ressaltar que, no período de coleta de dados, sete pessoas que se encaixavam nos critérios de inclusão se encontravam fora da cidade, cinco eram incapazes de participar da entrevista e três foram a óbito, não tendo sido, portanto, incluídas neste estudo.

A partir da transcrição das fitas e leituras dos depoimentos, emergiram quatro categorias temáticas: mudanças ocorridas no cotidiano devido à estomia – negação; aceitação; e enfrentamento.

CATEGORIA 1 – MUDANÇAS OCORRIDAS NO COTIDIANO DEVIDO À ESTOMIA

Essa categoria agrupa falas dos entrevistados acerca das principais modificações advindas pela estomia, pois o estilo de vida do paciente muda devido às alterações físicas, psíquicas e sociais causadas por perda do controle do esfíncter e alteração da sua imagem corporal.

Para apresentação de forma didática, essa categoria foi dividida em seis subcategorias, a saber:

SUBCATEGORIA 1 – MUDANÇAS NA ALIMENTAÇÃO

Essa subcategoria compreende falas sobre as modificações no hábito alimentar após a confecção do estoma.

A alimentação e o funcionamento intestinal possuem importante relação, pois a qualidade e a quantidade do alimento ingerido interferem diretamente no volume e consistência das fezes, na formação de gases e no aparecimento do mau cheiro.^{8,25}

As respostas demonstraram que a alimentação interfere nas eliminações intestinais:

[...] tem que comer muita fibra, muita verdura... De vez em quando tenho o intestino preguiçoso [...] (P5).

[...] laranja, couve, por exemplo, não me faz muito bem, eu já encosto elas... a pimenta é assim [...] (P23).

[...] tomar leite é a mesma coisa que eu tomar purgante [...] (P5).

Os estomizados, com o passar do tempo, conseguem identificar os alimentos que podem causar alterações intestinais, como gases e diarreia. O atendimento multidisciplinar, que oferece informações e cuidados durante o período de adaptação à colostomia, pode minimizar essas limitações e dificuldades.²⁶

Por outro lado, para alguns, a construção do estoma permitiu a reabilitação nutricional, demonstrando que a estomia contribuiu para sanar dificuldades na alimentação: “[...] antes eu não comia, hoje é até mais [...]” (P4); “[...] era diferente, as que me faziam mal me fazem bem agora [...]” (P10).

Com o tempo, o colostomizado conhece melhor seu organismo e associa a ingestão de alimentos à formação de gases e à consistência das fezes. Outro dado importante é que a escolha da dieta também está relacionada ao recurso financeiro disponível.²⁷

SUBCATEGORIA 2 – ALTERAÇÃO NO MODO DE VESTIR

Essa subcategoria reúne relatos sobre as mudanças no estilo de roupa com o objetivo de evitar a visibilidade dos dispositivos coletores.

As pessoas estomizadas modificam seu vestuário com o propósito de ocultar seu dispositivo coletor, evitando-se o aparecimento do volume causado pela eliminação de fezes e/ou gases.⁸

Observa-se nas falas a preocupação com o volume causado pelo dispositivo coletor e com a possibilidade dele ser notado por outras pessoas: “[...] agora uso só roupas mais larguinhas [...]” (P3); “[...] uma blusa mais larga tem que ter agora [...]” (P17); “[...] pra mim a roupa tem que ser aquela que não marca [...]” (P8).

É possível perceber em algumas falas que o local da confecção da estomia prejudica o uso de determinadas roupas e acessórios:

[...] eu só não uso jeans porque ele pega em cima da bolsa da colostomia, pesa um pouquinho, então uso uma calça social que é mais levinha [...] (P6).

[...] eu sempre uso de elástico, de amarrar. Infelizmente, a ciência achou o único lugar de fazer a colostomia no lugar que vai a correia [...] (P19).

[...] ponho uma bermuda por baixo da bolsa [...] (P22).

A necessidade de mudar a forma de se vestir simboliza uma maneira de manter-se normal diante do ciclo social e ser aceito por ele, pois o que é diferente não deve ser mostrado.²⁷

SUBCATEGORIA 3 – ATIVIDADES AFETADAS DO COTIDIANO

Essa subcategoria apresenta unidades de registro que demonstram a alteração e a interrupção das atividades do cotidiano após a estomia.

