

UNIVERSIDADE FEDERAL DO TRIÂNGULO MINEIRO
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO *STRICTO SENSU*
MESTRADO EM ATENÇÃO À SAÚDE

MAYLA BORGES GOULART

ASSISTÊNCIA À PESSOA COM ESTOMIA INTESTINAL NO DISCURSO DO
ENFERMEIRO DA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE

UBERABA

2018

MAYLA BORGES GOULART

ASSISTÊNCIA À PESSOA COM ESTOMIA INTESTINAL NO DISCURSO DO
ENFERMEIRO DA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação *Stricto Sensu* em Atenção à Saúde, da Universidade Federal do Triângulo Mineiro, como requisito parcial para obtenção do título de mestre.

Linha de pesquisa: Atenção à Saúde das Populações

Eixo temático: Saúde do Adulto e do Idoso

Orientadora: Prof^a. Dr^a. Leiner Resende Rodrigues

UBERABA

2018

**Catálogo na fonte: Biblioteca da Universidade Federal do
Triângulo Mineiro**

G728a Goulart, Mayla Borges
Assistência à pessoa com estomia intestinal no discurso do en-
fermeiro da atenção primária à saúde / Mayla Borges Goulart. --
2018.
83 f. : il., fig., graf., tab.

Dissertação (Mestrado em Atenção à Saúde) -- Universidade
Federal do Triângulo Mineiro, Uberaba, MG, 2018
Orientadora: Profa. Dra. Leiner Resende Rodrigues

1. Estomia. 2. Cuidados de enfermagem. 3. Enfermagem domici-
liar. 4. Estratégia Saúde da Família. I. Rodrigues, Leiner Resende. II.
Universidade Federal do Triângulo Mineiro. III. Título.

CDU 616.34-089

MAYLA BORGES GOULART

ASSISTÊNCIA À PESSOA COM ESTOMIA INTESTINAL NO DISCURSO DO
ENFERMEIRO DA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação *Stricto Sensu* em Atenção à Saúde, da Universidade Federal do Triângulo Mineiro, como requisito parcial para obtenção do título de mestre.

17 de dezembro de 2018

Banca examinadora:

Profª Drª Leiner Resende Rodrigues – Orientadora
Universidade Federal do Triângulo Mineiro

Profª Drª Maria Cristina de Moura Ferreira
Universidade Federal de Uberlândia

Profª Drª Bethania Ferreira Goulart
Universidade Federal do Triângulo Mineiro

Dedico esse trabalho aos meus amados pais, Silvana e José Umberto, por estarem presentes em todos os momentos me transferindo apoio e energia para alcançar grandes voos.

AGRADECIMENTOS

A Deus, por sempre abençoar e guiar meus passos para a conquista desse sonho.

À minha família, por me transmitir a importância do conhecimento e incentivo à prática dos estudos.

À minha orientadora, professora doutora Leiner Resende Rodrigues, pela compreensão, confiança, paciência e dedicação. Obrigada por mostrar-me o caminho que deveria ser percorrido, para que eu fosse capaz de colher bons frutos. A você meu respeito e admiração.

Aos professores do Programa de Pós-Graduação em Atenção à Saúde, que compartilharam conhecimentos importantes para a minha vida acadêmica.

Às mestras Márcia Tasso e Fernanda Santos, por me acolherem e acompanharem, com tanto carinho, desde a graduação. Vocês são responsáveis por florescer o meu amor a essa temática.

Aos enfermeiros da Atenção Primária à Saúde, pela disponibilidade em participar desta pesquisa.

Aos meus colegas de trabalho da Clínica Cirúrgica/ HC-UFTM que compartilharam experiências de amor à prática profissional. Meus exemplos de coragem e superação.

Às minhas amigas, Damiana, Maíla, Thaís, Ana Paula, Thamires e Teresa pelo companheirismo, alegria e incentivo em diversos momentos.

Ao meu namorado Rick, que, de maneira especial e carinhosa, deu-me forças ao longo dessa jornada.

*O cuidar gira, não é estático,
Tem movimento fantástico
Circula sangue, não é quieto,
Gira e roda, levando afeto.*

*O cuidar faz interconexões
Das extracorpóreas ações
Faz intercorpóreas reações
Pelos efeitos de medicações,
De soluções e de orações,
De contínuas intervenções.*

*O cuidar gira, não é estático,
Mexe e vira, homeostático,
Forma um redário ampliado,
Por todo o bem conectado:
Sinais, poesia e cuidado!*

Onã Silva

RESUMO

GOULART, M. B. **Assistência à pessoa com estomia intestinal no discurso do enfermeiro da atenção primária à saúde**. 2018. 83 f. Dissertação (Mestre em Atenção à Saúde) – Programa de Pós-Graduação em Atenção à Saúde, Universidade Federal do Triângulo Mineiro, Uberaba, MG, 2018.

A assistência à pessoa com estomia intestinal é frequentemente iniciada em ambiente hospitalar e tem continuidade na Atenção Primária à Saúde. A participação da família no cuidado é um aspecto facilitador para a superação das dificuldades vivenciadas pela pessoa com estomia. Outro fator condicionante, porém, esse relacionado à comunidade, envolve a assistência integral e humanizada à saúde, em especial do enfermeiro, da Estratégia Saúde da Família, profissional que encoraja o desenvolvimento de habilidades adaptativas para o autocuidado. O estudo buscou, por meio do delineamento qualitativo, desvelar a percepção dos enfermeiros da Estratégia Saúde da Família sobre a assistência de enfermagem à pessoa com estomia intestinal e sua família. Escolheu-se utilizar como base referencial o Modelo Conceitual de Sister Callista Roy, em que o propósito da enfermagem é proporcionar condições para a estabilidade com o ambiente prevenindo a perda energética em busca de equilíbrio. O projeto de pesquisa adotou os princípios éticos da resolução CNS nº 466/2012 e foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa envolvendo seres humanos da Universidade Federal do Triângulo Mineiro sob CAAE nº 79261717.0.0000.5154. Foram entrevistados 34 enfermeiros da Estratégia Saúde da Família do município de Uberaba/MG, durante os meses de maio e junho de 2018. A análise dos depoimentos coletados se fez por meio da técnica do Discurso do Sujeito Coletivo utilizando o software *DSCsoft*. Observa-se que os enfermeiros percebem as repercussões da estomia intestinal, valorizam a adoção de práticas educativas para a autonomia dos sujeitos e buscam uma assistência integral à saúde em visitas domiciliares e consulta de enfermagem. Entretanto, revelam-se condições de trabalho desafiadoras, carência de conhecimento sobre a temática e insegurança para prestar o cuidado às pessoas com estomia intestinal. Sugere-se uma constante necessidade de capacitação em virtude do surgimento de novas tecnologias e rotatividade dos profissionais. Salienta-se, portanto, que a dimensão do cuidar é vista muito além do fazer técnico-científico, em que a pessoa e sua família estão envolvidas na continuidade do cuidado para o pleno alcance da reabilitação.

Palavras-chave: Estomia. Cuidados de enfermagem. Enfermagem domiciliar. Estratégia Saúde da Família.

ABSTRACT

GOULART, M. B. **Assistance to people with intestinal ostomies in the discourse of primary care nurses.** 2018. 83 f. Dissertation (Master's in Health Care) – Post-graduation Program in Health Care, Universidade Federal do Triângulo Mineiro, Uberaba, MG, 2018.

Assistance to ostomized patients frequently starts the hospital environment and continues in primary health care. Family participation in care makes it easier for ostomized people to overcome the challenges they need to face. Another conditioning factor, related to the community, is the access to an integral and humanized health care, especially from the family health strategy nurse, a professional who encourages the development of adaptive abilities and the practice of self-care. The study sought, using a qualitative design, to unveil the perception of nurses from the Family Health Strategy about the nursing assistance to the person with intestinal ostomy and their family. The Conceptual Model by Sister Callista Roy was chosen as a referencial base. According to it, the purpose of nursing is to offer conditions for stability with the environment, eschewing an energetic losses in the search for balance. The research project adopted the ethical principles of resolution CNS n. 466/2012, and was approved by the Committee of Human Research Ethics of the Federal University of Triângulo Mineiro, under CAAE n. 79261717.0.0000.5154. 34 nurses from the family health strategy in the city of Uberaba/MG were interviewed from May to June 2018. The analysis of the statements collected was conducted through the Collective Subject Discourse using the software DSCsoft. Nurses were found to notice the repercussions of intestinal ostomy, value the adoption of educational practices for the autonomy of the subjects, and seek integral health care through domiciliary visits and nursing consultations. However, they face challenging work conditions, lack of knowledge about the theme, and insecurity in the offering of care to people with intestinal ostomies. This study suggests that constant training is necessary, due to the new technologies on the field and to professional turnover. Therefore, it stands out that the dimension of care is seen as much more than a technical-scientific action, the patients and their families being involved in the continuity of care so that rehabilitation reaches an optimal conclusion.

Keywords: Ostomy. Nursing care. Home health nursing. Family health strategy.

RESUMEN

GOULART, M. B. **Asistencia a la persona con ostomía intestinal en el discurso de los enfermeros de la atención primaria a la salud.** 2018. 83 f. Disertación (Maestría en Atención a la Salud) – Programa de Posgrado en em Atención a la Salud, Universidade Federal do Triângulo Mineiro, Uberaba, MG, 2018.

La asistencia al paciente con ostomía intestinal con frecuencia empieza en el hospital y continúa en la atención primaria a la salud. La participación de la familia en el cuidado hace más fácil la superación de las dificultades a que la persona con ostomía necesita hacer frente. Otro factor condicionante, pero relacionado a la comunidad, es la asistencia integral y humanizada a la salud, especialmente la del enfermero de la estrategia salud familiar, profesional que estimula el desarrollo de las habilidades de adaptación y la práctica del autocuidado. Este estudio cualitativo buscó investigar la percepción y los enfermeros de la Estrategia Salud Familiar con respecto a la asistencia de enfermería al ostomizado y su familia. Su base referencial es el Modelo Conceptual de Sister Callista Roy, según el cual el propósito de la enfermería es proporcionar condiciones para estabilidad en el ambiente, evitando la pérdida de energía para alcanzar el equilibrio. El proyecto de investigación adoptó los principios éticos de la resolución CNS nº 466/2012 y fue aprobado por el Comité de Ética en Investigaciones con Seres Humanos de la Universidade Federal en Triângulo Mineiro bajo el CAAE nº 79261717.0.0000.5154. Se entrevistó a 34 enfermeros de la estrategia de salud familiar en la ciudad de Uberaba/MG a lo largo de mayo y junio de 2018. Se analizó los depoimentos colectados con la técnica Discurso del Sujeto Colectivo y el software DSCsoft. Se observó que los enfermeros perciben las repercusiones de la ostomía intestinal, valoran las prácticas educativas para autonomía de los sujetos y buscan asistencia integral a la salud por medio de visitas domiciliarias y consultas de enfermería. Sin embargo, hay condiciones de trabajo desafiantes y inseguridad para ofrecer el cuidado a los ostomizados, y hace falta conocimiento sobre el tema. Esta investigación sugiere capacitaciones constantes, gracias a nuevas tecnologías y rotación de profesionales. Así, se destaca que la dimensión del cuidar es mucho más que el hacer técnico-científico, y que la persona y su familia están involucradas en la continuidad del cuidado para el pleno alcance de la rehabilitación.

Palabras-clave: Ostomía. Atención de enfermería. Cuidados de enfermería en el hogar. Estrategia de salud familiar.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES E TABELAS

Figura 1 – Representação gráfica da pessoa como um sistema, segundo o Modelo de Adaptação de Sister Callista Roy.....	31
Figura 2 – Mapa da rede de atenção à saúde.....	35
Quadro 1 – Unidades de atenção à saúde distribuídas por distritos sanitários e respectiva quantidade de ESF e enfermeiros.....	36
Tabela 1 – Caracterização sociodemográfica e profissional dos enfermeiros das equipes de saúde da família.....	48
Figura 3 – Plano de análise das categorias temáticas.....	49
Figura 4 – Compartilhamento das ideias centrais referentes às questões norteadoras no discurso dos enfermeiros da APS.....	50
Tabela 2 - Distribuição das expressões-chave para a estruturação do discurso-síntese. Uberaba, Minas Gerais, 2018. (n=34).....	50

LISTA DE SIGLAS

APS – Atenção Primária à Saúde

CCR – Câncer Colorretal

DSC – Discurso do Sujeito Coletivo

ESF – Estratégia Saúde da família

PAMPO – Programa de Atenção ao Paciente Estomizado

RAS – Redes de Atenção à Saúde

RS – Representação Social

SASPO – Serviços de Atenção à Saúde das Pessoas Ostomizadas

SMS – Secretaria Municipal de Saúde

SUS – Sistema Único de Saúde

TNM – Tumor-Linfonodo-Metástase

TRS – Teoria das Representações Sociais

UBS – Unidade Básica de Saúde

UMS – Unidade Matricial de Saúde

USF – Unidade de Saúde da Família

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO.....	13
1.1	ATENÇÃO À SAÚDE DAS PESSOAS COM ESTOMIA.....	17
1.1.1	O Sistema Único de Saúde.....	19
1.1.2	A Estratégia Saúde da Família.....	21
1.1.3	Políticas Públicas para Pessoas com Estomia no Brasil.....	23
1.2	ENFERMAGEM E O CUIDADO ÀS PESSOAS COM ESTOMIA.....	24
2	JUSTIFICATIVA.....	27
3	OBJETIVOS.....	28
3.1	OBJETIVO GERAL.....	28
3.2	OBJETIVOS ESPECÍFICOS.....	28
4	REFERENCIAL TEÓRICO.....	29
5	PERCURSO METODOLÓGICO.....	33
5.1	NATUREZA DO ESTUDO.....	33
5.2	CENÁRIO DO ESTUDO.....	35
5.3	PARTICIPANTES DO ESTUDO.....	37
5.4	COLETA DE DADOS.....	38
5.5	ANÁLISE DOS DADOS.....	40
5.5.1	Teoria das Representações Sociais.....	40
5.5.2	Operadores Metodológicos.....	42
5.5.3	Atributos Quantitativos.....	43
5.5.4	Software DSCsoft®.....	44
5.5.5	Etapas de Execução.....	45
5.6	CONSIDERAÇÕES ÉTICAS.....	46
6	RESULTADOS.....	47
6.1	CARACTERIZAÇÃO DOS PARTICIPANTES DO ESTUDO.....	47
6.2	CATEGORIAS TEMÁTICAS.....	49
6.2.1	Categoria A: Ações educativas.....	51
6.2.2	Categoria B: Integralidade do cuidado.....	52
6.2.3	Categoria C: Adaptação ao estoma.....	53
6.2.4	Categoria D: Atuação profissional.....	54
6.2.5	Categoria E: Conhecimento insuficiente.....	55
6.2.6	Categoria F: Aprimoramento – necessidade constante.....	56
7	DISCUSSÃO.....	57

8	CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	64
	REFERÊNCIAS.....	65
	APÊNDICES.....	77
	APÊNDICE A – Roteiro da entrevista.....	77
	APÊNDICE B – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Validadores).....	78
	APÊNDICE C – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Profissional).....	80
	ANEXOS.....	82
	ANEXO A – Aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa.....	82
	ANEXO B – Autorização da Secretaria de Saúde de Uberaba.....	83

1 INTRODUÇÃO

Os termos “estoma” ou “estomia” têm origem no grego e correspondem ao significado de boca ou abertura. Na Medicina, indicam a exteriorização de qualquer víscera oca do corpo em razão de inúmeras causas. A nomenclatura é de acordo com a localização anatômica da abertura, sendo denominada ileostomia, colostomia ou jejunostomia, quando ocorrer no intestino; derivação urinária ou urostomia para os estomas urinários; a esofagostomia, a traqueostomia e a gastrostomia são outros tipos de estomias com diferentes finalidades e indicações (SANTOS; CESARETTI, 2015).

As estomias de eliminação intestinal são indicadas como tratamento cirúrgico de patologias com etiologia neoplásica colorretal; ela pode, porém, decorrer de doenças benignas como a retocolite ulcerativa, doença de Crohn, megacólon chagásico, diverticulite, colite isquêmica, má formação congênita e trauma abdominal (ALMEIDA; SILVA, 2015; MORAES et al., 2016). Tem como finalidade exteriorizar um segmento da alça intestinal permitindo a drenagem de fezes no dispositivo coletor. O tempo de permanência da estomia intestinal está associado às condições clínicas do paciente, e pode ser dividido em temporário ou permanente. Vale ressaltar que as comorbidades relacionadas ao envelhecimento e à sobrecarga dos serviços públicos de saúde podem estar contribuindo para o aumento do tempo da reconstrução do trânsito intestinal nos casos de estomia provisórias, o que pode aumentar a taxa de morbimortalidade nessa população (AGUIAR et al., 2017).

As estomias intestinais temporárias geralmente são construídas em alça a fim de favorecerem a posterior reconstrução do trânsito intestinal, são indicadas em casos de obstruções (causadas por tumor, volvo ou diverticulite), trauma abdominal com perfuração intestinal e fístulas anais complexas. Enquanto as estomias intestinais definitivas são previstas em casos de perda da função esfinteriana resultante de tratamento cirúrgico prévio ou incontinência, câncer de cólon e reto e doenças inflamatórias intestinais em que a evacuação transanal é impossibilitada (HABR-GAMA; NETO; ARAÚJO, 2015).

O aumento dos acidentes de trânsito e da violência urbana na sociedade atual, contribuem com a alta incidência da estomia intestinal decorrente de traumas na população brasileira. Segundo Lima et al. (2012a), o desfecho do trauma abdominal perfurativo, no ambiente hospitalar, culmina com a confecção cirúrgica da colostomia em metade dos casos que apresentam sequela transitória.

Dentre as patologias que acometem o trato gastrointestinal, o câncer colorretal (CCR) é descrito como a principal causa para construção de estomias intestinais, sendo considerado com bom prognóstico, quando detectado nos estágios iniciais, por isso a importância de realizar o rastreamento da doença na população. Os fatores de risco são o consumo de álcool e carne vermelha processada, obesidade, tabagismo, idade superior aos 50 anos, sedentarismo, e esses, em sua maioria, são comportamentos susceptíveis de mudança (SANTA HELENA et al., 2017).

Um dado epidemiológico significativo é que o CCR teve elevada estimativa de casos novos para o ano de 2016 no Brasil. Nos homens, foram estimados 16.660 casos novos e nas mulheres 17.620 casos novos, sendo que o CCR é o terceiro mais frequente entre os homens, e o segundo entre as mulheres. Esses dados revelam a magnitude da doença, assim como seu impacto social e econômico (INCA, 2015).

O diagnóstico da doença é estabelecido por meio da análise histopatológica do tecido retirado na colonoscopia, exame padrão-ouro para detecção do CCR. A maioria dos tumores são originados de pólipos adenomatosos, que se constituem de células benignas, porém podem se tornar malignos ao longo do tempo (VALLE; TURRINI; POVEDA, 2017). Um sistema que pode indicar o estadiamento do CCR é o TNM (tumor-linfonodo-metástase) o qual classifica a doença de acordo com a invasividade, número de linfonodos acometidos e a presença ou ausência de metástase à distância (ZANATTA; MAGNAGNO; BRENNER, 2016).

Apesar disso, a abordagem cirúrgica continua sendo o principal tratamento para as neoplasias intestinais. A ressecção intestinal pode ser eletiva, que permite uma avaliação pré-operatória detalhada, ou acontecer em caráter de urgência, exigindo um preparo rápido do trato intestinal. Nos casos em que são indicados a ressecção clássica é retirada a porção intestinal envolvida e o tecido linfático próximo; porém quando há uma progressão invasiva do tumor para as estruturas adjacentes é necessária a ressecção ampliada, que, se acrescentada da retirada das estruturas do aparelho urinário, apresenta taxas elevadas de morbidade (LIMA et al., 2012b).

Após a revelação do diagnóstico e da necessidade de realizar uma cirurgia a pessoa e sua família têm preocupações e sentimentos negativos, sendo a intervenção da equipe multiprofissional fator determinante. Na etapa pré-operatória, os objetivos da atuação profissional são voltados para o autocuidado, uma vez que, nessa fase, tanto o familiar quanto o paciente estão receptivos a informações que lhes possibilitem trabalhar a ansiedade e o medo do desconhecido (CESARETTI et al., 2015).

As pessoas com estomia apresentam características comuns que as reúne em um grupo especial, mas como todas, têm necessidades e reações próprias implícitas a sua personalidade. Sendo assim, o comportamento que cada um apresenta, varia de acordo com as condições pessoais, e também influencias de fatores externos, como, a qualidade da assistência recebida no pós-operatório (COELHO; SANTOS; DAL POGGETTO, 2013).

A ocorrência de complicações pode estar relacionada à falta de demarcação pré-operatória, à técnica cirúrgica, ao desequilíbrio hidroeletrólítico e aos cuidados pós-operatórios, mas também associadas à idade, fragilidade da musculatura abdominal, obesidade e desnutrição (ALMEIDA; SILVA, 2015). Sangramento, isquemia, necrose e edema são complicações imediatas que podem ocorrer nas primeiras 24 horas do pós-operatório. As precoces são manifestadas até o sétimo dia de pós-operatório e são retração, deslocamento, evisceração e fístula. Já as tardias como a estenose, prolapso e hérnia podem surgir em até meses após a cirurgia. A assistência prestada pela equipe de saúde tem como finalidade evitar o surgimento de complicações na ferida operatória, estomia e pele periestomia, a qual pode apresentar alterações dermatológicas como a dermatite, eritema e ulceração (PAULA; MATOS, 2015; MIRANDA et al., 2016).

Com a possibilidade de acontecer complicações em diversos momentos do pós-operatório é importante salientar ao paciente as características normais da estomia intestinal e orientar que a eliminação de gases e fezes acontecerá pelo abdome e se tornará involuntária, o que exigirá cuidados diários de higiene, acessórios específicos e algumas adaptações. Dentro desse suporte, destacam-se a avaliação clínica do doente, o ensino de ações para o autocuidado e a instituição de medidas preventivas para as possíveis complicações (CESARETTI et al., 2015).

O acompanhamento por uma equipe multiprofissional, especialmente do enfermeiro, na Atenção Primária à Saúde (APS), auxilia na resolução de problemas relativos ao processo de adaptação. Trabalhar com a saúde na perspectiva da humanização requer uma escuta ativa, que possibilite identificar os medos, as queixas, as expectativas, os possíveis riscos, as vulnerabilidades, valorizando sua corresponsabilidade e o reconhecimento da nova condição. As orientações incluem os domínios assistencial e educativo, de forma que a pessoa, gradativamente, alcance resultados positivos de sua saúde com menor risco de reinternações (WESTRA et al., 2013; KLEIN; SILVA, 2014).

A presença da estomia intestinal estabelece mudanças no cotidiano, ocasiona vivências de constrangimentos, põe em risco a integridade física e a própria existência do indivíduo, por isso, essa nova condição afeta não somente o órgão acometido da doença, mas se propaga por vários aspectos da pessoa, acarretando descontinuidades, sentimentos conflituosos e reflexões sobre valores e projetos, transformando a vida laborativa, familiar, social e afetiva (MIRAND et al., 2014).

