UNIVERSIDADE FEDERAL DE SÃO JOÃO DEL REI

MESTRADO ACADÊMICO EM ENFERMAGEM

RAVENA RIEELLY ARAÚJO MOURA

AVALIAÇÃO DOS SERVIÇOS DE ATENÇÃO À SAÚDE DAS PESSOAS ESTOMIZADAS NA REGIÃO OESTE DE MINAS GERAIS

Divinópolis
2016

RAVENA RIEELLY ARAÚJO MOURA

AVALIAÇÃO DOS SERVIÇOS DE ATENÇÃO À SAÚDE DAS PESSOAS ESTOMIZADAS NA REGIÃO OESTE DE MINAS GERAIS

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem - Mestrado Acadêmico - da Universidade Federal de São João Del-Rei (UFSJ), como requisito para obtenção do título de Mestre em Ciências.

Área de Concentração: Enfermagem

Linha de Pesquisa: Gestão em Serviços de Saúde e Enfermagem

Orientadora: Profa. Dra. Eliete Albano de Azevedo Guimarães

Coorientador: Prof. Dr. Juliano Teixeira Moraes

Divinópolis
2016

AUTORIZO A REPRODUÇÃO TOTAL OU PARCIAL DESTE TRABALHO, POR QUALQUER MEIO CONVENCIONAL OU ELETRÔNICO, PARA FINS DE ESTUDO E PESQUISA, DESDE QUE CITADA A FONTE.

Assinatura: _____Data ___/___/___

FICHA CATALOGRÁFICA

Moura, Ravena Rieelly Araújo.

Avaliação dos serviços de atenção à saúde das pessoas estomizadas na região Oeste de Minas Gerais/ Ravena Rieelly Araújo Moura. – Divinópolis: UFSJ, 2016. 112 p.: il.

Dissertação (Mestrado) – Universidade Federal de São João Del Rei, 2016.

Orientador: Profa. Dra. Eliete Albano de Azevedo Guimarães.

Coorientador: Prof. Dr. Juliano Teixeira Moraes

1. Estomia. 2. Atenção à saúde. 3. Serviços de saúde. 4. Enfermagem. 5. Avaliação de Serviços de Saúde.

RAVENA RIEELLY ARAÚJO MOURA

AVALIAÇÃO DOS SERVIÇOS DE ATENÇÃO À SAÚDE DAS PESSOAS ESTOMIZADAS NA REGIÃO OESTE DE MINAS GERAIS

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação Mestrado Acadêmico em Enfermagem para obtenção do título de Mestre em Ciências.

APROVADA em: ___ de ___de 2016.

Banca Examinadora

Profa. Dra. Eliete Albano de Azevedo Guimarães
Universidade Federal de São João del Rei
Assinatura: _____

Prof. Dr. Juliano Teixeira de Moraes
Universidade Federal de São João del Rei
Assinatura: _____

Profa. Dra. Eline Lima Borges
Universidade Federal de Minas Gerais
Assinatura: _____

Prof. Dr. Daniel Nogueira Cortez
Universidade Federal de São João del Rei
Assinatura: _____

*À minha amada mãe, **Marilva,** por ter sido a minha base, a minha fortaleza e não ter me deixado desistir, mesmo diante de alguns obstáculos. Fonte inesgotável de amor, dedicação, carinho e amizade.*

*Aos meus queridos irmãos, **Raissa Rayanna** e **Robério Segundo,** pelo apoio incondicional, cumplicidade e amor constantes. Vocês são tudo de mais valioso que alguém poderia ter. Que sejamos sempre assim, um pelo outro. Minha eterna gratidão por tudo. Amo vocês incondicionalmente.*

DEDICO.