Depois do choque inicial da construção do estoma, é possível visualizar no sujeito momentos de depressão e tristeza, quase sempre ocasionados pela perda do prazer em realizar atividades que antes eram valorizadas.²⁸

O estilo de vida da pessoa estomizada sofre modificações de acordo com a alteração da anatomia e da função fisiológica, impondo seus limites e delimitando sua capacidade.

[...] ficava um período sem comer pra poder sair [...] (P18).

[...] a gente não pode fazer nada [...] [...] pra começar eu não saio [...] (P9).

[...] eu parei de pegar peso, fazer esforço físico [...] (P3).

[...] eu faço tudo sozinha, eu não sou assim mais caprichada com a limpeza de casa como eu era, vou fazendo o que eu aguento... (P6).

[...] trabalhava em serviço de lavoura. Tive que parar de trabalhar [...] (P14).

Essas falas indicam a repercussão da estomia no aspecto laboral, os limites ou a perda da capacidade para o trabalho. Observa-se que as alterações fisiológicas, anatômicas e cuidados com o dispositivo coletor fazem com que o colostomizado perceba suas limitações, alterando, assim, suas atividades do cotidiano de acordo com a realidade imposta.²⁵ Além dos problemas físicos, há o medo de ser exposto e constrangido no ambiente de trabalho, o que pode gerar desejo de afastamento definitivo das atividades laborativas, pela aposentadoria, a qual traz alterações na dinâmica familiar e perdas socioeconômicas.²⁶

SUBCATEGORIA 4 – LAZER

Essa subcategoria é composta de falas que identificam restrição nas atividades de lazer devido à existência do estoma.

O motivo para a privação de momentos de lazer se deve à insegurança relacionada à qualidade do dispositivo, dificuldade de higienizar-se, problemas físicos, vergonha e medo dos distúrbios gastrintestinais.³⁰

[...] tinha mais segurança pra sair, passear, agora já fico mais constrangido [...] (P1).

[...] antes na praia entrava no mar, agora não nado mais [...] (P20).

[...] até lá na UAI (Unidade de Atendimento ao Idoso) que eu ia, não vou mais [...] [...] agora não viajo mais [...] (P16).

Essas falas evidenciam alterações em seus estilos de vida, afetando atividades de lazer e interação social.

Nota-se alteração mais significativa nas atividades de lazer consideradas ativas, como viajar, praticar esporte e frequentar clubes recreativos, devido às alterações fisiológicas e à falta de confiança na aderência do dispositivo coletor. Essas mesmas dificuldades foram mencionadas por Cassero e Aguiar²⁶ em sua pesquisa.

SUBCATEGORIA 5 – RELAÇÃO COM O PARCEIRO

Essa subcategoria destaca o prejuízo na relação com o parceiro, causado pelas modificações fisiológicas e corporais, dificultando o relacionamento sexual.

A maioria das pessoas estomizadas apresenta dificuldades relacionadas à sexualidade, causadas pela alteração da imagem corporal e, às vezes, por apresentar disfunção fisiológica, como a perda da libido e impotência, além da sensação de sujeira e repugnância.^{7,31}

Após a confecção de estomia, a função sexual fica prejudicada frente a esse estresse, devido aos sentimentos de inferioridade, sujeira, depressão, ansiedade e, principalmente, vergonha perante o parceiro.³²

[...] nem tento, evito porque acho que namorado na hora que ficar sabendo que eu tenho isso aqui, não vai querer não [...] [...] não namorei mais [...] (P9).

[...] eu sempre tive vontade de arrumar outra namorada, mas nunca mais eu quis, porque pra entender isso aqui é difícil [...] (P2).

[...] eu quis separar a cama porque minha mulher não é obrigada a conviver com essa carniça [...] (P14).

[...] a convivência, a namorada, tudo é difícil, tem que ter cabeça, se não o cara não namora [...] (P8).

Frente às frases apresentadas, a sexualidade do estomizado está afetada, pois o indivíduo quase sempre tem a sensação de estar sujo, sente vergonha devido à sua imagem corporal alterada e medo de ser rejeitado pelo parceiro, dificultando o seu relacionamento sexual.³¹

A falta de apoio psicológico, o esclarecimento sobre sexualidade, a insegurança para assumir um novo relacionamento sexual e o medo da exposição do corpo para o parceiro são limitações presentes na vida do colostomizado.^{28,32}

Dos entrevistados que citaram dificuldades para vivenciar o relacionamento sexual, apenas um destacou a disfunção fisiológica como fator impeditivo: “[...] não levanta mais não, só se o médico implantar outro pra poder levantar [...]” (P10).

