

MAGALI SCHÜTZ CORRÊA

**AÇÕES PARA OPERACIONALIZAÇÃO DA LINHA DE
CUIDADO DA PESSOA COM ESTOMIA: CONTRIBUIÇÕES
PARA A ASSISTÊNCIA EM SAÚDE**

Dissertação apresentada ao Programa
de Pós-Graduação Gestão do Cuidado
em Enfermagem Modalidade
Mestrado Profissional.

Área de concentração: Gestão do
Cuidado em Enfermagem.

Linha de pesquisa: Tecnologia em
Saúde e Enfermagem

Orientadora: Prof.^a. Dra. Lúcia
Nazareth Amante

Co-orientadora: Prof.^a. Dra. Juliana
Balbinot Reis Girondi

Florianópolis
2017

Ficha de identificação da obra elaborada pelo autor,
através do Programa de Geração Automática da Biblioteca Universitária da UFSC.

CORREA, MAGALI SCHUTZ

AÇÕES PARA OPERACIONALIZAÇÃO DA LINHA DE CUIDADO DA
PESSOA COM ESTOMIA : CONTRIBUIÇÕES PARA A ASSISTÊNCIA EM
SAÚDE / MAGALI SCHUTZ CORREA ; orientadora, Lúcia Nazareth
Amante Amante, coorientador, Juliana Balbinot Reis Gironi
Gironi, 2017.

139 p.

Dissertação (mestrado profissional) - Universidade
Federal de Santa Catarina, Centro de Ciências da Saúde,
Programa de Pós-Graduação em Gestão do Cuidado em
Enfermagem, Florianópolis, 2017.

Inclui referências.

1. Gestão do Cuidado em Enfermagem. 2. Estomia. 3.
Linha de cuidado. 4. Enfermagem. 5. Integralidade. I.
Amante, Lúcia Nazareth Amante. II. Gironi, Juliana
Balbinot Reis Gironi. III. Universidade Federal de Santa
Catarina. Programa de Pós-Graduação em Gestão do Cuidado em
Enfermagem. IV. Título.

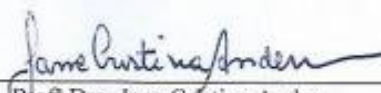
MAGALI SCHUTZ CORREA

**AÇÕES PARA OPERACIONALIZAÇÃO DA LINHA DE
CUIDADO DA PESSOA COM ESTOMIA: CONTRIBUIÇÕES
PARA A ASSISTÊNCIA EM SAÚDE**

Esta dissertação foi submetida ao processo de avaliação pela Banca Examinadora para obtenção do Título de:

MESTRE EM ENFERMAGEM

e aprovada em 06 de Outubro de 2017, atendendo às normas da legislação vigente da Universidade Federal de Santa Catarina, Programa de Pós-graduação em Enfermagem. Linha de Pesquisa: Inovação Tecnológica em Saúde e Enfermagem.



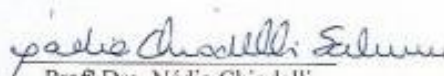
Profª Dra. Jane Cristina Anders

Coordenadora do Programa de Pós-Graduação Gestão do Cuidado em Enfermagem

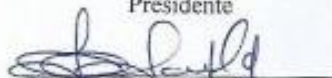
Banca Examinadora:



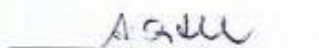
Profª Dra. Lúcia Nazareth
Amante
Presidente



Profª Dra. Nádia Chiodelli
Salum
Membro interno do MPEN



Profª Dra. Luciana Fabiane
Sebold
Membro interno do MPEN



Profª Dra. Adriana Dutra
Tholl
Membro interno do PEN

AGRADECIMENTOS

Agradeço a Deus por iluminar todo o meu caminho durante este período.

Ao meu esposo Décio que de forma especial e incentivadora me deu força e coragem, apoiando-me nos momentos de dificuldades, compreendendo minhas angústias e me incentivando quando pensava que não conseguiria mais, além de se fazer presente nos meus momentos de ausência.

Aos meus filhos Gustavo e Pedro que tornavam meus momentos de cansaço em momentos de alegria e vontade de viver

Aos meus pais Edna e Edson que me ensinaram os valores da vida e sempre me incentivaram aos estudos, o apoio de vocês foi essencial para essa conquista.

Aos meus irmãos pela atenção, sorrisos e incentivo nos momentos mais complicados.

Meu muito obrigada a vocês!

À minha orientadora professora Doutora Lúcia Nazareth Amante, por dividir comigo seus conhecimentos e pela paciência ao longo das supervisões, fundamentais para a conclusão da dissertação. Obrigada pelo incentivo à pesquisa, pela compreensão, por acreditar e não desistir de mim. A você, minha imensa admiração e meu respeito.

À minha Coorientadora Juliana Balbinot Reis Girondi, por me acompanhar nessa jornada e me incentivar a seguir em frente, seu exemplo me faz acreditar que é possível.

A banca de qualificação e defesa por poder contar com suas considerações que guiaram meus estudos.

Ao Grupo de Apoio ao Ostimizado pelo incentivo, o carinho recebido e a amizade compartilhada, em especial as minhas grandes companheiras de estudo, Joane Werner e Rariany Oliveira que trilharam comigo alguns quilômetros de estrada.

Aos companheiros, amigos de trabalho, em especial ao meu plantão noturno Marcos Antônio Silveira e Rosana Braz, com o qual compartilhei muitas alegrias e angústias durante a construção desta dissertação.

Aos colegas do Mestrado Profissional por todos os momentos de aprendizagem e troca, muitos trabalhos feitos em grupo, muitas

conquistas, com carinho especial por minhas grandes companheiras de turma Juliana Krun e Elisa Kuze.

Obrigada a todos os meus amigos que estiveram sempre presentes, com carinho e estímulos, o meu eterno agradecimento. Obrigada...

“Nas grandes batalhas da vida, o primeiro passo para a vitória é o desejo de vencer.”

(Mahatma Gandhi)

CORREA, Magali Schütz. AÇÕES PARA OPERACIONALIZAÇÃO DA LINHA DE CUIDADO DA PESSOA COM ESTOMIA: CONTRIBUIÇÕES PARA A ASSISTÊNCIA EM SAÚDE. Dissertação (Mestrado Profissional) Programa de Pós-graduação Gestão do Cuidado em Enfermagem, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2017. 139p.

RESUMO

A Constituição Federal prevê direito e garantias de atendimento de saúde da população. Ações de promoção à saúde pautadas nos princípios doutrinários e organizativos do SUS regem as condutas de uma rede de assistência constituída por linhas de cuidado. As pessoas com estomia estão inseridas na rede de cuidado à pessoa com deficiência e buscando a integralidade da assistência. O presente estudo foi realizado buscando resposta para a seguinte questão: Quais ações necessárias para a operacionalização de uma linha de cuidados de assistência às pessoas com estomia? Tendo como objetivos: Conhecer como é desenvolvido o cuidado à pessoa com estomia e seus familiares pelos profissionais de saúde dos municípios da 18ª Regional de Saúde de Santa Catarina. Propor ações para a operacionalização de linha de cuidado para a pessoa com estomia e seus familiares na perspectiva dos profissionais envolvidos no cuidado à pessoa com estomia nas unidades de saúde dos municípios da 18ª Regional de Saúde de Santa Catarina embasado na legislação vigente. Trata-se de uma pesquisa qualitativa de caráter exploratório para a construção de uma linha de cuidado para a pessoa com estomia sob a perspectiva dos profissionais de saúde da 18ª Regional de Saúde de Santa Catarina. Trata-se de um estudo exploratório descritivo com abordagem qualitativa a coleta de dados ocorreu por meio de entrevista semi estruturada por questionário com 18 profissionais entre gestores e profissionais de saúde de 11 municípios. A análise de dados foi realizada e os temas categorizados e intitulados: Operacionalização da política de atenção à pessoa com estoma, O desempenho do sistema de atenção à pessoa com estoma na perspectiva dos profissionais e Integração sistêmica de ações e serviços de saúde na perspectiva dos profissionais. Para o desenvolvimento da Linha de cuidados para pessoa com estomia, foram considerados documentos oficiais do governo federal, estadual e municipal, artigos que sustentassem o objetivo deste estudo, além do conteúdo adquirido nas

entrevistas durante o processo de coleta de dados. O estudo concluiu que a construção de uma linha de cuidados para pessoa com estomia depende das políticas de saúde, das ações realizadas pelos profissionais de saúde, do envolvimento comunitário e dos grupos sociais em que estes estão inseridos. Por fim, entende-se que a inserção política e social das pessoas com estomia podem contribuir na articulação da construção de um fluxo guiado por uma linha de cuidados, entretanto ressalta-se que o comprometimento dos profissionais de saúde é a base para sustentar essa ideia.

Palavras-chave: Estomia. Linha de cuidado. Enfermagem. Integralidade.

CORREA, Magali Schütz. ACTIONS FOR OPERATIONALIZATION OF THE CARE LINE OF THE PERSON WITH OSTOMY: CONTRIBUTIONS TO HEALTH CARE. Dissertation (Professional Master's) Graduate Program in Nursing Care Management, Federal University of Santa Catarina, Florianópolis, 2017. 139p.

ABSTRACT

The Federal Constitution provides for the right and guarantees of health care for the population. Health promotion actions based on the doctrinal and organizational principles of SUS govern the conduct of a care network constituted by lines of care. People with ostomy are inserted in the network of care for the disabled and seeking the integral care. The present study was conducted seeking a response to the following question: What actions are necessary for the operationalization of a care line for people with ostomy? The objectives of this study are: To know how to care for the person with ostomy and their relatives is developed by the health professionals of the municipalities of the 18th Regional Health Center of Santa Catarina. To propose actions for the operation of a care line for the person with the ostomy and their relatives from the perspective of the professionals involved in the care of the person with ostomy in the health units of the municipalities of the 18th Regional Health Center of Santa Catarina based on the current legislation. This is a qualitative exploratory research for the construction of a care line for the person with the ostomy under the perspective of the health professionals of the 18th Health Region of Santa Catarina. This is an exploratory descriptive study with a qualitative approach. The data collection was performed through a semi-structured interview by questionnaire with 18 professionals between managers and health professionals from 11 municipalities. The analysis was carried out and the topics categorized and titled: Operationalization of the politics of attention to the person with ostomy, The performance of the attention system to the person with ostomy in the perspective of the professionals and Systemic integration of actions and health services from the perspective of professionals. For the development of the Care Line for people with ostomy, official documents of the federal, state and municipal government were considered, articles that supported the objective of this study, besides the content acquired in the interviews

during the process of data collection. The study concluded that building a care line for a person with ostomy depends on health policies, health worker actions, community involvement, and social groups. Finally, it is understood that the political and social insertion of people with ostomy can contribute to the articulation of the construction of a flow guided by a line of care, however it is emphasized that the commitment of the health professionals is the basis to support this idea.

Key words: Ostomy.Care Line. Nursing. Integrality.

CORREA, Magali Schütz. ACCIONES PARA LA OPERACIONALIZACIÓN DE LA LÍNEA DE CUIDADO DE LA PERSONA CON ESTOMÍA: CONTRIBUCIONES PARA LA ASISTENCIA EN SALUD. Disertación (Maestría Profesional) Programa de Maestría Profesional Gestión del Cuidado en Enfermería, Universidad Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2017. 139p.

RESUMEN

La Constitución Federal prevé derecho y garantías de atención de salud de la población. Acciones de promoción a la salud pautadas en los principios doctrinarios y organizativos del SUS rigen las conductas de una red de asistencia constituida por líneas de cuidado. Las personas con estomía están insertadas en la red de cuidado a la persona con discapacidad y buscando la integralidad de la asistencia. El presente estudio fue realizado buscando respuesta para la siguiente cuestión: ¿Qué acciones necesarias para la operacionalización de una línea de atención de asistencia a las personas con estomía? Con el objetivo de conocer cómo se desarrolla el cuidado a la persona con estomía y sus familiares por los profesionales de salud de los municipios de la 18ª Regional de Salud de Santa Catarina. Proponer acciones para la operacionalización de línea de cuidado para la persona con estomía y sus familiares en la perspectiva de los profesionales involucrados en el cuidado a la persona con estomía en las unidades de salud de los municipios de la 18ª Regional de Salud de Santa Catarina basadas en la legislación vigente. Se trata de una investigación cualitativa de carácter exploratorio para la construcción de una línea de cuidado para la persona con estomía bajo la perspectiva de los profesionales de salud de la 18ª Regional de Salud de Santa Catarina. Se trata de un estudio exploratorio descriptivo con abordaje cualitativo la recolección de datos ocurrió por medio de entrevista semi estructurada por cuestionario con 18 profesionales entre gestores y profesionales de salud de 11 municipios. El análisis de datos fue realizado y los temas categorizados e intitulados: Operacionalización de la política de atención a la persona con estoma, El desempeño del sistema de atención a la persona con estoma en la perspectiva de los profesionales e Integración sistémica de acciones y servicios de salud desde la perspectiva de los profesionales. Para el desarrollo de la Línea de cuidados para personas con estomía, fueron considerados documentos oficiales del gobierno federal, estadual

y municipal, artículos que sustentasen el objetivo de este estudio, además del contenido adquirido en las entrevistas durante el proceso de recolección de datos. El estudio concluyó que la construcción de una línea de cuidados para personas con estomía depende de las políticas de salud, de las acciones realizadas por los profesionales de la salud, de la participación comunitaria y de los grupos sociales en que éstos están insertos. Por último, se entiende que la inserción política y social de las personas con estomía puede contribuir en la articulación de la construcción de un flujo guiado por una línea de cuidados, sin embargo se resalta que el compromiso de los profesionales de salud es la base para sostener esa idea.

Palabras clave: Estomía. Línea de cuidado. Enfermería. Integralidad.

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 - Mapa dos municípios que compreendem a 18ª Regional de Saúde/ SC.....	59
Figura 2 - Articulação dos pontos de atendimento a pessoa com estomia.	98

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 - Caracterização dos entrevistados.....	60
Quadro 2 - Caracterização dos entrevistados.....	68
Quadro 3 - Competências, atribuições e serviços oferecidos nos níveis de atendimento da pessoa com estomia.....	92

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AB	Atenção Básica
ABRASO	Associação Brasileira de Ostomizados
ACO	Associação Catarinense da Pessoa Ostomizada
APS	Atendimento Primário de Saúde
ARPO	Associação Regional do Paciente Ostomizado
CEPHS/ UFSC	Comitê de Ética em Pesquisa com seres humanos da Universidade Federal de Santa Catarina
CIB	Comissão Intergestores Bipartite
CIT	Comissão Intergestores Tripartite
CONASS	Conselho Nacional de Secretários de Saúde
CONASE	Conselho Nacional de Secretarias Municipais de
MS	Saúde
ESF	Estratégia de Saúde da Família
GAO	Grupo de Apoio ao Ostomizado
INANPS	Instituto Nacional de Assistência Médica e Previdência Social
MS	Ministério da Saúde
NOAS/ SUS	Normas Operacionais de Assistência a Saúde
NOB/SUS	Normas Operacionais Básicas do SUS
NUCRON	Núcleo de Estudos e Assistência em Enfermagem e Saúde a Pessoas em Condição Crônica
PAO	Programa de Assistência ao Ostomizado
PSF	Programa de saúde da família
RAPS	Rede de Atenção Psicossocial
RAS	Rede de atenção à saúde
RUE	Rede de Atenção as Urgências e Emergências
SASPO I	Serviço de Atenção a Saúde da Pessoa Ostomizada I
SASPO II	Serviço de Atenção à Saúde da Pessoa Ostomizada II
SOB	Sociedade Brasileira de Ostomizado
SIM	Sistema de Informação de Mortalidade
SIS	Sistema de Informação á Saúde
SUDS	Sistema Unificado e Descentralizado
SUS	Sistema Único de Saúde
TCLE	Termo de consentimento livre e esclarecido
UFSC	Universidade Federal de Santa Catarina

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	25
2	OBJETIVO	33
3	REVISÃO DE LITERATURA.....	35
3.1	PRINCÍPIOS DO SUS	35
3.2	POLÍTICAS PÚBLICAS E O FINANCIAMENTO	38
3.3	POLÍTICAS PÚBLICAS E A PESSOA COM ESTOMIA.....	41
3.4	TECNOLOGIA PARA OS CUIDADOS DA PESSOAS COM ESTOMIA	43
3.5	REDES DE ATENÇÃO E LINHAS DE CUIDADOS.....	45
3.6	REFERÊNCIA E CONTRARREFERÊNCIA, O SISTEMA LOGÍSTICO COMO COMPONENTE DA REDE DE ATENÇÃO À SAÚDE.....	48
3.7	REDE DE APOIO A PESSOA COM ESTOMIA EM SANTA CATARINA.....	50
3.8	A PESSOA COM ESTOMIA: SITUAÇÃO EMOCIONAL, RELACIONAL, CUIDADO PELA FAMÍLIA E REINSERÇÃO SOCIAL	52
4	METODOLOGIA	55
4.1	PRIMEIRA ETAPA.....	55
4.1.1	<i>Locais do estudo</i>	<i>55</i>
4.1.2	<i>Participantes da pesquisa.....</i>	<i>59</i>
4.1.2.1	<i>Critérios de inclusão e exclusão</i>	<i>60</i>
4.1.3	<i>Instrumento para coleta de dados</i>	<i>60</i>
4.1.4	<i>Coleta de dados</i>	<i>61</i>
4.1.5	<i>Análise dos dados</i>	<i>62</i>
4.2	SEGUNDA ETAPA.....	62
4.3	CONSIDERAÇÕES ÉTICAS.....	63
5	RESULTADOS.....	65
5.1	MANUSCRITO 1 - POTÊNCIAS E LIMITES NO DESENVOLVIMENTO DA POLÍTICA DE ATUAÇÃO À SAÚDE DA PESSOA COM ESTOMIA NA PERCEPÇÃO DOS PROFISSIONAIS E GESTORES	65
5.2	PRODUTO - LINHA DE CUIDADO PARA A PESSOA COM ESTOMIA: UM CAMINHO PARA O CUIDADO	84
6	CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	103

REFERÊNCIAS.....	105
APÊNDICES	119
APÊNDICE A - APRESENTAÇÃO DO ESTUDO A SER ENVIADO POR E-MAIL	121
APÊNDICE B - ROTEIRO DE ENTREVISTA.....	123
ANEXOS.....	131
ANEXO A - PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP	133
ANEXO B - INSTRUÇÃO NORMATIVA 01/MPENF/2014.....	137

1 INTRODUÇÃO

O Sistema Único de Saúde (SUS) foi criado pela Constituição Federal de 1988 e instituído pela Lei Orgânica da Saúde (Lei n. 8.080 de 19 de setembro de 1990), como um sistema que se constitui de forma ampla um referencial teórico, baseado no conceito ampliado de saúde, que supera a tradicional definição limitada à dimensão biológica. Neste sentido, abrange vários fatores determinantes e condicionantes, tais como alimentação, moradia, saneamento básico, meio ambiente, trabalho, renda educação, transporte, lazer, acesso a bens e serviços essenciais (BRASIL, 2012a).

O SUS assume o compromisso de atendimento ao cidadão e prevê princípios doutrinários para prestar um serviço de excelência, tais como Universalidade, Integralidade e Igualdade na atenção à saúde da população.

A **Universalidade** prevê a garantia de atenção à saúde, por parte do sistema, a todo e qualquer cidadão, pois de acordo com a Constituição Federal de 1988, e seu artigo 196, a saúde é direito de todos e dever do Estado (BRASIL, 1990a). Neste modelo, o Estado promove o financiamento, organização, regulação e prestação dos serviços aos cidadãos. Pela permissão da Universalidade, todas as pessoas passam a ter direito ao acesso às ações e serviços de saúde, antes restritos àqueles segurados à previdência social ou aos atendidos na rede privada.

A **Igualdade** refere-se à assistência à saúde sem preconceitos ou privilégios de qualquer espécie, de forma que todo o cidadão é igual perante o SUS e será atendido de acordo com suas necessidades. Para que a igualdade no atendimento seja alcançada, é necessário ultrapassar as desigualdades, que se refere aos diferentes padrões de saúde dos diversos grupos populacionais e ao acesso, muitas vezes desigual nos diversos segmentos do sistema de saúde. Desta forma, as políticas do SUS devem se orientar também pela equidade, de forma a reconhecer as diferentes necessidades da população, entendendo que existem indivíduos ou grupos populacionais mais vulneráveis por sua condição econômica e social e, por isso, devem ser priorizados nos processos de intervenção. A Equidade tem como objetivo diminuir desigualdades garantindo à população iguais condições de acesso às ações e serviços dos diferentes níveis de complexidade do sistema oferecendo um serviço de saúde de excelência associado à Integralidade (BRASIL, 1990a).

Entende-se a **Integralidade** no sentido de que as ações de promoção, proteção e reabilitação da saúde não devem ser fracionadas reconhecendo que cada pessoa é indivisível e integra uma comunidade, e que a elas devem ser garantidas ações de promoção, proteção e reabilitação da saúde nas unidades prestadoras de serviço, com seus diversos graus de complexidade (BRASIL, 2010). A integralidade é um dos princípios do SUS, que tem fundamentado o processo de mudança na forma de organizar e ofertar os serviços na área da saúde e diz respeito ao direito universal do cidadão de ser atendido em todas as suas necessidades de saúde.

O presente estudo fundamenta-se no princípio da Integralidade, compreendido como um princípio do SUS, orientador de políticas e entendido como um conjunto articulado de ações programáticas que respondem às demandas e necessidades da população no acesso à rede de cuidados em saúde. Para o acesso, são consideradas a complexidade e as especificidades de diferentes abordagens do processo saúde-doença e as distintas dimensões, biológicas, cultural e social do ser cuidado (SILVA; SENA, 2008).

Alvin (2013) discorre que a Integralidade pode ser definida como por um conjunto de atividades articuladas em uma rede de ações coletivas com o objetivo de promoção de saúde, por meio de modelos de cuidado organizados, nos níveis de atenção primário, secundário e terciário. Neste sentido, Fontoura e Maier (2006) afirmam que para a implementação e efetivação do SUS ser bem-sucedida é necessário que os profissionais reflitam sobre a amplitude da integralidade no cotidiano dos serviços, prestando atendimento, acolhimento e cuidados baseados nos princípios ético e democrático.

Para a efetivação do SUS, preconiza-se a implantação e implementação das redes de atenção e linhas de cuidados, estes considerados desafios para o atendimento integral à saúde com base na Atenção Primária de Saúde (APS). Simultaneamente faz-se necessário qualificar a atenção primária para o exercício do atributo de coordenação do cuidado e também organizar pontos de atenção especializada integrados, intercomunicantes, capazes de assegurar que a linha de cuidado integral seja plenamente articulada com a APS e corresponda aos objetivos propostos aos usuários do SUS (MENDES, 2011).

A organização do processo de atendimento em rede, apoiada pelas ações de uma linha de cuidado, operacionaliza a integralização do cuidado de enfermagem nas ações de saúde e demonstra o fluxo de atendimento dos pacientes. Neste sentido, o itinerário de busca do serviço de saúde ultrapassa o processo terapêutico, pois como ressaltam Malta e Merhy (2010), a linha de cuidados faz parte do processo de gestão, fluindo sobre determinantes sociais e tecnologias, capazes de impactar o processo de saúde e doença, tendo como ponto de partida o cuidado.

Segundo Malta e Merhy (2010) a linha de cuidado promove a produção da saúde de forma sistêmica, como um processo dinâmico, no qual está associada à imagem de uma linha de um fluxo de assistência ao cidadão, centrada em seu campo de necessidades. Neste sentido, a organização de linha de cuidado inclui seguimentos que participam de alguma forma, como as entidades comunitárias, permitindo a pactuação de fluxos com a reorganização de um processo de trabalho que facilite o acesso do cidadão aos serviços e unidades que necessita.

No âmbito do direito à saúde e considerando as mudanças culturais e demográficas, a linha de cuidado propicia a escuta sensível das necessidades dos usuários do SUS com a utilização de ferramentas para aumentar a eficiência dos serviços, pois se integra em uma rede ampla de atendimento. A ampliação cada vez maior dos serviços decorre do aumento das necessidades de saúde da população, que vem com o passar do tempo apresentando uma maior incidência e prevalência de doenças crônicas e degenerativas que causam mudanças significativas no estilo de vida das pessoas, exigindo dos serviços de saúde o atendimento às especificidades de suas necessidades, reforçando a importância da consolidação da linha de cuidado.

Dentre estas doenças destaca-se neste estudo o câncer de cólon e reto, que tem sua incidência estimada em 32.600 casos, sendo 15.070 em homens e 17.530 em mulheres; o câncer de bexiga tem incidência estimada de 8.940 casos novos, sendo 6.750 em homens e 2.190 em mulheres (BRASIL, 2016).

Um dos tratamentos para o câncer colorretal e de bexiga é cirúrgico e que resulta na confecção de um estoma para a eliminação de fezes e urina. Bellato et al. (2007), destacam que a pessoa com estomia necessita de cuidados por longo período e de forma contínua, necessitando de políticas de saúde que redirecionem seu foco de atenção

para eventos agudos, focando nas consequências que esses agravos ocasionam a longo prazo.