Estudo descritivo que avaliou a qualidade de vida das pessoas estomizadas no Egito identificou que a criação do estoma afeta a qualidade de vida da pessoa com estomia definitiva ou temporária. Ambos relataram dificuldades para manusear a bolsa, falta de privacidade, mudança no modo de vestir e reorganização das atividades. Entretanto a qualidade de vida das pessoas com estoma temporário gerado por trauma apresentou maior escore na escala de saúde em geral se comparado às pessoas com estoma proveniente de câncer de cólon e/ou reto. Esses dados sugerem a necessidade de melhoria nas orientações e cuidados promovidos a todas pessoas submetidas à cirurgia geradora de estomia intestinal (BORAI, 2017).

Após a aquisição do estoma, a pessoa sofre mudanças na imagem corporal, enfrenta barreiras físicas, mentais e sociais, podendo apresentar alterações comportamentais, angústia, depressão e diminuição da autoestima. Algumas pessoas podem manifestar grandes dificuldades de adaptação, o que requer adoção de estratégias e um preparo qualificado da equipe. A assistência de enfermagem no contexto domiciliar é fundamental para a reabilitação, uma vez que o apoio do profissional, inserido naquele contexto social, favorece o vínculo com a pessoa, propiciando o desenvolvimento de habilidades e incentivando o retorno às atividades de vida diária. Este cenário possibilita uma visão ampliada das necessidades dos usuários após a alta hospitalar, contribuindo para o planejamento da assistência individualizada em enfermagem (NEVES; CASTRO; COSTA, 2016).

A participação ativa da pessoa com estomia em conjunto com sua família é um aspecto facilitador para a superação das dificuldades vivenciadas após a cirurgia. Outro fator condicionante, porém, esse relacionado à comunidade, envolve a assistência integral e humanizada à saúde, em especial do enfermeiro, profissional que auxilia no desenvolvimento de competências e habilidades para uma eficaz transição do autocuidado. A manutenção do apoio de familiares, a cura da doença de base e a melhor qualidade de vida são as principais expectativas futuras das pessoas submetidas à cirurgia geradora de estomia (PEREIRA et al., 2015).

1.1 ATENÇÃO À SAÚDE DAS PESSOAS COM ESTOMIA

A atenção à saúde das pessoas com estoma é composta por ações desenvolvidas na APS e nos Serviços de Atenção à Saúde das Pessoas Ostomizadas (SASPO), esses serviços de assistência são subdivididos em I e II, e se diferenciam pelo quadro de profissionais e atividades realizadas. As atribuições da equipe vão desde o fornecimento de equipamentos coletores até a capacitação dos profissionais das unidades hospitalares (MORAES et al., 2014).

Entretanto, o aumento do número de serviços credenciados pelo Sistema Único de Saúde (SUS) não implica alteração das condições assistenciais prestadas à população. Um estudo que objetivou avaliar a implantação dos SASPO em Minas Gerais, encontrou diversas barreiras que dificultam uma assistência integral, equânime e em rede, afirmando ser um desafio para os gestores. Percebe-se que existem diversas lacunas nos SASPO, e que ainda persiste um cuidado fragmentado e pontual resumido no fornecimento de equipamentos coletores, o que reforça a necessidade de capacitação dos profissionais acerca da assistência integral à pessoa com estomia e sua família e as competências de cada serviço (MORAES et al., 2017).

O caminho para a autonomia da pessoa cuidada e a co-responsabilidade dos profissionais de saúde é o estabelecimento de um processo educativo, com apoio multiprofissional, sobre os diversos aspectos que demandam cuidados à pessoa com estomia intestinal. Uma tecnologia audiovisual utilizada na APS teve impacto positivo para a educação em saúde das pessoas com estomia, segundo eles, facilitou a abordagem do assunto, construiu perspectiva para o futuro, proporcionou segurança, autoconfiança e tranquilidade. Ações como essa possibilitam repensar as práticas pedagógicas na enfermagem, e demonstra a carência de informações que os ostomizados apresentam, revelando uma lacuna no preparo para o regresso ao domicílio (DALMOLIN et al., 2016).

Verifica-se que, para, possibilitar maior conforto e melhor qualidade de vida à pessoa com estomia intestinal diversos aspectos precisam ser abordados pela enfermagem. Para o correto *manejo da estomia e equipamento coletor* pode ser demonstrada a técnica de retirada e colocação da bolsa, orientado sobre o momento ideal de esvaziamento e apresentadas estratégias para aderência da bolsa na pele periestomal. É interessante o enfermeiro observar a prática do autocuidado e reforçar que essas ações serão aprimoradas com a prática habitual (MONTEIRO et al., 2014).

As alterações no *modo de vestir* acontecem naturalmente e são provocadas pelas modificações fisiológicas e corporais que acontecem após a aquisição do estoma. Para não serem vistas como diferentes perante ao seu convívio social, as pessoas com estomia intestinal optam pela utilização de roupas mais largas, uma vez que favorece a ocultação do equipamento coletor (COELHO; SANTOS; DAL POGGETTO, 2013; PEREIRA et al., 2015).

A inclusão das pessoas com estomia nas *atividades laborais* é determinada por fatores biopsicossociais, e segundo a percepção delas, os agentes que dificultam esse processo são a perda do controle esfinteriano, o isolamento social e a falta de oportunidade de emprego. O retorno às atividades profissionais é outro aspecto de grande relevância para reabilitação da pessoa com estomia e pode ser incentivado com apoio social e facilitado por condições mais flexíveis no trabalho (MAURICIO; SOUZA; LISBOA, 2014).

Apesar das dificuldades de adaptação à nova condição de estomizado é importante orientar sobre a ininterrupção do exercício da sua *sexualidade*. É possível a manutenção de uma vida sexual saudável e ativa após a aquisição do estoma, mesmo que seja necessário adotar algumas estratégias. Essa é uma das questões que ainda necessita o desenvolvimento de habilidades pelos profissionais, por isso é pouco explorada. A assistência à pessoa com estomia precisa ser elaborada de forma integral, buscando englobar os múltiplos aspectos da vida, não se limitando apenas à doença e ao cuidado técnico, que são importantes, mas não únicos. Ignorar ou desprezar os questionamentos que lhes são dirigidos dificultam ainda mais a abordagem sobre o assunto (CARDOSO et al., 2015; VERA et al., 2017).

A pessoa com estomia tem alterações na digestão dos alimentos e absorção dos nutrientes e vitaminas, por isso, também é importante um acompanhamento do estado nutricional a fim de evitar a desnutrição, deficiências de vitaminas e anorexia. A *alimentação* adequada é fundamental para evitar a distensão abdominal, diminuir a formação de gases e o odor das fezes (CESARETTI; LEITE, 2015).

Todas as particularidades apresentadas no cuidado à pessoa com estomia intestinal reforçam a importância de planejar um processo assistencial para o alcance da reabilitação. Trata-se de assistir à pessoa e sua família, e em alguns casos, sua rede de apoio e até mesmo a comunidade em que ela vive. As demandas da assistência podem ser mais bem atendidas se apoiadas em diretrizes científicas com base no cuidado integral, sistemático e individualizado (FIGUEIREDO; ALVIM, 2016).

1.1.1 O Sistema Único de Saúde

A VIII Conferência Nacional de Saúde aconteceu em 1986 e é considerada um marco para a saúde pública brasileira. Essa foi além de uma reforma setorial porque marcou o fim do regime militar com grande mobilização sindical e política, reforçou as diretrizes e os ideais do movimento sanitário brasileiro, e foi a primeira conferência nacional que obteve efetiva participação popular. Em 1989 houve uma rápida transição para o Sistema Único Descentralizado em Saúde, modelo conhecido como a estadualização da saúde e uma estratégia ponte para o novo sistema de saúde brasileiro (PAIVA; TEIXEIRA, 2014).

O SUS foi institucionalizado somente no ano de 1988 com a promulgação da nova Constituição Federal. A partir desse momento, a saúde foi considerada um dever do Estado e um direito de todos indivíduos, com isso a saúde pública brasileira obteve grandes avanços, deixando de ser excludente e contributiva, já que apenas os contribuintes da previdência ou aqueles que poderiam pagar assistência privada tinham acesso à saúde. Proporcionou também a ampliação do conceito de saúde, o qual a restringia somente na ausência de doenças, relacionando-a com aspectos sociais, políticos e econômicos; instituiu a descentralização político-administrativa com maior autonomia aos municípios; garantiu a assistência integral, destacando a importância das atividades preventivas e ainda considerou a saúde como um dos pilares da seguridade social (CARVALHEIRO; MARQUES; MOTA, 2008).

Nessa nova concepção, o Estado passou a contemplar diversos aspectos que incidem sobre a saúde da comunidade. A lei 8.080 de 1990, regulamentadora do SUS, determina que o nível de saúde da população demonstra a organização econômica e social do país, e considera que alimentação, moradia, lazer, saneamento básico, educação, atividade física, transporte, trabalho, renda, meio ambiente e acesso aos bens e serviços sociais essenciais são os principais fatores determinantes e condicionantes da saúde. Assim, a saúde deixou de ser um fenômeno individual que considerava somente o homem, o seu corpo e sua herança genética. No modelo de Dahlgren e Whitehead, percebe-se que as condições de saúde da comunidade são complexas por sofrerem influências de diversos determinantes, sejam eles relacionados aos aspectos pessoais, políticos, culturais, ambientais ou socioeconômicos, alguns com maior impacto sobre a saúde e outros passíveis de maior controle pessoal (RAMOS; DINIZ, 2017).

O SUS tem, como propósito, a identificação e divulgação desses fatores condicionantes e determinantes da saúde, a formulação de políticas sociais e econômicas que visem a redução de riscos de doenças e a integração de ações assistenciais e atividades preventivas, assegurando um acesso universal e igualitário a todos. Esse sistema é orientado pelas doutrinas de universalidade, equidade e integralidade, e também conduzido pelos princípios organizativos da descentralização, regionalização, hierarquização, resolubilidade, participação social e complementaridade do setor privado, o que concede concretude ao modelo de atenção à saúde do brasileiro. São várias dificuldades que inviabilizam uma assistência equânime, mas com a ênfase nas atividades de promoção à saúde e prevenção das doenças necessita-se cada vez menos de tratamentos que requeiram recursos tecnológicos de alto custo (ZIONI; ALMEIDA, 2008).

Em vista da necessidade do estabelecimento de mecanismos capazes de assegurar a continuidade dessas conquistas sociais, várias mudanças aconteceram ao longo do tempo, traduzidas, entre outras, nos projetos de criação de distritos sanitários, instâncias colegiadas com maior participação dos usuários e sistemas locais de saúde. A garantia do controle social trouxe uma nova articulação de poder com todas as representatividades envolvidas, ao transformar todos em atores ativos em prol da coletividade. Isso exigiu uma mudança nas relações de poder, implicando uma dimensão que valoriza tanto as ações de proteção, recuperação e reabilitação quanto as atividades de promoção e prevenção (BRASIL, 2006).

A gestão compartilhada permitiu a criação de foros para negociação e pactuação dos aspectos operacionais do SUS. Com isso, as competências dos municípios, estados e união foram definidas e o repasse dos recursos financeiros passou a ser fundo a fundo, regular e automático em conta especial, permitindo maior controle e fiscalização. Os desafios para fortalecer ainda mais o sistema de saúde brasileiro dependem, principalmente, de avanços do controle social. E, para isso, é necessário um maior conhecimento do SUS pela comunidade, concepção de uma consciência crítica, melhoria na implantação e funcionamento dos conselhos, valorização dessa atividade de grande relevância pública pelos usuários e maior acionamento do Ministério Público. Diante disso, o movimento pelo direito à saúde depende, principalmente, da organização dos movimentos sociais para pressionar e lutar pelo Estado de direito e pela universalização desses direitos, além da garantia dos demais direitos que integram a dignidade humana (LOPES; LOPES, 2013).

1.1.2 A Estratégia Saúde da Família

A APS é um modo de organização dos serviços de saúde e caracteriza-se pelo atendimento contínuo, regionalizado e sistematizado à saúde da população. Além de ser idealizada como a porta de entrada do sistema de saúde, ordena a demanda, organiza os fluxos, busca a promoção da saúde, prevenção e tratamento das doenças e a redução dos danos que comprometem a qualidade de vida do indivíduo e da comunidade, preza por atividades preventivas sem o comprometimento das ações curativas, sendo a responsável pela maior parte das necessidades de saúde de uma população. Este papel essencial da APS, tanto na resolubilidade, quanto no encaminhamento do usuário para outros níveis, estima maior racionalidade na utilização dos demais níveis assistenciais (STARFIELD, 2002).

A APS foi descrita, pela primeira vez, no relatório de Dawson em 1920. Esse documento do governo inglês se contrapôs ao modelo de saúde curativo, biologicista, fundamentado na atenção individual. Constituiu-se como uma referência para a reorganização da atenção à saúde de todo o mundo, porque organizava os centros de atendimento à saúde em primários, secundários, domiciliares e hospitalares. Foi consagrada a partir da I Conferência Internacional sobre cuidados primários de saúde em Alma-Ata, no Cazaquistão, onde propuseram a meta de atingir o melhor nível de saúde até o ano 2000. A declaração de Alma-Ata reforçou a organização em níveis de atenção fundamentados pela regionalização e integralidade, enfatizando a importância de serviços mais abrangentes (MATTA; MOROSINI, 2006).

No Brasil, algumas formas incipientes da APS foram instituídas desde o início do século XX, como os centros de saúde que abordavam a educação sanitária. Após a reforma sanitária, o modelo médico-previdenciário foi rompido e surgiram as ações integradas de saúde que visavam o fortalecimento de um sistema unificado e descentralizado de saúde para todos. Essas conquistas somadas à regulamentação do SUS, e posteriormente, a municipalização na década de 90, estimularam a estruturação mais uniforme da APS e a criação da Política Nacional da Atenção Básica no texto que compõe o anexo da Portaria nº 648/GM de 2006. A atenção básica permitiu um fortalecimento das diretrizes e princípios do SUS impactando nos problemas de maior frequência e relevância no território. O desenvolvimento de práticas sanitárias pelas equipes de profissionais da APS é de elevada complexidade acerca das relações e baixa densidade tecnológica (LAVRAS, 2011).

A APS contempla, dentre outros serviços, a Estratégia Saúde da Família (ESF), que foi criada em 1994 pelo Ministério da Saúde, tendo início como o Programa Saúde da Família, movimento entendido como uma reorganização do modelo assistencial. A estratégia busca o atendimento pleno da família com a implantação de equipes multiprofissionais responsáveis pelo atendimento das necessidades de saúde de uma população em determinada área geográfica. Dessa forma, as ações da APS têm o conhecimento do território e das necessidades de saúde como requisitos fundamentais para organização do serviço (FARIA et al., 2010).

A ESF foi concebida para ser um elo entre a comunidade e os serviços de saúde. Surgiu, a princípio, em municípios com grande extensão rural e poucos recursos financeiros para realizar ações de saúde. Este processo não aconteceu de maneira uniforme nos diversos municípios, porém, permitiu a veiculação de informações importantes para a organização da atenção à saúde, favorecendo a gestão dos processos de descentralização e regionalização do SUS (BRASIL, 2007).

As equipes de saúde da família desenvolvem atividades dinâmicas e realizam avaliações por meio dos indicadores de saúde da área de atuação. Todos os profissionais das equipes têm atribuições em comum, além das funções específicas de cada profissão. Dentre elas, podemos destacar a assistência integral, contínua e racionalizada, com ênfase nas ações de promoção à saúde e prevenção de doenças e agravos, cadastro das famílias adscritas e desenvolvimento de processos educativos voltados para a melhoria da saúde da população (GARCIA et al., 2015).

Atualmente, o modelo organizacional de saúde brasileiro é construído por um sistema em Redes de Atenção à Saúde (RAS), organizações poliarquicas de serviços de saúde vinculados pela missão de ofertar atenção contínua à população. Os pontos de atenção à saúde exercem uma ação cooperativa e interdependente, sendo organizados de forma horizontal e diferenciados pela sua densidade tecnológica. As RAS são coordenadas, estruturadas e fundamentadas pela APS, estando delineada no arcabouço jurídico e político do SUS (RODRIGUES et al., 2014).

As RAS se constituem de três elementos fundamentais: população, estrutura operacional e modelo. A população refere-se às pessoas cadastradas, as quais estão sob responsabilidade sanitária e econômica do sistema de saúde, e essa pode ser dividida em subpopulações. A estrutura operacional é constituída pelos nós das redes e a comunicação entre os diferentes nós. O modelo de atenção é definido em função da situação demográfica, epidemiológica e social da clientela (MENDES, 2015).

1.1.3 Políticas Públicas para Pessoas com Estomia no Brasil

As políticas públicas de saúde são elaboradas e implantadas visando à resolução de situações para a melhoria das condições de saúde da população, por meio da gestão integral da assistência, seja nos serviços de baixa ou alta complexidade, seguindo os protocolos e consensos para a proteção dos indivíduos. Essas políticas são determinadas e publicadas por meio de leis, decretos, portarias e/ou resoluções com a finalidade de aprimorar as ações em saúde.

O Decreto nº 5.296 de 2 de dezembro de 2004 classifica a pessoa com estomia como deficiente física quando sua doença prévia é grave e resulta em deficiência permanente do sistema excretor. Assim, essas pessoas passam a ter ampliação dos seus direitos, inclusive o direito da aposentadoria, acessibilidade, isenções fiscais, passe livre e tratamento nos serviços de saúde especializados (BRASIL, 2004).

A partir da necessidade de organização das unidades de saúde que prestam serviços a pacientes estomizados, o Ministério da Saúde promulgou a Portaria nº400, de 16 de novembro de 2009, que visa estabelecer as Diretrizes Nacionais para a Atenção à Saúde das Pessoas Estomizadas no âmbito do SUS. A norma define que os SASPO devem possuir estrutura física adequada e equipe qualificada, de maneira a desenvolver atividades de atendimento individual e em grupo; planejamento quantitativo e qualitativo dos equipamentos coletores e adjuvantes de proteção e segurança; e estabelecer fluxos de referência e contra referência (BRASIL, 2009).

Essas legislações brasileiras trouxeram a organização e a implantação de serviços à pessoa com estomia e também concederam o financiamento para aquisição e distribuição de equipamentos coletores e adjuvantes. Os serviços passaram a ser cadastrados de acordo com a complexidade, incluíram-se novos procedimentos, os recursos humanos foram capacitados em parceria com a Sociedade Brasileira de Estomaterapia e regulamentou-se o formulário para o atendimento da pessoa com estomia (ALENCAR et al., 2016).

Algumas diretrizes têm sido implementadas para a atenção à saúde da pessoa com estomia, em conjunto com a rede de cuidados à pessoa com deficiência no âmbito dos serviços públicos pelo Brasil. Dessa forma, as ações e os serviços de saúde estão sendo reestruturados para que a assistência à pessoa com estomia seja compatível com os princípios do SUS. Assim, há possibilidades de se garantir um atendimento ampliado em todos os níveis de complexidade (MORAES et al., 2017).

1.2 ENFERMAGEM E O CUIDADO ÀS PESSOAS COM ESTOMIA

O termo cuidado tem sua origem no latim *cogitare-cagitaus*, e tem o significado de pensar, demonstrar interesse, colocar atenção, atitude de preocupação e desvelo. O que contrapõe o tratar e o cuidar pode ser entendido da seguinte forma: enquanto se vislumbra no tratar uma íntima relação com o diagnóstico e tratamento, o cuidar se mostra como um aspecto elementar. A concepção desse produto envolve processos dinâmicos e adaptativos (BOFF, 2017; VASCONCELOS et al., 2014).

O cuidar guarda relação com o ato de se inquietar por alguém ou por algo. As atividades do enfermeiro são desempenhadas “com” e “para” o paciente, pautando-se no conhecimento científico, na habilidade, no pensamento crítico e na criatividade. A tais fatores, são somadas atitudes no sentido de manter e promover a dignidade humana em sua totalidade (PESTANA; ERDMAN; SOUZA, 2012).

O processo de trabalho em enfermagem é centrado no cuidado. A assistência ao cliente envolve intensa relação interpessoal, e para o estabelecimento de vínculo, alguns princípios que consideram a complexidade e a singularidade dessas pessoas, garantem a satisfação das necessidades de saúde e qualificam a atuação profissional. Assistir à pessoa com estomia, a qual apresenta condição de saúde modificada, também requer ambiente privativo e processo pedagógico de ensino-aprendizagem, possibilitando o crescimento individual e familiar (MARTINS, 2015).

A prática assistencial dos enfermeiros tem sido amplamente estudada, e a reflexão acerca das teorias de enfermagem aprimoram ainda mais a competência técnico-científica. À vista disso, o preceito teórico selecionado orienta, fundamenta e sistematiza a prática profissional. A Teoria do Cuidado Humano desenvolvida por Margaret Watson, enfatiza a importância da empatia entre o profissional e o paciente. Dessa forma, o cuidado transcende a dimensão física, compreendendo os aspectos emocionais e subjetivos das pessoas (SAVIETO; LEÃO, 2016).

Outra teoria que evidencia um dos aspectos fundamentais para a assistência à pessoa com estomia é a Teoria do Autocuidado proposta por Dorothea Orem. O autocuidado é definido como o conjunto de atividades praticadas pelo próprio indivíduo para manter a vida, a saúde e o seu bem-estar. Acerca disso, a Enfermagem utiliza práticas pedagógicas educativas visando a capacitação das pessoas com estomia para que elas aprimorem habilidades, tenham condições de enfrentamento e aprendizado a fim de promoverem um autocuidado eficaz (MENEZES et al., 2013).

Todo o processo vivenciado pela pessoa com estomia é acompanhado pelo enfermeiro. O planejamento da assistência tem início no período pré-operatório, quando acontece a indicação cirúrgica, perpassa pelo momento da tomada de decisão pela cirurgia, quando as dificuldades e facilidades inerentes à escolha são pontuadas, e perdura até a fase reabilitação. Frente às barreiras que os indivíduos vivenciam, principalmente, no âmbito domiciliar, ressalta-se o desempenho das atividades de autocuidado. Para essas pessoas, a assistência de enfermagem tem grande relevância no apoio e na adaptação aos novos desafios (CENGIZ; BAHAR, 2017).

A educação em saúde é uma estratégia simples e de baixo custo que proporciona troca de saberes, provoca mudança de comportamento e contribui para melhoria na qualidade de vida das pessoas. O cuidado de enfermagem à pessoa com estomia, em todos os momentos, necessita de práticas educativas que proporcionam diálogo, manifestação das vivências e discussão do saber popular e científico. A valorização dessa ferramenta acontece, principalmente, na APS, o que, sem dúvida, pode influenciar, positivamente, na reabilitação dessas pessoas (WILD et al., 2016).