O estomizado tem sua sexualidade alterada mais pela autoestima do que pela própria limitação física, pois além de ter a imagem corporal afetada, possui medo e ansiedade, apresentando também influências das ideias preconcebidas acerca da sexualidade.³³ Um fator que acentua a dificuldade em exercer essa função plenamente é a forte pressão da sociedade sobre os indivíduos concernente à perfeição do corpo. Quando o estomizado defronta com sua nova condição, sente-se excluído, com desajustamento à normalidade padronizada e estigmatizada, o que pode gerar perda de atratividade para o sexo oposto.³⁴

SUBCATEGORIA 6 – ALTERAÇÕES FISIOLÓGICAS

Essa subcategoria representa os prejuízos no âmbito fisiológico ocasionados pela nova realidade imposta ao ser estomizado.

A alteração da atividade fisiológica com a perda do controle esfinteriano reforça o sentimento de mutilação, sendo reconhecido como um corpo sem controle e, por isso, disfuncional.^{27,32}

[...] quando estou no meio dos outros, da sociedade e suja, fica aquele mau cheiro [...] (P18).

[...] é um trem sem confiança [...] [...] tá dormindo [...]
[...] acorda com ela cheia [...] (P11).

[...] eu não posso sujar que já preocupo, já quero tirar, já quero trocar, é o trem mais desagradável que tem [...] (P21).

[...] não tem limite, não tem hora, não tem segurança, não tem nada. Sem segurança você está morto! [...] (P13).

Observa-se que os entrevistados têm uma ideia alterada do seu corpo, sem controle esfinteriano e sem segurança, o que pode levar a um desequilíbrio psicológico, sendo necessário adaptar-se à condição imposta para sobreviver a essa nova realidade.

Um dispositivo coletor de efluentes desperta sentimentos de impotência, perda do controle, redução ou ausência de competência e de valor, ou seja, representa a violação da imagem corporal, causando, dessa forma, profunda alteração da autoestima.^{11,33,35}

CATEGORIA 2 – NEGAÇÃO

Essa categoria demonstra atitudes de negação do sujeito frente à confecção do estoma.

A negação ocorre logo após o diagnóstico, sendo que o paciente pode procurar outros profissionais da saúde para negar o resultado que eles não querem aceitar.⁶

Os aspectos psicossociais do colostomizado influenciam em suas respostas frente à doença e à busca de ajuda ou negação dessa sua nova condição.

[...] ficou ruim demais, até hoje não conformei não com esse troço [...] (P2).

[...] foi a mesma coisa de ter me matado [...] (P22).

[...] a gente não acostuma com isso não, já tem 20 anos, não tem jeito de acostumar [...] (P15).

[...] já pensei até em suicidar por causa disso [...] (P7).

Esses depoimentos evidenciam sentimentos depreciativos que fazem parte dos estágios da morte apresentados por Kübler.⁶

A estomia intestinal, especificamente, leva à transformação pessoal, pois mesmo mantendo o dispositivo coletor coberto pelas roupas, a nova realidade rompe com as vivências anteriores, valores e hábitos de vida diários. Refere-se ao dispositivo coletor por meio de palavras substitutivas com o objetivo de minimizar a condição de estomizado e/ou do seu sofrimento.⁵

CATEGORIA 3 – ACEITAÇÃO

Essa categoria é composta de ações que destacam a aceitação do sujeito frente à confecção da colostomia em caráter definitivo.

A aceitação é o produto final de estratégias de enfrentamento efetivas, 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.³⁶

Ao estomizado devem ser proporcionados meios para entender que seu estoma foi construído com o intuito de preservar a saúde, pois aceitar a estomia é imprescindível para adaptar-se. Quanto mais o sujeito se ajustar a essa alteração de forma positiva, aceitando-a, melhor poderá enfrentar as limitações por ela impostas, sem se esquecer do seu estado de saúde e sem se desvalorizar.³⁷

[...] levo a vida numa boa, graças a Deus, vou pra todo lado, pra praia [...] (P2).