AGRADECIMENTOS

*A **Deus**, pelas inúmeras bênçãos concedidas e por me permitir a cada dia uma página de vida nova no livro da minha existência, proporcionando-me uma oportunidade mais ampla de aprendizado e evolução. Sou muito grata a Ele por tudo!*

*À minha **família**, que mesmo com a distância, fez-se presente em todos os momentos, estimulando-me e guiando-me.*

*À minha Orientadora **Dra. Eliete Albano de Azevedo Guimarães**, fonte de estímulo e admiração, pelos conhecimentos compartilhados, por ter aceitado orientar-me nesta jornada e ter me proporcionado crescimento e amadurecimento profissional. Muito obrigada pela dedicação!*

*Ao meu Coorientador **Dr. Juliano Teixeira de Moraes**, por ser minha referência e ter acreditado e apostado em mim. Por ter me acompanhado em toda minha trajetória da UFSJ até o Mestrado. Muito obrigada pela amizade!*

*Ao **Professor Dr. Alexandre Ernesto**, por ter se tornado um grande amigo e uma inspiração de ser humano e profissional.*

*As grandes amigas que conquistei na pós-graduação, **Mirana** e **Yasmin**, por terem facilitado a minha caminhada.*

*Aos **amigos** que sempre torceram e apoiaram, em especial, ao **João Victor**, pela presença e por ter me ajudado tanto.*

*Ao meu amor, **Vinicius**, pela compreensão, alegria e companheirismo.*

*Aos **membros da banca examinadora**, por terem aceitado participar da avaliação deste estudo e pelas contribuições oferecidas.*

“ Se cheguei até aqui foi porque me apoiei no ombro dos gigantes”

ISAAC NEWTON.

RESUMO

MOURA, R.R.A. **Avaliação dos serviços de atenção à saúde das pessoas estomizadas na região Oeste de Minas Gerais.** 2016. 112 p. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Universidade Federal de São João del-Rei, São João del-Rei, 2016.

Introdução: A organização da atenção à saúde da pessoa estomizada no Brasil vem sendo reestruturada com base em um modelo de rede de cuidados, regionalizada e hierarquizada, de forma a garantir a integralidade do cuidado. Com o Serviço de Atenção à Saúde das Pessoas Ostomizadas (SASPO), implantado após a publicação da Portaria SAS/MS n° 400, de 16 de novembro de 2009, os estomizados passaram a ser vinculados aos serviços, visando a uma adequada atenção para a recuperação física e o desenvolvimento do autocuidado. Na Região Oeste do estado de Minas Gerais, os SASPO (tipo I e II) foram implantados em 2012 e, ainda, não se sabe sobre as condições e os efeitos desses serviços na qualidade do cuidado às pessoas estomizadas. **Objetivo:** Avaliar a implantação do SASPO I da região Oeste de Minas Gerais e caracterizar as pessoas estomizadas atendidas nessa região. **Método:** Trata-se de um estudo de casos múltiplos, com abordagem quantitativa, na dimensão da análise de implantação de programas, entre 2015 e 2016. Os casos foram cinco SASPO do tipo I, implantados nos municípios sede regionais. A coleta de dados se deu por meio de documentos, observação direta e questionário estruturado. Participaram da pesquisa os enfermeiros dos serviços. Para a estimativa do grau de implantação (GI) dos SASPO, utilizou-se uma matriz de análise, com três componentes: gerenciamento do serviço, assistência clínica e assistência educacional. O GI foi definido, por meio de um sistema de escores, com pesos diferenciados para cada critério, sendo classificado como: implantação plena, satisfatória, incipiente e não implantado. **Resultados:** Foi realizada a caracterização dos aspectos clínicos e sociodemográficos das pessoas estomizadas, vinculadas aos SASPO. Inicialmente foram analisados os dados de 418 estomizados cadastrados e ativos nos SASPO da região Oeste. Mais da metade deles é do sexo masculino, com idade média de 60 anos, casado e recebe menos de dois salários mínimos. A maioria possui até o ensino fundamental completo. Parte das estomias é do tipo colostomias permanentes e possui forma regular. A principal complicação foi dermatite e quase metade deles não está apto a desenvolver o autocuidado. A avaliação dos SASPO identificou que somente um SASPO atingiu implantação plena, seguido de três serviços com implantação satisfatória e um classificado como não implantado. O componente assistência clínica teve melhor desempenho, seguido pelo gerenciamento do serviço. A assistência educacional foi o componente pior avaliado, classificado como implantado somente em um serviço. As limitações estruturais dos SASPO referem-se à falta dos profissionais assistente social e médico, à ausência de protocolos clínicos e organizacionais e à ausência de sanitário com duchas higiênicas. No processo, identificou-se escassez de consultas com o assistente social e o médico, carência de grupos de apoio e atividades de educação em saúde e subutilização do sistema de gerenciamento de assistência farmacêutica. As atividades de reavaliação dos estomizados, atualização dos cadastros e fornecimento dos equipamentos coletores e adjuvantes de proteção e segurança estiveram presentes em todos os SASPO. **Conclusões:** A avaliação do grau de implantação dos SASPO I mostrou que apesar deles estarem em funcionamento observou-se o não cumprimento de alguns propósitos instituídos pela Portaria SAS/MS nº400 e que estes serviços ainda mantêm-se centrados no modelo tradicional pautado na distribuição de equipamentos e coletores adjuvantes. Constatou-se que os SASPO I estão prestando mais assistência clínica e educacional, embora a equipe multiprofissional não esteja consolidada, e ainda funcionam com uma estrutura inadequada. Conhecer o perfil dos estomizados dos SASPO da região foi importante para que se possam