Em 1958, o cirurgião Rupert Turnbull, na busca pela capacitação técnica do cuidado aos pacientes com estomia convidou Norma Nattingham Gill para trabalhar na *Cleveland Clinic Foundation* como “técnica em estomia” surgindo, em caráter oficial, a assistência específica para essas pessoas, nascimento da estomaterapia. Ela é considerada a primeira estomaterapeuta da história, e ele o pai da especialidade. Um fator importante na constituição dessa especialidade foi a visão de que uma efetiva técnica cirúrgica é fundamental para a confecção do estoma, mas não o suficiente para a completa reabilitação das pessoas. Seria imprescindível que as condutas profissionais fossem arraigadas de empatia, relacionadas à educação em saúde e processualidade. Apesar de não ser enfermeira, Norma Gill tinha grande interesse em contribuir para o cuidado às pessoas com estomia, em razão de ter vivenciado as dificuldades de ser portadora de uma ileostomia (DIAS, 1998).

Entretanto, mesmo sem capacitação especializada, espera-se que o enfermeiro generalista implemente evidências científicas qualificadas na assistência as pessoas com estomia. Além da capacidade de aplicar o conhecimento teórico e analítico, adquirido durante a graduação, nas disciplinas de clínica médica, clínica cirúrgica, estágios e outras atividades extracurriculares, o enfermeiro precisa alcançar a autonomia do seu aprendizado e o aprimoramento da prática ao longo da vida profissional (SANTOS, 1999).

A reabilitação da pessoa com estomia é fortalecida no pós-operatório tardio, uma vez que o processo de aprendizagem para o autocuidado deve ter suas bases lançadas desde a internação hospitalar. Nessa fase, considera-se que a pessoa com estomia deixará de receber cuidados diretos prestados por profissionais e assumirá o seu próprio cuidado. No entanto, sabe-se que a pessoa com estomia recente atravessa um período de luto, que pode manifestar-se por diferentes comportamentos, entre eles, a falta de envolvimento para a autocuidado. Por essa razão, é oportuno que o enfermeiro da APS incentive a participação da família como componente ativo no cuidado e realize seu primeiro atendimento em consulta de enfermagem (HEY; KRAMA, 2012; OLIVEIRA et al., 2012; ROSADO, et al., 2017).

Nesta atividade em especial, o enfermeiro acolhe o paciente e sua família, realiza avaliação integral, identifica as necessidades e elabora o plano de cuidados com base nas informações coletadas durante a anamnese. As demais consultas serão momentos ímpares para que o enfermeiro verifique a necessidade de permanência ou mudança do planejamento de cuidados. Por outro lado, a consulta de enfermagem pode favorecer o reconhecimento precoce de complicações, contribuir para o aprendizado do autocuidado, auxiliar o paciente e sua família no manejo das dificuldades e contribuir para melhoria da sua qualidade de vida (CADOGAN, 2015).

Outra ferramenta facilitadora para atuação do enfermeiro da ESF é a visita domiciliar que tem como finalidade avaliar as condições de habitação, a dinâmica das relações familiares e a participação da pessoa com estomia nas atividades de vida diária. O acompanhamento, que acontece no âmbito domiciliar, colabora para uma assistência direcionada às necessidades, e ainda reforça princípios de promoção à saúde e prevenção de agravos. Um estudo que implementou um programa com visitas domiciliares regulares supervisionadas por uma equipe multiprofissional teve como resultado uma importante redução na taxa de readmissão hospitalar, diminuindo o custo total com o paciente (SHAFFER et al., 2017).

Dentre objetivos da assistência de enfermagem à pessoa com estomia, seja na fase imediata, mediata ou tardia, independentemente do modelo teórico adotado para o cuidado, destaca-se os principais aspectos: reabilitação física e psicológica, reintegração social, vocacional e sexual, prevenção e/ou detecção de complicações. É primordial que a atuação profissional, por generalistas ou especialistas, esteja embasada na avaliação holística do indivíduo, de modo que a dimensão do cuidar seja compreendida para além do fazer técnico-científico (SANTOS; SAWAIA, 2000).

2 JUSTIFICATIVA

O estudo justifica-se pela escassez de estudos que abordam a assistência de enfermagem à pessoa com estomia na APS. Um processo de busca realizado nos bancos de dados Lilacs, Pubmed, Cinahl, Web of Science e Scopus com seguintes descritores: Estomia; Cuidados de enfermagem; Enfermagem domiciliar; Estratégia Saúde da Família encontrou somente 203 artigos dos últimos cinco anos.

Outros fatores, que expressam a demanda de novos estudos acerca dessa temática, são o aumento do número de casos novos de CCR e o quadro atual da violência urbana no Brasil, os quais colaboram para uma maior incidência de pessoas com estomia na sociedade. Com vistas a auxiliar no manejo das dificuldades durante o processo de adaptação, prevenir complicações e contribuir para adesão ao tratamento, o cuidado à pessoa submetida à cirurgia geradora de estomia deve ser iniciado, quando possível, no período pré-operatório e perdurar até a fase de reabilitação no contexto domiciliar.

O SUS, entendido como um sistema em RAS, determina uma articulação entre os serviços de diferentes níveis de complexidade, por isso após a assistência hospitalar especializada, a pessoa com estomia é encaminhada à APS a fim de garantir a continuidade da assistência à saúde. Contudo, os profissionais da ESF precisam compreender o estomizado como sujeito do seu processo saúde-doença, realizando práticas educativas que promovam sua autonomia. As ações em saúde na APS objetivam facilitar a convivência com a estomia, incentivar o autocuidado e contribuir para a melhoria da qualidade de vida dessas pessoas.

Diante da realidade apresentada e das possíveis ações da Enfermagem para a pessoa com estomia intestinal no contexto da APS, emerge o seguinte questionamento: Qual a percepção dos enfermeiros da ESF sobre o cuidado à pessoa com estomia intestinal e sua família?

A partir dessa indagação, realizou-se esta pesquisa, cujos resultados obtidos contribuem para criar novas concepções e reforçar conceitos, na perspectiva de realizar mudanças e adequações que possam favorecer a assistência integral e humanizada para a pessoa com estomia intestinal, conferindo subsídios aos profissionais que atuam na APS para construção de um plano de assistência que vise a prevenção de complicações e a reabilitação, incluindo a família como elemento importante e facilitador.

3 OBJETIVOS

Abaixo estão os objetivos do estudo.

3.1 OBJETIVO GERAL

Desvelar a percepção dos enfermeiros da Estratégia Saúde da Família sobre a assistência de enfermagem à pessoa com estomia intestinal e sua família.

3.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- a) Caracterizar os enfermeiros que compõem as equipes de saúde da família de acordo com os aspectos demográficos e profissionais;
- b) Identificar o significado do cuidado à pessoa com estomia intestinal e sua família na perspectiva do enfermeiro da atenção primária à saúde;
- c) Investigar a assistência desenvolvida pelos enfermeiros da atenção primária à pessoa com estomia intestinal e sua família;
- d) Identificar a percepção dos enfermeiros sobre sua formação e capacitação para atender o estomizado na Estratégia Saúde da Família.

4 REFERENCIAL TEÓRICO

Como visto até agora, a assistência de enfermagem nos períodos pré e pós-operatório de uma cirurgia geradora de estomia, é de fundamental importância para a aceitação, adaptação e reabilitação do indivíduo. O fato de utilizar um equipamento coletor para as eliminações intestinais na região abdominal faz com que essas pessoas tenham várias dificuldades, principalmente, a integração com o ambiente. A efetivação do cuidado em Enfermagem requer uma construção teórica para fundamentar a prática profissional, promover visibilidade do processo de trabalho, assegurar o respaldo científico da prática clínica e, em pesquisas científicas, estabelecer a compreensão do fenômeno no qual está inserido o objeto de estudo (FAVERO; PAGLIUCA; LACERDA, 2013).

As teorias de enfermagem são baseadas em questionamentos científicos e filosóficos que proporcionam o avanço do corpo de conhecimentos aplicáveis à prática profissional. Os trabalhos das teóricas, desde os tempos de Florence Nightingale, são organizados de acordo com o foco, a relação cliente-enfermeiro e o objetivo da enfermagem. Todas as teorias abordam e descrevem os conceitos do metaparadigma da enfermagem: a pessoa, a saúde, o ambiente e a enfermagem, e a inter-relação desses conceitos justificam a tomada de decisão, fornecem o arcabouço teórico para a sistematização da assistência e constituem as diferentes teorias, com vários resultados e inúmeras aplicabilidades (HICKMAN, 2000).

Escolheu-se, neste estudo, utilizar como base referencial o Modelo Conceitual de Sister Callista Roy, em que o objetivo do cuidado de enfermagem é fornecer condições para a estabilidade com o ambiente e prevenção de perda energética em busca do equilíbrio. Sabe-se que o homem e o ambiente sofrem mudanças, por isso a harmonização entre eles fica constantemente afetada, estimulando a elaboração de respostas. As saídas adaptativas são percebidas em comportamentos que estimam o cumprimento de metas, o crescimento, a reprodução e o domínio. Já as respostas ineficazes são conhecidas pela não sustentação das metas de sobrevivência dificultando a integração da pessoa com o ambiente. Os indivíduos vivenciam comportamentos adaptativos e respostas ineficazes desde a concepção até a morte, mas com os diversos estímulos que o nosso sistema está exposto é possível alcançar um processo de vida integrado, com habilidades e capacidades para criação de estratégias de adaptação ao ambiente (OLIVEIRA; LOPES; ARAÚJO, 2006).

Em 1964, foi lançado o modelo de adaptação como parte do trabalho de graduação de Roy na Universidade da Califórnia. Sua formação acadêmica foi focalizada na saúde da criança, concedendo a percepção de que independentemente do ambiente em que a criança fosse submetida, ela desenvolveria mecanismos de ajustes para manutenção da vida. Incentivada por Dorothy E. Johnson e convicta na necessidade de estabelecer a Enfermagem enquanto profissão Roy desenvolveu sua teoria como um eixo orientador para a prática de Enfermagem (GALBREATH, 2000).

Nessa teoria a pessoa é considerada receptora do cuidado de enfermagem, seja ela, uma comunidade, família ou indivíduo, e ela é percebida como um sistema adaptativo holístico. O ambiente é definido como todas condições, circunstâncias e influências externas e internas que afetam o desenvolvimento e comportamento das pessoas e grupos. A saúde é considerada como um estado e processo de ser e tornar-se uma pessoa total e integrada já que depende do equilíbrio entre a pessoa e o ambiente que estão em constante transformação. A enfermagem tem como meta aumentar as respostas adaptativas e diminuir as respostas ineficazes, promovendo integridade física, qualidade de vida e morte digna, avaliando comportamentos e fatores que influenciam as habilidades adaptativas e os fatores ambientais (MASTERS, 2012).

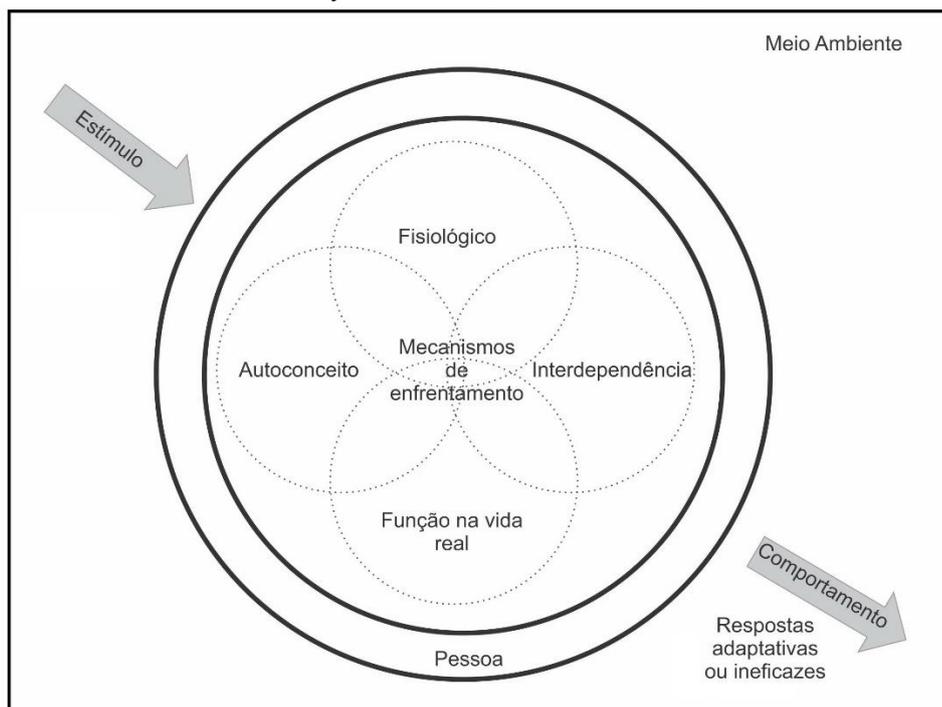
Alguns pressupostos científicos fundamentaram a construção do modelo conceitual de Roy. Harry Helson, psicólogo e fisiologista, contribuiu com seu trabalho sobre os níveis de adaptação, e Von Bertalanffy que conceitualizou a pessoa na perspectiva de um sistema. A veracidade e o humanismo também são premissas filosóficas subjacentes que apoiaram o desenvolvimento da teoria. Em 1968, Roy aplicou seu modelo como base filosófica no currículo do curso de graduação em Enfermagem do Mount Saint Mary's College, em Los Angeles, onde era membro do corpo docente (ROY; ANDREWS, 2001).

Pode-se compreender que o sistema adaptativo da pessoa envolve pequenas partes para formar o conjunto, incluindo entradas, saídas, controles e retroalimentações. O estímulo tem origem no ambiente externo ou ambiente interno (eu) e é entendido como tudo aquilo que desencadeia uma resposta. A maneira como o indivíduo responde ao estímulo caracteriza o seu comportamento, o qual reflete o mecanismo de enfrentamento utilizado. A variação das respostas é exclusiva de cada indivíduo e depende de fatores como o grau de mudanças, as experiências anteriores, o conhecimento, os seus pontos fortes e suas limitações (GALBREATH, 2000).

Os mecanismos de enfrentamento são processos de controle pessoal que podem ser herdados geneticamente ou aprendidos com os processos de imitação, reforço ou insight. Para a manutenção da integridade da pessoa, os mecanismos de enfrentamento agem em conjunto e são influenciados pelo desenvolvimento pessoal. Os quatro modos adaptativos definidos por Roy reúnem todos os pensamentos, emoções e comportamentos do indivíduo, esses diferentes mecanismos de enfrentamento interagem entre si para elaborar uma resposta, sendo que a mudança em um modo pode afetar os outros (GALBREATH, 2000; ROY; ANDREWS, 2001).

O modo de adaptação fisiológico está associado às funções de oxigenação, nutrição, eliminação, proteção e repouso, além de outros processos complexos que envolvem a função endócrina e neurológica. O modo autoconceito envolve aspectos psicológicos e espirituais da pessoa, sendo a integridade psíquica a principal necessidade básica. Os papéis desempenhados por cada um na sociedade referem-se ao modo função na vida real o qual está associado com a integridade social. E por último, o modo interdependência que destaca as relações interpessoais, ou seja, as necessidades afetivas. A máxima aplicação dos mecanismos de enfrentamento proporciona uma melhoria do nível adaptativo gerando mais reações positivas para diferentes estímulos (ROY; ANDREWS, 2001; ISBIR; METE, 2013).

Figura 1. Representação gráfica da pessoa como um sistema, segundo o Modelo de Adaptação de Sister Callista Roy. Uberaba, Minas Gerais, 2018.



Fonte: Adaptada de Roy (2000)

Segundo essa teoria, o profissional de enfermagem faz parte de um sistema de apoio que possui grande importância para o processo adaptativo e a satisfação das necessidades de interdependência do paciente. Quando as mudanças que virão são esclarecidas antes do procedimento cirúrgico, o enfermeiro pode observar o comportamento do paciente, identificar respostas adaptativas ou ineficientes e, assim, direcionar sua abordagem para o modo adaptativo necessário. Os mecanismos de enfrentamento são fortalecidos e as metas de comportamento são alcançadas para promover uma boa reabilitação, diminuir a ansiedade e minimizar o sofrimento em busca do estado de equilíbrio do ser biopsicossocial com o seu meio ambiente (TRABELSI et al., 2017).

Essas diretrizes de trabalho estão todas sistematizadas na aplicação do processo de enfermagem segundo o modelo de adaptação de Roy. As cinco etapas incluem a investigação de comportamentos e estímulos, diagnóstico de enfermagem, estabelecimentos de metas, intervenção e avaliação. A investigação comportamental trata dos modos adaptativos, enquanto a análise dos estímulos identifica fatores que podem desencadear respostas ineficientes. O diagnóstico de enfermagem consiste no relato do problema, as metas são os comportamentos ideais da pessoa, a intervenção é o planejamento de ações para alterar ou controlar os estímulos a que a pessoa está sendo submetida e na avaliação as respostas de saída são comparadas com os comportamentos desejados (ROY; ANDREWS, 2001).

A finalidade desse modelo é encorajar o enfermeiro a refletir sobre os estímulos e mecanismos de enfrentamento vivenciados pelas pessoas, e a partir disso, propor ações para auxiliar o paciente a alcançar uma adaptação bem-sucedida e mantê-la com o apoio profissional e das pessoas ao seu redor. Tendo como objetivo geral desvelar a percepção dos enfermeiros na assistência de enfermagem à pessoa com estomia intestinal, o referencial teórico de Callista Roy permitiu direcionar a abordagem com o sujeito do estudo e o fenômeno que permeia essa vivência no cotidiano da atenção primária. O enfrentamento dos estímulos gerados por indagações acerca dos cuidados de saúde aos pacientes com estomia permitiu o processamento de informações estimulando o subsistema cognato, o qual promove julgamento e emoções, ativa a memória e a atenção seletiva. Esse modelo proporciona a visão holística do indivíduo, propõe uma abordagem sistematizada para a solução de problemas e norteia a investigação estabelecendo uma perspectiva humanizada para a implementação de intervenções.

5 PERCURSO METODOLÓGICO

5.1 NATUREZA DO ESTUDO

Trata-se de um estudo descritivo com abordagem qualitativa, pautado na metodologia do Discurso do Sujeito Coletivo (DSC).

O percurso metodológico traçado permite estabelecer articulação entre o objeto de estudo, o referencial teórico e o método propriamente dito e, com isso, conhecer o processo de cuidado à pessoa com estomia intestinal e sua família, segundo o discurso dos enfermeiros da APS. O desenho do estudo configura-se pertinente uma vez que se pretende obter as diferentes percepções acerca do problema de pesquisa.

Os estudos descritivos têm como finalidade apresentar e descrever de forma organizada as características de determinada população ou do fenômeno em estudo, sem a interferência do pesquisador. Entende-se que o conhecimento das circunstâncias sob as quais acontece o processo saúde-doença da população é fator determinante para assistência integral e de qualidade à saúde (POLIT; BECK, 2011).

As pesquisas qualitativas visam compreender o universo dos motivos, aspirações, valores e atitudes humanas, considerando a existência de uma relação dinâmica entre o sujeito e o mundo real. Esse conjunto de fenômenos humanos são componentes produzidos e impostos pela classe social, religião, escola e trabalho; e ainda, se diferenciam de acordo com as ações, pensamentos e vivências com seus semelhantes. Nessa abordagem, a adoção do recurso para a coleta das informações pode ser por meio de dados secundários (documentos, fotos, relatórios) ou ainda, o mais utilizado, dados primários (grupo focal, entrevistas, observação em campo). O referencial teórico adotado se correlaciona com o objeto de estudo e fundamenta a análise do material coletado na pesquisa (MINAYO, 2008; RICHARDSON et al., 2015).

A mudança social acelerada faz com que, cada vez mais, os pesquisadores desenvolvam a sensibilidade e a criatividade. Trata-se de novas situações em que as metodologias tradicionais (questão e hipótese) não são suficientes para responder aos questionamentos. Dessa forma, é necessário que a pesquisa social faça o caminho inverso, ou seja, ao invés de, partir de teorias e testá-las, desenvolve-se o estudo com base no conhecimento prévio da população, para que, posteriormente, seja elaborado um conceito social comum, e ainda assim esse sofrerá influências do cotidiano e da prática local (FLICK, 2009a).

Dentre as opções teórico-metodológicas em pesquisas qualitativas, o DSC é uma estratégia capaz de organizar, descrever e tabular os dados verbais, transformar as opiniões em entes quantificáveis e construir um discurso-síntese, em terceira pessoa do singular, que reproduz o pensamento compartilhado no campo social pesquisado, resgatando as diferenças e semelhanças entre a Representação Social (RS) dos sujeitos que habitam esse universo (DUARTE; MAMEDE; ANDRADE, 2009).

As pesquisas de RS conseguem saber, com riqueza de detalhes e confiabilidade, o que as coletividades pensam, aferem o grau de compartilhamento das opiniões, e também analisam a distribuição dos pensamentos entre os indivíduos. De fato, para pesquisar ideais semelhantes é necessário coletar o depoimento por meio de pergunta aberta (LEFEVRE; LEFEVRE, 2012).

O DSC é uma ferramenta quali-quantitativa que apresenta o material resultante do trabalho de campo. A dimensão qualitativa é oriunda das falas obtidas nas entrevistas, sendo apresentada sob a forma de um ou vários discursos-síntese, que expressam o pensamento do coletivo; é como se a coletividade fosse a emissora do discurso (LEFEVRE; CRESTANA; CORNETTA, 2003). Por outro lado, o enfoque quantitativo permite expressar, em números, as opiniões compartilhadas. Cada depoimento representa um peso do todo; tal qualidade favorece a apresentação de como as diferentes percepções se distribuem em uma determinada sociedade ou comunidade. Pode-se considerar que a diversidade das ideias centrais e ancoragens tornam-se variáveis quantificadas e associadas (LEFEVRE; LEFEVRE, 2011).

O DSC surgiu como uma solução gerencial para a assistência à saúde do estado de São Paulo e desenvolveu-se como uma proposta metodológica que permite agregar os depoimentos com uso de procedimentos sistemáticos. Ao utilizar essa técnica, resgatamos as opiniões compartilhadas, ou seja, o sujeito do estudo torna-se o veículo capaz de expressar as ideias em comum. O princípio norteador dessa ferramenta é a expressão de ideias, representações e opiniões em comum, identificadas em depoimentos com conteúdos semelhantes, tornando possível o resgate da matriz discursiva no contexto social estudado (LEFEVRE; LEFEVRE, 2011).

É com base nesses conceitos que se pretende compreender as crenças, valores e atitudes dos enfermeiros da APS, em face de suas vivências e experiências com o indivíduo portador de estomia intestinal. Acredita-se que as ações dos profissionais estão intrinsecamente relacionadas com a sua formação, seus pensamentos e o significado atribuído ao cuidado à pessoa com estomia e sua família.