[...] faço as coisas tudo direitinho, não atrapalha em nada [...] (P8).

[...] a vida agora é uma beleza [...] (P1).

[...] sinto bem, parece que eu nem tenho [...] (P4).

A aceitação, quando de forma eficaz, reflete comportamentos físicos e psicológicos que amenizam o sentimento de desconforto. O indivíduo, frente à impotência de solucionar sua condição de estomizado, reage de maneira gradual, aceitando a situação, conforme a adaptação da vivência com o estoma.^{38,39}

Nesse sentido, verificam-se, entre os entrevistados, relatos de ex-profissionais da área da saúde. As narrações a seguir demonstram que esses sujeitos estão mais suscetíveis a se adaptar com a própria doença, pois sua experiência de vida contribuiu para melhor aceitação e entendimento do seu tratamento.

[...] trabalhei em farmácia 39 anos, eu concordei porque eu ajudei muito em operação, até a abrir defunto, via como o organismo funcionava [...] (P23).

[...] a gente que trabalha em hospital é mais tranquilo, parece que já tem um preparo melhor, nada nos abala tanto, pra gente é mais normal [...] (P11)

CATEGORIA 4 – ENFRENTAMENTO

Essa categoria representa a adaptação do indivíduo colostomizado frente às mudanças ocorridas após a construção do estoma.

Com o estoma, o indivíduo passa por profundas transformações no seu estilo de vida, o que provoca intensa desorganização emocional e, por consequência, sofrimento, medo e angústia, exigindo, portanto, a busca de estratégias para enfrentar essa nova realidade, focadas na emoção ou no problema.^{13,31}

Para facilitar o entendimento dessa categoria, a mesma foi dividida em três subcategorias, sendo que as duas primeiras apresentam o enfrentamento focalizado na emoção e a terceira, no problema.

SUBCATEGORIA 1 – ISOLAMENTO SOCIAL

Essa subcategoria compreende falas sobre alterações no relacionamento social devido às dificuldades enfrentadas pelos estomizados. Ao enfrentar esse estresse os indivíduos referiram resposta emocional.

Após a confecção do estoma, o sujeito defronta com as alterações da imagem corporal e fisiológica, apresenta sentimentos de medo, solidão e impotência, isola-se do convívio social e passa a evitar locais públicos.^{13,29}

[...] quando percebo muita gente por perto eu dou um jeito de sair [...] (P5).

[...] se eu vou em algum aniversário não fico muito acumulado com as pessoas, porque tem gente que não entende que a gente é assim [...] (P22).

[...] eu não vou pra lado nenhum, não durmo na casa de ninguém [...] (P13).

De acordo com esses depoimentos, a maioria dos estomizados deixa de participar de eventos sociais, pois se preocupa em manter secreta a necessidade de usar um dispositivo coletor, distanciando-se das pessoas que faziam parte do seu ciclo de convivência.³¹

Além do isolamento social, há que se considerar que a perda do controle das eliminações de gases e fezes, condição muito valorizada para a vida em sociedade, leva também ao isolamento psicológico. As mudanças geram dificuldades aos colostomizados em exercer plenamente suas relações interpessoais, o que dificulta sua reinserção social.⁴⁰

SUBCATEGORIA 2 – ADAPTAÇÃO COM O TEMPO

Essa subcategoria aborda as formas de adaptação ao estoma no decorrer do tempo. Nesse caso, a resposta ao enfrentamento também é emocional.

O estomizado sofre mudanças bruscas no seu estilo de vida, provocando desorganização emocional intensa e gerando períodos de sofrimento; para isso, precisa de um tempo para refletir e adaptar-se a essa nova realidade.¹¹

Essa adaptação pode ocorrer de forma lenta e depende das experiências vivenciadas. Às vezes, nem mesmo o convívio com o estoma pode fazer com que a pessoa entenda plenamente sua nova condição de vida.

[...] no começo eu não tive muita aceitação [...] [...] agora eu até esqueço que tenho [...] (P7).

[...] eu acho que vai levando, a gente acaba pensando que é um acessório [...] (P15).

[...] aos poucos vai acostumando porque não tem outra saída [...] (P9).

[...] ah, é uma adaptação do dia-a-dia, porque não tinha outra maneira de viver [...] (P18).

