

# Potencialidades e fragilidades interprofissionais na atenção às pessoas com estomias: estudo de método misto\*\*

Antonio Jorge Silva Correa Júnior<sup>1,\*</sup> , Pedro Emílio Gomes Prates<sup>1</sup> , Mary Elizabeth de Santana<sup>2</sup> ,  
Fernando Conceição de Lima<sup>3</sup> , André Aparecido da Silva Teles<sup>1</sup> , Helena Megumi Sonobe<sup>1</sup> 

## RESUMO

**Objetivo:** Analisar as atividades de uma equipe da Atenção Secundária especializada no atendimento a pessoas com estomias de eliminação, interpretando os distanciamentos e as aproximações com a interprofissionalidade. **Método:** Estudo de método misto em um serviço para pessoas com estomias do Norte do Brasil, com 16 profissionais. A etapa qualitativa descritiva foi pautada nos fatos sociais, de Émile Durkheim, em entrevista semiestruturada e em notas de campo com análise temática reflexiva. A etapa quantitativa empregou Inquérito por Questionário elaborado por especialistas e análise percentual descritiva. **Resultados:** Descreveram-se 31 atividades com baixa expressividade, das que estimulam a interprofissionalidade, como acolhimento, verificação da dinâmica familiar, educação na sala de espera, busca ativa de cadastros de usuários vulneráveis, agendamento de retorno ao serviço social, verificação da dinâmica familiar e abordagem sobre os direitos. Construíram-se dois temas: (1) Aspectos operacionais da (procura pela) interprofissionalidade: cadastro, gestão, busca ativa e encaminhamentos; e (2) Adquirir autonomia para a reinserção social e o afastamento do autocuidado: elementos colaborativos no caminhar do início ao “reinício”. **Conclusão:** A interprofissionalidade é um modelo de trabalho distante, contudo, práticas colaborativas vêm sendo esboçadas nos encaminhamentos. É premente o enfoque na interseccionalidade e na intersetorialidade para buscar a reinserção social dos usuários.

**DESCRITORES:** Acolhimento. Autocuidado. Educação interprofissional. Estomaterapia. Práticas interdisciplinares. Prática profissional.

## Interprofessional strengths and weaknesses in the care of people with stomas: a mixed-methods study

## ABSTRACT

**Objective:** To analyze the activities of a secondary care team specialized in assisting individuals with elimination stomas, interpreting the distances and proximities with interprofessionality. **Method:** A mixed-method study conducted in a service for people with stomas in northern Brazil, involving 16 professionals. The descriptive qualitative phase was based on Émile Durkheim's Social Facts, and utilized semi-structured interviews and field notes with reflective thematic analysis. The quantitative phase used a questionnaire survey designed by experts

<sup>1</sup>Universidade de São Paulo  – Ribeirão Preto (SP), Brasil.

<sup>2</sup>Universidade Federal do Pará  – Belém (PA), Brasil.

<sup>3</sup>Universidade do Estado do Pará  – Belém (PA), Brasil.

Autor correspondente: E-mail: [antoniocorreajunior@usp.br](mailto:antoniocorreajunior@usp.br)

Editor de Seção: Manuela de Mendonça F. Coelho 

Recebido: Nov. 21, 2024 | Aceito: Maio 20, 2025

Como citar: Correa Junior AJS, Prates PEG, Santana ME, Lima FC, Teles AAS, Sonobe HM. Potencialidades e fragilidades interprofissionais na atenção às pessoas com estomias: estudo de método misto. ESTIMA, Braz J Enterostomal Ther. 2025;23:e1696. [https://doi.org/10.30886/estima.v23.1696\\_PT](https://doi.org/10.30886/estima.v23.1696_PT)

\*\*Extraído da tese “Avaliação do Programa de Assistência Especializada às Pessoas com Estomias no Sistema Único de Saúde qualificada no Programa de Pós-Graduação em Enfermagem Fundamental, da Universidade de São Paulo (USP), em 2022”.

and descriptive percentage analysis. **Results:** A total of 31 activities were described, with low expressiveness of those that foster interprofessionality, such as reception, checking family dynamics, education in the waiting room, active search for vulnerable patients' records, scheduling follow-up with social services, reviewing family dynamics, and addressing patients' rights. Two topics were developed: (1) Operational aspects of (search for) interprofessionality: registration, management, active search, and referrals; and (2) Acquiring autonomy for social reintegration and moving away from self-care: collaborative elements in the journey from beginning to "restart". **Conclusion:** Interprofessionality remains a distant work model; however, collaborative practices have begun to emerge through referrals. Emphasis on intersectionality and intersectorality is crucial to support the social reintegration of patients.

**DESCRIPTORS:** User Embrace. Self Care. Interprofessional Education. Enterostomal Therapy. Interdisciplinary Placement. Professional Practice.

## Potencialidades y fragilidades interprofesionales en la atención a personas con estomías: estudio de método mixto

### RESUMEN

**Objetivo:** Analizar las actividades de un equipo de Atención Secundaria especializado en la atención a personas con ostomías de eliminación, interpretando los distanciamientos y acercamientos con la interprofesionalidad. **Método:** Estudio de método mixto realizado en un servicio para personas con ostomías en el norte de Brasil, con la participación de 16 profesionales. La etapa cualitativa descriptiva se basó en los Hechos Sociales de Émile Durkheim, utilizando entrevistas semiestructuradas y notas de campo con análisis temático reflexivo. La etapa cuantitativa empleó una Encuesta por Cuestionario elaborada por especialistas y análisis porcentual descriptivo. **Resultados:** Se describieron 31 actividades con baja expresividad de aquellas que fomentan la interprofesionalidad, tales como acogida, verificación de la dinámica familiar, educación en la sala de espera, búsqueda activa de registros de usuarios vulnerables, programación de retorno al servicio social, verificación de la dinámica familiar y abordaje sobre los derechos. Se construyeron dos temas: (1) Aspectos operativos de la (búsqueda de la) interprofesionalidad: registro, gestión, búsqueda activa y derivaciones; y (2) Adquirir autonomía para la reinserción social y el alejamiento del autocuidado: elementos colaborativos en el recorrido desde el inicio hasta el "reinicio". **Conclusión:** La interprofesionalidad es un modelo de trabajo distante; sin embargo, se han esbozado prácticas colaborativas en los procesos de derivación. Es urgente el enfoque en la interseccionalidad y en la intersectorialidad para promover la reinserción social de los usuarios.

**DESCRIPTORES:** Acogimiento. Autocuidado. Educación interprofesional. Estomaterapia. Prácticas interdisciplinarias. Práctica profesional.

## INTRODUÇÃO

Contemporaneamente, a interprofissionalidade desponta como um processo evolutivo que reconfigura práticas colaborativas na saúde, enquanto a multiprofissionalidade ainda estimula que cada profissional atue privativamente com momentos pontuais de colaboração. A interprofissionalidade versa sobre a valorização do usuário, troca de saberes e competências para manejo clínico e terapêutico e ressignificação do trabalho conjunto, até então multidisciplinar, com base na intercomunicação nos fluxos e nas práticas colaborativas entre os trabalhadores<sup>1</sup>.

As Diretrizes Nacionais para a Atenção à Saúde das Pessoas Estomizadas no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) apregoam que os serviços de Atenção nível I e nível II devem ser compostos por "equipes em saúde" que levem em conta o cuidado "multiprofissional", termos citados na política<sup>2</sup>. No entanto, documentos oficiais brasileiros mais recentes, como o da Política Nacional de Atenção Especializada em Saúde (PNAES) e o da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Pessoa com Deficiência (PNAISPD), já abordam o termo "interprofissional" em sinergia com "interseccionalidade" e "intersectorialidade".