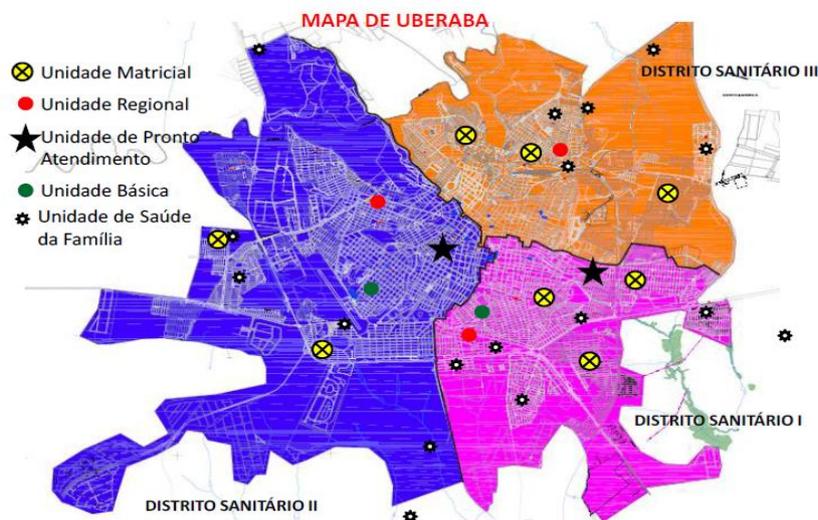
5.2 CENÁRIO DO ESTUDO

A pesquisa foi realizada na APS em Uberaba-MG. Essa cidade originou-se nos primeiros anos do século XIX, durante o processo de exploração e escoamento de minerais preciosos, situando-se às margens de uma rota estratégica entre São Paulo e Goiás. Hoje, essa extensão territorial é conhecida como Triângulo Mineiro, região beneficiada por um grande polo industrial. O município é referência do Triângulo do Sul em Alta Complexidade e sede da Superintendência Regional de Saúde Estadual (PREFEITURA MUNICIPAL DE UBERABA, 2014).

Segundo Brasil (2010) a população estimada para o ano de 2017 em Uberaba/MG era de 328.272 pessoas. Dentre as principais causas de internação por neoplasias nos anos de 2008 a 2012, período contemplado pelo último censo, tem-se que o CCR foi primeira causa de internação, com exceção do ano de 2009 em que predominou a neoplasia maligna de próstata (PREFEITURA MUNICIPAL DE UBERABA, 2014).

A RAS se diferencia em Unidade Básica de Saúde (UBS) porta de entrada do sistema de saúde, Unidade de Saúde de Família (USF) com equipe multiprofissional que presta cuidados básicos à saúde, e, por último, a Unidade Matricial de Saúde (UMS) que promove atendimentos nas áreas das especialidades básicas. Essas unidades são subdivididas em três distritos sanitários (PREFEITURA MUNICIPAL DE UBERABA, 2014).

Figura 2. Mapa da rede de atenção à saúde. Uberaba, Minas Gerais, 2018.



Fonte: Secretaria Municipal de Saúde de Uberaba/MG, 2014.

A atenção primária no município de Uberaba contava, no período da coleta de dados, com duas UBS, 17 USF e nove UMS. Essas unidades abrigavam 54 equipes de saúde da família, sendo que 47 equipes estavam situadas na zona urbana e sete na zona rural. O quadro 1 apresenta a distribuição das equipes:

Quadro 1. Unidades de atenção à saúde distribuídas por distritos sanitários e respectiva quantidade de ESF e enfermeiros. Uberaba, Minas Gerais, 2018.

UNIDADE DE ATENÇÃO A SAÚDE	ESF	ENF
DISTRITO I		
1. UMS Álvaro Guaritá	03	03
2. USF Edison Lopes	01	01
3. USF Julieta Andrade	01	01
4. USF Virilânea Augusta	01	01
5. UMS Maria Teresa	03	03
6. USF Rosa Maria	03	03
7. USF Residencial 2000	02	02
8. UBS Dona Aparecida	03	03
9. UMS Nossa Senhora da Abadia	03	02
10. USF Francisco José/Nana (Rural)	02	01
DISTRITO II		
1. UMS Roberto Abdanur	02	02
2. UBS Planalto	01	01
3. UMS Luís Meneghello	01	01
4. USF Lecir Nunes	02	02
5. USF Sebastião Lima (Rural)	02	01
6. UMS George Chiré	02	02
7. USF Beija Flor	01	01
8. USF Romes Cecílio	02	02
9. USF Fausto Cunha/Eduardo Veloso (Rural)	02	01
10. USF Copacabana	01	-
DISTRITO III		
1. UMS Aluizio Prata	03	03
2. USF Maria de Oliveira	02	02
3. USF Jacob José Pinto	02	02
4. UMS Ézio de Martino	02	02
5. USF Inimá Baroni	01	01
6. USF Norberto Ferreira	02	02
7. UMS Valdemar Junior	03	03
8. USF Palmira Conceição (Rural)	01	01
TOTAL	54	49

Fonte: Secretaria Municipal de Saúde, Uberaba/MG, 2018.

5.3 PARTICIPANTES DO ESTUDO

Participaram da pesquisa 34 enfermeiros vinculados às Equipes de Saúde da Família da zona urbana e rural do município de Uberaba/MG.

Os critérios de inclusão foram os enfermeiros que compõem o quadro de profissionais da ESF e que trabalhavam há, pelo menos, seis meses na ESF. Considera-se que o tempo de experiência nesse contexto é fundamental para o reconhecimento da dinâmica de trabalho na APS e familiaridade com a população adstrita. Identificou-se como perda os enfermeiros que se encontravam afastados das atividades laborais por férias, licença saúde ou maternidade no período da coleta.

Não foi utilizada técnica de amostragem para definição do número de sujeitos participantes da pesquisa. Nesse estudo, toda população foi convidada para a entrevista, dado que o número dos sujeitos é reduzido e possível de ser estudado.

Pesquisas que utilizam o DSC pretendem, ao final do estudo, obter todo o espectro de opiniões possíveis sobre o problema de pesquisa. Por isso, é importante conhecer todas as opiniões existentes no universo em foco, não sendo recomendado parar a coleta de dados no momento em que as ideias se repetem, visto que as opiniões menos compartilhadas ficarão desconhecidas. Além disso, permite conhecer o grau de compartilhamento das ideias e o quanto elas se repetem entre os sujeitos. O DSC é um método que qualifica e quantifica uma ideia, e para isso é preciso possibilitar a participação de toda população no estudo (LEFEVRE; LEFEVRE, 2011).

5.4 COLETA DE DADOS

Considerando a natureza do estudo, optou-se por utilizar, como técnica de coleta de dados verbais, a entrevista semiestruturada, na qual dá-se preferência ao direcionamento temático, porém, existe flexibilidade dos aspectos abordados. As perguntas são elaboradas de acordo com o objetivo da pesquisa e são abertas à opinião do entrevistado. Essa modalidade exige do entrevistador domínio metodológico e cautela para não influenciar as respostas do sujeito (FLICK, 2009b).

Polit e Beck (2011) referem que as entrevistas semiestruturadas podem abarcar tópicos ou aspectos amplos, sendo necessário um guia que norteia a sua realização. Tal entrevista permite esclarecimentos profundos e detalhados acerca do tema em foco. Assim, os roteiros para as entrevistas semiestruturadas deverão ser construídos de forma que sejam capazes de estimular o entrevistado a elencar aspectos primordiais a respeito do fenômeno em estudo e delimitar o que é importante para ele.

Foi utilizado um roteiro (APÊNDICE A) construído, em conjunto, pelas pesquisadoras a fim de orientar as entrevistas semiestruturadas do estudo. O instrumento, composto por três etapas, abordava, primeiramente, a caracterização demográfica, posteriormente, aspectos profissionais e, por último, as seguintes questões norteadoras: O que significa assistir uma pessoa com estomia intestinal para você? Conte-me como acontece a assistência de enfermagem à essa pessoa com estomia intestinal no âmbito da APS. Relate como você percebe sua formação profissional para atender o estomizado intestinal.

Para uma melhor adequação da linguagem e disposição das perguntas durante a entrevista semiestruturada, foram convidados três doutores que trabalham com abordagem qualitativa (APÊNDICE B). A validação de conteúdo se refere à análise minuciosa do instrumento de coleta de dados, para verificar se o instrumento contempla tópicos pertinentes e relevantes acerca dos objetivos da pesquisa, além de considerar a clareza e estrutura semântica das orações.

Após a apreciação dos juízes, foi realizado o aperfeiçoamento do roteiro da entrevista e iniciada a coleta de dados durante os meses de maio e junho de 2018. Para sua realização, foi solicitada à Secretaria Municipal de Saúde (SMS) a lista dos enfermeiros de cada ESF do município e cada profissional foi procurado em sua respectiva unidade de saúde e convidado a participar da pesquisa. Caso o enfermeiro aceitasse e tivesse disponibilidade naquele momento, seria solicitada a assinatura do

Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (APÊNDICE C), e posteriormente, requerido, ao enfermeiro, um espaço, na unidade de saúde, o qual fosse reservado e resguardasse a privacidade. Se não fosse possível naquele momento, seria agendado, outro dia e horário, conforme a disponibilidade do enfermeiro.

As entrevistas aconteceram individualmente e foram aplicadas pela própria pesquisadora, gravadas em formato de áudio, com a finalidade de registrar os depoimentos, facilitar o contato visual entre o entrevistador e entrevistado, e duraram, em média, 7 minutos. O tempo da entrevista mais curta foi de 2 minutos e 35 segundos, e a mais longa durou 18 minutos e 16 segundos. Os profissionais entrevistados foram identificados por números para garantir a confiabilidade e sigilo dos relatos fornecidos.

A coleta de dados foi realizada com 34 enfermeiros das ESF do município. Os entrevistados puderam discorrer a respeito do tema em foco de uma maneira que todas as questões dissertativas foram contempladas. Ressalta-se que, por se tratar de um estudo sem amostra estatística, aqueles sujeitos que não atenderam os critérios de inclusão, estavam afastados ou se recusaram a participar do estudo, não foram repostos.

5.5 ANÁLISE DOS DADOS

As informações referentes à caracterização demográfica e aos aspectos profissionais foram codificadas e catalogadas em um dicionário. Esses dados foram duplamente digitados em uma planilha do Microsoft Office® do Excel® para identificar possíveis erros de digitação e, posteriormente, exportados e analisados no software IBM® SPSS versão 20. As variáveis categóricas foram submetidas à análise descritiva, enquanto, que, para as variáveis numéricas utilizaram-se medidas de posição e dispersão.

Os dados verbais obtidos nas entrevistas foram transcritos na íntegra pela própria pesquisadora, suprimindo qualquer informação que pudesse identificar o entrevistado, e armazenados em mídia digital. Posteriormente, os depoimentos foram tratados de acordo com o método de análise do DSC, estratégia de organização de dados qualitativos. Na técnica, os depoimentos coletados são sistematizados e organizados com uso do DSCsoft®, *software* que auxilia, agiliza e garante maior validade no procedimento de análise dos dados.

5.5.1 Teoria das Representações Sociais

O DSC é um método de análise fundamentado na Teoria das Representações Sociais (TRS). Tal teoria foi delineada a partir dos resultados da obra de Serge Moscovici intitulada *La psychanalyse: son image et son public*, publicada em 1961, na França. Nesse trabalho, o autor estudou a socialização da psicanálise na população de Paris e buscou compreender como o saber científico se enraizava na consciência dos indivíduos, surgindo o conceito de Representação Social.

O principal referencial teórico adotado para estruturação da Teoria foram os estudos desenvolvidos pelo sociólogo Émile Durkheim, que diferenciou os conceitos de representações individuais e coletivas, herança para a psicologia social. De fato, esses termos empregados por Durkheim trouxeram uma ambiguidade e levaram a um grande esforço para o esclarecimento, devido à constatação de que o individualismo tem uma poderosa representação coletiva na sociedade moderna (MOSCOVICI, 2012).

A expressão Representação Social tem formação polissêmica e é entendida de acordo com as investigações de cada autor. Desse modo, as Representações Sociais (RS) retratam o modo de compreender um objeto particular, e também a capacidade de definição do sujeito por meio da sua reprodução mental, a partir das variadas formas de comunicação (MOSCOVICI, 2012).

As RS amparam-se em dois processos cognitivos para haver o processo de familiarização que, segundo Moscovici (1978), são: a ancoragem e a objetivação. A objetivação é a transformação do abstrato em concreto, ou seja, a materialização das abstrações. Já a ancoragem seria a incorporação do desconhecido em uma rede de categorias usuais, em que há uma integração do objeto a um sistema de pensamento preexistente, oferecendo sustentação ao objeto.

Por conseguinte, Denise Jodelet (1989, apud SPINK, 1993) conceitua as RS como formas de conhecimento prático que conectam sujeitos a objetos, sendo que esse conhecimento prático se refere à experiência produzida por esse sujeito, segundo os referenciais e condições em que são pautadas as representações. O compartilhamento dessas crenças contribui para a construção de uma realidade comum a um conjunto social.

A TRS é caracterizada como um conhecimento que o indivíduo possui para dar significado ao mundo, sendo aquele elaborado com base nas interações sociais cotidianas. Refere ainda que essas representações são socialmente elaboradas e partilhadas a partir do universo de cada um, sendo capazes de influenciar a conduta, modificar e edificar uma realidade social. Considera-se que a linguagem corrente revela características e comportamentos existentes na coletividade (OSTI; SILVEIRA; BRENELLI, 2013).

Tal teoria pode ser compreendida como um sistema de interpretação da realidade que decorre da relação entre o sujeito e o objeto-mundo. A realidade social pode ser recriada quando o indivíduo também modifica sua relação com o mundo, orientando, assim, suas práticas e comportamentos (VERGARA; FERREIRA, 2005). Sendo assim, as RS não são idênticas para todos os integrantes da sociedade, pois elas estão sujeitas tanto ao conhecimento popular quanto ao ambiente sociocultural em que os indivíduos estão inseridos. No momento em que as representações sociais são semelhantes para os diversos indivíduos de uma mesma sociedade, há o chamado “senso comum” (MOSCOVICI, 2012; SÁ, 1993).

Segundo Sá (1998), a TRS tem quatro funções primordiais. A primeira do *saber*, quando possibilita a compreensão do universo a partir da sua realidade; a segunda de *orientação*, a qual guia as práticas e os comportamentos; a *identitária*, que auxilia a identificação da especificidade do grupo social; e a *justificadora*, que fundamenta as tomadas de decisões e de comportamentos.

No Brasil, a TRS vem sendo muito utilizada por pesquisadores da Enfermagem, por permitir o uso de várias correntes filosóficas, mediar a linguagem do senso comum, e convergir com a prática da enfermagem, ciência que trata de questões qualitativas, lida com o cuidado humano e considera o conhecimento dos indivíduos frente as diversidades sociais e culturais (DUARTE; MAMEDE; ANDRADE, 2009).

Acredita-se que o estudo proposto se relaciona diretamente com a TRS, por apreciar as representações que os enfermeiros da APS têm em relação ao cuidado da pessoa com estomia intestinal, uma vez que uma representação se constitui a partir de um conjunto de informações, opiniões, crenças e atitudes a respeito de um objeto social. Sabe-se que a pessoa com estomia intestinal apresenta uma diferenciação que a estigmatiza, e as RS dos enfermeiros podem contribuir para um atendimento integral e planejado aos indivíduos portadores dessa deficiência física.

5.5.2 Operadores metodológicos

Na técnica do DSC, o pesquisador analisa o material verbal coletado, extraíndo de cada um desses depoimentos os operadores metodológicos. Para que os depoimentos individuais se tornem pensamentos da coletividade estudada, é importante analisar os dados utilizando as expressões-chave, a ideia central e a ancoragem de forma lógica e coerente (LEFEVRE; LEFEVRE, 2012).

As **expressões-chave** são descrições literais do depoimento que revelam a essência de seu conteúdo, esses segmentos podem ser contínuos ou descontínuos e devem ser destacados pelo pesquisador. Nesse processo de seleção das expressões-chave, são excluídas as informações secundárias e analisado se o entrevistado tem mais de uma opinião sobre o assunto abordado. O investigador precisa realizar uma leitura em profundidade e ser criterioso na realização desse procedimento para que não selecione quase tudo ou quase nada, ambas situações são desfavoráveis para análise do depoimento (LEFEVRE; LEFEVRE, 2012).

A partir dos recortes de fala significativos, identifica-se a **ideia central**, que revela e descreve, de maneira mais sintética e precisa possível, o sentido presente nas respostas analisadas e em cada conjunto homogêneo de expressões-chave. Quando esse agrupamento de expressões-chave semelhantes designa a ideia central, é nomeada “categoria”. As ideias centrais são elaboradas pelo pesquisador utilizando as palavras do entrevistado, podendo haver mais de uma ideia central em um único discurso (LEFEVRE; LEFEVRE, 2012).

A **ancoragem** é a manifestação linguística de uma teoria, crença ou ideologia adotada pelo entrevistado que está embutida no seu discurso como se fosse uma declaração qualquer, mas utiliza uma afirmação genérica para integrar uma situação específica. É oportuno destacar que todos os depoimentos têm uma ou várias ideias centrais; no entanto, apenas alguns depoimentos apresentam, de maneira explícita, as marcas discursivas da ancoragem (LEFEVRE; LEFEVRE, 2012).

O Discurso do Sujeito Coletivo, enquanto figura metodológica, é expresso por um discurso-síntese redigido na primeira pessoa do singular, sustentado pelas representações sociais e composto pelas expressões-chave que pertencem à mesma ideia central ou ancoragem. Desse modo, o pensamento do coletivo sobre o assunto pesquisado na população é conhecido (LEFEVRE; LEFEVRE, 2012).

5.5.3 Atributos quantitativos

As pesquisas de RS têm enfoque quali-quantitativo, isto é, o momento qualitativo é expresso em forma discursiva com base em depoimentos coletados nas entrevistas de profundidade, e o momento quantitativo na transformação das opiniões em dados numéricos. A associação dessas dimensões nesse método permite uma melhor investigação dos resultados obtidos. Os atributos quantitativos do DSC são a intensidade e amplitude (LEFEVRE; LEFEVRE, 2012).

A **intensidade** também pode ser nomeada como força, e se refere ao número ou percentual de sujeitos da pesquisa, que contribuiram com suas expressões-chave ou ancoragens, para a estruturação do discurso-síntese. Essa característica possibilita a identificação do grau de compartilhamento das ideias pelo pesquisador no campo estudado (LEFEVRE; LEFEVRE, 2012).

Já a **amplitude** mede a presença de uma ideia ou representação social, e revela o quanto as ideias estão difundidas entre a população pesquisada. Pode-se dizer que a representatividade quantitativa do método possibilita apresentar, em dados numéricos, as ideias presentes nos discursos. Assim, o pesquisador pode analisar a representação social discriminando o quanto as ideias estão espalhadas e compartilhadas no campo de estudo (LEFEVRE; LEFEVRE, 2012).

5.5.4 Software DSCsoft®

O software foi utilizado a partir da licença de uso profissional adquirida pela pesquisadora, com intuito de sistematizar e tabular os depoimentos, bem como garantir maior validade ao procedimento de análise.

A principal finalidade do DSCsoft® é auxiliar no processamento dos dados verbais nas pesquisas de natureza quali-quantitativa que optam pelo método do DSC. Devido às suas características, o *software* representou um progresso nas pesquisas sociais, pois tornou mais ágil o processamento dos dados e permitiu a análise e recortes do discurso (LEFEVRE; LEFEVRE, 2012).

De fato, o pesquisador constroi um banco de dados com a sensação de estar utilizando basicamente um processador de textos. O programa também permite relacionar os domínios qualitativo e quantitativo, integrando os discursos aos sujeitos sociais a que pertencem. Cabe ressaltar que o DSCsoft® é uma ferramenta facilitadora para o pesquisador, que não supre a necessidade de leitura exaustiva dos depoimentos e da análise dos seus significados (LEFEVRE; LEFEVRE, 2012).

O *software* organiza e armazena todo o procedimento da atividade investigativa e é composto por abas funcionais que permitem quatro funções. O **cadastro**, cuja função é arquivar os dados referentes aos sujeitos da pesquisa, informações sobre a pesquisa e as perguntas de pesquisa; a **análise**, que auxilia no processamento dos discursos, momento em que o pesquisador seleciona as expressões-chave e ancoragens, agrupa as ideias centrais para a criação das categorias, e, em seguida, constrói o DSC; as **ferramentas** que permitem a exportação e importação de dados e resultados de pesquisas; e também a emissão dos **relatórios** que apresentam os resultados fundamentais da pesquisa, a lista dos sujeitos, as análises e categorização por questões e os relatórios quantitativos e qualitativos (LEFEVRE; LEFEVRE, 2012).

5.5.5 Etapas de execução

Para elaboração dos discursos coletivos foram adotadas as seguintes etapas:

- a) Organização dos dados: cadastro da pesquisa, inserção dos dados demográficos e profissionais dos participantes, registro das questões norteadoras do estudo e suas respectivas respostas no programa DSCsoft®.
- b) Identificação das figuras metodológicas: leitura exaustiva e atenta dos depoimentos, seleção das expressões-chave e catalogação das ideias centrais. Nessa etapa identifica-se os trechos que correspondem aos objetivos de pesquisa.
- c) Categorização: realizado agrupamento das expressões-chaves que possuem ideias centrais equivalentes e complementares. As categorias foram elaboradas à luz do referencial teórico de Roy e do objeto de estudo. Após esse procedimento foram emitidos relatórios dos resultados encontrados.
- d) Redação do Discurso-Síntese: elaborado o discurso-síntese para cada categoria temática conforme proposto pela metodologia.

5.6 CONSIDERAÇÕES ÉTICAS

O projeto de pesquisa foi submetido à apreciação do Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da Universidade Federal do Triângulo Mineiro e aprovado sob CAAE nº 79261717.0.0000.5154 (ANEXO A). A coleta dos dados da presente pesquisa foi iniciada somente após a aprovação desse comitê e autorização da SMS de Uberaba (ANEXO B).

Registra-se, ainda, que foram adotados os princípios éticos da Resolução CNS nº 466/2012 do Conselho Nacional de Pesquisa, que dizem respeito à realização de pesquisas com seres humanos. Os participantes foram esclarecidos quanto aos objetivos da pesquisa, liberdade de participação no estudo e o direito de retirar seu consentimento a qualquer instante, bem como a garantia da confidencialidade das entrevistas. Após tais esclarecimentos, foi solicitada assinatura de ciência.

Cabe elucidar que todas as informações colhidas estão sob os cuidados dos pesquisadores, e retornarão, de forma compreensível, à comunidade. É responsabilidade do pesquisador cumprir os prazos estabelecidos e divulgar os resultados em eventos e artigos científicos para a comunidade, com os devidos créditos aos pesquisadores. Também é assegurada a confidencialidade dos depoimentos cedidos ao estudo, guardando-os em arquivo físico ou digital por um período de cinco anos após o término da pesquisa, mantendo, assim, conduta ética.

Os resultados alcançados serão apresentados ao departamento de educação em saúde da SMS e a dissertação enviada para o e-mail de cada ESF. O feedback aos gestores e participantes das pesquisas é indispensável para a socialização do conhecimento, aproximação dos profissionais com a produção científica desenvolvida naquele local e orientação das práticas cotidianas em saúde.