Quando esse atendimento não se dá de forma contínua e direcionada e o enfrentamento da condição de pessoa com estomia não recebe o apoio dos serviços de saúde, os pacientes e familiares vivenciam esta situação de forma solitária, ocasionando um maior prejuízo emocional, social e até mesmo financeiro.

Anterior ao ano de 2004, os direitos das pessoas com estomias eram limitados ao fornecimento das bolsas coletoras, previsto nas Portarias 116/93 e 146/93 do Ministério da Saúde (MS) (BRASIL, 1993a b). Em 20 de dezembro de 1999, o Decreto n. 3.298 estabeleceu o fornecimento de equipamentos coletores aos Portadores de Ostomia como ajuda técnica, mas é após o Decreto n. 5.296 de 2 de dezembro de 2004 que a pessoa estomizada passa a ser considerada como deficiente física. Em 24 de abril de 2012 foi instituída a Rede de Cuidado à Pessoa com Deficiência (RCPD) por meio da portaria n. 793/2012 foi proposta pelo Ministério da Saúde com base na inclusão da pessoa com deficiência à rede de serviços existentes, envolvendo desde a Atenção Básica até os serviços de reabilitação e de cuidados especializados (BRASIL, 2012).

Seus objetivos incluem a ampliação do acesso e qualificação do cuidado às pessoas com deficiência no SUS, através do acolhimento e classificação de risco, sua vinculação a pontos de atenção específicos, voltados principalmente para reabilitação, e a articulação e integração dos diferentes pontos de atenção da rede (BRASIL, 2012).

A RCPD abrange pessoas com deficiência temporária ou permanente; progressiva, regressiva, ou estável; intermitente ou contínua, definindo o cuidado para deficiências físicas, auditivas, intelectuais, transtornos do espectro do autismo, visuais, ostomizados e múltiplas deficiências no âmbito do SUS (BRASIL, 2012).

Assim, elas passam a ser respaldadas por leis que regulamentam os direitos das pessoas com deficiência como, por exemplo, direito ao Benefício de Prestação Continuada, que é um benefício assistencial no valor de um salário mínimo mensal pago à pessoa portadora de deficiência ou idosa (65 anos de idade ou mais) que não consegue manter-se financeiramente, ou ter seu sustento mantido pelo grupo familiar, sendo que a renda per capita deve ser inferior a $\frac{1}{4}$ do salário mínimo (BRASIL, 2004).

A portaria 400, de 16 de novembro de 2009, estabelece as Diretrizes Nacionais para a Atenção à Saúde das Pessoas Ostomizadas no âmbito do SUS, que deverão ser observadas em todos os Estados da União, respeitando as competências das três esferas de gestão. Esta portaria define a pessoa estomizada como aquela que possui um estoma, ou seja, uma abertura artificial entre os órgãos internos e o meio externo, com a exteriorização de um sistema (digestivo, respiratório, intestinal e urinário) (BRASIL, 2009).

Reforçando a portaria 400/2009, a portaria 793/2012 estabelece os níveis de atendimento instituindo a rede de cuidados e classificando dois tipos de atendimento a pessoa com estomias, o serviço em Atenção às Pessoas Ostomizadas I (SASPO I) que tem como objetivo realizar ações de orientação para o autocuidado, prevenção de complicações nas estomias e fornecimento de equipamentos coletores e adjuvantes de proteção e segurança e o serviço classificado em Atenção às Pessoas Ostomizadas II (SASPO II) com vistas a realizar ações de orientação para o autocuidado, prevenção e tratamento de complicações nas estomias, fornecimento de equipamentos coletores e adjuvantes de proteção e segurança e capacitação de profissionais (BRASIL, 2012).

A busca de um atendimento efetivo e integral à pessoa com estomia e a orientação aos familiares visa à integração e compreensão da existência de uma estomia, instrumentalizando-os acerca dos cuidados, das questões de políticas públicas e de reinserção social. Neste contexto, o envolvimento da família é fundamental, pois deverá ser um pilar para sustentação e apoio que a pessoa com estomia necessita e quando essa fragilidade alcança os familiares, a equipe multiprofissional deve informar e melhorar a qualidade de vida familiar destas pessoas.

A experiência como profissional de uma unidade de interação cirúrgica que recebe pessoas para confecção de estomas, e ser integrante do Grupo de Apoio a Pessoa Ostomizada (GAO)¹, despertou o interesse

¹ O GAO criado em 1985, por um grupo de profissionais e pacientes em situação de estomia com o objetivo de ampliar os saberes, estratégias e melhorar o cuidado. É um grupo interinstitucional e interdisciplinar com sede em Florianópolis, e que desenvolve a criatividade de ensino, pesquisa e extensão na área da Estomaterapia, participam desse trabalho, professores, profissionais da saúde, alunos de graduação e pós-graduação, bolsistas, voluntários, pessoas estomizadas e familiares (MARTINS et al., 2005).

pela temática. Observa-se que durante a orientação ao paciente e a família sobre onde e quando realizar o cadastro no programa de estomizados, sobre a manipulação e tipos de equipamentos que podem ser disponibilizados, sempre surgem dúvidas. Aliado a esta situação, a sistematização para o cadastramento da pessoa com estomia nas secretarias de saúde dos municípios dificulta a comunicação efetiva entre os profissionais dos diferentes níveis de atenção. A situação é confirmada quando se participa de reuniões das associações de pessoas com estomia e os relatos sobre a não continuidade do cuidado de enfermagem são constantes.

Quando ainda internado, a pessoa com estomia recebe um laudo médico, modelo padronizado pela Secretaria do Estado de Santa Catarina, contendo informações sobre o tipo de estomia e o tipo de equipamento recomendado. Este laudo é preenchido pelo médico assistente, que nem sempre conhece sobre materiais disponíveis na rede. A comunicação entre o enfermeiro do serviço de alta, média e baixa complexidade é bastante sutil na realidade da grande Florianópolis dificultando o retorno desse paciente para à Atenção Básica (AB).

Ao sair do serviço hospitalar, a pessoa com estomia e seus familiares são orientados a levar o laudo médico para o serviço de saúde de seu município de residência, onde será realizado um cadastro que será encaminhado ao Serviço Estadual de Atenção à Saúde das Pessoas Estomizadas. Neste serviço ocorre a análise do processo com a inclusão de cadastro e liberação de material para o serviço municipal e acompanhamento da pessoa com estomia pela equipe da AB. Neste processo, observa-se que o distanciamento entre os níveis terciário, secundário e primário torna a orientação sobre direitos do ser social difícil e incompleta, fragilizando assim, a assistência preconizada pelo princípio da integralidade.

Apesar dos inúmeros trabalhos realizados sobre pessoa com estomia, pouco tem produzido sobre políticas, sua inserção na rede de saúde, desta forma, carecemos de estudos voltados para este tema, o que permitirá também que o mesmo seja instrumento de conhecimento e de trabalho para os profissionais e instituições envolvidas com a temática e comprometidas com a formulação de políticas públicas para essa clientela.

Outros fatores relevantes para a escolha do tema foi a dificuldade de localização no sistema para o atendimento da pessoa com estomia

devido ao desconhecimento dos profissionais dos serviços de alta complexidade acerca do caminho a ser percorrido após o retorno ao município de origem, a falta de comunicação entre os níveis de atenção, o despreparo da pessoa com estomia e seus familiares relacionado ao autocuidado, assim como a pouca familiaridade dos profissionais dos municípios em manipulação, avaliação e escolha de equipamentos e adjuvantes de para as estomias.

Desta forma, surge a necessidade de criar mecanismos facilitadores para a comunicação entre os profissionais das unidades de internação com os profissionais da AB, grupos e associações, buscando assim a inserção da pessoa com estomia e seus familiares na linha de cuidado orientando quanto ao caminho a percorrer e seus direitos.

Desta forma proponho-me a buscar a resposta para a seguinte questão de pesquisa:

Quais ações necessárias para a operacionalização de uma linha de cuidados de assistência às pessoas com estomia?

2 OBJETIVOS

- Conhecer como é desenvolvido o cuidado à pessoa com estomia e seus familiares pelos profissionais de saúde dos municípios da 18ª Regional de Saúde de Santa Catarina.
- Propor ações para a operacionalização de linha de cuidado para a pessoa com estomia e seus familiares na perspectiva dos profissionais envolvidos no cuidado à pessoa com estomia nas unidades de saúde dos municípios da 18ª Regional de Saúde de Santa Catarina embasado na legislação vigente.

3 REVISÃO DE LITERATURA

A revisão narrativa de literatura é a apresentação da fundamentação e fundamenta-se na revisão de textos, artigos, livros, periódicos que são lidos, selecionados e interpretados. São as ideias de outros autores que embasam os aspectos teóricos essenciais para a compreensão deste estudo e que servem de base para interpretação dos dados coletados.

Esta revisão versa sobre os seguintes temas: princípios do SUS, políticas públicas e financiamento, tecnologias de cuidados a saúde, redes de atenção e linhas de cuidados, referência e contrarreferência e a pessoa com estomia em sua situação emocional, relacional, cuidados pela família e sua reinserção social; Rede de cuidados para a pessoa com estomia em Santa Catarina.

3.1 PRINCÍPIOS DO SUS

A 8ª Conferência Nacional de Saúde, com a participação dos cidadãos foi realizada em 1986. O parecer final da Conferência ficou consolidado como instrumento que define as responsabilidades do Estado em garantir o direito à saúde ao povo brasileiro, as condições de acessibilidade e melhoria dos serviços, subsidiando a elaboração da nova Constituição Brasileira de 1988 (PAIVA; TEIXEIRA, 2014).

A Constituição Brasileira de 1988 foi um marco na história da saúde pública brasileira, ao definir a saúde como direito de todos e dever do Estado. A implantação do SUS ocorreu de forma gradual, precedida primeiramente pelo o Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde (SUDS), depois, pela incorporação do Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (INAMPS) ao MS por meio do Decreto n. 99.060, de 7 de março de 1990; e por fim a Lei Orgânica da Saúde (Lei n. 8.080, de 19 de setembro de 1990) que regulamenta o SUS, propondo a sua forma de organização e de funcionamento. No entanto as principais características do SUS como o controle social, ou seja, a participação da população na gestão do serviço foi expressa pela Lei n. 8.142, de 28 de dezembro de 1990 (BRASIL, 1990b).

De acordo com os preceitos constitucionais a construção do SUS é norteadada pelos princípios doutrinários da Universalização, da Igualdade, da Integralidade. Estes princípios regem o atendimento e

garantem ao cidadão um atendimento de excelência em seus diversos níveis de complexidade. O atendimento de saúde relaciona-se com as peculiaridades e determinações locais, por meio de formas previstas de aproximação de gerência aos cidadãos, seja com descentralização político-administrativa, seja por meio do controle social do sistema (BRASIL, 2009).

A Universalidade implica o direito ao atendimento; a equidade parte da premissa de que todo cidadão é igual perante o SUS e será atendido conforme as suas necessidades; a integralidade implica que todas as ações de promoção, proteção e de recuperação da saúde formem um todo indivisível, que não pode ser compartimentalizado (BRASIL, 2009).

O princípio de Universalidade caracteriza a saúde como um direito de cidadania, ao ser definido pela Constituição Federal como um direito de todos e um dever do Estado. Neste sentido, abrange a cobertura, o acesso e o atendimento nos serviços do SUS e exprime a ideia de que o Estado tem o dever de prestar esse atendimento à toda população brasileira. Pelo princípio de Universalidade, o indivíduo passa a ter direito ao acesso a todos os serviços públicos de saúde, bem como àqueles conveniados em todos os níveis de assistência, livre de privilégios ou preconceitos (PONTES et al., 2009).

A Igualdade é entendida com um princípio de justiça e igualdade social e tem sido empregada pela saúde pública brasileira visando atender indivíduos diferentes, nas diversas partes do Brasil, independente das características de saúde regionais, conforme suas necessidades. Para que sua implantação seja efetivada, faz-se necessário o comprometimento dos profissionais e das organizações do sistema de saúde (BRASIL, 2009).

Araújo e Miranda (2007) discorrem sobre a Integralidade em seus diferentes conceitos e ações. Com uma abrangência ampla, a Integralidade caracteriza-se pelo conjunto de ações que atendem as necessidades de saúde de forma indivisível, nos diversos níveis de complexidade. Tanto é uma boa prática no atendimento ao paciente em sua totalidade, por meio de uma visão holística atendendo suas necessidades biopsicossociais, como uma resposta governamental dos problemas de saúde. Afirma ainda que a Integralidade está relacionada com o movimento da medicina integral, que teve início nos Estados Unidos da América, devido ao questionamento das atitudes

fragmentadas e reducionistas da medicina frente aos pacientes. Em suma, a Integralidade baseia-se em uma nova concepção do ser humano e das suas relações, de modo que está relacionada com a mudança de conceitos no campo da saúde.

Para ofertar o serviço de saúde de acordo com os princípios doutrinários, estabeleceram-se formas de organizar e garantir a implementação, desta forma foram definidos princípios organizacionais descritos a seguir:

1. **Regionalização e Hierarquização:** os serviços devem ser organizados de acordo com os níveis de complexidade tecnológica crescente, de acordo com a área geográfica delimitada e com a definição da população a ser atendida. Desta forma o atendimento deve ter como porta de entrada a atenção primária de saúde e na impossibilidade desta prestar o atendimento referenciar para outro nível de complexidade (BRASIL, 2009).
2. **Resolubilidade:** capacidade de resolução dos problemas de acordo com o grau de complexidade apresentado e contratado. Desta forma, quando um cidadão busca o atendimento ou quando surge um problema de impacto coletivo sobre a saúde, o serviço correspondente deve estar capacitado para enfrentá-lo e resolvê-lo até o nível da sua competência (BRASIL, 2009).
3. **Descentralização:** redistribuição das responsabilidades de acordo com as ações e serviços de saúde entre os vários níveis de governo, pensando que quanto mais próximo da situação de saúde a ser resolvida, mais fácil será a possibilidade de acerto e resolução (BRASIL, 2009).
4. **Participação dos cidadãos:** ativa participação no processo de decisão e de formulação de políticas, por meio dos Conselhos de Saúde e Conferências de Saúde, podendo definir prioridades e linhas de ação de sobre a saúde (BRASIL, 2009).

De forma a garantir a prestação da assistência aos cidadãos está previsto na Constituição Federal no que rege o financiamento e a garantia de atendimento, a complementariedade do setor privado, ou seja: na impossibilidade de atendimento ou de prestação de determinado serviço fica garantido o atendimento em serviço privado conforme contrato de prestação de serviço pré-estabelecido, garantindo assim o atendimento da população (BRASIL, 2009).

O SUS está organizado em três níveis de atendimento: atenção primária, média e de alta complexidade, sendo a atenção primária o primeiro nível de atenção do SUS, definido como o que emprega tecnologia de baixa densidade. Essa preferencialmente deve ser a primeira porta de entrada dos pacientes para o serviço de saúde. Seguido da média complexidade, que prevê o atendimento ambulatorial dos pacientes através de profissionais especializados e recursos tecnológicos para apoio diagnóstico e tratamento. A alta complexidade é definida como um conjunto de procedimentos que envolvem alta tecnologia e alto custo, organizadas em redes, destacando: assistência ao paciente portador de doença renal crônica; assistência ao paciente oncológico; assistência ao paciente com problemas cardíacos, vasculares, cardiovasculares, assistência em traumatologia-ortopedia; procedimentos de neurocirurgia; assistência aos pacientes portadores de queimaduras; assistência aos pacientes portadores de obesidade (cirurgia bariátrica); terapia nutricional (BRASIL, 2011).

A pessoa com estomia transita em todos esses níveis e por isso os profissionais precisam conhecer quais os aspectos de cuidados individuais para a integralidade do cuidado a estas pessoas e suas famílias, assim como os aspectos ligados aos recursos financeiros do SUS

3.2 POLÍTICAS PÚBLICAS E O FINANCIAMENTO

De acordo com a Constituição Federal é garantido a todos os cidadãos brasileiros ou residentes no país o direito a saúde. Esse direito é garantido pelo Poder Público nas esferas federal, estadual e municipal, por meio de políticas que buscam diminuir o risco de doenças e que possibilitem a implementação de ações e serviços de promoção, proteção e recuperação da saúde (BRASIL, 2012).

Para orientar o processo de implantação e implementação do SUS, foram instituídas por meio de portarias ministeriais as Normas Operacionais Básicas do SUS (NOB/SUS). Estas normas definem as competências de cada esfera de governo e as condições necessárias para que Estados e municípios possam se posicionar assumindo responsabilidades referentes à gestão do sistema de saúde. Para aprimorar um plano de regionalização com estratégias de descentralização e regionalização estabelecendo necessidades definidas

de acordo com as áreas, foi criada em 2001 a Norma Operacional da Assistência à Saúde NOAS/SUS 01/01, que em 2002 foi revista e publicada como NOAS/SUS 01/02 (BRASIL, 2003).

O processo de descentralização, de acordo com a NOB/SUS 01/93, foi criado a partir das Comissões Intergestores, com o intuito de negociar e deliberar decisões políticas e financeiras. Na esfera Federal, funciona a Comissão Intergestores Tripartite (CIT), integrada paritariamente por representantes do MS, do Conselho Nacional de Secretários de Saúde (CONASS) e do Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde (CONASEMS). No âmbito estadual, funciona a Comissão Intergestores Bipartite (CIB), integrada por dirigentes da Secretaria Estadual de Saúde e do órgão de representação dos Secretários Municipais de Saúde do Estado. Dessa forma, todas as decisões sobre medidas para a implantação do SUS são negociadas após ampla discussão (BRASIL, 2003).

De acordo com Carneiro, Forster e Ferreira, (2014) a descentralização é corresponsabilidade dos serviços de saúde e é de responsabilidade das comissões bipartite e tripartite discutir, negociar, planejar e implementar políticas pública. Essas comissões são espaços intergovernamentais, políticos e técnicos nos quais as decisões são tomadas por consenso e não por votação, o que estimula o debate e a negociação.

Neves e Massaro (2009) discordam do conceito do MS quando diz que saúde é um direito de todos, porém não somente dever do Estado e que para a construção de uma saúde com princípios de Igualdade, Integralidade e Universalidade, é necessário um duplo ativismo político, no qual há o envolvimento do Estado com macropolítica e a micropolítica, na qual estão os movimentos organizados no campo da saúde, constituindo formas individuais e sociais, envolvendo o mundo e o sujeito.

Dessa forma, Parche, Passos e Hennington (2010) afirmam que para ter sucesso na implementação desse plano na totalidade do conceito de política pública de saúde, as relações de poder e de interferência entre usuário, rede social e trabalhadores da equipe de saúde precisam ser integradas em todo o seu potencial de transformação da realidade.

Moraes, Balbino e Souza (2014) discorrem que a Constituição Federal de 1988, além de garantir o direito à assistência à saúde com a

criação do SUS, busca a democratização das ações e dos serviços de saúde por meio da descentralização.

Uma das estratégias para descentralizar a atenção de saúde no Brasil foi a implantação do Programa Saúde da Família (PSF) em 1994. Este programa tinha como objetivo contribuir para a reorientação do modelo assistencial, priorizando a promoção e a prevenção, por meio de um trabalho interdisciplinar de modo que a interação profissional promova a troca de saberes e experiências (LEITE; VELOSO, 2009).

Posteriormente o PSF foi denominado Estratégia de Saúde da Família (ESF) por buscar estratégias de expansão, qualificação e consolidação da atenção básica favorecendo uma reorientação do processo de trabalho com maior potencial de aprofundar os princípios, diretrizes e fundamentos da atenção básica. Para tanto, há necessidade de profissionais capacitados para planejar, organizar, desenvolver e avaliar ações que respondam às reais necessidades das comunidades, articulando os diversos setores envolvidos na promoção da saúde de forma contínua e por tempo indeterminado (BRASIL, 2001).

Frente aos programas e estratégias criadas para o desenvolvimento social, organizacional e sanitário, houve avanços e modificações da legislação que por meio de emendas e novas leis, foram sendo fortificados os benefícios e garantias de direito ao atendimento. Reforçando a ideia da necessidade do fluxo de atendimento e organização, Cecílio, Carapinheiro e Andrezza (2014) esclarecem sobre a demanda espontânea e controlada e o processo de acolhimento como a criação de um vínculo com base na segurança e confiança, o mesmo tema é compartilhado por Schimith et al. (2011) que reforçam a importância do reconhecimento do cidadão como um ser integral. Desta forma o processo de atendimento em rede e linhas poderia ser facilitado quando houvesse um crescimento profissional, institucional, político e da população.

A forma facilitadora para que o processo de integralidade seja implementado surge por meio das redes de atenção e contribui para o avanço do processo de efetivação do sistema, de forma que seja possível conhecer o real valor de uma proposta de inovação na organização e na gestão do sistema de saúde.

O novo contexto de saúde entrou em vigor quando o fortalecimento do setor se expandiu para todos os cidadãos, abrangendo e fortalecendo as bases políticas para as pessoas com necessidades

especiais de saúde, Rede Cegonha; Rede de Atenção às Urgências e Emergências (RUE), Rede de Atenção Psicossocial (RAPS), Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência e Rede de Atenção à Saúde das Pessoas com Doenças Crônicas.

No Brasil, segundo o censo demográfico de 2010, o número de pessoas com deficiência é de aproximadamente 23,9% da população. Deste percentual, 7% são de pessoas com deficiência física (BRASIL, 2010). Esses dados justificam a relevância de estudos em relação a práticas em saúde e inclusão social de pessoas com deficiência física. Para que possamos nos guiar pelas políticas de atendimento a pessoa com estomia é necessário abordarmos a Leis que garantam seus direitos.

3.3 POLÍTICAS PÚBLICAS E A PESSOA COM ESTOMIA

A primeira garantia de direitos de uma pessoa com estomia se dá pela Constituição Federal de 1988, que prevê ações e serviços públicos de saúde integrados em uma rede regionalizada e hierarquizada, constituindo um sistema único, organizado de acordo com as diretrizes operacionais (BRASIL, 2012).

Por meio de Portarias e Decretos de leis foram sendo aperfeiçoadas e complementadas as leis, como no caso das PORTARIAS 116/93 e 146/93 do MS, na qual estão estabelecidas diretrizes gerais para a concessão de Próteses e Órteses por meio da Assistência Ambulatorial, com as Secretarias Municipais e Estaduais, que por meio de uma coordenação técnica designada pelo gestor local são responsáveis pela coordenação; supervisão; controle; avaliação e aquisição das próteses e órteses (BRASIL, 1993ab).

Desta forma, cabe ao Secretário Estadual e Secretário Municipal de Saúde estabelecer critérios e fluxo para a concessão das próteses e órteses; cadastrar as unidades públicas, que contenham as especialidades médicas, específicas para cada tipo de próteses e órteses; fixar a programação físico-orçamentária para a concessão dos equipamentos constantes da referida portaria e constituir comissão técnica nas unidades cadastradas para apreciação, autorização, fornecimento, treinamento e controle das próteses e órteses (BRASIL, 1993b).

Da mesma forma, em 1999 foi criado o Decreto nº. 3.298 de 20 de dezembro de 1999 que estabelece como portador de deficiência física a pessoa que possui alteração completa ou parcial de um ou mais

segmentos do corpo humano, acarretando o comprometimento da função física, apresentando-se sob a forma de paraplegia, paraparesia, monoplegia, monoparesia, tetraplegia, tetraparesia, triplegia, triparesia, hemiplegia, hemiparesia, estomia, amputação ou ausência de membro, paralisia cerebral, nanismo, membros com deformidade congênita ou adquirida, exceto as deformidades estéticas e as que não produzam dificuldades para o desempenho de funções e estabelece a distribuição de equipamento com auxílio técnico (BRASIL, 1999).

A Constituição estadual; SEÇÃO II - da Saúde, foi elaborada em 1989, sendo revisada em 2009 definindo três artigos que enfatizam a garantia política e de saúde, endossando a Constituição Federal.

O artigo 153 define a saúde como direito de todos e dever do Estado, garantida por meio de políticas sociais e econômicas que visam à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação. Assim, o direito à saúde implica em princípios fundamentais como: trabalho digno, educação, alimentação, saneamento, moradia, meio ambiente saudável, transporte e lazer; informação sobre o risco de doença e morte, promoção e recuperação da saúde (SANTA CATARINA, 2009).

Já o artigo 154 determina ao Estado e ao Poder Público quais são as ações e serviços de saúde que estão sobre sua regulamentação, fiscalização e controle, devendo sua execução ser feita diretamente ou por meio de terceiros e também por pessoa física ou jurídica de direito privado.

A Constituição Federal de 1988 é endossada pelo artigo 155, o qual prevê a organização do SUS de acordo com as seguintes diretrizes: descentralização política, administrativa e financeira com direção única em cada esfera de governo; atendimento integral com prioridade para as ações preventivas e coletivas, adequadas a realidade epidemiológica, sem prejuízo das assistenciais e individuais; universalização da assistência de igual qualidade dos serviços de saúde à população urbana e rural e participação da comunidade (SANTA CATARINA, 2009).

O Estado de Santa Catarina garante o atendimento e discorre sobre o tema em 2004, elaborando a LEI n°.

12.870 de 12 de janeiro de 2004, que dispõe sobre a Política Estadual para Promoção e Integração Social da Pessoa Portadora de Necessidades Especiais que compreende um conjunto de orientações

que asseguram os direitos sociais e individuais das pessoas portadoras de necessidades especiais. Esses direitos são descritos como direito à educação, saúde, trabalho, desporto, turismo, lazer, a previdência social e à assistência social, transporte, edificação pública, habitação, cultura, amparo a infância e a maternidade, e de outros que propiciem seu bem estar pessoal, social e econômico (AMANTE, 2013).