Considera-se que esses polos se destinam à prevenção de lesões, complicações como prolapso e hérnia paraestomal e a correta remoção e aplicação do equipamento coletor. Outrossim, quando tais procedimentos são uma indicação definitiva, há a necessidade de desvio incontinente. A partir da alta hospitalar do usuário, o seguimento especializado também será requisitado, já que o ensino perioperatório tradicional tem sido insuficiente, gerando demandas pós-operatórias críticas para os usuários<sup>3</sup>.

Sabendo que a fundamentação exclusivamente biomédica não atende as necessidades psicossociais, como, por exemplo, no processo educativo atrativo para engajamento em grupos de apoio<sup>4</sup>, acredita-se que o cuidado longitudinal da atenção secundária possa ser potencializado por diversos modelos de gestão do cuidado. Esse é caso do Trabalho Interprofissional, um tema pouco explorado pela literatura em estomaterapia, considerando-se, ainda, que as Diretrizes Nacionais para a Atenção à Saúde das Pessoas Estomizadas<sup>2</sup> não definem claramente os tipos de atividades interprofissionais.

Conseqüentemente, o problema de pesquisa quantitativo foi: qual o escopo das atividades profissionais desenvolvidas em um serviço especializado no atendimento às pessoas com estomias de eliminação? Já o problema de pesquisa qualitativo debruçou-se na questão: como a interprofissionalidade vem sendo usada nas atividades de uma equipe de atenção especializada em pessoas com estomias de eliminação? Recomendada em estudos de método misto, a pergunta de integração foi: quais são as atividades que estimulam a interprofissionalidade em um serviço especializado no atendimento às pessoas com estomias de eliminação?

## OBJETIVOS

Analisar as atividades de uma equipe da Atenção Secundária especializada no atendimento às pessoas com estomias de eliminação, interpretando os distanciamentos e as aproximações com a interprofissionalidade.

## MÉTODOS

Por se tratar de um estudo misto, assevera-se que as abordagens quantitativas e qualitativas permitem colocar um maior número de objetos em análise. Quanto à notação, aponta-se que as letras maiúsculas definem a maior ênfase dada a uma etapa — nesta investigação, a qualitativa — e o sinal de adição (+) indica uma integração convergente e fundida de coleta quando os dados são captados ao mesmo tempo<sup>5</sup>. Devido à primazia pela etapa qualitativa, empregou-se para a escrita o *checklist Consolidated criteria for reporting qualitative research (COREQ)*, versão adaptada para a língua portuguesa<sup>6</sup>.

Na fase qualitativa interpretativa requisitaram-se narrativas, situando a investigação em contextos de produção e os processos de legitimação de diferentes discursos nos contextos sociais — são memórias, situações e “performances” narrativas. Como suporte foi empregada a sociologia da saúde com enfoque nos fatos sociais, de Émile Durkheim<sup>7</sup>:

1. Consciência pública;
2. Hábitos; e
3. Maneiras de fazer e maneiras de ser.

Na fase descritiva e quantitativa empregou-se o Inquérito por Questionário, que consistiu em um aproveitamento percentual de percepções, de forma a contribuir para a compreensão das concepções de realidade das pessoas<sup>8</sup>. Neste estudo priorizou-se as atividades desenvolvidas no Programa.

## Cenário

Trata-se de um serviço de atenção especializada do Norte do Brasil, tipo I, localizado em uma Unidade de Referência Especializada (URE). O serviço dispõe de quatro salas funcionantes, com atendimento pela manhã e pela tarde.

## Participantes e critérios de inclusão e exclusão

A amostragem foi proposital, consistindo nos depoentes selecionados intencionalmente devido aos propósitos da pesquisa. Selecionaram-se trabalhadores da assistência e da administração atuantes há pelo menos seis meses. Participaram 16 profissionais da equipe do polo: 2 nutricionistas, 1 psicóloga, 4 enfermeiros, 4 técnicas de enfermagem, 2 assistentes sociais, 1 médica clínica geral e 2 auxiliares administrativas, que participam da gestão de pedidos, agendas e fluxos. Houve a recusa de apenas 1 componente da equipe, que não concordou com a entrevista por motivos pessoais.

## Negociação, instrumento e técnicas para a coleta

O projeto foi primeiro exposto para a coordenadora e posteriormente para a equipe pelo pesquisador principal responsável pela coleta. Logo, a coleta entre agosto de 2023 e janeiro de 2024 depreendeu-se, sem prejuízo ao atendimento, quando ambos sinalizavam que estavam livres, na sala da administração, com a presença apenas do pesquisador (enfermeiro) e do participante.

Conforme a abordagem convergente, a coleta QUANTITATIVA + qualitativa ocorreu simultaneamente. A duração média com cada profissional foi de 18 minutos e, somadas, mais de 4 horas. Para integrar etapas usou-se um instrumental misto que mesclou 12 perguntas fechadas, 1 de múltipla escolha e 4 disparadoras abertas, obtendo informações de cunho majoritariamente qualitativo e complementaridade de informações quantitativas<sup>8</sup>.

### Etapa QUALITATIVA

A aplicação do instrumento foi única e individual, com apenas o pesquisador principal e o participante no recinto no momento da coleta, sendo estas audiogravadas. Durante o preenchimento empregou-se a estratégia da problematização sócio-lógica, na indagação dos “porquês” ocultos após cada resposta fechada, permitindo narrações livres: por que você acredita nisso? De que forma você percebe o autocuidado sendo desenvolvido? Como ocorre esse fluxo/encaminhamento/processo? Ao final, as perguntas disparadoras foram usadas: Como você enxerga este serviço? Como você acha que os usuários enxergam este serviço? Qual a importância da sua atuação? Qual é o maior desafio da sua atuação?

Cada transcrição foi decodificada como “P”, de “profissional”, e o número da entrevista. O teste piloto foi realizado com a participante P1 e verificou-se a necessidade de inserir o “por quê” ao final de algumas perguntas abertas, problematizando-as, a fim de ampliar as respostas. A entrevista-teste foi considerada para compor o *corpus*.

Para buscar a interprofissionalidade, os movimentos se firmaram em uma desnaturalização do que é dito, tornando discutível o que está evidente e assoreado pela prática assistencial, encadeando os fatos sociais nesse desnaturalizar. Segundo Durkheim, todo fato social tem alguma finalidade, e tais indagações visaram às condutas exteriores estabelecidas nas rotinas devido à coerção<sup>7</sup> da política que fundamenta o Programa.

Pesquisas de cunho sociológico contam com notas de situações, interrupções, semblantes e reflexões do pesquisador a partir da imersão e problematização do que se tornou banal para a prática. Assim, o diário de campo é instrumental que refinou as perguntas de observação e melhorou as hipóteses registrando “categorias do pensamento” recorrente<sup>9</sup>. Essa triangulação com as notas elucidou aspectos das falas, estando entre os símbolos, a saber: para {notas reflexivas} e [notas descritivas]. A saturação de dados ocorreu respeitando: o princípio da representatividade do local escolhido e perguntas que possibilitaram o mapeamento de várias perspectivas, dando volume ao *corpus* e à triangulação de técnicas. Após cada entrevista inaugurar notas em diário com novas ideias para perguntas subsequentes, tentativas de aproximação com assuntos ainda não explorados foram facilitadas, permitindo a inclusão progressiva de dados.

### Etapa quantitativa

Empregou-se o questionário elaborado por *experts* em estomaterapia, composto por: variáveis de caracterização e cargo no Programa; dicotômicas “Sim” ou “Não” para realização de cursos na área ou não (nome do curso); experiência prévia na

atenção a pessoa com estomias; se percebe o autocuidado apoiado no Programa e se percebe a reabilitação sendo praticada com auxílio do Programa. Além disso, o questionário era composto por múltipla marcação, tratando dos tipos de atividades desenvolvidas, com espaço aberto para que o profissional relembresse alguma atuação fora do instrumento.

