



**UNIVERSIDADE DE CRUZ ALTA**

**UNIVERSIDADE REGIONAL DO NOROESTE DO ESTADO  
DO RIO GRANDE DO SUL**

**PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO *STRICTO SENSU* EM  
ATENÇÃO INTEGRAL À SAÚDE**

**SABERES E PRÁTICAS DE CUIDADO AO ESTOMIZADO NA  
REDE DE ATENÇÃO À SAÚDE**

**Mariana Fröhlich Alievi**

**Ijuí/RS, Brasil  
2019**

# **SABERES E PRÁTICAS DE CUIDADO AO ESTOMIZADO NA REDE DE ATENÇÃO À SAÚDE**

**Por**

**Mariana Fröhlich Alievi**

Dissertação de Mestrado apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Atenção Integral à Saúde, da Universidade de Cruz Alta (UNICRUZ, RS), em associação ampla à Universidade Regional do Noroeste do Estado do Rio Grande do Sul (UNIJUI, RS), como requisito parcial na obtenção do grau de Mestre em Atenção Integral à Saúde

**Orientadora:** Prof.<sup>a</sup> Dr.<sup>a</sup> Adriane Cristina Bernat Kolankiewicz  
**Coorientadora:** Prof.<sup>a</sup> Dr.<sup>a</sup> Marli Maria Loro

Ijuí/RS, Brasil

2019

Catálogo na Publicação

A398s

Alievi, Mariana Fröhlich.

Saberes e práticas de cuidado ao estomizado na rede de atenção à saúde / Mariana Fröhlich Alievi. – Ijuí, 2019.

146 f.: il. ; 30 cm.

Dissertação (mestrado) – Universidade de Cruz Alta / Universidade Regional do Noroeste do Estado do Rio Grande do Sul (Campus Ijuí).  
Atenção Integral à Saúde.

"Orientadora: Adriane Cristina Bernat Kolankiewicz."

"Coorientadora: Marli Maria Loro"

1. Assistência integral à saúde. 2. Estomia. 3. Enfermagem. 4. Educação em saúde. I. Kolankiewicz, Adriane Cristina Bernat. II. Loro, Marli Maria. III. Título.

CDU: 616-083

Eunice Passos Flores Schwaste  
CRB10/2276

UNIVERSIDADE DE CRUZ ALTA E UNIVERSIDADE REGIONAL DO NOROESTE DO  
ESTADO DO RIO GRANDE DO SUL

PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO STRICTO SENSU EM  
ATENÇÃO INTEGRAL À SAÚDE

A Comissão Examinadora, abaixo assinada,  
aprova a Dissertação de Mestrado

SABERES E PRÁTICAS DE CUIDADO AO ESTOMIZADO  
NA REDE DE ATENÇÃO À SAÚDE

elaborada por:

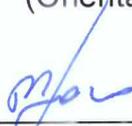
**MARIANA FRÖHLICH ALIEVI**

Como requisito parcial para a obtenção do grau de  
**Mestre em Atenção Integral à Saúde**



---

Profª. Drª. Adriane Cristina Bernat Kolankiewicz  
(Orientadora)



---

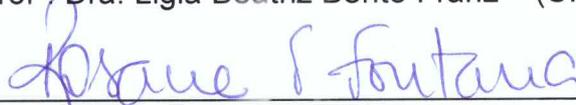
Profª. Drª. Marli Maria Loro  
(coorientadora)

COMISSÃO EXAMINADORA



---

Profª. Dra. Lígia Beatriz Bento Franz – (UNIJUÍ)



---

Profª. Drª. Rosane Teresinha Fontana - (URI)



---

Profª. Drª. Eva Teresinha de Oliveira Boff - (UNIJUÍ)

## SABERES E PRÁTICAS DE CUIDADO AO ESTOMIZADO NA REDE DE ATENÇÃO À SAÚDE

Mestranda: Mariana Fröhlich Alievi  
Orientadora: Dra Adriane Cristina Bernat Kolankiewicz  
Coorientadora: Dra Marli Maria Loro

### Resumo

**Introdução:** as mudanças sociodemográficas, econômicas e epidemiológicas promoveram o aumento da expectativa de vida populacional, associado ao número elevado de doenças crônicas não transmissíveis, que contribui para o aumento dos estomizados no Brasil por câncer colorretal. Portanto, é importante a atenção das equipes de saúde e avaliar a qualidade de vida dos estomizados, pois os mesmos têm sua vida modificada com alterações físicas, emocionais e sociais. Neste sentido, destaca-se a preocupação de como este sujeito é atendido na rede de atenção a saúde. **Objetivos gerais:** avaliar a Qualidade de Vida, a Autoeficácia Geral Percebida e o nível de ansiedade e depressão de pacientes estomizados; conhecer as ações de cuidado efetivadas aos estomizados, nos diversos pontos de atenção à saúde que compõe a rede de atenção a saúde; descrever a percepção de enfermeiros acerca da atenção em saúde ao paciente estomizado e implementar uma ação educativa, pautada na pesquisa convergente assistencial com enfermeiros que integram a rede de atenção a saúde. **Método:** estudo desenvolvido em duas etapas. A primeira etapa utilizou-se metodologia quanti-qualitativa. Foram entrevistados pacientes estomizados por câncer colorretal vinculados a secretaria municipal de saúde, nos seus domicílios, questionários com questões abertas e instrumentos para avaliação da qualidade de vida, autoeficácia geral percebida e nível de ansiedade e depressão. As entrevistas foram realizadas em local reservado. A análise estatística dos instrumentos foi realizada no *Statistical Package for the Social Sciences*, versão 2.1 for windows, estatística descritiva por tendência central (média ou mediana) e de dispersão (desvio padrão e intervalo de confiança de 95%). A confiabilidade dos instrumentos foi analisada pelo Alfa de Cronbach. Entrevistado também enfermeiros que assistem os pacientes estomizados na rede de atenção a saúde, portanto enfermeiros atuantes na atenção primária em saúde e de um hospital geral porte IV, com questões abertas. As entrevistas foram gravadas, transcritas e analisadas. Na segunda etapa foi realizado uma oficina educativa com os enfermeiros da rede de atenção a saúde a partir dos resultados do estudo na modalidade de pesquisa convergente assistencial. **Resultados:** os estomizados apresentaram bons escores de qualidade de vida nos domínios relações sociais, psicológico, meio ambiente e físico, assim respectivamente, autoeficácia geral percebida e nível de ansiedade e depressão satisfatórios em análise estatística. Quanto as ações dispensadas ao estomizado, recebe orientações pré e pós operatório parcialmente, não é referenciado e contra referenciado na rede de atenção a saúde, tem dificuldades de acessar a atenção primária em saúde e há a centralização do cuidado em apenas uma unidade de saúde com enfermeiro especialista em estomaterapia. Na atividade educativa pautada na pesquisa convergente assistencial identificou-se dificuldades em descrever o itinerário terapêutico, inexistência de referência e contra referência do estomizado por parte dos

enfermeiros da rede de atenção a saúde. Destacou-se fragilidade no conhecimento teórico e prático referente ao cuidado ao estomizado, com necessidade de treinamentos periódicos do tema. Como produtos elencados pelos participantes após a atividade educativa forma definidos: estabelecer protocolo de referência e contra-referência, transferir o paciente para unidade de referência por telefone agendando a próxima consulta, criado grupo grupo no watss no intuito de passar o paciente para a unidade por meio de aplicativo telefônico e capacitação aos enfermeiros da rede de atenção a saúde. **Considerações finais:** esta pesquisa possibilitou identificar que pacientes estomizados tem qualidade de vida, autoeficácia geral e baixo nível de ansiedade e depressão. A partir da ação educativa por meio da pesquisa convergente assistencial, também foi possível demonstrar que os enfermeiros identificaram as suas fragilidades no cuidado em geral ao estomizado, dificuldade de organização do fluxo deste paciente na rede e a inexistência de referência e contra referência. Que é necessário mais conhecimento, capacitação por meio de educação continuada das instituições de saúde referente a este tema, por identificarem não ser uma prática diária de todos enfermeiros em geral.

**Descritores:** Assistência Integral à Saúde, Estomia, Enfermagem, Educação em Saúde.

#### Abstract

Introduction: sociodemographic, economic and epidemiological changes have promoted an increase in population life expectancy, associated to the high number of chronic noncommunicable diseases, which contributes to the increase of stomates in Brazil due to colorectal cancer. Therefore, it is important the attention of the health teams and evaluate the quality of life of the stomates, since they have their life modified with physical, emotional and social changes. In this sense, we highlight the concern about how this subject is treated in the health care network. Overall objectives: to evaluate Quality of Life, Perceived General Self-efficacy and the level of anxiety and depression of patients with stom- mies; to know the actions of care done to the patients in the various points of health care that make up the health care network; to describe the nurses' perception about health care for the stomized patient and to implement an educational action based on convergent care research with nurses who are part of the health care network. Method: Study developed in two stages. The first step was quantitative-qualitative methodology. We interviewed patients with colorectal cancer linked to the municipal health department in their homes, questionnaires with open questions and instruments to assess quality of life, perceived general self-efficacy and level of anxiety and depression. The interviews were held in a reserved place. The statistical analysis of the instruments was performed in the Statistical Package for the Social Sciences, version 2.1 for windows, descriptive statistics by central tendency (mean or median) and dispersion (standard deviation and 95% confidence interval). The reliability of the instruments was analyzed by Cronbach's Alpha. Interviewed also nurses who assist the stomized patients in the health care network, therefore nurses working in primary health care and a general hospital size IV, with open questions. The interviews were recorded, transcribed and analyzed. In the second stage an educational workshop was held with the nurses of the health care network based on the results of the study in the form of convergent care research. Results: The stomates presented good quality of life scores in the social, psychological, environment and physical relations domains, respectively, perceived general self-efficacy and

satisfactory level of anxiety and depression in statistical analysis. Regarding the actions taken to the stomized patient, he receives pre and post operative guidelines partially, is not referenced and against referenced in the health care network, has difficulties to access primary health care and there is centralization of care in only one health unit with nurse specialist in stomatherapy. In the educational activity based on convergent care research, it was identified difficulties in describing the therapeutic itinerary, lack of reference and against reference of the stomized by the nurses of the health care network. We emphasized the fragility of theoretical and practical knowledge regarding stomatal care, with the need for periodic training of the subject. As products listed by the participants after the educational activity form defined: establish referral protocol and counter-referral, transfer the patient to reference unit by phone by scheduling the next consultation, created group group in the watss in order to pass the patient to the unit by telephone application and training of nurses in the health care network. Final considerations: this research made it possible to identify which patients with stomies have quality of life, general self-efficacy and low level of anxiety and depression. From the educational action through convergent care research, it was also possible to demonstrate that the nurses identified their fragilities in the general care of the stomates, the difficulty of organizing the patient's flow in the network, and the lack of reference and reference. What is needed is more knowledge, training through continuing education of health institutions regarding this topic, because they identify not to be a daily practice of all nurses in general.

Keywords: Health Care, Stomatology, Nursing, Health Education.

## **LISTA DE ABREVIATURAS**

ABRASO – Associação Brasileira dos Ostomizados  
AB – Atenção Básica  
ABS – Atenção Básica em Saúde  
APS – Atenção Primária em Saúde  
AS – Apoio Social  
CCR – Câncer Colorectal  
CRS – Coordenadoria Regional de Saúde  
DCNT – Doenças Crônicas não transmissíveis  
DCVida – Departamento de Ciências da Vida  
CEP – Comitê de Ética em Pesquisa  
ESF – Estratégia de Saúde da Família  
IBGE – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística  
INCA – Instituto Nacional do Câncer  
MOS-SSS – Medical Outcomes Study  
OMS – Organização Mundial da Saúde  
PCA – Pesquisa Convergente Assistencial  
PNS – Pesquisa Nacional da Saúde  
PPGAIS – Programa de Pós-Graduação em Atenção Integral à Saúde  
QT – Quimioterapia  
QV – Qualidade de Vida  
RAS – Rede de Atenção à Saúde  
RS – Rede Social  
RxT – Radioterapia  
SMS – Secretaria Municipal de Saúde  
SOBEST – Sociedade Brasileira de Estomaterapia  
SUS – Sistema Único de Saúde  
TCLE – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido  
UBS – Unidade Básica de Saúde  
UNICRUZ – Universidade de Cruz Alta  
UNIJUÍ – Universidade Regional do Noroeste do Estado do Rio Grande do Sul  
WHO – World Health Organization

## **LISTA DE APÊNDICES**

- APÊNDICE A** – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido do estomizado
- APÊNDICE B** – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido dos enfermeiros
- APÊNDICE C** – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido da oficina educativa
- APÊNDICE D** – Instrumento de condições sociodemográficas do estomizado
- APÊNDICE E** – Instrumento de condições sócio demográficas e laborais enfermeiros
- APÊNDICE F** – Entrevista aberta aos estomizados
- APÊNDICE G** – Entrevista aberta aos enfermeiros da Atenção Hospitalar
- APÊNDICE H** – Entrevista aberta aos enfermeiros da Atenção Primária em Saúde

## **LISTA DE ANEXOS**

**ANEXO A** – Autorização do Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade de Cruz Alta para o desenvolvimento do estudo

**ANEXO B** – Escala de Qualidade de Vida WHOQOL-bref

**ANEXO C** – Escala de Autoeficácia Geral Percebida

**ANEXO D** – Escala Hospitalar de Ansiedade e Depressão

**ANEXO E** – Normas da Revista Interdisciplinar de estudos em Saúde

**ANEXO F** – Convite da oficina educativa aos enfermeiros

## SUMÁRIO

<b>1 Introdução</b> .....	<b>11</b>
<b>2 Objetivos</b> .....	<b>16</b>
2.1 Objetivos gerais .....	16
2.2 Objetivos específicos .....	16
<b>3 Fundamentação teórica</b> .....	<b>17</b>
3.1 O estomizado por câncer coloretal.....	17
3.2 Qualidade de vida do estomizado.....	20
3.3 Rede de Atenção à Saúde do estomizado.....	24
<b>4. Método</b> .....	<b>29</b>
4.1 Delineamento do estudo.....	29
<b>4.2 ETAPA 1 – Estomizado</b> .....	<b>29</b>
4.2.1 Local do estudo.....	29
4.2.2 População de estudo.....	29
4.2.3 Critérios de inclusão e exclusão.....	30
<b>4.3 Coleta de dados</b> .....	<b>30</b>
4.3.1 Coleta de dados da etapa quantitativa .....	30
4.3.1.1 Instrumento de coleta de dados etapa 1 quantitativa .....	31
4.3.2 Análise dos dados da etapa quantitativa.....	33
4.4 Coleta de dados da etapa qualitativa estomizados.....	33
4.4.1 Análise dos dados da etapa qualitativa .....	33
<b>4.5 ETAPA 1 qualitativa enfermeiros</b> .....	<b>34</b>
4.5.1 Local do estudo .....	34
4.5.2 População de estudo.....	35
4.5.3 Critérios de inclusão e exclusão.....	35
4.5.4 Seleção dos participantes .....	35
4.5.5 Coleta de dados .....	35
4.5.6 Análise dos dados qualitativa .....	36
<b>4.6 ETAPA 2 Implementação da Pesquisa Convergente Assistencial</b> .....	<b>36</b>
4.7. Considerações éticas .....	40

<b>5. Resultados.....</b>	<b>41</b>
5.1 Manuscrito 1 – Reflexos da ansiedade e depressão na qualidade de vida de pacientes estomizados.....	42
5.2 Manuscrito 2 – Itinerário terapêutico e cuidados dispensados ao estomizado na Rede de atenção a saúde.....	59
5.3 Manuscrito 3 – Atenção a saúde do estomizado como resultado da organização da Rede de atenção a saúde.....	75
5.4 Manuscrito 4 - Enfermeiros da Rede de atenção a saúde em interação: construindo a rede por meio da pesquisa convergente assistencial.....	99
<b>6. Considerações finais da dissertação.....</b>	<b>110</b>
<b>7. Referências Bibliográficas.....</b>	<b>113</b>

## 1. INTRODUÇÃO

A presente pesquisa aborda a temática do paciente estomizado por câncer colorretal (CCR) e tem como objeto de estudo o sujeito, a autoeficácia geral percebida, nível de ansiedade, depressão e qualidade de vida (QV) de estomizados, bem como o cuidado recebido na Rede de atenção à saúde (RAS). Está vinculada ao Programa de Mestrado *Stricto Sensu* em Atenção Integral à Saúde (PPGAIS) em associação entre a Unijuí e Unicruz, Linha de pesquisa Processo saúde-doença-cuidado.

Na contemporaneidade, as mudanças sociodemográficas, econômicas e epidemiológicas ocasionadas pela urbanização acelerada, novos padrões de consumo, avanços científicos e tecnológicos promoveram o aumento da expectativa de vida populacional e longevidade, associado ao aumento de doenças crônicas não transmissíveis (DCNTs). Isso resulta no aumento dos estomizados no Brasil, sendo que a cada ano realiza-se, aproximadamente, 1 milhão e 400 mil procedimentos cirúrgicos para confecção de estomias (MIRANDA et al., 2016). Portanto o CCR é uma das principais causas para realização de uma estomia (LUZ et al., 2014).

A confecção de um estoma é uma intervenção cirúrgica para extração de uma porção do intestino e a abertura de um orifício externo, chamado de estoma, tendo como finalidade o desvio do trânsito intestinal para o exterior (BRASIL, 2015). A definição de CCR refere-se às porções que acomete o cólon, junção retossigmoide, reto, ânus e o canal anal, e está entre os tumores malignos mais comuns no mundo, sendo o terceiro mais frequente em homens, o segundo em mulheres e o quarto tipo de neoplasia mais frequente no Brasil (BRASIL, 2015).

Segundo o Instituto Nacional do Câncer (INCA) para o ano de 2016 estimaram-se 34.280 novos casos de CCR, sendo 16.660 homens e 17.620 mulheres. Ainda, foram estimados para o Brasil um risco de 16,84 casos novos a cada 100 mil homens e 17,10 para cada 100 mil mulheres. Para o Estado do Rio Grande do Sul (RS) foram estimados 3.190 casos novos de CCR e, em Porto Alegre (POA), 660 casos novos (BRASIL, 2015).

Estima-se para 2019, a ocorrência de 600 mil casos novos de câncer, para o ano, com estimativas que refletem o perfil de um país que possui os cânceres de próstata, pulmão, mama feminina e cólon e reto entre os mais incidentes. Quanto ao CCR estimam-se 17.380 casos novos em homens e 18.980 em mulheres para cada

ano do biênio 2018-2019, é o terceiro mais frequente em homens e o segundo entre as mulheres (INCA, 2018).

Em pesquisa realizada em Ijuí/RS, com 268 pacientes oncológicos em tratamento, com o objetivo de verificar a associação entre as variáveis demográficas, econômicas, clínicas, sintomas oncológicos e interferências dos sintomas na vida diária em pacientes, estudo denotou que 14 (5,6%) possuíam estoma intestinal (KOLANKIEWICZ; MAGNAGO; DULLIUS; DOMENICO, 2017).

O CCR é considerado a quarta causa de câncer no mundo e no Brasil, bem como de óbitos, sendo que metade dos pacientes morre em menos de cinco anos (ATTOLINI; GALLON, 2010). Portanto, a sobrevida média global para o CCR se encontra em torno de 59% em países desenvolvidos e 42% em países em desenvolvimento e, pode chegar a 90% se a doença for diagnosticada em estágio inicial (BRASIL, 2013).

Nesse sentido, tendo em vista o elevado número de casos de CCR é primordial a atenção das equipes de saúde da RAS. Isso relacionado ao fato de os pacientes estomizados por CCR terem sua vida modificada com alterações físicas, emocionais e sociais, sendo necessário atentar e auxiliar nas restrições impostas pela doença para um convívio social saudável (RIBEIRO et al., 2016).

A realização de uma cirurgia para confecção de uma estomia é um momento conflituoso para o paciente e os membros da família, bem como dificulta suas relações sociais. Assim as alterações corporais pós-cirurgia de confecção de uma estomia perpassam por aspectos fisiológicos, emocionais, psicológicos, sociais e espirituais que requerem do indivíduo adaptação frente a esse novo modo de ser (MONTEIRO et al., 2016).

Uma estomia ocasiona alteração física significativa no corpo, causa perda de sua integridade, autonomia, determinando dificuldades pessoais e sociais. A convivência com a bolsa de estomia favorece sentimentos conflituosos, preocupações e dificuldades para lidar com a nova situação (MONTEIRO et al., 2016). Neste sentido, é importante o apoio da RAS e dos profissionais envolvidos com vistas a reabilitar o estomizado na sua nova condição de vida, com assistência individualizada, sendo o apoio social (AS), aquela informação, verbal ou não, e o auxílio material de pessoas ou grupos que resultam em efeitos positivos (CARVALHO, 2012).

O AS é resultante de uma rede social fortalecida, que contruibui para a manutenção de saúde das pessoas, auxilia no enfrentamento e potencializa recursos

para viabilizar o tratamento. Assim, a oferta de apoio familiar é uma das principais questões abordadas nas redes sociais de apoio ao estomizado, nas associações e nos grupos de apoio a pessoas estomizadas, tanto pelo enfermeiro, como os demais profissionais da equipe multiprofissional (CARVALHO, 2012).

Ainda, a assistência à saúde para os estomizados é assegurada por legislação específica pela Portaria nº 400 de novembro de 2009. Esta recomenda atendimento multiprofissional, vinculado ao seguimento ambulatorial e fornecimento de equipamentos coletores e adjuvantes, visa garantia de orientações de autocuidado, prevenção de complicações na ABS e capacitação dos profissionais que assistem estomizados (BRASIL, 2009).

Nessa perspectiva, no processo de cuidado relacionado à cirurgia de estomia, é importante fornecer informações, verbais e escritas, a respeito de suas especificidades, como a troca e esvaziamento da bolsa no domicílio, limpeza da pele periestoma, estímulo ao autocuidado e procura por grupos de apoio. Quanto aos cuidados com a estomia, o paciente deve ser orientado quanto aos cuidados no banho, descarte dos materiais utilizados, monitorar complicações, mensurar o estoma e mudanças esperadas na eliminação após a cirurgia e relatar ao enfermeiro quando ocorrerem alterações (AZEVEDO et al., 2016).

Há situações em que os pacientes são submetidos à cirurgia de estomia sem aviso prévio, devido a urgências como traumas em que, após o procedimento, se deparam com uma bolsa de estomia. Nesse sentido, destaca-se a importância do apoio dos envolvidos na RAS, com vistas ao acompanhamento profissional e à adaptação psicológica do estomizado, que deve permitir sua recuperação com a retomada de suas atividades cotidianas, com qualidade de vida (QV) (MOURA, 2011).

Logo, a QV está associada ao estado de saúde do estomizado e sua capacidade de viver plenamente (PLETSCH, 2013). Para tanto, além do impacto da estomia, a reabilitação e os aspectos psicossociais também influenciam na QV, sendo necessário o apoio dos profissionais de saúde com orientações e cuidados nos distintos momentos desse processo (GOMBOSKI, 2010).

Nesse sentido, os profissionais que atendem estomizados devem iniciar as orientações no momento da admissão hospitalar, no pré-operatório até a sua alta. No pré-operatório priorizam-se os aspectos físico e psicossocial, identifica-se o nível de autocuidado e se buscam soluções para a continuidade do cuidado. Durante o pós-operatório se avaliam as condições gerais da estomia, como coloração, infecção e

complicações. Após a alta hospitalar os estomizados devem estar aptos à esvaziar o dispositivo coletor, realizar sua remoção e colocação de uma nova bolsa e cuidados com a pele periestoma, ou seja, devem possuir habilidades mínimas para o seu cuidado com o auxílio e acompanhamento domiciliar das equipes de saúde da família (HEY; KRAMA, 2012).

Os profissionais da APS são capacitados para avaliar os estomizados quanto às suas necessidades e estabelecer um plano de cuidados que envolve prevenção, promoção e reabilitação com vistas ao autocuidado. No entanto, o estomizado espera que o profissional ofereça orientações e cuidados antes mesmo da cirurgia, pois um paciente orientado atinge melhor nível de reabilitação e bem-estar, adapta-se mais facilmente ao estoma, reduzem-se complicações e proporciona-se QV (MORAES; OLIVEIRA; REIS; SILVA, 2012).

As estomias estão sujeitas a complicações precoces ou tardias como: sangramento, isquemia, necrose, retração, deslocamento mucocutâneo, hérnia periestoma, estenose, prolapso e sepse periestoma, contudo estas complicações podem ser minimizadas ou evitadas se acompanhadas pelas RAS em tempo hábil (COQUEIRO; RODRIGUES; FIGUEIREDO, 2015). Nessa perspectiva, uma equipe multidisciplinar é necessária, bem como uma enfermagem fortalecida de conhecimentos e habilidades com objetivo de contribuir com os pacientes na superação dos desafios impostos por este tipo de cirurgia (LAURENCE; SANDS; MORALES, 2015).

Por vezes, o curto período de internação pode comprometer a oferta de orientações, o que interfere na efetividade do plano de alta hospitalar e, conseqüentemente, no aumento de readmissões hospitalares por complicações. Assim, a assistência de enfermagem na alta do paciente estomizado deve ser voltada para as intervenções educativas que englobem o paciente e a família, com vistas ao conhecimento necessário para que o cuidado em domicílio seja adequado.

Nesse processo, o enfermeiro é o profissional mais próximo do paciente e, com seus conhecimentos técnico, científico e pedagógico, tem capacidade de promover cuidados integrados para atender às necessidades humanas básicas afetadas pelo processo de doença, as quais podem ser no tratamento clínico ou cirúrgico. Ainda, contribui para a sua reabilitação, a nova condição e reinserção a sociedade (ALVES, et al., 2017). Promove ações de ensino-aprendizagem no sentido de auxiliar o ostomizado a adquirir habilidades para o autocuidado, o que contribuirá para que não

ocorra o isolamento social e, conseqüentemente, tenha melhor QV (AZEVEDO et al., 2014).

Autores ressaltam a necessidade de estudos complementares que envolvam o tema, visto que há carência de pesquisas sobre práticas educativas direcionadas às pessoas com estomia (MAURICIO et al., 2017). Retratam também a escassez de estudos que avaliem a QV de pacientes estomizados no Brasil (GOMBOSKI, 2010). Para a assistência ao estomizado, é necessária equipe de profissionais qualificados periodicamente e especializados, por meio de atividades de educação permanente (LENZA, 2011).

Nessa perspectiva, a inquietação referente ao tema emergiu a partir da vivência profissional, como enfermeira assistencial em unidades de internação, e das experiências vivenciadas, neste ambiente, com pacientes ostomizados por CCR internados em decorrência de complicações com o estoma.

Neste sentido, destaca-se a preocupação em relação ao paciente estomizado que pode desenvolver complicações após a cirurgia de confecção do estoma. A partir desse contexto esta dissertação tem como questões norteadoras:

**Como é a qualidade de vida, autoeficácia geral percebida e o nível de ansiedade e depressão dos estomizado por CCR?**

**Como é o acompanhamento do estomizado por CCR na Rede de Atenção à Saúde?**

**Como é efetivado o cuidado ao estomizado por CCR nas etapas do processo para a cirurgia de confecção de uma estomia intestinal?**

**É possível intervir no cuidado a partir da pesquisa convergente assistencial com enfermeiros da Rede de atenção a saúde?**

## **2. OBJETIVOS**

### **2.1 OBJETIVOS GERAIS:**

- Avaliar a Qualidade de Vida, a Autoeficácia Geral Percebida e o nível de Ansiedade e Depressão de pacientes estomizados por câncer colorretal, bem como conhecer as ações de cuidado efetivadas aos estomizados por enfermeiros na Rede de atenção a saúde e o itinerário terapêutico percorrido, pelas suas percepções;
- Implementar uma ação educativa, pautada na pesquisa convergente assistencial com enfermeiros que integram a Rede de atenção a saúde.

### **2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS:**

- Discutir a percepção dos enfermeiros em relação ao cuidado prestado ao estomizado nos diferentes pontos da Rede de atenção a saúde;
- Descrever ações e estratégias para reformulação da assistência identificados pelos enfermeiros participantes da pesquisa convergente assistencial para melhorar o cuidado do estomizado nos diversos pontos de atenção à saúde.

### **3. FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA**

Neste tópico serão abordados o estomizado por câncer colorretal, sua qualidade de vida associado a ansiedade e depressão e Redes de Atenção à Saúde.

#### **3.1 Estomizado por Câncer colorretal (CCR)**

A Organização Mundial da Saúde (OMS) define que o câncer é considerado problema de saúde pública tendo em vista sua elevada incidência, prevalência, mortalidade, gastos hospitalares e consequências na qualidade de vida das pessoas, bem como demandas de cuidado pelos profissionais de saúde (WHO, 2012). Considerado problema de saúde pública, tanto em países desenvolvidos quanto nos países em desenvolvimento, é responsável por 58,5% de todas as mortes ocorridas e por 45,9% da carga global de doenças (BRASIL, 2011).

Nesse sentido, o câncer é uma das principais causas de morbidade e mortalidade em todo o mundo, com cerca de 14 milhões de novos casos em 2012, e a segunda principal causa de morte em todo o mundo, tendo sido responsável por 8,8 milhões de mortes em 2015 (WHO, 2017).

O Brasil passa por um processo de transição demográfica que engloba mudanças como o aumento da morbimortalidade por DCNTs e causas externas, portanto, o câncer está entre os responsáveis pela mudança do perfil de adoecimento da população brasileira. Alguns fatores explicam a participação do câncer nessa mudança do perfil de adoecimento, como a maior exposição a agentes cancerígenos devido ao estilo de vida, trabalho, alimentação e exposição a agentes químicos, físicos e biológicos resultantes do processo de industrialização global (BRASIL, 2011).

O envelhecimento populacional está associado a uma maior probabilidade de os indivíduos serem acometidos pelas DCNTs. O fator idade é decorrente do acúmulo de danos ao longo da vida, causados pela associação de fatores genéticos e hábitos não saudáveis, como dieta desbalanceada, tabagismo, etilismo e sedentarismo (GOTTLIEB et al., 2011).

Nas Regiões Sul e Sudeste denota-se que o CCR é um dos mais prevalentes com melhor prognóstico, de acordo com estudo que utilizou dados da Pesquisa Nacional de Saúde (PNS) de 2013, realizada pelo Instituto Brasileiro de Geografia e

Estatística (IBGE), com o objetivo de descrever o perfil dos pacientes que referiram diagnóstico médico de câncer e descrever os tipos de câncer mais prevalentes (OLIVEIRA et al., 2015).

O CCR abrange tumores que acometem um segmento do intestino grosso (o cólon) e o reto, é tratável e na maioria dos casos curável quando detectado precocemente, sem a presença de metástases. No entanto uma maneira de prevenir o aparecimento dos tumores é a detecção e a remoção de pólipos antes de eles se tornarem malignos (BRASIL, 2011).

A incidência de CCR e a prevalência do número de óbitos no Brasil têm se mostrado mais expressivas no sexo feminino, bem como dados indicam diferença de 5.860 óbitos entre os anos de 2005 e 2014 (MENEZES et al., 2016).

Em pesquisa que avaliou o conhecimento acerca da doença oncológica e práticas de cuidado com a saúde anterior ao diagnóstico de câncer, esta constatou que, na região noroeste do Estado do Rio Grande do Sul, em 2011, foram recebidos, para tratamento de radioterapia (RxT) e quimioterapia (QT), 19.487 pacientes, sendo destes 2.162 (3,21%) de intestino e 1.800 (2,67%) de reto (HERR et al., 2012).

Outra pesquisa, que objetivou estudar o conhecimento da população sobre câncer intestinal e sua prevenção, evidencia que o mesmo é considerado um dos mais responsivos às medidas de prevenção e, quanto ao conhecimento da doença, 53,2% dos pacientes responderam sobre o conhecimento dos fatores de risco, 58,9% selecionaram o tabagismo; 49%, a história familiar; 47,3%, o consumo elevado de gordura e 46,1%, os pólipos intestinais (SANTOS et al., 2013).

A história familiar do CCR, a predisposição genética e a idade são fatores de risco, tanto na incidência quanto na mortalidade, na medida em que se observa aumento nas taxas com o avanço da idade. No entanto, a história natural do câncer colorretal propicia condições para prevenção e detecção com a colonoscopia e pesquisa de sangue oculto nas fezes, pois são capazes de detectar e diagnosticar o câncer em estágio inicial (BRASIL, 2015).

Pesquisa que analisou a tendência de mortalidade do CCR em cinco capitais brasileiras, no período de 1980-2009, evidenciou na análise que a mortalidade nas cinco capitais brasileiras é crescente e ocorreu aumento da taxa no sexo masculino,

e o maior aumento foi observado em Porto Alegre (MENDONÇA; VALADÃO; COUTO; KOIFMAN, 2012).

Apesar do conhecimento dos fatores de risco e das recomendações quanto à prevenção e diagnóstico precoce do CCR, parte dos pacientes no Brasil é diagnosticada com doença avançada, com os sintomas mais comuns como dor abdominal, obstrução intestinal, emagrecimento, sangramento, anemia, perfuração e fístula (VALADÃO et al., 2010). O CCR não é a única causa, mas é uma das principais razões para a realização de colostomia, como uma das intervenções indicadas para descomprimir e evacuar a área afetada de maneira aceitável (FERREIRA-UMPIÉRREZ; FORT-FOR, 2014).

Nesse sentido, quando diagnosticado com a doença avançada se recorre aos tratamentos, que podem ser de três formas: cirurgia, RxT e QT. Estas formas de tratamento são usadas em conjunto no tratamento de neoplasias malignas, variando apenas quanto à importância de cada uma e à ordem de sua indicação (BRASIL, 2011).

Quando a indicação é cirúrgica, se realiza a confecção de uma colostomia, que é indicada quando uma parte do intestino grosso é removida ou contornada, podendo ser temporária ou permanente, ou uma ileostomia localizada no íleo, na porção mais baixa do intestino delgado (FERNANDES, 2008). As causas mais frequentes que podem levar à realização de uma estomia intestinal são os traumatismos, doenças congênitas, doenças inflamatórias, tumores e o câncer do intestino (COQUEIRO; RODRIGUES; FIGUEIREDO, 2015).

Nesse sentido, a pessoa ostomizada é aquela que se submete ao procedimento cirúrgico que consiste na exteriorização do sistema intestinal com a confecção de um estoma, que significa uma abertura artificial entre os órgãos internos e o meio externo (BRASIL, 2009).

*Ostomia*, *ostoma*, *estoma* ou *estomia* são palavras de origem grega que significam boca ou abertura e indicam a exteriorização de um órgão do corpo. Assim, conforme o segmento exteriorizado, as estomias recebem nomes diferenciados, como no intestino grosso (cólon) *colostomia* e, no intestino delgado (íleo), as *ileostomias* (COQUEIRO; RODRIGUES; FIGUEIREDO, 2015).

Neste estudo será padronizado o termo estomia, para facilitar a compreensão do leitor.

Em 2004 a Associação Brasileira de Estomaterapia (SOBEST) passa a adotar o termo *estomia*, enquanto que a Associação Brasileira de Ostomizados (ABRASO) permanece utilizando o termo *ostomia*, devido ao uso frequente e sua visibilidade, na indicação para políticas públicas, mas nenhum dos termos está incorreto (CREPALDE, 2016).

No entanto, após a realização da cirurgia para confecção de uma estomia diversas complicações físicas podem surgir, como infecções, hemorragia e dermatites, por isso o estomizado tem como função a gestão das transformações do ponto de vista psicológico, como na sexualidade, alteração da imagem corporal, saúde psicológica, perdas sociais e profissionais, relacionamento familiar e social, entre outras condicionantes inerentes à sua nova condição (NEVES, 2016).