6 RESULTADOS

Os resultados do estudo são apresentados por meio da caracterização dos participantes e categorização temática dos depoimentos que revelaram o conhecimento das percepções, interpretações e particularidades no que tange à assistência de enfermagem às pessoas com estomia intestinal no cenário em foco.

6.1 CARACTERIZAÇÃO DOS PARTICIPANTES DO ESTUDO

Do total de 49 enfermeiros, houve participação, neste estudo, de 34 profissionais que atenderam os critérios de inclusão, o que corresponde a 70% do total de enfermeiros das ESF da zona urbana e rural do município de Uberaba-MG.

Não participaram 15 profissionais, dos quais sete foram perdidos devido ao afastamento do trabalho à época da coleta de dados, e dois por tempo de trabalho inferior a seis meses. Seis profissionais se recusaram a participar do estudo, alegando indisponibilidade de tempo e dificuldade para responder perguntas relacionadas a essa temática.

Cabe ressaltar que, à medida que os enfermeiros encerravam a entrevista, estimulavam os outros enfermeiros da unidade a participarem do estudo, evidenciando-se um ambiente propício para a realização da entrevista. Muitos participantes referiram a importância do acompanhamento da ESF para auxiliar a reabilitação da pessoa com estomia intestinal demonstrando interesse em desenvolver um melhor preparo para assistir a esses pacientes. Além disso, colocavam-se à disposição para qualquer ajuda que fosse necessária e pertinente.

A tabela 1 apresenta a caracterização sociodemográfica e profissional dos enfermeiros das equipes de saúde da família em relação ao sexo, idade, maior titulação, tempo de atuação na APS e participação em algum treinamento ou capacitação sobre a temática.

Tabela 1. Caracterização sociodemográfica e profissional dos enfermeiros das equipes de saúde da família. Uberaba, Minas Gerais, 2018. (n=34)

Variáveis	n	(%)
Sexo		
Feminino	30	88,2
Masculino	4	11,8
Faixa etária (anos)		
20 — 30	10	29,4
30 — 40	17	50,0
40 — 50	7	20,6
Maior titulação		
Graduação	6	17,6
Especialização	19	55,9
Mestrado	9	26,5
Tempo de experiência na atenção primária (anos)		
< 1 ano	6	17,6
01 — 05	19	55,9
05 — 10	6	17,6
> 10 anos	3	8,9
Participação em treinamento sobre o tema		
Sim	13	38,2
Não	21	61,8
TOTAL	34	100

Fonte: Dados da pesquisa, 2018.

Do total de 34 enfermeiros entrevistados, 30 (88,2%) eram do sexo feminino e apenas 4 (11,8%) do sexo masculino.

A idade média foi 33,9 anos, a idade mínima 23 anos, e a idade máxima 49 anos. As idades dos enfermeiros foram reunidas por faixa etária com intervalos de 10 anos, havendo predomínio de 17 (50,0%) profissionais na faixa etária de 30 a 40 anos incompletos, seguido da faixa etária de 20 a 30 anos incompletos com 10 (29,4%) profissionais, perfazendo um total de 79,4% dos enfermeiros participantes.

Em relação à maior titulação acadêmica, 19 (55,9%) enfermeiros possuíam especialização, nove (26,5%) tinham o título de mestre, e seis (17,6%) profissionais eram graduados em enfermagem na época do estudo.

Quanto ao tempo de trabalho na APS, 19 (55,9%) profissionais atuavam de um a cinco anos incompletos na ESF.

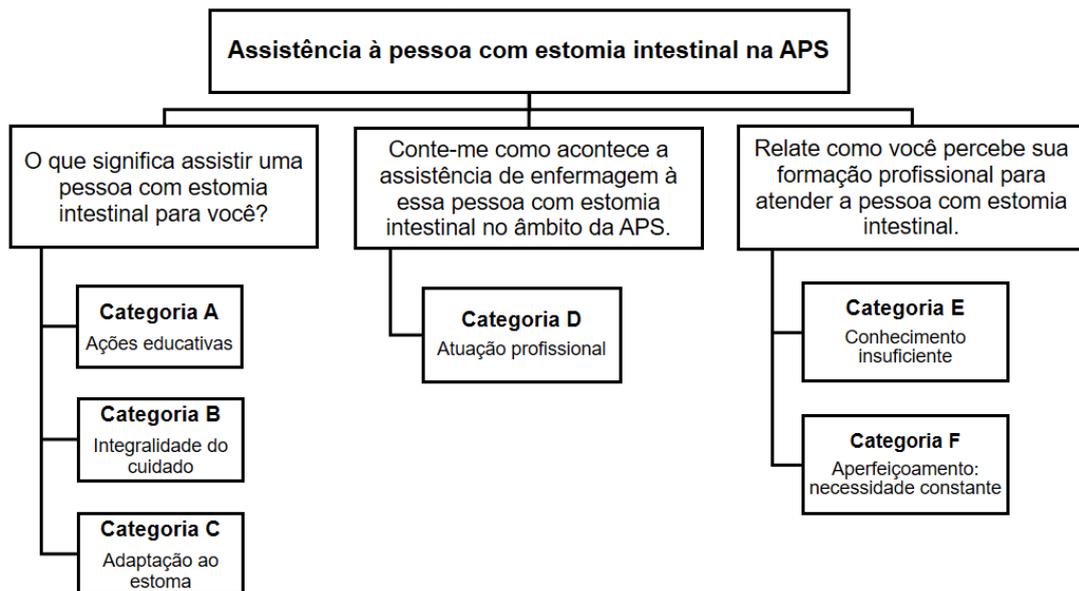
A abordagem da temática em processos educativos ao longo da vivência profissional revelou-se preocupante, 21 (61,8%) enfermeiros afirmaram nunca ter participado de treinamento ou capacitação relacionados ao cuidado à pessoa com estomia intestinal.

6.2 CATEGORIAS TEMÁTICAS

As questões norteadoras geraram depoimentos dos quais depreenderam-se os mais diversos sentidos ao tema proposto. Para compreensão aprofundada dos sentidos emergentes, cada categoria resultou na formulação de um discurso-síntese.

A figura 3 apresenta de forma esquemática as categorias oriundas de cada questão norteadora.

Figura 3. Plano de análise das categorias temáticas. Uberaba, Minas Gerais, 2018.



Fonte: Dados da pesquisa, 2018.

A primeira questão norteadora “O que significa assistir uma pessoa com estomia intestinal para você?” possibilitou gerar 47 expressões-chaves e três categorias cujo teor revela os diferentes significados de assistir a pessoa com estomia intestinal para os enfermeiros da APS.

Quanto ao segundo questionamento, “Conte-me como acontece a assistência de enfermagem à essa pessoa com estomia intestinal no âmbito da APS” identificaram-se 33 expressões-chave e uma categoria sobre a atuação dos enfermeiros.

Já a última pergunta sobre a percepção dos enfermeiros acerca da sua formação profissional encontrou 34 expressões-chaves e duas categorias que expressam a carência de conhecimento acerca do cuidado à pessoa com estomia intestinal e a necessidade de uma constante busca de aperfeiçoamento para proporcionar uma assistência de boa qualidade.

No gráfico apresentado a seguir pode-se observar que a ideia central mais compartilhada entre os enfermeiros diz respeito à atuação profissional na APS, em seguida aquela que revela uma percepção regular acerca de seu conhecimento sobre a temática. É importante lembrar que cada entrevistado pode ter contribuído com mais de uma expressão-chave para a elaboração do DSC.

Figura 4 - Compartilhamento das ideias centrais referentes às questões norteadoras no discurso dos enfermeiros da APS. Uberaba, Minas Gerais, 2018.

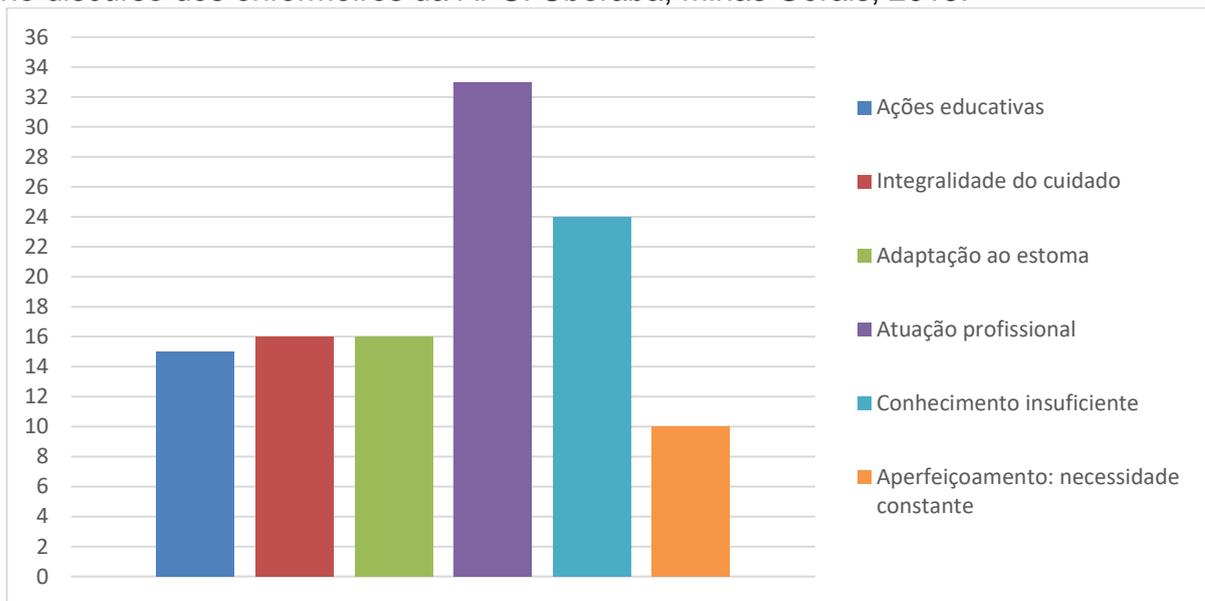


Tabela 2 - Distribuição das expressões-chave para a estruturação do discurso-síntese. Uberaba, Minas Gerais, 2018. (n=34)

	Categorias	n	(%)
A	Ações educativas	15	44
B	Integralidade do cuidado	16	47
C	Adaptação ao estoma	16	47
D	Atuação profissional	33	97
E	Conhecimento Insuficiente	24	70
F	Aperfeiçoamento: necessidade constante	10	30

Fonte: Elaborado pelo autor, 2018.

Dentre os 34 enfermeiros participantes do estudo, 15 citaram a importância da realização de atividades educativas para essa população, 16 reforçaram o desenvolvimento de um cuidado integral e 16 referem contribuir para o processo adaptativo frente às repercussões da estomia intestinal. Apenas 10 participantes consideraram sua formação profissional apropriada, mas destacaram a constante necessidade de se aperfeiçoar.

Revela-se a seguir os discursos-síntese de cada categoria temática, construídos a partir do reagrupamento das expressões-chave correspondentes.

6.2.1 Categoria A: Ações educativas

A categoria temática A: Ações educativas reúne os discursos que remetem à importância da adoção de práticas educativas para a autonomia dos sujeitos. O pensamento coletivo dos entrevistados é composto por 15 expressões-chave e revelado em seguida:

“Significa capacitar a pessoa para realizar o autocuidado [...] minha principal função é ensinar como ela vai cuidar do estoma. Percebo que tem paciente que recebe alta do hospital desinformado sobre suas condições, por isso é necessário realizar o treinamento da pessoa e cuidador para eles aprenderem os cuidados que serão necessários. Quando chegam em casa surgem muitas dúvidas e eles ficam perdidos por isso solicitam muito a minha presença. Acompanhar, orientar e fazer educação em saúde é tão importante quanto realizar a troca da bolsa. Preciso capacitar a família, a pessoa e o cuidador para realizar os cuidados, orientar sobre as novas tecnologias disponíveis e os direitos de acesso aos equipamentos coletores pelo SUS. Nos casos em que o paciente não tem condições de lidar com a estomia preciso orientar a família como realizar o corte da bolsa e o momento ideal de desprezar as fezes para evitar vazamentos, queimaduras na pele e constrangimento. A orientação básica da troca correta da bolsa é importante para evitar lesões na pele, mas o fundamental é conscientizar a pessoa de que ela pode continuar suas atividades normalmente. Acredito que envolve muito mais ações de orientação do que o próprio cuidado. Na atenção básica os profissionais precisam mudar aquela visão hospitalocêntrica empoderando as pessoas para zelarem da sua saúde física e mental. Orientar a pessoa pode facilitar a sua aceitação, estimular a sua capacidade de autocuidado e favorecer um convívio em sociedade. Percebo que, quando a pessoa recebe instrução mais adequada, ela tem menos prejuízos em relação ao estoma. Então, para mim significa capacitar a pessoa com objetivo de deixá-la o mais independente possível.” (Entrevistados 01-03-04-07-08-11-12-17-18-19-20-26-27-31-33).

6.2.2 Categoria B: Integralidade do cuidado

A categoria temática B: Integralidade do cuidado descreve a relevância da assistência integral à saúde do paciente com estomia intestinal. As percepções dos profissionais destacam o acesso a todos os recursos humanos e tecnológicos que o usuário necessita. O cuidado integral pleno é feito com base no ato acolhedor do enfermeiro, no estabelecimento de vínculo e na responsabilização diante do problema de saúde daquele usuário. Essa categoria foi expressa em 16 expressões-chave descritas abaixo:

“Penso primeiramente na humanização, acolhendo e conversando. Vejo essa pessoa como um todo e entendo que essa assistência é muito mais ampla e integral. A estomia é somente uma parte dela que demandará cuidados. Eu acredito que faz parte das atribuições do enfermeiro da atenção primária, devido à necessidade do acompanhamento da pessoa que vem pra casa com algum dispositivo. Independentemente de ser uma pessoa com estomia intestinal ou não, o enfermeiro precisa participar da continuidade do cuidado: acompanhando a evolução, definindo condutas e avaliando. Esse cuidado não é restrito ao estoma. Significa cuidar dos fenômenos emocionais vivenciados pela pessoa envolvendo muito mais o aspecto psicológico que a parte técnica do próprio cuidado. A presença da estomia intestinal afeta diversos domínios, entre eles, psicológico, físico e sexual o que exige muita cautela e empatia com a pessoa. A participação de uma equipe multidisciplinar pode ser um diferencial no apoio e atendimento. Sei que é muito mais que o cuidado físico, envolve muito mais particularidades que precisam ser exploradas. Significa construir um vínculo com o paciente e sua família. Preciso observar como está sendo realizado o autocuidado com a estomia, desde a pele periestomia, sinais de infecção operatória até a autoestima da pessoa. Vejo como um procedimento com maior complexidade porque são pacientes acometidos por problemas emocionais que exigem, primeiramente, um cuidado com a saúde mental e emocional. A assistência acontece de forma intensa; vai muito além da estomia.” (Entrevistados 02-03-04-06-09-10-16-19-21-23-28-29-30-31-33-34).

6.2.3 Categoria C: Adaptação ao estoma

A categoria temática C: Adaptação ao estoma retrata as repercussões da estomia e o impacto sobre o processo adaptativo. Os profissionais destacaram a necessidade de aceitação das mudanças e a tentativa de minimizar as consequências negativas da estomia intestinal. Integram essa categoria 16 expressões-chave.

“Na atenção primária, a pessoa estará em um processo de adaptação com a estomia. Essa fase é muito difícil, porque, após a aquisição do estoma, acontecem muitas mudanças, e o paciente sente vergonha e tem medo de ser um incômodo na vida dos outros. A estomia influencia a autoestima, o relacionamento com o parceiro, com a família e com a própria sociedade. Esse cuidado tem grande importância já que a aceitação das mudanças é bem complicada. O fato de a pessoa com estomia enfrentar um estigma, baixa da autoestima e tristeza sensibiliza toda a equipe para auxiliar a pessoa no enfrentamento das dificuldades com a nova situação, e, muitas vezes, é devido a nãoaceitação do paciente, e, quando acontece isso, não observo progresso no tratamento. Cuidar de uma pessoa com estomia intestinal na atenção primária é totalmente válido porque é uma pessoa que está vulnerável, emocionalmente abalada e exposta a alguns riscos e complicações. A atribuição da equipe de saúde da família é conceder apoio e suporte para o paciente e seus familiares num momento de tantas mudanças. Tive a oportunidade de cuidar de pacientes com estomia na atenção primária e percebo que a tristeza, a dificuldade de aceitar a nova condição e o isolamento são frequentes, tenho que dar uma atenção especial até eles se adaptarem. Nos pacientes que a estomia é por período transitório, são notáveis a motivação para o autocuidado e a expectativa para o retorno do trânsito intestinal, agora no caso dos pacientes com estomia permanente que percebem que o uso do dispositivo coletor será para a vida toda é muito mais difícil elaborar estratégias que promovem adaptação. Significa adquirir um olhar diferenciado, porque, mesmo sem complicação física, ocorrem mudanças que precisam ser superadas. Promover a adaptação é extremamente relevante na atenção primária.” (Entrevistados 02-03-05-08-09-10-11-13-14-24-25-26-27-29-31-32).

6.2.4 Categoria D: Atuação profissional

Essa categoria temática destaca a unificação de ações preventivas, curativas e reabilitadoras ao paciente com estomia intestinal. Na saúde pública, a autonomia dos enfermeiros torna-se mais expressiva em visitas domiciliares e consulta de enfermagem. Essas são ferramentas do processo de trabalho que fundamentam a continuidade do cuidado na APS.

Por pertencerem a mesma categoria profissional e exercerem atividades no mesmo nível de atenção à saúde vivenciam problemas comuns, como a sobreposição de tarefas gerando a sobrecarga de trabalho. De forma geral foi expresso o desejo de estar mais presente no cuidado às pessoas com estomia intestinal, entretanto, o excesso de atividades burocráticas prejudica esse atendimento. O discurso-síntese da categoria D: atuação profissional foi elaborado por 33 expressões-chave.

“A assistência é ofertada por meio de visitas domiciliares e consulta de enfermagem. Elas são realizadas de forma periódica para verificar se os cuidados estão sendo realizados conforme as orientações, se há alguma complicação e se a pessoa tem os materiais necessários para o cuidado. Também esclareço sobre as atividades do PAMPO, projeto referência no atendimento e fornecimento de equipamentos para esses pacientes aqui na região. Priorizo a visita domiciliar para realizar orientações, avaliar a estomia e abordar questões pessoais porque oferece maior privacidade e proporciona a mesma vivência do paciente quando eu utilizo os materiais e a infraestrutura que eles têm disponível. Nas consultas de enfermagem elaboro um plano de cuidado: explico o que é o estoma, as alterações esperadas, os cuidados com a pele, como conseguir os insumos, como deve ser realizada a troca da bolsa, a importância da participação familiar e da manutenção das atividades de vida. Levanto as principais queixas e dificuldades do paciente, realizo avaliação da estomia e ferida operatória e oriento como deve ser utilizada a bolsinha para uma boa fixação. Nos casos que a pessoa tem o estoma há muito tempo faço somente um acompanhamento porque eles (paciente e família) já sabem cuidar. A unidade não tem sala de curativo e expurgo, por isso prefiro fazer visita domiciliar, mesmo sendo difícil me ausentar daqui por causa das atividades burocráticas e atendimento clínico. Se tivesse uma outra realidade com maior número de profissionais, eu me sentiria mais realizada com o trabalho social que exerço dentro da comunidade. O vínculo que é estabelecido com o paciente na atenção primária favorece uma abordagem mais específica e a equipe de saúde se torna uma referência para o paciente e sua família. Percebo que a nossa assistência ajuda muito o paciente a compreender que não é tão difícil assim.” (Entrevistados 01-02-03-04-06-07-08-09-10-11-12-13-14-15-16-17-18-19-20-21-22-23-24-25-26-27-29-31-32-33-34).

6.2.5 Categoria E: Conhecimento insuficiente

A categoria temática E: Conhecimento insuficiente é constituída por 24 expressões-chave. Esse conjunto de enfermeiros referiram ter carência sobre o conteúdo em foco, e por isso, consideram-se inseguros para prestar os cuidados à pessoa com estomia intestinal. Os profissionais também citaram a importância da APS nos tempos em que o processo de desospitalização está cada vez mais frequente.

“Tenho dificuldade para cuidar do paciente com estomia porque meu conhecimento é deficiente sobre esse assunto. Percebo que, assim como esse, alguns assuntos são tratados de forma muito superficial na graduação. Só com a minha formação não me sinto capacitada para assistir uma pessoa com estomia. Aprendi a lidar com o cuidado desses pacientes na prática, quando tive um caso na família. Minha formação foi generalista e hospitalocêntrica. Eu não me sentia preparada para trabalhar em saúde pública. Noto que fui formada para atuar no hospital, conseqüentemente meu conhecimento sobre as atividades do enfermeiro da atenção básica deixa a desejar. O curso de Enfermagem deveria prestigiar a importância da atenção primária ao invés de enaltecer os procedimentos e práticas hospitalares. Com a frequente desospitalização, houve uma mudança no modelo de cuidados e as pessoas estão vindo para casa com diferentes dispositivos, necessitando de orientação e cuidado. Precisava ser um assunto abordado de forma mais ampla, porque não tenho orientação de quais as melhores condutas quando o paciente tem irritação na pele. Oriento de maneira muito superficial e, às vezes, tenho que recorrer a outros profissionais para me sentir segura em assistir os pacientes. Considero que tive somente o embasamento teórico, em momentos pontuais, e isso pode influenciar a qualidade da assistência.”(Entrevistados 01-02-03-05-06-07-10-13-15-16-17-18-19-20-21-22-23-25-26-27-28-30-31-32).

6.2.6 Categoria F: Aperfeiçoamento – necessidade constante

A categoria temática F: Aperfeiçoamento – necessidade constante, retrata em direção oposta, uma minoria, que avalia sua formação de forma positiva. Apesar disso, todos referem uma constante necessidade de capacitação, já que sempre surgem tecnologias e novos membros na equipe. Deste modo, entende-se que a atualização dos enfermeiros da APS favorece a continuidade do atendimento para promover a readaptação da pessoa com estomia e sua família. Esse discurso-síntese foi estruturado por 10 expressões-chaves reveladas a seguir:

“Minha formação foi ótima. Tive a oportunidade de cursar em uma universidade que tem grupo de estomizados e familiares, então eu participava dessas reuniões semanalmente, realizava orientações, fornecia os insumos e prestava os cuidados necessários. Me recorro perfeitamente das aulas sobre esse assunto, a professora era especialista e tratava desse tema com muito amor, me sinto privilegiada. Fui capacitada, enquanto estava na atenção hospitalar, por isso acredito ser importante um treinamento para os profissionais da atenção primária, afinal, somos nós que iremos auxiliar na reabilitação do paciente. Esse assunto foi abordado quando participei do ambulatório de estomizados e do grupo de estudos que discutia diversos temas enriquecendo nossos fundamentos teóricos e práticos. Atualmente a agente comunitária trouxe esse tema para discussão na educação continuada, porque um familiar adquiriu um estoma, e ela identificou a necessidade de estudarmos sobre o assunto. Fiquei muito feliz dela ter a iniciativa e disposição para abordar questões relevantes com tanta propriedade. Depois dessa capacitação, surgiu um paciente com estomia e toda equipe se sentiu apta para assistir aquela pessoa. O embasamento teórico que conquistamos ao longo da nossa formação colabora para a prática, mas, mesmo assim percebo que a capacitação é necessária, já que sempre tem novas tecnologias para conhecer e utilizar. Recentemente eu participei de um curso que me acrescentou muito conhecimento sobre o cuidado da pessoa com estomia, e, depois disso, percebi que é uma questão pouco discutida entre os profissionais da APS, por isso eu acho importante realizar um treinamento com as equipes de saúde da família.”
(Entrevistados 04-08-09-11-12-14-24-29-33-34).