## Análise QUALITATIVA + quantitativa

Os dados qualitativos foram codificados sem auxílio de *softwares*, com validação pelas pesquisadoras, sendo elas duas doutoras com expertise em oncologia e pesquisas clínico-qualitativas. Cada depoimento foi transcrito com auxílio do programa Transkriptor e convertidas em formato *Microsoft Word*, sendo revisados para verificação de possível grafia errada por parte da inteligência artificial. Não ocorreu *feedback* das entrevistas aos depoentes, mas sim das notas de diário. Ademais, o pesquisador costumava informar nas incursões à URE sobre o andamento dos achados. Os dados quantitativos foram organizados em planilhas no *Excel 2020*, com posterior análise por estatística descritiva simples em frequência relativa e absoluta (n=16/100%).

Após a leitura de cada depoimento, os documentos foram unidos em um único arquivo *Word*, considerado a matriz para a análise temática-reflexiva indutiva de seis etapas, a saber<sup>10</sup>:

1. Familiaridade com seus dados, transcrevendo-os logo após a coleta e anotando no diário as recorrências;
2. Geração de códigos iniciais de forma assistemática nos arquivos individuais;
3. Busca por códigos semelhantes entre cada participante;
4. Temas em comum após o agrupamento de códigos na matriz;
5. Interpretação e atribuição de nomes aos temas, considerando neste estudo a interprofissionalidade como linha condutora, com a apreensão de fatos sociais (atividades que ostentam uma finalidade maior, operacionalizando a Política de Atenção às pessoas estomizadas no nível microsocial); e
6. Produção do relatório. O Quadro 1 mostra os códigos encontrados.

Dessarte, este estudo é recorte do relatório da tese “Avaliação do programa de assistência especializada às pessoas com estomias no Sistema Único de Saúde”.

## Aspectos éticos

Houve aprovação sob o CAAE 68649123.1.0000.5393, e os participantes tomaram ciência por meio da leitura e assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE).

## RESULTADOS

Quanto à caracterização profissional, 15 participantes são do sexo feminino e 1 do masculino. Em relação aos cursos de especialização *lato sensu* e/ou *stricto sensu*, as áreas de interesse foram: Especialização em Saúde da Família, Saúde Pública, Administração hospitalar, Terapia Intensiva, Terapia Familiar, Psicopedagogia, Enfermagem obstétrica, Gestão de Recursos Humanos e Oncologia. Destaca-se que três profissionais possuem mestrado acadêmico e 14 realizaram cursos de capacitação

**Quadro 1.** Correspondência dos códigos com os temas.

| Códigos (ocorrência na matriz)  | Tema  |
|---|---|
| Aspectos da operacionalização do serviço (n=11); encaminhamento interno e externo ao serviço para potencializar o atendimento integral (n=07); busca ativa de usuários (n=13); atenção aos custodiados penais (n=01). | Tema 1 – Aspectos operacionais da (procura pela) interprofissionalidade: cadastro, gestão, busca ativa e encaminhamentos.                         |
| Afastamento do autocuidado (n=04); adquirir autonomia para a reinserção social (n=13).  | Tema 2 – Adquirir autonomia para a reinserção social e o afastamento do autocuidado: elementos colaborativos no caminhar do início ao “reinício”. |

Fonte: Análise de dados.

sobre estomias nos últimos seis meses. Nove acreditam que no Programa os cadastrados têm desenvolvido o autocuidado, seis acreditam que não têm desenvolvido com a ajuda do Programa e um participante afirmou “talvez”.

Reportou-se que os principais encaminhamentos são o psicológico e o médico. O ensino sobre autocuidado é realizado por 87,5% desses, ao passo que a abordagem sobre o direito é o elemento mais negligenciado durante a atenção à pessoa com estomia, com 6,2% desempenhando-a. A parte burocrática e organizacional é operada inicialmente via cadastro dos usuários. O primeiro contato é mediado com consultas interprofissionais e preenchimento de uma ficha, sendo realizado por 75% dos atuantes. Já o pedido de material, o agendamento de retorno, em caso de demandas sociais urgentes, e a busca ativa no cadastro ficaram com 6,25% cada um.

Conforme demonstrado na Tabela 1, 62,5% reportaram avaliar as necessidades sociais tanto durante o cadastro quanto em consultas subsequentes, ainda que o apurado na etapa qualitativa denote que com frequência esses dados não são trabalhados posteriormente pela equipe, e 56,25% realizam trocas. Tanto a avaliação quanto a escuta psicológica apresentaram baixa expressão, pois apenas uma profissional da Psicologia as realiza, bem como a consulta de acompanhamento assinalada pelo profissional da Medicina.

Atividades geradoras de interprofissionalidade e que oferecem subsídios para ativação de educação em saúde, tais como “Acolhimento”, “Verificação da dinâmica familiar” e “Orientações em grupo e educação na sala de espera” obtiveram baixa expressão, contudo, houve um destaque positivo considerando que no bojo interprofissional e interseccional a “Avaliação das necessidades sociais” é majoritariamente realizada. Outras atividades que são interprofissionais e que oferecem excelentes contributos para a interseccionalidade, que pouco são realizadas, são: “Busca ativa de cadastro de crianças e idosos com estomia”, “Agendamento de retorno ao serviço social em casos de necessidades sociais” e o ato de “Verificação da dinâmica familiar”. A intersectorialidade deve ser mais bem estimulada, com mais ações quanto à explicação sobre os direitos da pessoa com estomia, algo realizado (com constância) por uma única participante. As categorias qualitativas permitirão um maior aprofundamento de aspectos que não são unidimensionais — tais como realização do autocuidado e os fluxos.

## Tema 1 – Aspectos operacionais da (procura pela) interprofissionalidade: cadastro, gestão, busca ativa e encaminhamentos

Houve reflexão quanto aos avanços do Programa, quando epidemiologicamente o câncer de reto-intestino não era expressivo, e sobre quando o Programa foi iniciado pela Associação de Estomizados.

*Não existia o Programa de Atenção à Pessoa com Estomia. Quem disponibilizava as bolsas era a Associação, que funcionava aqui dentro do prédio. A Associação que recebia as bolsas, dispensava, atendia. Em 2005, eles que faziam tudo, e a gente não tinha contato nenhum com eles. Apesar de ser centro social, era um serviço descolado da URE. Eram poucos pacientes, eram voluntários, eles vinham três, quatro vezes na semana e dispensavam as bolsas. Depois que Secretaria de Saúde pegou para ela foi que colocaram uma enfermeira e foi evoluindo, chegou ao que é hoje o serviço, com equipe multidisciplinar. Poderia ter mais profissionais, mas a gente já alcançou muita coisa. (Síntese P10; P15)*

Várias frentes operacionalizam a Atenção Integral, Longitudinal e Equânime. A parte gerencial e de elaboração do padrão que é referência para os materiais que retornam ao usuário foi mencionada. A importância do enfermeiro como um coordenador ou junto à coordenação também é citada. A gestão de equipamentos e adjuvantes dispensados é realizada por uma empresa no mesmo prédio, mas é externa ao serviço. O acolhimento é outra das estratégias pertencentes à operacionalização.