A confecção de um estoma significa algo que modifica a imagem corporal, resulta em mutilação com alterações funcionais dos órgãos de eliminação, alterações anatômicas e comportamentais nos indivíduos, portanto os estomizados desenvolvem alterações de ordem física, psicológica e social que influenciam na sua QV (KAMEO; SAWADA, 2014).

Miranda (2013) pontua que as estomias determinam alterações físicas e psíquicas profundas na pessoa, bem como em sua família, e representam um esforço permanente de adaptação à sua nova realidade. Frequentemente este fato acarreta um desequilíbrio bio-psico-social que depende da capacidade emocional, física, funcional, psíquica e social de cada pessoa. Nesse sentido, a QV desse indivíduo é alterada e pode refletir em diversos fatores e interações entre os domínios físico, psicológico, social e espiritual de cada um (PINTO, 2012).

### **3.2 Qualidade de Vida do estomizado**

A QV é entendida como o estado de saúde percebido e tem como objetivo avaliar o quanto a doença ou um sintoma interferem na vida diária do paciente (KAMEO; SAWADA, 2014). Para Oliveira (2016) a QV também pode ser definida como sendo um juízo individual e diligente, com o qual se pretende desenvolver atitudes em

nível de saúde e doença, que, no entanto, cada indivíduo deve possuir para que possa intervir na prevenção da doença e na promoção da saúde.

Uma estomia causa alteração na QV das pessoas, portanto observa-se a necessidade de desenvolver medidas promotoras em saúde, que compreendam a multiplicidade de alterações decorrentes da confecção do estoma, e que as medidas de QV são essenciais para avaliação do impacto que o tratamento causa na vida destas pessoas (TORRES et al., 2015).

A ocorrência de complicações do estoma e da pele periestoma altera a QV do estomizado, implica em alterações psicossociais e econômicas, o que dificulta a adaptação destes pacientes em sua nova rotina, bem como no manejo da mesma com os equipamentos coletores e adjuvantes. Desse modo, as complicações resultam de diversos fatores relacionados à técnica cirúrgica, aumento da pressão intra-abdominal, redução do tônus muscular e aumento de peso no pós-operatório (CREPALDE, 2016).

Para o autor supracitado, as principais complicações relacionadas aos estomas são a adaptação inadequada da placa de estomia devido à má localização do estoma na parede abdominal, dermatite periestomal, necrose isquêmica, retração, prolapso, estenose, fístula periostomal, hérnia periostomal, abscesso periostomal e o câncer. Infere ainda que podem ocorrer manifestações sistêmicas com distúrbios hidroeletrólíticos, em estomas de alto débito, anemia em casos de sangramento de varizes localizadas no estoma.

O estomizado por CCR tem seu modo de vida alterado, evidenciado por modificações físicas, emocionais e sociais, sendo necessário transcender as restrições impostas pela doença para um convívio social saudável, bem como experimenta sentimentos como medo e receios que vão desde a rejeição da família e amigos, dificuldades em lidar com a estomia, barreiras para reintegração social e a perda do emprego, interferindo na aceitação de sua nova condição de vida (RIBEIRO, 2016).

A confecção de um estoma contribui para a continuidade da vida, no entanto, altera a anatomia e a fisiologia, o que pode comprometer o processo de viver, modifica o estilo de vida, o conceito de si e do outro, bem como a imagem corporal da pessoa que o possui (MOTA et al., 2016). Mudanças na vida do estomizado podem causar

consequências psicológicas e sociais, pois seu corpo está diferente de antes e isso poderá causar medos, constrangimentos e dúvidas (CETOLIN et al., 2013).

Os estomizados são considerados pessoas com deficiência física, os mesmos convivem com dificuldades biopsicossociais pela presença do estoma, bem como exclusão social, portanto a estomia traz limitações, e em decorrência afastamento do mercado de trabalho. Quanto à situação conjugal, observa-se que estomizados sem companheiro têm escores maiores no domínio social, indicando que a condição física e o tratamento interferem menos na vida familiar e nas atividades sociais, quando comparados aos que o possuem (FERREIRA et al., 2017).

Silva et al. (2016) mencionam que o impacto suscitado por uma estomia intestinal permanente inclui a percepção da alteração da imagem corporal, da sexualidade e do modo de vida, fatores que comprometem a QV. Ainda é importante destacar que as alterações ocasionadas pela estomia interferem na atividade sexual, a intimidade fica fragilizada e constitui-se em tema ainda pouco abordado pelos profissionais de saúde. Desse modo, a atividade sexual por vezes é substituída por sentimentos de amor, carinho e companheirismo na medida em que há relatos de sentimentos de vergonha na presença do parceiro (RIBEIRO, 2015).

Em estudo com o objetivo de avaliar a autoestima (AE) e a QV de pacientes estomizados por CCR, resultados denotam, no que se refere às complicações relacionadas ao estoma, que 27 (75%) negaram e nove (25,0%) referiram tê-las, sendo quatro (11,1%) hérnia, dois (5,6%) prolapso e um (2,8%) sangramento, estenose, dermatite, bem como os estomizados, na maioria, referiram que não foram orientados previamente quanto à confecção do estoma (FERREIRA et al., 2017).

Outra investigação, com o intuito de averiguar a QV relacionada à saúde de pacientes com estoma intestinal secundário ao CCR, demonstrou que pacientes com menos de um ano de estoma apresentam maior atividade social, desenvolvimento pessoal e realização do que aqueles com mais de um ano (KAMEO; SAWADA, 2014).

Importante salientar que pacientes estomizados têm sua perspectiva de vida alterada pela imagem corporal negativa relacionada à presença da estomia, além das mudanças nos padrões de eliminação, hábitos alimentares e higiene. Faz-se necessário adaptar-se ao uso do equipamento, o que resulta em autoestima diminuída, sexualidade comprometida e isolamento social. Ainda, enfrentam situações

como constrangimentos sociais, pela saída dos gases e vazamento de excrementos mediante a inexistência de controle voluntário e falha na segurança e qualidade da bolsa coletora, fatores que provocam o medo da exposição em público (NASCIMENTO et al., 2011).

Para tanto, a assistência de enfermagem voltada ao estomizado visa estabelecer uma reflexão sobre a maneira pela qual é possível contribuir para melhorar a QV dos mesmos, facilita a reabilitação e estimula o autocuidado, o qual deve ser planejado, sistematizado e individualizado na elaboração de um plano assistencial efetivo e humano (SOUZA et al., 2015).

Nesse sentido, as colostomias provocam uma diminuição da autoestima, o que torna difícil a reintegração pós-cirurgia na sua vida pessoal, profissional e social. Assim, é fundamental compreender que o conceito de autoestima está relacionado com a percepção do indivíduo acerca das suas capacidades, para que sirva de alerta aos enfermeiros para a elaboração de um plano de cuidados relacionado à autoestima na pessoa estomizada (SAMPAIO, 2010).

Quanto ao autocuidado, pesquisa que avaliou as propriedades psicométricas do formulário desenvolvimento da competência de autocuidado da pessoa com colostomia demonstrou que, quando comparado o número de anos de escolaridade com o nível de competência, verificou-se que, à medida que o número de anos de escolaridade da pessoa aumenta, maior o nível de competência para o autocuidado (PINTO et al., 2016).

Em relação ao autocuidado alguns pontos devem ser observados e monitorados quanto ao estoma, como a coloração, brilho, umidade, funcionamento, sangramento, tamanho e edema. O orifício do estoma saudável é caracterizado pela cor rosa ou vermelho-vivo, úmido e de formatos variados. Destaca-se que o cuidado abrange a adaptação da bolsa de maneira a facilitar seu esvaziamento e limpeza, e deve ser trocada sempre que houver risco de extravasamento. Ainda, é necessário recortar a placa protetora da bolsa, adequadamente para que fique bem adaptada ao estoma (CREPALDE, 2016).

Nesse contexto, o autor supracitado aponta que, quanto à pele periestoma, deve-se avaliar aspectos como a cor, integridade, turgor, área para aplicação do dispositivo, a pele ao redor do estoma deve estar limpa e seca, sem vermelhidão,

coceiras, feridas ou dor. A dermatite periestomal pode ocorrer e trata-se de complicação séria que provoca perda da integridade da pele que prejudica e/ou impede a colocação da bolsa, o que impacta na QV do estomizado (CREPALDE, 2016).

Estudos que abordam a QV permitirão a identificação de fatores sociodemográficos e clínicos que influenciam a mesma e a comparação de resultados com outras pesquisas permite o desenvolvimento de intervenções de enfermagem e políticas públicas de saúde que melhorem o cuidado às pessoas estomizadas (SILVA et al., 2017).

No entanto, devido a todas estas alterações e complicações que o estomizado vive após a cirurgia, se torna necessário o apoio social (AS), sendo este definido como resultado da integração do indivíduo em diferentes redes ofertantes de suporte material, cognitivo, afetivo e emocional (CANESQUI; BARSAGLINI, 2012).

### **3.3 Redes de atenção à Saúde**

O cuidado ao paciente estomizado deve estar presente em todos os níveis de prestação de serviços de saúde, desde a atenção básica até a alta complexidade, o mesmo deve receber cuidados e orientações na Rede de Atenção à Saúde (RAS). A Atenção Primária à Saúde (APS) é o cenário em que ocorre o primeiro contato do estomizado com o serviço de saúde, sendo responsabilidade da APS a coordenação do cuidado resolutivo (MORAES et al., 2012).

Nessa perspectiva, as RAS são arranjos organizativos de ações e serviços de saúde, de diferentes densidades tecnológicas, que, integradas por meio de sistemas de apoio técnico, logístico e de gestão, buscam garantir a integralidade do cuidado (BRASIL, 2014).

Com o envelhecimento da população, houve um aumento expressivo na prevalência do CCR, o que demanda dos gestores do SUS esforços para a oferta de atenção adequada a estes indivíduos. Esta perspectiva mostra a necessidade de investimento em promoção de saúde, na busca de modificar os padrões de exposição aos fatores de risco de CCR (BRASIL, 2006).

Um dos desafios do enfermeiro é trabalhar com as singularidades e complexidades dos contextos de vida das pessoas com estomia, pois o mesmo é o profissional que realiza todo o preparo da confecção da estomia, orienta o procedimento, possíveis complicações e fornece apoio emocional à pessoa e sua família e, após a cirurgia, poderá influenciar e proporcionar adesão ao tratamento e melhor aceitação à nova condição de vida. Destaca-se o preparo do enfermeiro para o reconhecimento das redes de apoio, bem como se identificar como parte integrante (RODRIGUES et al., 2013).

Nesse sentido, o enfermeiro necessita entender como é viver com uma estomia, com suas múltiplas dimensões, de maneira a cuidar com o intuito de ir ao encontro e dar respostas às necessidades do indivíduo. Portanto, se torna fundamental compreender hábitos, percepções e atitudes, sentimentos e emoções demonstradas (FERREIRA-UMPIÉRREZ; FORT-FOR, 2014).

As demandas de cuidado na RAS aos estomizados estão relacionadas às complicações, que podem ser precoces ou tardias, decorrentes de descuidos, pouca informação ou nenhuma orientação. Algumas das complicações que demandam cuidados específicos dos enfermeiros em qualquer ponto da RAS são as isquemias, necrose, hemorragia, retração, edema, infecção, dermatites, estenoses, obstruções, hérnias, prolapso e fístulas. Todavia, podem ocorrer complicações relacionadas à dimensão psicossocial com impacto na vida sexual, alteração na imagem corporal, QV e na adaptação do indivíduo e seus familiares à nova condição (LIMA, 2017).

O cuidado dos estomizados precisa de continuidade na atenção básica (AB), após sua alta hospitalar, e a portaria do Ministério da Saúde nº 400, de 16 de novembro de 2009, artigo nº 02, determina que o cuidado à saúde das pessoas com estomia seja composto por intervenções desenvolvidas na AB e ações ampliadas nos Serviços de Atenção à Saúde das Pessoas Ostomizadas, as quais terão que realizar orientações para o autocuidado e prevenção de complicações nos estomas (OLIVEIRA; LOPES; DECESARO, 2017).

No entanto, são os familiares dos estomizados que realizam o primeiro contato na Unidade de Saúde que fornece as bolsas coletoras e solicitam informações sobre os procedimentos necessários e orientações de cuidados no domicílio (CETOLIN et al., 2013).

A equipe de saúde deve atuar no sentido de empoderar o indivíduo estomizado para que ele participe de forma ativa e consciente no cuidado de sua saúde, pois o

conhecimento adquirido permite que os mesmos tenham condições de fazer escolhas que promovam a saúde ou predisponham à doença (HERR et al., 2012).

Pontua-se a importância do enfermeiro em todos os níveis de atenção à saúde, em relação ao papel que este profissional tem no processo de informar e orientar não somente quanto ao autocuidado, mas nas atividades diárias de acordo com a capacidade funcional de cada ostomizado, inclusive o retorno às atividades laborais (NOGUEIRA; KAMADA; LINS, 2016).

Nesse sentido, denota-se a relevância do enfermeiro neste contexto, de participação ativa no processo de reabilitação do estomizado, pois as complicações de uma estomia, tanto físicas quanto emocionais, estão relacionadas e interligadas, no entanto estas complicações existentes podem ser prevenidas por ações de detecção dos fatores de risco com ajuda profissional, no sentido de colaborar na QV (LIMA, 2017).

É necessário que o enfermeiro forneça orientações ao estomizado em relação ao retorno ao trabalho centradas nas suas características pessoais, deve ser esclarecido que deverão exercer atividades laborais que não prejudiquem a sua saúde, evitar ocupações nas quais tenham que fazer força física excessiva, exposição ao calor constante e a produtos químicos na região do estoma, não utilizar uniformes apertados, que devam ter flexibilização de horário para que possam ir às consultas da equipe multiprofissional, que permitam a sua ida ao banheiro quando necessário e que forneçam condições dignas para realização de sua higiene (NOGUEIRA; KAMADA; LINS, 2016).

Crepalde (2016) pontua que o enfermeiro tem um papel fundamental no momento do diagnóstico de CCR e indicação da estomia. Devem-se ofertar orientações desde o pré-operatório com vistas a minimizar o sofrimento e promover reabilitação, bem como as orientações que visem à redução de complicações futuras, estas relacionadas não somente ao procedimento, mas aos aspectos físicos, psicológicos, econômicos, sociais, familiares e sexuais.

Ainda é necessário que forneça apoio emocional, avaliar a integridade cutânea, ensinar o autocuidado, observar aspectos nutricionais e sinais de complicação, que se iniciam no pré-operatório e perduram por todo o período em que permanecer estomizado. Tais ações devem continuar no domicílio e nos grupos de apoio na assistência de nível secundário e ambulatorial, para que o paciente e sua família possam conviver com QV nesta nova condição (CREPALDE, 2016).

Nesse contexto, os enfermeiros são essenciais no processo de reabilitação das pessoas com estomas, em todo o período de hospitalização, preparo para alta e no pós-operatório tardio. Sendo estes os responsáveis por orientar os estomizados a respeito dos cuidados com o estoma, alimentação, higienização, preparando-os para o autocuidado e retorno às atividades de vida diária (MAURICIO; SOUZA; LISBOA, 2012).

O enfermeiro participa ativamente de todo o processo terapêutico, enfatizando-se a problemática da aceitação, da confecção e do cuidado com o estoma. Releva-se também a instância ambulatorial, na qual o processo reabilitatório deve acontecer, igualmente, de forma dinâmica e processual, para o alcance do autocuidado e da autonomia (SOUSA; SANTOS; GRAÇA, 2015).

O enfermeiro se torna um elemento central no processo de capacitação e orientação ao indivíduo estomizado, portanto, é necessário instrumentalizar o enfermeiro para o auxílio nas tomadas de decisão (PINTO et al., 2016). Para tanto, o desenvolvimento de habilidades e conhecimentos que propiciem o autocuidado contribui para o retorno às atividades diárias de forma segura, permitindo a interação social e um viver autônomo do estomizado, cuidados que são aprendidos com os profissionais de saúde e adaptados pela pessoa conforme a realidade que essa vivencia (MOTA et al., 2016).

A Estomaterapia, desde 1980, é uma especialização da prática de enfermagem voltada para o cuidado de pessoas com ostomias, feridas agudas e crônicas, fístulas, drenos, cateteres, incontinências anal e urinária. A SOBEST concede título de estomaterapeuta para os enfermeiros que se especializam em cursos reconhecidos (CREPALDE, 2016).

Sampaio (2010) pontua que o enfermeiro, como prestador de cuidados, tem um papel importante quanto à atuação sobre a autoestima diminuída da pessoa estomizada, portanto, ele pode realizar intervenções importantes que ajudem a pessoa a recuperar o nível de autoestima que apresentava antes de ser estomizada.

Nesse sentido, quanto aos cuidados dispensados pelo enfermeiro ao paciente estomizado, os autores descrevem que estomias, por estarem situadas no quadrante inferior direito, apresentam efluentes de consistência líquida a pastosa com necessidade de limpezas frequentes, sendo estes fluidos alcalinos e ricos em enzimas, o que pode ocasionar dermatite de origem irritativa e gerar dor (FERREIRA et al., 2017).

O enfermeiro realiza o cuidado ao estoma, promove o autocuidado, presta apoio ao indivíduo estomizado e sua família, tornando-se um elo de ligação entre todos os integrantes da equipe interdisciplinar (MIRANDA, 2013).

Estar com uma estomia que exige cuidados significa adquirir habilidades para o automonitoramento e estados adaptativos para manutenção de atividades diárias. Neste sentido, as demandas de cuidados possuem especificidades que irão depender de um processo educativo-assistencial de capacitação do paciente e seu cuidador, sendo estes valiosos nos processos de adoecimento na cronicidade, e investimentos educacionais para capacitá-los para o cuidado prestado são necessários e devem ser planejados, utilizando-se variadas estratégias de ensino, como a escuta terapêutica, oral e por escrito, com manuais, panfletos, videoaulas, aplicativos multimidiáticos, além de aconselhamento multiprofissional (KOLANKIEWICZ; MAGNAGO; DULLIUS; DOMENICO, 2017).

Portanto, com o aumento do número de pessoas com estomia em nosso país, reforça-se a importância dos enfermeiros no processo de orientação, oferecendo-lhes suporte psicossocial, auxiliando-os na melhoria da QV.

## **4. MÉTODO**

Neste tópico descreve-se a trajetória metodológica que foi adotada no estudo, com a descrição dos seguintes itens: delineamento do estudo, local e população do estudo, coleta e análise de dados e aspectos éticos.

### **4.1 Delineamento do estudo**

Trata-se de um estudo quanti-qualitativo, desenvolvido em duas etapas. A primeira com pacientes estomizados por CCR cadastrados no Gerenciamento de usuários com deficiência (GUD) de um município da região noroeste do Estado do Rio Grande do Sul e com enfermeiros que os assistem na APS e instituição hospitalar porte IV. Esta etapa resultou no diagnóstico da realidade em tela.

Na segunda etapa foi realizada uma atividade educativa com enfermeiros da gestão e da assistência a partir dos resultados do estudo, com base na primeira etapa, com vista a discuti-los e potencializar o cuidado na RAS.

Para facilitar a compreensão do leitor, optou-se em descrever, item método de dissertação separadamente, a respeito da coleta de dados dos participantes estomizados e enfermeiros.

### **4.2 Etapa 1 – Estomizados**

#### **4.2.1 Local do estudo**

O estudo foi desenvolvido junto à Secretaria Municipal de Saúde (SMS) de um município da região noroeste do Estado do Rio Grande do Sul, com pacientes estomizados.

#### **4.2.2 População do estudo**

Participaram do estudo 39 pacientes com CCR que se encontravam cadastrados no GUD.

### 4.2.3 Critérios de inclusão e exclusão

Foram incluídos estomizados com diagnóstico médico de CCR com a confecção da estomia há pelo menos 30 dias. E excluídos os pacientes que não tinham condições psíquicas de responder o questionário, avaliados pela pesquisadora, sendo a avaliação da condição psíquica por observação da consciência, atenção, orientação, memória, afetividade, conduta e linguagem.

## 4.3 Coleta de Dados

### 4.3.1 Etapa quantitativa

A coleta de dados da primeira etapa foi realizada pela mestranda e bolsistas de iniciação científica. A mesma se deu nos meses abril a junho de 2018, após a aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da Universidade de Cruz Alta (UNICRUZ) (Anexo A).

Inicialmente, foi realizado contato prévio com a enfermeira responsável pelo grupo dos estomizados que forneceu a lista de pacientes cadastrados com endereço e telefone para agendamento das entrevistas. O agendamento se deu via contato telefônico com apresentação do objetivo da pesquisa e mediante seu aceite foi realizado o agendamento com data e horário de preferência do paciente. A mestranda e as bolsistas se deslocaram a residência de cada paciente, ao chegar no domicílio se apresentaram e estavam em uso de crachá da instituição formadora. Após a leitura e assinatura do TCLE de participante do estudo, foi aplicado os questionários, bem como realizado às entrevistas, que foram gravadas em áudio *type* no que se refere às questões abertas. A coleta se deu em local reservado no domicílio com vistas a garantir sua privacidade.

#### 4.3.1.1 Instrumentos de coleta de dados ETAPA 1 Quantitativa - estomizados

Como instrumento de coleta de dados, foram utilizados:

- a) **Condições sociodemográficas e econômicas do estomizado (Apêndice D):** data de nascimento, sexo, raça, estado civil, ocupação atual, quantas pessoas residiam na própria casa, renda familiar em salários mínimos,

escolaridade, quantas pessoas dependem dependiam desta renda e tempo de estomia.

**b) Escala de qualidade de vida WHOQOL-bref (Anexo B):**

O WHOQOL-bref é uma versão abreviada do WHOQOL-100, desenvolvido e recomendado pela OMS, que valoriza a percepção individual, e que avalia a QV em diversos grupos e situações. O instrumento apresenta propriedades psicométricas e demanda pouco tempo de aplicação. Por meio dele é possível descrever a percepção subjetiva de um indivíduo em relação à sua saúde física e psicológica, às relações sociais e ao ambiente em que vive (BRASIL et al., 2017). O Grupo de Qualidade de Vida da OMS foi quem desenvolveu a versão abreviada do WHOQOL-100, o WHOQOL-bref (FLECK et al., 2000).

O WHOQOL-bref conta com 26 questões, sendo duas a respeito da QV em geral e as demais representam cada uma das 24 facetas que compõem o instrumento original. E estão divididas em quatro domínios: “físico” (dor física e desconforto, dependência de medicação/tratamento, energia e fadiga, mobilidade, sono e repouso, atividades da vida cotidiana, capacidade para o trabalho), “psicológico” (sentimentos positivos e negativos, espiritualidade/crenças pessoais, aprendizado/memória/concentração, aceitação da imagem corporal e aparência, autoestima), “relações sociais” (relações pessoais, atividade sexual, suporte/apoio social) e “ambiente” (segurança física, ambiente físico, recursos financeiros, novas informações/habilidades, recreação e lazer, ambiente no lar, cuidados de saúde, transporte) (BRASIL et al., 2017).

As questões são formuladas para respostas em escalas tipo Likert, incluindo intensidade (“nada” a “extremamente”), capacidade (“nada” a “completamente”), frequência (“nunca” a “sempre”) e avaliação (“muito insatisfeito” a “muito satisfeito”; “muito ruim” a “muito bom”). As pontuações de cada domínio foram transformadas numa escala de 0 a 100 e expressas em termos de médias, conforme preconiza o manual produzido pela equipe do WHOQOL7, onde médias mais altas sugerem melhor percepção de QV (BRASIL et al., 2017).

**c) Escala de autoeficácia geral percebida (EAGP) (Anexo C)**

O questionário de auto eficácia geral percebida foi desenvolvido em 1979 por Schwarzer e Jerusalém no idioma alemão, contendo 20 itens. Em 1981, a escala foi reduzida para dez itens e, posteriormente foi traduzida e adaptada para 30 idiomas. O instrumento apresenta sólidas evidências de validade e confiabilidade advindas de pesquisas com populações de diferentes países. Sua validação para o uso na população brasileira apresentou características psicométricas adequadas.

Em termos de procedimentos de resposta, esta pode ser auto administrada e é de preenchimento breve. Trata-se de uma escala de auto relato com 10 itens respondidos em formato Likert com foco nas crenças e expectativas de auto eficácia relacionadas com a gestão dos sintomas associados à condição de saúde, a procura de estratégias e a confiança nas capacidades para lidar com as dificuldades ou barreiras.

A EAGP é constituída por 10 itens respondidos numa escala com quatro alternativas de resposta (1 – De modo nenhum é verdade; 2 – Dificilmente é verdade; 3 – Moderadamente verdade; e 4 – Exatamente verdade), podendo-se obter uma pontuação total entre os 10 e os 40 pontos ou uma pontuação média entre 1 e 4 pontos. Todos os itens encontram-se formulados no sentido positivo, pelo que, valores elevados na escala EAGP indicam a presença de uma elevada autoeficácia geral. Trata-se de uma escala unidimensional, onde os 10 itens convergem na avaliação do constructo global de auto eficácia. (PATRÃO; ALVES; NEIVA, 2017).

**d) Escala Hospitalar de Ansiedade e Depressão (HAD) (Anexo D)**

A escala HAD possui 14 itens, dos quais sete são voltados para a avaliação da ansiedade (HAD-A) e sete para a depressão (HAD-D) validada no Brasil por Botega et al, 1995. Cada um dos seus itens pode ser pontuado de zero a três, compondo uma pontuação máxima de 21 pontos para cada escala. Para a avaliação da frequência da ansiedade e da depressão serão obtidas as respostas aos itens da HAD.

No início a HAD foi desenvolvida para identificar sintomas de ansiedade e de depressão em pacientes de hospitais clínicos não-psiquiátricos, sendo

posteriormente utilizada em outros tipos de pacientes, em pacientes não-internados e em indivíduos sem doença (MARCOLINO et al, 2007).

#### **4.3.2 Análise dos dados da Etapa Quantitativa - estomizados**

Os dados da etapa quantitativa foram digitados e analisados no programa SPSS versão 21.0.

#### **4.4 Coleta de dados da etapa qualitativa – estomizados**

Foram realizadas entrevistas abertas, gravadas em áudio *type* com os pacientes estomizados. Foi realizado sorteio a partir dos estomizados que responderam os questionários quantitativos. As questões norteadoras foram de acordo com o Apêndice F.

##### **4.4.1 Análise de dados da Etapa Qualitativa - Estomizados**

Na fase qualitativa do estudo, os dados foram analisados de acordo com a técnica de análise de conteúdo do tipo temática. Este tipo de análise é apropriado para pesquisas qualitativas, porque trata do modo como as pessoas vivem e da sua relação com os objetos cotidianos. A análise transcorrerá de acordo com as fases apresentadas por Minayo (2014).

- Pré-análise: Neste momento serão retomados os objetivos iniciais da pesquisa para organizar o material, realizando a leitura exaustiva e repetida destas informações. Esta fase objetiva operacionalizar e sistematizar as ideias iniciais. A partir da leitura constante do material, o mesmo será organizado de acordo com a exaustividade, representatividade, homogeneidade e pertinência, com vistas à constituição do *corpus* da análise, considerando as unidades de significado mais relevantes.

- Exploração do material: Nesta etapa será realizada a categorização dos dados, ou seja, a classificação do texto que originará as categorias temáticas. A conclusão da preparação do material se dará por meio de codificação. Para tal, utiliza-se a denominação das categorias.

- Tratamento, inferência e interpretação dos resultados obtidos: Neste momento será realizada a intersecção das interpretações e discussão dos resultados, pautando-se nos referenciais do estudo e realizando uma articulação aos objetivos propostos, com a apresentação dos temas.

#### **4.5 Etapa 1 – Qualitativa – Enfermeiros**

Foram entrevistados enfermeiros atuantes no âmbito hospitalar e da APS.

##### **4.5.1 Local do estudo**

O estudo foi desenvolvido junto à SMS, mais especificamente, nas unidades de Estratégia de Saúde da Família (ESF), Unidades Básicas de Saúde (UBS) e em um hospital geral de grande porte.

##### **SMS**

O município dispõe de cinco UBS e 15 unidades de ESF. Em cada unidade atuam profissionais das áreas de ginecologia e obstetrícia, clínica geral, pediatria, nutrição, enfermagem, além de agentes comunitários de saúde e de controle de endemias.

##### **Hospital**

O hospital existe há 82 anos, é um hospital geral, de grande porte, filantrópico, pertencente à 17ª CRS. Possui uma estrutura qualificada, com disponibilidade de 200 leitos ativos (clínicos, cirúrgicos, complementares, pediátricos, obstétricos, outras especialidades). Integram a instituição 1126 funcionários, e, destes, 531 fazem parte da equipe de enfermagem, ou seja, 79 enfermeiros, 438 técnicos de enfermagem e 14 auxiliares de enfermagem.

O hospital atende pacientes SUS, particulares e com plano/seguro de terceiros, pela demanda espontânea e referenciada. A gestão se dá no âmbito estadual dos serviços de média e alta complexidade, além de internações, e, no âmbito municipal, a atenção básica. Dentre os atendimentos disponibilizados pelo hospital, cabe destacar: ambulatório de especialidades, banco de leite, Centro de Alta Complexidade em Oncologia (CACON), Centro de Especialidades Odontológicas (CEO), emergência, Instituto do Coração (INCOR), nutrição e dietética, unidade de diálise,

banco de sangue, captação de órgãos e tecidos para transplantes, centro cirúrgico, diagnóstico por imagem, instituto dos olhos, transplante de órgãos, Unidade de Terapia Intensiva (UTI) adulto, UTI Coronariana e UTI Neonatal.

#### **4.5.2 População do estudo**

Foram convidados a participar do estudo enfermeiros que atuam no hospital diretamente no cuidado ao paciente estomizado, bem como os enfermeiros que atuam nas equipes de ESF e UBS.

O Serviço de Enfermagem do hospital conta com aproximadamente 82 enfermeiros, distribuídos em diferentes setores da unidade de saúde. No que se refere aos enfermeiros das unidades de ESF e UBS, totalizaram 20 enfermeiros.

#### **4.5.3 Critérios de inclusão e exclusão**

Foram incluídos os profissionais que trabalham nas instituições há pelo menos três meses e que tinham jornada de trabalho de no mínimo 36 horas semanais.

E excluídos os enfermeiros que referiram não prestar assistência a pacientes estomizados.

#### **4.5.4 Seleção dos participantes**

Inicialmente foi solicitada às instituições concedentes do estudo uma lista com o nome e turno de trabalho dos enfermeiros. A partir desta lista foi realizado sorteio dos participantes. As entrevistas foram encerradas conforme a saturação dos dados.

#### **4.5.5 Coleta de Dados**

A coleta de dados desta etapa foi realizada pela mestranda nos meses de abril a junho de 2018. Inicialmente, foi realizado contato prévio com a Gerente de enfermagem do hospital e coordenador dos enfermeiros das unidades das ESF e UBS para o início da coleta, e o agendamento das entrevistas foi agendado com os participantes.

A coleta se deu em horário e local previamente agendados, garantindo a privacidade. Foi entregue pela mestranda o TCLE em duas vias (Apêndice B) e, após o assentimento e assinatura, se deu o início da entrevista, que foi gravada em áudio *type*.

A entrevista com os enfermeiros foi realizada após a etapa quantitativa. As questões norteadoras para os enfermeiros do hospital foram de acordo com o Apêndice G e as questões norteadoras para os enfermeiros da APS, de acordo com o Apêndice H.

#### **4.5.6 Análise de dados da Etapa Qualitativa**

A análise foi realizada seguindo preceitos de Minayo descritos no item 4.4.1.

#### **4.6 Etapa dois – Implementação da PCA**

De posse dos resultados da etapa um, que possibilitou estabelecer um diagnóstico da realidade, foi implementada a PCA com o grupo de enfermeiros atuantes do hospital e da APS.

A modalidade de pesquisa proposta – PCA – privilegia a experiência subjetiva dos sujeitos, assim, considera-se que o método qualitativo é o mais adequado. Ela preocupa-se em compreender e explicar a dinâmica das relações sociais. Faz a interlocução com a vivência, a experiência, a cotidianidade, bem como a compreensão das estruturas e instituições, como resultado da ação objetiva (TRENTINI; PAIM, 2004).

Na pesquisa qualitativa, há o envolvimento entre pesquisador e sujeitos da pesquisa e eles assumem uma condição de aprofundamento da relação intersubjetiva. A pesquisa busca, nas falas dos atores sociais, compreender uma realidade posta por eles. Constituiu-se ainda em um estudo descritivo, uma vez que apresenta, criticamente, à luz da teoria da PCA, as percepções e o comportamento dos trabalhadores de enfermagem que atuam frente aos cuidados do paciente estomizado.

Trentini e Paim recomendam que o processo de investigação deva seguir as seguintes fases: a) Fase de concepção, b) Fase de instrumentação, c) Fase de perscrutação, d) Fase de análise, e e) Fase de interpretação. Para as autoras cada fase compõe um subprocesso com vários passos consecutivos e inter-relacionados não necessariamente de forma linear (TRENTINI; PAIM, 2004; FREIRE, 2011).

### **a) Fase de Concepção**

Nesta fase da pesquisa, faz-se um recorte da área e tema a serem pesquisados, com vistas a elaborar o projeto. Define-se o caminho do estudo e, na PCA, o tema deve emergir da prática profissional do pesquisador ou por pesquisas realizadas anteriormente. Portanto, o tema paciente ostomizado por CCR foi escolhido a partir da prática profissional da autora deste trabalho.

Assim, foram definidos o problema de pesquisa, os objetivos, a relevância do estudo e o referencial teórico do estudo.

### **b) Fase de Instrumentação**

Momento em que se define o caminho metodológico a ser seguido. O método PCA, eleito para obter dados da investigação no decorrer da pesquisa, inclui momentos de aproximação com a prática, de distanciamento e de convergência, assim “os procedimentos metodológicos incluem: a escolha do espaço de pesquisa, dos participantes, das técnicas para a obtenção e registro das informações” (TRENTINI; PAIM, 2004; SILVA; ALMEIDA; PAULA; VILLAR, 2012).

#### **b.1) Cenário da Pesquisa**

Para a aproximação com a realidade, além da vivência prática da mestranda, optou-se por entrevistar estomizados por CCR e enfermeiros que assistem esses indivíduos na RAS, conforme apresentado anteriormente.

#### **b.2) Participantes do Estudo**

Na PCA os integrantes da pesquisa, necessariamente, devem estar envolvidos com o problema em estudo. Os participantes não assumem apenas a condição de informantes, mas integram o estudo de diferentes formas, como pela

apresentação de sugestões críticas ou mesmo legitimando e divulgando resultados da interação pesquisador/pesquisado.

É necessário informar que os integrantes do estudo foram caracterizados separadamente, ou seja, participantes das entrevistas e participantes das oficinas. Isso decorre de que nem todos os participantes das oficinas participaram das entrevistas, ainda que o número tenha sido o mesmo, constituindo-se em mera coincidência.

### **b.3) Técnicas para a obtenção das informações**

A metodologia PCA permite o uso de diferentes técnicas para a obtenção de informações, as quais necessitam ser pertinentes ao desenvolvimento do estudo. O processo é dinâmico e poderá ser necessário o desenvolvimento de estratégias com vistas à compatibilidade de recursos e à adequação aos métodos (TRENTINI; PAIM, 2004).

Assim, para o estudo foram utilizados instrumentos diferentes e que associados fornecem elementos para a produção de informações pertinentes e a elaboração de material com valor científico e social.

O desenvolvimento da intervenção proposta pelo método PCA tem como diferencial provocar mudanças e tem potencial de responder a uma diversidade de questões de pesquisa, inclusive aquelas pertinentes às mudanças referentes às situações de saúde (BONETTI; SILVA; TRENTINI, 2013).