Por meio do Decreto N. 5296 de 02 de dezembro de 2004, a pessoa com estomia passou a ser considerada como deficiente física, podendo gozar dos mesmos direitos como atendimento prioritário, acessibilidade, concessão e a implantação dos projetos arquitetônicos e urbanísticos (BRASIL, 2004), sendo consolidado como Portaria Ministerial após cinco anos pela Portaria Ministerial N. 400 de 16 de novembro de 2009, a qual instituiu a Política Nacional de Saúde da Pessoa com Deficiência, tratando dos direitos e estabelecendo a política de saúde da pessoa com estomia intestinal e família. Esta portaria contempla a integralidade, com assistência especializada e distribuição de equipamentos, prevendo a necessidade de capacitação dos profissionais e de organização dos serviços de saúde que prestam cuidado às pessoas com estomias e de definir fluxos de referência e contrarreferência com os hospitais (BRASIL, 2009).

Em 2012 foi instituída a Portaria 793/2012 que estabeleceu a rede de cuidados a Pessoa com deficiência no âmbito do SUS visando à concessão sobre os direitos da pessoa com deficiência que tem por objetivo defender e garantir condições de vida com dignidade a todas as pessoas com alguma deficiência e alterando o modelo médico para o modelo social, o qual esclarece que o fator limitador é o meio em quem a pessoa está inserida e não a deficiência em si.

A deficiência não indica a presença de uma doença em si, mas a falta de acesso aos serviços deve e ser solucionada de forma coletiva, por meio de redes de atenção e linhas de cuidados, e com políticas públicas estruturantes para a equiparação de oportunidades, ou seja, integralidade.

3.4 TECNOLOGIA PARA OS CUIDADOS DA PESSOAS COM ESTOMIA

De acordo com a Constituição Brasileira de 1988 e a Lei Orgânica da Saúde, são atribuições do Sistema Nacional de Saúde

incrementar o desenvolvimento científico e tecnológico e estimular a transferência de tecnologia das universidades e institutos de pesquisa para os serviços de saúde e companhias nacionais (BRASIL, 2012a).

As tecnologias em saúde podem ser classificadas como leve, leve-dura e dura, que de forma abrangente fazem parte do processo e da análise do desenvolvimento produtivo, até o produto final. As tecnologias leves são as das relações; as leve-duras são as dos saberes estruturados, tais como as teorias, e as duras são as dos recursos materiais (CECÍLIO; MERHY, 2003). Carvalho, Santos e Rehem (2015) discorrem sobre o Sistema de Informação de Saúde (SIS) como instrumento decisório na prática de solução de problemas, ainda percebido, no entanto, de forma ambígua para a tomada de decisões já que as situações poderão ser avaliadas e a decisão tomada de forma acertativa, somente quando se conhece o contexto dos dados e das informações.

Essa nova forma de entender e catalogar a saúde possibilita o planejamento de gestão e organiza o sistema de forma descentralizada por meio de redes de atenção na busca de superar a incidência de doença (CARVALHO; SANTOS; REHEM, 2015).

Neste sentido, Benito e Licheski (2009) afirmam que a informação e o seu fluxo articulado devem ser visualizados como o eixo norteador para a potencialização e efetividade das ações de saúde, sobretudo na RAS selecionando os dados pertinentes e transformando as informações em pontos a serem considerados no processo de decisão auxiliando a gestão.

Koerich (2006), no entanto, entendem a tecnologia não somente como o uso de equipamentos tecnológicos, mas também como a produção de conhecimento e aplicação de processos de trabalho que viabilizem o cuidado, ou seja, são técnicas, procedimentos e conhecimentos utilizados que possibilitam a realização do cuidado, transformando os conhecimentos de processos e produtos de forma científica.

Merhy e Cecílio (2003) corroboram desta ideia afirmando que o maquinário manufaturado para a execução do trabalho é a materialidade do conhecimento incorporado e que por sua vez o saber produzido determina processos terapêuticos para a prática de saúde originada pela clínica, psicanálise sociologia e relações humanas e, ainda, saberes acumulados por meio de experiências vividas.

A tecnologia, portanto, pode ser considerada uma mediadora entre a racionalidade e a subjetividade, apontando a direção mais eficaz para o aprimoramento do cuidado, desta forma produzindo instrumentos que fortalecem e qualificam o cuidado da saúde.

Neste sentido, o uso de tecnologia assistiva pode ser entendida como um auxílio que promoverá a ampliação de uma habilidade funcional deficitária ou possibilitará a realização da função desejada e que se encontra impedida por circunstância de deficiência ou pelo envelhecimento. Podemos dizer que o objetivo maior da tecnologia assistiva é proporcionar à pessoa com deficiência maior independência, qualidade de vida e inclusão social (BRASIL, 2009).

A portaria 400 de 2009 descreve os equipamentos oferecidos pelo Estado e utilizados pelas pessoas com estomia, necessários para que a segurança e proteção da pele e estoma. Estes equipamentos são coletores e adjuvantes, tais como bolsa de estomia com ou sem resina sintética, drenável e fechada, com adesivo microporoso, barreiras protetoras de pele em forma de pó, pasta ou placa e coletores de urina (BRASIL, 2009).

3.5 REDES DE ATENÇÃO E LINHAS DE CUIDADOS

Com o propósito de integrar e conectar as intervenções tecnológicas de cuidado da população as ações foram estabelecidas por meio de redes de atenção e linhas de cuidado.

A Constituição Federal do Brasil de 1988 estabeleceu que as ações e os serviços públicos de saúde integram uma rede regionalizada e hierarquizada, e constituem um sistema único organizado de acordo com as diretrizes de descentralização, atendimento integral e participação da comunidade (PAIVA; TEIXEIRA, 2014). Neste sentido, existe um esforço para que o SUS organize seus serviços na perspectiva de linhas de cuidado e redes de atenção.

Mendes (2010) conceitua as RAS como organizações poliárquicas, de forma que todos os pontos de atendimento têm igual importância e que o conjunto de serviços de saúde possuem objetivos comuns, que por meio de ações cooperativas ofertam ações de promoção, prevenção, curativas, reabilitadoras e paliativas de forma contínua e integrada coordenada pela (APS).

As RAS são constituídas de três elementos fundamentais: a população, a estrutura operacional e um modelo de atenção à saúde.

Conhecer a população de uma RAS, que é o primeiro elemento constitutivo, se dá por meio de um processo complexo e estruturado em vários momentos, quais sejam: a territorialização; o cadastramento das famílias; a classificação das famílias por riscos socio sanitários; a vinculação das famílias à ESF; a identificação de subpopulações com fatores de risco; a identificação das subpopulações com condições de saúde estratificadas por graus de riscos; e a identificação de subpopulações com condições de saúde muito complexas (BRASIL, 2015).

Mendes (2010) discorre que o segundo elemento constitutivo das RAS é a estrutura operacional com cinco componentes: o centro de comunicação, a APS; os pontos de atenção à saúde nos níveis secundários e terciários; os sistemas de apoio (sistema de apoio diagnóstico e terapêutico, sistema de assistência farmacêutica e sistema de informação em saúde); os sistemas logísticos (cartão de identificação das pessoas usuárias, prontuário clínico, sistemas de acesso regulado à atenção e sistemas de transporte em saúde); e o sistema de governança.

O terceiro elemento constitutivo é o modelo de atenção à saúde que é definido como um sistema lógico que organiza o funcionamento das RAS, articulando, as relações entre a população e suas subpopulações estratificadas por riscos, os focos das intervenções do sistema de atenção à saúde e os diferentes tipos de intervenções sanitárias, definido em função da visão prevalente da saúde, das situações demográfica e epidemiológica e dos determinantes sociais da saúde, em determinado tempo e em determinada sociedade (MENDES, 2011).

Essas redes, assim como estabelecidas, buscam a resolubilidade nos serviços de saúde e para isso o nível secundário de atenção à saúde tem de assegurar o acesso dos cidadãos a consultas e exames especializados, indispensáveis para a conclusão de diagnósticos oriundos da APS (SERRA; RODRIGUES, 2010).

A APS tem como função exercer o papel de centro de comunicação das RAS, o que significa ter condições de ordenar os fluxos e contra fluxos das pessoas, dos produtos e das informações entre os diferentes componentes das redes, ou seja, coordenar o cuidado (LEITE; VELOSO, 2009).

Em um estudo realizado na Paraíba para avaliar o sistema de referência e contrarreferência de casos de saúde sob o ponto de vista dos profissionais das APS, observou-se a dificuldade de acompanhamento de casos de maior gravidade. E quando não ocorre o fluxo de comunicação entre os níveis de atenção, o cuidado preconizado fica fragilizado por não haver a existência de encaminhamentos posteriores. Assim, torna-se reduzida a capacidade de intervenção de modo que o cuidado integral produzido em redes torna-se prejudicado (PROTASIO et al., 2014).

Silva (2011) ressalta a logística para orientar o acesso e o fluxo dos cidadãos na RAS e enfatiza a necessidade de conhecer a população com a identificação individual e das famílias, das condições clínicas e o cadastramento dos profissionais e prestadores de serviço. Além disso, este autor define normas para organizar o fluxo e a utilização de protocolos técnico-assistenciais em uma linha de cuidado para atenção as doenças crônicas, determinando ao cidadão o caminho que deve seguir e as condutas a serem tomadas para que tenham suas necessidades atendidas.

Para a regulação adequada de uma rede de ações e serviços de saúde é necessário o apoio de sistemas de informações voltados para a identificação dos cidadãos, como o Cartão SUS, que identifica cada um com um número pessoal; o acesso a prontuários eletrônicos pelos profissionais das diferentes unidades; o controle da disponibilidade de leitos e vagas para consultas e exames; além do monitoramento das ações desenvolvidas. A inexistência ou o mau funcionamento de sistema de informação desse tipo dificulta o encaminhamento dos cidadãos, seu acesso aos serviços, assim como a capacidade do gestor de controlar e avaliar o cumprimento dos objetivos e metas estabelecidos (PROTASIO et al., 2014).

As pessoas com doença crônica buscam na RAS o eixo norteador e integrador do fluxo assistencial. Em situações de saúde nas quais há mudança estrutural e funcional; a condição social e familiar torna-se fragilizada; há isolamento e afastamento laboral, desta forma a RAS norteia o caminho a ser percorrido após a alta hospitalar (MENDES, 2011).

Dentro da RAS o reconhecimento da APS como espaço privilegiado para acompanhamento e tratamento dos cidadãos e comunidades deve acompanhar o planejamento de gestão e

administração municipal, para garantir que o acesso a estes locais proporcione o resultado esperado, com qualidade e acolhimento (SERRA; RODRIGUES, 2010).

Na contramão do processo, a falta de informação por parte da população, problemas organizacionais intrínsecos aos próprios serviços e ainda problemas de integração e comunicação entre os vários níveis de atenção, dificultam a aplicação do sistema de referência e contrarreferência nos serviços assistenciais de saúde, realidade percebida na participação de conselhos gestores locais e na experiência profissional na área hospitalar (BRITO et al., 2014).

Para suprir as dificuldades encontradas no percurso e localização das pessoas nas RAS surgem as linhas de cuidado que são estratégias utilizadas para organizar o atendimento de doenças crônicas, são normas que orientam ao cidadão e seus familiares o caminho a ser percorrido para terem suas necessidades de saúde atendidas. Para que essa logística tenha sucesso é necessário ter a identificação da comunidade e da população a ser atendida por meio de cadastramento do cidadão, profissionais e prestadores de serviço (SILVA, 2011).

Uma perspectiva da linha de cuidado na saúde pública inclui um conjunto de ações que vai desde as habilidades na abordagem da crise e as ações de acompanhamento pós-crise até a superação da situação e a qualidade de vida e reabilitação. Essa estratégia exige, frequentemente, observação, intervenção e ações sociais no ambiente que estaria levando a pessoa ao atendimento e estão regulamentadas pela Portaria nº. 4.279 de 30 de dezembro de 2010 (PROTASIO et al., 2014).

E para que isso ocorra, o mecanismo de referência e contrarreferência precisa estar fortalecido, pautado no conhecimento dos profissionais e na comunicação efetiva entre os mesmos.

3.6 REFERÊNCIA E CONTRARREFERÊNCIA, O SISTEMA LOGÍSTICO COMO COMPONENTE DA REDE DE ATENÇÃO À SAÚDE

Os sistemas de referência e contrarreferência na saúde consistem no encaminhamento de cidadãos de acordo com o nível de complexidade requerido para resolver seus problemas de saúde. O processo é o principal elemento para a integração das RAS e elemento

chave de reorganização das práticas do trabalho das equipes de saúde (BRASIL, 2011).

O Sistema de referência e contrarreferência diz respeito à uma rede hierarquizada e integrada de cuidados e serviços que começa na unidade de saúde da família como porta de entrada no sistema, e estende-se até às estruturas de alta complexidade, proporcionando o fluxo orientado dos cidadãos nos dois sentidos. Esta articulação deve ocorrer de forma dinâmica e flexível, direcionando o cidadão nos diferentes níveis de atenção, objetivando a resolução dos seus problemas de saúde, prevenção e promoção da saúde (DIAS, 2010).

Silva et al. (2010), entendem o processo de referência e contrarreferência como o caminho que o cidadão percorre ao entrar no sistema. A referência é o encaminhamento do cidadão para os níveis de maior complexidade a fim de ter suas necessidades de saúde resolvidas. Já a contrarreferência é compreendida como o retorno ao serviço de menor complexidade, ou seja, resolvido seu problema de saúde o cidadão retorna ao seu local de origem, onde poderá seguir com atendimento ou tratamento na AB.

O sistema logístico como componente das RAS possibilita o apoio tecnológico, estruturado nas tecnologias de informação, organizando de forma racional o fluxo e contra fluxo de informações, produtos e pessoas nas RAS. Neste sentido, permite um sistema eficaz de referência e contrarreferência das pessoas e trocas eficientes de produtos e informações, ao longo dos pontos de atenção à saúde e dos sistemas de apoio nessas redes. Há uma percepção crescente de que é necessário investir em tecnologias de informação para melhorar a qualidade dos serviços de saúde (MENDES, 2011).

Desta forma, pode-se concluir que o sistema de redes é compreendido não somente pelo seu processo estrutural, mas também como a interação entre serviços e profissionais por meio de uma perspectiva relacional, na qual os sistemas se corresponsabilizam pelo atendimento e pelos serviços oferecidos, quer na rede primária, secundária ou terciária.

3.7 REDE DE APOIO A PESSOA COM ESTOMIA EM SANTA CATARINA

Além da rede de apoio oferecida pelo Estado, outras estratégias buscam a integração da pessoa com estomia na sociedade, entre elas, a organização de grupos.

Segundo Martins et al. (2005) discorre que a pessoa com estomia encontra-se em uma situação crônica, que implica na mudança no estilo de vida e adaptação a novas formas de convívio social, esta mudança requer a assistência de profissionais da saúde que oferecem orientação e meios para a reabilitação da pessoa com estomia, reintegrando-o a sociedade.

Para que as relações se estreitem, são necessárias a confiança e a empatia; a participação em grupos nos quais as pessoas encontram seus semelhantes e podem dividir angústias, medos e conquistas. Neste sentido, a convivência em grupos precisa ser estimulada.

Em Florianópolis, em 1985, foi fundado o GAO, um grupo técnico, composto por profissionais de saúde; pessoas com estomias e seus familiares, com o objetivo de buscar conhecer a condição específica da pessoa com estomia; a forma de suprimento e a especificação das bolsas coletoras existentes e de criar estratégias para melhor qualificar o cuidado de enfermagem. No mesmo período ocorre a criação da Associação Catarinense de Ostomizados (ACO), que se insere ao GAO com a participação de um de seus membros (MARTINS et al., 2005).

A Associação Regional da Pessoa Ostomizada (ARPO) é uma entidade sem fins lucrativos que tem a missão de promover a cidadania e os direitos humanos das pessoas com estomias e seus familiares favorecendo condições para que solucionem problemas criados pelo estoma. A participação nestes grupos favorece o convívio social e a superação do isolamento auto imposto pelo uso de equipamentos e perda de controle sobre o seu corpo (SALES et al., 2008).

Em 1988, a movimentação de líderes estaduais conquista a Ordem de Serviço M.S. nº158/88, que contempla a necessidade da constituição de uma equipe multiprofissional e institucional para estruturação do Programa de Assistência ao Ostomizado (PAO) e com a participação da Sociedade Brasileira dos Ostomizados (SBO),

atualmente Associação Brasileira de Ostomizados (ABRASO), regulariza a distribuição de equipamentos (MARTINS et al., 2005).

Uma parceria com o Núcleo de Convivência em Situações Crônicas de Saúde (NUCRON) foi criada com o objetivo de realizar trocas de saberes e desenvolver as potencialidades das pessoas. Esta parceria favoreceu o desenvolvimento de projetos de ação para garantir a disponibilidade de equipamentos de qualidade para as pessoas com estomia por meio do governo do Estado e instrumentalizar a ACO para se expandir por meio da organização de núcleos nos principais municípios de Santa Catarina e fortalecer os relacionamentos entre cidadãos e grupo com a implementação de práticas educativas (TRENTINI et al., 1996).

Em 2000 o GAO viveu uma crise política com a Secretaria de Estado da Saúde, circunstanciada pela descentralização dos serviços de saúde. Desta forma o GAO readequou sua atuação com às pessoas com estomias, buscando a realização de eventos que favoreciam a deliberação de assuntos como a manutenção dos direitos humanos e a efetivação do trabalho conjunto entre associações, parceiros e Estado (MARTINS et al., 2005).

Com a descentralização dos serviços a pessoa com estomia busca em sua regional de saúde as informações sobre cuidados e equipamentos. Hoje, em Santa Catarina, existem 36 Gerências Regionais de Saúde que oferecem o Serviço de Atenção à Pessoa Estomizada. O controle é realizado por meio de cadastro, atualizado mensalmente quando a pessoa com estomia realiza a retirada dos equipamentos fornecidos, desta forma o sistema logístico é fundamental para o controle e organização do serviço (SANTA CATARINA, 2016).

A inserção no Serviço a Atenção à Pessoa Estomizada é realizado por um cadastro oriundo do laudo médico no qual são registradas as características do estoma, o motivo para a construção do estoma e os equipamentos necessários adequados à pessoa com estomia logo após a alta hospitalar (SANTA CATARINA, 2016).

As pessoas com estomia e seus familiares precisam planejar e se preparar para mudança de imagem corporal que altera a estrutura pessoal e familiar, e devem se esforçar para adoção de práticas de vida saudáveis em todas as fases da vida, incluindo as relações sociais. Uma característica significativa desse movimento é o compromisso de agir,

com base na ideia de que os determinantes sociais relacionados à saúde são produtos da ação das pessoas.

3.8 A PESSOA COM ESTOMIA: SITUAÇÃO EMOCIONAL, RELACIONAL, CUIDADO PELA FAMÍLIA E REINserÇÃO SOCIAL

As doenças relacionadas à confecção de estomias requerem uma sensibilidade e tato do profissional na abordagem do cuidado de enfermagem, uma vez que a pessoa sente-se insegura e com medo do procedimento e de como será sua vida posteriormente (ARDIGO; AMANTE, 2013).

Nascimento et al. (2011) afirmam que as pessoas submetidas a tal procedimento têm sua perspectiva de vida alterada, principalmente pela imagem corporal negativa, devido à presença do estoma associado ao equipamento coletor. Além das mudanças nos padrões de eliminação, dos hábitos alimentares e de higiene, precisam adaptar-se ao uso do equipamento, resultando em autoestima diminuída, sexualidade comprometida e, muitas vezes em isolamento social.

O isolamento social do paciente com estomia e seus familiares e ao fato de sentirem-se diferentes do padrão, desta forma têm dificuldade de retornar as suas funções laborais, buscando o afastamento temporário ou definitivo e a dificuldade de retornar a vida profissional e ao meio social (SILVA; SHIMIZU, 2007).

Por outro lado, o distanciamento da vivência do que é ser estomizado gera nos profissionais uma dificuldade de entendimento do conflito de sentimentos resultantes da internação, diagnóstico e cirurgia de confecção de um estoma para o paciente e seus familiares. O paciente é visto como um ser que necessita aprender a conviver com sua nova imagem corporal, uma vez que já venceu o câncer, e o que vem a seguir é somente aprender a manusear a o equipamento coletor. Trata-se de uma mudança da imagem corporal e aceitação, no entanto, e surgem o medo do convívio social por constrangimentos devido a barulhos e odores de gases involuntários; descolamentos do equipamento coletor e a impossibilidade de controlar suas eliminações e ainda a incerteza de aceitação do parceiro e familiares (MORAES; BALBINO; SOUZA, 2015).

Os sentimentos de angústia, medo de rejeição e negação da autoimagem dos pacientes e familiares que serão submetidos à confecção de uma estomia são percebido por Ardigo e Amante (2013) como uma dificuldade para a orientação para autocuidado e encaminhamentos posteriores. Afirmam, entretanto, que quando a orientação acontece precocemente a aceitação e a apreensão das informações oferecidas tornam-se mais fácil.

O planejamento da alta hospitalar constitui uma intervenção diferenciada sendo considerado um momento privilegiado para a continuidade do processo de cuidado na rede básica e não somente uma contrarreferência burocrática (MALTA; MERHY, 2010).

Torres, Pereira e Alexandre (2011) defendem que o processo de orientação e educação do paciente para a alta hospitalar deve ser iniciado desde o momento da chegada a unidade hospitalar. Desta forma, o período de internação deve ser encarado como um processo de aprimoramento educativo, por meio de educação em saúde formam-se novas formas de cuidado de si e do outro, enfatizando no autocuidado como uma forma de autonomia para realização de atividades posteriores.

Como mediadores do processo de educação do sujeito estomizado na sua nova condição de vida, os enfermeiros devem ser capacitados para esse novo processo de aprendizagem. O papel do enfermeiro é o de um grande facilitador e o contato prolongado e horizontalizado com o sujeito deve ser estimulado, a fim de formar melhores vínculos e uma relação de confiança (ARDIGO; AMANTE, 2013).

Após o período de internação, quando de sua alta, a pessoa com estomia e seus familiares são encaminhados para o Serviço de dispensação de materiais para estomias, no entanto muitas vezes saem dos hospitais sem as informações necessárias para buscar o suporte necessário para viver na sua nova condição e a falta de conhecimento sobre esses recursos gera, principalmente, insegurança e isolamento social. Há, no Estado de Santa Catarina, as associações regionais e estaduais, grupos de convivência que auxiliam o desenvolvimento de habilidades para o enfrentamento da nova condição de vida, contribuindo para o processo de crescimento pessoal e reinserção social (CETOLIN et al., 2013).

Assim como os grupos, a família é um pilar de sustentação para a reabilitação e o cuidado da pessoa com estomia. Para isso, a família

necessita ser potencializada como cuidadora, desenvolvendo habilidades de cuidado relativas ao uso e troca de bolsas coletoras, cuidados após radioterapia e quimioterapia, cuidados com a dieta, entre outros (ARDIGO; AMANTE, 2013).

4 METODOLOGIA

A pesquisa foi desenvolvida com abordagem qualitativa exploratória, Polit e Beck (2011) define a pesquisa qualitativa como sendo fundamentada por meio da descrição, registro, análise e interpretação de dados de determinada população ou fenômeno sendo possível analisar como os fatores se relacionam entre si. Desta forma a pesquisa qualitativa é elaborada a partir de uma rede complexa de dados, provenientes de uma série de fontes e métodos diferentes. A abordagem exploratória tem como objetivo tornar o pesquisador mais familiarizado com o fenômeno a ser pesquisado, possibilitando uma maior compreensão do problema e permitindo a formulação de hipóteses com mais precisão.

A pesquisa do tipo qualitativa analisa os fenômenos por meio do estudo das ações sociais individuais e grupais, realiza uma análise da dinâmica entre o mundo real e o sujeito, não utiliza métodos estatísticos, e preocupa-se com a profundidade dos fenômenos (POLIT; BECK, 2011).

Este estudo foi realizado em duas etapas organizadas de acordo com os objetivos específicos: uma envolvendo os profissionais das unidades de atendimento às pessoas com estomias, outra para o desenvolvimento de um instrumento que caracterize uma linha de cuidado à pessoa com estomia.

4.1 PRIMEIRA ETAPA

Objetivo: • conhecer como é desenvolvido o cuidado à pessoa com estomia e seus familiares pelos profissionais de saúde dos municípios da 18ª Regional de Saúde de Santa Catarina.

4.1.1 Locais do estudo

A pesquisa foi desenvolvida nos municípios que compreendem a 18ª Regional de Saúde Catarina, quais sejam: Águas Mornas, Angelina, Anitápolis, Antônio Carlos, Biguaçu, Florianópolis, Governador Celso Ramos, Palhoça, Rancho Queimado, São Pedro de Alcântara, Santo Amaro da Imperatriz, São José e São Bonifácio. Destes municípios dois não participaram pelos seguintes motivos: São Bonifácio não aceitou a

participar e Santo Amaro da Imperatriz pela ausência de assinatura do termo de anuência em tempo hábil.