*Aqui a coordenação mexe com a parte do pregão, dos pedidos, da parte que tem que ser mesmo no ano. Por exemplo, fechamos agora, e as dúvidas a gente tem que lançar. Acho que tem que ser enfermeiro. No último encontro [de estomia em São Paulo, no qual o serviço se apresentou] tinha várias pessoas que não eram enfermeiras na coordenação, tipo fisioterapeuta. Na estomia tem que ser um enfermeiro para ser coordenador. Ele tem que sentir, tem que saber o que é a portaria, tem que saber a parte da enfermagem. Mesmo que o profissional estude tudo, mas é diferente. (P6)*

**Tabela 1.** Inquérito de atividades profissionais por eixos. Belém (PA), Brasil, 2024.

|   | n  | %     | N  | %   |
|---|----|-------|----|-----|
| Atividades profissionais relativas ao acesso e à organização da demanda                                 |    |       |    |     |
| Cadastro no Programa de Estomizados   | 12 | 75    | 16 | 100 |
| Acolhimento   | 2  | 12,50 | 16 | 100 |
| Agendamento de retornos mensais para reavaliação e fornecimento de equipamento coletor                  | 11 | 68,75 | 16 | 100 |
| Busca ativa de cadastro de crianças e idosos com estomia  | 1  | 6,25  | 16 | 100 |
| Agendamento de retorno ao serviço social em casos de necessidades sociais                               | 1  | 6,25  | 16 | 100 |
| Pedido de material, elaboração de padrão de referência e verificação de pedido dos interiores do estado | 1  | 6,25  | 16 | 100 |
| Atividades em consultas e avaliações multiprofissionais   |    |       |    |     |
| Consulta de enfermagem  | 3  | 18,75 | 16 | 100 |
| Troca de equipamento coletor  | 9  | 56,25 | 16 | 100 |
| Consulta médica para acompanhamento   | 1  | 6,25  | 16 | 100 |
| Solicitação de exames de rotina   | 2  | 12,50 | 16 | 100 |
| Avaliação nutricional e orientações sobre alimentação   | 2  | 12,50 | 16 | 100 |
| Avaliação psicológica   | 1  | 6,25  | 16 | 100 |
| Avaliação das necessidades sociais  | 10 | 62,50 | 16 | 100 |
| Verificação da dinâmica familiar  | 1  | 6,25  | 16 | 100 |
| Atendimento online e avaliação por videochamada (teleconsulta)  | 2  | 12,50 | 16 | 100 |
| Escuta psicológica do usuário com estomia e família   | 1  | 6,25  | 16 | 100 |
| Atividades profissionais relativas ao ensino, como orientações e indicações de equipamento e produtos   |    |       |    |     |
| Indicação de equipamentos coletores e adjuvantes  | 11 | 68,75 | 16 | 100 |
| Ensino do paciente e familiar sobre autocuidado com estomia e equipamento coletor                       | 14 | 87,50 | 16 | 100 |
| Fornecimento de orientações por escrito sobre os cuidados   | 7  | 43,75 | 16 | 100 |
| Ensino do paciente e familiar sobre as principais complicações e como reconhecê-las                     | 11 | 68,75 | 16 | 100 |
| Ensino do paciente e familiar sobre armazenamento dos equipamentos coletores                            | 7  | 43,75 | 16 | 100 |
| Orientação para o paciente e familiar quando ocorrer intercorrências                                    | 11 | 68,75 | 16 | 100 |
| Indicação de tratamento em situações de complicações de estoma e pele periestomia                       | 7  | 43,75 | 16 | 100 |
| Oferece orientações por escrito sobre alimentação   | 3  | 18,75 | 16 | 100 |
| Abordagem sobre os direitos da pessoa com estomia   | 1  | 6,25  | 16 | 100 |
| Orientações em grupo e educação na sala de espera   | 2  | 12,50 | 16 | 100 |
| Atividades profissionais relativas aos encaminhamentos realizados (internos ao serviço)                 |    |       |    |     |
| Encaminhamento para outras especialidades médicas   | 12 | 75    | 16 | 100 |
| Encaminhamento para acompanhamento nutricional  | 10 | 62,50 | 16 | 100 |
| Encaminhamento para acompanhamento psicológico  | 12 | 75    | 16 | 100 |
| Encaminhamento para assistente social   | 11 | 68,75 | 16 | 100 |
| Encaminhamento para Associação dos Ostomizados  | 9  | 56,25 | 16 | 100 |

Fonte: Coleta de dados.

*O pedido de material, a elaboração do padrão do termo de referência. Todo o material que vem para cá é adquirido pelo estado através de pregão, que é licitação. Para isso, precisa ser elaborado um termo de referência, um padrão, e vem o meu apoio junto à coordenação e equipe de enfermagem para elaboração. Os pedidos de material que chegam geralmente sou eu que faço quando já está no sistema. É importante frisar que os materiais são recebidos e administrados por uma empresa terceirizada do Estado. Chega no centro de distribuição do estado e, a partir daí, é solicitado para cá, para a farmácia do serviço. Então o fluxo é mais ou menos esse em relação a material. (P8)*

*O acolhimento pode ser feito por qualquer profissional. Não é uma atribuição do [cita a categoria demonstrando descontentamento], isso eu já deixei claro para toda a equipe. Qualquer pessoa capacitada pode fazer o acolhimento, porque o acolhimento é uma postura, você olha a pessoa diferente. (P10)*

O cadastro é fundamental pois é a observação primeira da realidade. É realizado frequentemente apenas com o familiar, conforme observações não participantes, seja devido ao estado clínico ou pela dificuldade de chegar ao polo. As avaliações e reavaliações são impactadas por dificuldades tais como o fator geolocal do usuário e a falta de material. As fotos enviadas pelo aplicativo *WhatsApp* — pois o serviço dispõe de telefone móvel próprio — têm sido usadas para depreender avaliações.

{Nota de campo P12 – Dependendo de quem faz o cadastro, a abordagem é diferente: *“A assistente social foca nas questões sociais, a nutricionista faz a avaliação nutricional, a enfermagem as questões do manejo e do cuidado e a psicóloga faz a vez dela”*}.}

*Quando a gente faz o cadastro, geralmente quando não vem com indicação, indica [em relação a adjuvantes]. (P6)*

*A gente sempre tenta agendar com um mês depois que faz o cadastro, mas tem dificuldades. Falta de material, paciente mora muito distante, nem sempre a gente consegue fazer eles voltarem, mas se for de Belém, que estejam com dificuldades, a gente manda. Como agora já tem o celular, eles mandam fotos pelo *WhatsApp* e a gente vai fazendo esse trabalho de orientar, mas quando a pessoa pode vir, a gente marca na agenda. (P1)*

Mesmo com a ampla gama de atividades que conseguem abarcar, não podem assumir outras demandas e procedimentos, seja por carência de pessoal, como no caso de um cirurgião nas intercorrências, ou por estrutura física. A reavaliação segue sendo um ponto controverso, já que outros afirmam que ela ocorre mesmo com carências, ao contrário de P7.

*Não, a gente não tem, a gente não dá conta [sobre reavaliações] (P7).*

*Nós temos um procedimento que é uma lavagem. A irrigação, eu sou contra ser ambulatorial, assim como tá. Mas se tivesse uma estrutura melhor, tivéssemos uma equipe com médicos, cirurgião, tudo dentro de um espaço maior, com qualidade, com esterilização, aí sim. (P6)*

*A gente não faz essas intercorrências. Infelizmente (P16).*

*Às vezes eles confundem muito. Algumas complicações e onde eles devem buscar. Na maioria das vezes, eles pensam que algumas dessas complicações eles têm que vir aqui. Orientamos que muitas dessas complicações não são urgências, nesses casos eles devem procurar o cirurgião que realizou a cirurgia. Enfatizamos aquelas questões que são importantes e que são de urgência. Seja necrose, seja ausência de evacuação por muito tempo, mesmo que o paciente esteja se alimentando, desabamento do estoma, sangramento ativo que não cessa. (P7)*

A busca ativa nos prontuários, referida por duas depoentes, mostra que é necessário saber por que o usuário não vai periodicamente após se cadastrar e que dificuldades estão enfrentando. Outra situação para a busca ativa nos prontuários é sempre dispor do quantitativo de quantos são provenientes do interior e estão buscando material na capital, para que, assim, secretarias municipais sejam acionadas e um representante busque o montante, evitando longos deslocamentos.