Logo, o desenvolvimento das oficinas/intervenções permitiu refletir acerca das práticas cotidianas, bem como desenvolver atividades de pesquisa as quais refletem no fazer profissional. Propiciou o abandono da tradicional postura em pesquisa e permite a adoção de uma atitude participativa e, ao mesmo tempo, reflexiva. Para tanto, nesta etapa da coleta de dados foram planejadas, organizadas e desenvolvidas oficinas educativas pautadas nos resultados da etapa anterior, com o intuito de os profissionais participantes do estudo refletirem acerca de sua prática profissional, conceitos e atitudes.

### **c. Fase de Perscrutação: a obtenção de informações**

Para o estudo foram utilizados instrumentos diferentes, tais como a entrevista individual com questões abertas e oficinas de práticas educativas.

Na PCA a entrevista possibilita a interação face a face com o entrevistado, e, ao mesmo tempo em que valoriza a presença do pesquisador, oferece todas as condições para que os informantes tenham a liberdade e a espontaneidade necessárias para o enriquecimento e aprofundamento do tema.

A possibilidade da fala revela condições estruturais, valores, normas e símbolos e, ao mesmo tempo, tem a magia de transmitir, por meio de um porta-voz, as representações de grupos determinados, em condições históricas, socioeconômicas e culturais específicas, o que faz da entrevista um instrumento privilegiado de coleta de informações.

A entrevista é uma conversação caracterizada pelo método de fazer perguntas e ouvir o outro. Constitui-se ainda em uma condição social de interação humana sem a qual não haverá ambiente favorável para produzir informações fidedignas. É um instrumento importante com vistas a interpretar os processos sociais a partir das pessoas envolvidas, na medida em que se ponderam as experiências subjetivas.

Para tanto, de posse dos resultados da etapa anterior, foi possível estabelecer um diagnóstico da realidade e programar a oficina educativa. A participação da mestrandia na oficina foi como coordenadora, com vistas a estabelecer um ambiente favorável de relacionamento e propício ao desenvolvimento das discussões.

Importante salientar que para registrar as informações, nas diferentes etapas da coleta de dados, foram utilizadas técnicas mistas: gravações, anotações em diário de campo e registro descritivo das impressões após o término das mesmas, o que enriqueceu os registros com auxílio de bolsistas.

Para efetivar as diferentes etapas da pesquisa foram necessários planejamento, organização e dinamicidade, com vistas à participação do grupo como sujeitos do processo.

#### **4.7. Considerações éticas**

O presente estudo encontra-se em consonância com a Resolução nº 466/2012, que versa sobre as diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. À luz dessa Resolução, atenta-se para os aspectos éticos

envolvidos no estudo, tais como: preservação da privacidade, do anonimato, do caráter confidencial das informações, e devolução dos resultados da pesquisa aos participantes.

Os dados da pesquisa foram tratados com zelo, preservando o anonimato dos participantes em todas as etapas de coleta de dados, destacando o sigilo compartilhado entre todos que participarão da oficina educativa. Da mesma forma, os mesmos foram consultados para obter-se anuência e, assim, proceder à gravação em áudio durante a oficina. Antes de participar das entrevistas e oficinas os participantes leram o TCLE, específico para cada um e para cada fase do estudo. Após concordado em participar, assinaram o mesmo em duas vias. Um ficou com o pesquisador e a outra, com o participante.

Os instrumentos de pesquisa foram armazenados em um envelope lacrado e ficaram sob a responsabilidade da pesquisadora durante cinco anos. Posteriormente, serão destruídos, mantendo em sigilo a identidade dos entrevistados. A sessão da oficina educativa foi gravada em áudio, com equipamento digital, sendo as falas posteriormente transcritas e mantidas sob a guarda da pesquisadora por cinco anos e, após esse prazo, serão inutilizadas. Os resultados serão divulgados na forma de dissertação e publicação em periódicos científicos.

## **5. RESULTADOS**

Nesta dissertação optou-se apresentar os resultados em formato de manuscrito.

**5.1 Manuscrito 1: Reflexos da ansiedade e depressão na qualidade de vida de pacientes estomizados.**

**5.2 Manuscrito 2: Itinerário terapêutico e cuidados dispensados ao estomizado na Rede de atenção a saúde.**

**5.3 Manuscrito 3: Atenção a saúde do estomizado como resultado da organização da Rede de atenção a saúde.**

**5.4 Manuscrito 4: Enfermeiros da Rede de atenção a saúde em interação: construindo a rede por meio da pesquisa convergente assistencial.**

## Manuscrito 1

### REFLEXOS DA ANSIEDADE E DEPRESSÃO NA QUALIDADE DE VIDA DE PACIENTES ESTOMIZADOS

#### Resumo

**Objetivo:** avaliar a auto eficácia, qualidade de vida, ansiedade e depressão em estomizados com câncer colorretal. **Método:** estudo transversal realizado com estomizados de um município do Estado do Rio Grande do Sul/Brasil. A coleta de dados foi por meio de questionário contendo condições sócio demográficas e escalas de qualidade de vida, auto eficácia geral percebida e hospitalar de ansiedade e depressão. **Resultados:** a auto eficácia foi satisfatória. O domínio mais elevado da qualidade de vida foi das relações sociais e a menor no domínio físico, mas em todos os domínios ela se mostrou satisfatória. Cerca de 24% apresentaram ansiedade e com 20 % depressão. Houve correlação significativa positiva entre auto eficácia e qualidade de vida. Ansiedade e depressão em separadas e qualidade de vida houve correlação significativa negativa, elevada ansiedade e depressão demonstra baixa qualidade de vida. A correlação de auto eficácia e ansiedade e depressão não foram significativos, existe uma relação de independência entre as variáveis. **Conclusão:** os estomizados apresentaram boa auto eficácia; qualidade de vida com média mais elevada no domínio das relações sociais e médias intermediárias nos domínios psicológico, físico e meio ambiente. Quanto a ansiedade e depressão os escores foram baixos, portanto satisfatórios.

**Palavras chave:** estoma; ansiedade; depressão; serviços de saúde.

#### Abstract

**Objective:** To evaluate the self-efficacy, quality of life, anxiety and depression in patients with colorectal cancer. **Method:** A cross-sectional study performed with stomates of a city in the State of Rio Grande do Sul / Brazil. The data collection was through a questionnaire containing socio-demographic conditions and quality of life scales, perceived general self-efficacy and hospital anxiety and depression. **Results:** Auto efficacy was satisfactory. The highest domain of quality of life was social relations and the smallest in the physical domain, but in all domains it was satisfactory. About 24% had anxiety and 20% depression. There was a significant positive correlation between self efficacy and quality of life. Anxiety and depression in separate and quality of life there was significant negative correlation, high anxiety and depression demonstrates low quality of life. The correlation of self efficacy and anxiety and depression were not significant, there is a relationship of independence between variables. **Conclusion:** The stomates presented good self efficacy; quality of life with higher average in the domain of social relations and intermediate means in the psychological, physical and environmental domains. As for anxiety and depression the scores were low, therefore satisfactory.

**Keywords:** stoma; anxiety; depression; health services.

## Introdução

Na contemporaneidade, as mudanças socio demográficas, econômicas e epidemiológicas ocasionadas pela urbanização acelerada, novos padrões de consumo, avanços científicos e tecnológicos promoveram o aumento da expectativa de vida populacional e longevidade, associado ao aumento de doenças crônicas não transmissíveis (DCNTs). Isso resulta no aumento dos estomizados no Brasil, sendo que a cada ano realiza-se, aproximadamente, um milhão e 400 mil procedimentos cirúrgicos para confecção de estomias (1). Portanto, o câncer colorretal (CCR) é uma das principais causas para realização de uma estomia (2).

Ele é considerado a quarta causa de câncer no mundo e no Brasil, bem como de óbitos, sendo que metade dos pacientes morre em menos de cinco anos (3). Logo, a sobrevida média global para o CCR é em torno de 59% em países desenvolvidos e 42% em países em desenvolvimento e, pode chegar a 90% se diagnosticada em estágio inicial (4).

Os pacientes estomizados por CCR têm sua vida modificada com alterações físicas, emocionais e sociais, sendo necessário alterar as restrições impostas pela doença para um convívio social saudável (5). A realização da cirurgia para confecção da estomia é um momento conflituoso para o paciente e seus familiares. Ainda suas relações sociais, assim como as alterações corporais pós-cirurgia perpassam por aspectos fisiológicos, psicológicos, sociais e espirituais que requerem do indivíduo adaptação frente a esse novo modo de ser (6).

Isso decorre de a estomia poder ocasionar alterações físicas significativas no corpo, perda da integridade e autonomia, que implicam em dificuldades pessoais e sociais. A convivência com a bolsa de estomia favorece sentimentos conflituosos, preocupações e dificuldades para lidar com a nova situação (6), bem como emergem momentos de ansiedade e depressão (7). Logo, a Qualidade de Vida (QV) está associada ao estado de saúde do estomizado e sua capacidade de viver plenamente (8). Para tanto, além do impacto da estomia, a reabilitação e os aspectos psicossociais também influenciam na QV, sendo necessário o apoio dos profissionais de saúde<sup>9</sup>. Destaca-se que ainda, há uma escassez de estudos que avaliam a QV de estomizados no Brasil (9).

A partir deste contexto, e da importância de investigar os aspectos que possam facilitar a adaptação do paciente a estomia, bem como planejar as intervenções que

podem ser desenvolvidas junto aos serviços de saúde, este estudo objetiva avaliar a auto eficácia, qualidade de vida, ansiedade e depressão de pacientes estomizados.

## **Material e Métodos**

Trata-se de estudo transversal, com abordagem quantitativa. Realizado com pacientes estomizados cadastrados na Secretaria municipal de saúde (SMS) de um município localizado na região noroeste do Estado do Rio Grande do Sul (RS)/ Brasil. A população foi selecionada por meio de uma lista de pacientes cadastrados no Gerenciamento de usuários com deficiência (GUD), com a Classificação Internacional de doenças (CID) de CCR.

Foram incluídos estomizados com diagnóstico médico de CCR com a confecção da estomia há pelo menos 30 dias. E excluídos aqueles que não tinham condições psíquicas de responder o questionário, avaliados pela pesquisadora por meio da avaliação da condição psíquica, sendo observado consciência, atenção, orientação, memória, afetividade, conduta e linguagem.

Inicialmente obteve-se uma lista com 39 pacientes estomizados com CCR, com nome completo, endereço e telefone dos pacientes. De acordo com os critérios, 10 (25,6%), foram excluídos, totalizando uma população elegível de 29 pacientes. Destes, 4 não aceitaram participar da pesquisa, portanto, 25 (86%) participaram do estudo. Para verificar a representatividade estatística do número de pacientes em estudo, adotaram-se como critérios: proporção estimada de 50%, erro amostral de 10% e nível de significância de 5%. A partir do cálculo do tamanho da amostra, seriam necessários, no mínimo, 23 pacientes.

A coleta de dados foi realizada pela pesquisadora e por bolsistas previamente capacitadas para o uso das escalas e padronização das entrevistas. Os pacientes foram contatados por telefone e, no momento, foi realizado o convite para participar, bem como o agendamento das entrevistas. Elas foram realizadas no domicílio do paciente em horário e turno de preferência do entrevistado em uma sala reservada para garantir a privacidade dos sujeitos. Todos os participantes assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido em duas vias, uma via entregue ao participante e outra em posse da pesquisadora.

A coleta foi realizada por meio de questionários, contendo dados que permitem a caracterização de condições socio demográficas: sexo, idade, raça, estado civil, escolaridade, renda familiar e quantidade de residentes na casa (variáveis independentes), utilizada a escala de QV WHOQOL-bref, auto eficácia geral percebida (EAGP) e escala Hospitalar de Ansiedade e depressão (HAD).

O WHOQOL-bref foi validado para utilizado na população brasileira por Marcelo PA Fleck e apresentou boa consistência interna (10). Conta com 26 questões, sendo duas a respeito da QV em geral e as demais representam cada uma das 24 facetas que compõem o instrumento original. Estão divididas em quatro domínios: “físico” (dor física e desconforto, dependência de medicação/tratamento, energia e fadiga, mobilidade, sono e repouso, atividades da vida cotidiana, capacidade para o trabalho), “psicológico” (sentimentos positivos e negativos, espiritualidade/crenças pessoais, aprendizado/memória/concentração, aceitação da imagem corporal e aparência, autoestima), “relações sociais” (relações pessoais, atividade sexual, suporte/apoio social) e “ambiente” (segurança física, ambiente físico, recursos financeiros, novas informações/habilidades, recreação e lazer, ambiente no lar, cuidados de saúde, transporte)<sup>11</sup>.

As questões são formuladas para respostas em escalas tipo Likert, incluindo intensidade (“nada” a “extremamente”), capacidade (“nada” a “completamente”), frequência (“nunca” a “sempre”) e avaliação (“muito insatisfeito” a “muito satisfeito”; “muito ruim” a “muito bom”). As pontuações de cada domínio foram transformadas numa escala de 0 a 100 e expressas em termos de médias, conforme preconiza o manual produzido pela equipe do WHOQOL, onde médias mais altas sugerem melhor percepção de QV (11).

O questionário de AEGP foi desenvolvido em 1979 por no idioma alemão, contendo 20 itens. Em 1981, a escala foi reduzida para dez itens e, posteriormente foi traduzida e adaptada para 30 idiomas. O instrumento apresenta sólidas evidências de validade e confiabilidade advindas de pesquisas com populações de diferentes países (7). Sua validação para o uso na população brasileira apresentou características psicométricas adequadas (12).

Trata-se de uma escala de auto relato com 10 itens respondidos em formato Likert com foco nas crenças e expectativas de auto eficácia relacionadas com a gestão

dos sintomas associados à condição de saúde, a procura de estratégias e a confiança nas capacidades para lidar com as dificuldades ou barreiras (7).

A EAGP é constituída por 10 itens respondidos numa escala com quatro alternativas de resposta (1 – De modo nenhum é verdade; 2 – Dificilmente é verdade; 3 – Moderadamente verdade; e 4 – Exatamente verdade), podendo-se obter uma pontuação total entre os 10 e os 40 pontos ou uma pontuação média entre 1 e 4 pontos. Todos os itens encontram-se formulados no sentido positivo, pelo que, valores elevados na escala EAGP indicam a presença de uma elevada auto eficácia geral. Trata-se de uma escala unidimensional, onde os 10 itens convergem na avaliação do constructo global de auto eficácia (13).

A escala HAD possui 14 itens, dos quais sete são voltados para a avaliação da ansiedade (HAD-A) e sete para a depressão (HAD-D) validada no Brasil por Botega et al, 1995 (14). Cada um dos seus itens pode ser pontuado de zero a três, compondo uma pontuação máxima de 21 pontos para cada escala. Para a avaliação da frequência da ansiedade e da depressão serão obtidas as respostas aos itens da HAD. Adotados os seguintes pontos de corte HAD-ansiedade: sem ansiedade de 0 a 8, com ansiedade  $\geq 9$ ; HAD-depressão: sem depressão de 0 a 8, com depressão  $\geq 9$  (15).

Os dados foram organizados no programa Epi-Info® 6.04, com dupla digitação independente. Após correções de erros e inconsistências na digitação, a análise estatística foi realizada no Statistical Package for the Social Sciences (SPSS®), versão 21.0 for windows. Utilizou-se a estatística descritiva representada pelas medidas de tendência central (média ou mediana) e de dispersão (desvio-padrão e intervalo de confiança de 95%- IC95%). As variáveis categóricas foram descritas pelas frequências bruta (n) e relativa (%). Para a comparação de médias para amostras não paramétricas, utilizou-se o teste de Mann-Whitney ou Kruskal Whallis. A confiabilidade dos instrumentos foi analisada pelo Alfa de Cronbach.

Estudo aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da Universidade de Cruz Alta (UNICRUZ) sob o parecer 80479417.2.0000.5322.

## **Resultados**

Participaram 25 pacientes, com faixas de idades prevalentes de 61 a 70 anos. A idade média foi 66,9 ( $dp = 11,5$ ) anos. O número de pacientes do sexo masculino foi 52,0% (n=13), mostrou-se ligeiramente superior ao sexo feminino, 48,0% (n=12).

O maior percentual dos investigados declarou ser da raça branca, 80,0% (n=20). Em relação ao estado civil, 56,0% (n=14), não conviviam em união, eram viúvos/solteiros/separados.

A ausência de atividade laboral foi confirmada por 80,0% (n=20). E quanto ao nível de instrução 56,0% (n=14) cursaram até o Ensino Fundamental Incompleto, seguido dos níveis de ensino médio completo e superior completo, cada um representando 16,0% (n=4). Quando questionados sobre o número de pessoas que coabitavam no domicílio 68,0% (n=17) informaram residir com três ou mais pessoas. E em relação a renda mensal familiar 54,2% (n=13) declararam renda de até R\$ 2.000,00. No que se refere ao tempo de estomia, prevaleceu o período de até cinco anos, 76,0% (n=19).

Ao avaliar os resultados da EAGP o somatório das pontuações obteve-se o valor médio foi de 32,9 ( $dp=7,2$ ). Considerando-se que o instrumento é unidimensional foi estimada a confiabilidade em que os resultados foram apontados como satisfatório ( $\alpha C = 0,874$ ) Tabela 1.

**Tabela 1: Medidas de tendência central e de variabilidade da Escala de Autoeficácia Geral Percebida, na perspectiva de estomizados. RS, Brasil. 2018**

Escala	Média	Desvio padrão	Amplitude		Quartis		
			Mínimo	Máximo	1º	2º Median a	3º
Total	32,9	7,2	13,0	40,0	29,5	36,0	38,0
Média	3,3	0,7	1,3	4,0	3,0	3,6	3,8
Mesmo que alguém se oponha eu encontro maneira se formas de alcançar o que quero	3,2	1,1	1,0	4,0	3,0	4,0	4,0
Tenho facilidade para persistir em minhas intenções e alcançar meus objetivos	3,3	1,0	1,0	4,0	3,0	4,0	4,0
Tenho confiança para me sair bem em situações inesperadas	3,2	1,2	1,0	4,0	3,0	4,0	4,0
Devido a minhas capacidades sei como lidar com situações imprevistas	3,2	1,1	1,0	4,0	2,5	4,0	4,0
Consigo sempre resolver os problemas difíceis quando me esforço bastante	3,3	1,0	1,0	4,0	3,0	4,0	4,0

Eu me mantenho calmo mesmo enfrentando dificuldades porque confio na minha capacidade de resolver problemas	3,2	1,2	1,0	4,0	2,5	4,0	4,0
Quando eu enfrento um problema geralmente consigo encontrar diversas soluções	3,3	1,1	1,0	4,0	3,0	4,0	4,0
Se estou com problemas geralmente encontro uma saída	3,4	0,9	1,0	4,0	3,0	4,0	4,0
Não importa a diversidade eu geralmente consigo enfrentá-la	3,4	0,9	1,0	4,0	3,0	4,0	4,0

Ao avaliar a QV, a média mais elevada foi no domínio das Relações Sociais (72,7±10,6), enquanto que a menor média foi detectada no domínio Físico (63,7±23,8). Em relação a confiabilidade, esta mostrou-se satisfatória ( $\alpha C \geq 0,700$ ) em todos os domínios, sendo que a mais elevada foi no domínio Físico ( $\alpha C = 0,878$ ) enquanto que a menor, no domínio das Relações Sociais ( $\alpha C = 0,636$ ). Tabela 2.

**Tabela 2: Distribuição dos escores médios da qualidade de vida geral e por domínio do WHOQOL-bref na perspectiva de estomizados. RS, Brasil. 2018**

Qualidade de vida geral e domínios	Média	DP	Amplitude		Quartis			$\alpha C$
			Mín	Máx	1º	2º Median a	3º	
<b>QV geral</b>	72,1	12,7	25,7	100	62	75	84,6	0,722
<b>Domínios</b>								
Físico¥	63,7	23,8	7,1	100,0	51,8	67,9	82,1	0,878
Psicológico¥	66,5	17,6	29,2	95,8	56,3	70,8	77,1	0,805
Relações sociais	72,7	10,6	50,0	91,7	66,7	75,0	79,2	0,636
Meio ambiente	65,2	14,1	28,1	92,9	57,8	65,6	76,6	0,764

Alpha de Cronbach ( $\alpha C$ )

¥: variável com distribuição assimétrica (Kolmogorov Smirnov;  $p < 0,05$ )

A tabela 3 evidencia resultados referentes a Ansiedade, verificou-se valor médio de 5,5 ( $dp = 4,5$ ) e mediana de 4,0 pontos. De acordo com o ponto de corte da escala, 24% ( $n=6$ ) apresentaram ansiedade. Quanto a depressão, a média foi estimada em 4,9 ( $dp = 3,9$ ) com mediana de 3,0 pontos. Os casos com depressão representaram 20,0% ( $n=5$ ) da amostra.

**Tabela 3: Medidas de tendência central e de variabilidade para a escala hospitalar de ansiedade e depressão na perspectiva de estomizados. RS, Brasil. 2018**

Escala <sup>‡</sup>	Média	Desvi o padrã o	Amplitude		Quartis			αC
			Mínim o	Máxim o	1º	2º Median a	3º	
TOTAL_Ansiedade	5,5	4,5	1,0	17,0	2,0	4,0	8,5	0,845
TOTAL_Depressão	4,9	3,9	0,0	15,0	2,0	3,0	7,5	0,764

‡: variável com distribuição assimétrica (Kolmogorov Smirnov;  $p < 0,05$ )

Quando as escalas EAGP, WHOQOL-bref, HAD tiveram suas pontuações comparadas as variáveis do perfil: sexo, estado civil, pessoas que vivem na casa, renda e tempo ostomia, não ocorreram diferenças estatisticamente significativas. Desta forma, não há evidências de relações de dependência do perfil da amostra em relação as escalas utilizadas neste estudo

Houve correlação significativa, positiva entre EAGP e WHOQOL-bref, em que elevadas pontuações no EAGP mostraram-se correlacionadas a elevadas pontuações nos domínios Físico ( $r_s = 0,831$ ;  $p < 0,001$ ) e Psicológico ( $r_s = 0,546$ ;  $p = 0,005$ ), bem como, com a QV Geral ( $r_s = 0,716$ ;  $p < 0,001$ ).

Com a escala de ansiedade foram detectadas correlações significativas, negativas classificadas, em sua maioria, como moderadas com os domínios Psicológico ( $r_s = -0,562$ ;  $p = 0,004$ ) e das Relações sociais ( $r_s = -0,575$ ;  $p = 0,003$ ), bem como, com a QV Geral, ( $r_s = -0,347$ ;  $p = 0,009$ ). Desta forma, há evidências de que elevadas pontuações na escala de ansiedade mostraram-se relacionadas a baixas pontuações nos domínios da WHOQOL-bref mencionados, ou seja, elevados escores de ansiedade relacionados a maior comprometimento na QV.

No que se refere a escala de depressão, ocorreram correlações significativas, negativas com grau moderado ( $0,400 < r < 0,699$ ), com todos os domínios da WHOQOL-bref, apontando que, elevadas pontuações na escala da depressão mostraram-se correlacionadas a baixos escores para a QV.

A comparação que envolveu a escala EAGP e a escala HAD, os resultados não foram significativos, indicando que existe uma relação de independência entre as variáveis comparadas.

**Tabela 4: Análise de correlação de Spearman entre as escalas de autoeficácia geral percebida, qualidade de vida - WHOQOL-bref e escala hospitalar de ansiedade e depressão. RS, Brasil. 2018**

Escalas	EAGPT Total		Ansiedade		Depressão	
	$r_s$	P	$r_s$	P	$r_s$	P
Físico	<b>0,831</b>	<b>&lt;0,001</b>	-0,308	0,134	<b>-0,437</b>	<b>0,029</b>
Psicológico	<b>0,546</b>	<b>0,005</b>	<b>-0,562</b>	<b>0,004</b>	<b>-0,623</b>	<b>0,001</b>
Relações sociais	0,313	0,128	<b>-0,575</b>	<b>0,003</b>	<b>-0,503</b>	<b>0,010</b>
Meio ambiente	0,319	0,120	-0,090	0,668	<b>-0,411</b>	<b>0,041</b>
QV Geral	<b>0,716</b>	<b>&lt;0,001</b>	<b>-0,437</b>	<b>0,009</b>	<b>-0,521</b>	<b>0,009</b>
EAGPT Total			-0,189	0,367	-0,376	0,064

$r_s$ : Coeficiente de correlação de Spearman

### Discussão

É importante discutir a caracterização sócio-demográfica dos participantes, tendo em vista que estes dados podem facilitar o planejamento de ações pela equipe de saúde. Esses achados corroboram com a literatura, pois a incidência de neoplasias em pessoas com idade acima de 50 anos é maior, e é fator associado à ocorrência de CCR (16). Estudo realizado com estomizados identificou média de idade de 62,9 anos, com nível de escolaridade de até oito anos de estudo (70,9%) (17). Ainda quanto a renda familiar média foi de 2,08 salários mínimos e, também quanto ao tempo de estomia a média foi de 5,3 anos (17).

As pessoas que tem estomia precisam aprender a conviver com as limitações no seu cotidiano. Nesse sentido, avaliar a auto-eficácia é importante, pois ela está relacionada a resultados positivos em saúde. Pode ser compreendida em domínios específicos e em termos da confiança global frente a exigências e situações novas (18). Para os mesmos autores a auto-eficácia atua como um mecanismo regulador da ação humana, influencia a capacidade de estabelecer metas, executar planos de ação, tomar decisões e auto-avaliar o comportamento, também influencia o grau de esforço e persistência na busca de um objetivo e nas expectativas de resultado (18).

Indivíduos com auto-eficácia elevada tendem a estabelecer objetivos mais complexos e desafiadores, explorar mais o seu ambiente e persistir na situação ou tarefa diante de obstáculos (13). Nesse interim, a auto-eficácia geral pode ser um

indicador útil na área da saúde, tendo em vista que tem sido um preditor de QV, ajustamento psicossocial em portadores de doenças crônicas (13).

Ainda, resultados do estudo em tela no que se refere a auto eficácia foram satisfatórios denotando relação com a QV, com o ajustamento psicossocial, também evidenciado com os escores de ansiedade e depressão. Baixa auto eficácia está relacionada e associada com ansiedade, depressão, solidão e baixa autoestima (19).

A QV, entretanto, tem sido um conceito multidimensional, com indicativos objetivos e subjetivos de bem estar físico e pessoal, sendo que a avaliação objetiva está focada nos indicadores de saúde físicos e suas limitações e, subjetivo se refere a avaliação do indivíduo nas dimensões física, psicológica, social e ambiental. Logo, a condição de vida e saúde está atrelada a fatores como a má distribuição de renda, o analfabetismo e baixo grau de escolaridade, assim como as condições precárias de habitação e ambiente têm um papel muito importante nas condições de vida e saúde (20).

Em pesquisa realizada em um centro ambulatorial da capital do Piauí, que avaliou a QV de pessoas com estomias intestinais de eliminação e verificou sua associação com características sócio demográficas e clínicas mostrou que elas interferem na QV, principalmente nos âmbitos físico e social (11).

Isso demonstra que os fatores clínicos dos estomizados interferem mais na sua QV do que os fatores sóciodemográficos. Fatores como condições de saúde, doenças associadas e sintomas clínicos como dor, desconforto, que limitam as atividades diárias interferem na QV. Nesse sentido, é possível que as equipes de saúde possam intervir no que se refere aos fatores clínicos que o prejudicam, com consultas regulares, acompanhamento domiciliar, uso correto de medicações entre outros.

Este estudo evidenciou que o número de pessoas por residência variou de um a mais que três e 68% vivem com mais de três pessoas no domicílio. Outro estudo demonstrou que morar com mais de três pessoas no mesmo domicílio esteve associado a uma pior percepção da QV no domínio relações sociais (20). O Programa das Nações Unidas para os Assentamentos Humanos considera a “área suficiente para viver” como uma dimensão a ser avaliada para monitoramento dos assentamentos precários, sendo preconizado não mais que duas pessoas

compartilhando o mesmo dormitório, a fim de se criar um espaço adequado para o desenvolvimento das relações humanas e da interação social (20).

O domínio físico quando comparado aos demais apresentou a maior associação negativa entre a auto percepção de saúde como razoável ou ruim e a QV. O que pode estar relacionado à presença de doenças crônicas ou aos hábitos de estilo de vida, como o tabagismo e sedentarismo, que estão associados à auto percepção de saúde do indivíduo como ruim. A saúde pode ser determinada e condicionada, na percepção do indivíduo, por uma série de fatores determinantes da saúde, como as condições de vida e trabalho, fatores psicossociais, econômicos, culturais e comportamentos individuais (20).

Pois o domínio físico está relacionado com as situações de dor, desconforto, energia, fadiga, sono, repouso, atividades da vida cotidiana, dependência de medicação ou de tratamentos, mobilidade, capacidade de trabalho. Que portanto, muitos pacientes com CCR e uma estomia podem vir a ter alguma destas alterações em função da doença e a estomia.

Nesse sentido, estudo de revisão sistemática identificou que o isolamento social, privação de sono, preocupações financeiras, inibição sexual e outras questões desse tipo, são comuns entre os pacientes. Ressalta-se ainda as principais questões psicossociais que os pacientes com câncer enfrentam após uma estomia e sugere que os prestadores de serviços de saúde devam trabalhar estas questões para permanecer sensíveis (21).

Pesquisa que examinou a QV relacionada à saúde em pessoas com estomias em tratamento ambulatorial e analisou a relação entre a QV, fatores clínicos demográficos e pertinentes demonstrou que os pacientes com estomia apresentaram escores totais de  $69,6 \pm 20,2$  para o WHOQOL-Bref. Pacientes com menos tempo de estomia obtiveram escores piores em QV. Pacientes que não praticavam religião e aqueles sem um parceiro aumentou a probabilidade de ter escores piores no WHOQOL-Bref (22).

Em estudo que avaliou a QV em pacientes estomizados, mostrou que o apoio do cônjuge, família e amigos influenciou, positivamente. Quanto à vida sexual, 60% relataram satisfação, no entanto este estudo não observou associação direta

entre satisfação com a vida sexual e QV. Também na auto avaliação da QV, demonstraram uma melhora na QV de acordo com o tempo. A aceitação da aparência física atual foi observada em 100% dos participantes e, o desempenho das atividades da vida diária não foi restringido pela bolsa coletora em nenhum dos participantes do estudo e quanto à frequência de sentimentos negativos 60% relataram a ocorrência de tais sentimentos em algumas situações (23).

Nesse sentido, ao avaliar a QV em geral e seus domínios, é necessário investigar também a ansiedade e depressão de estomizados, pois os mesmos tem muitas alterações de imagem corporal e psicológicas. Conforme aumentam os níveis de sintomas depressivos, pior se revela a QV, sendo o domínio relações sociais um dos três domínios que mais se mostraram afetados.

Ter o diagnóstico de CCR e possuir uma estomia traz muitas dúvidas e inseguranças para pacientes e familiares sendo, muitas vezes, acompanhado por transtornos psiquiátricos, que em sua maioria, são caracterizados em dois grupos básicos: ansiedade e depressão, estes possuem alta prevalência na população brasileira (24).

Neste estudo os autores referem que a depressão e a ansiedade ocorrem de forma independente em 30-39% dos pacientes com CCR, portanto, devem ser foco de mais pesquisas, pois o diagnóstico e tratamento são muitas vezes omitidos nestes pacientes, refletindo na QV, com prejuízo na capacidade funcional e presença de limitações (25).

Estudo que avaliou a QV, dor, depressão e ansiedade em pacientes com câncer de reto, submetidos à intervenção cirúrgica com intenção curativa, mostrou alta prevalência de depressão (46,3%) e foi evidente as correlações entre ansiedade e depressão em função de problemas sexuais (25). Logo, há forte associação de problemas psicológicos e disfunção sexual com altos níveis de depressão, ansiedade e outras queixas negativas, associadas a manifestações somáticas. Também destacou-se a forte correlação entre depressão e perspectiva futura, há influência negativa da depressão na manutenção das relações interpessoais, que induz o paciente à solidão e desesperança. Também houve alta prevalência da ansiedade (39,1%) (25).

Os resultados obtidos de correlações realizadas entre auto eficácia e QV em pacientes com doenças crônicas mostraram relações importantes entre essas duas variáveis, indicando que aqueles indivíduos que possuem alta auto eficácia são também aqueles que possuem mais alta QV em geral e na dimensão ambiente (19).

Estes dados poderão subsidiar as equipes da rede de atenção à saúde, a realizar planejamento e implementação de ações que favoreçam o cuidado, no sentido de facilitar o processo adaptativo, mediante atividades educativas direcionadas, promocionais e de diagnóstico precoce, propiciando um atendimento de qualidade e eficaz, bem como a melhoria da qualidade de vida do paciente, apoiado em conhecimentos científicos (18).

### **Considerações Finais**

Estudo evidenciou que os estomizados apresentaram boa auto eficácia. Em relação a QV, média mais elevada no domínio das relações sociais e médias intermediárias nos domínios psicológico, físico e meio ambiente. Pontuações elevadas de ansiedade e depressão se relacionam a maior comprometimento na QV. Quando comparadas as escalas de auto eficácia, QV, ansiedade e depressão com as características sócio demográficas e clínicas, não ocorreram diferenças estatisticamente significativas.

Houve correlação significativa, positiva entre auto eficácia e QV, onde elevadas pontuações na escala de auto eficácia mostraram-se correlacionadas a elevadas pontuações nos domínios físico e psicológico, bem como, com a QV geral.

Com a escala de ansiedade foram detectadas correlações significativas, negativas, classificadas em sua maioria, como moderadas com os domínios psicológico e das relações sociais, bem como, com a QV geral. Desta forma, há evidências de que elevadas pontuações na escala de ansiedade mostraram-se relacionadas a baixas pontuações nos domínios da QV mencionados, ou seja, elevados escores de ansiedade demonstram maior comprometimento na QV.

No que se refere a escala de depressão, ocorreram correlações significativas, negativas com grau moderado, com todos os domínios da QV, apontando que, elevadas pontuações na escala da depressão mostraram-se correlacionadas a baixos escores para a QV.

Define-se como limitações deste estudo o tamanho da amostra. Novas pesquisas devem ser realizadas com esta população para constatar se em uma amostra maior teríamos outros resultados.

## Referências

1. MIRANDA, Sara Machado et al. **Caracterização Sociodemográfica e Clínica de Pessoas com Estomia em Teresina**. Revista Estima. 2016; 14 (1): 29-35. Disponível em: <https://www.revistaestima.com.br/index.php/estima/article/view/117/0>.
2. LUZ, Alyne Leal de Alencar et al. **Perfil de pacientes estomizados: revisão integrativa da literatura**. Cultura de los Cuidados. 2014; 18 (39):115-123. Disponível em: [https://rua.ua.es/dspace/bitstream/10045/40073/1/Cultura\\_Cuidados\\_39\\_13.pdf](https://rua.ua.es/dspace/bitstream/10045/40073/1/Cultura_Cuidados_39_13.pdf).
3. ATTOLINI, Raquel Cozer; GALLON, Carin Weirich. **Qualidade de Vida e Perfil Nutricional de Pacientes com Câncer Colorretal Colostomizados**. Rev bras Coloproct. 2010; 30 (3):289-298. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rbc/v30n3/a04v30n3.pdf>.
4. BRASIL. Ministério da Saúde. Instituto Nacional de Câncer. **Estimativa 2018: Incidência de Câncer no Brasil**. 2018. Disponível em: <https://www.inca.gov.br/publicacoes/livros/estimativa-2018-incidencia-de-cancer-no-brasil>.
5. RIBEIRO, Raíssa Vanessa Lima et al. **Adaptação social do paciente colostomizado: desafios na assistência de enfermagem**. R. Interd. 2016; 9 (2):216-222. Disponível em: [https://revistainterdisciplinar.uninovafapi.edu.br/index.php/revinter/article/view/1128/pdf\\_329](https://revistainterdisciplinar.uninovafapi.edu.br/index.php/revinter/article/view/1128/pdf_329).
6. MONTEIRO, Sandra de Nazaré Costa et al. **Caracterização de Cuidadores de Crianças e Adolescentes Estomizados Atendidos em Serviço de Reabilitação**. Revista Estima. 2016; 14 (2):76-83. Disponível em: <https://www.revistaestima.com.br/index.php/estima/article/view/380>.
7. PATRÃO, Ana Luisa; ALVES, Vicente Paulo; NEIVA, Tiago. **Propriedades psicométricas da escala de auto eficácia geral em idosos brasileiros**.