O indivíduo colostomizado tende a acreditar que a convivência com o estoma motiva-o a superar as dificuldades.²⁸ É essencial que a família e o parceiro ofereçam apoio e incentivo ao estomizado, para que ele desenvolva atitudes positivas frente à nova situação, acelerando e facilitando o processo adaptativo e reabilitatório, assim como o retorno às atividades de vida diárias.⁴¹

SUBCATEGORIA 3 – MODO DE USAR A BOLSA

Essa subcategoria reúne falas de meios de enfrentamento focalizados no problema, criados pelos estomizados a fim de sentirem mais adaptados ao uso do dispositivo coletor.

A construção do estoma obriga o paciente a organizar inúmeras medidas de adaptação e reajustamento às atividades diárias, incluindo-se o aprendizado de autocuidado e a manipulação dos dispositivos.²⁶ O indivíduo, ao assumir essa condição de estomizado, passa a ter como preocupação o dispositivo coletor, que se torna uma extensão do seu corpo.⁴²

[...] coloco microporos para a bolsa não cair [...] (P20).

[...] troco ou lavo a bolsa antes de sair de casa [...] (P12).

[...] coloco uma sacolinha pra não pesar a bolsa coletora [...] (P14).

[...] só uso bolsa opaca, não gosto da transparente porque dá sensação de sujeira [...] (P12)

Essas falas apresentam os artifícios utilizados pelos colostomizados para garantir segurança ao usar o dispositivo coletor, evitando vazamento de efluentes e gases e, também, uma maneira de ocultar as fezes.

Cabe ressaltar que cultura, crenças, estilos de vida, aspectos de ordem física e emocional influenciam no desenvolvimento de habilidades para o autocuidado, e cada pessoa o vivencia de forma única.²⁷

CONCLUSÃO

Este estudo visou identificar as mudanças ocorridas no modo de vida do colostomizado e as estratégias de enfrentamento adotadas por ele para superar o estresse causado pela estomia. Além disso, buscou-se gerar novos conhecimentos sobre os desafios enfrentados pelos estomizados, com o intuito de fornecer subsídios aos enfermeiros para atuarem de forma efetiva durante os cuidados perioperatórios, minimizando o sofrimento do paciente e possíveis consequências negativas, o que poderá facilitar seu ajustamento para viver com uma estomia.

Observa-se, com frequência, que após o procedimento cirúrgico o paciente assume o ônus de cuidados específicos consigo que até então não exercia, sem o apoio dos profissionais de enfermagem para esse fim. Cabe ressaltar que competem ao enfermeiro intervenções exclusivas nos períodos pré, trans e pós-operatórios, visando melhor adaptação à condição de estomizado, promovendo o enfrentamento para melhor qualidade de vida do paciente, hoje vivenciando a condição crônica, estomia intestinal definitiva, exigindo cuidado contínuo e prolongado dos serviços de saúde, o que também não exige a atuação da equipe interdisciplinar.

Após a análise dos dados, constatou-se que a maioria dos estomizados sofreu bruscas alterações no seu estilo de vida, principalmente no modo de alimentar, de se vestir, nas suas atividades do cotidiano, de lazer, bem como na autoestima. Identificaram-se, também, prejuízos na relação social e com o parceiro, causados pelas modificações fisiológicas e corporais.

Em relação à aceitação do estoma, grande parte dos entrevistados adaptou-se à presença da colostomia definitiva, adotando algumas estratégias de enfrentamento como isolamento social, adaptação com o tempo e criação de alternativas no modo de usar o dispositivo coletor, o que proporcionou a essa população melhor aceitação para o convívio e bem-estar.

Além disso, houve ainda aqueles que não se adaptaram ao fator de estresse relacionado à colostomia e ao uso do dispositivo coletor, adotando atitudes de negação, relação social e sexual prejudicada, alteração da autoestima, gerando, assim, sentimentos depreciativos e desorganização emocional, social e psicológica.

Apesar de vários autores pesquisados terem mencionado como estratégia de enfrentamento a fé e a religiosidade, nenhum dos entrevistados citou-as como respostas adaptativas.