*Busca ativa dos cadastros, principalmente nos grupos de risco (criança, idoso). A gente tem o prontuário, que tem a data antes, de onde eles vêm pegar, como eles estão também. Eu sempre estou buscando dentro do arquivo. Por exemplo, o paciente que veio pegar, geralmente de mês, ele passou 4 meses sem aparecer, 6 meses sem aparecer. Eu ligo principalmente quando é criança, idoso.*

*Tem situações de idoso que estava mais de 8 meses com saco plástico, porque os familiares não podiam vir, não podiam vir pegar... [fala que são de cidade ao lado da capital, o que deveria facilitar a vinda, teoricamente]. Então, sempre estamos fazendo essa busca ativa, “Ah, 6 meses sem vir pegar”, teoricamente, ele já fica aqui nos ausentes. Coloco nos mais ausentes, porque se aparecer aqui, bater, e vir para o serviço social, a gente vai ter que ter uma conversa: Por que isso que tá acontecendo?” Muitas vezes a pessoa não quer vir mesmo, coloca saco porque nega, às vezes é distante e não tem dinheiro de passagem. (P2)*

*Verificar pedidos dos interiores, que têm muitos pacientes que não conseguem se deslocar até o serviço, então fica uma pessoa responsável do município, geralmente da saúde ou da assistência, que elabora uma listagem e entra em contato com a gente para solicitar esse pedido, separar esse material e encaminhar. (P8)*

Verificou-se como imprescindíveis os encaminhamentos internos e externos ao serviço para potencializar o atendimento integral. Esse fator, além de dar resolubilidade a intercorrências graves, estimula a interprofissionalidade e conecta o serviço especializado à Rede de Atenção. Há encaminhamento a partir da identificação de problemas (P3 e P6), o que muitas vezes, se confunde com mera orientação.

*A gente encaminha porque tem uma médica à tarde. A gente encaminha também para fora quando detecta alterações graves, como necrose. Já fiz encaminhamentos para o pronto socorro ou para o Ophir, quando é caso de prolapso, quando não tem mais condições quase. (P1)*

*Eu marco uma consulta com a médica. Antes de ela abordar o usuário, falo da necessidade, ela faz o encaminhamento (ou fazia, que está há um tempinho que eu não tenho mandado). A gente encaminha para os profissionais da equipe. Por exemplo, eu tô conversando com o usuário. Perguntei como é que tava a cabeça do usuário, ainda agora que a família veio fazer, se ele tava aceitando o uso da bolsa. Quando tem algum problema de aceitação, a gente sugere que eles marquem uma consulta com a psicóloga. (P12)*

*A sala desmembra [a sala de distribuição de equipamentos e orientações sobre autocuidado é que “matricia” os usuários]. Então a gente identifica a paciente que está com uma necessidade de um psicólogo, nós conseguimos direcionar, mas não é por escrito, tanto com a nutrição quanto a [psicóloga], para pegar uma orientação. “Você tem direito a passe. A sua estomia é definitiva? Você tem direito”. Quando tiver alguma complicação em relação a curativo, a problema de hérnia, a gente “encaminha”, orienta. Para que procure o cirurgião que operou. Com relação à alimentação, esse paciente tem que ser indicado para a nutrição. Às vezes até a gente, dependendo do que come, se sente mal. (Síntese P3, P6)*

Encaminhamentos são necessários e estão incluídos desde o primeiro contato com o usuário. Assim, a impressão diagnóstica se faz presente no serviço de estomias.

*Quando o paciente chega, o que a gente faz logo nessa escuta é a anamnese. É colher as informações básicas e dar muito mais escuta, porque ele vem carregado, com muita demanda, muita necessidade da terapia. A gente faz também logo, tem a impressão diagnóstica, porque mesmo não tendo certeza desse diagnóstico, se eu já puder ajudar, logo no início, pacientes que apresentaram mudança comportamental ou sintomas de algum transtorno, posso já estar encaminhando também para fazer um tratamento paralelo, psicológico e psiquiátrico. (P11)*

Um dos achados não esperados foi a menção aos custodiados penais. Duas problemáticas são a falta de números fidedignos dessa demanda e o cadastro com documentos falsos. Por fim, P1 diz “e a gente não sabe que fim dá”.

*Não sei por quê... A gente só fica sabendo quando eles chegam no presídio com a bolsa que não tem nada, eles vêm pra cá com um mínimo de documento desse preso, eles entram com documento falso. A gente atende aqui, já aconteceu. Então, eu não*

*tenho como saber. A população carcerária não é pequena, tem vários com estomia. Tem gente que nunca usou bolsa e, quando chega lá é que ele se preocupa de vir atrás. Ele sai daquele lugar, não volta mais aqui. A gente já fica com aquele prontuário engatado. Outras vezes, a família que vem, mas não chega esse material lá. O problema deles é que eles trocam muito, eles vão para outros presídios, e nessa transferência o negócio pega, porque nem sempre continuam vindo buscar. E a gente não sabe que fim dá. (P1)*

## Tema 2 – Adquirir autonomia para a reinserção social e o afastamento do autocuidado: elementos colaborativos no caminhar do início ao “reinício”

A dificuldade para “se acostumar com a ideia é inicial”, e, na chegada ao Programa, a pessoa se sente “doída”, “ofendida”. Essas são barreiras que a equipe precisa enfrentar.

*Eles vêm pra cá sem ter tido aquela preparação: “Olha, você vai precisar de uma cirurgia”, “a bolsa você vai utilizar desse jeito, o equipamento desse jeito”. Então, o primeiro comportamento deles é rejeitar, não querer nem olhar, não querer lidar com aquilo. Não querer limpar, não querer fazer higiene. Eles precisam primeiro se acostumar à ideia. Minha atuação vai perpassar todas as outras especialidades. Reforçar, às vezes, algumas iniciativas da nutricionista, das enfermeiras em relação ao paciente. Essa dificuldade é mais inicial. (P11)*

*Tem muito tabu, tem muito preconceito envolvido. Principalmente socialmente, a pessoa se sente muito ofendida quando chega aqui e se sente muito doída. Como vai lidar com isso posteriormente? (P8).*

A depoente P4 reflete que uma minoria chega até o polo com esse conhecimento, facultando a reflexão de como esse ponto de atenção secundária é fundamental, já P15 reporta que o serviço os ajuda a “se utilizarem” no espaço público novamente por meio do ensino do autocuidado. Alguns usuários chegam a pensar nos benefícios de ter uma estomia de eliminação.

*A maioria dos nossos usuários já tem este conhecimento: “eu não preciso disso”, “eu ainda tenho isso aqui”, “eu estou precisando disso e disso”. Muitos dos nossos usuários conseguem passar por esse processo indicando, porque são anos trabalhando isso com eles. É claro que a gente tem aqueles que realmente são, hoje vem um e amanhã vem outro [buscar]. Mas a gente sempre procurou trabalhar. É muito repetitivo porque a gente está sempre falando, cobrando deles, essas coisas. (P3)*

*A maioria não [consegue realizar o autocuidado antes de passar pelo serviço]. Começam a aprender o autocuidado depois que passam aqui. Eles chegam muito perdidos com a nova situação, e não sabem realizar o autocuidado, alimentação, uso do material e de higiene. É muito difícil um paciente chegar aqui com todo esse conhecimento, é a minoria. (P4)*

*Porque eles se aceitam quando começam a se o autocuidar, começam a ser livres de outra pessoa e sair, ele já consegue se utilizar, ele consegue passear, eles conseguem namorar porque a gente dá uma orientação pra eles, como é que deve agir. Têm pessoas que dizem: “Até acho até melhor ser estomizado do que não ser”, dizem que é melhor porque tem aquela bolsinha que segura; [se] não tem, toda hora tá indo no banheiro. Dependendo da pessoa, existem as exceções. Esse autocuidado é 100% de ajuda. (P15)*

A independência é ligada ao autocuidado, e o nível secundário caracteriza-se como ponto de apoio de diversos saberes, para a reinserção no trabalho e na vida cotidiana.