- Psicologia saúde & doenças.** 2017; 18(1):29-38. Disponível em: <http://www.scielo.mec.pt/pdf/psd/v18n1/v18n1a03.pdf>.
8. PLETSCHE, Graziela Meneghelli Cabrelli. **Avaliação da qualidade de vida de pacientes estomizados no município de Teutônia.** Trabalho de conclusão de curso de especialização para a obtenção de título de estomaterapia pela Universidade do Vale do Rio dos Sinos, UNISINOS. 2013. Disponível em: [http://www.repositorio.jesuita.org.br/bitstream/handle/UNISINOS/5655/Graziela%20Meneghelli%20Cabrelli%20Pletsch\\_.pdf?sequence=1&isAllowed=y](http://www.repositorio.jesuita.org.br/bitstream/handle/UNISINOS/5655/Graziela%20Meneghelli%20Cabrelli%20Pletsch_.pdf?sequence=1&isAllowed=y).
  9. GOMBOSKI, Gustavo. **Adaptação cultural e validação do City of Hope – Quality of Life – Ostomy Questionnaire para a língua portuguesa no Brasil.** Dissertação para a obtenção de Mestre em Enfermagem pela Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo, 2010. Disponível em: <http://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/7/7139/tde-01082011-074203/pt-br.php>.
  10. FIECK, Marcelo PA et al. **Aplicação da versão em português do instrumento abreviado de avaliação da qualidade de vida “WHOQOL-bref”.** Rev Saúde Pública 2000;34(2):178-83. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rsp/v34n2/1954.pdf>.
  11. ALMEIDA-BRASIL, Celline Cardoso et al. **Qualidade de vida e características associadas: aplicação do WHOQOL-BREF no contexto da Atenção Primária à Saúde.** Ciência & Saúde Coletiva 2017; 22(5):1705-16. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csc/v22n5/1413-8123-csc-22-05-1705.pdf>.
  12. SOUZA, Israel; SOUZA, Marcos Aguiar de. **Validação da escala de autoeficácia geral percebida.** Rev. Univ. Rural, Sér. Ciências Humanas. 2004; 26 (1-2):12-17. Disponível em: [https://www.researchgate.net/publication/260338439\\_Validacao\\_da\\_Escala\\_de\\_Autoeficacia\\_Geral\\_Percebida](https://www.researchgate.net/publication/260338439_Validacao_da_Escala_de_Autoeficacia_Geral_Percebida).
  13. SBICIGO, Juliana Burges et al. **Propriedades Psicométricas da Escala de Autoeficácia Geral Percebida.** Psico. 2012; 43 (2):139-146. Disponível em: <http://revistaseletronicas.pucrs.br/ojs/index.php/revistapsico/article/view/11691/8037>.
  14. BOTEAGA, Neury J et al. **Transtornos do humor em enfermagem de clínica médica e validação de escala de medida (HAD) de ansiedade e depressão.**

- 1995; Rev. Saúde Pública, 29 (5): 355-63. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rsp/v29n5/04.pdf>.
15. MARCOLINO, José Álvaro Marques et al. **Escala Hospitalar de Ansiedade e Depressão: Estudo da Validade de Critério e da Confiabilidade com Pacientes no Pré-Operatório.** Revista Brasileira de Anestesiologia. 2007; 57: 1: 52-62. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/%0D/rba/v57n1/06.pdf>.
16. CUNHA, Regina Ribeiro; FERREIRA, Artur Brandão; BACKES, Vânia Marli Schubert. **Características Sócio-Demográficas e Clínicas de Pessoas Estomizadas:** Revista Estima. 2013; 11 (2):327. Disponível em: <https://www.revistaestima.com.br/index.php/estima/article/view/327>.
17. AGUIAR, Janderson Cleiton et al. **Aspectos sociodemográficos e clínicos de estomizados intestinais provisórios.** REME - Rev Min Enferm. 2017; 21:e-1013. Disponível em: <http://www.reme.org.br/artigo/detalhes/1149>.
18. QUEIROZ, Cíntia Galvão et al. **Caracterización de ileostomizados atendidos en un servicio de referência de ostomizados.** Enfermería Global 2017; 46. Disponível em: [http://scielo.isciii.es/pdf/eg/v16n46/pt\\_1695-6141-eg-16-46-00001.pdf](http://scielo.isciii.es/pdf/eg/v16n46/pt_1695-6141-eg-16-46-00001.pdf).
19. COELHO, Eduardo et al. **Autoeficácia e Qualidade de Vida no Trabalho: um estudo com policiais militares.** Psic.: Teor. e Pesq. 2016; 32( ): 1-7. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/ptp/v32nspe/1806-3446-ptp-32-spe-e32ne220.pdf>.
20. CASTRO, Elisa Kern de; PINTO, Débora Wagner; PONCIANO, Clarissa Franco. **Auto-eficácia e qualidade de vida de jovens adultos com doenças crônicas.** Rev. SBPH. 2009; 12 (2). Disponível em: <http://pepsic.bvsalud.org/pdf/rsbph/v12n2/v12n2a09.pdf>.
21. SILVA, Cynthia Roberta Dias Torres et al. **Qualidade de vida de pessoas com estomias intestinais de eliminação.** Acta Paul Enferm. 2017; 30(2):144-51. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/ape/v30n2/1982-0194-ape-30-02-0144.pdf>.
22. KENDERIAN S; STEPHENS EK; JATOI A. **Ostomies in rectal cancer patients: what is their psychosocial impact?.** European Journal of Cancer Care. 2014; 23 328–332. Disponível em: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/epdf/10.1111/ecc.12133>.
23. SANTOS, Vera Lucia Conceição de Gouveia, AUGUSTO, Fabiana da Silva; GOMBOSKI, Gustavo. **Health-Related Quality of Life in Persons With**

**Ostomies Managed in an Outpatient Care Setting.** J Wound Ostomy Continence Nurs. 2016; 43(2):158-164. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/26808303>.

24. SALLES, Valdemir José Alegre; BECKER, Carolina de Paula Penteado; FARIA, Giuliana da Matta Rossi. **The influence of time on the quality of life of patients with intestinal stoma.** J coloproctol. 2014; 34(2):73–75. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/jcol/v34n2/2237-9363-jcol-34-02-00073.pdf>.
25. SANTOS, Letácio José Freire et al. **Quality of life, pain, anxiety and depression in patients surgically treated with cancer of rectum.** ABCD Arq Bras Cir Dig 2014; 27(2):96-100. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/abcd/v27n2/0102-6720-abcd-27-02-00096.pdf>.

## Manuscrito 2

### ITINERÁRIO TERAPÊUTICO E CUIDADOS DISPENSADOS AO ESTOMIZADO NA REDE DE ATENÇÃO À SAÚDE

#### Resumo

**Introdução:** os estomizados necessitam de assistência qualificada, multiprofissional e em rede. **Objetivos:** identificar as ações de cuidado efetivadas ao estomizado e o itinerário terapêutico percorrido nos pontos de atenção à saúde. **Método:** estudo descritivo de abordagem qualitativa, desenvolvido no Sul do Brasil. Incluiu-se maiores de 18 anos, com diagnóstico médico de câncer colorretal, em uso de ileostomia ou colostomia. A coleta de dados ocorreu no primeiro semestre de 2018 e deu-se por meio de entrevista semiestruturada. Sorteou-se os participantes. Análise de dados foi realizada de acordo com Minayo. **Resultados:** participaram 15 indivíduos, com predomínio de sexo feminino, casados, viúvos, entre 51 a 80 anos, aposentados, com ensino fundamental incompleto e estomizado de um a cinco anos. Identificou-se que as orientações de pré e pós-cirúrgico são realizadas parcialmente. Além, o estomizado não é contra referenciado para a APS e encontra dificuldades para acessá-la. Há centralização do cuidado, e a assistência é efetivada somente na APS. **Conclusões:** verificou-se que as orientações de pré e pós-operatório são incipientes; o indivíduo não recebe assistência adequada na APS em sua nova condição e é no serviço especializado que são realizados cuidados que contemplam aspectos físicos e psicológicos.

**Palavras chaves:** Estomia. Assistência integral a saúde. Atenção primária de saúde. Assistência hospitalar.

#### Abstract

**Introduction:** Stomatal patients require skilled, multiprofessional and network assistance. **Objectives:** to identify the effective care actions performed to the stomized patient and the therapeutic itinerary carried out at health care points. **Method:** descriptive study of a qualitative approach, developed in the South of Brazil. We included over 18 years, with medical diagnosis of colorectal cancer, using ileostomy or colostomy. Data collection took place in the first half of 2018 and took place through a semi-structured interview. The participants were drawn. Data analysis was performed according to Minayo. **Results:** 15 individuals, predominantly female, married, widowed, between 51 and 80 years of age, retired, with incomplete primary education and stomized from one to five years. It was identified that the pre and post-surgical guidelines are partially performed. In addition, the stomate is not contraindicated for APS and has difficulty accessing it. There is centralization of care, and care is provided only in PHC. **Conclusions:** it was verified that the pre and postoperative guidelines are incipient; the individual does not receive adequate care in PHC in their new condition and it is in the specialized service that care is performed that includes physical and psychological aspects.

**Key words:** Estomy. Comprehensive health care. Primary health care. Hospital care.

## Introdução

Na contemporaneidade as doenças intestinais, como o câncer, contribuíram para o aumento de procedimentos cirúrgicos abdominais, dentre eles, a colostomia e ileostomia. Estimativa do Instituto Nacional de Câncer<sup>1</sup> prevê 36.360 mil novos casos de câncer colorretal (CCR), sendo 17.380 homens e 18.980 em mulheres. Esta patologia corresponde 36% das razões mais frequentes para realização de cirurgia de estoma intestinal<sup>2</sup>.

O termo ostomia origina-se do grego *stómae* que significa abertura e exteriorização de uma víscera oca, por meio do ato cirúrgico. Estas podem ser temporárias, ou definitivas, a depender da possibilidade ou não, de reconstruir o trânsito intestinal<sup>3</sup>.

Neste sentido, esta condição demanda dos serviços de saúde atendimento sistematizado e multiprofissional. Fato que pode estar relacionado as distintas necessidades do estomizado, com vistas a adaptação a nova condição<sup>4</sup>.

A fim de garantir que o paciente tenha sua autonomia e adaptação estabelecidas, cabe aos profissionais de saúde realizarem ações educativas, como as orientações cuidados no pré-operatório e, em especial ao pós-operatório, pois o paciente e familiar necessitam informações que lhe dê capacidade de cuidar da estomia no domicilio. As efetivações destas ações são fundamentais para reabilitação do paciente e a continuidade do cuidado. Entretanto, autores inferem que isto ocorre parcialmente, o que compromete a assistência<sup>5</sup>.

Para além disto, após a alta hospitalar, a Atenção Primária em Saúde (APS), bem como o serviço especializado, que compõe da Rede de Atenção à Saúde (RAS) devem realizar assistência planejada e contemplar aspectos fisiológicos e psicológicos do paciente e sua família, na perspectiva de garantir a integralidade de saúde<sup>6</sup>.

Para tanto, é primordial que todos os profissionais de saúde participem efetivamente do processo de atendimento, a fim de garantir a continuidade do cuidado<sup>7</sup>. Contudo, evidência pontua falhas de comunicação entre os níveis primário e secundário de atenção a saúde<sup>8</sup>.

Tendo em vista tais argumentos, estabeleceu-se como pergunta de pesquisa: como é efetivado o cuidado do paciente estomizado na Rede de atenção a saúde? E,

como objetivo do estudo identificar as ações de cuidado efetivadas ao estomizado e o itinerário terapêutico percorrido nos pontos de atenção à saúde.

## **Metodologia**

Trata-se de um estudo descritivo, de abordagem qualitativa, desenvolvido em um município do Sul do Brasil, que compreende população estimada de 83.173 pessoas.

Para estabelecer a população participante, solicitou-se junto a Secretaria Municipal de Saúde a relação nominal de indivíduos cadastrados no Sistema de Gerenciamento de Usuários com Deficiência (GUD) com diagnóstico de câncer colorretal, onde obteve-se 29 usuários. Tem-se como critérios de inclusão: maiores de 18 anos, com diagnóstico médico de câncer colorretal, em uso de ileostomia ou colostomia; excluíram-se aqueles menores de 18 anos. Sorteou-se os indivíduos para participarem do estudo, com reposição de participantes caso houvesse recusa, deste modo, obteve-se 15 participantes, delimitado pela saturação dos dados.

A coleta de dados foi realizada por bolsistas e mestranda previamente capacitados. Ocorreu durante o primeiro semestre de 2018 e deu-se por meio de entrevista semiestruturada, desenvolvida pelos pesquisadores responsáveis pelo projeto. A mesma contempla questões fechadas que possibilitaram caracterizar os participantes do estudo e questões abertas sobre o tema em tela, as quais permitiram o diálogo e reflexão da temática estudada.

As entrevistas foram realizadas no domicílio, mediante agendamento prévio por contato telefônico, em que a data e horário das mesmas foram estabelecidos pelo participante. Importante salientar as dificuldades encontradas nesta etapa, devido a endereços incompatíveis, óbitos recentes de participantes e dificuldades de acesso.

Primeiramente, sugeriu-se ao participante que a conversa fosse realizada em local tranquilo e privado, a fim de que este pudesse explanar sobre sua condição. Em seguida, explanou-se sobre o objetivo do estudo, após explicou-se que a participação possui caráter voluntário e, que pode ser interrompida a qualquer tempo. Quando se obteve o aceite do participante, o mesmo assinou o Termo de Consentimento Livre Esclarecido (TCLE) em duas vias, sendo que uma via do participante do estudo e outro do pesquisador.

Sequencialmente, iniciou-se as entrevistas, perdurando um tempo médio de 15 minutos, sendo gravadas e transcritas na íntegra. Com vistas a garantir o anonimato os participantes do estudo, foram identificados pela letra p, seguida do número sequencial correspondente a entrevista, ou seja, de P1 a P15.

A análise dos dados foi realizada como preconizada por Minayo<sup>9</sup> em três etapas: ordenação dos dados por meio da transcrição das entrevistas gravadas, leitura, organização das entrevistas e identificar temáticas; classificação dos dados a partir da releitura dos textos e material obtido, a fim de identificar as temáticas comuns e posteriormente, agrupa-las em categorias de acordo com o tema; e análise final dos dados, considerando-se base teórica e relaciona-se os dados referentes à observação simples dos dados reportando-se aos objetivos propostos.

Os aspectos éticos foram respeitados de acordo com a Resolução do Conselho Nacional de Saúde 466/2012<sup>10</sup>, e o projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da Universidade de Cruz Alta (UNICRUZ), sob CAAE 80479417.2.0000.5322.

## **Resultados e discussão**

O estudo incluiu 14 indivíduos que possuem colostomia intestinal e um ileostomia, todos com estoma definitivo. Destes, 80, 1% (12) encontravam-se na faixa etária entre 51 a 80 anos, 53,3% (8) são do sexo feminino, 40% (6) viúvos e 33 (5) casados. Quanto a ocupação, 46, 7% (7) são aposentados, e 53% (8) possuem ensino fundamental incompleto. Ainda, 86,7% (13) dos respondentes possuíam estomia de um a cinco anos.

A análise dos depoimentos permitiu a identificação de duas categorias de análise: Atenção à saúde efetivada ao paciente estomizado; Itinerário terapêutico e centralização do cuidado ao estomizado.

### **Atenção à saúde efetivada ao paciente estomizado**

O CCR abrange tumores do intestino grosso e do reto, sendo que a maioria deles acometem o reto e ânus. Nesses casos, a cirurgia é a opção de tratamento e manutenção da vida, a qual resulta na, maioria das vezes, na confecção de um estoma intestinal<sup>11</sup>.

Um procedimento cirúrgico é constituído por várias etapas, sendo denominadas como pré, trans e pós-operatório. Este, tem seu início estabelecido após a avaliação da indicação do procedimento, quando obtém-se o consentimento, inicia-se a preparação cirúrgica.

Contudo, observa-se que, por vezes, a realização da intervenção cirúrgica pode ocasionar experiências negativas, emocionalmente e fisicamente, em especial nas cirurgias em que há confecção de um estoma intestinal. Assim, muitos indivíduos apresentam sentimentos de ansiedade ou medo em decorrência do desconhecido, da anestesia, da mutilação e, até mesmo, da possibilidade de morte ao submeterem ao procedimento<sup>7</sup>. Logo, observa-se a importância das orientações cirúrgicas, com vistas a esclarecer dúvidas e facilitar o processo de aceitação/adaptação.

De acordo com autores<sup>12</sup>, a fase pré-operatória compreende momento da tomada de decisão do paciente em submeter-se ao procedimento até a sua transferência para a mesa cirúrgica. Nela, os profissionais atuantes, como médicos, enfermeiros e equipe de enfermagem, devem realizar ações educativas, com vistas a esclarecer dúvidas sobre a intervenção, reduzir a ansiedade, o estresse e medos que a intervenção cirúrgica impõe<sup>5</sup>.

Além disto, as orientações nesta fase contribuem, positivamente, para evitar complicações futuras, com vistas a recuperação do paciente sua qualidade de vida, além de contribuir para a aceitação da mudança corporal e colaboram para a interação profissional-paciente<sup>12</sup>.

Neste íterim, constata-se que as orientações no período pré-operatório são fundamentais, porém observa-se que muitas vezes ela não ocorre, como evidenciase nos relatos:

*“Não fui orientado antes do procedimento. ” (P5, P6, P10, P12, P15)*

*“Não fui orientada, nunca ninguém me disse nada, não tinha nem noção. E isso é bem importante, porque eu nunca passei por isso e a gente precisa ser orientada e nos explicado o que será feito. ” (P13)*

Destaca-se que um número considerável de participantes do estudo (6) relatou não ter recebido orientações e estudo<sup>5</sup> corrobora com resultados do estudo em tela,

na medida em que destacou que muitos dos participantes do seu estudo não receberam orientações e/ou não recordava se havia sido orientado.

Quando o paciente não recebe orientações no pré-operatório, fica vulnerável a alterações significativas e a intervenção realizada pode ser percebida como mais traumatizante, uma vez que, o indivíduo se encontra abalado pelas informações acerca do diagnóstico, da intervenção cirúrgica e da construção de um estoma<sup>13</sup>.

Ademais, quanto maior o estresse e a tensão no pré-cirúrgico, maiores serão as dificuldades para enfrentar os limites que a cirurgia impuser ao cotidiano do paciente<sup>7</sup>. Neste sentido, as orientações visam esclarecer os motivos que levaram a necessidade da confecção do estoma, se este é temporário ou definitivo, suas possíveis complicações e os cuidados que se deve ter no manuseio e manutenção do mesmo.

Em relação os cuidados com o estoma, autor<sup>14</sup> pontua que é importante mostrar imagens e estomas intestinais com e sem bolsa coletora, permitir que o paciente e sua família manipulem os materiais que farão uso, ofertar o contato direto e real com os materiais, para facilitar a aceitação da nova condição.

Deste modo, as ações educativas efetivadas têm influência positiva nas técnicas de autocuidado, na aceitação da nova condição e adaptação a mesma. Na mesma medida, permitem que pacientes aprendam a cuidar-se, sintam-se seguros diante da situação e passam a compreender melhor o que estão vivenciando<sup>15</sup>.

Nesse sentido, destaca-se que em maior número de participantes do estudo referiram ter recebido orientações da equipe multiprofissional, conforme relatos abaixo:

*“Antes do procedimento fui orientado pelo médico. ” (P2)*

*“(...) fui orientado lá no hospital, era da enfermagem. ” (P3, P8, P14, P9)*

*“Fui orientada pelo médico, psicólogo, e pela enfermagem lá no hospital. ” (P7, P1)*

Para obter-se assistência humanizada e qualificada é necessária participação de diferentes profissionais. A interação multiprofissional é necessária e fundamental, pois incentiva o trabalho integrado com vistas ao bem-estar do usuário e propicia a troca de saberes, articulação das ações e integração entre os membros da equipe<sup>16</sup>.

Em estudo<sup>11</sup> os entrevistados não mencionaram ter recebido orientação de enfermeiro, relacionam-na ao médico e foram direcionadas ao procedimento cirúrgico, excluindo-se orientações de autocuidado. Ademais, em outro estudo 75% dos depoentes afirmaram que receberam orientação no período pré-operatório, sendo a maioria pelos enfermeiros<sup>5</sup>.

As orientações devem ser realizadas independente do profissional atuante, logo, não estão vinculadas a uma classe profissional. No entanto, importante ressaltar que o enfermeiro, dentre todas as categorias profissionais é o que permanece maior tempo com o paciente. Ele está presente desde o diagnóstico, antes, durante e após o procedimento cirúrgico, bem como na reabilitação, para tanto, cabe a ele realizar ações educativas, que visam autonomia do paciente, pois ele é responsável pelas orientações de autocuidado, principalmente relacionado ao manuseio do estoma e do equipamento coletor<sup>15</sup>.

Autores<sup>4</sup> corroboram ao inferir que as ações de ensino-aprendizagem são função do enfermeiro e permitem o autocuidado e autonomia, conseqüentemente colaboram para qualidade de vida, convívio com seus familiares e reinserção social, ações que podem ser identificadas nos depoimentos.

*“Após o procedimento a equipe de enfermagem me ajudou e orientou.” (P8)*

*“Depois que fiz a cirurgia sim me falaram, orientaram a minha filha.” (P9)*

A realização das orientações requer competência profissional como conhecimento, habilidades e atitudes para a realização desta ação. Elas devem se dar de forma contínua e sistematizada, pois mostram-se efetivas para aquisição e compartilhamento de informações, além de uma ferramenta essencial para obter assistência de qualidade<sup>5</sup>.

Para além disso, as ações devem ser individualizadas, considerar o conhecimento prévio do indivíduo de forma a responder às dúvidas e atender as necessidades de cada paciente. Tal aspecto também foi mencionado em relato de participante do estudo:

*“Trocaram a bolsa e me mostraram, mas eu não estava entendendo nada, não conseguia assimilar nada daquilo ali,*

*ninguém me falou quando tinha que limpar, trocar, cortar aquilo.*  
” (P12)

O momento após a cirurgia deve ser trabalhado de forma específica e utilizando metodologias que garantam a compreensão o envolvimento do sujeito no autocuidado<sup>17</sup>. Além das orientações pré-operatórias, as de pós-operatório são, também, decisivas para o autocuidado, aceitação e qualidade de vida. Sendo assim, os profissionais de saúde precisam estar presentes no pós-operatório a ofertar suporte constante. Neste sentido, participantes do estudo expressam orientações recebidas no pós-cirúrgico:

*“Fui orientada quanto a higienização, que eu tinha que controlar o que comia, daí iria controlar o meu intestino, (...) como trocava a bolsa (...)”* (P10, P11)

*“Me explicaram o que podia acontecer, para que servia (...) mostraram bastante coisa da bolsa, como que tinha que fazer para lavar e esvaziar, (...) que as trocas eram a cada 7 dias (...).”*  
” (P2, P3 P8, P13, P14)

Nesta fase as orientações devem centrar-se nos cuidados com a pele do perístoma e troca de bolsas coletoras, quanto aos hábitos alimentares, higiene do estoma e do dispositivo coletor, além de estimular o auto autocuidado, que influencia, positivamente, no processo de adaptação ao estoma e previne complicações<sup>18</sup>.

Importante salientar, que durante este processo de aprendizagem deve-se incluir a família. Eles intervêm como uma importante rede de apoio, à medida que atuam como mediadores para enfrentar a situação vivenciada antes e após a alta hospitalar exercendo o cuidado no domicílio e ao fornecer suporte emocional<sup>2,4</sup>. Logo, torna-se importante envolver os familiares, pois em muitas situações serão estes que realizarão os primeiros cuidados no domicílio, como a troca da bolsa, limpeza, entre outros cuidados, desde modo, precisam também, estar aptos para presta-los. Fato que também é identificado nos depoimentos dos participantes:

*“Eles falaram para meu familiar como limpar, trocar a bolsa, usar todos os produtos, como recortar, mostraram os modelos.”* (P4, P5)

*“Minha filha foi orientada no hospital, eu não sei dizer.”* (P9)

O cuidador familiar além do cuidado com o estoma é responsável pelo apoio emocional, por meio de diálogos, escutas, explicações, conselhos, conferindo conforto e segurança, diminuindo medos e angústias da pessoa com estomia intestinal<sup>2,4</sup>.

Ademais, as informações passadas ao estomizado e seus familiares podem ser realizadas de inúmeras formas, as quais facilitam a apreensão das informações como o uso de cartilhas, guias, folderes influencia positivamente na aprendizagem, método que também foi identificado na fala de participante:

*“Me explicaram, me deram um papel e leram dizendo como limpar e trocar. ” (P7)*

Nessa perspectiva, a utilização de materiais educativos é um mediador entre profissional e o paciente/familiar, pois além de auxiliarem a assimilar as orientações por meio de textos e figuras, também representam um recurso disponível para que possam consultá-lo no momento de dúvidas<sup>19</sup>. Para além disso, favorece a equipe à medida que contribui para a assistência em saúde qualificada e a padroniza.

### **Itinerário terapêutico e centralização do cuidado ao estomizado**

A partir da intervenção cirúrgica e a alta hospitalar, o indivíduo terá o desafio de adquirir habilidades para conviver com o corpo alterado e experimentará transição psicossocial<sup>7</sup>. Neste sentido, o estomizado conviverá com mudanças significativas na vida, devido as alterações físicas, que interferem diretamente, no seu estilo de vida e exigem adaptação à sua nova condição<sup>2</sup>. Esta adaptação inicia-se basicamente no domicílio e, é potencializada após perceber-se em casa, sem profissionais de saúde para realizar os cuidados.

Assim, antes da alta hospitalar os profissionais devem referenciar os pacientes e familiares para APS, com vistas a continuidade do cuidado. Esta por sua vez, deve atender as demandas em saúde dos usuários adscritos a um território definido, com vistas a desenvolver atenção integral de modo que impacte, positivamente, na situação de saúde e autonomia dos indivíduos<sup>6</sup>.

Contudo, a totalidade dos participantes revelam em seus depoimentos fragilidades na contra referência, como observa-se nos relatos.

*“Não fui encaminhado para a unidade de referência do bairro. ”  
(P1, P2, P3, P4, P6, P7, P8, P9)*

*“Fui orientado para ir na unidade dos estomizados para pegar as bolsas. ” (P10, P11, P12, P14, P15)*

Preconiza-se, que o nível secundário de assistência realize a contra referência para a APS, pois a comunicação efetiva, entre os distintos níveis de atenção são importantes para a reabilitação do paciente. Contudo, de acordo com autores<sup>8</sup>, existe dificuldades na continuidade da assistência determinada pela inexistência de comunicação entre os sistemas de cuidado. Os mesmos autores<sup>8</sup> enfatizam a necessidade de diálogo entre a equipe dos níveis de atenção primário e secundário, com paciente e sua família, a fim de garantir o cuidado integral e continuado no domicílio. Fragilidade explicita nos relatos de alguns dos participantes do estudo

*“Não tive nenhum acompanhamento da unidade de saúde de referência. ” (P1)*

*“A minha esposa procurou, mas não quiseram atender naquele dia.” (P3)*

*“Só procuro a unidade de saúde para outras coisas, mas não para receber atendimento para a colostomia. ”(P14)*

Destaca-se que a APS é considerada a coordenadora do cuidado, a medida que deve ordenar a RAS, além disso tem como propósito facilitar o acesso da população e, é a porta de entrada dos serviços de saúde assim, cabe aos profissionais atuantes na mesma efetivar ações de promoção, prevenção, proteção, diagnóstico, tratamento, recuperação e reabilitação da saúde<sup>6</sup>, contudo participantes do estudo vivenciam dificuldades explícitas em seus relatos:

*“(...) a enfermagem falou à minha esposa o que era a ostomia, mas não sabiam quase nada (...)” (P1)*

*“Só procuro a unidade de saúde para outras coisas, mas não para receber atendimento para a colostomia, porque eles não sabem. ” (P14)*

*“Estou cadastrado no ESF do bairro, mas vou no posto central, porque aqui na unidade ninguém sabe disso. ” (P7)*

Em estudo<sup>20</sup> realizado com 16 enfermeiros da APS, constatou que seis deles tinham conhecimento incipiente sobre ileostomia e dois desconheciam a temática, o

que denota déficit na formação deste profissional. Tais achados vão ao encontro de estudo<sup>21</sup> em que identificou insegurança e respostas inadequadas quanto à descrição do procedimento da troca do equipamento, evidenciando a necessidade de que os enfermeiros empoderar-se desta temática.

Assim, diante dessas fragilidades percebe-se que o estomizado não é assistido integralmente pela equipe na APS, o que faz com o que este indivíduo fique desassistido na Rede de Atenção à Saúde (RAS). Nessa perspectiva as Diretrizes Nacionais para a Atenção à Saúde das Pessoas Estomizadas<sup>22</sup> garantem a atenção integral à saúde da pessoa com estoma, o que inclui o fornecimento de materiais que favorecem o autocuidado.

Nesse sentido, destaca-se que no município em que foi realizado o estudo, há um espaço específico que realiza atendimento aos pacientes estomizados. Neste, atuam uma enfermeira estomaterapeuta e técnicos de enfermagem. Estes profissionais realizam o cadastro dos estomizados em um sistema específico, para que os pacientes recebam, gratuitamente, os materiais de cuidado do estoma, além de realizar o cuidado com o estoma (pele, dispositivos, nutrição, apoio psicológico) como preconiza as Diretrizes Nacionais para a Atenção à Saúde das Pessoas Estomizadas.

Contudo, isso não desresponsabiliza os enfermeiros da unidade em que o usuário é adscrito de assisti-los. Ademais, assistência efetivada na APS deve ser resolutiva nas demandas dos indivíduos em seu domicílio e quando necessário a equipe da unidade pode buscar suporte na equipe especializada, no entanto deve haver comunicação entre os serviços. Santos apud Moura<sup>23</sup> pontua que a descontinuidade e desarticulação das redes de atenção permitem a centralização do cuidado. Fato observado nos relatos:

*“Não tive nenhum acompanhamento da unidade de saúde de referência, somente os profissionais da unidade do centro vieram duas vezes.” (P1)*

*“O médico disse que qualquer dúvida era lá na unidade central que iam ajudar (...).” (P12)*

*“Fui para a unidade do bairro, mas me orientaram a procurar a unidade do centro, porque minha bolsa tinha soltado e eu estava*

*com diarreia, aí me encaminharam para lá, dizendo que ali eles não sabiam mexer nisso. ” (P14)*

Estudo infere que quando o paciente estomizado chega ao centro de referência, já percorreu vários pontos da RAS, fato justificado pela assistência ineficaz, ocorrência de situações frustrantes que explicitam a fragilidade atual (Bezzerra apud Moura<sup>23</sup>), representadas pelas vivências dos estomizados que buscam nos profissionais respostas para as suas angústias e, em alguns momentos defrontam-se com a precariedade de informações, bem como de cuidado<sup>23</sup>.

A maioria dos usuários estomizados só recebe orientação e cuidados adequados/especializados quando entra em contato com serviço especializado<sup>24</sup>. Conforme evidencia-se nos relatos dos participantes deste estudo.

*“Recebi orientação, fui muito bem tratado no serviço especializado. ” (P2)*

*“Na unidade central foi 100%! Lá que aprendi tudo. ” (P8)*

*“A enfermeira do serviço especializado me mostrou como limpar e trocar a bolsinha, me deu uns papeis, e agora vai tranquilo. Depois que enfermeira me ensinou, não tive mais problema. ” (P7).*

A assistência especializada às pessoas com estoma, objetiva reabilitação, com ênfase na orientação para o autocuidado, ao desenvolver habilidades para a realização de suas atividades de vida diária, prevenção de complicações nas estomias e fornecimento de equipamentos coletores e adjuvantes de proteção e segurança<sup>25</sup>.

Para tanto, uma das estratégias realizadas pela unidade de referência é o grupo de estomizados. Autores<sup>18</sup> pontuam que esta estratégia educacional, oportuniza o desvendamento de vários desafios trazendo à tona novos olhares à sua condição física, permite maior autonomia e participação social. Tais aspectos estão explicitados nos depoimentos:

*“(...) comecei a ir no grupo, então me orientaram algumas coisas de alimentação. ” (P15)*

*“(...) quando fui retirar as bolsas no centro, fiquei sabendo de um grupo de estomizados, então comecei a participar. ” (P15)*

O grupo de apoio proporciona interação entre os participantes, contribui para o compartilhamento de experiências e favorece o convívio social. A convivência com outras pessoas estomizadas, é um método de adquirir conhecimentos por meio de trocas de experiências, pois cada participante enfrenta as adversidades com um olhar diferenciado e, no momento em que essas experiências são trocadas, o elo de confiança se fortalece, fazendo com que haja motivação para o enfrentamento dos desafios<sup>18</sup>.

Deste modo, percebe-se o grupo como intervenção efetiva e necessária para a consolidação do autocuidado do estomizado, a medida que são disponibilizadas informações sobre alimentação, cuidados com o estoma, além de permitir o convívio social. No entanto, a ocorrência de grupos e de um centro especializado não exime a responsabilidade da APS frente a esses indivíduos.

### **Considerações finais**

Resultados deste estudo permitem inferir que as orientações de pré e pós-operatório são incipientes, o que fragiliza a assistência efetivada. Após a alta hospitalar, ao buscar sua unidade de referência, o indivíduo não recebe assistência adequada a sua nova condição, à medida que os profissionais atuantes na ABS não realizam o cuidado a estes indivíduos e os referenciam para o cuidado especializado.

Este serviço especializado deve ser entendido como de suporte a assistência efetivada na unidade de saúde em que o usuário é adscrito, contudo, este serviço é único que efetiva o cuidado físico e psicológico a esses usuários e seus familiares. Nesse sentido, importante que enfermeiros se empoderem de conhecimento para dar conta nas distintas necessidades dos indivíduos estomizado por meio de ações educativas continuadas, no intuito de desenvolver habilidades e conhecimentos fragilizados.