consolidar os serviços conforme especificidades da região. Este estudo oferece subsídios para gestores de saúde municipais, regionais e do estado a fim de se buscar estratégias que possam fortalecer a construção de um serviço de qualidade com vistas na reabilitação do estomizado.

Palavras-chave: Estomia; Atenção à saúde; Enfermagem; Serviços de saúde; Avaliação de Serviços de Saúde.

ABSTRACT

MOURA, R.R.A. **Evaluation of health care services of ostomized persons in the western region of Minas Gerais** 2016. 112p. Thesis (MA) - Federal University of Nursing of São João del Rei, São João del Rei, 2016.

Introduction: The organization of health care for the stom- ated person in Brazil has been restructured based on a model of care network, regionalized and hierarchical, in order to guarantee the integrality of care. With the Service of Health Care of Ostomized Persons (SASPO), implemented after the publication of Portaria SAS / MS n ° 400, of November 16, 2009, the stomates are now linked to services, aiming at an adequate attention to the Recovery and the development of self-care. In the Western Region of the state of Minas Gerais, SNSAS (type I and II) were implanted in 2012, and it is not known about the conditions and effects of these services on the quality of care for people with stomies. **Objective:** To evaluate the implementation of the SASPO I of the western region of Minas Gerais and to characterize the stomized persons served in this region. Method: This is a multiple case study, with a quantitative approach, in the dimension of the program implementation analysis, between 2015 and 2016. The cases were five type I SSS, implemented in regional headquarters municipalities. The data collection was done through documents, direct observation and structured questionnaire. The nurses of the services participated in the survey. For the estimation of the degree of implantation (GI) of the SSSS, an analysis matrix was used, with three components: service management, clinical assistance and educational assistance. The GI was defined, by means of a system of scores, with differentiated weights for each criterion, being classified as: full, satisfactory, incipient and non-implanted implantation. **Results:** Characterization of the clinical and sociodemographic aspects of the stomized persons, related to the SNSP, was carried out. Initially, the data of 418 stomates registered and active in the SASPO of the Western region were analyzed. More than half of them are male, with an average age of 60, married and receiving less than two minimum wages. Most have even completed elementary education. Part of the stomies is of the type permanent colostomies and has a regular shape. The main complication was dermatitis and almost half of them are not able to develop self-care. The SASPO assessment identified that only one SASPO reached full deployment, followed by three services with satisfactory deployment and one classified as non-deployed. The clinical care component performed best, followed by service management. Educational assistance was the worst evaluated component, classified as only implemented in one service. The structural limitations of the SASPO refer to the lack of social and medical professionals, the absence of clinical and organizational protocols, and the absence of sanitary facilities with hygienic showers. In the process, there was a shortage of consultations with the social worker and physician, lack of support groups and health education activities, and underutilization of the pharmaceutical care management system. The activities of reassessment of the stomates, updating the registries and supply of the collecting equipments and protection and security adjuvants were present in all the SASPO. **Conclusions:** The evaluation of the degree of implementation of the SASPO I showed that although they were in operation, it was observed the non-compliance with some of the objectives established by Portaria SAS / MS nº400 and that these services still remain centered on the traditional model based on the distribution of Equipment and adjuvant collectors. SASPO I has been found to be providing more clinical and educational assistance, although the multiprofessional team is not consolidated, and they still operate with an inadequate structure. Knowing the profile of the STS of the region was important so that the services can be consolidated according to the specifics of the region. This study offers subsidies for municipal, regional and state health managers in order to seek strategies that may strengthen the construction of a quality service with a view to rehabilitation of the stomat ostomy.