Para caracterização de cada município segue uma descrição:

Águas Mornas: fundado em 1961 por colonizadores alemães, tem como base econômica agricultura (mandioca, milho, feijão), avicultura e turismo e é o maior produtor de hortifrutigranjeiros da região da Grande Florianópolis. A população do município compreende 5.548 habitantes em uma área territorial de 327 Km². Não possui leitos hospitalares, possui duas unidades de saúde e 24 profissionais entre médicos, enfermeiros, dentistas, assistente social, psicólogos e técnicos de enfermagem (SEBRAE SC, 2013).

Angelina: foi fundada em 1858, com a chegada dos primeiros imigrantes alemães, vindos das colônias vizinhas de Sacramento e de São Pedro de Alcântara, tornou-se distrito de São José em 1891 recebendo o nome de Angelina e tornou-se cidade em 1961. O município de Angelina estende-se por 500 Km² e tem uma população estimada em 5.250 habitantes segundo recenseamento de 2010. O município conta com um hospital que atende especialidades clínicas, cirúrgicas, obstetrícia e pediatria em um total de 51 leitos e duas unidades de saúde (SEBRAE SC, 2013).

Anitápolis: Foi emancipado em 1961 e recebeu este nome em homenagem à heroína Anita Garibaldi. Colonizado por alemães, sendo que a maioria da população trabalha no campo, e a agricultura permanece como a base econômica da cidade. Possui uma área de 542,38Km² e uma população estimada de 3.253 habitantes segundo o censo de 2010. O município possui um hospital que atende especialidades médico-cirúrgica e clínica, obstetrícia e pediatria em um total de 49 leitos e possui uma unidade de saúde (SEBRAE SC, 2013).

Antônio Carlos: Fundada em 06 de novembro de 1963 foi colonizada por imigrantes alemães. Possui uma população de 6.000 habitantes, a cidade mantém um clima rural, conhecida pelos seus produtos artesanais e pela produção de farinha de mandioca e aguardente. A agricultura permanece uma das principais atividades econômicas. O município não possui hospital e o atendimento para a

saúde da população é realizado em uma unidade de saúde (SEBRAE SC, 2013).

Biguaçu: Fundado em 1748 por imigrantes portugueses vindos do Arquipélago dos Açores e da Ilha da Madeira. Possui uma população de 56.395 habitantes, distribuídos em uma área territorial de 352 Km². O município conta com 15 unidades de saúde, uma Policlínica, duas clínicas especializadas, duas Unidades de Serviço de Apoio de Diagnoses e Terapia, recentemente foi construído um hospital, no entanto ainda está na etapa de atendimento ambulatorial, mas com previsão de internações clínicas, cirúrgicas e leitos de Unidade de Terapia Intensiva (SEBRAE SC, 2013).

Florianópolis: Florianópolis foi fundada em 23 de março de 1673 por colonizadores açorianos e emancipada em 23 de março de 1726, situa-se no litoral catarinense e conta com uma parte insular e outra parte continental incorporada à cidade em 1927. Florianópolis tem sua economia baseada em tecnologia de informação e turismo. Possui uma população de 421.240 habitantes em uma área territorial de 675.409 Km² de acordo com dados do IBGE de 2010. Florianópolis é dividido em cinco Distritos Sanitários de Saúde, compondo 63 unidades de atendimento de baixa e média complexidade. Possui 06 hospitais gerais que atendem especialidades como ortopedia, neurologia, cardiovascular e pneumologia. (SEBRAE SC, 2013).

Governador Celso Ramos: Fundado em 1963 por colonizadores açorianos, possui uma população de 12.999 habitantes de acordo com o censo demográfico de 2010, distribuído em uma área territorial de 117 km². Tem como principal atividade econômica a pesca e o cultivo de marisco. O município não possui unidade hospitalar, mas conta com 47 profissionais ligados a área da saúde entre eles, médicos, enfermeiros, dentistas, farmacêutico, psicólogo, assistente social, fisioterapeuta, auxiliar de enfermagem e técnico de enfermagem e conta com cinco equipes de Estratégia de Saúde da Família em duas unidades de saúde (SEBRAE SC, 2013).

Palhoça: A cidade foi fundada em 1793, colonizada por açorianos, alemães, africanos e italianos. Tem como principal fonte

econômica a indústria e o comércio. Possui 36 leitos hospitalares no município, no entanto sem vínculo com o SUS, mas conta com 645 profissionais ligados à saúde, entre médicos, dentistas, psicólogos, assistente social, fisioterapeuta, nutricionista, enfermeiro, farmacêutico, técnico e auxiliar de enfermagem atendendo em suas 19 unidades de saúde (SEBRAE SC, 2013).

Rancho Queimado: Foi fundado em 1962 por colonizadores alemães. Tem como principal atividade econômica turismo e agricultura, com destaque para a produção de cebola, feijão, tomate, milho e morango. Rancho Queimado é a Capital Catarinense do Morango. Possui uma população de 2.600 habitantes em uma área territorial de 288.7 km². Rancho queimado não possui unidade hospitalar, mas conta com 16 profissionais, entre eles, médico, dentista, enfermeiro, assistente social, farmacêutico, fisioterapeuta e técnico de enfermagem para atendimento em saúde em 02 unidades de saúde (SEBRAE SC, 2013).

São Pedro de Alcântara: Foi fundado em 1829 por imigrantes (alemão e luso açoriano) e emancipada em 1997. Possui uma população de 4.704 pessoas, distribuídos em um território de 140 Km². O município conta com uma unidade hospitalar de 96 leitos para tratamento em dermatologia sanitária e duas unidades básicas, conta como colaboradores 74 profissionais ligados a assistência a saúde entre profissionais médico, dentista, enfermeiros, assistente social, farmacêutico, fisioterapeuta e técnico de enfermagem (SEBRAE SC, 2013).

São José: colonizado em 26 de outubro de 1750, por 182 casais açorianos e em 1829 recebeu o primeiro núcleo de colonização alemã do Estado sendo emancipado em 1856. Possui uma extensão territorial de 113.6 km² e uma população de 201.746 habitantes de acordo com censo do IBGE de 2009. Tem como principal atividade econômica o comércio, indústria e atividade de prestação de serviços, mantendo ainda a pesca artesanal, maricultura, produção de cerâmica utilitária e agropecuária. O município conta com 22 unidades básicas de saúde, 17 clínicas especializada/ambulatorios especializado, 22 Consultórios isolados, quatro Hospitais especializados, dois Hospitais gerais, quatro

Policlínicas, 14 Unidades de serviço de apoio de diagnose e terapia, duas Unidades de Vigilância em Saúde (SEBRAE SC, 2013).

Figura 1 - Mapa dos municípios que compreendem a 18ª Regional de Saúde/SC



Fonte: Elaborado pela autora.

4.1.2 Participantes da pesquisa

Os profissionais foram captados conforme amostra de conveniência, onde os mesmos foram selecionados por disponibilidade, sem o emprego de um método criterioso de escolha. Os profissionais que participaram das entrevistas 18 profissionais, entre eles 07 gestores e 11 profissionais de enfermagem, identificados como EG os gestores de saúde e EP os profissionais de saúde

Quadro 1 - Caracterização dos entrevistados

CÓD DO ENTREVISTADO	CARGO	FORMAÇÃO	PÓS-GRADUAÇÃO
EG1	Sec. Saúde	Ensino Médio	Não se Aplica
EP2	Enfermeira	Enfermagem	Saúde da Família
EG3	Sec. Saúde	Ensino Médio	Não se Aplica
EP4	Enfermeira	Enfermagem	Gerenciamento de Enfermagem
EG5	Sec. Saúde	Téc. Enfermagem	Não se Aplica
EP6	Enfermeira	Enfermagem	Saúde da Família
EG7	Sec. Saúde	Pedagogia	Recursos Humanos
EP8	Enfermeira	Enfermagem	Saúde da Família
EG9	Sec. Saúde Adjunta	Téc. Enfermagem	Não se Aplica
EP10	Téc. Enfermagem	Téc. Enfermagem	Não se Aplica
EG11	Sec. Saúde	Pedagogia	Adm. Escolar
EP12	Enfermeira	Enfermagem	Saúde da Família
EP13	Enfermeira	Enfermagem	Mst em Enfermagem
EP14	Enfermeira	Enfermagem	Emergência
EP15	Enfermeira	Enfermagem	Saúde da Família
EP16	Enfermeira	Enfermagem	Saúde da Família
EG17	Sec. Saúde	Nutricionista	Não Se Aplica
EP18	Enfermeira	Enfermagem	Saúde da Família

Fonte: Elaborado pela autora.

4.1.2.1 Critérios de inclusão e exclusão

Critérios de inclusão: ser profissional com experiência em atendimento à pessoa com estomia e seus familiares nos municípios de abrangência da 18ª Regional de Saúde de Santa Catarina. Ser gestor de saúde.

Critério de exclusão: Estar afastado de suas atividades profissionais por atestado de saúde, licenças ou férias.

4.1.3 Instrumento para coleta de dados

A técnica para coleta de dados utilizada foi a entrevista semiestruturada. Manzini (2012) define que a entrevista pode ser

concebida como um processo de interação social, verbal e não verbal, que ocorre face a face, entre um pesquisador, que tem um objetivo previamente definido, e um entrevistado que, supostamente, possui a informação que possibilita estudar o fenômeno em pauta, e cuja mediação ocorre, principalmente, por meio da linguagem. O uso da entrevista é indicado quando a natureza da informação se tratar de fenômeno que ficaria difícil ou impossível de ser observado. Desta forma a entrevista busca informações sobre opinião, concepções, expectativas, percepções sobre os pontos de atenção as pessoas com estomia intestinal ou urinária, necessidades do município quanto ao sistema logístico para o cuidado dos usuários, quanto ao sistema de apoio, e como funciona o sistema de gestão da rede.

A entrevista semiestruturada por meio de formulário de perguntas é indicada para estudar um fenômeno aberto ou uma situação específica, no qual as perguntas devem seguir uma sequência lógica, mas possibilitando flexibilização entre o entrevistado e o entrevistador e se for necessário a pergunta pode ser complementada para melhor compreensão das respostas (MANZINI, 2012).

No roteiro de entrevista (APÊNDICE B) utilizado para a pesquisa constavam os dados de caracterização do profissional entrevistado, perguntas sobre seu conhecimento acerca da política de atenção ao paciente com estomia, as ações realizadas por ele quando em atendimento a pessoa com estomia, sua percepção sobre o fluxo dessa pessoa desde que sai do hospital até chegar ao município, potencialidades e fragilidades encontradas nesse processo e sugestões de estratégias para criação de uma linha de cuidado para a pessoa com estomia.

As entrevistas foram gravadas e posteriormente transcritas e organizadas em programa Microsoft Word.

4.1.4 Coleta de dados

Para a realização da pesquisa foi feito um primeiro contato solicitando autorização dos municípios por meio de assinatura do termo de anuência para realização da entrevista (APÊNDICE D).

Com esse termo o projeto foi encaminhado para autorização do Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da Universidade Federal de Santa Catarina (CEPSHUFSC).

As visitas aos municípios foram realizadas com a estratégia de ir a mais de um município por dia, sendo que os municípios de Angelina, Rancho Queimado e Anitápolis foram os primeiros. Em seguida as visitas foram realizadas acompanhando a localização geográfica junto ao litoral.

A coleta de dados foi realizada nos meses de fevereiro a maio de 2017, por meio de entrevista semiestruturada, com duração em média de 60 minutos, em data e local previamente combinado.

4.1.5 Análise dos dados

A organização dos dados foi orientada pela análise temática (MINAYO, 2010) que permite ao pesquisador ir além do óbvio, para que possa se orientar e não se limitar às aparências e percepções iniciais traçando planos de investigações específicos para os dados obtidos.

À medida que as entrevistas foram sendo realizadas na fase de pré-análise, os dados coletados foram organizados separadamente em tabelas do programa Microsoft Word.

Na fase de exploração do material, os dados foram organizados em tabelas e submetidos a uma leitura vertical e posteriormente a uma leitura horizontal, sendo possível observar as principais unidades de registros expressas pelos participantes, ou seja, as ideias que possuem relação entre si e que mais se destacam nos discursos dos sujeitos. Esse processo possibilita redefinir temas e conseqüentemente elaborar as categorias de análise e a proposta inicial de uma linha de cuidados.

Neste processo, a fase de tratamento dos dados é o momento de interpretação dos dados e de fazer as inferências pertinentes, relacionando os resultados com o referencial teórico utilizado. Desta forma houve a possibilidade de elaboração final da proposta e avaliação da proposta do estudo.

4.2 SEGUNDA ETAPA

Objetivo • Propor ações para a operacionalização de linha de cuidado para a pessoa com estomia e seus familiares na perspectiva dos profissionais envolvidos no cuidado à pessoa com estomia nas unidades de saúde dos municípios da 18ª Regional de Saúde de Santa Catarina embasado na legislação vigente.

Após a realização da entrevista, as respostas foram elencadas em categorias que identificaram o processo de inserção das pessoas com estomia, a forma de trabalho e o conhecimento dos profissionais acerca das políticas de assistência à pessoa com estomia e com base na legislação vigente foram elencados as competências e atribuições de cada nível de atenção, sendo elaborada uma proposta de linha de atenção a pessoa com estomia.

4.3 CONSIDERAÇÕES ÉTICAS

Este estudo busca formas de colaborar para a melhoria da qualidade de vida das pessoas com estomia e seus familiares, sendo que este estudo desenvolve dois dos objetivos do projeto de extensão da Fundação de Amparo a Pesquisa e Inovação do Estado de Santa Catarina (FAPESC), intitulado: Análise das necessidades de saúde das pessoas com estomias intestinais e urinárias e as linhas de cuidados em enfermagem no município de Florianópolis, encaminhado pelo GAO para plataforma FAPESC em 2014. O estudo foi encaminhado para a autorização dos municípios envolvidos e CEPEUFSC, sendo aprovada com o Parecer 1486531 e Certificado de Apresentação para Apreciação Ética (CAAE) 24753514.9.0000.0121 (ANEXO A). A pesquisa foi iniciada após a aprovação da mesma, em respeito aos preceitos éticos contidos na Resolução 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde (BRASIL, 2012b) que dispõe acerca da realização de pesquisas com seres humanos, utilizando os referenciais da bioética, tais como, autonomia, não maleficência, beneficência, justiça e equidade, dentre outros, visando assegurar os direitos e deveres que dizem respeito aos participantes da pesquisa, à comunidade científica e ao Estado. Todos os participantes assinaram o TCLE (APÊNDICE C).

O risco de desconforto físico e psíquico e espiritual foi mínimo, por se tratar de uma entrevista sobre a atividade profissional. Foi dada ao participante a opção de desistência a qualquer momento de participação na pesquisa caso se sentisse desconfortável.

A pesquisa poderia ter sido interrompida a qualquer momento caso os pesquisadores percebessem algum problema ou a não necessidade de prosseguir com a pesquisa devido a saturação dos dados.

Para identificação dos entrevistados e preservar o anonimato, foi utilizado um código formado por EG e EP identificando entrevistado

gestor e entrevistado profissional de enfermagem seguido de numeração de 1 a 18 sucessivamente.

5 RESULTADOS

A Instrução Normativa 01/MPENF/2014, de 03 de dezembro de 2017 (ANEXO B), define os critérios para elaboração e o formato de apresentação dos trabalhos de conclusão do Programa de Pós-graduação em Gestão do Cuidado em Enfermagem (Mestrado Profissional) da UFSC. Como resultados, foram desenvolvidos um manuscrito e uma produção técnica, quais sejam:

Manuscrito 1: Potências e limites no desenvolvimento da política de atuação à saúde da pessoa com estomia na percepção dos profissionais e gestores

Produção Técnica: Linha de cuidado para a pessoa com estomia: um caminho para o cuidado

5.1 MANUSCRITO 1 - POTÊNCIAS E LIMITES NO DESENVOLVIMENTO DA POLÍTICA DE ATUAÇÃO À SAÚDE DA PESSOA COM ESTOMIA NA PERCEPÇÃO DOS PROFISSIONAIS E GESTORES

RESUMO

Estudo descritivo exploratório com abordagem qualitativa, que teve por objetivo identificar como é desenvolvido o cuidado a pessoa com estomia intestinal e seus familiares pelos profissionais de saúde nos municípios da 18ª Regional de Saúde de Santa Catarina. A coleta de dados ocorreu de fevereiro a maio de 2017 por meio de entrevista semiestruturada em 11 municípios. A pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética e Pesquisa em Seres Humanos da Universidade Federal de Santa Catarina. A análise dos dados foi por meio da análise temática, emergindo as seguintes categorias: Operacionalização da política de atenção à pessoa com estomia, O desempenho do sistema de atenção à pessoa com estomia na perspectiva dos profissionais e Integração sistêmica de ações e serviços de saúde na perspectiva dos profissionais. O resultado aponta para a necessidade de construção de estratégias que contribuam para a melhoria das condições de trabalho nestes serviços.

Descritores: Enfermagem. Autocuidado. Estomia. Cuidados de enfermagem. Competência profissional.

INTRODUÇÃO

O cuidado à pessoa com estomia sugere uma readaptação ao novo estilo de vida, focado no desenvolvimento de habilidades e cuidados com a própria saúde, com o intuito de viver de forma mais confortável com a nova condição de saúde (SAMPAIO; GUEDES, 2012). A repercussão desta questão vem exigindo das organizações de saúde uma tomada de decisão urgente em relação às iniciativas, ações e medidas que tornem a assistência mais efetiva sobre a autonomia da pessoa com estomia.

As diretrizes nacionais recomendam programas de atenção, incluindo informações sistematizadas acerca do número de pessoas com estomias; as causas para sua confecção; características e complicações; fatores determinantes para o estabelecimento da assistência específica, incluindo a indicação dos equipamentos coletores e adjuvantes para estomas intestinais, bem como para a colaboração e a construção de estudos sobre a qualidade de vida dessas pessoas (SENA et al., 2017). O fato de o Serviço possuir suas diretrizes tende a diminuir danos e aumentar a segurança à pessoa com estomia, o que hoje é de relevância para a qualidade do cuidado (AMANTE et al., 2013).

Martins e Alvin (2011) definem o processo de cuidado da pessoa com estomia partindo do princípio de cada ser é singular, desta forma os profissionais precisam desenvolver os cuidados respeitando a singularidade e o fato de que o ser humano é um ser biopsicossocial, participante de uma família e de uma sociedade e observando as fases vivenciadas durante o processo de confecção da estomia. As orientações, realizadas no ambiente hospitalar ocorrem desde o primeiro dia de confirmação diagnóstica, no entanto a receptividade destas pode ser comprometida pela esperança de não ser necessária a confecção de estomia, a não aceitação diagnóstica e a dificuldade de comunicação entre os níveis de atenção. Cabe ao profissional aprimorar seus conhecimentos por meio de atualizações para propiciar práticas educativas que favoreçam o ensino autocuidado e promovam a interação entre as pessoas que irão se submeter a confecção de uma estomia intestinal e aquelas que já a possuem.

Atuando como enfermeira em uma unidade de internação cirúrgica de um hospital do sul do Brasil, percebo que a pessoa com estomia, apesar de todas as orientações, ainda apresenta dúvidas e receio

ao manipular o estoma quando recebe alta hospitalar necessita de orientações para favorecer a aprendizagem do autocuidado antes de receber a alta hospitalar. Fica a indagação sobre a continuidade ou não desses cuidados, pois a Rede de Cuidado a Pessoa com Deficiência, embora já estruturada e definida por políticas públicas, não é visível para todos os profissionais que atuam nesta área.

Assim, diante da importância do tema, a questão que norteou este estudo foi: como é desenvolvido o cuidado a pessoa com estomia e seus familiares pelos profissionais de saúde dos municípios da 18ª Regional de Saúde de Santa Catarina? Tendo como objetivo identificar como é desenvolvido o cuidado à pessoa com estomia e seus familiares pelos profissionais de saúde nos municípios da 18ª Regional de Saúde de Santa Catarina

MÉTODO

Trata-se de um estudo qualitativo, de caráter exploratório descritivo. (POLIT; BECK, 2011).

O estudo foi realizado com sete gestores e 11 profissionais da enfermagem de 10 municípios da 18ª Regional de Saúde de Santa Catarina.

Como critérios de inclusão os profissionais deveriam ter experiência em atendimento ao paciente com estomia, estar trabalhando nos municípios de abrangência da 18ª Regional de Saúde de Santa Catarina e ser gestor de saúde.

A coleta de dados foi realizada nos meses de fevereiro a maio de 2017, por meio de entrevista individual e semiestruturada em forma de áudio, com duração em média de 60 minutos, em data e local previamente combinado. Para identificar e preservar o anonimato dos entrevistados, foi utilizado um código formado por EG e EP identificando entrevistado gestor e entrevistado profissional de enfermagem seguido por numeração de 1 a 18 sucessivamente.

A análise dos dados seguiu a modalidade proposta por Minayo (2010), seguindo três fases distintas: pré-análise (organização dos dados em tabela); exploração do material (leitura vertical e posteriormente a uma leitura horizontal dos dados, sendo possível observar as principais unidades de registros expressas pelos participantes, possibilitando redefinir temas e conseqüentemente elaborar as categorias de análise);

tratamento dos dados (interpretação as inferências pertinentes, relacionando os resultados com o referencial teórico utilizado). Esta pesquisa foi avaliada e autorizada pelo Comitê de Ética e Pesquisa com Seres Humanos da Universidade Federal de Santa Catarina (CEPSH/UFSC) sob o número CAAE 24753514.9.0000.012 e parecer de n. 1486531.

RESULTADOS

Participaram 18 profissionais, sendo sete gestores e 11 profissionais de enfermagem. Os gestores com formação escolar diversificada, entre eles dois pedagogos, um nutricionista/farmacêutico, um administrador, dois com ensino médio, dois técnicos de enfermagem. Entre os profissionais que atuam diretamente com a pessoa com estomia, oito trabalham há menos de 10 anos e dois entre 10 e 20 anos, sendo seis com formação complementar em saúde da família, um mestre em enfermagem e um com titulação de técnico de enfermagem conforme quadro a seguir.

Quadro 2 - Caracterização dos entrevistados

CÓD. DO ENTREVISTADO	CARGO	FORMAÇÃO	PÓS-GRADUAÇÃO
EG1	Sec. Saúde	Ensino Médio	Não se Aplica
EP2	Enfermeira	Enfermagem	Saúde da Família
EG3	Sec. Saúde	Ensino Médio	Não se Aplica
EP4	Enfermeira	Enfermagem	Gerenciamento de Enfermagem
EG5	Sec. Saúde	Téc. Enfermagem	Não se Aplica
EP6	Enfermeira	Enfermagem	Saúde da Família
EG7	Sec. Saúde	Pedagogia	Recursos Humanos
EP8	Enfermeira	Enfermagem	Saúde da Família
EG9	Sec. Saúde Adjunta	Téc. Enfermagem	Não se Aplica
EP10	Téc. Enfermagem	Téc. Enfermagem	Não se Aplica
EG11	Sec. Saúde	Pedagogia	Adm. Escolar
EP12	Enfermeira	Enfermagem	Saúde da Família
EP13	Enfermeira	Enfermagem	MSc em

			Enfermagem
EP14	Enfermeira	Enfermagem	Emergência
EP15	Enfermeira	Enfermagem	Saúde da Família
EP16	Enfermeira	Enfermagem	Saúde da Família
EG17	Sec. Saúde	Nutricionista	Não Se Aplica
EP18	Enfermeira	Enfermagem	Saúde da Família

Fonte: Elaborado pela autora

Os temas foram categorizados e divididos de acordo com as perguntas realizadas de modo a favorecer a reflexão a cerca do assunto, desta foram intitulados: Operacionalização da política de atenção à pessoa com estomia; O desempenho do sistema de atenção à pessoa com estomia na perspectiva dos profissionais e Integração sistêmica de ações e serviços de saúde na perspectiva dos profissionais.

Operacionalização da política de atenção à pessoa com estomia

Para o atendimento integral da pessoa com estomia os profissionais necessitam conhecer os direitos políticos conquistados durante os últimos 30 anos, a fim de planejar o atendimento e as ações de cuidado e inserir a pessoa e seus familiares na rede de apoio oferecida pelo município. Neste sentido, as entrevistas apontam que os gestores e os enfermeiros realizam os encaminhamentos cadastrais de encaminhamento para a SES e conhecem os direitos políticos, no entanto poucos conhecem das leis.

Na verdade eu não conheço muita coisa, a politica mesmo não conheço, mas já ouvi falar em estomia e até já acompanhei em alguns momentos (EG5)

A política de atenção à pessoa com estomia aborda os aspectos legais dos direitos de cada pessoa nesta condição, além das atribuições e responsabilidade de cada profissional atuando na área, bem como o fluxo de atendimento e dispensação de materiais e equipamentos do serviço. Confesso que nunca li na íntegra a política,

mas sempre que precisei busquei informações a respeito do cuidado do paciente nela (EP13)

A parte burocrática, de leis eu não conheço nada, a pessoa chega pra gente com a bolsinha e a gente faz um cadastro com ela, o cadastro centralizado na policlínica, orienta a pessoa a procurar a pessoa responsável pelo serviço no município, lá ela faz a medição, tipo de bolsa e o que mais usa como complemento, e mensalmente é feito o acompanhamento em casa pra ver como tá essa ferida, a gente vê se está em carne viva, se está com a bolsinha boa, como está a pele e se houver algum problema a gente interfere, mas se não ela vai na policlínica buscar a bolsinha dela. (EP14)

Desconheço a política do estomizado em si. Fazemos o atendimento dos estomizados seguindo as orientações do estado. (EG17)

O fluxo de atendimento se dá pela rotina institucional, não pelo que está determinado na legislação, no entanto os encaminhamentos são realizados de forma a inserir a pessoa no seu novo contexto pessoal, social e familiar, como por exemplo, o autocuidado.