Durante o desenvolvimento deste trabalho foi possível concluir que a qualidade de vida do estomizado está intimamente relacionada às estratégias adotadas por ele para conviver com essas alterações biológicas, físicas e psicológicas, assim como sua experiência de vida contribuiu para aceitação ou negação no convívio com o estoma.

Para tal, o enfermeiro, devido à proximidade gerada pelo maior contato com o paciente, pode auxiliá-lo a descobrir as estratégias disponíveis para o melhor enfrentamento da condição de ser estomizado, visto que, a partir da construção de um vínculo dialógico, ajuda-o no processo adaptativo de ter uma estomia definitiva.

REFERÊNCIAS

1. Santos VLCC. A bolsa na mediação "Estar Ostomizado"- "Estar Profissional": análise de uma estratégia pedagógica [dissertação]. São Paulo: Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo; 1996.
2. Gemelli LMG, Zago MMF. A interpretação do cuidado com o ostomizado na visão do enfermeiro: um estudo de caso. *Rev Latinoam Enferm*. 2002; 10(1):34-40.
3. Júnior AM, Rocha JJR. Tipos de estoma. In: Crema E, Silva R. *Estomas: uma abordagem interdisciplinar*. Uberaba: Ed. Pinti; 1997. p 43-4.
4. Brasil. Ministério da Saúde. Secretária Nacional de Assistência à Saúde. Instituto Nacional do Câncer. Estimativas da incidência e mortalidades por Câncer no Brasil. Rio de Janeiro: INCA; 2008.
5. Kübler-Ross E. *Sobre a morte e o morrer*. São Paulo: Martins Fontes; 1987.
6. Sonobe HM, Barichello E, Zago MMF. A visão do colostomizado sobre o uso da bolsa de colostomia. *Rev Bras Cancerol*. 2002; 48(3):341-8.
7. Silva AL, Shimizu HE. O significado da mudança no modo de vida da pessoa com estomia intestinal definitiva. *Rev Latinoam Enferm*. 2006; 14(4):83-90.
8. Dal Poggetto MT. Temáticas de aprendizagem de clientes colostomizados: estratégias norteadoras da assistência de enfermagem [dissertação]. Ribeirão Preto: Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo; 2002.
9. Silva C. Processo de enfrentamento no período pós-tratamento do câncer de mama [dissertação]. Ribeirão Preto: Escola de Psicologia de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo; 2006.
10. Lorencetti A, Simonetti JP. As estratégias de enfrentamento de pacientes durante o tratamento de radioterapia. *Rev Latinoam Enferm*. 2005; 13(6):944-50.
11. Lazarus RS, Folkman S. *Stress, appraisal and coping*. New York: Springer Publishing; 1984.
12. Barnabe NC, Dell'Acqua MCQ. Estratégias de enfrentamento (coping) de pessoas ostomizadas. *Rev Latinoam Enferm*. 2008; 16(4):712-9.
13. Silva AL, Shimizu HE. A relevância da rede de apoio ao estomizado. *Rev Bras Enferm*. 2007; 60(3):307-11.
14. Martins LM. *Ensinando e aprendendo em grupo a enfrentar situações enfrentadas como ostomizado* [dissertação]. Florianópolis: Departamento de Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina; 1995.
15. Ravagnani LMB, Domingos NAM, Miyazaki MCOS. Qualidade de vida e estratégias de enfrentamento em pacientes submetidos a transplante renal. *Estudos Psicol*. 2007; 12(2):177-84.
16. Andolhe R, Guido LA, Bianche ERF. Estresse e coping no período perioperatório de câncer de mama. *Rev Esc Enferm USP*. 2009; 43(3):711-20.
17. Seidl EMF, Tróccoli BT, Zannon CMLC. Análise fatorial de uma medida de estratégia de enfrentamento. *Psicol Teoria Pesq*. 2001; 17(3):225-34.
18. Pereira APS, Pelá NTR. Atividades grupais de portadores de estoma intestinal definitivo: a busca da aceitação. *Rev Enferm UERG*. 2006; 14(4):574-9.
19. Bellato R, Maruyama SAT, Silva CM, Castro P. A condição crônica ostomia e as repercussões que traz para a vida da pessoa e sua família. *Ciênc Cuidado Saúde*. 2007; 6(1):40-50.