Keywords: Ostomy. Health Attention. Nursing. Health services. Health Services Assessment.

RESUMEN

MOURA, R.R.A. **Los servicios de salud evaluación de la gente de ostomía en la región occidental en Minas Gerais.** 2016. 112p. Tesis (MA) - Universidad Federal de Enfermería de São João del Rei, São João del Rei, 2016.

Introducción: La organización de la atención de salud para la persona estoma en Brasil se ha reestructurado basado en un modelo de red de la atención, regionalizada y jerarquizada, con el fin de garantizar una atención integral. Con el Servicio de Salud de ostomizados (SASPO), implementado después de la publicación de la Ordenanza SAS / MS N ° 400 de 16 de noviembre de 2009, la ostomía se vinculó a los servicios dirigidos a la atención adecuada a la recuperación física y el desarrollo de auto-cuidado. En el estado occidental de Minas Gerais Región, el SASPO (tipo I y II) fueron desplegados en 2012, y que además no sabía nada de las condiciones y los efectos de estos servicios en la calidad de la atención para las personas estomizadas. **Objetivo:** Evaluar la implementación SASPO I de la región occidental de Minas Gerais y caracterizar las personas estomizadas visto en esta región. **Método:** Se trata de un estudio de casos múltiples con un enfoque cuantitativo, el tamaño del análisis de la ejecución del programa, entre 2015 y 2016. Los cinco casos fueron de tipo I SASPO, desplegado en los municipios sedes regionales. La recolección de datos fue a través de documentos, y estructurado cuestionario directa observación. Los participantes eran enfermeras de los servicios. Para estimar el grado de implantación (IG) de SASPO, se utilizó una matriz de análisis, con tres componentes: gestión de servicios, la atención clínica y de asistencia educativa. El IG ha sido definida a través de un sistema de puntuación, con diferentes pesos para cada criterio, siendo clasificada como la aplicación plena, satisfactoria, débil y no desplegado. **Resultados:** Se llevó a cabo la caracterización de los aspectos clínicos y socio-demográficas de las personas vinculadas a estomizadas SASPO. Inicialmente, se analizaron los datos de 418 ostomía registrado y activo en SASPO la región occidental. Más de la mitad de ellos son hombres, con una edad media de 60 años, casado y recibe menos de dos salarios mínimos. La mayoría ni siquiera han terminado la escuela primaria. Parte de la ostomía es el tipo de colostomía permanente y cuenta con regularidad. La principal complicación fue la dermatitis y casi la mitad de ellos no son capaces de desarrollar el autocuidado. La evaluación de SASPO identificó sólo un SASPO alcanzó el despliegue completo, seguido de tres servicios con la implementación satisfactoria y clasificado como no desplegados. El componente de la atención clínica ha obtenido mejores resultados, seguido de la gestión del servicio.
El viaje educativo fue el componente peor puntuación, clasificado como utilicen tan sólo durante un servicio. limitaciones estructurales de SASPO se refieren a la falta de trabajadora social y profesional médico, a la ausencia de protocolos clínicos y de organización y la falta de salud, con las duchas vaginales. En el proceso, se identificó la falta de consulta con el trabajador social y el médico, la falta de grupos de apoyo y actividades de educación sanitaria y la subutilización de sistema de gestión de la atención farmacéutica. actividades de revalorización de ostomía, la actualización de los registros y suministro de equipos colectores y la seguridad y protección de los adyuvantes estaban presentes en todas SASPO. **Conclusiones:** La evaluación del grado de aplicación de SASPO me mostraron que a pesar de que están en operación hubo incumplimiento de algunos propósitos establecidos por la Ordenanza SAS / MS 400, y que estos servicios todavía siguen centrados en el modelo tradicional basado en la distribución medios e instrumentos colectores. Se encontró que el SASPO I están pagando más asistencia médica y educativa, aunque el equipo multidisciplinario no se consolida, y todavía funciona con una estructura inadecuada. Conociendo el perfil de SASPO de ostomía de la región era importante para que puedan consolidar los servicios como características específicas de la región. Este estudio proporciona subsidios a los administradores de salud locales, regionales y estatales con el fin de buscar estrategias para fortalecer la construcción de un servicio de calidad destinado a la rehabilitación de los pacientes de ostomia.