Os entrevistados gestores apesar de desconhecer os cuidados à pessoa com estomia, buscam indicar o profissional de saúde responsável pelo serviço no município, e facilitam a atualização profissional por meio dos cursos oferecidos pela secretaria.

Os funcionários são dispensados do serviço para fazer os cursos de atualização que são oferecidos pelo Estado. (EG9)

No geral as pessoas procuram os enfermeiros dos postos de saúde. Não

procuram a secretaria de saúde, e se vierem até mim, eu encaminho para a unidade de saúde do seu bairro (EG1).

Os serviços organizados em rede são categorizados como Serviços de Atenção à Saúde da Pessoa Ostomizada de nível I e Serviços de Atenção à Saúde da Pessoa Ostomizada de nível II, em uma lógica de referência e contrarreferência de serviços. Serviços de Atenção à Saúde da Pessoa Ostomizada de nível II difere daquele de nível I por dispor de uma equipe multidisciplinar maior. Nesse tipo de serviço, além do médico, do enfermeiro e do assistente social, estão previstos também o psicólogo e o nutricionista. Outra característica dos Serviços de Atenção à Saúde da Pessoa Ostomizada II diz respeito ao tratamento de complicações dos estomas e a capacitação de profissionais vinculados à Atenção Primária da Saúde, tanto dos Serviços de Atenção à Saúde da Pessoa Ostomizada I como das Unidades Hospitalares de referência para o serviço (MENDES, 2011).

Esses programas, entretanto, não são identificados na íntegra pelos entrevistados e como cada município trabalha a administração e organização dos seus serviços, o fluxo de atendimento das pessoas com estomia também é realizado de forma diferente, no entanto em todas as falas é observada a preocupação com o bem estar do paciente e a sua readequação ao novo estilo de vida por meio da reinserção político social.

O paciente pode procurar o serviço do hospital em caso de urgências, e tem também as associações em Florianópolis, ACO e UFSC. (EP2)

Temos um grupo de apoio no município que realiza reuniões com os pacientes, a ESF, policlínicas de atendimento, além dos hospitais (EP15)

O paciente sempre vem bem orientado, mas ainda temos no município, serviço social, psicóloga e visita domiciliar (EG7)

O desempenho do programa de atenção à pessoa com estomia

A pessoa com estomia vivencia uma nova perspectiva de vida, busca respostas para novas perguntas que surgem no dia a dia da convivência com uma órtese em funcionamento em seu corpo. Além da mudança física, a mudança psicológica faz parte do processo. A aceitação e habilidade manual para manipulação do equipamento de estoma são favorecidas pelo processo pedagógico, no qual o enfermeiro ensina o autocuidado para as pessoas.

A primeira orientação realizada e os encaminhamentos de documentações dos processos são registrados pelas falas dos entrevistados como os primeiros cuidados.

Quando ela procura o serviço pela primeira vez ela vem do hospital, um egresso de internação com uma intervenção cirúrgica daí eu dou as informações para cadastrar no Estado, daí eu solicito os documentos para inscrição dela no programa, forneço material para as primeiras trocas das bolsas (EP6)

Aqui no município temos o setor dos programas que funciona na SMS. Quando o paciente busca a UBS, inicialmente realizo uma VD para orientações e assistência e solicito toda documentação e envio ao setor responsável. Ele procura diretamente o setor e ao longo do tempo, monitoro o cuidado do paciente através dos feedbacks das ACS e consulta na UBS uma vez no mês em média, quando vejo necessidade de atendimento. (EP13)

Nossos funcionários são comprometidos, tem atenção, se for necessário é feito o encaminhamento para UPA do município vizinho ou o hospital mais próximo. (EG11)

Percebe-se que a função do município no atendimento a pessoa com estomia está de acordo com o Programa de Atenção à Pessoa com Deficiência, assim entende-se que uma das facilidades no atendimento e na logística do serviço se dá pelo processo de informatização, centralização do serviço administrativo e na comunicação entre as unidades de saúde, administração central dos programas na Secretaria estadual de Saúde e os hospitais.

A informatização do processo facilita muito e as coisas são resolvidas mais rápido. (EP2)

Entendo que o fluxo de informações é bom, mas muitas vezes é necessário contato com o estado para esclarecimentos (EG7)

A falta de orientação e educação da pessoa com estomia na unidade hospitalar foi observada nas falas dos profissionais, bem como a dificuldade de manter a comunicação entre unidade de saúde e hospital.

O paciente sai perdido, o médico não orienta o que é e às vezes vai para cirurgia sem saber o que vai acontecer e sai da cirurgia com uma estomia, daí eles vão tirar essas dúvidas com a enfermeira da unidade que vai mostrar que não é uma coisa tão difícil e vai aprender a conviver com aquilo ali até fazer a de colostomia. (EG5)

O paciente deveria ser mais orientado no hospital, às vezes ele vem do hospital na sexta-feira, e daí ele fica um final de semana sem orientação. (EP6)

Em contrapartida, alguns entrevistados informaram que as pessoas chegam aos municípios orientados sobre o autocuidado e o caminho que devem percorrer, porém nem sempre estas orientações seguem um padrão Neste sentido, percebe-se que as orientações são fornecidas de forma diferente levando a supor que o preparo dos

profissionais para orientar sobre estomias; sobre a inserção familiar no processo de readequação à nova condição de saúde e repensar sobre o momento de iniciar as orientações no ambiente hospitalar de forma precoce, favorecendo o entendimento do processo, não seguem um padrão.

O paciente já chega bem orientado do hospital, a gente só deixa fazer a troca sozinho quando tem certeza que ele tem segurança, eu também vejo o que foi pedido no laudo médico e o que ele realmente necessita. (EP2)

O paciente já vem bem orientado do hospital, isso facilita. (EG11)

A centralização do serviço é vista como um facilitador do atendimento quando nas falas do gestor e como limites da integralidade do atendimento da pessoa com estomia quando comentada pelos profissionais de saúde. A pessoa com estomia, apesar de receber um atendimento em uma unidade especializada, por uma equipe multidisciplinar, não deveria perder seu vínculo com sua unidade básica por meio da ESF, o atendimento deve ocorrer de forma conjunta, cabendo ao enfermeiro se envolver no processo de educação e cuidado da pessoa com estoma.

A centralização é uma grande facilidade encontrada, o serviço é bem organizado e independente. (EG17)

Acredito que, justamente, essa dificuldade que temos sobre o assunto por ser algo mais centralizado na policlínica, não tendo muito envolvimento dos centros de saúde no que diz respeito aos cuidados e orientações aos pacientes. (EP18)

Como fragilidade no processo de estruturação do atendimento a pessoa com estomia, a dificuldade de comunicação é registrada no que tangue a referência e contrarreferência.

Às vezes quando não acontece a contrarreferência o paciente não sabe dizer o que está acontecendo, nem sempre ele sabe se expressar. (EP8)

Nossa maior dificuldade é a falta de comunicação do hospital com o centro de saúde quando o paciente recebe alta. (EP16)

Eu sugiro que fosse telefonado ou mandado carta encaminhando o paciente para o município depois da cirurgia e envolver mais a família no cuidado desse paciente. (EG11)

Integração em rede de ações e serviços de saúde

A análise do conteúdo das entrevistas revela situações que surgem como pontos a serem debatidos e estudados para melhorias, encaminhando o processo de discussão para a organização e readequação dos Programas de Atenção à Saúde.

Os profissionais percebem o fluxo de atendimento como um itinerário lógico, no qual a pessoa sai do hospital com todas as informações necessárias para o seu primeiro atendimento no serviço do município, com fácil acesso.

O paciente chega até o posto sem dificuldade, e temos um contato muito fácil com a população. (EG5)

Nós temos 100% de abrangência de estratégia da família no município, a contato é feito com facilidade dos hospitais para o município em forma de referência e contrarreferência. (EP8)

Temos um atendimento bem funcionante. As equipes se comunicam

quando surgem dúvidas e os enfermeiros tem atenção com esses pacientes para evitar complicações com a pele. (EP16)

Os municípios organizados em torno da ESF têm um ponto de facilitação no processo, pois tem um contato mais próximo a população com a possibilidade de intervir em situações nas quais o risco de agravos é maior.

Entretanto ainda foi possível perceber nas falas a necessidade de melhorar a comunicação entre os serviços, facilitando o percurso da pessoa com estomia do hospital até o serviço dos municípios.

Poderíamos ter um sistema de referência e contrarreferência mais efetivo, um itinerário terapêutico, na verdade a gente segue um protocolo, mas não tem uma linha de cuidado. (EP8)

A unificação dos serviços fortalecendo a referência e contrarreferência. (EG15)

Melhorar a comunicação entre o hospital e o posto de saúde, poderia ser por carta ou telefonema, para que nós soubéssemos do paciente que está voltando pra comunidade. (EP16)

Continuidade. É importante vir com uma cartinha, explicando tudo que ele está fazendo, a possibilidade de poder ligar para o hospital, referência e contrarreferência a gente tem psicólogo se ele precisar de alguma coisa, e a enfermagem tá sempre junto. (EP4)

A descentralização e a promoção de cursos e capacitações foi evidenciada nas falas dos profissionais que apontaram a necessidade de ser inserido com contexto das pessoas com estoma, ou no cotidiano dos

profissionais das unidades básicas como parte integrante do processo de trabalho.

Como sugestão seria trazer mais informações sobre estomias e pacientes estomizados aos profissionais da ESF já que somos nós os profissionais que estão mais próximos e com maior vínculo com o paciente. Inserir-nos mais no processo como um todo para que não fiquemos apenas "entregando" material mensalmente e sim, que sejamos parte integrante do processo, com um fluxo mais organizado e divulgado aos profissionais. (EP18)

Descentralização do serviço facilitaria ao paciente. Grupos de convivência para estimular o autocuidado, fornecimento de materiais pela UBS, pois assim teríamos contato mensalmente com o paciente, já que muitas vezes este atendimento se perde, tendo em vista a falta de procura pela UBS. (EP13)

Desta forma observou-se a necessidade de construção de um caminho para a pessoa com estoma percorrer, com a necessidade de melhorar a comunicação entre os níveis de atenção e a oferta de capacitações para os profissionais.

DISCUSSÃO

O objetivo deste estudo foi identificar como é desenvolvido o cuidado à pessoa com estomia e seus familiares pelos profissionais de saúde nos municípios da 18ª Regional de Saúde de Santa Catarina, para tal conhecer cada município que compõe a 18ª Regional de saúde foi fundamental, da mesma forma que conhecer as políticas que regem o atendimento a pessoa com estomia foi necessário para que fosse realizado o contraponto das questões.

A portaria n. 400, de 16 de novembro de 2009, estabeleceu as Diretrizes Nacionais para a Atenção à Saúde das Pessoas Ostomizadas no âmbito do SUS, a serem cumpridas em todas as unidades federadas e respeitadas as competências das três esferas de gestão. Essa portaria determinou a vistoria, acompanhamento, controle e avaliação dos Serviços de Atenção à Saúde da Pessoa Ostomizada. Entende-se por SASPO aquelas unidades de saúde que prestam cuidados à saúde da pessoa com estomia e fornecem dispositivos necessários para o autocuidado, como as bolsas coletoras (MENDES, 2011).

A concessão de dispositivos foi uma conquista importante da pessoa com deficiência, resultante das portarias n. 116/1993 e no 146/1993, por intermédio do Programa de Atenção à Saúde da Pessoa Portadora de Deficiência do Ministério da Saúde. Esta política de atenção à saúde da pessoa com estomia considera a necessidade de promoção da assistência na perspectiva da integralidade do cuidado, tendo como referência, profissionais e serviços que estruturam uma equipe que em conjunto supram as necessidades de ações e serviços de saúde que uma pessoa com estomia demanda. Dessa forma, a organização e a assistência devem ser voltadas à articulação das práticas de saúde com as políticas governamentais (BRASIL, 1993a; 1993b).

Espera-se que o programa ofereça assistência especializada de natureza interdisciplinar às pessoas com estomia, a reabilitação e a orientação para o autocuidado. Esses serviços buscam desenvolver habilidades nas pessoas com estomia para a realização de suas atividades de vida diária, prevenção de complicações e fornecimento de equipamentos coletores e adjuvantes de proteção e segurança (MORAES; BALBINO; SOUZA, 2015). O quantitativo de profissionais para atuação nos serviços deve ser adequado às demandas e à área territorial de abrangência, conforme dispõe a Portaria N. 400/09, sendo esse quantitativo deferente nos Serviço de Atenção à Saúde da Pessoa Ostomizada tipo 1 e tipo 2 (BRASIL, 2009).

Apesar de toda estrutura construída pelo Estado, por meio dos Serviços de Atenção à Saúde da Pessoa Ostomizada, os profissionais que atuam junto às pessoas com estomia realizam o atendimento mesmo sem conhecer de forma abrangente as políticas de atenção em que são inseridos.

O atendimento às necessidades da pessoa com estomia é baseado na qualificação dos processos de atenção, a estruturação da rede de

serviços, a adequação de área física, a capacitação de profissionais, a disponibilização de recursos materiais específicos e a definição de fluxos e protocolos assistenciais, possibilitando maior qualidade e eficiência nos cuidados à saúde. Desta forma faz-se necessário o planejamento de ações sistemáticas que promovam a reabilitação para as pessoas com estomia e um atendimento multiprofissional e interdisciplinar que tenha como base as diretrizes do SUS representadas pela universalidade, integralidade e equidade (BRASIL, 2004).

Apesar da existência das legislações citadas, a condição de estomizado ainda é assunto desconhecido por grande parte da população, cabendo aos profissionais da área e às associações de ostomizados a missão de divulgar seus direitos e respectivos serviços de referência. Os elementos que permeiam a vida do ser humano são fundamentais para o alcance da saúde e bem-estar, estes são de ordem biológica, psicológica-afetiva, estética, ética, política, econômica, social, laboral, ambiental, tecnológica, cultural, educacional e religiosa-espiritual. Neste contexto todas as necessidades de saúde e demandas de cuidado precisam ser consideradas para o planejamento de ações por cada profissional de acordo com a capacidade individual de aceitação de si e habilidade para autocuidado (SAMPAIO; GUEDES, 2012).

Facilitando o trabalho das equipes de saúde, o uso de tecnologias informatizadas busca tornar mais ágil a comunicação entre os setores. A utilização dos *softwares* e sistemas pode facilitar o modo como os profissionais realizam suas tarefas e direcionam suas equipes. O acesso à informatização possibilita obter informações quanto à atualização e alimentação dos sistemas. Os sistemas de informação possibilitam a comprovação da necessidade ações para o cuidado adequado da população, bem como a implementação de medidas preventivas e de promoção da saúde (MACÊDO, 2016).

O processo de referência e contrarreferência no sistema de saúde está se consolidando, pois a comunicação entre os profissionais dos diferentes níveis de atenção ainda é precário, entretanto, se ocorre de forma acurada, possibilita a troca de informações e comunicação entre os serviços prestados nos diferentes pontos de atenção à saúde da rede, prevenindo duplos esforços, com fins à melhoria da qualidade da assistência e efetivação da integralidade em saúde (CUNHA et al., 2016).

A centralização dos serviços não desqualifica ou desresponsabiliza o profissional das unidades. Faz parte do programa de atendimento dos municípios conhecer a realidade das famílias; identificar os problemas de saúde e situação de risco e prestar atendimento integral à demanda respondendo de forma contínua coordenando e organizando grupos de educação em saúde.

Os profissionais possuem conhecimento sobre a forma de inclusão no sistema informatizado, o que possibilita a agilidade do processo. Cada município organiza-se de diferentes formas, centralizando o serviço ou com atendimento descentralizado, onde a pessoa busca as órteses e materiais adjuvantes na unidade de saúde de sua área. O relacionamento entre os serviços deve ser de cooperação e apoio mútuo, com a possibilidade de trânsito entre os usuários, empréstimo e devolução de materiais, sempre com o devido registro.

Os profissionais de saúde precisam inserir a pessoa com estomia no cuidado de sua nova imagem corporal, utilizando dessa forma as tecnologias assistivas, como os equipamentos coletores e adjuvantes de proteção e segurança, que complementam o atendimento multidisciplinar, garantindo ao usuário funcionalidade, conforto e segurança em suas atividades diárias. . Toda essa orientação ao paciente deve ser realizada desde o primeiro momento, ainda dentro do hospital, o que possibilita maior aceitação da sua nova condição de saúde, o reconhecimento de sua nova imagem corporal e o autocuidado e as equipes dos Serviços de Atenção deverão manter-se atualizadas quanto às novas tecnologias disponíveis no mercado, para que possam propor melhorias no atendimento prestado aos usuários.

CONCLUSÃO

Ficou evidente o desconhecimento pelos enfermeiros relacionado as leis que regem os direitos das pessoas com estomia, restringindo-se a garantia do serviço pelo Estado, centralização em alguns municípios e descentralização em outros quando há encaminhamento para as equipes de saúde.

Observou-se ainda, que nos municípios onde há descentralização do serviço de estomia, há certo desconforto vivenciado pelos enfermeiros por não se sentirem inseridos de forma completa e imediata

no processo de cuidar. Sentimento semelhante verbalizado naqueles municípios com serviço centralizado nas secretarias de saúde.

Entretanto, para analisarmos o conceito de descentralização se faz indispensável considerar que sua construção se situou num campo científico diferenciado, onde a disputa científica e política adquiriram também uma conotação ideológica.

A realidade encontrada pelo estudo e os problemas destacados pelos profissionais apontam para a necessidade da elaboração de uma linha de cuidados para o atendimento da pessoa com estomia favorecendo a integralidade do atendimento em todo sistema.

As entrevistas ocorreram quando houve transição política ocasionado pelas eleições municipais, assim muitos municípios os gestores eram recém-chegados e ainda estavam se adaptando e reconhecendo os serviços, mostrando a enfermagem muito mais consciente do processo

REFERÊNCIAS

AMANTE, Lúcia Nazareth et al. **Análise das necessidades de saúde das pessoas com estomias intestinais e urinárias e as linhas de cuidado em enfermagem no município de Florianópolis**. Projeto de pesquisa, 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria n. 116, de 09 de setembro de 1993**. Inclui no Sistema de Informações Ambulatoriais do Sistema Único de Saúde - SIA/SUS a concessão dos equipamentos de órteses, próteses e bolsas de colostomia constantes do Anexo Único. Brasília, DF, 1993 (a). Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/sas/1993/prt0116_09_09_1993.html>. Acesso em: jun. de 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção a Saúde. **PORTARIA N.146, DE 14 DE OUTUBRO DE 1993**. Estabelecer diretrizes gerais para a concessão de Próteses e Órteses através da Assistência Ambulatorial. Brasília, DF, 1993 (b). Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/sas/1993/prt0146_14_10_1993.html>. Acesso em: jun. de 2017.

BRASIL. Humaniza SUS - **política nacional de humanização: a humanização como eixo norteador das práticas de atenção e gestão em todas as instâncias do SUS**. Brasília: Ministério da Saúde, 2004. Disponível em: <bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/humanizasus_2004.pdf>. Acesso em: mai. de 2017.

CUNHA, Kamylla Santos da et al. Myocardial revascularization: factors intervening in the reference and counter-reference in Primary Health Care. **Revista da Escola de Enfermagem da Usp**. São Paulo, v. 50, n. 6, p. 965-972, dez. 2016. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/s0080-623420160000700013>>. Acesso em: mai. de 2017.

MACÊDO, Roberta. Dantas. **O uso de sistemas de informação na área da saúde: Um estudo sobre a implantação do E-SUS na atenção básica**. 2016. 29f. Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação em Computação)- Universidade Estadual da Paraíba, Campina Grande, 2016 Disponível em: <<http://dspace.bc.uepb.edu.br/jspui/handle/123456789/11035>>. Acesso em: mai. de 2017

MARTINS, Paula Alvarenga de Figueiredo; ALVIN, Neide Aparecida Titonelli. Perspectiva educativa do cuidado de enfermagem sobre a manutenção da estomia de eliminação. **Rev. Brasileira de Enfermagem**. v.64, n. 2, p.322-327, abr, 2011. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672011000200016>. Acesso em: 10 mai. 2017.

MENDES, Eugênio Vilaça. Organização Pan-Americana da Saúde. **As redes de atenção à saúde**. Brasília, Cap.2, 549 p. 2011. Disponível em: <http://www.conass.org.br/pdf/Redes_de_Atencao.pdf>. Acesso em: mai. de 2017.

MINAYO, M. C. de S. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. 12. ed. São Paulo: Hucitec, 2010.

MORAES, Adriana de Andrade; BALBINO, Carlos Marcelo; SOUZA Marilei de Melo Tavares e. The discomfort in patient ostomates.

Revista Pró-UniversUS. Jan./Jun.; v.06 n. 1, p. 05-08, 2015.

Disponível em:

<<http://www.uss.br/pages/revistas/revistaprouniversus/V6N12015/pdf/001.pdf>>. Acesso em: mai. de 2017.

SAMPAIO, Cynthia de Freitas; GUEDES, Maria Vilani Cavalcante.

Nursing process as a strategy in the development of competence for self-care. **Acta Paulista de Enfermagem. São Paulo**, v.25, n.2, p.96-103,

2012. Disponível em: <[http://dx.doi.org/10.1590/s0103-](http://dx.doi.org/10.1590/s0103-21002012000900015)

21002012000900015 >. Acesso em: mai. de 2017.

SENA, Juliana Fernandes de et al. Perfil de estomizados com

diagnóstico de neoplasias cadastrados em uma associação. **Rev enferm**

UFPE. Recife, v.11(Supl. 2), p. 873-880, fev. 2017. Disponível em:

<<https://periodicos.ufpe.br/revistas/revistaenfermagem/article/view/13455/16139>>. Acesso

5.2 PRODUTO - LINHA DE CUIDADO PARA A PESSOA COM ESTOMIA: UM CAMINHO PARA O CUIDADO

INTRODUÇÃO

As linhas de cuidado representam os fluxos assistenciais que devem atender as necessidades de saúde da população as quais definem as ações e os serviços que devem ser desenvolvidos nos diferentes pontos de atenção de uma rede (nível primário, secundário e terciário) e nos sistemas de apoio e definindo as ações de cada ponto de apoio. Dessa forma, a linha de cuidado desenha o itinerário terapêutico dos usuários na rede do atendimento à saúde, organizando o caminho a ser percorrido pelo usuário do sistema de saúde. A linha de cuidado normatiza o processo de atendimento por meio de protocolos, por pactuação do fluxo de atendimento e reorganiza o processo de trabalho, a fim de facilitar o acesso do usuário às unidades e serviços dos quais necessita (MENDES, 2011).

As Linhas de Cuidado podem ser definidas como o conjunto de saberes, tecnologias e recursos necessários ao enfrentamento de determinados riscos, agravos ou condições específicas do ciclo de vida. Sua implementação é estratégia para a organização das Redes de Atenção à Saúde a perspectiva da integralidade (VENANCIO; ROSA; BERSUSA, 2016).

São objetivos da estratégia da Linha de Cuidado: estimular o desenvolvimento de ações de promoção da saúde, prevenção de violências, por meio da ação contínua e permanente no dia a dia dos serviços; orientar os profissionais de saúde para a importância da integralidade do cuidado nas dimensões: acolhimento, atendimento, notificação e seguimento na rede de cuidado e de proteção social, sensibilizar os gestores para a organização dos serviços em rede no território para a atenção integral (BRASIL, 2013).

Como fio condutor da linha de cuidado o projeto terapêutico é um conjunto de atos assistenciais que devem ser desenvolvidos para resolução dos problemas de saúde. O projeto terapêutico pode ser processado e desenvolvido por diferentes profissionais, médico, enfermeiro, assistente social, nutricionista, principalmente quando existe um serviço com equipe multiprofissional atuante. O projeto terapêutico

deve ser capaz de garantir a assistência e o acesso seguro as tecnologias desenvolvidas para a produção do cuidado (CECÍLIO; MERHY, 2003).

Com a estratégia de atendimento integral, a linha de cuidado faz parte de um grande processo assistencial em que os serviços se comunicam e trabalham de forma integrada, tendo o usuário como ator integrante do seu processo de saúde.

Neste cenário de integralidade, temos as pessoas que necessitam da realização de uma estomia. A pessoa com estomia intestinal é aquela que por algum agravo, necessitou submeter-se a confecção de um canal para a eliminação do conteúdo fecal, através da parede abdominal. O câncer é a principal causa para a confecção de uma estomia, seguido pelo trauma decorrente da violência por arma branca, de fogo ou trauma abdominal (Brasil, 2013).

Em Santa Catarina o serviço de atendimento a pessoa com estomia surgiu em outubro de 1988, com a implantação do Programa de Assistência ao Ostomizado/SC no Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social em outubro de 1991, cuja formalização e organização do fornecimento de bolsas do Programa de Assistência ao Ostomizado se deu com a Portaria SES n. 002/91 (SANTA CATARINA, 2008). Toda essa movimentação ocorreu em conjunto com profissionais de enfermagem, médicos coloproctologistas e pessoas com estomias.