*É o principal fator que faz eles serem inseridos, seria o autocuidado, porque, antes que eles tenham certa autonomia... No processo de cuidado, eles evitam ao máximo a saída de casa, a saída para aniversários, a saída para o trabalho. Fica totalmente*

*inseguro de se ver numa situação constrangedora. Então, o momento que ele se vê desprendido de outra pessoa para realizar essa coisa, para realizar esse esvaziamento, essa troca, ele se sente mais seguro de sair de casa, levando o kit dele de troca. E mais ciente de que pode acontecer alguma coisa. Ele precisa ir fazer uma troca ali no banheiro público ou no trabalho, então essa independência de outras pessoas é que faz realmente voltar a ter segurança. (P7)*

*O objetivo é chegar a um ponto que o usuário tem autonomia de fazer. Porque o nosso serviço é esse. Tem pessoas que não gostam de limpar, tem pessoas que não gostam de ver as fezes, então, quando eles entram realmente nesse negócio, a maioria se nega, eles não querem. A gente vai conversando, vai explicando até que eles tenham uma disponibilidade para não ficar dependente de outra pessoa. Eles mesmos têm que fazer o autocuidado deles. (Síntese P12 e P15)*

Profissionais reportam como averiguam o conhecimento do usuário no primeiro contato com o serviço. A partir de apenas um componente de autocuidado que o usuário consiga desenvolver, as estratégias de ensino são delineadas para o reinício.

*Quando eu percebo um paciente que chega, que já tem uma certa facilidade, isso já é uma porta aberta pra trabalhar. Quando eu tenho esse autocuidado, eu consigo olhar pra estomia, eu não rejeito. O paciente pode não ter todo o domínio técnica de tirar o equipamento, de saber trocar, porque é tudo uma novidade, mas ele já faz alguma parte daquele processo. Ele já faz a limpeza, ele já faz algo que facilita pro familiar que tá ajudando. Isso ajuda não só a questão da confiança dele, ter autonomia, ter a liberdade, porque pra ele ser reinserido na sociedade, nas atividades que ele fazia antes, é necessário que ele tenha esse domínio. Senão, ele vai ficar inseguro frente ao reinício. Como é que vai acontecer de encher a bolsa, como é que eu vou trocar, como é que eu vou lidar com aquilo. É determinante, assim, nessa questão da liberdade que ele vai ter socialmente. Até pra autoestima, muda muito, porque a pessoa aprende a fazer tudo e lidar, sabe que não vai correr risco de vazamento, sabe que não vai correr qualquer outro risco, porque ela já tá dominando a técnica (P11).*

Uma das depoentes oferece explicações baseadas na vivência no atendimento que impactam a reinserção, o grau de limpeza e o uso de adjuvantes como a pasta-barreira, reportando diferenças quanto ao sexo da pessoa no quesito aceitação.

*Vejo que eles reclamam, não sei se é falta de limpeza ou que eles não saibam limpar, às vezes fica inflamado, fica vermelho, eles não sabem quando tem que colocar o pó, não sabem quando é que põe o creme-barreira, mas eles, como estomizados, serem inseridos, eu vejo que tem muitos que não têm problema. Depois da limpeza, eles saem normalmente. Eles têm uma vida de trabalho. É mais difícil essa situação de estomizado para os meninos do que para as meninas. Não sei se [por causa] da própria estrutura emocional, física e [feminina], a mulher acaba aceitando mais. Não vejo tanta reclamação em relação à falta de cuidado das meninas. Mas os meninos são mais difíceis até, acho que é pela própria aceitação deles que eles chegam e ficam aborrecidos, porque tá [a estomia], porque está custando muito [tempo para fazer a reconstrução]. Mas eu vejo, alguns, que eles trabalham, têm uma vida familiar legal, e não vejo tanto rancor, tanta decepção. Mas tem uns que já chegam irritados... (P14)*

Para alguns a potência do Programa deve ser tamanha, que as pessoas com estomia não se enxerguem mais como deficientes, pejorativamente, tal qual o senso comum enxerga, embora a estomia seja uma deficiência. Paradoxalmente, P12 diz isso, mas pede para se reconhecerem como alguém que usa bolsa. A reinserção perpassa por começarem a se aceitarem como são – deficientes –, porém sem a estigmatização da qual pessoas com deficiência padecem.

{Nota de campo reflexiva sobre a fala de P2 – “Eles são estomizados, não deficientes”: penso no impacto desta frase quando a profissional me relata que pede que pacientes tirem fotos de si para compor um material de divulgação do serviço e percebeu que eles sempre tiram fotos enquadrando do abdômen para cima, sem demonstrarem que são pessoas vivendo com uma bolsa que coleta efluentes fecais. Ela me relata que sempre diz “Não. Pode tratar de se reconhecer como uma pessoa com estomia. Por que não tirar fotos mostrando a bolsa?”}

Verificam um afastamento do autocuidado em virtude de aspectos psicoemocionais. O autocuidado é relegado para os familiares, enxergando a cirurgia como algo “imposto”.

*Muitas vezes não é a dificuldade, em si, com o estoma, é uma dificuldade emocional que a pessoa tá apresentando. Uma dificuldade de aceitação. Não é dificuldade com o equipamento em si, ou de troca. É dificuldade da questão emocional. (P11)*

*Facilitaria a quebra de alguns tabus que a gente precisa enfatizar nas consultas, mas outro pilar principal seria o cuidado da saúde mental. Essas duas pedras angulares. Na maioria das vezes, pela estomia, pelo quadro clínico inicial e pela mudança da realidade. (P7)*

*Muitos não conseguem e também tentam se afastar um pouco desse autocuidado, deixando mais a cargo de familiares ou cuidadores. Primeiro, pela questão de ainda estar tentando lidar com a nova situação a qual lhe foi imposta. Porque é uma situação que acaba que foi gerada por uma situação de doença ou por um acidente, um pouco fora da realidade habitual. (P8)*

## DISCUSSÃO

Analisou-se que a interprofissionalidade — materializada em atividades profissionais — ainda não é uma realidade no serviço em tela, contudo, algumas práticas minoritárias vêm tentando implantá-la. Resultados semelhantes foram encontrados por pesquisa desenvolvida no nível primário, no qual os trabalhadores possuíam vontade de estabelecer práticas colaborativas, contudo a gestão do cuidado e o fluxo de usuários impediam esse tipo de cuidado compartilhado, geralmente primando pelo fluxo unidirecional (biomédico) de assistência<sup>11</sup>.

O diálogo pontual e espontâneo nos encaminhamentos, por exemplo, já pavimentava o começo das trocas necessárias à interprofissionalidade, contudo, sem as reuniões para discussão de casos ou aspectos críticos do trabalho, decisões automáticas serão tomadas, favorecendo um agir pouco colaborativo e estritamente programático. A interprofissionalidade está sob a égide da complementaridade das ações dialógicas<sup>11</sup>.

Percebeu-se que o direcionamento para a psicóloga do serviço foi o encaminhamento interno mais incidente, enquanto o encaminhamento para a Associação de Estomizados foi pouco expressivo. As associações de pessoas adoecidas na América Latina são recentes, e a união de usuários para formulação e controle de políticas é limitada, apenas por meio do foco associativo usuários são visibilizados no SUS. Apenas a união desses atores sociais geraria algum tipo de ação conjunta, assim como avaliar pacotes de benefícios e tecnologias e outros aspectos dos serviços que usam<sup>12</sup>.