7 DISCUSSÃO

Lombardi e Campos (2018) mostram que, desde os tempos do Brasil colônia, o cuidar é visto como uma vocação própria da essência feminina, desenvolvido em âmbito doméstico com caráter benevolente e sem remuneração. Além disso, a Enfermagem é uma profissão fundamentada por um arcabouço teórico majoritariamente produzido por mulheres. Percebe-se a predominância feminina no exercício da profissão até os dias atuais, como na presente pesquisa, fato que reflete as concepções sociais construídas ao longo da história da Enfermagem.

No que concerne à faixa etária, observa-se que a enfermagem é uma profissão exercida por jovens. Um estudo com representatividade nacional sobre o perfil sociodemográfico da equipe de enfermagem aponta que 61,7% dos trabalhadores têm até 40 anos de idade (MACHADO et al., 2016). Pode-se afirmar que o dado citado se assemelha com o achado nesta pesquisa em que 79,4% dos enfermeiros estão entre 20 e 40 anos de idade.

Quanto à formação complementar, pôde-se constatar que, a maioria dos participantes da pesquisa possuem pós-graduação, assim como, em um estudo realizado na rede básica de saúde em Pelotas no Rio Grande do Sul, onde 90% dos enfermeiros contavam com especialização na área da saúde pública ou saúde da família. Nesse sentido, depreende-se que uma maior qualificação profissional fornece subsídios para um cuidado pautado em evidências científicas (FERMINO et al., 2017).

Em relação ao tempo de trabalho na ESF, percebe-se que 55,8% dos enfermeiros atuam há menos de cinco anos na APS, percentual similar ao estudo de Galavote et al. (2016) no qual cerca de 50% dos enfermeiros trabalhavam de um a quatro anos na equipe, dados que sugerem uma constata rotatividade de profissionais nesse cenário.

Entre os 34 enfermeiros entrevistados, somente 13 afirmaram ter participado de treinamento referente à temática. Neste sentido, torna-se primordial uma contínua capacitação desses profissionais para a atualização e produção do conhecimento. Ressalta-se, inclusive, a mudança de comportamento profissional após a sensibilização acerca da problemática vivenciada pelo estomizado. O cuidar envolve a competência do saber e do fazer, que juntos, fomentam o êxito no processo de reabilitação (MAURÍCIO; SOUZA; LISBOA, 2013).

Na perspectiva de Roy, referencial teórico desse estudo, o ser humano é entendido como um sistema adaptativo e holístico, em que a entrada, acontece por meio de estímulos, que ativam mecanismos reguladores e cognitivos com objetivo de manter o equilíbrio; e as saídas são identificadas pelos comportamentos da pessoa em relação ao ambiente (ROY; ANDREWS, 2001). Esse modelo conceitual trouxe elementos e considerações próprias que fundamentaram a percepção dos enfermeiros sobre a assistência ao paciente com estomia intestinal na APS.

No âmbito da atenção básica, a ESF e seus profissionais, principalmente o Enfermeiro, são considerados pela família que teve um de seus integrantes submetido à confecção da estomia como parte da sua rede social. Para eles o atendimento ofertado pelos profissionais da unidade básica de saúde tem grande destaque, mesmo com dificuldades de acesso, identificam grande relevância no acompanhamento do processo de adoecimento e uma substancial atuação informativa (SIMON et al., 2015).

Tendo em vista que esses profissionais são os principais responsáveis pelo cuidado à pessoa com estomia intestinal, um estudo verificou que a visão dos enfermeiros sobre prática educativa às pessoas com estomia contempla o alcance da autonomia e independência. Para eles, entre todas as ações realizadas, o ensino do autocuidado é o mais relevante. Os enfermeiros, ainda acrescentaram que, o processo educativo depende de uma avaliação inicial dos conhecimentos prévios do paciente, abordagem breve nos primeiros contatos devido à dificuldade de assimilação, e, por último, escuta ativa e empática com troca de vivências para construção de um método dinâmico e transformador (MAURÍCIO et al., 2017).

Dessa forma, um ensaio clínico randomizado com mães de neonatos colostomizados, destacou o impacto de um programa educacional, realizado individualmente e iniciado um dia após a cirurgia. As orientações foram elaboradas em três momentos e envolveram a fisiologia do tubo digestório, a necessidade de uma colostomia, suas complicações, uso da bolsa, controle de infecção, banho, até o futuro da colostomia com o crescimento dos bebês. Como resultado, as mães do grupo experimental tornaram-se mais independentes, com maior capacidade de cuidado e apresentaram redução no nível de ansiedade, estresse e depressão. Em contrapartida, os bebês das mães que pertenciam ao grupo controle, apresentaram, após a alta hospitalar, infecção e discretas queimaduras na pele periestoma. Achado que fortalece a importância da orientação como uma atividade a ser desempenhada pelo enfermeiro nos diferentes níveis de atenção em saúde (GOUDARZI et al., 2016).

Assim sendo, percebe-se que o processo de desenvolvimento do autocuidado faz parte das estratégias educativas do enfermeiro, de maneira que a pessoa e/ou familiar estejam, gradativamente, aptos a realizarem e manterem os cuidados necessários, garantindo autonomia para procederem tomadas de decisão. Educação e saúde se correlacionam, logo, o autocuidado é entendido como resultado de uma assistência de enfermagem qualificada (GALVÃO; JANEIRO, 2013).

De acordo com os enfermeiros da ESF, cuidar do paciente com estomia intestinal significa também vislumbrá-lo como um todo indivisível. Para eles essa assistência deve se pautar no pressuposto de que, além da necessidade física do cuidado, esses usuários também são acometidos por dificuldades psicossociais, e essas, precisam ser privilegiadas. Uma atenção voltada ao cuidado emocional e espiritual é o alicerce para aceitação da nova condição de saúde, independência e retorno as atividades do cotidiano (POLETTO; SILVA, 2013).

Contudo, torna-se cada vez mais desafiador superar uma assistência fragmentada, já que as ações e os serviços da RAS são de diferentes densidades tecnológicas, e a (des)articulação entre os pontos de atenção da rede, em razão da falta de referência e contrarreferência, promovem a descontinuidade do cuidado. Realidade distorcida daquela preconizada pela Política Nacional de Saúde da Pessoa com Deficiência, apontando que essas pessoas devem contar com atenção integral, sistemática e articulada, permanecendo, infelizmente, limitada à uma perspectiva teórico-idealista (MACHADO et al., 2018).

No estudo de Maurício et al. (2017) utilizou-se a triangulação dos dados por meio da observação, entrevista e pesquisa documental. Como resultado, detectou-se contradição na prática dos enfermeiros. Ao mesmo tempo que destacam a importância de uma abordagem global sobre a nova condição de vida, percebeu-se que, geralmente, as ações são centradas em aspectos físicos, principalmente em relação aos cuidados com a estomia e manuseio do equipamento coletor.

Buscando advertir o cuidado biologicista e descontínuo, um estudo fenomenológico com nove portadores de colostomia, destacou que os entrevistados percebem a enfermeira como uma peça fundamental no processo de transição para a nova vida, por isso, o que mais desejam e esperam é um cuidado humanizado e holístico. Mas, para que isso ocorra, não basta os profissionais reconhecerem o impacto de uma estomia, é necessário a promoção de um cuidado que valorize o ser humano nas diferentes dimensões: física, psicológica e social (UMPIÉRREZ, 2013).

O alcance desse pleno estado de saúde, muitas vezes, é considerado utópico, em razão de uma assistência operacionalizada, com enfoque na doença e distante dos princípios fundamentais do SUS. Configura-se, então, desafio emergente para usuários, gestores e profissionais da saúde o aperfeiçoamento de um fluxo condizente com as necessidades de saúde do cliente estomizado no intuito de alcançar a integralidade do cuidado (FIGUEIREDO; ALVIM, 2016).

No que se refere à capacidade de adaptação ao estoma, um estudo identificou os fatores facilitadores para a prática do autocuidado. Aqueles relacionados à pessoa envolvem atribuição de um significado positivo ao estoma, estabilidade psicológica e religiosidade. Entre os condicionantes relacionados à comunidade destacam o recebimento das bolsas coletoras pelo governo, apoio da família e da equipe multiprofissional. Conhecer os mecanismos de enfrentamento das pessoas com estomia pode facilitar a determinação de estratégias pelos enfermeiros possibilitando transformar o processo adaptativo e favorecer a reabilitação (MOTA et al., 2015).

Entretanto, diversas pesquisas mostram que a adaptação requer tempo. Trata-se de uma pausa para vivenciar a dor da perda, rever seus conceitos e encontrar medidas para se recuperar. Após um mês do procedimento cirúrgico, a maioria, ainda não quer ver ou tocar a estomia, sente-se doente, não consegue superar o choque de ter uma estomia e experimentam raiva e preocupação como sentimentos. Mas o apoio emocional, compreensão e a tolerância do profissional frente à tal situação podem auxiliar a superação dessa fase (BARBUTTI; SILVA; ABREU, 2008; SOUZA et al., 2016). Outro elemento significativo da rede de apoio, é a família, e, incluí-la, certamente possibilita o enfrentamento das limitações e o alcance de um processo reabilitatório com maior qualidade de vida às pessoas com estomia intestinal (SALLES; BECKER; FARIA, 2014)

Em consonância ao disposto pela Teoria da Adaptação, os enfermeiros da ESF, participantes da pesquisa, percebem o processo adaptativo como um componente amplo e complexo, permeado por inúmeros desafios, principalmente, para as pessoas com estomia intestinal, uma vez que essas sofrem o impacto de mudanças fisiológicas, psicológicas e sociais. Em virtude disso essa pessoa precisa adaptar-se a nova condição para superá-la, e mesmo dependendo de fatores intrínsecos e extrínsecos a adaptação pode ser alcançada. Compete ao enfermeiro identificar os estímulos que desencadeiam respostas não adaptativas para elaborar estratégias que aprimorem os mecanismos de enfrentamento (MONTEIRO et al., 2016).

Entende-se que o processo de trabalho do enfermeiro no atual cenário da atenção básica é apoiado na consulta de enfermagem, sendo uma prática institucionalizada, de acordo com a demanda da comunidade, e, ainda, pautada em perspectivas normativas. A continuidade do cuidar em Enfermagem tem orientação teórico-metodológica para resolução de problemas por meio de orientação, motivação e treinamento da pessoa com estomia intestinal. Para tanto, nessa fase pós-operatória tardia deverá acontecer o reforço das orientações, prevenção de complicações, resolução de dúvida e reinserção social (SANTOS, 2000; DUTRA et al., 2016).

Há muitos papéis a serem desempenhados pelo enfermeiro para que aconteça o processo adaptativo. A visita domiciliar é outra estratégia de intervenção considerada positiva, pelos usuários da ESF, porque favorece a aproximação dos profissionais no âmbito familiar. Além disso, possibilita, ao Enfermeiro, o mapeamento de risco, a identificação das necessidades de saúde e situações de vulnerabilidade da população. Entretanto, no estudo de Gomes, Fracolli e Machado (2015), constatou-se que a presença do enfermeiro na visita domiciliar, geralmente, decorre de solicitação do usuário, o que sugere sobrecarga de trabalho e grande demanda de atendimento na unidade. Apesar de essa realidade estar presente em diversos cenários, sabe-se que na APS o atendimento domiciliar é precioso, principalmente, para aqueles usuários que necessitam de cuidados complexos, como as pessoas com estomia intestinal.

Em estudo de revisão da literatura que objetivou levantar as práticas exercidas pelos enfermeiros junto às ESF, identificou-se que a consulta de enfermagem foi a prática que mais se destacou entre aquelas realizadas no serviço, com intuito de identificar as necessidades do usuário e (re)definir as prioridades das ações em saúde. Relacionado às práticas desenvolvidas pelos enfermeiros na comunidade, a segunda mais retratada nos estudos foi a visita domiciliar para o estabelecimento de vínculo, conhecimento do seu contexto de atuação e longitudinalidade do cuidado. Assim, percebe-se uma transição do modelo assistencial, antes focado em procedimentos e hoje centrado nas necessidades do usuário, o que significa um desafio para os profissionais da APS (BRABIANI; NORA; SCHAEFER, 2016).

Os enfermeiros gestores percebem uma necessidade de sistematizar a assistência de enfermagem na APS. Nesse sentido, o processo de trabalho terá orientação teórico-metodológica e será a documentação da prática profissional. Apesar de reconhecerem a obrigatoriedade legal, a importância para a organização e

qualidade da assistência, a autonomia e reconhecimento profissional, apontam algumas dificuldades para sua implementação como, o foco do trabalho em atividades burocráticas, sobrecarga e a concepção de que sua aplicabilidade é complexa. Entende-se que essas barreiras impedem a realização de uma prática conforme as diretrizes da Política Nacional da Atenção Básica e podem ser minimizadas com ação conjunta dos órgãos legisladores, possibilitando uma assistência que atenda às necessidades da população, inclusive, da pessoa com estomia (DINIZ et al., 2015).

Atualmente, o governo estima maior participação das enfermeiras no primeiro nível de atenção à saúde e, reitera, que são profissionais fundamentais para o avanço da APS, principalmente, na promoção da saúde e prevenção de doenças. Infelizmente, observa-se que seu papel tem sido de gestora administrativa da assistência, distanciando-se da gênese da Enfermagem, o cuidado. Em um futuro próximo, mediante regulamentação e formação adequada, esses profissionais poderão contribuir, ainda mais, para o acesso universal à saúde (OPAS, 2018).

No que tange à percepção dos enfermeiros sobre sua formação profissional houve predomínio de depoimentos que consideram seu conhecimento insuficiente e consideram que a abordagem dessa temática foi superficial. A causa das dificuldades em realizar o atendimento das pessoas com estomia intestinal pode ser justificada pela carência de conhecimento. Fato que demonstra a necessidade de incentivo ao ensino e pesquisa. Destaca-se que esse resultado encontra consonância com outros estudos nacionais e internacionais em que a habilidade para o cuidado à pessoa com estomia intestinal foi adquirida ao longo da prática profissional, já que vivenciaram um ensino inespecífico desses saberes. Além disso, a maioria também revela escassez de capacitação sobre o assunto (ARDIGO; AMANTE, 2013; DURUK; UÇAR, 2013; OLIVEIRA; LOPES; DECESARO, 2017; SANTOS; CORRÊA; SILVA, 2017)

Sendo assim, torna-se oportuno repensar a maneira como ocorre o ensino de enfermagem para o cuidado às pessoas com estomia intestinal, que, por se tratar de uma situação complexa e cada vez mais presente no cotidiano dos profissionais, necessita de domínio do conhecimento científico, visto que a falta dele pode levar a manipulação incorreta da estomia, provocar complicações e atrasar o processo adaptativo (ARDIGO; AMANTE, 2013). A monitoria acadêmica, por exemplo, é uma estratégia de ensino inovadora que aproxima a graduação da prática profissional, possibilitando ao discente vivenciar diferentes realidades e construir uma visão crítica da sua profissão (FERNANDES et al., 2015; TREVISAN et al., 2013).

Aqueles que perceberam sua formação profissional de maneira positiva, também identificaram demanda de capacitação. Ou seja, os enfermeiros consideram que a formação recebida não atende a todas necessidades de sua atividade profissional, e ainda, reconhecem que a participação nos treinamentos repercute na melhoria da assistência. Esse estudo internacional também identificou a necessidade de maior conhecimento para o tratamento de pessoas com estomia, especialmente os enfermeiros generalistas, os quais enfrentam maiores recomendações para realização de treinamentos (SPIERS et al., 2016). Assim, compreende-se que é fundamental desenvolver uma formação contínua de acordo com a realidade de trabalho a fim de possibilitar a adoção de novos avanços técnicos-científicos e garantir competência profissional (ORTEGA et al., 2015).

Com base nas categorias temáticas que emergiram da análise dos discursos é possível depreender que o autocuidado é traçado como uma meta de comportamento a ser atingida, com isso a adaptação e a reinserção da pessoa com estomia intestinal na sociedade são facilitadas. Para a consecução desse objetivo os enfermeiros trazem como propostas de intervenção a capacitação e a orientação da pessoa e familiares, principalmente na APS, cenário em que a reabilitação se faz presente.

Como limitações do estudo, destaca-se o local da coleta de dados, pelo fato das entrevistas referirem sobre a assistência dispensada às pessoas com estomia intestinal e terem acontecido nos locais de trabalho pode inibir a exposição do depoimento. Apesar de distanciar-se da governabilidade dos pesquisadores, a outra limitação versa sobre às recusas em participar do estudo impossibilitando a coleta de toda população como orienta a metodologia do DSC.

8 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A percepção dos enfermeiros sobre o cuidado às pessoas com estomia intestinal na APS destacou uma concepção holística da assistência, em que os principais componentes são a responsabilização e empatia. Perante os resultados, é possível considerar que a assistência na ESF significa, para os entrevistados, estabelecer vínculo, adotar práticas educativas e elaborar estratégias para minimizar as repercussões negativas da estomia.

Os discursos remetem à importância da educação em saúde para o empoderamento do cuidado, uma vez que a APS tem vivenciado a construção de novas práticas em saúde. Nesse contexto, os profissionais destacam o desafio de superar a fragmentação do cuidado, abordando os aspectos físicos e psíquicos, em busca de promover a adaptação na convivência com a estomia após a alta hospitalar.

Cabe ressaltar que a representação social mais compartilhada entre os sujeitos, diz respeito à execução das práticas assistenciais, os quais revelam um trabalho estratégico e indispensável, frente à falta de material, infraestrutura imprópria e recursos humanos insuficientes, barreiras que, para eles, não impedem o exercício de uma assistência educativa e integral por meio da consulta de enfermagem e visita domiciliar. Todavia, apontam que o trabalho administrativo na APS tem grande destaque, fato que pode comprometer a qualidade da assistência devido à sobrecarga de trabalho.

Outro resultado apreendido relaciona-se à formação dos enfermeiros. A maioria afirmou ter um conhecimento insuficiente do conteúdo em foco e pouca vivência em assistir o portador de estomia intestinal na atenção básica. Apesar disso, alguns avaliaram sua formação de maneira positiva, mas reforçaram a necessidade de ampliar competências, adotar práticas inovadoras e compartilhar o aprendizado.

Desse modo entende-se que os enfermeiros identificaram novas possibilidades e caminhos, de ordem pessoal a fim de se atingir uma atuação profissional mais qualificada e segura; e institucional para garantia do acesso universal e contínuo aos serviços de saúde. Estima-se que a realização desse estudo propicie, aos enfermeiros, reflexão acerca da sua prática assistencial e ofereça subsídios para futuras pesquisas nessa temática, ainda desafiadora para a enfermagem.

REFERÊNCIAS

AGUIAR, J. C. et al. Aspectos sociodemográficos e clínicos de estomizados intestinais provisórios. **Rev. Min. Enferm.**, v. 21, p. e-1013, 2017. Disponível em: <<http://www.reme.org.br/exportar-pdf/1149/e1013.pdf>>. Acesso em: 11 abr. 2018.

ALENCAR, D. C. et al. Reflexões sobre a trajetória política de estomizados no Brasil. **Revista Interdisciplinar**, v. 9, n. 1, p. 234-240, 2016. Disponível em: <<https://revistainterdisciplinar.uninovafapi.edu.br/index.php/revinter/article/view/887>>. Acesso em: 11 abr. 2018.

ALMEIDA, E. J.; SILVA, A. L. Caracterização do Perfil Epidemiológico dos Estomizados em Hospitais da Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal. **Revista Estima**, v. 13, n. 1, p. 11-16, 2015. Disponível em: <<https://www.revistaestima.com.br/index.php/estima/article/view/101/pdf>>. Acesso em: 11 abr. 2018.

ARDIGO, F. S.; AMANTE, L. N. Conhecimento do profissional acerca do cuidado de enfermagem à pessoa com estomia intestinal e família. **Texto & Contexto Enferm**, Florianópolis, v. 22, n. 4, p. 1064-1071, 2013. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/S0104-7072013000400024>>. Acesso em: 10 out. 2018.

BARBIANI, R.; NORA, C. R. D.; SCHAEFER, R. Práticas do enfermeiro no contexto da atenção básica: scoping review. **Rev Latino-Am Enferm**, Ribeirão Preto, v. 24, e2721, 2016. Disponível em: <Práticas do enfermeiro no contexto da atenção básica: scoping review1>. Acesso em: 12 set. 2018.

BARBUTTI, R. C. S.; SILVA, M. C. P.; ABREU, M. A. L. Ostomia, uma difícil adaptação. **Rev SBPH**, Belo Horizonte, v. 11, n. 2, p. 27-39, 2008. Disponível em: <<http://pepsic.bvsalud.org/pdf/rsbph/v11n2/v11n2a04.pdf>>. Acesso em: 20 set. 2018.

BOFF, L. **Saber cuidar: ética do humano-compaixão pela terra**. 20. ed. Petrópolis: Editora Vozes Limitada, 2017. 302 p.

BORAIL, S. A Descriptive Study to Assess Quality of Life in Egyptian Patients With a Stoma. **Ostomy/wound management**, v. 63, n. 7, p. 28-33, 2017.

BRASIL. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. Atenção Primária e Promoção da Saúde. **Coleção progestores para entender a gestão do SUS**. 1.ed. Brasília: CONASS, 2007. 232 p.

BRASIL. Casa Civil. Subchefia para Assuntos Jurídicos. Decreto nº 5.296 de 02 de dezembro de 2004. Regulamenta as leis que dão prioridade de atendimento às pessoas que especifica e estabelece normas gerais e critérios básicos para a promoção da acessibilidade das pessoas portadoras de deficiência. **Diário Oficial da União**, Brasília, 2004. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2004-2006/2004/decreto/d5296.htm>. Acesso em: 12 abr. 2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. Ministério da Saúde. Portaria GM nº 400, de 16 de novembro de 2009. Estabelecer Diretrizes Nacionais para a Atenção à Saúde das Pessoas Ostomizadas no âmbito do Sistema Único de Saúde – SUS. **Diário Oficial da União**, Brasília, 2009. Disponível em: <http://www.ans.gov.br/images/stories/noticias/pdf/p_sas_400_2009_ostomizados.pdf> Acesso em: 10 out. 2017

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. **A construção do SUS**: histórias da reforma sanitária e do processo participativo. 1.ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2006. 300 p. Disponível em: <<http://www.ensp.fiocruz.br/portal-ensp/dihs/publicacao/nossa-producao/livros/1036>>. Acesso em: 10 out. 2017

BRASIL. Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **Brasil em Síntese, 2010**. Disponível em: <<https://cidades.ibge.gov.br/>>. Acesso em: 10 out. 2017

CADOGAN, J. Psychosocial impact of intestinal failure: a familial perspective. **British Journal of Nursing**, v. 24, n. 17, p. S24-S29, 2015.