Em 2009 houve a criação e a implementação de políticas públicas governamentais específicas para as pessoas com estomia, com a Portaria SAS/MS n. 400, de 16 de novembro de 2009, que estabeleceu diretrizes nacionais para a Atenção à Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde e definiu os três níveis de atenção com as ações respectivas a serem prestadas às pessoas com estomia, além das responsabilidades com a promoção da saúde, a assistência, a reabilitação e as respectivas atribuições. Além disso, propõe modelos de estruturas físicas adequadas para realizar o atendimento e a descrição dos materiais e equipamentos coletores necessários ao cuidado integral às pessoas com estomia, bem como estabelece uma equipe interdisciplinar e os fluxos para os serviços de referência e contrarreferência (BRASIL, 2010).

Desta forma, apresenta-se uma linha de cuidado para pessoas com estomia segundo as perspectivas dos profissionais de saúde dos municípios da 18ª Regional de Saúde de Santa Catarina.

JUSTIFICATIVA

Entre as principais causas de doenças crônicas degenerativas, o câncer se configura como uma doença de destaque e relevância para saúde pública, cuja estimativa para 2016 foi de 596 mil casos novos no Brasil, dos quais o de pele não melanoma é o mais incidente, seguido pelos tumores da próstata, mama feminina, cólon e reto, pulmão, estômago e colo do útero. O câncer de cólon e reto tem incidência estimada em 34.280 casos, sendo 16.660 em homens e 17.620 em mulheres; o câncer de bexiga tem incidência estimada de 9.670 casos novos, sendo 7.200 em homens e 2.470 em mulheres (BRASIL, 2016b).

O Estado de Santa Catarina apresentava uma estimativa para 2016 de 98.330 mil novos casos de neoplasias, exceto de pele não melanoma, sendo o câncer de cólon e reto com estimativa de 3.180 casos novos em homens e 3.430 casos entre as mulheres (BRASIL, 2016a).

Entre as principais causas de confecção de uma estomia estão os cânceres de colón e reto e buscar estratégias para facilitar o atendimento e a reinserção das pessoas com estomia faz parte do trabalho desenvolvido pelos profissionais de saúde.

Ardigo e Amante (2013) afirmam que a busca de um atendimento efetivo e integral ao paciente e familiares favorece à integração e compreensão da condição de estomia, possibilitando a instrumentalização acerca dos cuidados com a condição de estomizado, das questões de políticas públicas e de reinserção social.

Ao Estado cabe garantir a pessoa com estomia condições para a reinserção e cuidado especializado definido por meio de decretos e portarias ministeriais, e ao profissional a prestação de uma assistência individualizada, integral com enfoque na responsabilização de toda rede de apoio empoderando não somente as redes institucionais, mas também as redes sociais e comunitárias.

Linha de cuidado sob a perspectiva da micropolítica

A micropolítica se expressa pela responsabilização do profissional e do sistema pela saúde do usuário, com vistas a promover uma relação de interseção partilhada, na qual a troca de saberes é

estabelecida pela vivência cotidiana e a busca pela autonomia do cuidado por parte do usuário (MALTA; MERHY, 2010).

Do ponto de vista da relação do cuidado, as relações dependem do cenário em que ocorrem, podendo ser mais duras ou mais horizontalizadas, porém tendem sempre a ser baseadas no saber técnico científico proporcionado pelos profissionais da saúde, mas cabe aos profissionais de saúde priorizar a individualidade do cuidado, a integralidade e a busca pela autonomia das pessoas (FEUERWERKER, 2014).

As pessoas com estomia são representadas nesse universo de micropolítica pela no cenário social, por meio de grupos e associações. Em Santa Catarina a troca de saberes ocorre desde a formação do Grupo de Apoio ao Ostomizado em 1985, que tinha no momento de sua formação a busca pelos direitos a materiais de qualidade, reinserção no meio familiar e social. Posteriormente, com os direitos garantidos em decretos e portarias ministeriais, o Grupo de Apoio ao Ostomizado adquiriu outro enfoque, este baseado nos cursos de aperfeiçoamento dos profissionais de saúde e auxiliando na estruturação dos grupos e associações. A exemplo da Associação Brasileira de Ostomizados, que tem por objetivo a defesa da cidadania da pessoa com estomia, promove jornadas e congressos fomentando a criação de associações nos Estados e representando os estomizados do Brasil a nível nacional e internacional (MARTINS et al., 2005).

Linha de cuidado na perspectiva da macropolítica

A concretização da linha de cuidado depende da determinação e apoio dos gestores, por meio de apoio e investimento em processos de gestão coletivos e participativos, garantindo a efetividade equilibrando e gerenciando os fluxos micropolítica com os macroprocessos. A garantia do atendimento deve ser de responsabilidade da gestão garantindo o acesso aos serviços e os recursos necessários para o atendimento. Como processo de intervenção macropolítica pode-se citar os determinantes sociais e as articulações intersetoriais, mudança de legislação, regulação, financiamento e organização de redes, bem como possibilitar a reflexão e aprendizagem dos profissionais inseridos no processo micropolítico (MALTA; MERHY, 2010).

Fundamentação legal

A luta por direitos de saúde iniciou em 1988 com a Constituição Federal, quando foram definidas as ações e serviços públicos de saúde e a integralização por meio de uma rede regionalizada e hierarquizada, organizada de acordo com as seguintes diretrizes: descentralização, com direção única em cada esfera de governo; atendimento integral e prioridade para as atividades preventivas, sem prejuízo dos serviços assistenciais e a participação da comunidade.

As pessoas com estomia passaram a ser vistas por leis a partir da Portaria 116/93 e 146/93 do MS. Estas leis estabeleceram diretrizes gerais para a concessão de Próteses e Órteses por meio da Assistência Ambulatorial. As Secretarias Municipais e Estaduais passaram a ser responsáveis pela coordenação; supervisão; controle; avaliação e aquisição das próteses e órteses, por meio de coordenação técnica designada pelo gestor local. Assim ficou ao encargo dos Secretários Estaduais e Municipais de Saúde o estabelecimento de critérios e fluxo para a concessão das próteses e órteses; cadastramento as unidades públicas, que contenham as especialidades médicas, específicas para cada tipo de próteses e órteses; fixando a programação físico-orçamentária para a concessão dos equipamentos constantes da portaria e constituição da comissão técnica nas unidades cadastradas para apreciação, autorização, fornecimento, treinamento e controle das próteses e órteses (BRASIL, 1993ab).

Em 1999, por meio do Decreto n. 3.298 de 20 de dezembro de 1999, ficou estabelecido que a pessoa com estomia é portadora de deficiência física. Dentro da caracterização de uma pessoa portadora de deficiência física está a alteração completa ou parcial de um ou mais segmentos do corpo humano, acarretando o comprometimento da função física. Apresenta-se sob a forma de paraplegia, paraparesia, monoplegia, monoparesia, tetraplegia, tetraparesia, triplegia, triparesia, hemiplegia, hemiparesia, ostomia, amputação ou ausência de membro, paralisia cerebral, nanismo, membros com deformidade congênita ou adquirida, exceto as deformidades estéticas e as que não produzam dificuldades para o desempenho de funções e estabelece a distribuição de equipamento com auxílio técnico (BRASIL, 1999).

O Decreto n. 5296 de 02 de dezembro de 2004 endossa o Decreto n. 3.298 de 20 de dezembro de 1999 definindo a pessoa com estomia

deficiente física, com os mesmos direitos (atendimento prioritário, acessibilidade, concessão e a implantação dos projetos arquitetônicos e urbanísticos) (BRASIL, 2004).

Em 2007 o Estado de Santa Catarina estabeleceu na Constituição Estadual por meio do artigo 153 a saúde como direito de todos e dever do Estado, garantida por meio de políticas sociais e econômicas visando à redução do risco de doença e de outros agravos e o acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação. Assim, o direito à saúde implica em princípios fundamentais como o trabalho digno, educação, alimentação, saneamento, moradia, meio ambiente saudável, transporte e lazer; informação sobre o risco de doença e morte, promoção e recuperação da saúde (SANTA CATARINA, 2008).

No artigo 154 fica determinado que as ações e serviços de saúde sobre sua regulamentação, fiscalização e controle são função do Estado e do Poder Público, devendo sua execução ser feita diretamente ou por meio de terceiros e também por pessoa física ou jurídica de direito privado (SANTA CATARINA, 2008).

O artigo 155 endossa a Constituição Federal de 1988, organizando o SUS de acordo com as seguintes diretrizes: descentralização política, administrativa e financeira com direção única em cada esfera de governo; atendimento integral com prioridade para as ações preventivas e coletivas, adequadas a realidade epidemiológica, sem prejuízo das assistenciais e individuais; universalização da assistência de igual qualidade dos serviços de saúde à população urbana e rural e participação da comunidade (SANTA CATARINA, 2008).

Em 2009 a Portaria Ministerial N. 400 de 16 de novembro de 2009 instituiu a Política Nacional de Saúde da Pessoa com Deficiência, dando vistas aos direitos e estabelecendo a política de saúde da pessoa com estomia intestinal. Neste sentido, contempla a integralidade, com assistência especializada e distribuição de equipamentos, prevendo a necessidade de capacitação dos profissionais e de organização dos serviços de saúde que prestam cuidado às pessoas com estomia intestinal e de definir fluxos de referência e contrarreferência com os hospitais (BRASIL, 2009).

A linha de cuidado sob a ótica da integralidade

A integralidade enquanto princípio do Sistema Único de Saúde busca garantir à pessoa uma assistência à saúde que transcenda a prática curativa, contemplando a pessoa em todos os níveis de atenção e considerando o sujeito inserido em um contexto social, familiar e cultural. No Brasil, um dos pilares da atenção básica é o princípio da integralidade, que se baseia em ações de promoção, prevenção de agravos e recuperação da saúde e reabilitação (PINHEIRO; MATTOS, 2006).

Pinheiro e Mattos (2006) compreendem que a integralidade é fundamental para a garantia de assistência em todos os níveis de densidade tecnológica e articulação entre promoção, proteção e recuperação da saúde do indivíduo e sua família, dessa forma. Desta forma, o princípio da integralidade expressa os componentes de gestão, com os quais os diferentes níveis de atenção do sistema de saúde favoreçam o direito à uma saúde mais justa, com a efetivação e criação de redes regionais articuladas com a visão ampliada acerca da pessoa e suas necessidades.

A integralidade pode ser identificada na linha de cuidado por meio de ações e cuidados interligados na rede de atenção em que está inserida. Pinheiro e Mattos (2006) discorrem sobre a rede de atenção em saúde, configurando o contexto institucional, identificado pelos autores como as ações de saúde constitucionais e civil e por ações não institucionais, como as redes de apoio social como promotor de saúde formando um elo entre as relações humanas em prol de interesses comuns, rede de vizinhança e amizade e a rede de terapeutas alternativos como religiosos e populares por meio de mobilização para gerar ações coletivas contribuindo para a organização política e a participação dos sujeitos nas tomadas de decisão.

Neste sentido, a linha de cuidado, inserida em uma rede de saúde pode fornecer a população um incentivo a luta por direitos, de forma que a pessoa saiba onde se localizar dentro de um sistema complexo interligado.

O comprometimento de todos os integrantes da rede de saúde e linha de cuidado forma uma engrenagem perfeita, com respeito a pluralidade de conceitos e a riqueza das ações que geram a possibilidade de pensar as práticas de gestão e a garantia de respeito e direito a saúde.

Competências e atribuições da rede de serviços de atenção à pessoa com estomia

O conjunto de condutas planejadas e adotadas pela equipe interdisciplinar deve ser avaliado e considerado para o atendimento ao usuário e à sua família. Pressupõe entendimento coletivo das singularidades de cada sujeito e de cada grupo familiar, consoante à sua condição de pertencimento a uma categoria de diagnóstico, qual seja a de pessoa com estomia. Desta forma o plano terapêutico deve contemplar as condutas como o diagnóstico (uma avaliação orgânica, psicológica e social da pessoa em relação ao adoecimento e tratamento); o compartilhamento de impressões entre a equipe; a definição coletiva a respeito da conduta mais apropriada a ser proposta ao usuário/família; o planejamento, a divisão de responsabilidades e a reavaliação periódica (CECÍLIO; CARAPINHEIRO; ANDREAZZA, 2014).

Para o planejamento do cuidado e reabilitação as estratégias e ações precisam ser estabelecidas e executadas a partir do conhecimento das peculiaridades da situação vivida pela pessoa e família. Dentre essas peculiaridades, importa observar as necessidades particulares do usuário, em relação aos recursos técnicos e sociais atualizados, bem como os impactos que o adoecimento ou trauma, o tratamento e a condição de ser uma pessoa com estomia impõem à sua funcionalidade (CECÍLIO; CARAPINHEIRO; ANDREAZZA, 2014).

Neste sentido, a troca de experiências e de conhecimentos entre as várias áreas é fundamental para a qualificação das práticas clínicas e para a eleição de aspectos prioritários a serem trabalhados em cada fase do processo.

Baseado em Mendes (2011), que elenca e descreve as Redes de Atenção, com suas competências e atribuições foi elaborado o Quadro 01, que traz a relação das competências e atribuições dos níveis de atendimento da pessoa com deficiência e/ ou estomia divididas em três níveis de atenção:

Quadro 3 - Competências, atribuições e serviços oferecidos nos níveis de atendimento da pessoa com estomia.

NÍVEL DE ATENÇÃO	PONTO DE ATENÇÃO	COMPETÊNCIA DO PONTO DE ATENÇÃO	SERVIÇOS OFERECIDOS
ATENÇÃO PRIMÁRIA	ESF	<p>- Intervenções de caráter individual, familiar, grupal e comunitária, com vistas a favorecer a inclusão social, exemplos: orientações para a mobilidade de portador de deficiência visual, prevenção de deformidade mediante posturas adequadas, estimulação da fala para portadores de distúrbios de comunicação. As ações serão desenvolvidas por familiares ou agentes comunitários capacitados e supervisionados, com avaliação constante e sistematizada.</p> <p>- Atividades de promoção de saúde: grupos de vivência e palestras.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Recepção do usuário ou familiar, conferência da documentação, registro em sistema informatizado; • Entrevista para coleta de dados pessoais e preenchimento dos formulários padrão; • Informação sobre critérios, periodicidade e horários de funcionamento para o fornecimento dos equipamentos e adjuvantes disponíveis. • Agendamento da entrega de equipamentos coletores e/ou adjuvantes com o usuário/familiar, no intervalo mínimo de 15 dias e máximo de 60 dias; • Esclarecimento sobre a quantidade do material disponibilizado, que deve obedecer ao estabelecido na

			<p>legislação vigente, ressalvadas às situações que demandam alguma flexibilidade, com a devida comprovação no prontuário.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Informação sobre os procedimentos que deverão ser adotados nos casos de óbito, reversão ou qualquer outro motivo que incorra em suspensão do uso dos equipamentos, quais sejam: comunicação ao serviço e devolução dos materiais não utilizados; • Informação sobre os serviços (equipe técnica e rede de assistência) disponibilizados ao usuário e à sua família e agendamento, conforme o caso. • Orientação sobre a importância do acompanhamento médico no serviço de origem
ATENÇÃO SECUNDÁRIA	<p>-Policlínica; -Centro de Reabilitação; -Ambulatório hospitalar municipal e regional;</p>	<p>-Planejamento de abrangência local e regional, de caráter complementar à atenção básica e ao atendimento terciário, tendo em conta um</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Avaliação do médico do Serviço, em casos de demanda espontânea. • Realização de consulta médica nos casos de:

	<p>-Grupo social: familiares, amigos, grupos religiosos Associações; -Assistência social municipal e regional: empresas e serviços.</p>	<p>sistema de referência e contrarreferência. As ações neste nível deverão ser executadas por equipe multiprofissional (fisioterapeuta, terapeuta ocupacional, fonoaudiólogo) e será fundamental neste nível o fornecimento de órteses, próteses, equipamentos auxiliares, bolsas de ostomias e demais itens de tecnologia assistida necessária.</p>	<p>intercorrências, preenchimento de laudos e orientações especializadas.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Consulta médica anual para atualização das informações clínicas e registros em prontuário. • Consulta médica, quando houver indicação de reversão, para avaliação, solicitação de exames e tratamento de intercorrências cirúrgicas e, se necessário, encaminhamento ao hospital de referência. • Avaliação de enfermagem para: indicação de equipamento coletor, acessórios e adjuvantes; orientações quando ao cuidado, manuseio e uso dos dispositivos, sua conservação e melhor aproveitamento; instrução sobre a prevenção de complicações e cuidados com a pele; agendamento de avaliação periódica
--	---	--	---

			<p>para acompanhamento conforme necessidade identificada.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Entrevista social para: levantamento das condições sociais do usuário e da família e informação sobre recursos assistenciais e benefícios sociais. • Orientação nutricional quanto à alimentação adequada. • Atendimento psicológico com vistas à adaptação ao tratamento e ao uso dos equipamentos. • Encaminhamento a outros serviços, quando necessário.
ATENÇÃO TERCIÁRIA	<p>- Hospitais públicos: HU, HGCR, HIJG, HF, HRSJ, HPM, CEPON.</p> <p>- Hospitais particulares.</p>	<p>Ambulatorial e hospitalar, capacitado para prestar atendimento hospitalar, capacitado para prestar atendimento aos casos de reabilitação que justifiquem uma intervenção mais frequente e intensa, requerendo tecnologia de alta complexidade e recursos humanos mais especializados centros universitários ou formadores de</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Capacitação e desenvolvimento de habilidades para atividades de vida diária, favorecendo o desenvolvimento da autonomia pessoal, familiar e participação nos processos de inclusão escolar, social e/ou profissional. • Orientação aos usuários, cuidadores, acompanhantes/ familiares para

		<p>recursos humanos e, ainda, promovam, em conjunto com os demais níveis, formulação de instrumentos de avaliação da eficiência e eficácia do processo de reabilitação e impactos alcançados na região.</p>	<p>atuarem como agentes colaboradores no processo do cuidado e inclusão social.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Desenvolvimento de ações para promover a inclusão social, escolar, econômica e profissional. • Orientação à família e/ou cuidador para a adaptação do ambiente ou utensílios ao estomizado. • Atendimento individual e/ou em grupo, conforme necessidades específicas. • Reavaliação periódica demonstrando com clareza a evolução do quadro clínico e as propostas terapêuticas de curto, médio e longo prazo. • Articulação com as redes de serviço de saúde e intersetoriais, tais como, assistência social, educação e cultura
--	--	---	--

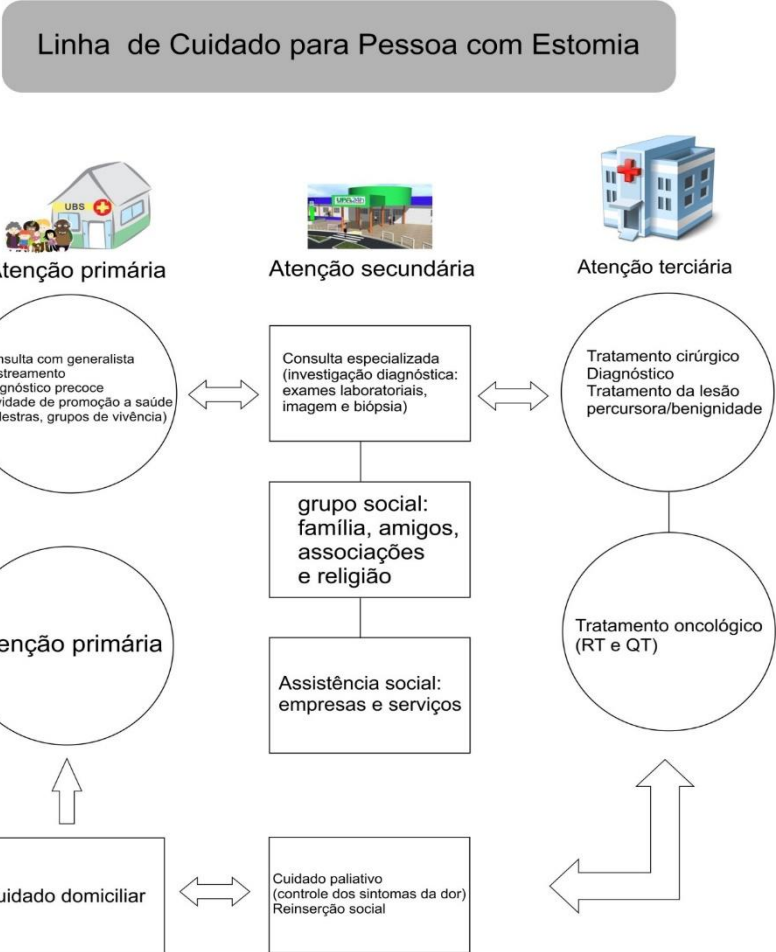
Fonte: Elaborado pela autora.

Considerando a necessidade de envolvimento da equipe de enfermagem para o adequado encaminhamento da pessoa com estomia compete a esta equipe realizar um levantamento dos usuários, prováveis à reversão, convocação, consulta de enfermagem, orientação e

encaminhamento ao atendimento médico (considerando o desejo/consentimento do ostomizado); ao médico cabe a realização de consulta, solicitação dos exames necessários, avaliação dos resultados e preenchimento dos formulários de encaminhamento ao hospital; ao Serviço Social é definida a realização de orientação quanto aos documentos necessários, informação sobre o local, data e horário de atendimento, assim como os recursos sociais de apoio ao usuário e à sua família, ainda a psicologia e Nutrição a emissão de parecer e orientação ao usuário e à família, quando já acompanhados por esses profissionais, ou em casos especiais, identificados pela equipe, visando esclarecer sobre os procedimentos de internação, intervenção cirúrgica e mudanças de realidade dela decorrentes.

Diante de todos os aspectos abordados apresenta-se como produto a linha de cuidado à pessoa com estomia com as competências e atribuições de cada nível de atenção.

Figura 2 - Articulação dos pontos de atendimento a pessoa com estomia.



Fonte: Elaborado pela autora.

Desta forma a linha de cuidado a pessoa com estomia em nível de Atenção Primária deve oferecer: consulta com médico generalista, rastreamento de novos casos, diagnóstico precoce e atividades de promoção a saúde por meio de palestras e grupos de vivências. Em nível de Atenção Secundária, tem como estratégia de atendimento a consulta

com especialista onde é feita a investigação diagnóstica por meio de exames laboratoriais, de imagem e biópsia. É composto por grupos de apoio social como grupos de vivências, familiares, amigos e religiosos, por assistência social com o apoio de empresas e serviços. O nível de Atenção Terciária é composto por serviços mais complexos, onde ocorre o tratamento cirúrgico e oncológico como radioterapia e quimioterapia. Após esse último nível de atenção, a pessoa com estomia retorna ao cuidado domiciliar para realizar cuidados paliativos ou se reinserir na sociedade, tendo como base de atendimento novamente a Atenção Primária de Saúde (BRASIL, 2007).

O conhecimento dos direitos e acessibilidade dos serviços ofertados às pessoas com estomia possibilitará melhor qualidade de vida e maior independência, incentivando a autonomia, a participação social, a dignidade e solidariedade à pessoa com estomia, e apesar da existência das legislações citadas, a condição da pessoa com estomia ainda é assunto desconhecido por grande parte da população, cabendo aos profissionais da área e às associações de ostomizados a missão de divulgar seus direitos e respectivos serviços de referência.

REFERÊNCIAS

ARDIGO, Fabíola Santos; AMANTE Lúcia Nazareth. Conhecimento do profissional acerca do cuidado de enfermagem à pessoa com estomia intestinal e família. **Rev. Texto contexto enferm.** v.22 n.4 Florianópolis Oct./Dec. 2013. Disponível em:

<http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-07072013000400024>. Acesso em: ago. de 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria n. 116, de 09 de setembro de 1993.** Inclui no Sistema de Informações Ambulatoriais do Sistema Único de Saúde - SIA/SUS a concessão dos equipamentos de órteses, próteses e bolsas de colostomia constantes do Anexo Único. Brasília, DF, 1993 (a). Disponível em:

<http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/sas/1993/prt0116_09_09_1993.html>. Acesso em: jun. de 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção a Saúde. **Portaria n.146, de 14 de outubro de 1993.** Estabelecer diretrizes gerais para a

concessão de Próteses e Órteses através da Assistência Ambulatorial. Brasília, DF, 1993(b). Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/sas/1993/prt0146_14_10_1993.html. Acesso em: out. de 2015.

BRASIL. Ministério da Saúde. **DECRETO n. 3.298 de 20 de Dezembro de 1999**. Regulamenta a Lei de N. 7853, de 24 de Outubro de 1989, e dispõe sobre a Política Nacional para integração da Pessoa Portadora de Deficiência. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/decreto/d3298.htm>. Acesso em: ago. de 2017.

_____ **Decreto 5296 de 2 dezembro 2004**. Regulamenta a Lei No 10.048, de 8 de novembro de 2000, que dá prioridade de atendimento às pessoas que especifica, e Lei No 10.098, de 19 de dezembro de 2000, que estabelece normas gerais e critérios básicos para a promoção da acessibilidade das pessoas portadoras de deficiência ou com mobilidade reduzida, e dá outras providências. Diário Oficial da União, 03 dez 2004 Disponível em: < http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2004-2006/2004/decreto/d5296.htm >. Acesso em: ago. de 2017.