Um aspecto positivo foi a avaliação das necessidades sociais desempenhada por 62,5%, contudo, o acolhimento e a verificação da dinâmica familiar são condutas realizadas por poucos. Historicamente no Brasil o nível secundário foi enxergado como um ponto assistencial para procedimentos de média complexidade<sup>13</sup>, contudo, atualmente, devido à garantia de retorno a esse ponto assistencial, as tecnologias leves e o cuidado compartilhado devem ser mais empregados.

No cenário evidenciaram-se, ainda com empecilhos, a presença apenas do familiar na avaliação e a realização da avaliação com o envio de fotos, dada a dificuldade financeira e de deslocamento para pessoas do interior chegarem até a capital. A busca ativa de prontuários para sondagem dos usuários do interior ou faltosos é premente. Ratifica-se que, para a manutenção desse serviço, não apenas as consultas médicas e de enfermagem devem existir, mas sim coexistir com as atividades em grupo, com a promoção da saúde e a prevenção de complicações. Isso aprimora inclusive o *follow-up*. Como proposta, usuários deveriam receber planos terapêuticos da equipe com fluxos de referência e orientações, incentivando o elo com a atenção básica<sup>14</sup>.

O nível secundário de atenção às pessoas com estomias deve contar com uma relação com seu território. O serviço em tela é nível I, contudo, sua migração para nível II é fundamental para que referencie de forma efetiva para serviços de emergência, policlínicas ou mesmo nível terciário<sup>13</sup>, em casos de complicações graves.

Outra categoria construída remete ao ensino do autocuidado como uma “caminhada pelo Programa”. Apenas o ensino destes, aliado à averiguação do conhecimento dos usuários, pode contornar o medo e a possibilidade de que voltem a ter o

domínio sobre suas vidas. Frequentemente complicações de pele periestomia são subestimadas por usuários recém-cadastrados, podendo usar produtos de barreira cutânea de forma errada, caso não instruídos. É o gerenciamento – sobretudo o preventivo – dessas complicações de forma ativa por estomaterapeutas e pelo médico dermatologista que permitiria que o grau de conhecimento dos pacientes fosse sondado, a fim de que estratégias educativas adaptadas fossem implementadas<sup>15</sup>.

Revelou-se a centralidade da enfermagem como coordenadora na elaboração do padrão de tais serviços. A integridade da pele é premente para a vedação do sistema. Caso contrário, vazamentos ocorrem. A enfermagem especializada observa em sua consulta três principais fatores: o indivíduo (perfil corporal, situação social); o sistema de saúde (padrão de atendimento e educação em saúde); e produtos. Por conta desse último elemento, quando direcionada para a gestão de tais serviços, consegue abarcar a práxis ao observar na elaboração do padrão: capacidade do equipamento em acompanhar os movimentos do corpo; resistência do adesivo; necessidade de adjuvantes para auxiliar a fixação; potencial de aderência/remoção da pele; nível de esforço para que a placa se fixe à pele; aderência imediata é preferível<sup>16</sup>.

Como propostas, percebe-se que a construção de planos de cuidado compartilhado é importante. O cuidado ampliado é um empreendimento micropolítico, e o plano de cuidados propõe uma conversa sobre a singularidade das condições de saúde. Segmenta-se essa abordagem, frequentemente observada na saúde coletiva e saúde mental, em: conhecendo o caso e problematizando as singularidades, o que exige uma anamnese ampliada e o diagnóstico; construindo um plano de cuidados para aquela situação envolvendo responsabilização e metas; reavaliação do caso e do cumprimento ou não das metas na próxima consulta; e observações sobre o caso, a serem debatidas em equipe<sup>17</sup>.

Observa-se a diferença entre gêneros: as mulheres seriam mais resilientes quanto à condição e os homens tendem a ter uma aceitação mais demorada. Recente revisão sistemática sobre diferenças de gênero de pessoas com estomia intestinal aventa que são os aspectos emocionais das mulheres, o funcionamento social, psicológico e sexual os mais afetados em relação aos homens. Contudo, estas escolhem estratégias de enfrentamento mais assertivas do que os homens após a confecção da estomia intestinal<sup>18</sup>.

Evidencia-se que outra contingência para o cuidado poderia considerar os tratados de direitos humanos, que vêm considerando categorias que são historicamente marginalizadas, seguindo as interseccionalidades, como gênero feminino e idade da pessoa com deficiência. Visibilizar as deficiências é o caminho para atender aos marcadores sociais da diferença. Segundo os direitos humanos, apoiar-se nestas normativas, como a da Organização das Nações Unidas (ONU), permite reconhecer as “múltiplas discriminações” no campo da saúde e do serviço social<sup>19</sup>. Outra dificuldade é a superação do marcador da diferença geolocal, pois o estado do Norte abarcado neste estudo conta com extensão territorial considerável, fazendo com que as avaliações ocorram com auxílio do WhatsApp.

A PNAES conclama que a Atenção Especializada possibilite a implementação de práticas de monitoramento das pessoas com deficiência, com grupos de diagnóstico, ações de apoio diagnóstico para a reabilitação e matriciamento para que voltem a ser atendidos na Atenção Primária, algo ainda imberbe no Brasil. Para isso, a interseccionalidade não consiste em uma retórica, ela ajudaria a entender fatores ligados à pessoa com uma deficiência escapando das linhas da patologização ao reconhecer os aspectos positivos ou negativos de suas identidades, que no percurso pelo Programa de Atenção são mutáveis, à medida que a interprofissionalidade os ajuda a compreender a nova situação — de uma pessoa com uma deficiência que foi imposta —, porém enfatizando que a pessoa não é incapacitada<sup>20</sup>.

Recente revisão de escopo apontou dificuldades para acesso oportuno aos serviços da atenção secundária destinada às pessoas com deficiência, ressaltando a fragmentação, a falta de treinamento de equipes, a comunicação falha por parte dos profissionais e os desenhos de cuidado médico-centrados. Assim como no presente estudo, os aspectos econômicos, territoriais e de infraestrutura obstam o ensino do autocuidado e a cobertura desse ponto de atenção<sup>21</sup>.

Por fim, teóricos do campo da Saúde Pública aduzem que a participação mais próxima do usuário por si só é capaz de reconfigurar práticas. Assevera-se que um dos motivos para a dificuldade da implementação das Práticas Colaborativas Interprofissionais é seu foco imaterial: acolhimento, comunicação, troca de informações e outros saberes não estruturados. Dessa forma, linhas de cuidado, projetos terapêuticos e o matriciamento se perdem diante da modulação restritamente biofísica que a saúde vem tomando<sup>22</sup>.

Como contribuições da investigação abordou-se a interprofissionalidade na atenção às pessoas com estomias e a possibilidade de buscar práticas colaborativas nesses pontos especializados. Elencar as atividades (inter)profissionais guiará

futuras pesquisas e capacitações ao indicar pontos críticos do cuidado, reportando a premência da abordagem interseccional e intersetorial para a pessoa com deficiência.

Este estudo encontra-se limitado devido ao contato único com os participantes na fase qualitativa e na coleta realizada nos turnos de trabalho. Ademais, o fato de a equipe não possuir capacitações e educação permanentes sobre a interprofissionalidade frequentemente acarretou perspectivas destoantes do objeto nas entrevistas. Recomenda-se uma agenda de futuras pesquisas qualitativas do tipo participativas ou ação, abordando a educação sobre a interprofissionalidade de forma propositiva junto ao nível especializado. Isso permite o estabelecimento de fluxos mais flexíveis-colaborativos e projetos terapêuticos na rotina.

## CONCLUSÃO

Analisou-se que as práticas colaborativas da interprofissionalidade já existem parcialmente, ainda que esse modelo esteja distante de ser alcançado. Atividades como encaminhamentos internos e busca ativa de pessoas vulneráveis são os passos iniciais para a obtenção de um nível secundário voltado para reabilitação social, contudo, houve baixa expressão da abordagem dos direitos da pessoa com estomia e educação em saúde na sala de espera.