CARDOSO, D. B. R. et al. Sexualidade de pessoas com estomias intestinais. **Ver. Rene**, v. 16, n. 4, p. 576-585, 2015. Disponível em: <<http://www.periodicos.ufc.br/rene/article/view/2750/2133>>. Acesso em: 11 abr. 2018.

CARVALHEIRO, J. R.; MARQUES, M. C. C.; MOTA, A. A construção da saúde pública no Brasil no século XX. In: ROCHA, A. A. **Saúde Pública**: bases conceituais. São Paulo: Atheneu, 2008. p. 01-14.

CENGIZ, B.; BAHAR, Z. Perceived Barriers and Home Care Needs When Adapting to a Fecal Ostomy: A Phenomenological Study. **Journal of Wound Ostomy & Continence Nursing**, v. 44, n. 1, p. 63-68, 2017.

CESARETTI, I. U. R. et al. Cuidando de pessoas nos períodos pré, trans e pós-operatórios de cirurgias geradoras de estomia. In: SANTOS, V. L. C. G. S.; CESARETTI, I. U. R. **Assistência em estomaterapia**: cuidando de pessoas com estomia. 2. ed. São Paulo: Atheneu, 2015. p. 83-101.

CESARETTI, I. U. R.; LEITE, M.G. Bases que fundamentam o processo de cuidar em estomaterapia. In: SANTOS, V. L. C. G. S.; CESARETTI, I. U. R. **Assistência em estomaterapia**: cuidando de pessoas com estomia. 2. ed. São Paulo: Atheneu, 2015. p. 27-39.

COELHO, A. R.; SANTOS, F. S.; DAL POGGETTO, M. T. A estomia mudando a vida: enfrentar para viver. **Rev. Min. Enferm.**, v. 17, n. 2, p. 258-267, 2013. Disponível em: <<http://www.reme.org.br/artigo/detalhes/649>>. Acesso em: 11 abr. 2018.

DALMOLIN, A. et al. Vídeo educativo como recurso para educação em saúde a pessoas com colostomia e familiares. **Rev. Gaúcha de Enferm.**, v. 37, n. esp., p. e68373, 2016. Disponível em: < <http://seer.ufrgs.br/index.php/RevistaGauchadeEnfermagem/article/view/68373/40824>>. Acesso em: 11 abr. 2018.

DIAS, S. M. Atores do processo globalizado do assistir em Estomaterapia. **Rev. Min. Enferm.**, v. 2, n. 2, p. 68-72, 1998. Disponível em: < <http://bases.bireme.br/cgi-bin/wxislind.exe/iah/online/?IscScript=iah/iah.xis&src=google&base=BDENF&lang=p&nextAction=lnk&exprSearch=25803&indexSearch=ID>>. Acesso em: 11 abr. 2018.

DINIZ, I. A. et al. Percepção dos enfermeiros gestores da atenção primária sobre o processo de enfermagem. **Rev Bras Enferm**, Brasília, v. 62, n. 2, p. 206-213, 2015. Disponível em: < <http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167.2015680204i>>. Acesso em: 05 set. 2018.

DUARTE, S. J. H.; MAMEDE, M. V.; ANDRADE, S. M. O. Opções teórico-metodológicas em pesquisas qualitativas: representações sociais e discurso do sujeito coletivo. **Saúde Soc**. São Paulo, v. 18, n. 4, p. 620-626, 2009. Disponível em: < http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-12902009000400006>. Acesso em: 10 out. 2017

DURUK, N.; UÇAR, H. Staff nurses' knowledge and perceived responsibilities for delivering care to patients with intestinal ostomies: a cross-sectional study. **J Wound Ostomy Continence Nurs**, St Louis, v. 40, n. 6, p. 618-622, 2013.

DUTRA, C. D. et al. Processo de trabalho da Enfermagem na Atenção Primária à Saúde: revisão integrativa. **Rev enferm UFPE on line**, Recife, v. 10, supl. 3, p. 1523-1534, 2016. Disponível em: <<https://periodicos.ufpe.br/revistas/revistaenfermagem/article/viewFile/11094/12549>>. Acesso em: 20 set. 2018.

FARIA, H. P. et al. **Modelo Assistencial e atenção básica à saúde**. 2.ed. Belo Horizonte: NESCON/UFMG, Coopmed, 2010. Disponível em: < <https://ares.unasus.gov.br/acervo/handle/ARES/92> >. Acesso em: 10 out. 2017

FAVERO, L.; PAGLIUCA, L. M. F.; LACERDA, M. R. Cuidado transpessoal em enfermagem: uma análise pautada em modelo conceitual. **Rev. esc. enferm. USP**, São Paulo, v. 47, n. 2, p. 500-5, 2013. Disponível em: < <http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v47n2/32.pdf>>. Acesso em: 27 Ago. 2018.

FERMINO, V. et al. Estratégia Saúde da Família: gerenciamento do cuidado de enfermagem. **Rev. Eletrônica Enferm.**, Goiânia, v. 19, a05, 2017. Disponível em: <<https://www.revistas.ufg.br/fen/article/view/42691>>. Acesso em: 27 ago. 2018.

FERNANDES, N. C. et al. Monitoria acadêmica e o cuidado da pessoa com estomia: relato de experiência. **REME Rev Min Enferm**, Belo Horizonte, v. 19, n. 2, p. 238-241, 2015. Disponível em: < <http://www.reme.org.br/artigo/detalhes/1018>>. Acesso em: 12 set. 2018.

FIGUEIREDO, P. A.; ALVIM, N. A. T. Diretrizes para um Programa de Atenção Integral ao Estomizado e Família: uma proposta de Enfermagem. **Rev. Latino-Am. de Enfermagem**, v. 24, p. e2694, 2016. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rlae/v24/pt_0104-1169-rlae-24-02694.pdf>. Acesso em: 11 abr. 2018.

FLICK, U. Dados verbais. In: FLICK, U. **Introdução à Pesquisa Qualitativa**. 3. ed. Porto Alegre: Artmed, 2009b. p. 141-194.

FLICK, U. Pesquisa Qualitativa: por que e como fazê-la. In: FLICK, U. **Introdução à Pesquisa Qualitativa**. 3. ed. Porto Alegre: Artmed, 2009a. p. 20-38.

GALAVOTE, H. S. et al. O trabalho do enfermeiro na atenção primária à saúde. **Esc. Anna Nery Rev. Enferm.**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 1, p. 90-8, 2016. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/ean/v20n1/1414-8145-ean-20-01-0090.pdf>>. Acesso em: 27 ago. 2018.

GALBREATH, J. G. Callista Roy. In: GEORGE JB. Teorias de Enfermagem: os fundamentos para a prática profissional. 4. ed. Porto Alegre: Artes Médicas Sul, 2000. p.203-224.

GALVÃO, M. T. R. L. S.; JANEIRO, J. M. S. V. O autocuidado em enfermagem: autogestão, automonitorização e gestão sintomática como conceitos relacionados. **REME Rev Min Enferm**, Belo Horizonte, v. 17, n. 1, p. 225-230, 2013. Disponível em: <<http://www.dx.doi.org/10.5935/1415-2762.20130019>>. Acesso em: 12 set. 2018.

GARCIA, P. T. et al. (Org.). A atenção básica à saúde. In: GARCIA, P. T. et al. Saúde e Sociedade. Cadernos de Saúde da Família. São Luís: EDUFMA, 2015. p.49-66.

GOMES, M. F. P.; FRACOLLI, L. A.; MACHADO, B. C. Atenção domiciliar do enfermeiro na estratégia saúde da família. **Mundo Saúde**, São Paulo, v. 39, n. 4, p. 470-475, 2015. Disponível em: <https://www.saocamilo-sp.br/pdf/mundo_saude/155572/A08.pdf>. Acesso em: 20 set. 2018.

GOUDARZI, Z. et al. The effect of educational program on stress, anxiety and depression of the mothers of neonates having colostomy. **J Matern Fetal Neonatal Med**, Londres, v. 29, n. 23, p. 1-4, 2016. Disponível em: <<https://www.tandfonline.com/doi/full/10.3109/14767058.2016.1152242>>. Acesso em: 20 set. 2018.

HABR-GAMA, A.; NETO, A. S.; ARAÚJO, S. E. A. Estomias Intestinais: Aspectos conceituais e técnicos. In: SANTOS, V. L. C. G. S.; CESARETTI, I. U. R. **Assistência em estomaterapia: cuidando de pessoas com estomia**. 2. ed. São Paulo: Atheneu, 2015. p. 41-46.

HEY, A. P.; KRAMA, L. Orientações de Alta a Estomizados Sob a Ótica da Equipe de Enfermagem. **Revista Estima**, v. 10, n. 4, 2012. Disponível em: <<https://www.revistaestima.com.br/index.php/estima/article/view/79>>. Acesso em: 11 abr. 2018.

HICKMAN, J. S. Introdução à Teoria da Enfermagem. In: GEORGE J. B. **Teorias de Enfermagem: os fundamentos para a prática profissional**. 4. ed. Porto Alegre: Artes Médicas Sul, 2000. p.11-20.

INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER JOSÉ ALENCAR GOMES DA SILVA (INCA). Coordenação de Prevenção e Vigilância. **Estimativas 2016: incidência de câncer no Brasil**. Rio de Janeiro: INCA, 2015.

ISBIR, G. G.; METE, S. Experiences with nausea and vomiting during pregnancy in Turkish women based on roy adaptation model: a content analysis. **Asian Nurs Res**, v, 7, n. 4, p. 175-81, 2013. Disponível em: <[https://www.asian-nursingresearch.com/article/S1976-1317\(13\)00059-5/fulltext](https://www.asian-nursingresearch.com/article/S1976-1317(13)00059-5/fulltext)>. Acesso em: 28 Ago. 2018.

JODELET, D. Les Représentations Sociales. Presses Universitaires de France, 1989 apud SPINK, M. J. **O conhecimento no cotidiano: As representações sociais na perspectiva da psicologia social**. São Paulo: Editora Brasiliense, 1993.

KLEIN, D. P.; SILVA, D. M. G. V. Avaliação da educação em saúde recebida pela pessoa com estoma intestinal na perspectiva da clínica ampliada. **Cienc cuid saude [online]**, v. 13, n. 2, p. 262-70, 2014.

LAVRAS, C. Atenção primária à saúde e a organização de redes regionais de atenção à saúde no Brasil. **Saúde Soc.**, v. 20, n. 4, p. 867-874, 2011. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/sausoc/v20n4/05.pdf>>. Acesso em: 11 abr. 2018.

LEFEVRE, A. M. C.; CRESTANA, M. F.; CORNETTA, V. K. A utilização da metodologia do discurso do sujeito coletivo na avaliação qualitativa dos cursos de especialização "Capacitação e Desenvolvimento de Recursos Humanos em Saúde-CADRHU", São Paulo - 2002. **Saúde e Sociedade**, v. 12, n. 2, p. 68-75, jul-dez. 2003. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-12902003000200007>. Acesso em: 10 out. 2017

LEFEVRE, F.; LEFEVRE, A. M. C. **Curso teórico-prático de introdução ao Discurso do Sujeito Coletivo e ao Software Qualiquantisoft**. São Paulo: IPDSC, 2011.

LEFEVRE, F.; LEVEFRE, A. M. **Pesquisa de Representação Social: Um enfoque quali quantitativo**. 2. ed. Brasília: Liber Livro Editora, 2012, 224 p.

LIMA, S. O. et al. Avaliação epidemiológica das vítimas de trauma abdominal em hospital de urgência no estado do Sergipe. **Rev Col Bras Cir**, v. 39, n. 4, p. 302-306, 2012a. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rcbc/v39n4/10.pdf>>. Acesso em: 10 out. 2017

- LIMA, S. O. et al. Avaliação epidemiológica das vítimas de trauma abdominal submetidas ao tratamento cirúrgico. **Rev. Col. Bras. Cir**, v. 39, n. 4, p. 302-306, 2012b. Disponível em: < <http://www.scielo.br/pdf/rcbc/v39n4/10.pdf>>. Acesso em: 11 abr. 2018.
- LOMBARDI, M. R.; CAMPOS, V. P. A Enfermagem no Brasil e os contornos de gênero, raça/cor e classe social na formação do campo profissional. **Revista da ABET**, João Pessoa, v. 17, n. 1, p. 28-46, 2018. Disponível em: < <http://www.periodicos.ufpb.br/index.php/abet/article/viewFile/41162/20622>>. Acesso em: 27 Ago. 2018.
- LOPES, E.; LOPES, M. G. M. Saúde como direito: a viabilidade de dispositivo legal complementar quanto à aplicação dos percentuais constitucionais e a responsabilização dos gestores do SUS. **Tempus Actas de Saúde Coletiva**, v. 7, n. 2, p. 9-32, 2013. Disponível em: < <http://tempusactas.unb.br/index.php/tempus/article/view/1339>>. Acesso em: 13 maio 2018.
- MACHADO, M. H. et al. Características gerais da Enfermagem: o perfil sócio demográfico. **Enferm. Foco**, Brasília, v. 7, p. 9-14, 2016. Disponível em: <<http://revista.cofen.gov.br/index.php/enfermagem/article/view/686/296>>. Acesso em: 27 Ago. 2018.
- MACHADO, W. C. A. et al. Integralidade na rede de cuidados da pessoa com deficiência. **Texto & Contexto Enferm**, Florianópolis, v. 27, n. 3, e4480016, 2018. Disponível em: < <http://www.scielo.br/pdf/tce/v27n3/0104-0707-tce-27-03-e4480016.pdf> >. Acesso em: 12 set. 2018.
- MARTINS, M. L. Princípios do Cuidar de Pessoas com Estomia. In: SANTOS, V. L. C. G. S.; CESARETTI, I. U. R. **Assistência em estomaterapia: cuidando de pessoas com estomia**. 2. ed. São Paulo: Atheneu, 2015. p. 75-82.
- MASTERS, K. Roy Adaptation Model: Sister Callista Roy. In: MASTERS, K. **Nursing Theories: A Framework for Professional Practice**. 2 ed. Sudbury, MA: Jones And Bartlett, 2012. Cap. 10. p. 127-142.
- MATTA, G. C.; MOROSINI, M. V. G. Atenção primária à saúde (Online). **Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio (Org.). Dicionário da Educação Profissional em Saúde**. 2006. Disponível em:<<http://www.epsjv.fiocruz.br/dicionario/verbetes/ateprisau.html>>. Acesso em: 11 abr. 2018.
- MAURÍCIO, V. C. et al. A visão dos enfermeiros sobre as práticas educativas direcionadas as pessoas estomizadas. **Esc Anna Nery Rev Enferm**, Rio de Janeiro, v. 21, n. 4, e20170003, 2017. Disponível em: < http://www.scielo.br/pdf/ean/v21n4/pt_1414-8145-ean-2177-9465-EAN-2017-0003.pdf >. Acesso em: 05 set. 2018.

- MAURICIO, V. C.; SOUZA, N. V. D. O.; LISBOA, M. T. L. Determinantes biopsicossociais do processo de inclusão laboral da pessoa estomizada. **Rev. Bras. Enferm.**, v. 67, n. 3, p. 415-421, 2014. Disponível em: <<http://www.redalyc.org/html/2670/267031414013/>>. Acesso em: 11 abr. 2018.
- MAURICIO, V. C.; SOUZA, N. V. D. O.; LISBOA, M. T. L. O enfermeiro e sua participação no processo de reabilitação da pessoa com estoma. **Esc. Anna Nery Rev. Enferm.**, Rio de Janeiro, v.17, n. 3, p. 416-22, 2013. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/ean/v17n3/1414-8145-ean-17-03-0416.pdf>>. Acesso em: 27 Ago. 2018.
- MENDES, E. V. **A construção social da atenção primária à saúde**. Brasília: Conselho Nacional de Secretários de Saúde–CONASS, 2015. 193 p. Disponível em: <<http://www.saude.go.gov.br/wp-content/uploads/2016/12/a-construcao-social-da-atencao-primaria-a-saude.pdf>>. Acesso em: 11 abr. 2018.
- MENEZES, L. C. G. et al. Prática de autocuidado de estomizados: contribuições da Teoria de Orem. **Rev. Rene**, v. 14, n. 2, p. 301-310, 2013. Disponível em: <http://www.repositorio.ufc.br/bitstream/riufc/11723/1/2013_art_lcgmenezes.pdf> Acesso em: 11 abr. 2018.
- MINAYO, M. C. S. O desafio da pesquisa social. In: MINAYO, M. C. S. **Pesquisa Social: teoria, método e criatividade**. 27. ed. Petrópolis: Vozes, 2008. p. 9-30.
- MIRAND, S. M. et al. Viver com Estomia: Contribuições para a Assistência de Enfermagem. **Rev. Estima**, v. 12, n. 3, p. 33-40, 2014. Disponível em: <<https://www.revistaestima.com.br/index.php/estima/article/view/94>>. Acesso em: 11 abr. 2018.
- MIRANDA, S. M. et al. Caracterização Sociodemográfica e Clínica de Pessoas com Estomia em Teresina. **Revista Estima**, v. 14, n. 1, p. 29-35, 2016. Disponível em: <<https://www.revistaestima.com.br/index.php/estima/article/view/117/pdf>>. Acesso em: 11 abr. 2018.
- MONTEIRO, A. K. C. et al. Aplicabilidade da teoria de Callista Roy no cuidado de enfermagem ao estomizado. **Revista de Enfermagem e Atenção à Saúde**, v. 5, n. 1, 2016. Disponível em: <<http://seer.uftm.edu.br/revistaeletronica/index.php/enfer/article/view/1625/pdf>>. Acesso em: 10 out. 2018.
- MONTEIRO, S. N. C. et al. Perfil de crianças e adolescentes estomizados atendidos de um hospital público do Distrito Federal. **Revista Estima**, v. 12, n. 3, p. 23-32, 2014. Disponível em: <<https://www.revistaestima.com.br/index.php/estima/article/view/93>>. Acesso em: 11 abr. 2018.
- MORAES, J. T. et al. Avaliação da implantação do serviço de atenção à saúde das pessoas estomizadas. **Rev. min. enferm**, v. 21, p. e-1017, 2017. Disponível em: <http://www.reme.org.br/exportar-pdf/1153/en_e1017.pdf>. Acesso em: 11 abr. 2018.

MORAES, J. T. et al. Perfil de pessoas estomizadas de uma região de saúde mineira. **Enfermagem em Foco**, v. 7, n. 2, p. 22-26, 2016. Disponível em: <<http://revista.cofen.gov.br/index.php/enfermagem/article/view/788>>. Acesso em: 11 abr. 2018.

MORAES, J. T. et al. Serviços de atenção ao estomizado: análise diagnóstica no Estado de Minas Gerais, Brasil. **Cad Saúde Coletiva**, v. 22, n. 1, p. 101-108, 2014. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/cadsc/v22n1/1414-462X-cadsc-22-01-00101.pdf>>. Acesso em: 11 abr. 2018.

MOSCOVICI, S. **A representação social da psicanálise**. Rio de Janeiro: Zahar, 1978. 291 p.

MOSCOVICI, S. **Representações Sociais: investigações em psicologia social**. 9. ed. Petrópolis: Vozes, 2012. 408 p.

MOTA, M. S. et al. Facilitadores do processo de transição para o autocuidado da pessoa com estoma: subsídios para Enfermagem. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, v. 49, n. 1, p. 82-88, 2015. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v49n1/pt_0080-6234-reeusp-49-01-0082.pdf>. Acesso em: 11 abr. 2018.

NEVES, A. C. O. J.; CASTRO, E. A. B.; COSTA, S. R. D. Necessidades de cuidados domiciliares de enfermagem após a alta hospitalar no contexto do sus. **Cogitare Enfermagem**, v. 21, n. 4, 2016.

OLIVEIRA, S. K. P. et al. Temas abordados na consulta de enfermagem: revisão integrativa da literatura. **Rev. Bras. Enferm.**, v. 65, n. 1, p. 155-161, Feb. 2012. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672012000100023&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 11 abr. 2018.

OLIVEIRA, T. C.; LOPES, M. V. O.; ARAUJO, T. L. Physiologic mode of Sister Callista Roy adaptation model: reflexive analysis according to Meleis. **Online braz. j. nurs. (Online)**, Niterói, v. 5, n. 1, 2006.

OLIVEIRA, L. N.; LOPES, A. P. A. T.; DECESARO, M. N. Cuidado integral à pessoa estomizada na atenção básica - conhecimento e atuação do enfermeiro. **Ciênc Cuid Saúde**, Maringá, v. 16, n. 3, p. 1-8, 2017. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.4025/cienccuidsaude.v16i3.35998>>. Acesso em: 12 set. 2018.

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DE SAÚDE. **Ampliação do papel dos enfermeiros na atenção primária à saúde**. Washington, D.C: Opas, 2018. Disponível em: <http://iris.paho.org/xmlui/bitstream/handle/123456789/34960/9789275720035_por.pdf?sequence=6>. Acesso em: 10 out. 2018.

ORTEGA, M. C. B. et al. Formação acadêmica do profissional de enfermagem e sua adequação às atividades de trabalho. **Rev Latino-Am Enferm**, Ribeirão Preto, v. 23, n. 3, 404-410, 2015. Disponível em: < http://www.scielo.br/pdf/rlae/v23n3/pt_0104-1169-rlae-23-03-00404.pdf>. Acesso em: 12 set. 2018.

OSTI, A.; SILVEIRA, C. A. F.; BRENELLI, R. P. Representações Sociais – Aproximando Piaget e Moscovici. **Schème - Revista Eletrônica de Psicologia e Epistemologia Genéticas**, Marília, v. 5, n. 1, p. 35-60, 2013. Disponível em: <<http://www2.marilia.unesp.br/revistas/index.php/scheme/article/view/3176>>. Acesso em: 27 Ago. 2018.

PAIVA, C. H. A.; TEIXEIRA, L. A. Reforma sanitária e a criação do Sistema Único de Saúde: notas sobre contextos e autores. **Hist. cienc. saude-Manguinhos**, Rio de Janeiro, v. 21, n. 1, p. 15-36, Mar. 2014. Disponível em: < <http://www.redalyc.org/html/3861/386134010002/>>. Acesso em: 11 abr. 2018.

PAULA, P.R.; MATOS, D. Complicações precoces e tardias nas estomias intestinais e pele periestomia. In: SANTOS, V. L. C. G. S.; CESARETTI, I. U. R. **Assistência em estomaterapia: cuidando de pessoas com estomia**. 2. ed. São Paulo: Atheneu, 2015. p. 311- 44.

PEREIRA, A. S. et al. Percepções dos estomizados intestinais sobre o estoma após cirurgia. **Ciência, Cuidado e Saúde**, v. 14, n. 2, p. 1051-1057, 2015. Disponível em:< <http://periodicos.uem.br/ojs/index.php/CiencCuidSaude/article/view/21692>>. Acesso em: 11 abr. 2018.