_____ Conselho Nacional de Secretários de Saúde. **Assistência de Média e Alta Complexidade no SUS** / Conselho Nacional de Secretários de Saúde. – Brasília : CONASS, 2007. Disponível em: < http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/colec_progestores_livro9.pdf >. Acesso em: ago. de 2017.

_____ Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Portaria n. 400, de 16 de novembro de 2009**. Estabelece diretrizes nacionais para a atenção a saúde das pessoas estomizadas. Brasília, 2009 (a). Disponível em: < http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/sas/2009/prt0400_16_11_2009.html >. Acesso em: ago. de 2017.

_____ Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Política Nacional de Saúde da Pessoa com Deficiência**. 1a ed. Brasília: Ministério da Saúde; 2010. Disponível em:

<http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_pessoa_com_deficiencia.pdf>. Acesso em: Ago. 2017.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde.

Departamento de Atenção Básica. Diretrizes para o cuidado das pessoas com doenças crônicas nas redes de atenção à saúde e nas linhas de cuidado prioritárias. Brasília, DF, 28 p., 2013. Disponível em: <

http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/diretrizes%20cuidado_pessoas%20doencas_cronicas.pdf>. Acesso em: ago de 2017.

_____. Instituto Nacional do Câncer José Alencar Gomes da Silva.

INCA estima quase 600 mil casos novos de câncer para 2016.

2016(a). Disponível em:

<http://www2.inca.gov.br/wps/wcm/connect/agencianoticias/site/home/noticias/2015/inca_estima_quase_600_mil_casos_novos_de_cancer_em_2016>. Acesso em: 20 abr. 2016.

_____. Instituto Nacional do Câncer José Alencar Gomes da Silva.

Colorretal: Tratamento. 2016 (b). Online. Disponível em:

<<http://www2.inca.gov.br/wps/wcm/connect/tiposdecancer/site/home/colorretal/tratamento>>. Acesso em: ago. de 2017.

CECILIO, Luiz Carlos de Oliveira; MERHY, Emerson Elias. **A integralidade do cuidado como eixo da gestão hospitalar.** Campinas:

Unicamp, 2003. (mimeogr.). Disponível em: <

<http://www.hc.ufmg.br/gids/Integralidade.pdf>>. Acesso em jul. de 2015.

FEUERWERKER, Laura Camargo Macruz. **Micropolítica e saúde: produção do cuidado, gestão e formação/** Org. - Porto Alegre: Rede UNIDA, 174 p., 2014. (Coleção Micropolítica do Trabalho e o Cuidado em Saúde) Disponível em:

<<file:///C:/Users/User/Downloads/Micropolitica%20e%20saude.pdf>>. Acesso em: ago. de 2017.

MALTA, Deborah Carvalho; MERHY, Emerson Elias. O percurso da linha do cuidado sob a perspectiva das doenças crônicas não

transmissíveis. **Interface - Comunic., Saude, Educ.**, v.14, n.34, p.593-605, jul./set. 2010. Disponível em < <http://www.scielo.br/pdf/icse/v14n34/aop0510.pdf> >. Acesso em out. de 2015.

MARTINS, Margareth Linhares et all. **Grupo de apoio à pessoa ostomizada - mudando caminhos:** prazeres, saberes e fazeres em parceria 1985-2005. Florianópolis: Bernúncia, . p. 57, 2005.

MENDES, Eugênio Vilaça. **As redes de atenção à saúde. As redes de atenção à saúde.** Cap.2. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 549 p., 2011. Disponível em: < http://www.conass.org.br/pdf/Redes_de_Atencao.pdf >. Acesso em: out. de 2015.

PINHEIRO, Roseni; MATTOS, Ruben Araujo de (Org.). **Gestão em Redes: Práticas de avaliação, formação e participação na saúde.** Rio de Janeiro: Cepesc, 2006.

SANTA CATARINA. Secretaria de Estado da Saúde. **Plano operativo para a organização da rede de assistência à pessoa com deficiência física em santa Catarina:** Plano Operativo para a Organização da Rede de Assistência à Pessoa com Deficiência Física em Santa Catarina. 1 ed. Florianópolis, 73 p , 2008. Disponível em: <http://www.saude.sc.gov.br/geral/planos/Plano_reabilitacao_deficiencia_fisica/Plano_de_Reabilitacao_Fisica.pdf>. Acesso em: ago. de 2017.

VENANCIO, Sonia Isoyama; ROSA, Tereza Etsuko da Costa; BERSUSA, Ana Aparecida Sanches. Atenção integral à hipertensão arterial e diabetes mellitus: implementação da Linha de Cuidado em uma Região de Saúde do estado de São Paulo, Brasil. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, [s.l.], v.26, n.1, p.113-135, mar. 2016. Disponível em: < <http://dx.doi.org/10.1590/s0103-73312016000100008> >. Acesso em: ago. de 2017.

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

O modelo de gestão de saúde atual busca a prevenção e promoção da saúde da população com base nas diretrizes do Sistema Único de Saúde, determinadas como integralidade, universalidade e equidade. Receber uma assistência de qualidade é um direito incontestável de todo indivíduo e fornecê-la é dever de todos os serviços de saúde.

Estratégias de ações têm sido implementadas para a o atendimento das pessoas e com a organização dos serviços de saúde de uma forma que atenda a população de maneira mais eficaz assim, desta forma, foi criada a lógica das organizações de redes de atenção à saúde. Esta rede é composta por uma linha de atendimento que orienta o fluxo do atendimento, ou seja, a linha do cuidado é a imagem pensada para expressar os fluxos assistenciais seguros e garantidos ao usuário, de forma a atender às suas necessidades de saúde, ela organiza e orienta o itinerário. A linha é composta por segmentos institucionais e outros não necessariamente inseridos no sistema de saúde, mas que participam de alguma forma da rede, como entidades comunitárias e de assistência social.

O atendimento a pessoa com estomia intestinal incorporadas nas redes de atenção são elencadas de forma que se amplie o contexto de saúde com base nas diretrizes do SUS, neste trabalho amparado na integralidade. A integralidade favorece a construção de conceitos e estratégias sociais relacionadas a promoção e a gestão de cuidado em saúde estabelecendo uma relação democrática com ações integrais de atenção.

Assim, esta pesquisa foi realizada para compreender como é desenvolvido o cuidado a pessoa com estomia intestinal e seus familiares pelos profissionais de saúde dos municípios da 18ª Regional de Saúde de Santa Catarina e elaborar uma proposta de linha de cuidado para a pessoa com estomia intestinal e seus familiares na perspectiva dos profissionais envolvidos no cuidado a pessoa com estomia nas unidades de saúde dos municípios.

Percebeu-se durante o estudo, que os profissionais e gestores desconhecem as políticas que regem o atendimento a pessoa com estomia, entretanto o desenvolvimento do atendimento se dá conforme preconizado pelo Programa de Atenção a Pessoa com Estomia já que as orientações são repassadas pela Secretaria do Estado aos municípios.

Evidencia-se a necessidade de sistematizar a comunicação entre os pontos de atenção, para que as informações e os encaminhamentos posteriores sejam realizados de forma padrão a fim de evitar conflitos ou dúvidas principalmente devido aos procedimentos realizados.

A centralização do atendimento a pessoa com estomia em única unidade de atendimento como no caso das policlínicas e secretarias de saúde, pode ser um facilitador ao caminho que esta pessoa deve percorrer, mas o atendimento em sua unidade de saúde por área de abrangência não pode ser negligenciado, cabe ao serviço de atenção primária fazer o acompanhamento envolvendo-se no cuidado e orientando sobre o autocuidado e possíveis complicações.

Observou-se durante o estudo que os profissionais têm atuação diferente em cada município, isto ocorre pela forma individual de administração dos serviços, alguns se sentem a margem do atendimento, outros se percebem cuidadores, isto reforça a necessidade de envolvimento dos serviços de todos os profissionais no atendimento a pessoa com estomia, participando de cursos de aperfeiçoamento, desta forma os profissionais se sentiram mais seguros no atendimento.

Os estudos reforçam a importância da visibilidade do caminho que a pessoa com estomia necessita percorrer e os pontos de articulação do atendimento, caminho este já existente e realizado de forma informal. A organização deste percurso em forma de linha de cuidado proporciona aos profissionais e usuários a coesão do sistema e a garantia para os gestores, profissionais e usuário de um serviço de qualidade e integrado.

Percebe-se que a pessoa com estomia intestinal e seus familiares tem um entendimento do processo saúde-doença-prognóstico diferente de acordo com a forma que são abordados durante a internação hospitalar, sendo que o entendimento para o autocuidado é mais facilitado quando se inicia nos primeiros momentos de internação, sendo reforçado até o momento da alta hospitalar.

REFERÊNCIAS

ALVIN, Neide Aparecida Titonelli. SAÚDE NA PERSPECTIVA DA INTEGRALIDADE. **Escola Anna Nery**, Rio de Janeiro, v.4, n.17, p.599-601, out. 2013. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1414-81452013000400599&script=sci_arttext >. Acesso em: 03 set. 2015.

AMANTE Lúcia Nazareth, et al. **Análise das necessidades de saúde das pessoas com estomias intestinais e urinárias e as linhas de cuidados em Enfermagem no município de Florianópolis** Projeto de extensão FAPESC. 2013.

ARAÚJO, Dolores; MIRANDA, Maria Claudina Gomes de; BRASIL, Sandra L. Formação de profissionais da saúde na perspectiva da integralidade. **Revista Baiana de Saúde Pública**. v.31, supl.1, p.20-31, jun. 2007. Disponível em: <<http://pesquisa.bvsalud.org/bvsvs/resource/pt/int-2303> >. Acesso em: nov. de 2015.

ARDIGO, Fabíola Santos; AMANTE, Lúcia Nazareth. Conhecimento do profissional acerca do cuidado de enfermagem à pessoa com estomia intestinal e família. **Texto & Contexto Enfermagem**, v.22, n.4, p.1064-1071, dez. 2013. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/tce/v22n4/24.pdf> >. Acesso em: mai. de 2015.

BELLATO, Rosenev et al.. A condição crônica ostomia e as repercussões que traz para a vida da pessoa e sua família. **Cienc Cuid Saude**, v. 6, n. 1, p 40- 50, jan./ mar. 2007 Disponível em: < file:///C:/Users/User/Downloads/4971-14632-1-PB.pdf. >. Acesso em: out. de 2015.

BENITO, Gladys Amélia Véles; LICHESKI, Ana Paula. Sistemas de Informação apoiando a gestão do trabalho em saúde. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 62, n. 3, p.447-450, jun. 2009. Disponível em < <http://www.scielo.br/pdf/reben/v62n3/18.pdf>>. Acesso em: out. de 2015.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria Nacional de Assistência à Saúde. **ABC do SUS Doutrinas e Princípios**. Brasília, DF, 1990 (a). Disponível em:
<http://www.pbh.gov.br/smsa/bibliografia/abc_do_sus_doutrinas_e_principios.pdf > Acesso em: set. de 2015.

_____. Lei nº. 8.142, de 28 de dezembro de 1990. Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências. **Diário Oficial da União** Brasília, DF, 1990 (b). Disponível em:
<http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/LEIS/L8142.htm >. Acesso em: nov. de 2015.

_____. Ministério da Saúde. **Portaria n. 116, de 09 de setembro de 1993**. Inclui no Sistema de Informações Ambulatoriais do Sistema Único de Saúde - SIA/SUS a concessão dos equipamentos de órteses, próteses e bolsas de colostomia constantes do Anexo Único. Brasília, DF, 1993 (a) Disponível em:
<http://bvsm.s.saude.gov.br/bvs/saudelegis/sas/1993/prt0116_09_09_1993.html>. Acesso em: jun. de 2017.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção a Saúde. **PORTARIA N.146, DE 14 DE OUTUBRO DE 1993**. Estabelece diretrizes gerais para a concessão de Próteses e Órteses através da Assistência Ambulatorial. Brasília, DF, 1993(b) . Disponível em:
<http://bvsm.s.saude.gov.br/bvs/saudelegis/sas/1993/prt0146_14_10_1993.html >. Acesso em: out. de 2015.

_____. Ministério Da Saúde. **DECRETO n. 3.298 de 20 de Dezembro de 1999**. Regulamenta a Lei no 7.853, de 24 de outubro de 1989, dispõe sobre a Política Nacional para a Integração da Pessoa Portadora de Deficiência, consolida as normas de proteção, e dá outras providências. Disponível em:
<http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/decreto/d3298.htm>. Acesso em: ago. de 2017.

_____. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. **Para entender a gestão do SUS**. Brasília, DF, 2003. Disponível em:

<http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/para_entender_gestao.pdf>
Acesso em: out. de 2015.

_____. Ministério da Saúde .Humaniza SUS. **Política nacional de humanização: a humanização como eixo norteador das práticas de atenção e gestão em todas as instâncias do SUS**. Brasília, 2004.

Disponível em:

<bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/humanizasus_2004.pdf>. Acesso em: mai. de 2017.

_____. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. **Assistência de Média e Alta Complexidade no SUS**. – Brasília : CONASS, 2007.

Disponível em:

<http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/colec_progestores_livro9.pdf>. Acesso em: ago. de 2017.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde.

PORTARIA 400 DE 16 DE NOVEMBRO DE 2009. Estabelece Diretrizes Nacionais para a Atenção à Saúde das Pessoas Ostomizadas no âmbito do Sistema Único de Saúde e defini que a atenção à saúde das pessoas com estoma seja composta por ações desenvolvidas na atenção básica e ações desenvolvidas nos Serviços de Atenção à Saúde das Pessoas Ostomizadas. Brasília, DF, 2009. Disponível em:

<http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/sas/2009/prt0400_16_11_2009.html>. Acesso em: out. de 2015.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Política Nacional de Saúde da Pessoa com Deficiência**. 1a ed. Brasília: Ministério da Saúde; 2010.

_____. [Constituição (1988)]. **Constituição da República Federativa do Brasil**: texto constitucional promulgado em 5 de outubro de 1988, com as alterações adotadas pelas Emendas Constitucionais nos 1/1992 a 68/2011, pelo Decreto Legislativo n. 186/2008 e pelas Emendas

Constitucionais de Revisão nos 1 a 6/1994. – 35. ed. – Brasília: Câmara dos Deputados, Edições Câmara, 2012(a).

_____. Ministério da Saúde. Resolução 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde. Incorpora, sob a ótica do indivíduo e das coletividades, referenciais da bioética, tais como, autonomia, não maleficência, beneficência, justiça e equidade, dentre outros, e visa a assegurar os direitos e deveres que dizem respeito aos participantes da pesquisa, à comunidade científica e ao Estado. **Diário Oficial da União**. Brasília, DF, 2012 (b). Disponível em: <<http://conselho.saude.gov.br/resolucoes/2012/reso466.pdf>>. Acesso em: mai. de 2015.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Diretrizes para o cuidado das pessoas com doenças crônicas nas redes de atenção à saúde e nas linhas de cuidado prioritárias** /Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. Brasília, 2013. 28 p.. Disponível em: <http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/diretrizes%20cuidado_pessoas%20doencas_cronicas.pdf >. Acesso em: ago. de 2017.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Implantação das Redes de Atenção à Saúde e outras estratégias da SAS. Brasília. 2014. 160 p.

_____. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. **A Atenção Primária e as Redes de Atenção à Saúde**. Brasília, DF, 2015. Disponível em: <<http://www.conass.org.br/biblioteca/pdf/A-Atencao-Primaria-e-as-Redes-de-Atencao-a-Saude.pdf> >. Acesso em: set. de 2015.

_____. Instituto Nacional do Câncer José Alencar Gomes da Silva. **INCA estima quase 600 mil casos novos de câncer para 2016**. 2016 (a). Disponível em: <http://www2.inca.gov.br/wps/wcm/connect/agencianoticias/site/home/noticias/2015/inca_estima_quase_600_mil_casos_novos_de_cancer_em_2016>. Acesso em: 20 abr. 2016. Acesso em: ago. de 2017.

____ Instituto Nacional do Câncer José Alencar Gomes da Silva.

Colorretal: Tratamento. 2016 (b). Disponível em:

<<http://www2.inca.gov.br/wps/wcm/connect/tiposdecancer/site/home/colorretal/tratamento>>. Acesso em: ago. de 2017.

BRITO, Maria da Conceição Coelho, et al. Atenção à saúde do idoso: o sistema de referência e contrarreferência nos serviços de saúde **Rev. pesqui. cuid. Fundam.** jul./set. v.6, n.3, p. 1128-1138, 2014.

Disponível em: <[file:///C:/Users/User/Downloads/2878-20193-1-PB%20\(1\).pdf](file:///C:/Users/User/Downloads/2878-20193-1-PB%20(1).pdf)>. Acesso em: jun. de 2015.

CARNEIRO, Pedro Silveira; FORSTER Aldaísa Cassanho; FERREIRA Janise Braga Barros. A dinâmica de três colegiados de gestão regional: um olhar sobre a regionalização e pactuação. **Saúde debate.** Rio de Janeiro, v.38 n..100, Jan./Mar. 2014. Disponível em:

<http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0103-11042014000100057&script=sci_arttext>. Acesso em: out. de 2015.

CARVALHO, Arianny; SANTOS, Carlos Eduardo; REHEM, Tânia. Resgatando as Vivências Sobre Sistemas de Informação em Saúde por Enfermeiros de um Centro de Saúde do Distrito Federal. **Investigação Qualitativa em Saúde.** v.1, 2015 Disponível em: <

<http://proceedings.ciaiq.org/index.php/ciaiq2015/article/view/74>. >. Acesso em: out. de 2015.

CECÍLIO, Luiz Carlos de Oliveira; CARAPINHEIRO, Graça; ANDREAZZA, Rosemarie (Org.). **Os mapas do cuidado: o agir leigo.** São Paulo: Huscitec: Fapesp, 2014. 198 p.

CECILIO, Luiz Carlos de Oliveira; MERHY, Emerson Elias. **A integralidade do cuidado como eixo da gestão hospitalar.** Campinas: Unicamp, 2003. (mimeogr.). Disponível em:

<<http://www.hc.ufmg.br/gids/Integralidade.pdf>>. Acesso em: jul. de 2015.

CETOLIN, Sirlei Favero et al. A Dinâmica sócio-familiar com pacientes portadores de ostomia intestinal definitiva. **ABCD, arq. bras. cir. dig.** São Paulo, v.26, n..3, Jul/Set. 2013. Disponível em:

<http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-67202013000300003>. Acesso em: jun. de 2015.

CUNHA, Kamylla Santos da et al. Myocardial revascularization: factors intervening in the reference and counter-reference in Primary Health Care. **Revista da Escola de Enfermagem da Usp**. São Paulo, v. 50, n. 6, dez. 2016. p. 965-972. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/s0080-623420160000700013>>. Acesso em: mai. de 2017.

DIAS, Camila Faria. **O sistema de referência e contra-referência na estratégia saúde da família no município de Bauru**: perspectiva dos gestores. Botucatu, 2010 Dissertação (mestrado) – Faculdade de Medicina de Botucatu, Universidade Estadual Paulista, São Paulo, 2010 Disponível em: <http://repositorio.unesp.br/bitstream/handle/11449/96410/dias_cf_me_botfm.pdf?sequence=1&isAllowed=y>. Acesso em: out. de 2015.

FEUERWERKER Laura Camargo Macruz. **Micropolítica e saúde: produção do cuidado, gestão e formação**/ Org. - Porto Alegre: Rede UNIDA, 2014. 174 p. - (Coleção Micropolítica do Trabalho e o Cuidado em Saúde). Disponível em: <<file:///C:/Users/User/Downloads/Micropolitica%20e%20saude.pdf>> Acesso em: ago. de 2017.

FONTOURA, Rosane Teresinha; MAYER, Cristiane Nunes. Uma breve reflexão sobre a integralidade **Rev. Bras. Enferm.** Vol 59, n. 4, Jul-ago, p 532-537p. 2006. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/reben/v59n4/a11v59n4.pdf>>. Acesso em: set. de 2015.

FREITAS, Luana. Souza, et al. Indicadores do resultado de enfermagem autocuidado da ostomia: Revisão Integrativa. **Cogitare Enferm.** Vol 20, n. 3, Jul/set, . p. 618-625, 2015. Disponível em: <<http://ojs.c3sl.ufpr.br/ojs/index.php/cogitare/article/viewFile/40045/26255>> Acesso em: 24 nov. de 2015.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA – IBGE. Censo demográfico 2010. Disponível em: <<http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/censo2010/default.shtm>>. Acesso em: mai. de 2015.

KOERICH Magda Santos et al. TECNOLOGIAS DE CUIDADO EM SAÚDE E ENFERMAGEM E SUAS PERSPECTIVAS FILOSÓFICAS. **Texto Contexto Enferm**, Florianópolis, 178-85 p., 2006. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/tce/v15nspe/v15nspea22>>. Acesso: out. de 2015.

LEITE, Rosana Farias Batista; VELOSO, Thelma Maria Grisi. Limites e Avanços do Programa Saúde da Família de Campina Grande: um estudo a partir de representações sociais. **Saúde Soc.** São Paulo, v.18, n.1, p.50-62, 2009. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/sausoc/v18n1/06.pdf>>. Acesso em: jul. de 2015.

MACÊDO, Roberta Dantas. **O uso de sistemas de informação na área da saúde:** Um estudo sobre a implantação do E-SUS na atenção básica. 2016. 29f. Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação em Computação) - Universidade Estadual da Paraíba, Campina Grande, 2016. Disponível em: <<http://dspace.bc.uepb.edu.br/jspui/handle/123456789/11035>>. Acesso em: mai. de 2017.

MALTA, Deborah Carvalho; MERHY, Emerson Elias. O percurso da linha do cuidado sob a perspectiva das doenças crônicas não transmissíveis. **Interface - Comunic., Saude, Educ.**, v.14, n.34, p.593-605, jul./set. 2010. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/icse/v14n34/aop0510.pdf>>. Acesso em: out. de 2015.

MANZINI, Eduardo José. Entrevista Semi estruturada: análise de objetivos e de roteiros. In: **Seminário Internacional Sobre Pesquisas e estudos qualitativos**, 2, 2004, Bauru, A pesquisa qualitativa em debate. Anais. Bauru: USC, 2004. 10 p.

MANZINI, Eduardo José. Uso da entrevista em dissertações e teses produzidas em um programa de pós-graduação em educação. **Revista Percurso – NEMO**. ISSN: 2177- 3300. Maringá, v. 4, n.2, p. 149- 171, 2012. Disponível em: <<http://eduem.uem.br/ojs/index.php/Percurso/article/viewFile/18577/10219>> Acesso em: jun. de 2015.

MARTINS, Margareth Linhares et al. **Grupo de apoio à pessoa ostomizada - mudando caminhos: prazeres, saberes e fazeres em parceria 1985-2005**. Florianópolis: Bernúncia, 2005. p. 57.

MEDEIROS, Regianne Leila Rolim, ATKINSON, Sarah. Performance of the local health system and contingent influences in Northeast-Brazil: breaking vicious and virtuous circles **Ciênc. saúde coletiva** v.18, n.11 Rio de Janeiro Nov. 2013. Disponível em: <http://www.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232013001900032>. Acesso em: nov. 2015.

MENDES, Eugênio Vilaça. As redes de atenção à saúde. **Ciênc. saúde coletiva**. Rio de Janeiro, v.15, n.5, Ago. 2010. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=s1413-81232010000500005&script=sci_arttext>. Acesso em: set. de 2015.

MENDES, Eugênio Vilaça. **As redes de atenção à saúde**. Cap.2. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2011. 549 p.: il. Disponível em: <http://www.conass.org.br/pdf/Redes_de_Atencao.pdf . Acesso em: out. de 2015.

MERHY, Emerson Elias; CECÍLIO, Luiz Carlos De Oliveira. **A integralidade do cuidado como eixo da gestão hospitalar**. Campinas: Unicamp, 2003. Disponível em: <<http://www.hc.ufmg.br/gids/Integralidade.pdf>>. Acesso em: jul. 2015.

MINAYO, M. C. de S. O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde. 12. ed. São Paulo: Hucitec, 2010.

MORAES, Adriana de Andrade; BALBINO, Carlos Marcelo; SOUZA Marilei de Melo Tavares e. The discomfort in patient ostomates.

Revista Pró-UniverSUS. Jan./Jun.; v.6, n.1, p. 05-08, 2015. Disponível em:

<<http://www.uss.br/pages/revistas/revistaprouiversus/V6N12015/pdf/001.pdf>>. Acesso em: set. de 2015.

MORAES, Juliano Teixeira et all. Serviços de atenção ao estomizado: análise diagnóstica no Estado de Minas Gerais, Brasil. **Cad. Saúde Colet.** Rio de Janeiro, v.22, n.1, 2014. p.101-108. Disponível em<<http://www.scielo.br/pdf/cadsc/v22n1/1414-462X-cadsc-22-01-00101.pdf>> Acesso em: jun. 2015.

NASCIMENTO, Conceição de Maria de Sá et all. Vivência do paciente estomizado: uma contribuição para a assistência de enfermagem. **Texto contexto Enferm.** v.20 n. 3, Florianópolis, Jult/Sept ,2011. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-07072011000300018> Acesso em: jun. de 2015.