### **Referências**

1. INCA. Instituto Nacional do Câncer. Câncer de Intestino. Ministério da Saúde [acesso em 2018 dez 10]. Disponível em: <https://www.inca.gov.br/tipos-de-cancer/cancer-de-intestino>

2. Pinto IMS. Desenvolvimento da competência de autocuidado da pessoa com ostomia de eliminação intestinal: validação do formulário [dissertação] [internet]. Porto: Escola Superior de Enfermagem do Porto; 2014. 163 p. [acesso 2018 dezembro 01]. Disponível em: [https://comum.rcaap.pt/bitstream/10400.26/9537/1/Igor\\_Pinto\\_Dissertacao\\_Mestrado\\_Porto\\_2014.pdf](https://comum.rcaap.pt/bitstream/10400.26/9537/1/Igor_Pinto_Dissertacao_Mestrado_Porto_2014.pdf)
3. Ribeiro RVL, Oliveira AC, Viana LV, et al. Adaptação social do paciente colostomizado: desafios na assistência de enfermagem. Rev. Interd. 2016; 9(2): 216-222.
4. Ardigo FS, Amante LN. Conhecimento do profissional acerca do cuidado de Enfermagem à pessoa com estomia intestinal e família. Texto Contexto Enferm. 2013; 22(4):1064-71.
5. Silva RM, Soares RSA, Lana LD, et al. Orientações pré-operatórias recebidas por pacientes submetidos à cirurgia oncológica. Rev. Cient. Sena Aires. 2017;6(2):116-25.
6. BRASIL, Ministério da Saúde. Portaria 2.436, de 21 de setembro de 2017. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes para a organização da Atenção Básica, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Diário Oficial da União. 22 set 2017.
7. Silva NM, Santos MA, Rosado SR, et al. Psychological aspects of patients with intestinal stoma: integrative review. Rev. Latino-Am. Enfermagem. 2017; 25: 1-11.
8. Simon BS, Schimith MD, Silveira CL, et al. Configuração da rede de assistência às pessoas com estomia: interface do cuidado continuado. J Nurs Health. 2014; 4(1):65-77.
9. Minayo, Maria Cecília de Souza (org.). Pesquisa social: teoria, método e criatividade. 29. Ed. Petrópolis, RJ: Vozes, 2016. [acesso 2018 dez 01]. Disponível em: <https://wp.ufpel.edu.br/franciscovargas/files/2012/11/pesquisa-social.pdf>.
10. Brasil. Conselho Nacional de Saúde. Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012. Dispõe sobre a pesquisa com seres humanos. Diário Oficial da União. 13 dez 2012.
11. Rodrigues RV. A importância das orientações de enfermagem para a adaptação dos pacientes com estomia intestinal [monografia] [internet]. Santa Cruz do Sul:

- Universidade de Santa Cruz do Sul; 2016. 46 p. [acesso 2018 dez 12] Disponível em: <https://repositorio.unisc.br/jspui/handle/11624/1194>
12. Sá DLF, Pinheiro RX, Araújo MMO, et.al. Cuidados com o Paciente Pré-Cirúrgico de Ostomia. Revista Científica Multidisciplinar Núcleo do Conhecimento. 2018; 4(1): 21-30.
  13. Castro ABS, Benício CDAV, Carvalho DC, et al. Conhecimentos e práticas de pessoas estomizadas: um subsídio para o cuidar em enfermagem. Revista Estima. 2014; 12(4).
  14. Calmon DPL. Elaboração de protocolo de assistência de enfermagem ao paciente colostomizado [monografia] [internet]. Vitória, Espírito Santo: Faculdade Católica Selesiana do Espírito Santo; 2014. 84 p. [acesso 2018 dez 10]. Disponível em: [http://www.ucv.edu.br/fotos/files/TCC\\_2014-2\\_Dayana.pdf](http://www.ucv.edu.br/fotos/files/TCC_2014-2_Dayana.pdf).
  15. Schwartz MP, Sá SPC. Ação educativa do enfermeiro no pré-operatório da confecção do estoma intestinal: revisão integrativa. Revista de enfermagem da UFPE. 2013; 10: 6233-6237.
  16. Anjos NCF, Souza AMP. A percepção sobre o trabalho em equipe multiprofissional dos trabalhadores de um centro de atenção psicossocial em Salvador, Bahia, Brasil. Interface. 2017; 21(21): 63-76.
  17. Moreira LR, Souza JC, Oliveira MM, et al. Autocuidado com estomias: compreensão de pacientes hospitalizados acerca das orientações recebidas pela equipe. Rev Enfermagem. 2017; 20(2): 1-19.
  18. Marques G. A vivência de pessoas com estomia intestinal no grupo de apoio em um Hospital Universitário. Revista HUPE. 2016;. 15(2): 113-121.
  19. Pereira CR. Construção e validação de uma cartilha de orientação sobre o tratamento quimioterápico [dissertação] [internet]. Universidade Federal do Ceará, Programa de Pós-graduação em Políticas Públicas e Gestão da Educação Superior, Fortaleza (CE); 2014. 94 p. [acesso 2018 dez 10]. Disponível em: <http://www.repositorio.ufc.br/handle/riufc/8580>
  20. Poggetto MTD, Zufii FB, Luiz RB, et al. Conhecimento do profissional enfermeiro sobre ileostomia na Atenção Básica. Rev. Min. Enferm. 2012; 16(4): 502-508.
  21. Santos CRS, Corrêa ACS, Silva D. Programa de Estratégia Saúde da Família sobre estomias intestinais e urinárias. Estima. 2017; 15(3):161-168.
  22. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria n. 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, a serem observadas em todas as unidades federadas, respeitadas as competências das três esferas de gestão. Diário Oficial da União. 16 nov 2009.

23. Moura DBS. Assistência de Enfermagem a pacientes estomizados no Brasil [monografia] [internet]. Tio Hugo: Universidade Federal de Santa Maria; 2011. 32 p. [acesso 2018 dez 11]. Disponível em: [https://repositorio.ufsm.br/bitstream/handle/1/2550/Moura\\_Daiane\\_Bianchessi\\_dos\\_Santos.pdf?sequence=1](https://repositorio.ufsm.br/bitstream/handle/1/2550/Moura_Daiane_Bianchessi_dos_Santos.pdf?sequence=1).
24. Queiroz CG. Evidências de validade de instrumentos para coletas de dados no pré e pós-operatório de estomizados intestinais a luz do modelo de adaptação de Roy [dissertação] [internet]. Natal: Universidade Federal do Norte; 2017. 133 p. [acesso 2018 dez 12]. Disponível em: <https://repositorio.ufrn.br/jspui/handle/123456789/24741>
25. Moraes JT, Amaral CFS, Borges EL, et al. Serviços de atenção ao estomizado: análise diagnóstica no Estado de Minas Gerais, Brasil. Cad. Saúde Colet. 2014; 22(1): 101-8.

### Manuscrito 3

## ATENÇÃO À SAÚDE DO ESTOMIZADO COMO RESULTADO DA ORGANIZAÇÃO DA REDE DE ATENÇÃO A SAÚDE NA PERSPECTIVA DE ENFERMEIROS

### Resumo

**Objetivos:** conhecer e discutir as ações de cuidado efetivadas ao estomizado na perspectiva de enfermeiros, bem como a organização dos serviços de saúde. **Método:** qualitativo, descritivo, desenvolvido com enfermeiros que atuam na Atenção Primária em saúde e em um hospital geral porte IV que dispensam cuidados ao paciente estomizado. **Resultados:** emergiram duas categorias temáticas: a primeira que versa sobre as fragilidades na comunicação na rede de atenção a saúde e a segunda as ações de cuidado efetivadas pelos enfermeiros aos estomizados. **Considerações finais:** há fragilidades na rede de atenção a saúde na perspectiva de enfermeiros referente ao atendimento e cuidado do estomizado. Observa-se divergências entre os profissionais da atenção primária em saúde e hospital, com definição de itinerário a este paciente, protocolos definidos e comunicação efetiva entre as equipes de saúde que assistem o estomizado.

Palavras chave: Enfermagem; Ostomia; Serviços de Saúde.

### Abstract

Objectives: To know and discuss the actions of care performed to the stomatologist in the perspective of nurses, as well as the organization of health services. Method: Qualitative, descriptive, developed with nurses who work in primary care in health and in a general hospital with IV care that exempt the patient from stomatal care. Results: Two thematic categories emerged: the first one dealing with the weaknesses in communication in the health care network and the second the care actions carried out by the nurses to the patients. Final considerations: There are weaknesses in the health care network from the perspective of nurses regarding the care and care of the stomach. Differences are observed between the primary health care professionals and the hospital, with a definition of this patient's itinerary, defined protocols and effective communication between the health teams that assist the stom- ezed patient.

Keywords: Nursing; Ostomy; Health services.

## Introdução

Na contemporaneidade, observa-se um aumento das doenças crônicas não transmissíveis (DCNT), com destaque para as neoplasias e dentre elas o câncer colorretal (CCR). O que está associado ao aumento da expectativa de vida no Brasil, e nesse sentido, faz-se necessário maior atenção a população com câncer colorretal, com maior empenho das equipes de saúde da atenção primária em saúde (APS) em prevenção destas doenças.

Estima-se para 2019, a ocorrência de 600 mil casos novos de câncer, com estimativas que refletem o perfil de um país que possui os cânceres de próstata, pulmão, mama feminina e cólon e reto entre os mais incidentes. Quanto ao câncer colorretal estimam-se 17.380 casos novos em homens e 18.980 em mulheres para cada ano do biênio 2018-2019, é o terceiro mais frequente em homens e o segundo entre as mulheres (INCA, 2018).

Este fato está relacionado ao aumento dos estomizados no Brasil, sendo que a cada ano realiza-se, aproximadamente, um milhão e 400 mil procedimentos cirúrgicos para confecção de estomias (MIRANDA et al., 2016). Desse modo, o CCR é uma dos principais determinantes para realização de uma estomia (LUZ et al., 2014). Ademais, é considerado a quarta causa de câncer no mundo e no Brasil, bem como de óbitos, em que metade dos pacientes morre em menos de cinco anos (ATTOLINI; GALLON, 2010). Portanto, a sobrevida média global para o CCR é de 59% em países desenvolvidos e 42% em países em desenvolvimento e, pode chegar a 90% se a doença for diagnosticada em estágio inicial (BRASIL, 2013).

A realização de uma cirurgia para confecção de uma estomia é um momento conflituoso para o paciente, bem como para a da família, e as alterações corporais pós-cirurgia de confecção de estomia perpassam por aspectos fisiológicos, emocionais, psicológicos, sociais e espirituais que requerem do indivíduo adaptação frente a esse novo modo de ser (MONTEIRO et al., 2016).

Nesse sentido, tendo em vista o elevado número de casos de CCR é primordial a atenção das equipes de saúde da Rede de Atenção à Saúde (RAS). Isso decorre, das mudanças na vida do estomizado por CCR, com alterações físicas, emocionais e sociais, sendo necessário alterar as restrições impostas pela doença para um convívio social saudável (RIBEIRO et al., 2016).

Importante o apoio dos profissionais da RAS com vistas a reabilitar o estomizado para sua nova condição de vida, por meio de uma assistência individualizada e humanizada (CARVALHO, 2012). Ressalta-se que os profissionais da RAS são capacitados para avaliar os estomizados quanto às suas necessidades e estabelecer um plano de cuidados que envolve prevenção, promoção e reabilitação com vistas ao autocuidado. No entanto, o estomizado espera que o profissional ofereça orientações e cuidados antes mesmo da cirurgia, pois um paciente orientado atinge melhor nível de reabilitação e bem-estar, adapta-se mais facilmente ao estoma, reduzem-se complicações que resulte em qualidade de vida (QV) (MORAES; OLIVEIRA; REIS; SILVA, 2012).

Por vezes, o curto período de internação pode comprometer a oferta de orientações, o que interfere na efetividade do plano de alta hospitalar e, conseqüentemente, no aumento de readmissões hospitalares por complicações, se não houver a continuidade do cuidado na RAS.

A APS, é reconhecida como centro da RAS e coordenadora do cuidado, e deve estar interligada aos demais pontos de atenção à saúde, de maneira horizontal e interdependente, que a possibilita coordenar o fluxo e o contra fluxo do atendimento da população adscrita. Portanto, a não interação dos profissionais e a inexistência das contra referências dificultam a continuidade do atendimento e/ou o acompanhamento da evolução e da terapêutica dos pacientes (MOLL et al., 2017).

Nesse processo, o enfermeiro é o profissional mais próximo do paciente e, com seu conhecimento técnico e científico, tem capacidade de promover cuidados integrados para atender às necessidades humanas básicas afetadas pelo processo de doença, as quais podem ser no tratamento clínico ou cirúrgico. Ainda, contribui para a sua reabilitação, a nova condição e reinserção a sociedade (ALVES et al., 2017). Promove também ações de ensino-aprendizagem no sentido de auxiliar o estomizado a adquirir habilidades para o autocuidado, o que contribuirá para que não ocorra o isolamento social e, conseqüentemente, tenha melhor QV (AZEVEDO et al., 2014).

A partir desta perspectiva este estudo objetiva conhecer e discutir as ações de cuidado efetivadas ao estomizado na perspectiva de enfermeiros, bem como a organização dos serviços de saúde.

## Metodologia

Trata-se de um estudo qualitativo, descritivo, desenvolvido com enfermeiros que atuam em Unidades básicas de saúde (UBS), Estratégias de Saúde da Família (ESF) e em um hospital geral de porte IV na região noroeste do Estado do Rio Grande do Sul.

O município em que foi realizado o estudo tem uma população estimada de 87.585 habitantes, segundo dados do IBGE, publicados em 2018, sendo o mais populoso desta região. Este dispõe de cinco UBS e 15 unidades de ESF. Nas quais atuam profissionais das áreas de ginecologia e obstetrícia, clínica geral, pediatria, nutrição, enfermagem, além de agentes comunitários de saúde e de controle de endemias. Ainda o município conta com uma unidade de atendimento a estomizados com uma enfermeira especialista em estomaterapia.

Para o início da pesquisa, primeiramente foi realizado o contato com o enfermeiro gestor das unidades de saúde do município e gerente de enfermagem do hospital para obter a lista nominal dos enfermeiros de cada unidade, seus contatos telefônicos, totalizando 15 enfermeiros de ESF, cinco de UBS e do hospital totalizando 82 enfermeiros.

Integraram este estudo os enfermeiros que atuavam nas instituições há pelo menos três meses e que prestavam assistência direta a estomizados.

Após obtenção da lista e observados os critérios de inclusão foi realizado sorteio dos participantes e encerrou-se a coleta quando as informações começaram a se repetir, pois utilizou-se como critério a saturação das informações, assim participaram 15 enfermeiros do hospital e 14 da APS.

Na APS obteve-se sete recusas e uma exclusão por estar na unidade período inferior ao estabelecido. No hospital tivemos uma recusa que foi substituída por novo sorteio. O agendamento de datas e horários, para a realização das entrevistas, foi por contato telefônico, conforme a preferência do participante, sendo realizadas nas respectivas unidades, em ambiente reservado, com duração média de 30 minutos.

Explanou-se sobre o objetivo do estudo, explicou que a participação possui caráter voluntário e, que poderia ser interrompida a qualquer tempo. Quando se obteve o aceite do participante, o mesmo assinou o Termo de Consentimento Livre

Esclarecido (TCLE) em duas vias, sendo que uma via do participante do estudo e outro do pesquisador.

A coleta de dados foi realizada pela mestranda durante os meses de março e abril de 2018 e deu-se por meio de uma entrevista semiestruturada com as seguintes questões norteadoras: quais suas percepções em relação ao cuidado prestado ao paciente estomizado na RAS e quais ações de cuidados são efetivadas pelos enfermeiros nestes pontos de atenção.

Sequencialmente, foi realizada as entrevistas nas unidades de saúde, na sala do enfermeiro, sendo gravadas e transcritas na íntegra. Com vistas a garantir o anonimato os participantes do estudo, foram identificados por enfermeiro atenção básica (E AB) e enfermeiro hospital (E H) seguida do número sequencial correspondente a entrevista, ou seja, de E 1 AB á E 14 AB e E 1 H á E 15 H.

A análise dos dados foi realizada como preconiza Minayo (2016): ordenação dos dados por meio da transcrição das entrevistas gravadas, leitura, organização das entrevistas e identificar temáticas; classificação dos dados a partir da releitura dos textos e material obtido, a fim de identificar as temáticas comuns e, posteriormente, agrupa-las em categorias por convergência de temática; e análise final dos dados, considerando-se base teórica e relaciona-se os dados referentes à observação simples dos dados reportando-se aos objetivos.

Projeto aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da Universidade de Cruz Alta (UNICRUZ), sob CAAE 80479417.2.0000.5322.

## **Resultados e discussão**

Da análise dos depoimentos dos participantes do estudo emergiram duas categorias temáticas: a primeira que versa sobre as fragilidades na comunicação de enfermeiros na RAS e a segunda, ações de cuidado efetivadas pelos enfermeiros aos estomizados.

## **Fragilidades na comunicação de enfermeiros na RAS**

Identificar fragilidades em geral na atenção ao estomizado, bem como na comunicação é importante no sentido da possibilidade de análise e melhorias com implementação de estratégias de enfrentamento.

A análise dos depoimentos dos respondentes permite inferir que a oferta do cuidado nas unidades básicas de saúde (UBS) e reforçamos o papel/elo dos agentes comunitário de saúde (ACS) junto com usuários do serviço de saúde, conforme evidencia-se nos relatos.

*Além do atendimento na unidade, tem as ACS, que estão sempre prestando cuidados a eles, e eles podem vir aqui na unidade até duas vezes na semana. (E AB2)*

*Primeiramente faz-se o acolhimento, orientado em relação a técnica de higiene na estomia e produtos que devem ser usados. (E AB 2, E AB 3)*

Entende-se que os estomizados precisam de atenção com vistas a resolução de dúvidas, receber informações adequadas para melhor adaptação. Ainda devem receber informações no pré e pós operatório no hospital e na APS, pois a falta de informação, comunicação e educação interfere, negativamente, no seu autocuidado. Nesse sentido, estudo infere que pacientes destacam a importância de confiar em alguém que possa resolver as suas dúvidas e preocupações que surgem ao longo do processo e, também, encorajá-los a prosseguir, destacam a relação entre eles e os profissionais que prestam os cuidados (Nieves et al., 2017).

Ademais, enfermeiros da APS, pontuam fragilidades na comunicação entre os pontos de atenção, o que dificulta o vínculo entre pacientes e enfermeiros, bem como o manejo da bolsa de colostomia, por não ser uma atividade diária.

*(...) Deveria ter um atendimento melhor na unidade, porque fica centralizado o cuidado e a gente fica com falta de informação. Como não é a rotina do nosso dia à dia o atendimento a estes paciente, temos dificuldades até porque estes acabam acessando a unidade quando há intercorrências. (E AB 9, E AB 5)*

*O atendimento descentralizado seria importante por conta do vínculo que o paciente tem com a equipe da rede básica. (E AB 7, E AB 10).*

E também apontam fragilidade na coordenação do cuidado na rede de atenção, bem como a falta de comunicação dos profissionais na RAS, como identifica-se nos relatos a seguir:

*Não tem um programa organizado desse fluxo para o estomizado, ele vem até a unidade por livre demanda, mas a gente prefere que ele venha referenciado, para entendermos o caso e fazer o acompanhamento. (E AB 6)*

*(...) há falhas na rede de atenção, tanto na alta hospitalar, quanto a continuidade na rede depende do insight do paciente, de experiências que ele já tenha vivido com familiares e o lugar de onde mora. (E H 1)*

*Falta comunicação entre hospital e rede, se melhorasse a comunicação, o paciente não iria vir ao hospital com uma lesão de pele que não foi vista. (E H 3, E H 4, E H 9)*

A partir da criação dos programas de ESF buscou-se inovação e mudanças na organização da APS, por meio da inclusão de equipes multiprofissionais em um território definido. Este fato permite conhecer e atuar sobre os principais determinantes sociais de saúde e a criação de vínculo entre os profissionais de saúde e a população, a fim de fortalecer o compromisso no acompanhamento da população e a corresponsabilização dos mesmos. Nesse sentido, para que haja consolidação das práticas embasadas no trabalho em equipe é necessária interação, comunicação e capacidade para colocar-se no lugar do outro, compreendendo os diferentes saberes de cada e da população (Peruzzo et al, 2018).

A maioria dos municípios se encontra em situação de dependência em relação a referências de média e alta complexidade, com dificuldades de acesso a estes serviços e diferentes formas de organização da APS e na estrutura dos serviços, que configura uma deficiência na constituição das RAS (MEDEIROS; GERHARDT, 2015).

Participantes aludem que a referência do paciente ocorre por parte da APS por ser protocolo da instituição hospitalar que só recebe pacientes referenciados, no entanto, a

contra referência não é em sua totalidade, o que dificulta a continuidade da assistência ao estomizado, bem como o acompanhamento do mesmo.

*Referenciamos para o hospital pelo fato de ser obrigatório para nós, só que infelizmente ele não é contra referenciado. (E AB 13, E AB 9, E AB 10.*

*São poucos os profissionais do hospital que realizam esse processo. (E AB 7, E AB 5, E AB 3, E AB 2)*

Denota-se a importância do paciente ser referenciado ao hospital, bem como o motivo pelo qual o mesmo está sendo encaminhado, com demais informações e exames, elencando aspectos clínicos que justificam o encaminhamento. Da mesma forma após o estomizado realizar procedimentos no hospital deveria ser contra referenciado a sua unidade de origem a qual deve acompanhá-lo por pertencer a APS e dar continuidade a todo tratamento, bem como acompanhamento.

Desse modo, um nó crítico do SUS está relacionado à referência e contrarreferência. No entanto, a maior parte das propostas desenvolvidas para o SUS centram-se na reorganização da AB, portanto é fundamental que haja transformações em outros níveis para que se possa cumprir a premissa de um sistema organizado para a integralidade (MEDEIROS; GERHARDT, 2015).

O encaminhamento do paciente de um serviço de saúde para outro deve ser com documentos escritos dos profissionais e exames complementares do paciente e contato via telefone destes profissionais que o atendem ou atenderão, conforme relatos a seguir:

*Referenciamos o papel para a rede básica e não o ser humano, existe essa fragilidade. Mandamos o papel e depois volta o paciente com problemas. A comunicação é falha e o paciente é assistido por muitos profissionais, por isso a importância de se uniformizar a assistência e efetivar a referência e contra referência. (E H 3)*

*É preciso melhorar a referência e contra referência, pois ela é falha, a gente faz muitas vezes por obrigação, é realizado com a preocupação para que ele ganhe o material e não pela importância dele ser acompanhado. (E 3 H)*

A importância em contra referenciar o estomizado a sua unidade de origem deve ir além de garantir que o paciente receba os materiais, se dá pelo fato de acompanhá-lo após a alta, esclarecer dúvidas e orientá-lo na integralidade de suas necessidades após a confecção da estomia, para auxiliar no autocuidado e na sua qualidade de vida.

*(...) A APS precisa dar suporte para quando o paciente for para casa, porque ele vai estar sozinho, terá dúvidas, ficará assustado, nervoso, por isso precisamos referenciar eles. (E H 11)*

Nesse sentido, os sistemas logísticos são recursos da tecnologia da informação para a promoção eficaz da comunicação entre os pontos de atenção da RAS e sistemas de apoio. Dessa maneira, auxiliam na referência de pessoas, produtos ou informações, acelerando a prestação dos serviços (MOLL et al., 2017).

O artigo 5º da portaria N 400/ 2009 do MS define como necessárias à organização da atenção à saúde das pessoas estomizadas, devendo ainda, estabelecer fluxos e mecanismos de referência e contra referência para a assistência às pessoas com estoma na AB, média e alta complexidade, inclusive para cirurgia de reversão das estomias nas unidades hospitalares (BRASIL, 2009)

Nesse sentido, depoentes reconhecem a importância de referenciar, no intuito de dar continuidade ao cuidado, mas pontuam a necessidade dos serviços de diferentes complexidades planejar as ações, como evidencia-se nos relatos.

*Falamos muito em referência e contra referência, mas é preciso definir isso, que documento será preenchido, ou se será realizado contato telefônico (E H 8, E H 9).*

*Deve-se trabalhar em conjunto as equipes de saúde e estabelecer um fluxo. (E H 8, E H 9, E H 12)*

A não interação entre profissionais, bem como a inexistência da contra referência dificultam a continuidade do cuidado e o acompanhamento da evolução e da terapêutica dos estomizados (MOLL et al., 2017). Pois sem contra referenciar o estomizado do hospital a sua unidade, não haverá continuidade e acompanhamento pelos profissionais, o que pode implicar em complicações futuras.

Outro aspecto revelado pelos depoentes é em relação aos enfermeiros que atuam no hospital desconhecerem como se dá a continuidade do cuidado após a alta hospitalar e ressaltam a necessidade de estabelecer a comunicação entre os diferentes pontos da rede.

*Na APS eu não sei como funciona, se eles têm material acessível, se eles têm que ir na justiça, ou como que funciona. Na APS são eles que estão mais ligados ao paciente diariamente. (E 8 H, E H 13)*

*Entendo que tem que existir esse elo entre hospital e saúde pública. Há falha na comunicação entre a rede. (E AB 5, E AB 10, E H 11, E AB 6)*

*Tem protocolo de encaminhamento, mas eu não sei como funciona e nunca utilizei. (E 2 H, E H 10)*

*Da parte da enfermagem acho que não existe nenhum protocolo de encaminhamento. (E H 1, E H 7, E H 11)*

Já enfermeiros que atuam na APS apontam que no município tem um serviço especializado que orienta quanto aos cuidados. Fato que não desresponsabiliza os enfermeiros de toda a RAS no cuidado ao estomizado.

*O paciente já vem orientado do serviço centralizado, tem segurança nos cuidados. Vem aqui na unidade básica só para consultas. (...) quando a gente acolhe os estomizados de volta no território, eles já receberam as orientações, só reforçamos para os cuidadores. (E AB 3, E AB 4)*

Participantes ainda aludem ser importante que a equipe multiprofissional participe do cuidado com o indivíduo estomizado, isso decorre das modificações que ocorre após a cirurgia de confecção do estoma, bem como emergem sentimentos variados relacionados as limitações impostas no cotidiano. Nesse sentido, a equipe de saúde deve dispensar um cuidado e atenção com vistas a minimizar essas dificuldades, dar continuidade, acompanhamento e assegurar QV (Coqueiro; Rodrigues; Figueiredo, 2015).

O estomizado tem modificações e alterações em sua fisiologia, vida pessoal, social e psicoemocional, estes sentimentos variados vem acompanhados de conflitos, preocupações e dificuldades diante das limitações impostas no seu cotidiano, portanto, a preocupação em minimizar essas dificuldades, envolvem o aperfeiçoamento dos profissionais no que tange ao cuidado ao paciente de maneira integral, com equipe multidisciplinar (Coqueiro; Rodrigues; Figueiredo, 2015).

Com vistas a contemplar todos esses aspectos supracitados, os enfermeiros destacam ser necessário dispensar um atendimento multiprofissional. Ainda aludem que algumas vezes recebem pacientes estomizados bem orientados e em outros momentos não, fato que está relacionado, ao profissionais que prestam a assistência.

*Deveria se envolver toda a equipe multiprofissional no atendimento ao estomizado, como o fisioterapeuta, psicólogo e nutricionista. (E H 11)*

*Muitas situações você percebe a equipe muito presente, em que o paciente nos diz isso, em outras o paciente retorna por não ter onde ir quando tem dúvidas e não terem recebido orientação (E H 3, E H 5, E H 6, E H 10)*

Nesse interim, denota-se ser necessário, organização ou orientação de toda a RAS para que o estomizado seja atendido na integralidade, bem como considerar a continuidade de assistência e acompanhamento periódico para uma QV e reduzir riscos de complicações com a estomia.

### **Ações de cuidado efetivadas pelos enfermeiros aos estomizados**

O paciente estomizado apresenta distintas necessidades físicas, ambientais, psíquicas e emocionais com vistas a adaptação a esta nova condição o que implica em cuidados em saúde sistematizados e de uma equipe multiprofissional especializada na RAS, de forma a promover e atender de forma integral, com vistas à QV.

Nesse sentido, a APS constitui o nível de atenção à saúde que se encontra mais próximo dos cidadãos e suas ações nas UBS transcendem o espaço de unidade, pois acompanham o indivíduo e família também no espaço domiciliar. A APS é o

centro de comunicação com toda a RAS e os níveis secundário e terciário competem o planejamento e a execução de ações de média e alta complexidade, desenvolvidas nos ambulatórios de especialidades e em serviços hospitalares (Pereira; Machado, 2016).

Desse modo, depoentes destacam a importância do atendimento integral ao estomizado, conforme os relatos a seguir:

*(...) Todos os pacientes deveriam receber um atendimento integral, acesso a suplementação, profissionais de saúde com equipe transdisciplinar, ser atendidos na plenitude e tratar exceção como exceção. (E AB 3, E H 1, E H 3)*

A proposta do SUS em relação ao acesso integral a saúde, é de que deva ser estruturado em RAS, por meio do vínculo de serviços de saúde com objetivos comuns, que desenvolve ações por meio da atenção contínua e integral a partir da APS. Assim, as RAS preconizam a colaboração entre os diferentes pontos de atenção, importantes no processo do cuidado, o qual deve ser contínuo entre os níveis primário, secundário e terciário (Pereira; Machado, 2016). Destaca-se que a organização dos serviços em RAS visa prestar um cuidado integral, humanizado e contínuo à população (MOLL et al., 2017). Nessa perspectiva, as ações educativas devem ser efetivadas nos distintos pontos da RAS, No entanto, por vezes, o profissional efetiva suas ações de acordo com o material impresso que a sua instituição disponibiliza.

*Ao avaliar o paciente realizo as orientações de acordo com o material da instituição e disponibilizo-o para o paciente/familiar. Explico e mostro como limpar a bolsa, em quanto tempo a bolsa deve ser trocada, cuidados de higiene, do aspecto do estoma (coloração) e função da ostomia. (E H 14)*

O enfermeiro necessita desenvolver estratégias que o possibilitem ações de promoção, proteção e manutenção da saúde. Neste sentido, a prática educativa é uma importante estratégia no intuito de oportunizar a qualificação do cuidado individual e coletivo, uma vez que é um processo de trocas de saberes e experiências (WEYKAMP et al., 2015).

*Demonstro como usar o kit de materiais, faz esta troca junto com o paciente e a família. Nós temos alguns quadros, folders e banners que mostram o que é uma colostomia, uma ileostomia, pra eles entenderem o que está acontecendo com eles. (E AB 8)*

O manuseio correto da bolsa de colostomia é necessário com vistas a evitar complicações físicas, portanto é imprescindível o cuidado de enfermagem com oferta de suporte adequado e apoio contínuo. Ainda, importante a oferta de cuidados de forma que a experiência de ter que viver com uma bolsa de colostomia se torne menos complexo e que alivie os transtornos físicos, psíquicos e sociais envolvidos no uso da estomia (Braz; Araujo; Trandafilov, 2017).

Importante, ainda enfatizar que ensinar o paciente e família é uma estratégia de cuidado muito explorada pelos enfermeiros, constituindo-se em uma importante ferramenta para o cotidiano, a fim de estimular a modificação de comportamentos e atitudes com vistas a QV, promoção da saúde e autonomia dos sujeitos envolvidos, tornando-os ativos e críticos (WEYKAMP et al., 2015).

Nessa linha de cuidado os profissionais participantes do estudo relatam acompanhar os procedimentos realizados pela equipe de técnicos de enfermagem aos estomizados, mas muitas vezes não o realizar.

*Acompanhava as trocas das bolsas com os técnicos de enfermagem, realizava orientações, preparava os pacientes para o uso das bolsas e dispositivos (E H 5, E H 9, E H 1)*

Destaca-se que o fato de acompanhar o procedimento técnico permite que os enfermeiros possam identificar fragilidades e na mesma medida qualificar sua equipe. Necessário que enfermeiros da instituição hospitalar considerem a importância do planejamento e implementação da assistência de enfermagem, que requer os cuidados físicos, ensino ao paciente com os cuidados de higiene e troca de bolsas de estomia no período pré-operatório, demarcação de estoma e preparo físico, a retomada do ensino para o autocuidado, que envolve paciente/ família, com o intuito de reabilitação e

encaminhamento ao programa de estomizados, que é mantido pelo serviço público, para aquisição dos dispositivos e seguimento ambulatorial (SOUZA et al., 2016).

Já, outros enfermeiros realizam os procedimentos com os estomizados e os auxiliam com vistas a estimular o autocuidado.

*Mostro na prática para o paciente e familiar como recortar no tamanho exato do estoma, para procurarem a unidade de saúde para acompanhamento, mostro como trocar e a escolha do tipo da bolsa, pois muitos recebem o kit de produtos, mas não sabem usar. (E AB 3, E AB 8, E AB 9)*

*Orientação e demonstração de como que deve ser feito os cuidados (E AB 1)*

*A gente sempre revisa na casa se está sendo feito a higiene corretamente, demonstrando mesmo na prática como que faz. (E AB 5)*

*Oriento a higiene diária, a troca da bolsa a cada sete dias, ou no caso dela descolar antes dos sete dias deve se realizar a troca (E AB 2)*

Percebe-se que orientar o estomizado sobre o seu estado de saúde, o significado do estoma e apresentar os equipamentos coletores, bem como demonstrar como realizar as trocas e manuseá-los, torna-se essencial para adaptar-se à sua nova condição (MAURICIO et al., 2017)

Ademais, a complexidade da assistência de enfermagem a ser prestada remete à necessidade de compreender as modificações que ocorrem na vida do estomizado, sendo necessário restabelecer diálogos, acolher sofrimentos, resolver problemas, estabelecer vínculos e estimular a autonomia dos usuários principalmente no período pré operatório, torna-se fundamental o preparo psicológico (SOUZA et al., 2016).

Pelos relatos dos depoentes tanto da APS como os que atuam na instituição hospitalar, é possível inferir que desconhecem que estes pacientes necessitam de uma atenção diferenciada antes e após o procedimento, bem como um acompanhamento continuado a fim de detectar precocemente dificuldades enfrentados pelos pacientes.

*O preparo psicológico no pré-operatório do paciente é falho, e isso dificulta o pós-operatório, a questão de aceitação (E H 11, E H 7)*

*Pacientes estomizados exigem um cuidado diferenciado e especializado, principalmente da questão emocional, porque existem dificuldade de aceitação da estomia pelo paciente (E AB 12, E AB 13, E H 2, E H 12, E H 4)*

Tais necessidades dos estomizados estão relacionadas as mudanças a uma nova condição, levando-o à redefinição de si e esta transição projeta-se na capacidade da pessoa se autocuidar, com repercussões motora, cognitiva e afetiva, pois a condição exige conhecimentos e habilidades de autogestão no seu cuidado. Desenvolver no paciente a competência de autocuidado à estomia é uma necessidade em saúde com um forte envolvimento dos cuidados de enfermagem (SILVA et al., 2016)

Uma estomia resulta de um procedimento cirúrgico que pode aliviar os sintomas, limitar ou travar a evolução da doença, mas implica em alteração das funções biológicas com repercussões físicas e, frequentemente, emocionais, sociais e familiares (Souza; Santos; Graça, 2015). Portanto, o primeiro cuidado deve acontecer ainda no hospital, onde a enfermagem, antes da cirurgia, inicia o processo educativo explicando sobre o cotidiano da pessoa estomizada enquanto demarca o local do estoma. Assim, o processo deve ser contínuo, estendendo-se após o procedimento cirúrgico, contemplando cuidados específicos com a estomia, pele adjacente e bolsa coletora (Oliveira; Lopes; Decesaro, 2017).

Importante salientar que as necessidades das pessoas com estomia vão além das alterações físicas, inscrevendo-se também nas dimensões psicossociais (MAURICIO et al., 2017). Nessa medida, a intervenção de enfermagem no pré-operatório, prioriza a avaliação física e psicossocial, identificar o nível de autocuidado prévio e de seus familiares, se estão ávidos e receptivos por informações que lhes deem subsídios para trabalhar a ansiedade e o medo do desconhecido e ativar os mecanismos de enfrentamento (Coqueiro; Rodrigues; Figueiredo, 2015).

Profissionais da atenção hospitalar reconhecem estas necessidades do estomizado e relatam que realizam orientações pós operatório durante a internação:

*(...) Me preocupo em realizar a marcação na região e altura adequada da estomia, pois se não for assim este paciente irá ter sérios problemas com aderência de bolsa, prega abdominal, gordura. Podemos como equipe de saúde em geral facilitar a vida do paciente, introduzir os cuidados após a cirurgia aos poucos, sem despejar as informações no primeiro dia, mas acho importante a prática de manuseio no já pós- imediato. É preciso uniformizar informações, pois o paciente fica perdido, pois cada serviço tem uma orientação diferente. Todos deveriam falar a mesma linguagem de orientações e cuidados (E H 3, E H 1)*

Contudo, evidenciam que só é observado os aspectos físicos e não o indivíduo na integralidade. Relatos dos participantes do estudo, atuantes na APS e no hospital revelam fragilidades na atenção em saúde ao estomizado.