PESTANA, A. L.; ERDMAN, A. L.; SOUSA, F. G. M. Emergindo a complexidade do cuidado de Enfermagem ao ser em morte encefálica. **Esc Anna Nery**, v. 16, n. 4, p. 734-740, out-dez. 2012. Disponível em: < http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-81452012000400013>. Acesso em: 10 out. 2017

POLETTI, D.; SILVA, D. M. G. V. Viver com estoma intestinal: a construção da autonomia para o cuidado. **Rev Latino-Am Enferm**, Ribeirão Preto, v. 21, n. 2, 531-538, 2013. Disponível em: < <http://www.revistas.usp.br/rlae/article/view/75954/79449>>. Acesso em: 12 set. 2018.

POLIT, D. F.; BECK, C. T. **Fundamentos de pesquisa em enfermagem: avaliação de evidências para a prática da enfermagem**. 7.ed. Porto Alegre: Artmed, 2011. 670 p.

PREFEITURA MUNICIPAL DE UBERABA. **Plano Municipal de Saúde 2014-2017**, Uberaba: Secretaria Municipal de Saúde, 2014. 157 p. Disponível em: <http://www.uberaba.mg.gov.br/portal/acervo/saude/arquivos/plano_municipal_saude.pdf>. Acesso em: 10 out. 2017

RAMOS, E.M.B.; DINIZ, I.M.O direito à saúde e a ideia de proteção social na constituição federal de 1988: notas iniciais. **Revista Direito em Debate**, v.26, n.48, p. 159-184, dez. 2017. Disponível em: <<https://www.revistas.unijui.edu.br/index.php/revistadireitoemdebate/article/view/5906>>. Acesso em: 13 maio 2018.

RICHARDSON, R. J. et al. Métodos Quantitativos e Qualitativos. In: RICHARDSON, R. J. et al. **Pesquisa social: métodos e técnicas**. 3. ed., São Paulo: Atlas, 2015. p. 70-89.

RODRIGUES, L. B. B. et al. A atenção primária à saúde na coordenação das redes de atenção: uma revisão integrativa. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 19, n. 2, p. 343-352, 2014. Disponível em: < <http://www.scielo.br/pdf/csc/v19n2/1413-8123-csc-19-02-00343.pdf>>. Acesso em: 11 abr. 2018.

ROSADO, S. R. et al. Living well with a stoma: experience report on the preparation of a booklet. **Journal of Nursing UFPE**, v. 11, n. 5, p. 2242-2249, 2017. Disponível em: <http://www.revista.ufpe.br/revistaenfermagem/index.php/revista/article/view/11155/pdf_3304>. Acesso em: 11 abr. 2018.

ROY, C.; ANDREWS, H. A. **Teoria da Enfermagem: O Modelo de Adaptação de Roy**. Lisboa: Instituto Piaget, 2001. 520 p.

SÁ, C. P. de. **A construção do objeto de estudo de pesquisa em representações sociais**. Rio de Janeiro: UERJ, 1998. 110 p.

SÁ, C. P. de. Representações sociais: o conceito e o estado atual da teoria. In: SPINK, M. J. (org). **Conhecimento do cotidiano**. São Paulo: Brasiliense, 1993, p. 19-95.

SALLES, V. J. A.; BECKER, C. P. P.; FARIA, G. M. R. The influence of time on the quality of life of patients with intestinal stoma. **J Coloproctol**, Rio de Janeiro, v. 34, n. 2, 2014. Disponível em: < <http://dx.doi.org/10.1016/j.jcol.2014.02.007>>. Acesso em: 12 set. 2018.

SANTA HELENA, F. G. et al. Atuais diretrizes do rastreamento do câncer colorretal: revisão de literatura. **Rev. AMRIGS**, v. 61, n. 1, p. 76-83, 2017. Disponível em: <http://www.amrigs.org.br/revista/61-01/16_1653_Revista%20AMRIGS.pdf>. Acesso em: 11 abr. 2018.

SANTOS, C. R. S.; CORRÊA, A. C. S.; SILVA, D. Conhecimento de enfermeiras do Programa de Estratégia Saúde da Família sobre estomias intestinais e urinárias. **Revista Estima**, v. 15, n. 3, p. 161-168, 2017. Disponível em: <<https://www.revistaestima.com.br/index.php/estima/article/view/546/pdf>>. Acesso em: 11 abr. 2018.

SANTOS, V. L. C. G. S.; CESARETTI, I. U. R. Evolução da enfermagem em estomaterapia no decorrer de sua história. In: SANTOS, V. L. C. G. S.; CESARETTI, I. U. R. **Assistência em estomaterapia: cuidando de pessoas com estomia**. 2. ed. São Paulo: Atheneu, 2015. p. 01-14.

SANTOS, V. L. C. G. Fundamentação teórico-metodológica da assistência aos ostomizados na área da saúde do adulto. **Rev Esc Enf USP**, v. 34, n. 1, p. 59-63, 2000. Disponível em: < <http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v34n1/v34n1a08.pdf> >. Acesso em: 20 set. 2018.

SANTOS, V. L. C. G.; SAWAIA, B. B. A bolsa na mediação "estar ostomizado" - "estar profissional": análise de uma estratégia pedagógica. **Rev. Latino-am. Enferm.**, v. 8, n. 3, p. 40-50, 2000. Disponível em: <<https://www.revistas.usp.br/rlae/article/download/1464/1499>>. Acesso em: 11 abr. 2018.

SANTOS, V. L. C. Cuidados avançados em estomaterapia: vislumbrando o 3º milênio. III Congresso Brasileiro de Estomaterapia. **Rev. Esc. Enf. USP**, v. 33, n. especial, 1999. Disponível em: <<http://www.ee.usp.br/reeusp/upload/pdf/780.pdf>>. Acesso em: 11 abr. 2018.

SAVIETO, R. M.; LEÃO, E. R. Assistência em Enfermagem e Jean Watson: Uma reflexão sobre a empatia. **Esc. Anna Nery**, v. 20, n. 1, p. 198-202, 2016. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/ean/v20n1/1414-8145-ean-20-01-0198.pdf>>. Acesso em: 11 abr. 2018.

SHAFFER, V. O. et al. Decreasing Hospital Readmission in Ileostomy Patients: Results of Novel Pilot Program. **Journal of the American College of Surgeons**, v. 224, n. 4, p. 425-430, 2017.

SIMON, B. S. et al. "Sempre ajudando em uma coisa ou outra": rede social da família da pessoa com estomia. **Rev Eletrônica Enferm**, Goiania, v. 17, n. 2, p. 3790-378, 2015. Disponível em: <<https://www.fen.ufg.br/revista/v17/n2/pdf/v17n2a21.pdf>>. Acesso em: 12 set. 2018.

SOUZA, M. T. et al. Apoio emocional realizado por enfermeiro ao paciente ostomizado. **Rev Port Enferm Saúde Mental**, Porto, n. esp., p. 49-56, 2016. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.19131/rpesm.0141>>. Acesso em: 12 set. 2018.

SPIERS, J. et al. The treatment experiences of people living with ileostomies: na interpretative phenomenological analysis. **J Adv Nurs**, Oxford, v. 72, n. 11, p. 2662-2671, 2016. Disponível em: <<https://onlinelibrary.wiley.com/doi/pdf/10.1111/jan.13018>>. Acesso em: 05 set. 2018.

STARFIELD, B. **Atenção primária: equilíbrio entre a necessidade de saúde, serviços e tecnologias**. Brasília: UNESCO, Ministério da Saúde, 2002.

TRABELSI F. et al. Les stratégies d'adaptation des patients colostomisés qui vivent une perturbation de l'image de soi après un mois de chirurgie. **Rech. soins infirm.**, Lyon, n. 129, p. 89-103, 2017.

TREVISAN, D. D. et al. Formação de enfermeiros: distanciamento entre a graduação e a prática profissional. **Ciênc Cuid Saúde**, Maringá, v. 12, n. 2, p. 331-337, 2013. Disponível em: <<http://periodicos.uem.br/ojs/index.php/CiencCuidSaude/article/view/19643>>. Acesso em: 12 set. 2018.

UMPIÉRREZ, A. H. F. Viviendo con una ostomía: percepciones y expectativas desde la fenomenología social. **Texto & Contexto Enferm**, Florianópolis, v. 22, n. 3, p. 687-693, 2013. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/S0104-07072013000300015>>. Acesso em: 12 set. 2018.
Acesso em: 12 set. 2018.

VALLE, T. D.; TURRINI, R. N. T.; POVEDA, V. B. Fatores intervenientes para o início do tratamento de pacientes com câncer de estômago e colorretal. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**. Ribeirão Preto, v. 25, e2879, 2017.

VASCONCELOS, Q. L. D. A. Q. et al. Avaliação laboratorial de potenciais doadores de órgãos e tecidos para transplantes. **Rev Rene**, v. 15, n. 2, p. 273-281, mar-abr. 2014. Disponível em: <<http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=324031263012>>. Acesso em: 10 out. 2017

VERA S. O. et al. Sexualidade de pacientes com estomias intestinais de eliminação. **Rev. Cuid. Fund.**, v. 9, n. 2, p. 495-502, 2017. Disponível em:<http://www.seer.unirio.br/index.php/cuidadofundamental/article/view/5451/pdf_1>. Acesso em: 11 abr. 2018.

VERGARA, S. C.; FERREIRA, V. C. P. A representação social de ONGs segundo formadores de opinião do município do Rio de Janeiro. **Revista de Administração Pública**, v. 39, n. 5, p. 1137-1159, 2005. Disponível em: <<http://bibliotecadigital.fgv.br/ojs/index.php/rap/article/view/6582>>. Acesso em: 10 out. 2017

WESTRA, B. L. et al. Effectiveness of wound, ostomy, and continence nurses on agency-level wound and incontinence outcomes in home care. **Journal of Wound Ostomy & Continence Nursing**, v. 40, n. 1, p. 25-53, 2013.

WILD, C. F. et al. Educação em saúde com estomizados e seus familiares: possibilidade para melhor qualidade de vida. **Rev. Enferm. UFSM**, v. 6, n. 2, p. 290-297, 2016. Disponível em:<<https://periodicos.ufsm.br/reufsm/article/view/20071>>. Acesso em: 11 abr. 2018.

ZANATTA, C.; MAGNAGNO, O. A.; BRENNER, D. Experiência histórica de câncer colorretal de centro de referência em oncologia. **Revista Thêma et Scientia**, v. 6, n. 1, p. 194-211, 2016.

ZIONI, F.; ALMEIDA, E. S. Políticas Públicas e Sistemas de Saúde: a reforma sanitária e o SUS. In: ROCHA, A. A. **Saúde Pública**: bases conceituais. São Paulo: Atheneu, 2008. p. 103-118.

APÊNDICES

APÊNDICE A – ROTEIRO DA ENTREVISTA

1 CARACTERIZAÇÃO DEMOGRÁFICA

1.1 Sujeito nº: _____	1.2 Idade: _____ anos completos
1.3 Sexo 1.3.1 Feminino () 1.3.2 Masculino ()	

2 CARACTERIZAÇÃO PROFISSIONAL

2.1 Maior titulação	2.1.1 Graduação ()	2.1.2 Especialização ()
2.1.3 Mestrado ()	2.1.4 Doutorado ()	2.1.5 Pós-doutorado ()
2.2 Tempo de experiência profissional na atenção primária: _____		
2.3 Participou de treinamento/capacitação relacionado à estomia intestinal?		
2.3.1 Sim ()	2.3.2 Não ()	

3 QUESTÕES NORTEADORAS

O que significa assistir uma pessoa com estomia intestinal para você?

Conte-me como acontece a assistência de enfermagem à essa pessoa com estomia intestinal no âmbito da APS.

Relate como você percebe sua formação profissional para atender a pessoa com estomia intestinal.

Agradeço sua valiosa colaboração.

APÊNDICE B – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (VALIDADORES)

TERMO DE ESCLARECIMENTO

JUSTIFICATIVA E OS OBJETIVOS DA PESQUISA: Você está sendo convidada a participar da Validação de Conteúdo do instrumento de coleta de dados do projeto de pesquisa acima citado. Esse estudo tem como objetivo geral desvelar a percepção de enfermeiros da Estratégia Saúde da Família sobre o cuidado à pessoa com estomia intestinal e sua família. Acredita-se que estudo como esse subsidia a construção de um plano de assistência da pessoa com estomia na atenção primária visando a prevenção de complicações e a reabilitação precoce, incluindo a família como elemento importante e facilitador, por isso sua participação é importante.

PROCEDIMENTOS QUE SERÃO REALIZADOS E RISCOS: Caso você aceite participar será necessário verificar se o instrumento contempla os itens necessários para coleta das informações acerca dos objetivos da pesquisa, além da clareza e estrutura semântica das Orações, apontando pontos a serem melhorados, pontos que podem ser suprimidos, e assuntos que deveriam ser abordados e não foram. O instrumento será enviado por e-mail e deverá ser devolvido por e-mail no prazo máximo de 15 dias. Todas as informações são sigilosas e seu nome não será divulgado. Os procedimentos propostos não trazem nenhum risco à vida ou desconforto.

BENEFÍCIOS DIRETOS PARA O PARTICIPANTE: Não há previsão de benefícios diretos por sua participação nessa pesquisa. Embora, acreditamos que indiretamente os resultados obtidos nesse estudo poderão favorecer indiretamente o atendimento nos serviços assistenciais da atenção primária do município, assim como colaborar para ampliação do conhecimento na área da pesquisa.

BASES DA PARTICIPAÇÃO VOLUNTÁRIA, CONFIDENCIALIDADE E CUSTOS: Você poderá obter todas as informações que quiser e poderá não participar da pesquisa ou retirar seu consentimento a qualquer momento, sem qualquer prejuízo. Pela sua participação no estudo, você não receberá qualquer valor em dinheiro, mas terá a garantia de que todas as despesas necessárias para realização deste estudo não serão de sua responsabilidade. Seu nome não aparecerá em qualquer momento do estudo pois você será identificado com um código.

Em caso de dúvida em relação a esse documento, favor entrar em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal do Triângulo Mineiro, pelo telefone (34) 3700-6776.



Ministério da Educação
Universidade Federal do Triângulo Mineiro – Uberaba- MG
Comitê de Ética em Pesquisa - CEP
Rua Madre Maria José, 122 – Abadia - 38025-100- Telefax (034)3700--6776**

Título do Projeto: Assistência à pessoa com estomia intestinal no discurso do enfermeiro da Atenção Primária à Saúde

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE, APÓS ESCLARECIMENTO

Eu, _____, li o esclarecimento acima e compreendi para que serve a validação de conteúdo a qual será minha participação. A explicação que recebi esclarece os riscos e benefícios do estudo. Eu entendi que sou livre para interromper minha colaboração a qualquer momento, sem sofrer qualquer tipo de constrangimento em relação ao pesquisador. Sei que meu nome não será divulgado, que não terei despesas e não receberei dinheiro para participar da validação de conteúdo. Concordo livre e voluntariamente em contribuir com a validação de conteúdo do roteiro da entrevista semiestruturada do estudo “Assistência à pessoa com estomia intestinal no discurso do enfermeiro da Atenção Primária à Saúde”, e recebi uma cópia assinada deste documento.

Uberaba,//.....

Assinatura do voluntário

Documento de Identidade

Assinatura do pesquisador responsável

Assinatura do pesquisador assistente

Contato dos pesquisadores:
 Prof. Dra. Leiner Resende Rodrigues
leiner.r.rodrigues@gmail.com – (34)9-9975-7708

Enfa. Mayla Borges Goulart
maylagoulart@hotmail.com – (34)9-9192-6637

Em caso de dúvida em relação a esse documento, favor entrar em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal do Triângulo Mineiro, pelo telefone (34) 3700-6776.

APÊNDICE C – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (PROFISSIONAL)

TERMO DE ESCLARECIMENTO

Você está sendo convidado(a) a participar do estudo “Assistência à pessoa com estomia intestinal no discurso do enfermeiro da Atenção Primária à Saúde”. O estudo justifica-se pela importância da integralidade do cuidado à pessoa com estomia intestinal e continuidade da assistência de enfermagem na Atenção Primária à Saúde com o propósito de incentivar o autocuidado, reforçar a relevância da participação familiar na reabilitação e recomendar estratégias para melhoria da qualidade de vida das pessoas com estomia intestinal. A pesquisa tem como objetivo geral desvelar as percepções dos enfermeiros da estratégia de saúde da família sobre o cuidado à pessoa com estomia intestinal e sua família, e caso você participe, será necessário responder algumas perguntas relacionadas à temática. O estudo poderá contribuir para a construção de um plano de cuidados que vise contribuir para uma assistência resolutiva, que previna complicações e atenda às necessidades da pessoa com estomia intestinal de forma humanizada e qualificada. A entrevista será gravada e não será feito nenhum procedimento que lhe traga qualquer desconforto, risco à integridade física e moral, bem como prejuízo ao seu vínculo empregatício. Para minimizar o risco de perda de confidencialidade você será identificado com uso de números e seu nome não aparecerá em qualquer momento do estudo. Você poderá obter todas as informações que quiser e poderá não participar da pesquisa ou retirar seu consentimento a qualquer instante. Pela sua participação no estudo, você não receberá qualquer valor em dinheiro, mas terá a garantia de que todas as despesas necessárias para a realização da pesquisa não serão de sua responsabilidade.

Contato dos pesquisadores:

Prof. Dra. Leiner Resende Rodrigues
leiner.r.rodrigues@gmail.com – (34)9-9975-7708

Enfa. Mayla Borges Goulart
maylagoulart@hotmail.com – (34)9-9192-6637

Em caso de dúvida em relação a esse documento, favor entrar em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal do Triângulo Mineiro, pelo telefone (34) 3700-6776.



Ministério da Educação
Universidade Federal do Triângulo Mineiro – Uberaba- MG
Comitê de Ética em Pesquisa - CEP

Título do Projeto: Assistência à pessoa com estomia intestinal no discurso do
 enfermeiro da Atenção Primária à Saúde

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE, APÓS ESCLARECIMENTO

Eu, _____, li e/ou
 ouvi o esclarecimento acima e compreendi para que serve o estudo e a quais
 procedimentos serei submetido. A explicação que recebi esclarece os riscos e
 benefícios do estudo. Eu entendi que sou livre para interromper minha participação a
 qualquer momento, sem justificar minha decisão e que isso não afetará meu vínculo
 empregatício. Sei que meu nome não será divulgado, que não terei despesas e não
 receberei dinheiro para participar do estudo. Concordo em participar do estudo,
 “Assistência à pessoa com estomia intestinal no discurso do enfermeiro da Atenção
 Primária à Saúde”, e receberei uma via assinada desse documento.

Uberaba,/...../.....

 Assinatura do Voluntário

 Pesquisador responsável

 Pesquisador assistente

Contato dos pesquisadores:
 Prof. Dra. Leiner Resende Rodrigues
leiner.r.rodrigues@gmail.com – (34)9-9975-7708

Enfa. Mayla Borges Goulart
maylagoulart@hotmail.com – (34)9-9192-6637

Em caso de dúvida em relação a esse documento, favor entrar em contato com o Comitê de Ética em
 Pesquisa da Universidade Federal do Triângulo Mineiro, pelo telefone (34) 3700-6776.

ANEXOS

ANEXO A – APROVAÇÃO DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: PERCEPÇÕES DA ASSISTÊNCIA ÀS PESSOAS COM ESTOMIA INTESTINAL NO DISCURSO DO ENFERMEIRO DA ATENÇÃO BÁSICA

Pesquisador: Leiner Resende Rodrigues

Área Temática:

Versão: 1

CAAE: 79261717.0.0000.5154

Instituição Proponente: Universidade Federal do Triângulo Mineiro

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 2.396.109

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Trata-se de um estudo descritivo, transversal, com abordagem qualitativa, pautado na metodologia do Discurso do Sujeito Coletivo (DSC).

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Todos os termos de apresentação obrigatória foram apresentados adequadamente.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

De acordo com as atribuições definidas na Resolução CNS 466/12 e norma operacional 001/2013, o colegiado do CEP-UFTM manifesta-se pela aprovação do protocolo de pesquisa proposto, situação definida em reunião do dia 17/11/2017.

Considerações Finais a critério do CEP:

A aprovação do protocolo de pesquisa pelo CEP/UFTM dá-se em decorrência do atendimento à Resolução CNS 466/12 e norma operacional 001/2013, não implicando na qualidade científica do mesmo.

Conforme prevê a legislação, são responsabilidades, indelegáveis e indeclináveis, do pesquisador responsável, dentre outras: comunicar o início da pesquisa ao CEP; elaborar e apresentar os relatórios parciais (semestralmente) e final. Para isso deverá ser utilizada a opção 'notificação' disponível na Plataforma Brasil.

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

UBERABA, 23 de Novembro de 2017

Assinado por:

Alessandra Cavalcanti de Albuquerque e Souza
(Coordenador)

ANEXO B – AUTORIZAÇÃO DA SECRETARIA DE SAÚDE DE UBERABA



Sistema
Único de
Saúde

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE

Departamento de Gestão de Pessoal
Seção de Educação em Saúde



INFORMAÇÃO Nº 017/2017

Uberaba, 20 de outubro de 2017.

Senhor Secretário,

Chega a este Departamento a solicitação de autorização para realização de projeto de pesquisa:

Instituição de ensino: UFTM

Curso: Programa de Pós-Graduação em Atenção em Saúde.

Título: “Percepções da assistência às pessoas com estomia intestinal no discurso do enfermeiro da atenção básica”.

Local de realização: Equipes de Saúde da Família do município de Uberaba.

Objetivo: Desvelar as percepções dos enfermeiros da estratégia de saúde da família sobre o cuidado à pessoa com estomia intestinal e sua família.

Justificativa: O presente estudo justifica-se pela possibilidade do enfermeiro da atenção básica cuidar do estomizado intestinal, incentivar o autocuidado e melhorar a qualidade de vida dessas pessoas, uma vez que o atendimento pode influenciar diretamente na atenção integral à saúde, importante princípio do SUS.

Metodologia: O estudo será desenvolvido pela mestranda durante o período de 12 meses. A coleta de dados será realizada por meio de informações disponibilizadas pelos enfermeiros em entrevista semiestruturada, depois de assinado o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

Comitê de Ética em Pesquisa: A ser encaminhada ao Comitê de Ética em Pesquisa.

A pesquisadora deverá trazer a essa Seção de Educação em Saúde o parecer de aprovação do CEP para iniciar a pesquisa e, após a conclusão da mesma, trazer uma cópia e apresentar os resultados como forma de socialização do conhecimento e fortalecimento das práticas cotidianas do trabalho em saúde no SUS.

Viviane M. Bartonelli

Viviane Miranda Bartonelli
Seção de Educação em Saúde
Matrícula 19411-0

Às considerações do Secretário Municipal de Saúde.

Deferido
 Indeferido

Luiz José de Souza Neto
Luiz José de Souza Neto
Secretário Municipal de Saúde
Decreto 008/2017

Ciente do solicitante: *Maíra Borges Loureiro*
Leiner Resende Rodrigues – CPF 025.964.666-77
Data: 20/10/2017.