20. Folkman S, Lazarus RS, Gruen RJ, De Longis A. Appraisal, coping, health status and psychological symptoms. *J Pers Soc Psychol*. 1986; (50):571-9.
21. Santos JR, Enumo SRF. Adolescentes com Diabetes Mellitus Tipo1: seu cotidiano e enfrentamento da doença. *Psicol Reflex Crit*. 2003; 16(2):411-25.
22. Michelone APC, Santos VLCC. Qualidade de vida de adultos com câncer colorretal com e sem ostomia. *Rev Latinoam Enferm*. 2004; 12(6):875-83.
23. Brasil. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Comitê Nacional de Ética em Pesquisa em Seres Humanos. Resolução nº196 de 10 de outubro de 1996: diretrizes e normas Regulamentadoras de Pesquisa Envolvendo Seres Humanos. Brasília: MS; 1996.
24. Bardin L. *Análise de conteúdo*. Lisboa: Ed. 70; 1985.
25. Cezareti IUR. Ostomizado: reabilitação sem fronteiras? Ponto de vista do enfermeiro. *Acta Paul Enferm*. 1995; 8(1):11-7.
26. Cassero PAS, Aguiar JE. Percepções emocionais influenciadas por uma ostomia. *Rev Saúde Pesq*. 2009; 2(2): 23-7.
27. Dázio EMR. O significado do estoma intestinal entre homens: um estudo etnográfico. [dissertação]. Ribeirão Preto: Escola de enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo; 2008.
28. Farias DHR, Gomes GC, Zappas S. Convivendo com uma estomia: conhecendo para melhor cuidar. *Cogitare Enferm*. 2004; 9(1):25-32.
29. Costa SPR. Perfil de qualidade de vida dos portadores de colostomia [dissertação]. João Pessoa: Programa de pós-graduação em enfermagem da Universidade Federal da Paraíba; 2007.
30. Souza SMA. Qualidade de vida em clientes ostomizados. *Texto Contexto Enferm*. 1999; 8(1):121-50.
31. Cascais AFMV, Martini JG, Almeida PJS. O impacto da estomia no processo de Viver Humano. *Texto Contexto Enferm*. 2007; 16(1):163-7.
32. Carvalheira C, organizador. *Ainda posso levar uma vida normal?* 2ª ed. Rio de Janeiro: News Eventos e Promoções; 1999.
33. Santos VLCC, Sawaia BB. A bolsa na mediação "Estar Ostomizado"- "Estar Profissional": análise de uma estratégia pedagógica. *Rev Latinoam Enferm*. 2000; 8(3):40-50.
34. Santos FS, Dal Poggetto NT, Rodrigues LR. A percepção da mulher portadora de estomia intestinal acerca de sua sexualidade. *REME Rev Min Enferm*. 2008; 12(3):355-62.
35. Freitas AAS, Peres MF, Pereira L, Menezes MFB. Cuidando e promovendo a adaptação do cliente com estoma na perspectiva da concepção de Roy. *Nursing*. 2008; 11(125):461-7.
36. Bellato R, Maruyama SAT, Silva CM, Castro P. A condição crônica ostomia e as repercussões que traz para a vida da pessoa e sua família. *Ciênc Cuidado Saúde*. 2007; 6(1):40-50.
37. Gianini MMS. *Câncer e gênero: enfrentamento da doença* [dissertação]. São Paulo: Pontifícia Universidade Católica de São Paulo; 2007.

38. Martins G, Cunha S, Coelho R. Estudo da aceitação da incapacidade em doentes com Insuficiência Renal Crônica: comparação de duas escalas. *Rev Port Psicossomática*. 2005; 7(1-2):53-8.
 39. Menezes APS, Quintana JF. A percepção do indivíduo estomizado quanto a sua situação. *Rev Bras Prom Saúde*. 2008; 21(1):13-8.
 40. Krouse RS, Grant M, Rawl SM, *et al*. Coping and acceptance: the greatest challenge for veterans with intestinal stomas. *J Psychosom Res*. 2009; 66:227-33.
 41. De Paula MAB, Takahashi RF, De Paula PR. Os significados da sexualidade para a pessoa com estoma intestinal definitivo. *Rev Bras Coloproct*. 2009; 29(1):77-82.
 42. Carver CS, Scheier MF, Weintraub JK. Assessing coping strategies: A theoretically based approach. *J Pers Soc Psychol*. 1989; (56):276-83.
-