*Não atuamos diretamente com os estomizados, apenas realizamos o cuidado/curativo com o estoma nos primeiros dias após sua confecção, para ver se ela está funcionando e se não há nenhuma hiperemia na pele. (E AB 7, E H 10)*

*Orientamos o paciente no momento que nos convém, e não no momento que convém a ele, pois nem sempre é o melhor momento para ele, está fragilizado e você despeja um monte de informações e uma cartilha pra ele ler, por isso muitas vezes ele retorna ao serviço com dúvidas. Então penso que devemos refletir como realizar esta orientação. (E H 3)*

Necessário atentar para as necessidades do paciente a fim de esclarecimento de dúvidas e evitar complicações futuras, o enfermeiro deve respeitar o momento do paciente e realizar as orientações no momento certo.

Os pacientes que possuem colostomia precisam ser constantemente acompanhados e motivados para que a adaptação a nova condição de vida seja mais eficiente e promova melhores condições na busca pelo autocuidado (Braz; Araujo;

Trandafilov, 2017). Importante que profissionais da APS estejam preparados e receptivos com vistas a auxiliar nas demandas de cuidados desses indivíduos e suas famílias no domicílio.

*(...) A APS precisa dar suporte para quando o paciente for para casa, porque ele vai estar sozinho, ter dúvidas, ficar assustado, nervoso, por isso precisamos referenciar eles. (E H 11)*

*Realizo a visita domiciliar e peço para que eles realizem a troca a bolsa para que eu observe se estão realizando de maneira correta. A gente questiona sobre duvidas e tenta estabelecer um vínculo com ele. (E AB 13)*

*Geralmente os cuidados são a nível domiciliar (E AB 1, E B 2, E AB 4)*

*Podaria ser feito mais atendimentos domiciliares, para acompanhar esses pacientes e deste modo saber como estão sendo feitos os cuidados em casa, pois as vezes se realiza orientações e não se sabe quais as condições que o paciente vive. Deve-se orientar conforme as condições de moradia e socioeconômicas. (E AB 1)*

O enfermeiro destaca-se na operacionalização da estratégia, sendo reconhecido pela comunidade e pelos profissionais como um profissional, que escuta e busca facilitar e/ou agilizar o atendimento, assim como realiza intervenções domiciliares, sempre que necessário (MOLL et al., 2017). No entanto, a visita domiciliar apresenta fragilidades na sua realização, com o predomínio do enfoque clínico curativo e do atendimento aos pacientes impossibilitados de locomoção (Barbiani; Dalla Nora; Schaefer, 2016).

Importante discutir atividades de educação continuada com os enfermeiros, para que favoreçam mudanças significativas nas práticas em saúde. A educação permanente em saúde (EPS), é uma estratégia política pedagógica que emergiu da Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS), constituindo-se em uma proposta para a formação que busca valorizar o saber e o fazer dos profissionais da saúde e dos usuários que interagem e intervêm a partir da reflexão das práticas de saúde (LAVICH et al., 2017).

Nesse sentido, profissionais destacam deficiências na capacitação a respeito de orientações a estomizados e, ter um profissional dedicado ao paciente estomizado e orientações na APS, pode ser por vezes mais fácil aos demais profissionais. No entanto quando este conhecimento é necessário os profissionais demonstram dificuldades.

*Ainda, falta capacitação dos profissionais para as orientações e encaminhamentos (E AB 5)*

*Não é fácil cuidar de pacientes estomizados. É uma situação particular, que requer habilidade, conhecimento e treinamento para cuidar destes pacientes. (E H 3)*

*Eu acho que é bom ter alguém que entende de estomias no município, mas eu não sei bem como funciona, não tenho acesso. Não tenho muito conhecimento sobre estomias. (E AB 6, E AB 8)*

O enfermeiro como gestor do cuidado deve empoderar-se, deve buscar as informações com vistas a esclarecer dúvidas e manter o paciente vinculado a sua unidade de referência. Os enfermeiros reconhecem as fragilidades dos serviços que compõe a RAS, mas sinalizam que um serviço centralizado é melhor, conforme a seguir:

*(...) Deveria pra mim ter um atendimento melhor na unidade, porque fica centralizado o cuidado e a gente fica com falta de informação. Como não é a rotina do nosso dia à dia o atendimento a estes paciente, temos dificuldades até porque estes acabam acessando a unidade quando há intercorrências. Atendimento descentralizado seria importante por conta do vínculo que o paciente tem com a equipe da rede básica. (E AB 9, E AB 5, E AB 7, E AB 10).*

Alguns depoentes relatam incipiência no conhecimento quanto ao tema estomias, fato que precisa ser revisto e ser fortalecido no processo de formação. Mas há de se considerar que trata-se de um paciente com um nível de complexidade, em que necessita ações educativas contínuas partir de ações programáticas para grupos específicos, como o estomizado e deve auxiliar a realização de práticas integrais, visando atitudes

participativas, que evita a redução da assistência para a lógica curativa e construir modelos de integralidade e humanização (Barbiani; Dalla Nora; Schaefer, 2016).

*(...) Eu não sei nada sobre estomias, prefiro quando é preciso falar com o posto central, que já sabem os cuidados, é muito mais fácil isso do que seguir protocolo, fluxograma ou encaminhamento e querer complicar mais o cuidado. (E AB 3)*

*O estomizado é muito complexo e complicado, ele se encontra em uma situação bem difícil, devemos abordá-los na sua integralidade, não somente a respeito da estomia, isso faz parte da educação em saúde. (E AB 11)*

Com vistas a obtenção da QV do estomizado, quatro dimensões devem ser priorizadas, bem-estar físico, psicológico, social e espiritual. Esses aspectos devem ser igualmente abordados no processo educativo, pois estão intimamente relacionadas e importantes no processo de reabilitação (MAURICIO et al., 2017).

Portanto, para atender esta demanda de pacientes crônicos estomizados é necessário instrumentalizá-lo para conhecimento da sua condição de saúde e seu próprio corpo, com acompanhamento e orientações do seu autocuidado. Sendo definido como a capacidade da pessoa aplicar as competências de gestão aos cuidados a sua saúde (SILVA et al., 2016). Desse modo, profissionais aludem a importância de orientações ao autocuidado:

*(...) O ostomizado necessita de um plano terapêutico, que visa sua reabilitação com o intuito de ter autonomia no autocuidado e adaptação com o estoma. Limpar a região da colostomia, secar bem, recortar o orifício marcado na placa, aplicar a placa, adaptar a bolsa plástica, exercer uma leve pressão. Esvaziar a bolsa sempre que estiver 1/3 com presença de fezes. Cuidados básicos que ele precisa saber e se adaptar para tomar conta de si e realizar o seu autocuidado (E AB 12, E AB 13)*

Na perspectiva da reconstrução da autonomia, considera-se que os profissionais de saúde devem auxiliar as pessoas a ampliar seu conhecimento,

trabalhar com a finalidade de apresentar a dimensão técnica envolvida no seu cuidado, e apoiar o desenvolvimento de sua capacidade reflexiva sobre as diferentes situações e contextos, interferir na sua rede de dependência, tomada de decisões, reconhecer as consequências e resgatar e/ou promover a sua autonomia (Polleto; Silva, 2013).

A Política Nacional de Humanização do SUS enfatiza que a educação em saúde é necessária para a conquista da autonomia e da liberdade individual. Nesse sentido, conhecimentos devem ser de forma clara e adequada, com vistas a melhorar a condição de vida dos indivíduos, por meio da escuta qualificada, espaços de vínculo e confiança mútua, que possibilita a prática do diálogo e a construção conjunta (Polleto; Silva, 2013)

Nesse sentido, importante incluir a família no cuidado ao estomizado para auxiliar no autocuidado, compreendido como uma função reguladora que permite aos indivíduos desempenharem por si só, atividades que objetivem a preservação da vida, saúde e do bem-estar.

*A maioria dos estomizados tem dificuldade de entendimento das orientações. Devemos trabalhar com a família junto, sentar a família e o paciente, e explicar de forma simples e clara. Depende muito de cada paciente, por isso que a gente faz o cuidado individualizado. No início damos uma atenção maior a eles. (E AB 8, E AB 9, E H 1, E H 2)*

Importante lembrar que no domicílio é a família quem auxilia a pessoa com estomia nos primeiros cuidados, no entanto, espera-se que, após o período de adaptação, o estomizado reassuma o cuidado de si e reconstrua sua autonomia de acordo com sua capacidade. Dessa forma a enfermagem deve compartilhar as orientações no pós-operatório com a família, pois o sentimento de pertença e aceitação da família é relevante no processo de reabilitação e adaptação da pessoa com estomia, bem como auxilia na minimização das consequências decorrentes da estomia, reconstrução de sua autonomia e facilita sua (re)inserção na sociedade (MOTA et al., 2016).

Para tanto, é necessário a criação de vínculo do enfermeiro e toda a equipe de saúde ao estomizado e sua família, para o sucesso e reabilitação do mesmo.

*A comunicação entre o enfermeiro e o paciente é um ponto fundamental para o sucesso do tratamento, a confiança depositada no enfermeiro o paciente consegue entender melhor o plano de cuidados e tirar suas dúvidas (E AB 12, E AB 13)*

No entanto, no pós-operatório deve haver a abordagem técnica relacionado ao autocuidado do paciente, que se refere em como proteger a pele ao redor do estoma, como se alimentar e evitar a formação de gases, portanto a educação do paciente e o planejamento da alta hospitalar são componentes vitais da assistência de enfermagem (Braz; Araujo; Trandafilov, 2017).

*Temos que oferecer um tratamento diferenciado aos estomizados, passar as orientações com calma e esclarecer todas as dúvidas. (E H 14)*

*Realizar encontros para orientar e mostrar que eles não são parte negligenciada da sociedade e que sofrem preconceito, reforçar questões de aceitação (...). (E H 14)*

A relação entre o enfermeiro e o estomizado deve ser baseada no diálogo o qual tem potencial de torná-lo independente e autônomo. Nesse sentido, estabelecer uma boa relação é uma forma de avaliar o paciente na sua integralidade e definir as melhores formas de abordar e ajudar o paciente na busca do autocuidado (Braz; Araujo; Trandafilov, 2017). Desse modo, torna-se necessário a criação de vínculo entre os profissionais e o estomizado e que se efetive a referência e contra referência, de forma que o estomizado seja acompanhado em todos os pontos de atenção á saúde da RAS.

### **Considerações finais**

Conclui-se que há fragilidades na rede de atenção a saúde na perspectiva de enfermeiros referente ao atendimento e cuidado do estomizado. Observa-se divergências entre os profissionais da APS e hospital, com definição de itinerário a este paciente, protocolos definidos e comunicação efetiva entre as equipes de saúde que assistem o estomizado. Evidencia-se como potencialidades, essa identificação

por parte dos enfermeiros em reconhecer certas lacunas no cuidado e atenção ao estomizado e buscar soluções.

## Referências

1. ALVES, MRC et al. Nurses' knowledge about ability necessary for the care of person with intestinal stoma nternational Journal of Development Research, 7, (09), 15632-15638, 2017.
2. ATTOLINI, RC; GALLON, CW. Qualidade de Vida e Perfil Nutricional de Pacientes com Câncer Colorretal Colostomizados. Rev bras Coloproct Julho/Setembro, 2010.
3. AZEVEDO, C; FALEIRO, JC; FERREIRA, MA; OLIVEIRA, SP; MATA, LRF. Intervenções de enfermagem para alta de paciente com estomia intestinal: revisão integrativa. 2014.
4. BARBIANI, R; DALLA NORA, CR; SCHAEFER, R. Práticas do enfermeiro no contexto da atenção básica: scoping review<sup>1</sup>. Rev. Latino-Am. Enfermagem. 2016;24:e2721.
5. BRASIL. Ministério da Saúde. Instituto Nacional de Câncer. Estimativa 2013: Incidência de Câncer no Brasil. Rio de Janeiro: INCA; 2013.
6. BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 400, de 16 de novembro de 2009. Diretrizes nacionais para a atenção à saúde das pessoas ostomizadas no âmbito do Sistema Único de Saúde – SUS.
7. BRAZ, DS; ARAUJO, RA; TRANDAFILOV, AZ. A importância das orientações de enfermagem para pacientes portadores de ostomia. Pesquisa e Ação V3 N1: Maio de 2017.
8. CARVALHO, SORM. Rede social de apoio as pessoas com estomia: implicações para a enfermagem. Dissertação de mestrado. Santa Maria-RS, Brasil, 2012.
9. COQUEIRO, JM; RODRIGUES, PASSJ; FIGUEIREDO, TAM. A produção do cuidado ao usuário estomizado: considerações da equipe de enfermagem. Rev enferm UFPE on line., Recife, 9(6):8148-54, jun., 2015.
10. BRASIL. ESTIMATIVA 2018. Incidência de Câncer no Brasil. <http://www1.inca.gov.br/estimativa/2018/>.

11. LAVICH, CRP; TERRA, MG; MELLO, AL; RADDATZ, M; ARNEMANN, CT. Ações de educação permanente dos enfermeiros facilitadores de um núcleo de educação em enfermagem. Rev Gaúcha Enferm. 2017 mar;38(1):e62261.
12. LUZ, ALA; LUZ, MHBA; ANTUNES, A; OLIVEIRA, GS; ANDRADE, EMLR; MIRANDA, SM. Perfil de pacientes estomizados: revisão integrativa da literatura. 2º Cuatrimestre 2014 • Año XVIII - N.º 39.
13. MAURICIO, VC; SOUZA, NVDO; COSTA, CCP; DIAS, MO. A visão dos enfermeiros sobre as práticas educativas direcionadas as pessoas estomizadas. Esc Anna Nery 2017;21(4):e20170003.úde Mental, ESPECIAL 4 (OUT.,2016).
14. MEDEIROS, CRG; GERHARDT, TE. Avaliação da Rede de Atenção à Saúde de pequenos municípios na ótica das equipes gestoras. SAÚDE DEBATE | RIO DE JANEIRO, V. 39, N. ESPECIAL, P. 160-170, DEZ 2015.
15. MINAYO, Maria Cecília de Souza (org.). Pesquisa social: teoria, método e criatividade. 29. Ed. Petrópolis, RJ: Vozes, 2016. Disponível em: <https://wp.ufpel.edu.br/franciscovargas/files/2012/11/pesquisa-social.pdf>.
16. MIRANDA, SM; LUZ, MHBA; SONOBE, HM; ANDRADE, EMLR; MOURA, ECC. Caracterização Sociodemográfica e Clínica de Pessoas com Estomia em Teresina. ESTIMA, v.14 n.1, p. 29-35, 2016.
17. MOLL, MF; GOULART, MB; CAPRIO, AP; VENTURA, CAA; OGOSHI, AACM. O conhecimento dos enfermeiros sobre as redes de atenção à saúde. Português/Inglês Rev enferm UFPE on line., Recife, 11(1):86-93, jan., 2017.
18. MONTEIRO, SNC; MELO, MC; KAMADA, I; SILVA, AL. Caracterização de Cuidadores de Crianças e Adolescentes Estomizados Atendidos em Serviço de Reabilitação. ESTIMA, v.14 n.2, p. 76-83, 2016.
19. MOTA, MS; GOMES, GC; SILVA, CD; GOMES, VLO; PELZER, MT; BARROS, E JL. Autocuidado: uma estratégia para a qualidade de vida da pessoa com estomia. Investig. Enferm. Imagen Desarr. ISSN 0124-2059 18 (1): 63-78, enero-junio de 2016.
20. MORAES, JT; OLIVEIRA, RC; REIS, LH; SILVA, MN. Conhecimento do Enfermeiro da Atenção Primária de Saúde de um Município de Minas Gerais sobre o Cuidado em Estomias. 2012.
21. NIEVES, CB; DIAZ, CC; CELDRAN-MANAS, M; MORALES-ASENCIO, JM; HERNANDEZ-ZAMBRANO, SM; HUESO-MONTORO, C. Percepção de

- pacientes ostomizados sobre os cuidados de saúde recebidos. Rev. Latino-Am. Enfermagem 2017;25:e2961.
22. PEREIRA, JS; MACHADO, William CA. Referência e contra referência entre os serviços de reabilitação física da pessoa com deficiência: a (des)articulação na microrregião Centro-Sul Fluminense, Rio de Janeiro, Brasil. Physis Revista de Saúde Coletiva, Rio de Janeiro, 26 [ 3 ]: 1033-1051, 2016.
23. PERUZZO, HE; BEGA, AG; LOPES, APAT; FERNANDEZ, MC; HADDAD, L; PERES, AM; MARCON, SS. Os desafios de se trabalhar em equipe na estratégia saúde da família. Escola Anna Nery 22(4) 2018.
24. RIBEIRO, RVL; OLIVEIRA, AC; VIANA, LVM; PINTO, AP; CARVALHO, ML; ELIAS, CMV. Adaptação social do paciente colostomizado: desafios na assistência de enfermagem. R. Interd. v. 9, n. 2, p. 216-222, abr. mai. jun. 2016.
25. SILVA, CRR; CARDOSO, TMS; GOMES, AMR; SANTOS, CSVB; BRITO, MAC. Construção do formulário de avaliação da competência de autocuidado na pessoa com ostomia de eliminação intestinal. Série IV - n.º 11 - out./nov./dez. 2016.
26. SOUSA, CF; SANTOS, C; GRAÇA, LCC. Construção e validação de uma escala de adaptação a ostomia de eliminação. Revista de Enfermagem Referência - IV - n.º 4 – 2015.
27. SOUZA, MT; MORAES, A; BALBINO, C; SILVINO, Z; TAVARES, C; PASSOS, J. Apoio emocional realizado por enfermeiro ao paciente ostomizado. Revista Portuguesa de Enfermagem de Sa OLIVEIRA, LN; LOPES, APAT; DECESARO, MN. Cuidado integral à pessoa estomizada na atenção básica - conhecimento e atuação do enfermeiro. Cienc Cuid Saude 2017 Jul/Set; 16(3).
28. WEYKAMP, JM; CECAGNO, D; HERMEL, PP; TOLFO, FD; SIQUEIRA, HCH. Motivação: Ferramenta de Trabalho do Enfermeiro na Prática da Educação em Saúde na Atenção Básica. R bras ci Saúde 19(1):5-10, 2015.

## Manuscrito 4

### ENFERMEIROS DA REDE DE ATENÇÃO A SAÚDE EM INTERAÇÃO: CONSTRUINDO A REDE POR MEIO DA PESQUISA CONVERGENTE ASSISTENCIAL

#### Resumo

**Objetivo:** analisar uma atividade educativa acerca do itinerário terapêutico do paciente estomizado na rede de atenção a saúde. **Método:** qualitativo desenvolvido por meio da pesquisa convergente assistencial. Participaram oito enfermeiros atuantes na rede de atenção a saúde de um município da região noroeste do estado do Rio Grande do Sul. Os dados foram coletados por meio de observação do participante, entrevistas e oficinas educativas e, posteriormente, examinados à luz da análise temática. **Resultados:** as ações educativas envolveram os enfermeiros com participação ativa e reflexão, sob um olhar crítico a respeito do cuidado dispensado ao estomizado na rede de atenção a saúde e definir estratégias para melhorias. Estimulou-se os enfermeiros a refletir sobre as suas práticas diárias com o intuito de identificar as fragilidades, que foram identificadas como a dificuldade em referenciar e contra referenciar o paciente, bem como a falta de comunicação entre os enfermeiros da rede de atenção a saúde, lacunas em conhecimento dos cuidados e orientações a realizar a este paciente. **Considerações finais:** atividades educativas auxiliam na reflexão das ações cotidianas. Identificou-se que os enfermeiros participantes da atividade educativa acumulam experiências que influenciam nas suas condutas frente ao atendimento, ações e cuidado ao paciente estomizado. Portanto, se faz necessário a ação educativa que estimule a reflexão, promova autonomia e união de uma equipe de enfermeiros responsáveis e determinados a melhorias da rede de atenção a saúde de um município. A estratégia educativa utilizada com o intuito de ampliar saberes na perspectiva do estomizado, bem como estimulá-los a pensar e buscar inovações para melhorias de fragilidades reconhecidas. Resultou na participação ativa e permitiu que se construíssem possibilidades juntos ao se sentirem provocados a refletir sobre a sua prática e perceber as fragilidades do processo, tornaram necessária a tomada de atitude do grupo.

Palavras-chave: Enfermagem; Educação em Saúde, Estoma.

#### Abstract

**Objective:** to analyze an educational activity about the therapeutic itinerary of the stomized patient in the health care network. **Method:** qualitative developed through convergent care research. Eight nurses working in the health care network of a municipality in the northwestern region of the state of Rio Grande do Sul participated in the study. Data were collected through participant observation, interviews and educational workshops, and later examined in the light of the thematic analysis. **Results:** the educational actions involved the nurses with active participation and reflection, under a critical eye regarding the care taken to the stomized in the network of health care and to define strategies for improvements. Nurses were encouraged to reflect on their daily practices in order to identify the fragilities, which were identified as the difficulty in referencing and against referencing the patient, as well as the lack of communication among the nurses of the health care network, gaps in knowledge of

care and guidance to be given to this patient. Final considerations: educational activities help in the reflection of everyday actions. It was identified that the nurses participating in the educational activity accumulate experiences that influence their behavior towards care, actions and care to the patient. Therefore, it is necessary the educational action that stimulates the reflection, promote autonomy and union of a team of responsible and determined nurses to the improvements of the health care network of a municipality. The educational strategy used to expand knowledge from the stomicized perspective, as well as to stimulate them to think and seek innovations for the improvement of recognized fragilities. It resulted in active participation and allowed them to construct possibilities together when they felt provoked to reflect on their practice and to perceive the fragilities of the process, made necessary the attitude of the group.

Palavras-chave: Nursing; Health Education, Stoma.

## **Introdução**

Os sistemas integrados como as Redes de Atenção em Saúde (RAS) organizam-se por conjuntos coordenados de pontos para prestar assistência contínua e integral a uma população definida, portanto vivencia-se um cenário que se caracteriza pela fragmentação de serviços e ações, que a busca pela integração na atenção em saúde não é tarefa fácil pelo caráter multifatorial envolvido no funcionamento desse sistema, que abrange diferentes níveis de atenção (primária, secundária e terciária), fontes diversificadas de financiamento, profissionais de diversas formações e especialidades, disparidade estrutural e de recursos tecnológicos, além da variedade do público usuário desse sistema (ARRUDA et al, 2015).

Almeida et al, 2013 referem que a coordenação dos cuidados se sustenta na existência de uma rede integrada de prestadores de serviços de saúde, portanto há um entendimento de que somente a expansão da ESF não seja suficiente para garantir a integralidade do cuidado, exigindo a articulação com os outros serviços. Se reconhece que a implantação da ESF, na medida em que objetiva organizar a porta de entrada, impulsionou o debate em torno da necessidade de organização da rede, regulação e coordenação dos cuidados.

Nesse sentido, um dos principais instrumentos para integrar a APS à atenção especializada (AE) é a implantação de centrais informatizadas de regulação e marcação de procedimentos, pois sistemas informatizados vêm permitindo aos gestores conhecer o tamanho real das filas de espera, monitorá-las e definir

prioridades clínicas. Mas, a preocupação em criar mecanismos para aproximação entre profissionais da APS e da AE, com vistas a criar uma cultura de colaboração entre níveis, ainda é incipiente. Para tanto, o matriciamento prevê que especialistas apoiem profissionais de APS por meio de interconsulta, discussão de casos clínicos, capacitações, além de funcionar como referência para atendimentos (ALMEIDA et al, 2013)

É consenso que um maior conhecimento mútuo dos diversos setores de saúde poderia gerar mudanças positivas na relação entre profissionais dos dois níveis, e considera-se insuficiente o conhecimento dos profissionais que atuam em serviços especializados sobre o processo de trabalho em APS e a valorização de seus profissionais, o que interfere na criação de uma cultura de colaboração (ALMEIDA et al, 2013)

Dentre as diferentes formas de fazer pesquisa em saúde, a pesquisa qualitativa tem se destacado na Enfermagem, pois busca compreender fenômenos a partir das experiências das pessoas, pertinentes ao campo das situações da saúde e doença, com o intuito de interpretar os significados que os participantes expressam, por isso a necessidade de se compreender as interações entre as pessoas e o sistema no qual elas estão inseridas (CORTES; PADOIM; BERBEL, 2018).

A Pesquisa Convergente Assistencial (PCA), vem ganhando cada vez mais a adesão dos enfermeiros, interessados na construção sobre os problemas que se apresentam à prática, com vistas à sua resolução, despertando a atitude crítica do pesquisador que assume o compromisso de provocar mudanças que contribuam para qualificar a assistência e introduzir inovações para o cuidado de enfermagem e em saúde (ALVIM, 2017).

### **Objetivo**

Analisar uma atividade educativa acerca do itinerário terapêutico do paciente estomizado na rede de atenção a saúde.

### **Metodologia**

Trata-se de pesquisa qualitativa, desenvolvida por meio da pesquisa convergente assistencial (PCA) (TRENTINI; PAIM, 2004). Este método foi criado por enfermeiras pesquisadoras e assistenciais, com intuito de qualificar a prática

assistencial da enfermagem. Originalmente foi proposta para a área da Enfermagem, mas também pode ser aplicada em outras áreas que tenham sua prática envolvida diretamente com pessoas e mostrou-se como uma alternativa de investigação socialmente aceita, com ampla aderência nas práticas assistenciais, apresentando indícios de mudanças nas práticas de Enfermagem em Serviços de Saúde (PAIM et al, 2008).

Ainda a PCA visa unir a prática assistencial com a pesquisa, a partir dos problemas apresentados na prática, com vistas à sua resolução, provocando a atitude crítica do pesquisador que assume o compromisso de estimular mudanças que contribuam para qualificar a assistência e introduzir inovações para o cuidado de enfermagem e em saúde (ALVIM, 2014).

Este método PCA requer participação ativa dos participantes da pesquisa, sua principal característica consiste nas ações de assistência serem incorporadas no processo de pesquisa, além de pesquisar um problema de enfermagem, com a intenção de contribuir na solução ou minimização do problema social, envolvendo um grupo de convergência de educação em saúde (TRENTINI; PAIM, 2004).

O interesse em desenvolver uma PCA com enfermeiros que assistem pacientes estomizados se deu a partir da vivência prática da pesquisadora como enfermeira hospitalar em diversas unidades de internação clínica e cirúrgica. Nestes locais, observa-se com frequência, a presença de pacientes estomizados que reinternam com complicações na colostomia e pele periestomal. Fato que gerou inquietação frente ao tema, e motivou o desenvolvimento da pesquisa no intuito de estabelecer um diagnóstico da realidade na perspectiva do paciente e dos profissionais que integram a RAS.

Posteriormente, a etapa de diagnóstico da realidade a mestrandia, realizou a negociação com os gestores da RAS para propor uma atividade educativa e seleção de participantes. Após aceite dos gestores para realizar a atividade, a mestrandia agendou a data e local, realizou convite pessoalmente, com material impresso (anexo F) aos enfermeiros e gestores interessados ao tema. Foram convidados os enfermeiros que mais assistiam os estomizados no período da coleta de dados da etapa anterior, que foi a entrevista com questões abertas com enfermeiros das Estratégias de Saúde da família (ESF) e unidades básicas de saúde (UBS).

Em dia e horário da atividade educativa, primeiramente, foram realizadas apresentações com nome e instituição a qual cada um pertencia, ou seja APS ou hospital. Sequencialmente foi apresentado o objetivo do encontro com diálogo entre os participantes e pesquisadora por meio de suas experiências prévias referente ao paciente estomizado.

Realizado uma dinâmica quebra gelo, com vistas a facilitar a interação entre os envolvidos com a pesquisa, utilizou-se de atividade lúdica com cartaz com uma imagem de uma caricatura de um estomizado, em que participantes em interação foram desafiados a identificar o atual itinerário terapêutico que este paciente percorre na RAS.

Para o melhor desenvolvimento da atividade a pesquisadora contou com a participação de auxiliares de pesquisa previamente treinadas. A ação educativa em grupo foi programada de maneira a proporcionar espaço para o diálogo, discussões, expor opiniões sobre suas ações e cuidados, fluxo, referência e contra referência na RAS e na mesma medida, refletir sobre este percurso. Isto está pautado ao fato de a PCA, privilegiar a compreensão entre a pesquisa e a assistência efetivada nas diferentes instâncias de cuidado, com vistas a uma unidade em torno do fenômeno de interesse, contudo, preconiza a preservação das características próprias e valores de cada um (TRENTINI; PAIM; SILVA, 2017).

A partir da identificação das unidades que mais assistem os estomizados chegou-se a uma definição numérica de nove enfermeiros, destes dois gestores. Sendo que participaram do encontro, três da APS, e cinco da instituição hospitalar. No intuito de preservar a identidade dos participantes optou-se em nomina-los pelas (E AB) para enfermeiro da atenção básica e (E H) enfermeiro do hospital. Foi realizado um encontro com duração de duas horas, onde houve esgotamento da temática. As discussões, reflexões e depoimentos foram gravados com o consentimento dos participantes e, posteriormente, transcritos e analisados conforme Bardin, 2011.

O projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da UNICRUZ sob o CAAE: 80479417.2.0000.5322 e foram verificados aspectos éticos conforme a Resolução 466/2012.

## **Resultados e discussão**

A PCA eleita como referencial metodológico do estudo, possibilitou obter conhecimento das vivências dos participantes e, ao mesmo tempo, definir estratégias para a superação de fragilidades por eles identificadas na ação educativa com vistas a qualificar a prática assistencial da enfermagem bem como o itinerário terapêutico do paciente estomizado. Neste encontro definiu-se a partir das pactuações formas de inovações para prática assistencial pautada nos saberes e nas experiências dos participantes da pesquisa.

Na ação educativa em que participaram enfermeiros da APS e do hospital, da gestão e assistenciais, privilegiou a simultaneidade no que decorre da movimentação recíproca dos participantes em um único objetivo, no sentido de qualificar a estruturação e organização da RAS, representado por ações de pesquisa e práticas dialogadas com os presentes.

A referida ação educativa possibilitou elaborar conteúdo de pesquisa, descrito em uma categoria de análise:

### **Enfermeiros em interação refletindo sobre a prática assistencial e o itinerário ao paciente estomizado**

A PCA como uma metodologia torna-se fundamental na medida em que prevê a participação dos envolvidos com a pesquisa como elemento fundamental no processo (LORO; BITTENCOURT; ZEITOUNE, 2017).

É por meio do estabelecimento das relações entre os membros dos serviços de saúde que o trabalhador desenvolve relações humanas sustentáveis, o que favorece o estabelecimento de inter-relação entre atitudes e conhecimentos que proporcionam decisões compartilhadas, aproximações não convencionais, convívios entre diferentes (LANZONI; MEIRELLES, 2012).

Neste interim, participantes são receptivos, ao propósito de resignificar o contexto da prática vivenciada na RAS, por meio da unicidade, ou seja, unir a assistência à prática. Assim inicialmente foi realizado uma dinâmica com unitermos que representam o itinerário terapêutico do estomizado na RAS e foi desafiado aos participantes organizar o itinerário atual que este paciente percorre. Nesta dinâmica ficou claro que nem os profissionais dos serviços de saúde tem clareza do percurso.

Após esta dinâmica questionou-se por onde ele começa o fluxo, após o paciente ter diagnosticado o câncer colorretal (CCR), sendo observado pelas falas que há fragilidade e que não há um fluxo estabelecido:

*Quem vai descobrir o CCR somos nós da ESF (E AB)*

*(...) Discordo, a maioria descobre no hospital (E H)*

*As duas realidades, porque não temos hoje um diagnóstico precoce, muitas vezes o paciente vai descobrir quando ele já está sintomático, em estágio bem avançado, por isso acredito que as vezes ele descubra no hospital, por uma intercorrência desse câncer acaba descobrindo. Infelizmente ainda se tem muito investimento na doença e não em prevenção (E AB)*

Estes relatos evidenciam a desarticulação entre os serviços, o que reflete na assistência efetivada. Neste sentido, a proposta da constituição de redes de saúde no Brasil, tem por objetivo combater a fragmentação da atenção, ampliar o acesso, garantir a equidade e a universalidade a todos os indivíduos (BOUQUAT et al, 2017).

A RAS é considerada a organização do conjunto de serviços de saúde, de forma não hierárquica, vinculados entre si que visa à garantia de oferta de atenção contínua e integral à população. Para tanto, compreende-se que APS se constitua como porta de entrada preferencial, principal provedora da atenção e coordenadora do cuidado (BOUQUAT et al, 2017).

Após a discussão do fluxo atual que o paciente percorre, a mestrandia apresentou uma síntese do diagnóstico da realidade posta a partir da etapa anterior da pesquisa, em que entrevistou pacientes e enfermeiros. Nesta, participantes da ação educativa inicialmente se surpreendem mas no mesmo momento compreendem que precisam reorganizar esta rede, pois avaliam como fragmentada, sem continuidade do cuidado, o que tem implicações para os pacientes.

Cabe salientar que os aspectos abordados foram referente a falta de fluxo, de comunicação entre os serviços e conseqüentemente a fragmentação do cuidado. Ainda a fez-se a provocação no sentido de estimular os participantes a cada

fragilidade identificada fosse estabelecido uma estratégia em conjunto para a resolução ou minimização dos problemas.

Outro fato de destaque deve-se a constatação de que todos os pontos de atenção a saúde da RAS tem enfermeiros, no entanto nem sempre o paciente é atendido pelo enfermeiro, como evidencia-se no depoimento a seguir:

*Depende da UBS, em virtude do processo de trabalho, mas nem sempre passa pelo enfermeiro, as vezes passa para consulta médica direto (...) (E AB)*

É de suma importância o planejamento e implementação da assistência de enfermagem ao estomizado, que requer além dos cuidados físicos, ensino ao paciente dos cuidados de higiene e troca de bolsas de estomia, que inclui planejamento da assistência ao período operatório e requer a retomada do ensino pós operatório para o autocuidado, que envolve a família e visa à reabilitação do mesmo (SOUZA et al, 2016).

Outro aspecto identificado pelos pelos participantes refere-se a importância e necessidade de incluir a família de cada paciente em todo o processo de cuidado e orientação, como uma pesquisada refere:

*Um ponto importante é a família, ela deve ser incluída desde o início, faz parte de todo processo, desde o acolhimento e treinamento (...) (E H)*

No papel de educadores em saúde, é necessário incorporar a família no plano terapêutico, instruindo-a para a prestação dos cuidados à pessoa com estomia que se encontra dependente, isso estimula o paciente a realizar seu autocuidado, readquirindo a autonomia (MOTA et al, 2015).

Os sujeitos em interação identificam a importância em orientações pré operatórias, com vistas a esclarecer dúvidas sobre a cirurgia e confecção da bolsa de colostomia aos pacientes já com diagnóstico de câncer colorretal.

*Primeiro é necessário diminuir as angústias do paciente, pois descobre o diagnóstico e terá que colocar uma bolsa de colostomia, explicar o que é uma bolsa de colostomia, como conviver com isso, inserir o familiar, de como que irá cuidar manusear. No pós-operatório não consegue escutar orientações, ou escuta e chega em casa e não*

*lembra de nada, se ele chegar já sabendo como é, irá conseguir ter um entendimento melhor do cuidado dele no domicílio (E H).*

Enfermeiros se reportam ao serviço especializado, vinculado a SMS, que o objetivo da criação deste serviço foi para auxiliar nas demandas diárias e ter um profissional especializado para atender estomizados. Segue relato sobre este contexto:

*Falta educação continuada, pois temos um problema em termos de referência que é enfermeira do serviço especializado, do centro, que muitas vezes o paciente fica vinculado com ela e ele passa a não acessar a ESF. Na minha área não tenho conhecimento de nenhum, talvez tenha, porque ele acaba por não procurar mais a ESF, só acessam quando tem alguma complicação, é muito complexo, não é minha rotina e da minha equipe (E AB)*

Nesse sentido, a participante chama a atenção em relação a falta de continuidade, tendo em vista que raramente o paciente vem até a unidade e sim procura o serviço especializado, o que não desresponsabiliza o enfermeiro da APS, em que o paciente é vinculado.