Ressalta-se que a interprofissionalidade não almeja acabar com o escopo de atividades privativas, e sim amplificar as condutas de cada categoria, ampliando as subjetividades em um cuidado centrado no usuário. Destaca-se que a autonomia-autocuidado-independência é favorecida pelos ensinamentos que transmitem segurança no manejo dos equipamentos e orientações sobre como usuários devem se reinserir na sociedade.

Verificou-se a dificuldade em cuidar na perspectiva do binômio usuário-familiar, atrapalhando a longitudinalidade, e o uso do *WhatsApp* na garantia de avaliações/reavaliações como barreiras na operacionalização do Programa. Compreendeu-se que, na visão dos participantes, o Programa precisa avançar, verificando nas consultas e avaliações os marcadores sociais da diferença e interseccionalidade. Corroborou-se, portanto, para a criação de um plano de ação da rede de cuidados interprofissionais à pessoa com deficiência voltado às pessoas com estomia, estruturado a partir de uma análise regional epidemiológica e a caracterização dos serviços disponíveis para esse perfil.

**Agradecimentos:** Não se aplica.

**Contribuições dos autores:** AJSCJ: análise formal, conceituação, curadoria de dados, escrita – primeira redação, metodologia. PEGP: análise formal, conceituação, curadoria de dados, escrita – primeira redação, metodologia. MES: escrita – primeira redação, escrita – revisão e edição, metodologia. FCL: escrita – primeira redação, escrita – revisão e edição, metodologia. AAST: escrita – revisão e edição, supervisão, validação. HMS: análise formal, escrita – revisão e edição, supervisão, validação.

**Disponibilidade de dados de pesquisa:** Todos os dados foram gerados ou analisados no presente estudo.

**Financiamento:** Financiamento do Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (Processo CNPq 443021/2019-8).

**Conflito de interesses:** Nada consta.

## REFERÊNCIAS

1. Barbosa AS, Teixeira BRF, Oliveira AM, Pessoa TRRF, Vaz EMC, Forte FDS. Inteprofissionalidade, formação e trabalho colaborativo no contexto da saúde da família: pesquisa-ação. *Saúde Debate*. 2023;46(spe5):67-79. <https://doi.org/10.1590/0103-11042022E506>
2. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Portaria nº 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 – SUS, a serem observadas em todas as unidades federadas, respeitadas as competências das três esferas de gestão [Internet]. 2009 [citado 2024 Nov. 1]. Disponível em: [https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudeflegis/sas/2009/prt0400\\_16\\_11\\_2009.html](https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudeflegis/sas/2009/prt0400_16_11_2009.html)

3. Klein GT, Ajay D, Volk RJ, Leal V, Westney OL. Living with urinary diversions: patient insights to improve the perioperative experience. *Urology*. 2021;152:190-4. <https://doi.org/10.1016/j.urology.2021.01.009>
4. Maurício VC, Souza NVDO, Maurício CE, Costa CCP, Silva MS, Roque ABM. Dificuldades e facilidades do processo educativo desenvolvido por enfermeiros às pessoas com estomias. *Rev Enferm UERJ*. 2020;28:e46131. <https://doi.org/10.12957/reuerj.2020.46131>
5. Hirose M, Creswell JW. Applying core quality criteria of mixed methods research to an empirical study. *J Mix Methods Res*. 2023;17(1):12-28. <https://doi.org/10.1177/15586898221086346>
6. Souza VRS, Marziale MHP, Silva GTR, Nascimento PL. Tradução e validação para a língua portuguesa e avaliação do guia COREQ. *Acta Paul Enferm*. 2021;34:eAPE02631. <https://doi.org/10.37689/acta-ape/2021AO02631>
7. Durkheim E. *Lições de sociologia*. 3ª ed. São Paulo: WMF Martins Fontes; 2019.
8. Batista BF, Rodrigues D, Moreira EV, Silva F. Técnicas de recolha de dados em investigação: inquirir por questionário e/ou inquirir por entrevista. In: Sá P, Costa AP, Moreira A. *Reflexões em torno de metodologias de investigação: recolha de dados*. 2ª ed. 2021. p. 13-36. <https://doi.org/10.34624/ka02-fq42>
9. Cachado R. Filednotes. A different cousin in the social sciences family. *Sociol Antropol*. 2021;11(2):551-72. <https://doi.org/10.1590/2238-38752021v1128>
10. Braun V, Clarke V. Reflecting on reflexive thematic analysis. *Qual Res Sport Exerc Health*. 2019;11(4):589-97. <https://doi.org/10.1080/2159676X.2019.1628806>
11. Ribeiro AA, Giviziez CR, Coimbra EAR, Santos JDD, Pontes JEM, Luz NF, et al. Interprofessional collaboration in primary health care: the team's intentions versus the reality of work processes. *Esc Anna Nery*. 2021;26:e20210141. <https://doi.org/10.1590/2177-9465-EAN-2021-0141>
12. Acero L. Relações 'biosociais': as associações de pacientes e a medicina regenerativa no Brasil. *Rev Tecnol Soc*. 2022;18(51):43-58. <https://doi.org/10.3895/rts.v18n51.13998>
13. Erdmann AL, Andrade SR, Mello ALSF, Drago LC. Secondary health care: best practices in the health services network. *Rev Lat Am Enfermagem*. 2013;21:131-9. <https://doi.org/10.1590/S0104-11692013000700017>
14. Guedes BAP, Vale FLB, Souza RW, Costa MKA, Batista SR. The organization of secondary outpatient care at SHS-DF. *Cienc Saude Colet*. 2019;24(6):2125-34. <https://doi.org/10.1590/1413-81232018246.08632019>
15. D'Ambrosio F, Pappalardo C, Scardigno A, Maida A, Ricciardi R, Calabrò GE. Peristomal skin complications in ileostomy and colostomy patients: what we need to know from a public health perspective. *Int J Environ Res Public Health*. 2022;20(1):79. <https://doi.org/10.3390/ijerph20010079>
16. Down G, Bain K, Andersen BD, Martins L, Karlsmark T, Jemec G, et al. Clinical preventive-based best practices to reduce the risk of peristomal skin complications: an international consensus report. *WCET Journal*. 2023;43(1):11-9. <https://doi.org/10.33235/wcet.43.1.11-19>
17. Ferreira MG, Ferreira KHG, Souza CRP, Ortiz PCA, Almeida RGS, Silva ADM. Singular Therapeutic Project in the management of complex cases: experience report in PEW-Health Interprofessionality. *Rev Bras Educ Med*. 2022;46(1):e026. <https://doi.org/10.1590/1981-5271v46.1-20210260.ING>
18. Zhou J, Wang Z, Chen X, Li Y. Gender differences in psychosocial outcomes and coping strategies of patients with colorectal cancer: a systematic review. *Healthcare (Basel)*. 2023;11(18):2591. <https://doi.org/10.3390/healthcare11182591>
19. Beco G. Intersectionality and disability in international human rights law. *Int J Hum Rights*. 2020;24(5):593-614. <https://doi.org/10.1080/13642987.2019.1661241>
20. Wickenden M. Disability and other identities? How do they intersect? *Front Rehabil Sci*. 2023;4:1200386. <https://doi.org/10.3389/fresc.2023.1200386>
21. Clemente KAP, Silva SV, Vieira GI, Bortoli MC, Toma TS, Ramos VD, et al. Barreiras ao acesso das pessoas com deficiência aos serviços de saúde: uma revisão de escopo. *Rev Saude Publica*. 2022;56:64. <https://doi.org/10.11606/s15188787.2022056003893>
22. Ceccim RB, Prates CC. Educação interprofissional, práticas colaborativas e micropolítica: o combate incerto dos afetos no capitalismo cognitivo sob o trabalho em saúde. *Interface (Botucatu)*. 2023;27:e230399. <https://doi.org/10.1590/interface.230399>