NEVES, Claudia abbês Baêta; MASSARO, Altair. Biopolítica, produção de saúde e um outro humanismo. **Interface Comum Saúde Educ.** Botucatu, v.13 (Supl. I), 2009. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S141432832009000500003&script=sci_arttext>. Acesso: em jun. 2015.

PAIVA, Carlos Henrique Assunção; TEIXEIRA, Luiz Antonio. Reforma sanitária e a criação do Sistema Único de Saúde: notas sobre contextos e autores. **Hist. Cienc. Saude-Manguinhos.** Rio de Janeiro, v.21 n.1, Jan./Mar, 2014. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-59702014000100015> Acesso em: jun. de 2015.

PARCHE, Dário Frederico; PASSOS, Eduardo; HENNINGTON, Élida Azevedo. Cinco anos da política Nacional de Humanização: trajetória de uma política pública. **Ciênc. saúde coletiva.** Rio de Janeiro, v.16 n.11, nov. 2011. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1413-81232011001200027&script=sci_arttext>. Acesso em: jun. de 2015.

MARTINS, Paula Alvarenga de Figueiredo; ALVIN, Neide Aparecida Titonelli. Perspectiva educativa do cuidado de enfermagem sobre a manutenção da estomia de eliminação. **Rev. Brasileira de Enfermagem**. v.64, n.2, p.322-327, abr, 2011. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672011000200016>. Acesso em: 10 mai. 2017.

PINHEIRO, Roseni; MATTOS, Ruben Araujo de (Org.). **Gestão em Redes: Práticas de avaliação, formação e participação na saúde**. Rio de Janeiro: Cepesc, 2006.

PINTO, Igor et al. Psychometric Properties of the Form Development of Self-Care Competence of the Person with a Bowel Elimination Ostomy. **Revista de Enfermagem Referência**, n.8, p.75-84, 29 mar. 2016. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.12707/riv15044>>. Acesso em: jul. 2015.

POLIT, Denise F.; BECK, Cheryl Tatano. **Fundamentos de pesquisa em enfermagem: métodos, avaliação e utilização**. 7 ed. Porto Alegre: Artmed, 2011.

PONTES, Ana Paula Munhen de et al. A universalidade no SUS: pensamento dos usuários. **Esc Anna Nery Rev Enferm**. v.13, n.3, jul-set, p.500-507, 2009. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/ean/v13n3/v13n3a07> >. Acesso em: out. de 2015.

PROTASIO, Ane Polline Lacerda et al. Avaliação do sistema de referência e contrarreferência do estado da Paraíba segundo os profissionais da Atenção Básica no contexto do 1º ciclo de Avaliação Externa do PMAQ-AB. **Saúde debate**. Rio de Janeiro, v.38 n. spe, Oct. 2014. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0103-11042014000600209&script=sci_arttext&tlng=es >. Acesso em jun. 2015.

SALES, Catarina Aparecida et al. Sentimentos da pessoa estomizada: compreensão existencial. **Rev. Es. Enferm**. São Paulo, v. 44, n. 1, p. 221-227, 2010. Disponível em: <

http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-62342010000100031 >. Acesso em: 28 mai. 2015.

SAMPAIO, Cynthia de Freitas; GUEDES, Maria Vilani Cavalcante. Nursing process as a strategy in the development of competence for self-care. **Acta Paulista de Enfermagem**. São Paulo, v.25, n.2, p.96-103, 2012. Disponível em: < <http://dx.doi.org/10.1590/s0103-21002012000900015> >. Acesso em: mai. de 2017.

SANTA CATARINA. Secretaria de Estado da Saúde. **Plano operativo para a organização da rede de assistência à pessoa com deficiência física em santa Catarina**: Plano Operativo para a Organização da Rede de Assistência à Pessoa com Deficiência Física em Santa Catarina. 1 ed. Florianópolis, 2008. 73 p. Disponível em: <http://www.saude.sc.gov.br/geral/planos/Plano_reabilitacao_deficiencia_fisica/Plano_de_Reabilitacao_Fisica.pdf>. Acesso em: 15 nov. 2015.

SANTA CATARINA. Jaqueline Reginatto. (Org.) **Serviço Estadual de Atenção às Pessoas com Ostomias Intestinal, Urinária e/ou Fístulas Cutâneas**. 2016. Disponível em: <http://portalses.saude.sc.gov.br/index.php?option=com_content&view=article&id=3392&Itemid=534>. Acesso em: 20 jun. de 2016.

SCHIMITH, Maria Denise et al. Relações entre profissionais de saúde e usuários durante as práticas em saúde. **Trabalho, Educação e Saúde**, v.9, n.3, p.479-503, nov. 2011. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/s1981-77462011000300008>>. Acesso em: Ago. de 2017.

SEBRAE/SC Santa Catarina em Números/SC. Florianópolis: Sebrae/SC, 2013. 132p. Disponível em: <https://atendimento.sebrae-sc.com.br/projetos/portal_sebrae-sc/uploads/pdfs-municipios.pdf>. Acesso em: fev. de 2016.

SENA, Juliana Fernandes de et al. Perfil de estomizados com diagnóstico de neoplasias cadastrados em uma associação. **Rev enferm UFPE**. Recife, v.11(Supl. 2), p. 873-880, fev. 2017. Disponível em:

<<https://periodicos.ufpe.br/revistas/revistaenfermagem/article/view/13455/16139>>. Acesso em: jun. de 2017.

SERRA, Carlos Gonçalves; RODRIGUES, Paulo Henrique de Almeida. Avaliação da referência e contrarreferência no Programa Saúde da Família na Região Metropolitana do Rio de Janeiro (RJ, Brasil). **Ciência & Saúde Coletiva**. Rio de Janeiro, v.15, n. 3, p. 3579–3586, 2010. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1413-81232010000900033&script=sci_arttext>. Acesso em: abr. de 2015.

SILVA, Aleksandra Costa da; et al. **Promoção da Contra-referência no Ambulatório Com Uso do Prontuário Eletrônico pela Neurologia Clínica Pediátrica do Hospital da Criança Conceição**. Biblioteca Virtual da Saúde. 45 p, 2010. Monografia (Especialização em Gestão de Projetos de Investimentos em Saúde) - Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca, Fundação Oswaldo Cruz, Porto Alegre, 2010. Disponível em: <http://bvsm.s.saude.gov.br/bvs/publicacoes/premio2010/especializacao/trabalho_robertosaraiva_mh_e.pdf>. Acesso em: out. de 2015.

SILVA, Ana Lúcia; SHIMIZU, Helena Eri. A relevância da Rede de Apoio ao estomizado. **RevBrasEnferm**, Brasília, v. 60, n. 3, p. 307-311, maio-jun, 2007. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/reben/v60n3/a11.pdf>>. Acesso em mai. de 2015.

SILVA, Elaine Soares da et al. care technology to people with colostomy: diagnosis and nursing interventions. **Revista Mineira de Enfermagem**, v.20, 2016. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.5935/1415-2762.20160001>> Acesso em: jul. 2015.

SILVA, Kênia Lara, SENA, Roseni Rosângela de. Integralidade do cuidado na saúde: indicações a partir da formação do enfermeiro. **RevEscEnferm**. São Paulo, v.42, n.1, p. 48-56, 2008. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-62342008000100007>. Acesso em abr. de 2015.

SILVA, Silvio Fernandes da. Organização de redes regionalizadas e integradas de atenção à saúde: desafios do Sistema Único de Saúde (SUS). **Ciência e saúde coletiva**. Brasília, v.16, n. 6, 2011. p. 2753-2762. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csc/v16n6/14.pdf>>. Acesso em: jun. de 2015.

SORATTO, Jacks et al. Family health strategy: a technological innovation in health. **Texto & Contexto Enfermagem**. Florianópolis v. 24, n. 2, p.584-592 jun. 2015. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/0104-07072015001572014>>. Acesso em: mai. de 2017.

SOUSA, Maria Alves de Santana Qualidade de vida em clientes ostomizados. **Revista Texto & contexto enferm**; v.8, n.3, p.162-182, set.-dez. 1999.

SPERANDIO, Dircelene Jussara; ÉVORA, Yolanda Dora Martinez. Planejamento da assistência de enfermagem: proposta de um software-protótipo. **Rev Latino-am Enfermagem**. v.13, n. 6, nov- dez, 2005. p. 937-943. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rlae/v13n6/v13n6a04.pdf>>. Acesso em: nov. de 2015.

TORRES, Heloísa de Carvalho , PEREIRA, Flávia Rodrigues Lobo , ALEXANDRE, Luciana Rodrigues. Avaliação das ações educativas na promoção do autogerenciamento dos cuidados em diabetes mellitus tipo 2. **Rev Esc Enferm**. São Paulo, v.45, n.5, p.1077-82, 2011. Disponível em < <http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v45n5/v45n5a07.pdf>> Acesso em: mar. de 2016.

TRENTINI, Mercedes et al. Parceria: uma estratégia para promoção da saúde. **Cogitare Enfermagem**. 1996. Disponível em: <<http://revistas.ufpr.br/cogitare/article/view/8728>>. Acesso em: mar. de 2017.

VENANCIO, Sonia Isoyama; ROSA, Tereza Etsuko da Costa; BERSUSA, Ana Aparecida Sanches. Atenção integral à hipertensão arterial e diabetes mellitus: implementação da Linha de Cuidado em

uma Região de Saúde do estado de São Paulo, Brasil. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**. São Paulo, v.26, n.1, p.113-135, mar. 2016.
Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/s0103-73312016000100008>>. Acesso em: ago. de 2017.

APÊNDICES

APÊNDICE A - APRESENTAÇÃO DO ESTUDO A SER ENVIADO POR E-MAIL

Prezado Sr (Sra)

Diante de seu conhecimento sobre o cuidado de enfermagem à pessoa com estomia (urinária ou intestinal), vimos convidá-lo para participar de uma pesquisa sobre as necessidades de cuidado e caracterizar as linhas de cuidado em enfermagem às pessoas com estomias intestinais e urinárias e seus familiares nos municípios da 18ª Regional de Saúde.

Este estudo é parte do projeto Análise das necessidades de saúde das pessoas com estomias intestinais e urinárias e as linhas de cuidados em enfermagem no município de Florianópolis, vinculado ao Grupo de Apoio a Pessoa Ostomizada (GAO)

Sua participação será por meio de questionário encaminhado por endereço eletrônico. Esperamos retorno das respostas em 7 dias. Suas respostas serão avaliadas e, caso seja necessário, novo contato será feito para que se atinja o consenso esperado.

Agradecemos antecipadamente sua participação com a certeza de que suas contribuições serão valiosas para qualificar o cuidado de enfermagem a pessoa ostomizada.

Atenciosamente,

Magali Schütz Corrêa, mestranda do Programa de Pós-graduação
Mestrado Profissional Gestão do Cuidado de Enfermagem

Prof Dr^a Lúcia Nazareth Amante, orientadora.

Prof. Dr^a Juliana Balbinot Reis Girondi

APÊNDICE B - ROTEIRO DE ENTREVISTA

1. DADOS DE CARACTERIZAÇÃO DO PARTICIPANTE

Idade:

Sexo:

Formação – graduação:

Formação pós graduação:

Especialização:

Mestrado:

Doutorado:

Pós doutorado:

Tempo de trabalho na enfermagem:

Tempo de trabalho com pessoas estomizadas:

Local de trabalho atual:

2. PERGUNTAS RELACIONADAS AO TEMA DE PESQUISA

O que você conhece sobre a política de Atenção a Pessoa com estomia?

Quais os encaminhamentos você faz para a pessoa recém estomizada que procura seu serviço pela primeira vez?

Quais ações de cuidado e orientações você desenvolve no atendimento a pessoa com estomia?

Como você percebe a comunicação, fluxo de informações em relação a pessoa estomizada?

Quais são as potencialidades que você encontra nesse processo?

Quais são as dificuldades que você encontra nesse processo?

Qual a rede de apoio que a pessoa estomizada encontra no seu município?

Quais sugestões você daria no que se refere à formação da linha de cuidado, sistema de referência e contrarreferência e os pontos de atenção?

**APÊNDICE C - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E
ESCLARECIDO (TCLE)**

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS GRADUAÇÃO EM GESTÃO DO
CUIDADO EM ENFERMAGEM
MESTRADO PROFISSIONAL
CEP: 88040-900 – FLORIANÓPOLIS –SANTA CATARINA
Tel. Fax (048) 3721-4164
e-mail: mpenf@cotatoufsc.br
Home page: www.mpenf.ufsc.br

Você está sendo convidado a participar da pesquisa intitulada: **Linha de cuidado para o paciente com estomia intestinal e urinária e seus familiares na perspectiva dos profissionais de saúde dos municípios de Florianópolis**, com o objetivo de identificar as necessidades de cuidado e caracterizar as linhas de cuidado em enfermagem às pessoas com ostomias intestinais e urinárias e seus familiares nos municípios pertencentes à 18ª Regional de Saúde de Santa Catarina, por meio de entrevista semi estruturada a ser realizada com horário agendado de acordo com a disponibilidade do entrevistado.

Esta pesquisa está sendo realizada pela enfermeira Magali Schütz Corrêa, mestranda do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da UFSC, sob a orientação da Professora Dr^a. Lúcia Nazareth Amante e Co-orientadora Dr^a Juliana Balbinot Reis Girondi

Será realizada com os profissionais de saúde dos municípios da 18ª Regional de Saúde e especialistas na área de estomaterapia. Se você optar por nos auxiliar participando desta pesquisa, você poderá responder a este questionário, com duração média de 20 minutos.

Sua participação é totalmente voluntária e suas informações serão usadas exclusivamente para o trabalho científico. Caso não queira participar do estudo, não terá nenhuma desvantagem ou prejuízo. Caso decida participar, ainda será livre para sair do estudo a qualquer momento, bastando para isso informar a sua desistência, sem qualquer

prejuízo. Se você desejar as informações que tiver prestado não serão utilizadas.

Sua participação nesta pesquisa também não lhe acarretará nenhum risco físico, porém pode mobilizar seu emocional por abordar aspectos de sua experiência relativa ao atendimento prestado no cotidiano de seu trabalho. Se por ventura ocorrer desconforto psicológico estaremos aqui para ouvi-lo e acolhê-lo até que se sinta confortável em continuar com a entrevista.

O termo de consentimento livre e esclarecido lhes assegurará sigilo em relação à identificação e o caráter confidencial da informação relacionada com sua privacidade. Além disso, todas as identidades serão substituídas por letras, números ou nomes fictícios de modo a protegê-los. Os resultados poderão ser publicados em revistas especializadas omitindo o seu nome, evitando assim, qualquer identificação de sua pessoa.

Informamos que, sua participação nesta pesquisa, possivelmente trará reflexões que poderão contribuir para qualificar a assistência ao paciente estomizado e ampliar os conhecimentos sobre a Linha de Cuidado direcionado a essa clientela. Deste modo, o conhecimento advindo desta pesquisa poderá auxiliar profissionais da saúde em sua prática profissional visando à promoção da saúde. Você não terá nenhuma despesa pela participação neste estudo e igualmente não terá nenhuma compensação financeira sendo participante do mesmo. Se houver algum dano comprovadamente vinculado a sua participação neste estudo estaremos disponíveis para eventuais ressarcimentos.

O uso e a guarda das informações coletadas estarão sob responsabilidade das pesquisadoras: mestrandia Magali Schütz Corrêa orientadora Dr^a Lúcia Nazareth Amante e Co-orientadora Dr^a Juliana Balbinot Reis Girondi. As pesquisadoras garantem manter sempre o sigilo e o anonimato.

Em caso de qualquer problema relacionado ao estudo, ou sempre que tiver qualquer dúvida, por favor, entre em contato com: Magali Schütz Corrêa pelo telefone (48) 3721-9860 e-mail magasc76@gmail.com ou pessoalmente no Hospital Universitário Professor Dr. Polydoro Ernani de São Thiago (HU/UFSC)

Esta pesquisa cumpre a resolução n. 466, de 12 de dezembro de 2012 do Conselho Nacional de Saúde e tem a aprovação do Comitê de Pesquisa com Seres Humanos da Universidade Federal de Santa

Catarina (CEPSH/UFSC). O referido comitê tem o seguinte endereço: CEPSH/UFSC; Pró-Reitoria de Pesquisa; Prédio Reitoria II (Edifício Santa Clara); Rua Desembargador Vitor Lima, nº222, sala 902, Trindade, Florianópolis/SC, CEP 88040-400. Contato (48) 3721-6094. E-mail: cep.propesq@contato.ufsc.br.

Consentimento Informado:

Eu, _____, portador do RG _____ confirmo que li os termos da pesquisa e concordo em participar da mesma, sem receber qualquer incentivo financeiro ou qualquer vantagem, com a finalidade exclusiva de colaborar para o sucesso da pesquisa. Fui devidamente informado e esclarecido sobre o estudo, os procedimentos nele envolvidos, assim como os possíveis riscos e benefícios decorrentes de minha participação. Foi-me garantido a liberdade de retirar-me da pesquisa em qualquer hora ou momento, ficando assegurado que não serei penalizado por isso.

Florianópolis, _____ de _____ de 2016.

Assinatura do(a) participante

Pesquisadora responsável

NOTA: Este consentimento terá 2 vias: uma ficará com o pesquisador e outra com o próprio participante da pesquisa assinado em todas as vias.

APÊNDICE D - TERMO DE ANUÊNCIA

PROGRAMA DE PÓS GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS GRADUAÇÃO GESTÃO DO
CUIDADO EM ENFERMAGEM
MODALIDADE MESTRADO PROFISSIONAL
CEP 88040-900 FLORIANÓPOLIS- SANTA CATARINA

TERMO DE ANUÊNCIA

Declaramos para os devidos fins que estamos de acordo com a execução do projeto de pesquisa intitulado “ Linha de Cuidado para o Paciente com Estomia Intestinal e urinária na perspectiva dos profissionais de saúde dos municípios da 18ª Regional de Saúde de Santa Catarina ”, sob a coordenação e a responsabilidade da Drª. Profª. Lúcia Nazareth Amante e pesquisadora Enfª Magali Schütz Correa do Departamento de Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina, o qual terá o apoio da Secretaria Municipal de Saúde de Florianópolis - SC.

Cidade, Florianópolis de Março de 2016.

Nome – cargo/função
(carimbar)

ANEXOS

ANEXO A - PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

UNIVERSIDADE FEDERAL DE
SANTA CATARINA - UFSC

**PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP****DADOS DA EMENDA**

Título da Pesquisa: LINHA DE CUIDADO PARA O PACIENTE COM ESTOMIA INTESTINAL E URINÁRIA NA PERSPECTIVA DOS PROFISSIONAIS DE SAÚDE DOS MUNICÍPIOS DA 18ª REGIONAL DE SAÚDE SANTA CATARINA

Pesquisador: Lucia nazareth amante

Área Temática:

Versão: 4

CAAE: 24753514.9.0000.0121

Instituição Proponente: Universidade Federal de Santa Catarina

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 1.886.986

Apresentação do Projeto:

Emenda indicando aumento do tempo no cronograma dos estudos.

Objetivo da Pesquisa:

Não se aplica.

 Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Não se aplica.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Não se aplica.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Não se aplica.

Recomendações:

Não se aplica.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Pela aprovação.

Endereço: Universidade Federal de Santa Catarina, Prédio Reitoria II, R: Desembargador Vitor Lima, nº 222, sala 401
Bairro: Trindade CEP: 88.040-400
UF: SC Município: FLORIANÓPOLIS
Telefone: (48)3721-8094 E-mail: cep.propesq@contabo.ufsc.br

Continuação do Parecer: 1.886.088

Considerações Finais a critério do CEP:**Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:**

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_831022 E2.pdf	23/11/2016 14:22:50		Aceito
Outros	adendo.pdf	23/11/2016 14:18:34	lucia nazareth amante	Aceito
Cronograma	Cronograma.pdf	23/11/2016 14:17:19	lucia nazareth amante	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	anuencia_governador_celso_ramos.pdf	23/11/2016 14:13:15	lucia nazareth amante	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	anuencia_sao_jose.pdf	23/11/2016 14:05:48	lucia nazareth amante	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	anuencia_sao_pedro_de_alcantara.pdf	23/11/2016 14:05:00	lucia nazareth amante	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	anuencia_palhoca.pdf	23/11/2016 14:04:27	lucia nazareth amante	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	anuencia_florianopolis.pdf	23/11/2016 13:58:15	lucia nazareth amante	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	anuencia_aguas_momas.pdf	23/11/2016 13:56:46	lucia nazareth amante	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	Projeto_com_logo.pdf	30/03/2016 11:18:16	lucia nazareth amante	Aceito
Orçamento	justificativa_orcamento.pdf	30/03/2016 11:16:06	lucia nazareth amante	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	anuencia_Biguacu.pdf	29/03/2016 20:24:32	lucia nazareth amante	Aceito

Endereço: Universidade Federal de Santa Catarina, Prédio Retoria II, R: Desembargador Vitor Lima, nº 222, sala 401
 Bairro: Trindade CEP: 88.040-400
 UF: SC Município: FLORIANOPOLIS
 Telefone: (48)3721-6094 E-mail: cep.propesq@contato.ufsc.br

UNIVERSIDADE FEDERAL DE
SANTA CATARINA - UFSC



Continuação do Parecer: 1.886.986

TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	anuencia_RanchoQueimado.pdf	29/03/2016 20:23:34	lucia nazareth amante	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	anuencia_AntonioCarlos.pdf	29/03/2016 20:22:55	lucia nazareth amante	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	anuencia_Anitapolis.pdf	29/03/2016 20:22:06	lucia nazareth amante	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	anuencia_Angelina.pdf	29/03/2016 20:18:31	lucia nazareth amante	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE.pdf	22/03/2016 14:45:21	lucia nazareth amante	Aceito
Folha de Rosto	pesquisa_gao.pdf	12/02/2014 13:49:07		Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	plataforma fapescc 03112013.doc	10/02/2014 17:03:36		Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

FLORIANOPOLIS, 08 de Janeiro de 2017

Assinado por:
Yimar Correa Neto
(Coordenador)

Endereço: Universidade Federal de Santa Catarina, Prédio Reitoria II, R: Desembargador Vitor Lima, nº 222, sala 401
Bairro: Trindade CEP: 88.040-400

UF: SC Município: FLORIANOPOLIS

Telefone: (48)3721-6094

E-mail: cep.propesq@contato.ufsc.br

ANEXO B - INSTRUÇÃO NORMATIVA 01/MPENF/2014.

Instrução Normativa 01/MPENF/2014

Florianópolis, 3 de dezembro de 2014

Define os critérios para elaboração e o formato de apresentação dos trabalhos de conclusão do Programa de Pós-graduação em Gestão do Cuidado em Enfermagem (Mestrado Profissional) da UFSC.

A Coordenadora do Programa de Pós-graduação em Gestão do Cuidado em Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina, no uso de suas atribuições, considerando o disposto na Resolução 05/CUN/2010 e no Regimento Interno do Curso, e o que deliberou, por unanimidade, o Colegiado Pleno do Curso de Mestrado Profissional Gestão do Cuidado em Enfermagem da UFSC, em reunião realizada em 03/12/2014,

RESOLVE:

1. As dissertações deverão conter artigos/manuscritos de autoria do discente, em co-autoria com o orientador e co-orientador.
2. A inclusão destes artigos deverá ser feita de modo a fornecer uma visão do conjunto do trabalho da dissertação. O formato incluirá:
 - Elementos pré-textuais
 - Introdução
 - Objetivos
 - Referencial teórico e metodológico (em 1 ou 2 capítulos)
 - Resultados apresentados na forma de no mínimo 1 manuscrito e o produto técnico/prática de gestão do cuidado ou inovação tecnológica desenvolvidos. O manuscrito/artigo poderá ser inserido como capítulo específico, logo após a introdução (Revisão de literatura sobre o assunto da pesquisa) ou então no capítulo de Resultados e Discussão, juntamente com o(s) artigo(s) que contemplarão os resultados principais da pesquisa e o produto/prática de gestão do cuidado ou inovação tecnológica de gestão do cuidado ou inovação tecnológica apresentado em um capítulo de resultados, desenvolvidos na dissertação.
 - Considerações Finais/Conclusões
 - Elementos pós-textuais
3. Orientações gerais:
 - a) Todos os artigos, assim como os demais capítulos deverão ser apresentados de acordo com a ABNT;
 - b) A impressão final deverá seguir as normas de formatação da UFSC. Também a versão para avaliação da Banca Examinadora poderá estar formatada neste padrão;
 - c) Após a defesa pública, revisão final do trabalho de conclusão e sua entrega ao Programa e Biblioteca Universitária, os artigos deverão ser convertidos às normas dos periódicos selecionados e submetidos aos mesmos;
 - d) Os periódicos técnico-científicos selecionados para submissão deverão estar classificados pelo QUALIS/CAPES (área Enfermagem) como B2 ou superior. No caso de periódicos não classificados pelo QUALIS/CAPES (área Enfermagem), deverá ser considerado o índice de impacto JCR ou avaliação QUALIS/CAPES de outras áreas.

Documento homologado no Colegiado Delegado do Curso de Pós-graduação em Gestão do Cuidado em Enfermagem da UFSC de 03/12/2014

Esta Instrução Normativa substitui a instrução Normativa 03/MPENF/2011.

Esta Instrução Normativa será válida apenas para os alunos que ingressaram a partir de 2014.

Original firmado na Secretaria MPENF