A educação de enfermeiros é uma área que requer empenho, portanto, para promover o desenvolvimento do processo de trabalho é preciso criar estratégias de educação que encorajem a participação dos profissionais e assim possibilitem a capacitação profissional, nesse sentido a educação é um processo permanente que busca alternativas e soluções para os problemas de saúde reais, para tanto, existe a necessidade de que as ações educativas sejam uma realidade no cotidiano desta categoria (SARDINHA et al, 2013).

A enfermagem tem participação fundamental nos processos que visam garantir e melhorar a qualidade da assistência prestada nos serviços de saúde, no entanto, medidas isoladas de treinamento e capacitação dos profissionais de enfermagem não são suficientes para garantir a ausência de riscos (SILVA et al, 2016).

Outro tema de debate, foi em relação ao vínculo do paciente com a unidade, que é necessário que se estabeleça antes mesmo do procedimento cirúrgico:

*A maioria dos que voltam para a unidade são aqueles que já tem vínculo com a unidade, aqueles que não tinham vínculo não vão criar após a estomia. Eu vejo as duas realidades aquele paciente que vai no serviço especializado mas que tem um bom vínculo com a unidade e aquele que vai no serviço especializado e não retorna para a unidade, isso depende muito da relação que a unidade tem com o paciente antes de acontecer e até se ele fez o diagnóstico na unidade ou não (E AB)*

É fundamental para o sucesso das ações do enfermeiro, a construção de uma base de confiança com seus pacientes, portanto, a efetividade dessas ações depende de uma abordagem contínua e reflexiva em constante transformação a partir das necessidades expressas pelas pessoas com estomias (Mota et al, 2015).

A Política Nacional de Humanização constitui-se como uma estratégia para a qualificação da atenção integral, com responsabilização e vínculo, portanto o SUS tem a proposta de enfrentar esse desafio, enfocando a saúde como um direito da humanidade no atendimento ao usuário dos serviços públicos de saúde, por meio da integração dos sistemas de saúde e articulação das ações de prevenção, promoção, recuperação e abordagem integral dos indivíduos e das famílias (SILVA et al, 2017).

Nesta perspectiva, a atividade educativa desenvolvida com o grupo, permitiu que os enfermeiros refletissem e propusessem pactuações com vistas a efetividade e premência da organização da RAS, caracterizando-se como um produto da pesquisa em tela.

Assim o grupo de convergência pautado na PCA, estabeleceu estratégias de superação das fragilidades identificadas. Neste sentido, aludem que:

*Podemos referenciar e contra referenciar via telefone, é um breve momento via telefone, porque as unidades têm como se organizar e comunicar que o paciente está dando alta, agendar já uma consulta (E H).*

*Criar um grupo de watss, para tanto as coordenações devem formalizar este pacto, que vai ter um grupo de conversa por aplicativo, com enfermeiros do hospital, coordenadoria de saúde e atenção primária (E AB).*

Manter-se participante da prática e pesquisa, envolve uma reflexão sobre o que vem acontecendo com o paciente estomizado e sobre quais locais os enfermeiros deveriam percorrer para realizar as mudanças pretendidas na prática e, ao mesmo tempo, construir um novo conhecimento que se materializasse em tecnologia de cuidado e pudesse ser consumido por estas e mais outras enfermeiras.

*Elaborar um fluxograma, por onde esse paciente estomizado deve passar, protocolos de referência e contra referência. (E H)*

Nesse contexto, a enfermagem tem implementado subsídios e estratégias, como a utilização de protocolos e cheklists, para realizar intervenções que possibilitem a assistência livre de danos aos pacientes, mais segura e com qualidade (SILVA et al, 2016).

*Há necessidade de realizar capacitação aos enfermeiros. Podemos agendar uma manhã e tarde, falar sobre o manejo com a bolsa, cuidados com as intercorrências, uma coisa que não existe aqui e a estomatoteurapa pode falar melhor sobre isso é a demarcação pré cirúrgica, que é um compromisso do enfermeiro que não existe, começar por aí quando a gente vai estudar ostomias pela demarcação pre cirúrgica que em muitos lugares é o enfermeiro que faz (E H)*

Os participante apontam a necessidade de promover a capacitação de profissionais em todos os níveis de atenção à saúde. Neste sentido, é imprescindível a apropriação do conhecimento pelo enfermeiro sobre a técnica cirúrgica e a anatomofisiologia intestinal para identificar as consequências e modificações específicas sofridas pela pessoa (ALENCAR et al, 2018).

No decorrer da atividade, é possível dizer que houve estabelecimento de parceria entre a pesquisadora, os participantes e entre eles. Sinalizam a necessidade

de assumir este compromisso de reverter este quadro negativo, dar continuidade as ações iniciadas e as mudanças.

*Vamos reagendar um novo encontro em 60 dias com todos os enfermeiros, todos devem ter conhecimento porque a ideia é justamente não centralizar, que todos tenham conhecimento sobre, depois desse encontro seremos responsáveis por capacitar nossas equipes (E H)*

Os diálogos estabelecidos emergiram da necessidade da prática e a ela retornou como um importante material, constituindo-se uma tecnologia apropriada em saúde.

O produto final do estudo, que será inserido nos serviços de saúde da rede de atenção a saúde, poderá qualificar na assistência a esses pacientes.

O processo de desenvolvimento do estudo movimentou as equipes de enfermeiros envolvido na pesquisa, no sentido de qualificar os serviços de saúde da RAS.

### **Considerações finais**

Os resultados da pesquisa permitem identificar que os enfermeiros participantes da ação educativa tiveram dificuldades em re/desenhar o itinerário terapêutico do paciente estomizado. Portanto, se faz necessário educação em saúde como esta ação educativa que estimule a reflexão, promova autonomia e união de uma equipe de enfermeiros responsáveis e determinados a melhorias da rede de atenção a saúde de um município.

A estratégia educativa utilizada com o intuito de ampliar saberes na perspectiva do estomizado, bem como estimulá-los a pensar e buscar inovações para melhorias de fragilidades reconhecidas, resultou na participação ativa e permitiu que se construíssem possibilidades juntos ao se sentirem provocados a refletir sobre a sua prática e perceber as fragilidades do processo, tornaram necessária a tomada de atitude do grupo.

A escolha da PCA como metodologia, agregou elementos, pois ela valoriza a construção coletiva e privilegia elementos que revitalizam a prática da enfermagem,

na medida em que responsabiliza cada um como participante. Foram definidos conjuntamente entre os participantes a organização de protocolos de referência e contra referência, transferência do paciente por telefone, agendando a consulta em sua unidade de referência, bem como um grupo no whats no intuito de passar o paciente para a unidade por meio de aplicativo telefônico e capacitações aos enfermeiros da RAS.

Para tanto, é fundamental a consolidação de parceria entre estes profissionais da RAS que atendem pacientes estomizados, com o intuito de seguir o mesmo objetivo inicial de organização deste atendimento, bem como dar continuidade as pactuações para que se concretize, de fato esta rede.

Se percebe que os participantes sentiram-se respeitados e valorizados em participar deste processo, da possibilidade de construir, reconstruir os fluxos, reconheceram a oportunidade de olhar para seus espaços de atuação e outros pontos em busca de um objetivo em comum, de transformar a sua realidade de trabalho por meio de sua própria conscientização e que ira repercutir no cuidado ao estomizado.

## **Referências**

ALENCAR, DC; ANDRADE, EMLR; RABEH, SAN; ARAÚJO, TME. **Efetividade da educação a distância no conhecimento de enfermeiros sobre estomias intestinais de eliminação.** Rev Gaúcha Enferm. 2018;39:e2018-0009.

ALMEIDA, PF; GÉRVAS, J; FREIRE, JM; GIOVANELLA, L. **Estratégias de integração entre atenção primária à saúde e atenção especializada: paralelos entre Brasil e Espanha.** Saúde em Debate • Rio de Janeiro, v. 37, n. 98, p. 400-415, jul/set 2013.

TRENTINI, M; PAIM, L; SILVA, DMGV. **O método da pesquisa convergente assistencial e sua aplicação na prática de enfermagem.** Texto Contexto Enferm, 2017; 26(4):e1450017.

BACKES, DS; BACKES, MS; ERDMANN, AL; BUSCHER, A. **O papel profissional do enfermeiro no Sistema Único de Saúde: da saúde comunitária à estratégia de saúde da família.** Ciência & Saúde Coletiva, 17(1):223-230, 2012.

BOUSQUAT, A. et al. **Atenção primária à saúde e coordenação do cuidado nas regiões de saúde: perspectiva de gestores e usuários.** *Ciência & Saúde Coletiva*, 22(4):1141-1154, 2017.

CORTES, LF; PADOIM, SMM; BERBEL, NAN. **Metodologia da Problematização e Pesquisa Convergente Assistencial: proposta de praxis em pesquisa.** *Rev Bras Enferm* [Internet]. 2018;71(2):471-6.

LANZONI, GMM; MEIRELLES, BHS. **A rede de relações e interações da equipe de saúde na Atenção Básica e implicações para a enfermagem.** *Acta Paul Enferm.* 2012;25(3):464-70.

MOTA, MS. Et al. **Percepção de pessoas estomizadas acerca do serviço de estomaterapia: um estudo descritivo.** *Online braz j nurs* [internet] 2015 Sep [cited year month day]; 14 (3):238-47.

PAIM, L. et al. **Pesquisa convergente-assistencial e sua aplicação em cenários da enfermagem.** *Cogitare Enferm* 2008 Jul/Set; 13(3):380-6.

ALVIM, NAT. **Pesquisa Convergente Assistencial Enfermagem – Possibilidades para inovações tecnológicas.** *Esc Anna Nery* 2017;21(2):e20170041.

SOUZA, MT. Et al. **Apoio emocional realizado por enfermeiro ao paciente ostomizado.** *Revista Portuguesa de Enfermagem de Saúde Mental, ESPECIAL 4* (OUT.,2016).

SILVA, JLBV. Et al. **A prática da integralidade na gestão do cuidado: relato de experiência.** *Rev enferm UFPE on line.*, Recife, 11(2):792-7, fev., 2017.

SILVA, AT; ALVES, MG; SANCHES, RS; TERRA, FS; RESCK, ZMR. **Assistência de enfermagem e o enfoque da segurança do paciente no cenário brasileiro.** *Saúde Debate* | rio de Janeiro, v. 40, n. 111, p. 292-301, OUT-DEZ 2016.

SARDINHA, PL. et al. **Educação permanente, continuada e em serviço: desvendando seus conceitos.** *Enfermería Global* Nº 29 Enero 2013.

ARRUDA, C. et al. **Redes de atenção à saúde sob a luz da teoria da complexidade.** *Escola Anna Nery Revista de Enfermagem* 19(1) Jan-Mar 2015.

## **7. Considerações finais da dissertação**

Esta pesquisa possibilitou identificar que pacientes estomizados tem qualidade de vida, autoeficácia geral e baixo nível de ansiedade e depressão. A partir da ação educativa por meio da PCA, também foi possível demonstrar que os enfermeiros identificaram as suas fragilidades no cuidado em geral ao estomizado, dificuldade de organização do fluxo deste paciente na rede de atenção a saúde e a inexistência de referência e contra referência. Que é necessário mais conhecimento, capacitações por meio de educação continuada das instituições de saúde referente a este tema, por identificarem não ser uma prática diária de todos enfermeiros em geral.

Demonstraram ser necessário estabelecer o itinerário do estomizado, desde o seu diagnóstico de câncer colorretal, percorrer unidades de saúde, ambulatórios, centro de alta complexidade e hospitais. Necessário também estabelecer protocolos de referência e contra referência para que seu atendimento seja integral e resulte em qualidade de vida com o uso de uma colostomia sem complicações.

Sugere-se novos estudos com uma amostra maior de pacientes estomizados e também que abordem equipe multiprofissional.

Recomenda-se novos estudos com pacientes estomizados para ampliação de conhecimento nesta área e para a implementação da prática assistencial pelos profissionais de saúde, nos diversos pontos de atenção a saúde que o estomizado percorre com o manuseio correto da técnica e uso de coletores e adjuvantes de forma correta.

Define-se como limitações desta pesquisa o tamanho da amostra pela análise quantitativa. Novas pesquisas devem ser realizadas com estomizados para constatar se em uma amostra maior teríamos outros resultados.



## 8. Referências Bibliográficas

ALVES, MRC et al. Nurses' knowledge about ability necessary for the care of person with intestinal stoma nternational Journal of Development Research, 7, (09), 15632-15638, 2017.

ATTOLINI, RC; GALLON, CW. Qualidade de Vida e Perfil Nutricional de Pacientes com Câncer Colorretal Colostomizados. Rev bras Coloproct Julho/Setembro, 2010.

AZEVEDO, C; FALEIRO, JC; FERREIRA, MA; OLIVEIRA, SP; MATA, LRF. Intervenções de enfermagem para alta de paciente com estomia intestinal: revisão integrativa. 2014.

BONETTI, A; SILVA, DGV; TRENTINI, M. O método da pesquisa convergente assistencial. Esc Anna Nery (impr.). 2013; jan -mar; 17 (1):179-183.

BRASIL, CCA; SILVEIRA, MR; SILVA, KR; LIMA, MG; FARIA, CDCM; CARDOSO, CL; MENZEL, HJK; CECCATO, MGB. Qualidade de vida e características associadas: aplicação do WHOQOL-BREF no contexto da Atenção Primária à Saúde. Ciência & Saúde Coletiva, 22(5):1705-1716, 2017.

BRASIL. Estimativa 2016. Incidência de Câncer no Brasil. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva (INCA). Rio de Janeiro, RJ INCA 2015.

BRASIL. A situação do câncer no Brasil. Instituto Nacional de Câncer – INCA. Coordenação de Prevenção e Vigilância – Conprev. 2006, Ministério da Saúde.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Instituto Nacional de Câncer (INCA). ABC do câncer, abordagens básicas para o controle do câncer. Rio de Janeiro, RJ 2011.

BRASIL. Plano de ações estratégicas para o enfrentamento das doenças crônicas não transmissíveis no Brasil 2011-2022.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Secretaria de atenção à saúde. Departamento de regulação, avaliação e controle. Coordenação-geral de sistemas de informação. SAI-SUS. SISTEMA DE INFORMAÇÕES AMBULATORIAIS. ONCOLOGIA. MANUAL DE BASES TÉCNICAS. Agosto/2011 BRASÍLIA-DF – BRASIL 13ª Edição.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 400, de 16 de novembro de 2009. Diretrizes nacionais para a atenção à saúde das pessoas ostomizadas no âmbito do Sistema Único de Saúde – SUS.

BRASIL. Estimativa 2014: incidência de câncer no Brasil. Coordenação Geral de Ações Estratégicas. Coordenação de Prevenção e Vigilância. Rio de Janeiro: Inca; 2014.

BRASIL. Ministério da Saúde. Instituto Nacional de Câncer. Estimativa 2013: Incidência de Câncer no Brasil. Rio de Janeiro: INCA; 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. Instituto Nacional de Câncer. Câncer. Rio de Janeiro: INCA; 2013.

BRASIL. Implantação das Redes de Atenção à Saúde e Outras Estratégias da SAS. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Brasília – DF. 2014. CANESQUI, AM; BARSAGLINI, RA. Apoio social e saúde: pontos de vista das ciências sociais e humanas. *Ciência & Saúde Coletiva*, 17(5):1103-1114, 2012. CARVALHO, SORM. Rede social de apoio as pessoas com estomia: implicações para a enfermagem. Dissertação de mestrado. Santa Maria-RS, Brasil, 2012.

CETOLIM, SF; BELTRAME, V; CETOLIN, SK; PRESTA, AA. Dinâmica sócio-familiar com pacientes portadores de ostomia intestinal definitiva. *ABCD Arq Bras Cir Dig* 2013;26(3):170-172.

CHOR, D; GRIEP, RH; LOPES, CS; FAERSTEIN, E. Medidas de rede e apoio social no Estudo Pró- Saúde: pré-testes e estudo piloto. *Cad. Saúde Pública*. 2001; 17(4): 887- 896.

COQUEIRO, JM; RODRIGUES, PASSJ; FIGUEIREDO, TAM. A produção do cuidado ao usuário estomizado: considerações da equipe de enfermagem. *Rev enferm UFPE on line*, Recife, 9(6):8148-54, jun., 2015.

CREPALDE, PAF. Características sociodemográficas e clínicas que afetam a qualidade de vida em pacientes estomizados intestinais. Orientadora: Profª Drª Magda Cristina Q. Dell'Acqua Co-orientadora: Enfª Drª Valéria de Castilho Palhares. Botucatu 2016. Universidade estadual paulista “júlio de mesquita filho” faculdade de medicina.

CRESWELL, JW; PLANO CLARK, VL. Pesquisa de Métodos Mistos. 2º ed. Porto Alegre: Penso; 2013.

FERNANDES, I. Guia do Estomizado. Porto Alegre, 2008. Federação Gaúcha do estomizados.

FERREIRA, EC; BARBOSA, MH; SONOBE, HM; BARICHELLO, E. Autoestima e qualidade de vida relacionada à saúde de estomizados. Rev Bras Enferm [Internet]. 2017 mar-abr;70(2):288-95.

FERREIRA-UMPIÉRREZ, A; FORT-FORT, Z. Vivências de familiares de pacientes com colostomia e expectativas sobre a intervenção profissional. Rev. Latino-Am. Enfermagem mar.-abr. 2014;22(2):241-7.

FLECK, MPA; LOUZADA, S; XAVIER, M; CHACHAMOVICH, E; VIEIRA, G; SANTOS, L; PINZON, V. Aplicação da versão em português do instrumento abreviado de avaliação da qualidade de vida "WHOQOL-bref". Rev Saúde Pública 2000;34(2):178-83 [www.fsp.usp.br/rsp](http://www.fsp.usp.br/rsp).

FREIRE, P. Pedagogia da autonomia: saberes necessários à prática educativa. 43. ed. São Paulo: Paz e Terra, 2011.

GOMBOSKI, G. Adaptação cultural e validação do *City of Hope – Quality of Life – Ostomy Questionnaire* para a língua portuguesa no Brasil. Dissertação para a obtenção de Mestre em Enfermagem pela Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo, 2010.

GRIEP, RH; CHOR, D; FAERSTEIN, E; WERNECK, GL; LOPES CS. Validade de constructo de escala de apoio social do Medical Outcomes Study adaptada para o português no Estudo Pró-Saúde. Cad de Saúde Pública. 2005; 21(3): 703-714.

HEY, A, P; KRAMA, L. Orientações de Alta a Estomizados Sob a Ótica da Equipe de Enfermagem. 2012.

HERR, GE; KOLANKIEWICZ, ACB; BERLEZI, EM; GOMES, JS; MAGNAGO, TSBS; ROSANELLI, CP; LORO, MM. Avaliação de Conhecimentos acerca da Doença Oncológica e Práticas de Cuidado com a Saúde. Revista Brasileira de Cancerologia 2013; 59(1): 33-41.

KAMEO, SY; SAWADA, NO. Qualidade de vida relacionada à saúde do paciente com estoma intestinal secundária ao câncer cólon-retal. *Revista iberoamericana de educación e investigación en enfermería* 2014; 4(2):19-26.

KOLANKIEWICZ, ACB; SOUZA, MM; MAGNAGO, TSBS; DOMENICO, EBL. Apoio social percebido por pacientes oncológicos e sua relação com as características sociodemográficas. *Rev Gaúcha Enferm.* 2014 mar;35(1):31-38.

KOLANKIEWICZ, ACB; MAGNAGO, TSBS; DULLIUS, AIS; DOMENICO, EBL. Association of demographic, economic and clinical variables in daily activities and symptoms presented by patients in cancer treatment. *Canadian Oncology Nursing Journal*. Volume 27, Issue 4, Fall 2017 365 *Revue canadienne de soins infirmiers en oncologie*.

LAURENCE, R; SANDS, MD; MBA; FACS; FASCRS; MORALES, CS; MD. Re-operative surgery for intestinal stoma complications. *L.R. Sands, C.S. Morales / Seminars in Colon and Rectal Surgery* 26 (2015) 200–205.

LIMA, SGS. Complicações em Estomas Intestinais e Urinários: Revisão Integrativa. Dissertação apresentada à Faculdade de Medicina, Universidade Estadual Paulista “Júlio de Mesquita Filho”, Câmpus de Botucatu, para obtenção do título de Mestre em Enfermagem. 2017.

\_\_\_\_\_ LORENZINI; E. Pesquisa de métodos mistos nas ciências da saúde. *Rev Cuid.* 2017; 8(2): 1549-60. <http://dx.doi.org/10.15649/cuidarte.v8i2.406>.

LENZA, NFB. Programa de Ostomizados: os significados para estomizados intestinais e familiares. Universidade de São Paulo. Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto. Dissertação de Mestrado em Ciências. 2011.

LUZ, ALA; LUZ, MHBA; ANTUNES, A; OLIVEIRA, GS; ANDRADE, EMLR; MIRANDA, SM. Perfil de pacientes estomizados: revisão integrativa da literatura. 2º Cuatrimestre 2014 • Año XVIII - N.º 39.

MAURICIO, VC; SOUZA, NVDO; COSTA, CCP; DIAS, MO. A visão dos enfermeiros sobre as práticas educativas direcionadas as pessoas estomizadas. *Escola Anna Nery* 21(4) 2017.

MENDONÇA, R; VALADÃO, M; COUTO, AC; KOIFMAN, S. Tendência de mortalidade por câncer colorretal em cinco capitais brasileiras de 1980 a 2009. *Cad. Saúde Colet.*, 2012, Rio de Janeiro, 20 (3): 329-35.

MENEZES, CCS; FERREIRA, DBB; FARO, FBA; BOMFIM, MS; TRINDADE, LMDF. Câncer colorretal na população brasileira: taxa de mortalidade no período de 2005-2015. *Rev Bras Promoç Saúde*, Fortaleza, 29(2): 172-179, abr./jun., 2016.

MINAYO. M.C.S. O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde. 14th ed. São Paulo: Hucitec; 2014.

MIRANDA, LSG. A importância da consulta de enfermagem de estomaterapia na qualidade de vida da pessoa ostomizada na comunidade. Tese de mestrado, Universidade de Trás-os-Montes e Alto Douro, Vila Real, 2013.

MIRANDA, SM; LUZ, MHBA; SONOBE, HM; ANDRADE, EMLR; MOURA, ECC. Caracterização Sociodemográfica e Clínica de Pessoas com Estomia em Teresina. *ESTIMA*, v.14 n.1, p. 29-35, 2016.

MONTEIRO, SNC; MELO, MC; KAMADA, I; SILVA, AL. Caracterização de Cuidadores de Crianças e Adolescentes Estomizados Atendidos em Serviço de Reabilitação. *ESTIMA*, v.14 n.2, p. 76-83, 2016.

MORAES, JT; OLIVEIRA, RC; REIS, LH; SILVA, MN. Conhecimento do Enfermeiro da Atenção Primária de Saúde de um Município de Minas Gerais sobre o Cuidado em Estomias. 2012.

MOTA, MS; GOMES, GC; SILVA, CD; GOMES, VLO; PELZER, MT; BARROS, EJM. Autocuidado: uma estratégia para a qualidade de vida da pessoa com estomia. *Investig. Enferm. Imagen Desarr.* ISSN 0124-2059 18 (1): 63-78, enero-junio de 2016.

MOURA, DBS. Assistência de enfermagem a pacientes estomizados no Brasil. Monografia de Conclusão de curso. Tio Hugo, RS, Brasil. 2011.

NASCIMENTO, CMS; TRINDADE, GLB; LUZ, MHBA; SANTIAGO, RF. Vivência do paciente estomizado: uma contribuição para a assistência de enfermagem. *Texto Contexto Enferm*, Florianópolis, 2011 Jul-Set; 20(3): 557-64.

- NEVES, V. Importância da formação dos profissionais na adaptação do doente estomizado. Newsfarma Myoncologia Artigo publicado a 23 de Fevereiro. Lisboa. 2016.
- NOGUEIRA, JWS; KAMADA, I; LINS, GAI. Readaptação Funcional do Estomizado: Relato de Experiências Vividas. ESTIMA, v.14 n.3, p. 137-145, 2016.
- OLIVEIRA, LN; LOPES, APAT; DECESARO, MN. Cuidado integral à pessoa estomizada na atenção básica - conhecimento e atuação do enfermeiro. Cienc Cuid Saude 2017 Jul/Set; 16(3).
- OLIVEIRA, MM; MALTAI, DC; GUAUCHE, H; MOURA, L; SILVA, GA. Estimativa de pessoas com diagnóstico de câncer no Brasil: dados da Pesquisa Nacional de Saúde, 2013. Rev Bras Epidemiol Dez 2015; 18 SUPPL 2: 146-157.
- OLIVEIRA, AMP. Mestrado em enfermagem comunitária. Qualidade de Vida da Pessoa Portadora de Ostomia na Unidade Local de Saúde Nordeste. Bragança, setembro de 2016.
- PINTO, MIAC. A Pessoa Ostomizada: Um estudo sobre qualidade de vida. Guarda. 2012. I Curso de Mestrado em Enfermagem Comunitária.
- PINTO, IES; SANTOS, CSVB; BRITO, MAC; QUEIRÓS, SMM. Propriedades Psicométricas do Formulário Desenvolvimento da Competência de Autocuidado da Pessoa com Ostomia de Eliminação Intestinal. Revista de Enfermagem Referência - IV - n.º 8 – 2016.
- PLETSCH, GMC. Avaliação da qualidade de vida de pacientes estomizados no município de Teutônia. Trabalho de conclusão de curso de especialização para a obtenção de título de estomaterapia pela Universidade do Vale do Rio dos Sinos, UNISINOS. 2013.
- RIBEIRO, JMC. Trabalho de Conclusão de Curso. Qualidade de vida de pessoas com estomia intestinal: revisão integrativa Orientadora: Dra. Ana Lúcia da Silva. Brasília, 2015. Universidade de Brasília. Faculdade de Ciências da Saúde. Departamento de Enfermagem.
- RIBEIRO, RVL; OLIVEIRA, AC; VIANA, LVM; PINTO, AP; CARVALHO, ML; ELIAS, CMV. Adaptação social do paciente colostomizado: desafios na assistência de enfermagem. R. Interd. v. 9, n. 2, p. 216-222, abr. mai. jun. 2016.

- RODRIGUES, JSM; FERREIRA, NLA. Estrutura e funcionalidade da rede de apoio social do adulto com câncer. *Acta Paul Enferm.* 2012;25(5):781-7.
- RODRIGUES, SO; BUDÓ, MLD; SIMON, BS; GEWEHR, M; SILVA, DC. As redes sociais de apoio no cuidado às pessoas com estomias: Revisão Bibliográfica. *Saúde (Santa Maria)*, v.39, n.1, p. 33-42, 2013.
- SAMPAIO, FMC. A auto estima na pessoa portadora de ostomia de eliminação intestinal. *Revista Portuguesa de Enfermagem de Saúde Mental*, 4 (DEZ., 2010).
- SANTOS, TP; CARVALHO, LP; SOUZA, ECR; LISE, MARINA. Conhecimento dos usuários do serviço público de saúde sobre câncer colorretal e sua prevenção. *Revista da AMRIGS, Porto Alegre*, 57 (1): 31-38, jan.-mar. 2013.
- SILVA, GS; ALMEIDA, AJ; PAULA, VS; VILLAR, LM. Conhecimento e utilização de medidas de precaução padrão por profissionais de saúde. *Esc Anna Nery (impr.)*2012 jan-mar; 16(1):103 – 110.
- SILVA, AL; KAMADA, I; SOUSA, JB; VIANNA, AL; OLIVEIRA, G. Singularidades da Convivência do Cônjuge e seu Parceiro Estomizado. *ESTIMA*, v.14 n.2, p. 68-75, 2016.
- SILVA, CRDT; ANDRADE, EMLR; LUZ, MHBA; ANDRADE, JX; SILVA, GRF. Qualidade de vida de pessoas com estomias intestinais de eliminação. *Acta Paul Enferm.* 2017; 30(2):144-51.
- SOUZA, CF; SANTOS, C; GRAÇA, LCC. Construção e validação de uma escala de adaptação a ostomia de eliminação. *Revista de Enfermagem Referência - IV - n.º 4 – 2015.*
- TORRES, CRD; ANDRADE, EMLR; RIBEIRO, FMSS; NETA, FCCG; LUZ, MHBA. Qualidade de vida de pessoas estomizadas: revisão integrativa. *Rev Enferm UFPI.* 2015 Jan-Mar;4(1):117-22.
- TRENTINI, M; PAIM, L. Pesquisa convergente-assistencial. 2ª ed. Florianópolis: Insular; 2004.
- WHO. Câncer. Note descriptive n.297. 2012
- WHO. Câncer. Note descriptive. 2017
- WREATHALL, J. Organizational culture, behavior norms, and safety. *Proceedings of the International Topical Meeting on Safety Culture in Nuclear Installations.* Viena, Austria, 1995, p24-28.

VALADÃO, M; LEAL, RA; BARBOSA, LC; CARNEIRO, M; MUHARRE, RJ.  
Perfil dos Pacientes Portadores de Câncer Colorretal Operados em um Hospital  
Geral: Necessitamos de um Programa de Rastreamento Acessível e Efetivo.  
Rev bras Coloproct Abril/Junho, 2010.

## APÊNDICE A – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO DO ESTOMIZADO

Prezado(a)

Estamos desenvolvendo uma pesquisa cujo título é “Saberes e práticas na rede de atenção à saúde no cuidado ao ostomizado”.

Este estudo resultará na Dissertação de Mestrado do Programa de Pós-Graduação *Stricto Sensu* Atenção Integral à Saúde da Universidade Regional do Noroeste do Rio Grande do Sul (UNIJUI) em associação com a Universidade de Cruz Alta (UNICRUZ), e os resultados serão divulgados em eventos e publicações científicas. Este é um convite para participar desta pesquisa e cabe a você decidir se quer participar. Se estiver interessado em participar, você deve ler este Termo e assinar a última via para mostrar que concorda em participar da pesquisa.

Como objetivos gerais desse estudo foram avaliar a Qualidade de Vida (QV), a Autoeficácia Geral Percebida (AEGP) e o nível de ansiedade e depressão por meio da escala hospitalar de ansiedade e depressão (HAD) de pacientes estomizados por CCR; Conhecer as ações de cuidado efetivadas aos estomizados por CCR, nos diversos pontos de atenção à saúde que compõe a RAS; Descrever a percepção de enfermeiros acerca da atenção em saúde ao paciente estomizado por CCR; Implementar uma oficina educativa, pautada na pesquisa convergente assistencial (PCA), destinada aos enfermeiros do nível hospitalar e d Atenção Primária em Saúde.

Bem como os objetivos específicos discutir a percepção dos enfermeiros em relação ao cuidado prestado ao estomizado por CCR; Descrever processos de mudanças ou de reformulação identificados/efetuados pelos enfermeiros participantes para melhorar o cuidado do estomizado por CCR nos diversos pontos de atenção à saúde; Avaliar a estratégia implementada pelos profissionais participantes das oficinas educativas.

Será desenvolvida uma pesquisa de métodos mistos, com abordagem quantiquantitativa. Serão utilizados como instrumentos para coleta de dados a escala de qualidade de vida WHOQOL-bref, Escala de autoeficácia geral percebida escala hospitalar de ansiedade e depressão, estimando-se 10 minutos para o seu preenchimento.

A justificativa para a realização desta pesquisa dá-se pelo fato de que este estudo poderá trazer contribuições aos estomizados e aos profissionais que o cuidam, por meio da avaliação da QV dos estomizados e conhecimento da forma com que ocorre o cuidado na rede de atenção a saúde.

Nós garantimos seu anonimato e as informações obtidas serão utilizadas apenas para fins científicos; podendo você ter acesso às suas informações e realizar qualquer modificação no seu conteúdo, se julgar necessário. Você tem liberdade para recusar-se a participar da pesquisa, ou desistir dela a qualquer momento sem que haja constrangimento, podendo você solicitar que as informações sejam desconsideradas no estudo. Mesmo participando da pesquisa, poderá recusar-se a responder as perguntas ou a quaisquer outros procedimentos que ocasionem constrangimento de qualquer natureza. Sua participação é voluntária e não haverá compensação financeira relacionada à participação.

Como benefício este estudo poderá, a médio e longo prazo, através dos resultados, subsidiar estratégias para implantação de melhorias de cuidado ao estomizado e sua continuidade nas Redes de Atenção à Saúde.

Quanto aos riscos, infere-se que poderá haver eventual desconforto gerado pelo tempo a ser despendido para responder o questionário.

Todos os documentos ficarão arquivados na sala BIO 16-23 do Departamento de Ciências da Vida, sob a responsabilidade da pesquisadora principal, por um período de cinco anos, e após serão deletados e/ou incinerados.

Eu, Mariana Fröhlich Alievi, bem como a minha orientadora Adriane Cristina Bernat Kolankiewicz assumimos toda e qualquer responsabilidade no decorrer da investigação e garantimos que as informações somente serão utilizadas para este estudo, podendo os resultados virem a ser publicados.

Colocamo-nos à disposição para os esclarecimentos que forem necessários, por isso, junto às assinaturas das pesquisadoras, constam as formas de contato. Também informam-se o telefone e *e-mail* do Comitê de Ética em Pesquisa (CEP-UNIJUÍ) onde tramitou o projeto:(55) 3332-0301, *e-mail*: cep@unijui.edu.br.

---

Profa. Dra. Adriane Cristina Bernat Kolankiewicz  
Orientadora/Pesq. Responsável  
(55) 99681-6030 adriane.bernat@unijui.edu.br

---

Profa. Dra. Marli Maria Loro  
Coorientadora / Pesq. Responsável  
(55) 999856119 marli@unijui.edu.br

---

Mariana Fröhlich Alievi  
Mestranda / PPGAIS UNIJUÍ-UNICRUZ  
(55) 999155703 mariana.frohlich@bol.com.br

O presente documento foi rubricado e assinado em duas vias de igual teor, ficando uma com o entrevistado ou responsável legal e a outra, com os pesquisadores.

Eu, \_\_\_\_\_, CPF \_\_\_\_\_, ciente das informações recebidas, concordo em participar da pesquisa, autorizando a utilizarem as informações por mim concedidas e/ou o meu prontuário.

---

Assinatura do entrevistado  
ljuí, \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

## APÊNDICE B – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO DO PROFISSIONAL ENFERMEIRO

Prezado(a) Profissional

Estamos desenvolvendo uma pesquisa cujo título é “Saberes e práticas na rede de atenção à saúde no cuidado ao ostomizado”.

Este estudo resultará na Dissertação de Mestrado do Programa de Pós-Graduação *Stricto Sensu* Atenção Integral à Saúde da Universidade Regional do Noroeste do Rio Grande do Sul (UNIJUI) em associação com a Universidade de Cruz Alta (UNICRUZ), e os resultados serão divulgados em eventos e publicações científicas. Este é um convite para participar desta pesquisa e cabe a você decidir se quer participar. Se estiver interessado em participar, você deve ler este Termo e assinar a última via para mostrar que concorda em participar da pesquisa.

Como objetivos gerais desse estudo foram avaliar a Qualidade de Vida (QV), a Autoeficácia Geral Percebida (AEGP) e o nível de ansiedade e depressão por meio da escala hospitalar de ansiedade e depressão (HAD) de pacientes estomizados por CCR; Conhecer as ações de cuidado efetivadas aos estomizados por CCR, nos diversos pontos de atenção à saúde que compõe a RAS; Descrever a percepção de enfermeiros acerca da atenção em saúde ao paciente estomizado por CCR; Implementar uma oficina educativa, pautada na pesquisa convergente assistencial (PCA), destinada aos enfermeiros do nível hospitalar e d Atenção Primária em Saúde.

Bem como os objetivos específicos discutir a percepção dos enfermeiros em relação ao cuidado prestado ao estomizado por CCR; Descrever processos de mudanças ou de reformulação identificados/efetuados pelos enfermeiros participantes para melhorar o cuidado do estomizado por CCR nos diversos pontos de atenção à saúde; Avaliar a estratégia implementada pelos profissionais participantes das oficinas educativas.

Será desenvolvida uma pesquisa de métodos mistos, com abordagem quantitativa. Serão utilizadas, como instrumentos para coleta de dados, questões sociodemográficas e abertas, estimando-se 10 minutos para o seu preenchimento.

A justificativa para a realização desta pesquisa dá-se pelo fato de que este estudo poderá trazer contribuições aos pacientes e profissionais, por meio da identificação das potencialidades e fragilidades, em relação aos cuidados prestados e orientações fornecidas ao estomizado, bem como o cuidado do mesmo na rede de atenção a saúde.

Nós garantimos seu anonimato e as informações obtidas serão utilizadas apenas para fins científicos; podendo você ter acesso às suas informações e realizar qualquer modificação no seu conteúdo, se julgar necessário. Você tem liberdade para recusar-se a participar da pesquisa, ou desistir dela a qualquer momento sem que haja constrangimento, podendo você solicitar que as informações sejam desconsideradas no estudo. Mesmo participando da pesquisa, poderá recusar-se a responder as perguntas ou a quaisquer outros procedimentos que ocasionem constrangimento de qualquer natureza. Sua participação é voluntária e não haverá compensação financeira relacionada à participação.

Como benefício este estudo poderá, a médio e longo prazo, através dos resultados, subsidiar estratégias para implantação de melhorias de cuidado ao estomizado.

Quanto aos riscos, infere-se que poderá haver eventual desconforto, gerado pelo tempo a ser despendido para responder o questionário.

Todos os documentos ficarão arquivados na sala BIO 16-23 do Departamento de Ciências da Vida, sob a responsabilidade da pesquisadora principal, por um período de cinco anos, e após serão deletados e/ou incinerados.

Eu, Mariana Fröhlich Alievi, bem como a minha orientadora Adriane Cristina Bernat Kolankiewicz assumimos toda e qualquer responsabilidade no decorrer da investigação e garantimos que as informações somente serão utilizadas para este estudo, podendo os resultados virem a ser publicados.

Colocamo-nos à disposição para os esclarecimentos que forem necessários, por isso, junto às assinaturas das pesquisadoras, constam as formas de contato. Também informam-se o telefone e *e-mail* do Comitê de Ética em Pesquisa (CEP-UNIJUÍ), onde tramitou o projeto:(55) 3332-0301, *e-mail*: cep@unijui.edu.br.

---

Profa. Dra. Adriane Cristina Bernat Kolankiewicz  
Orientadora / Pesq. Responsável  
(55) 99681-6030 adriane.bernat@unijui.edu.br

---

Profa. Dra. Marli Maria Loro  
Coorientadora / Pesq. Responsável  
(55) 999856119 marli@unijui.edu.br

---

Mariana Fröhlich Alievi  
Mestranda / PPGAIS UNIJUÍ-UNICRUZ  
(55) 999155703 mariana.frohlich@bol.com.br

O presente documento foi rubricado e assinado em duas vias de igual teor, ficando uma com o entrevistado ou responsável legal e a outra, com os pesquisadores.

Eu, \_\_\_\_\_, CPF \_\_\_\_\_, ciente das informações recebidas, concordo em participar da pesquisa, autorizando a utilizarem as informações por mim concedidas.

---

Assinatura do entrevistado

ljuí, \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

## **APÊNDICE C – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO RELATIVO À OFICINA EDUCATIVA**

Prezado(a) Profissional

Este é um convite para participar da pesquisa “Saberes e práticas na rede de atenção à saúde no cuidado ao estomizado”.

Se estiver interessado em participar, você deve ler este Termo e assinar a última via para mostrar que concorda em participar da pesquisa.

Como objetivos gerais desse estudo foram avaliar a Qualidade de Vida (QV), a Autoeficácia Geral Percebida (AEGP) e o nível de ansiedade e depressão por meio da escala hospitalar de ansiedade e depressão (HAD) de pacientes estomizados por CCR; Conhecer as ações de cuidado efetivadas aos estomizados por CCR, nos diversos pontos de atenção à saúde que compõe a RAS; Descrever a percepção de enfermeiros acerca da atenção em saúde ao paciente estomizado por CCR; Implementar uma oficina educativa, pautada na pesquisa convergente assistencial (PCA), destinada aos enfermeiros do nível hospitalar e d Atenção Primária em Saúde.

Bem como os objetivos específicos discutir a percepção dos enfermeiros em relação ao cuidado prestado ao estomizado por CCR; Descrever processos de mudanças ou de reformulação identificados/efetuados pelos enfermeiros participantes para melhorar o cuidado do estomizado por CCR nos diversos pontos de atenção à saúde; Avaliar a estratégia implementada pelos profissionais participantes das oficinas educativas.

A justificativa para a realização desta pesquisa dá-se pelo fato de que este estudo poderá trazer contribuições aos pacientes e profissionais, por meio do conhecimento da forma com que ocorre o cuidado na rede de atenção a saúde.

Nós garantimos que as informações a serem concedidas são confidenciais, com garantia de anonimato mediante omissão de identificação de nomes nas transcrições, destacando o sigilo compartilhado entre todos que participarão da oficina educativa. Está assegurado que as informações obtidas serão utilizadas apenas para fins científicos; você terá acesso às suas informações e poderá realizar qualquer modificação no seu conteúdo, se julgar necessário. Você tem liberdade para recusar-se a participar da pesquisa, ou desistir dela a qualquer momento sem que haja constrangimento, também poderá solicitar que as informações sejam desconsideradas no estudo. Você poderá recusar-se a responder as perguntas ou a quaisquer outros procedimentos que ocasionem constrangimento de qualquer natureza. Sua participação é voluntária e não haverá compensação financeira relacionada à participação.

Os encontros com os enfermeiros participantes ocorrerá no Hospital de Caridade Ijuí em uma sala reservada previamente duração de 90 minutos cada. As sessões serão gravadas em áudio com equipamento digital, sendo posteriormente transcritas e mantidas sob a guarda da pesquisadora por cinco anos, na sala BIO 16-23, do Departamento de Ciências da Vida (DC Vida), e incineradas após o período, conforme preconiza o Conselho Nacional de Ética em Pesquisa (CONEP).

Como benefício da pesquisa a médio e longo prazo, os resultados poderão subsidiar estratégias para implementação de um sistema de referência e contrarreferência dos estomizados em toda a rede de atenção à saúde e continuidade do cuidado nos diversos pontos.

Quanto aos riscos, infere-se que os participantes poderão sofrer eventual desconforto gerado pelo confronto e embate de ideias nas discussões do grupo.

Eu, Mariana Fröhlich Alievi, bem como a minha orientadora Adriane Cristina Bernat Kolankiewicz e a coorientadora Marli Loro assumimos toda e qualquer responsabilidade no decorrer da investigação e garantimos que as informações somente serão utilizadas para este estudo, podendo os resultados virem a ser publicados.

Colocamo-nos à disposição para os esclarecimentos que forem necessários, por isso, junto às assinaturas das pesquisadoras, constam as formas de contato. Também informam-se o telefone e *e-mail* do Comitê de Ética em Pesquisa (CEP-UNIJUÍ), onde tramitou o projeto:(55) 3332-0301, *e-mail*: [cep@unijui.edu.br](mailto:cep@unijui.edu.br).

---

Profa. Dra. Adriane Cristina Bernat Kolankiewicz  
Orientadora / Pesq. Responsável  
(55) 99681-6030 [adriane.bernat@unijui.edu.br](mailto:adriane.bernat@unijui.edu.br)

---

Profa. Dra. Marli Maria Loro  
Coorientadora / Pesq. Responsável  
(55) 999856119 [marli@unijui.edu.br](mailto:marli@unijui.edu.br)

---

Mariana Fröhlich Alievi  
Mestranda / PPGAIS UNIJUÍ-UNICRUZ  
(55) 999155703 [mariana.frohlich@bol.com.br](mailto:mariana.frohlich@bol.com.br)

O presente documento foi rubricado e assinado em duas vias de igual teor, ficando uma com o entrevistado ou responsável legal e a outra, com os pesquisadores.

Eu, \_\_\_\_\_, CPF \_\_\_\_\_, ciente das informações recebidas, concordo em participar da pesquisa, autorizando a utilizarem as informações por mim concedidas.

---

Assinatura do entrevistado

Ijuí, \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

**APÊNDICE D – INSTRUMENTO COM CONDIÇÕES SOCIODEMOGRÁFICAS E  
ECONÔMICAS DO ESTOMIZADO**

**Nº:**

Nome:

Endereço:

a) Data da entrevista: ...../...../.....

b) Data de nascimento: ...../...../.....

c) Sexo: 1) ( ) feminino 2) ( ) masculino

d) Raça: (autorreferida)

0) ( ) Branca 1) ( ) Preta 2) ( ) Amarela 3) ( ) Parda (Morena) 4) ( ) Indígena

e) Estado civil:

0) ( ) Casado 1) ( ) Solteiro 2) ( ) Viúvo 3) ( ) Concubinado 4) ( ) Separado ou Divorciado

f) Trabalha atualmente: 1) ( ) Sim 2) ( ) Não

g) Ocupação Atual:.....

h) Anterior ao diagnóstico:.....

i) Quantas pessoas residem na sua casa? .....

j) Renda familiar em salários mínimos: Coloque em Reais: .....

l) Quantas pessoas dependem dessa renda incluindo você? .....

m) Antecedentes familiares com câncer? 1) ( ) Sim 2) ( ) Não

Quem?

1) ( ) Avô paterno 2) ( ) Avô materno 3) ( ) Avó paterna 4) ( ) Avó materna

5) ( ) Pai 6) ( ) Mãe 7) ( ) Tios maternos 8) ( ) Tios paternos 9) ( ) Bisavós

10) ( ) Irmãos 11) ( ) Outros – Quem?.....

n) Escolaridade:

1) ( ) Sem instrução 2) ( ) Ensino Fundamental incompleto 3) ( ) Ensino Fundamental completo 4) ( ) Ensino médio incompleto 5) ( ) Ensino médio completo

6) ( ) Ensino Superior incompleto 7) ( ) Superior completo

8) ( ) Superior com Pós-Graduação

## **APÊNDICE E – CONDIÇÕES SOCIODEMOGRÁFICAS E LABORAIS DOS ENFERMEIROS**

- 1) Nome:
- 2) Idade:
- 3) Há quanto tempo trabalha na instituição:
- 4) Em que setor você trabalha:
- 5) Renda mensal:
- 6) Sexo:
- 7) Raça:
- 8) Estado civil:
- 9) Situação conjugal:
- 10) Filhos:

## APÊNDICE F – ENTREVISTA ABERTA AOS ESTOMIZADOS

- 1) Qual a Unidade de Saúde em que você está cadastrado?
- 2) Qual o diagnóstico que levou à confecção de uma estomia?
- 3) Há quanto tempo você tem a estomia?
- 4) Você tem colostomia ou ileostomia?
- 5) Você teve doenças prévias? Quais?
- 6) Você tem antecedentes familiares de câncer intestinal? Quem?
- 7) Você fez ou faz quimioterapia ou radioterapia? Há quanto tempo?
- 8) Você esteve internado por complicações da estomia?
- 9) Em qual instituição você realizou o procedimento de confecção da estomia?
- 10) Antes da realização do procedimento, você foi orientado quanto ao mesmo?
- 11) E após a realização da cirurgia para a confecção da estomia, você foi orientado quanto ao manejo da mesma no seu domicílio? Quais orientações recebeu?
- 12) No momento da alta hospitalar, você foi encaminhado à sua Unidade de Saúde de referência?
- 13) E você ou algum familiar seu procurou a sua Unidade de Saúde de referência?
- 14) O que representou a estomia para você?
- 15) Você toma alguma medicação para lhe ajudar na adaptação da estomia?
- 16) Você recebeu a visita do Agente Comunitário de Saúde ou outro profissional após ter realizado a cirurgia de confecção do estoma?

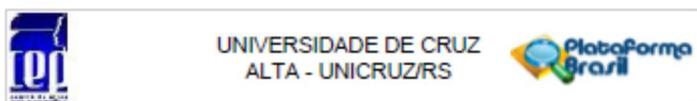
**APÊNDICE G – ENTREVISTA ABERTA AOS ENFERMEIROS DO HOSPITAL**

- 1) Você atende e cuida de pacientes estomizados? Como é?
- 2) Que estratégias você utiliza para transmitir o conhecimento e o autocuidado ao estomizado?
- 3) Quais os cuidados que você realiza e orienta ao paciente estomizado?
- 4) Você encaminha o paciente estomizado após a cirurgia à sua unidade de referência?
- 5) Existe algum protocolo?
- 6) Você acha que o paciente entende as suas orientações?
- 7) Você faz alguma atividade diferenciada pensando na alta do paciente?
- 8) Como você vê o funcionamento da referência e contra referência?
- 9) Você acha que o estomizado é bem atendido na Rede de atenção à saúde?
- 10) De que forma você acha que deveria ser o atendimento ao estomizado?

## **APÊNDICE H – ENTREVISTA ABERTA AOS ENFERMEIROS DA ATENÇÃO BÁSICA**

- 1) Você atende e cuida de pacientes ostomizados? Como é?
- 2) Que estratégias você utiliza para transmitir o conhecimento e o autocuidado ao ostomizado?
- 3) Quais os cuidados que você realiza e orienta ao paciente ostomizado?
- 4) Você recebe pacientes ostomizados após a cirurgia em sua unidade?
- 5) Existe algum protocolo?
- 6) Você acha que o paciente ostomizado entende as suas orientações?
- 7) Você faz alguma atividade diferenciada para o autocuidado no domicílio do paciente ostomizado?
- 8) Como você vê o funcionamento da referência e contra-referência?
- 9) Você acha que o ostomizado é bem atendido na Rede de atenção à saúde?
- 10) De que forma você acha que deveria ser o atendimento ao ostomizado?

## ANEXO A – AUTORIZAÇÃO DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA UNIVERSIDADE DE CRUZ ALTA



### PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

#### DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

**Título da Pesquisa:** SABERES E PRÁTICAS DE CUIDADO AO OSTOMIZADO NA REDE DE ATENÇÃO À SAÚDE

**Pesquisador:** Adriane Cristina Bemat Kolankiewicz

**Área Temática:**

**Versão:** 2

**CAAE:** 80479417.2.0000.5322

**Instituição Proponente:** Fundação Universidade de Cruz Alta - UNICRUZ/RS

**Patrocinador Principal:** Financiamento Próprio

#### DADOS DO PARECER

**Número do Parecer:** 2.454.114

**Apresentação do Projeto:**

Vide parecer anterior.

**Objetivo da Pesquisa:**

Vide parecer anterior.

**avaliação dos Riscos e Benefícios:**

Vide parecer anterior.

**Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:**

Vide parecer anterior.

**Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:**

Vide parecer anterior.

**Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:**

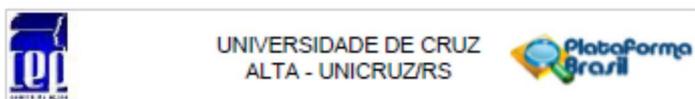
Aprovado.

**Considerações Finais a critério do CEP:**

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
----------------	---------	----------	-------	----------

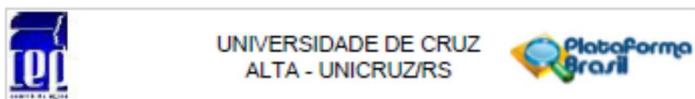
**Endereço:** Campus Universitário Ulysses Guimarães - Rodovia Municipal Jacob Della Mía, Km 5,6 - Caixa Postal 950  
**Bairro:** Campus Universitário Frio do CEP: 96.020-250  
**UF:** RS **Município:** CRUZ ALTA  
**Telefone:** (95)3322-1618 **E-mail:** comitedeetica@unicruz.edu.br



Continuação do Parecer: 2.454.154

Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_1039657.pdf	20/12/2017 17:24:19		Aceito
Outros	OFICIORETORNOCEP.pdf	20/12/2017 17:23:30	Adriane Cristina Bemat Kolankiewicz	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	APENDICECTCLEOFICINAEDUCATIVA FOSPARECER.docx	20/12/2017 17:19:24	Adriane Cristina Bemat Kolankiewicz	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	APENDICEBTCLLENFERMEIROSPOS PARECER.docx	20/12/2017 17:19:11	Adriane Cristina Bemat Kolankiewicz	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	APENDICEATCLEOGTOMIZADOSPOS PARECER.docx	20/12/2017 17:18:43	Adriane Cristina Bemat Kolankiewicz	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	PROJETODETALHADO.docx	20/12/2017 17:15:24	Adriane Cristina Bemat Kolankiewicz	Aceito
Folha de Rosto	FR.pdf	28/11/2017 18:42:07	Adriane Cristina Bemat Kolankiewicz	Aceito
Outros	ESCALAANSIEDADEEDEPRESSAOANEXO.pdf	28/11/2017 18:39:42	Adriane Cristina Bemat Kolankiewicz	Aceito
Outros	ESCALAAUTOEFICACIAANEXOD.pdf	28/11/2017 18:39:14	Adriane Cristina Bemat Kolankiewicz	Aceito
Outros	ESCALAQUALIDADEDEVIDAANEXOC.pdf	28/11/2017 18:38:56	Adriane Cristina Bemat Kolankiewicz	Aceito
Outros	ESCALAAFOIOSOCIALANEXOB.pdf	28/11/2017 18:38:38	Adriane Cristina Bemat Kolankiewicz	Aceito
Outros	APENDICEQUESTOESOSTOMIZADO S.pdf	28/11/2017 18:37:45	Adriane Cristina Bemat Kolankiewicz	Aceito
Outros	APENDICEQUESTOESENFERMEIRO S.pdf	28/11/2017 18:37:23	Adriane Cristina Bemat Kolankiewicz	Aceito
Outros	APENDICEINSTRUMENTOENFERMEIROG.pdf	28/11/2017 18:36:24	Adriane Cristina Bemat Kolankiewicz	Aceito
Outros	APENDICEDINSTRUMENTOOSTOMIZADOS.pdf	28/11/2017 18:35:48	Adriane Cristina Bemat Kolankiewicz	Aceito

Endereço: Campus Universitário Ulisses Guimarães - Rodovia Municipal Jacob Della Múa, Km 5,6 - Caixa Postal 958  
 Bairro: Campus Universitário Italo CEP: 96.020-290  
 UF: RS Município: CRUZ ALTA  
 Telefone: (51)3322-1618 E-mail: combedetica@unicruz.edu.br



Continuação do Parecer: 2.454.114

Outros	APENDICECTCLEOFICINAEDUCATIVA.pdf	28/11/2017 18:34:55	Adriane Cristina Bemat Kolankiewicz	Aceito
Outros	APENDICEBCTLEENFERMEIROS.pdf	28/11/2017 18:34:29	Adriane Cristina Bemat Kolankiewicz	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	APENDICEATCLEOGTOMIZADOS.pdf	28/11/2017 18:33:56	Adriane Cristina Bemat Kolankiewicz	Aceito
Outros	AUTORIZACAOSHCI.jpg	28/11/2017 18:32:59	Adriane Cristina Bemat Kolankiewicz	Aceito
Outros	LATTESMARIANA.pdf	28/11/2017 18:32:28	Adriane Cristina Bemat Kolankiewicz	Aceito
Outros	LATTESMARLI.pdf	28/11/2017 17:59:29	Adriane Cristina Bemat Kolankiewicz	Aceito
Outros	LATTESADRIANE.pdf	28/11/2017 17:58:17	Adriane Cristina Bemat Kolankiewicz	Aceito
Outros	AUTORIZACAOSMS.pdf	28/11/2017 17:52:08	Adriane Cristina Bemat Kolankiewicz	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Aprovação da CONEP:

Não

CRUZ ALTA, 21 de Dezembro de 2017

Assinado por:  
Rita Leal Sperotto  
(Coordenador)

Endereço: Campus Universitário Ulysses Guimarães - Rodovia Municipal Jacob Della Múa, Km 5,6 - Caixa Postal 856  
Bairro: Campus Universitário Prédio CEP: 98.020-200  
UF: RS Município: CRUZ ALTA  
Telefone: (98)3322-1618 E-mail: comdedeitor@unicruz.edu.br

## ANEXO B – ESCALA DE QUALIDADE DE VIDA - WHOQOL-bref

### Instruções

Este questionário é sobre como você se sente a respeito de sua qualidade de vida, saúde e outras áreas de sua vida. **Por favor, responda a todas as questões**. Se você não tem certeza sobre que resposta dar em uma questão, por favor, escolha entre as alternativas a que lhe parece mais apropriada. Esta, muitas vezes, poderá ser sua primeira escolha.

Por favor, tenha em mente seus valores, aspirações, prazeres e preocupações. Nós estamos perguntando o que você acha de sua vida, tomando como referência as **duas últimas semanas**. Por exemplo, pensando nas últimas duas semanas, uma questão poderia ser:

	nada	muito pouco	médio	muito	completamente
Você recebe dos outros o apoio de que necessita?	1	2	3	4	5

Você deve circular o número que melhor corresponde ao quanto você recebe dos outros o apoio de que necessita nestas últimas duas semanas. Portanto, você deve circular o número 4 se você recebeu "muito" apoio como abaixo.

	nada	muito pouco	médio	muito	completamente
Você recebe dos outros o apoio de que necessita?	1	2	3	4	5

Você deve circular o número 1 se você não recebeu "nada" de apoio.

Por favor, leia cada questão, veja o que você acha e circule no número e lhe parece a melhor resposta.

		muito ruim	ruim	nem ruim nem boa	boa	muito boa
1	Como você avaliaria sua qualidade de vida?	1	2	3	4	5

		muito insatisfeito	insatisfeito	nem satisfeito nem insatisfeito	satisfeito	muito satisfeito
2	Quão satisfeito(a) você está com a sua saúde?	1	2	3	4	5

As questões seguintes são sobre o quanto você tem sentido algumas coisas nas últimas duas semanas.

		nada	muito pouco	mais ou menos	bastante	extremamente
3	Em que medida você acha que sua dor (física) impede você de fazer o que você precisa?	1	2	3	4	5
4	O quanto você precisa de algum tratamento médico para levar sua vida diária?	1	2	3	4	5
5	O quanto você aproveita a vida?	1	2	3	4	5
6	Em que medida você acha que a sua vida tem sentido?	1	2	3	4	5
7	O quanto você consegue se concentrar?	1	2	3	4	5
8	Quão seguro(a) você se sente em sua vida diária?	1	2	3	4	5
9	Quão saudável é o seu ambiente físico (clima, barulho, poluição, atrativos)?	1	2	3	4	5

As questões seguintes perguntam sobre quanto completamente você tem sentido ou é capaz de fazer certas coisas nestas últimas duas semanas.

		nada	muito pouco	médio	muito	completamente
10	Você tem energia suficiente para seu dia-a-dia?	1	2	3	4	5
11	Você é capaz de aceitar sua aparência física?	1	2	3	4	5
12	Você tem dinheiro suficiente para satisfazer suas necessidades?	1	2	3	4	5
13	Quão disponíveis para você estão as informações que precisa no seu dia-a-dia?	1	2	3	4	5
14	Em que medida você tem oportunidades de atividade de lazer?	1	2	3	4	5

As questões seguintes perguntam sobre **quão bem ou satisfeito** você se sentiu a respeito de vários aspectos de sua vida nas últimas duas semanas.

		muito ruim	ruim	nem ruim nem bom	bom	muito bom
15	Quão bem você é capaz de se locomover?	1	2	3	4	5

		muito insatisfeito	insatisfeito	nem satisfeito nem insatisfeito	satisfeito	muito satisfeito
16	Quão satisfeito(a) você está com o seu sono?	1	2	3	4	5
17	Quão satisfeito(a) você está com sua capacidade de desempenhar as atividades do seu dia-a-dia?	1	2	3	4	5
18	Quão satisfeito(a) você está com sua capacidade para o trabalho?	1	2	3	4	5
19	Quão satisfeito(a) você está consigo mesmo?	1	2	3	4	5
20	Quão satisfeito(a) você está com suas relações pessoais (amigos, parentes, conhecidos, colegas)?	1	2	3	4	5
21	Quão satisfeito(a) você está com sua vida sexual?	1	2	3	4	5
22	Quão satisfeito(a) você está com o apoio que você recebe de seus amigos?	1	2	3	4	5
23	Quão satisfeito(a) você está com as condições do local onde mora?	1	2	3	4	5
24	Quão satisfeito(a) você está com o seu acesso aos serviços de saúde?	1	2	3	4	5
25	Quão satisfeito(a) você está com o seu meio de transporte?	1	2	3	4	5

As questões seguintes referem-se a **com que frequência** você sentiu ou experimentou certas coisas nas últimas duas semanas.

		nunca	algumas vezes	frequentemente	muito frequentemente	sempre
26	Com que frequência você tem sentimentos negativos tais como mau humor, desespero, ansiedade, depressão?	1	2	3	4	5

Alguém lhe ajudou a preencher este questionário?.....

Quanto tempo você levou para preencher este questionário?.....

Você tem algum comentário sobre o questionário?

**OBRIGADO PELA SUA COLABORAÇÃO**

## ANEXO C - ESCALA DE AUTOEFICÁCIA GERAL PERCEBIDA

### ESCALA DE AUTOEFICÁCIA GERAL PERCEBIDA

Versão Portuguesa de Renato Nunes, Ralf Schwarzer & Matthias Jerusalem, 1999.

Versão Inicial Brasileira Sbicigo, Teixeira, Dias, & Dell'aglio, 2012.

Versão Brasileira Final Gomes-Valério, 2016.

NOME: _____  Data: ____/____/____	Registro: _____
---	-----------------

Abaixo são apresentadas algumas frases. Leia cada frase e circule o número que melhor descreve você, conforme o esquema de respostas abaixo:

1- não é verdade a meu respeito	2- é dificilmente verdade a meu respeito	3- é moderadamente verdade a meu respeito	4- é totalmente verdade a meu respeito
---------------------------------	--	---	--

1. Eu posso resolver a maioria dos problemas, se fizer o esforço necessário.	1	2	3	4
2. Mesmo que alguém se oponha eu encontro maneiras e formas de alcançar o que quero.	1	2	3	4
3. Tenho facilidade para persistir em minhas intenções e alcançar meus objetivos	1	2	3	4
4. Tenho confiança para me sair bem em situações inesperadas.	1	2	3	4
5. Devido às minhas capacidades, sei como lidar com situações imprevistas.	1	2	3	4
6. Consigo sempre resolver os problemas difíceis quando me esforço bastante.	1	2	3	4
7. Eu me mantenho calmo mesmo enfrentando dificuldades porque confio na minha capacidade de resolver problemas.	1	2	3	4
8. Quando eu enfrento um problema, geralmente consigo encontrar diversas soluções.	1	2	3	4
9. Se estou com problemas, geralmente encontro uma saída.	1	2	3	4
10. Não importa a adversidade, eu geralmente consigo enfrentar enfrentá-la.	1	2	3	4

## ANEXO D - ESCALA HOSPITALAR DE ANSIEDADE E DEPRESSÃO

Este questionário ajudará o seu médico a saber como você está se sentindo. Leia todas as frases. Marque com um "X" a resposta que melhor corresponder a como você tem se sentido na ÚLTIMA SEMANA. Não é preciso ficar pensando muito em cada questão. Neste questionário as respostas espontâneas têm mais valor do que aquelas em que se pensa muito. Marque apenas uma resposta para cada pergunta.

- |   |   |
|---|---|
| <p><b>A 1) Eu me sinto tenso ou contraído:</b><br/>           3 ( ) A maior parte do tempo<br/>           2 ( ) Boa parte do tempo<br/>           1 ( ) De vez em quando<br/>           0 ( ) Nunca</p> <p><b>D 2) Eu ainda sinto gosto pelas mesmas coisas do antes:</b><br/>           0 ( ) Sim, do mesmo jeito que antes<br/>           1 ( ) Não tanto quanto antes<br/>           2 ( ) Só um pouco<br/>           3 ( ) Já não sinto mais prazer em nada</p> <p><b>A 3) Eu sinto uma espécie de medo, como se alguma coisa ruim fosse acontecer:</b><br/>           3 ( ) Sim, e de um jeito muito forte<br/>           2 ( ) Sim, mas não tão forte<br/>           1 ( ) Um pouco, mas isso não me preocupa<br/>           0 ( ) Não sinto nada disso</p> <p><b>D 4) Dou risada e me divirto quando vejo coisas engraçadas:</b><br/>           0 ( ) Do mesmo jeito que antes<br/>           1 ( ) Atualmente um pouco menos<br/>           2 ( ) Atualmente bem menos<br/>           3 ( ) Não consigo mais</p> <p><b>A 5) Estou com a cabeça cheia de preocupações:</b><br/>           3 ( ) A maior parte do tempo<br/>           2 ( ) Boa parte do tempo<br/>           1 ( ) De vez em quando<br/>           0 ( ) Raramente</p> <p><b>D 6) Eu me sinto alegre:</b><br/>           3 ( ) Nunca<br/>           2 ( ) Poucas vezes<br/>           1 ( ) Muitas vezes<br/>           0 ( ) A maior parte do tempo</p> <p><b>A 7) Consigo ficar sentado à vontade e me sentir relaxado:</b><br/>           0 ( ) Sim, quase sempre<br/>           1 ( ) Muitas vezes<br/>           2 ( ) Poucas vezes<br/>           3 ( ) Nunca</p> <p><b>D 8) Eu estou lento para pensar e fazer as coisas:</b><br/>           3 ( ) Quase sempre<br/>           2 ( ) Muitas vezes<br/>           1 ( ) De vez em quando<br/>           0 ( ) Nunca</p> | <p><b>A 9) Eu tenho uma sensação ruim de medo, como um frio na barriga ou um aperto no estômago:</b><br/>           0 ( ) Nunca<br/>           1 ( ) De vez em quando<br/>           2 ( ) Muitas vezes<br/>           3 ( ) Quase sempre</p> <p><b>D 10) Eu perdi o interesse em cuidar da minha aparência:</b><br/>           3 ( ) Completamente<br/>           2 ( ) Não estou mais me cuidando como deveria<br/>           1 ( ) Talvez não tanto quanto antes<br/>           0 ( ) Me cuido do mesmo jeito que antes</p> <p><b>A 11) Eu me sinto inquieto, como se eu não pudesse ficar parado em lugar nenhum:</b><br/>           3 ( ) Sim, demais<br/>           2 ( ) Bastante<br/>           1 ( ) Um pouco<br/>           0 ( ) Não me sinto assim</p> <p><b>D 12) Fico esperando animado as coisas boas que estão por vir:</b><br/>           0 ( ) Do mesmo jeito que antes<br/>           1 ( ) Um pouco menos do que antes<br/>           2 ( ) Bem menos do que antes<br/>           3 ( ) Quase nunca</p> <p><b>A 13) De repente, tenho a sensação de entrar em pânico:</b><br/>           3 ( ) A quase todo momento<br/>           2 ( ) Várias vezes<br/>           1 ( ) De vez em quando<br/>           0 ( ) Não sinto isso</p> <p><b>D 14) Consigo sentir prazer quando assisto a um bom programa de televisão, de rádio ou quando leio alguma coisa:</b><br/>           0 ( ) Quase sempre<br/>           1 ( ) Várias vezes<br/>           2 ( ) Poucas vezes<br/>           3 ( ) Quase nunca</p> |
|---|---|

## **ANEXO E – NORMAS DA REVISTA INTERDISCIPLINAR DE ESTUDOS EM SAÚDE**

Diretrizes para Autores

### **FINALIDADE**

A Revista Científica “RIES”, do Grupo Interdisciplinar de Estudos em Saúde (GIES) da Universidade Alto Vale do Rio do Peixe (UNIARP) tem por objetivo publicar Artigos Científicos originais, de Revisão, Comunicações e Resenhas das áreas de saúde e afins.

As linhas de pesquisa do GIES, que mantém a Revista Científica RIES, são:

- 1 - Investigação de compostos com atividade biológica;
- 2 - Promoção, prevenção e reabilitação em saúde;
- 3 - Gestão de serviços de saúde.
- 4 - Epidemiologia
- 5 - Saúde e qualidade de vida relacionado ao trabalho

### **PROCEDIMENTOS PARA ENCAMINHAMENTO E ACEITE PARA PUBLICAÇÃO**

O procedimento para encaminhamento e aceite de artigos para publicação na RIES é o seguinte:

Fase 1: Submissão do artigo através da página eletrônica da revista (<http://www.periodicosuniarp.com.br/ries>). A revista também pode ser acessada a partir de <http://www.periodicosuniarp.com.br>.

Fase 2: Escolha dos artigos segundo critérios de relevância e adequação às diretrizes editoriais. A escolha é efetuada pelo Conselho Editorial da RIES subsidiada por uma equipe de consultores Ad Hoc.

Fase 3: Parecer emitido pelo Conselho Editorial da RIES, com auxílio de colaboradores “ad-hoc” especialistas e/ou mestres e/ou doutores. Os artigos terão um dos seguintes pareceres:

- aceitação na íntegra;
- aceitação com ajustes;
- recusa integral.

O autor, que encaminhou o artigo, receberá cópia por e-mail do parecer.

Fase 4 – Publicação dos artigos selecionados na RIES.

### **AUTORIZAÇÃO PARA PUBLICAÇÃO**

Será considerado autorizado o artigo enviado pelo(os) autor(es) que aceitar as normas de publicação da revista explicitadas ao longo do processo de submissão.

Trabalhos que contiverem partes de texto de outras publicações devem obedecer aos limites especificados para manter a originalidade do trabalho elaborado.

Antes de submeter o artigo para publicação, verifique se o mesmo atende às exigências para a publicação na RIES.

## RESPONSABILIDADE PELAS IDEIAS E CONCEITOS

As ideias e conceitos constantes nos artigos são de responsabilidade exclusiva do(s) autor(es).

## NORMAS GERAIS DE APRESENTAÇÃO

RIES aceita trabalhos nos seguintes idiomas: português, inglês e espanhol.

Todos os trabalhos apresentados à RIES devem seguir as seguintes normas gerais de apresentação:

- Margens superior e esquerda de 3 cm e direita e inferior de 2 cm;
- Título no idioma do texto e em inglês (caso o texto seja inglês, apresentar título também em português);
- Autor(es), alinhamento à direita, fonte arial 10, espaço simples. Em nota de rodapé devem constar a Nome, Titulação, Instituição de proveniência e Email para correspondência;
- Resumo no idioma do texto (máximo de 250 palavras). Fonte arial 12, espaço simples e justificado;
- Palavras-chave no idioma do texto (entre 3 e 5). Fonte arial 12, com espaço de uma linha antes e uma depois;
- Abstract (máximo de 250 palavras). Caso o idioma do texto seja inglês, fornecer resumo em português. Fonte arial 12, espaço simples e justificado;
- Keywords (entre 3 e 5), caso o idioma do texto seja inglês, fornecer palavras-chave em português. Fonte arial 12, com espaço de uma linha antes e uma depois;
- Títulos são alinhados à esquerda, sem recuo e/ou numeração, fonte arial 12 e caixa alta;
- corpo texto em fonte arial 12, espaçamento 1,5 entre linhas e justificado;

**ANEXO F – CONVITE DA OFICINA EDUCATIVA AOS ENFERMEIROS**