Palabras Clave: Ostomia. Atención de la salud. Enfermería. Servicio de salud. Evaluación del Servicio de la salud.

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 - Mapa da Região Ampliada Oeste de Minas Gerais, 2011. 29
Figura 2 - Modelo Teórico do Serviço de Atenção à Saúde da Pessoa Ostomizada I..... 31
Figura 3 - Modelo Lógico: Serviço de Atenção à Saúde da Pessoa Ostomizada I..... 33

ARTIGO 2

Figura 1- Modelo Lógico do Serviço de Atenção à Saúde da Pessoa Estomizada I. 65

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 - Matriz de Análise e Julgamento. 34
Quadro 2 - Sistema de escores utilizado para classificar o grau de implantação dos SASPO I. 43

LISTA DE TABELAS

ARTIGO 1

Tabela 1- Distribuição percentual de variáveis sociodemográficas e clínicas segundo o tipo de estomia dos estomizados da região Oeste de Minas Gerais, 2016 (n=418). 51

Tabela 2 - Distribuição percentual das variáveis sociodemográficas e clínicas segundo o tipo de SASPO da região Oeste de Minas Gerais, 2016 (n=418). 52

ARTIGO 2

Tabela 1 - Grau de Implantação dos Serviços de Atenção à Saúde da Pessoa Ostomizada, tipo I, na Região Oeste de Minas Gerais, 2015 - 2016. 68

Tabela 2 - Grau de Implantação de alguns critérios estruturais e de processo,segundo os Serviços de Atenção à Saúde da Pessoa Ostomizada, tipo I, na Região Oeste de Minas Gerais, 2015 – 2016. 69

Tabela 3 - Elementos facilitadores e dificultadores da Estrutura e Processo nos Serviços de Atenção à Saúde da Pessoa Ostomizada, tipo I, na Região Oeste de Minas Gerais, 2015 – 2016. 71

LISTA DE SIGLAS

ABRASO	Associação Brasileira de Ostomizados
APS	Atenção Primária de Saúde
CER	Centros Especializados em Reabilitação
CNS	Conselho Nacional de Saúde
ET	Estomaterapeuta
GI|	Grau de implantação
GRS	Gerência Regional de Saúde
IOA	*International Ostomy Association*
INAMPS	Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social
INPS	Instituto Nacional de Previdência Social
MS	Ministério da Saúde
OMS	Organização Mundial de Saúde
PDR	Plano Diretor de Regionalização
SASPO	Serviço de Atenção à Saúde da Pessoa Ostomizada
SES	Secretaria Estadual de Saúde
SAI	Sistema de Informação Ambulatorial
SIGAF	Sistema Integrado de Gerenciamento da Assistência Farmacêutica
SMS	Secretaria Municipal de Saúde
SOBEST	Associação Brasileira de Estomaterapia
SRS	Superintendência Regional de Saúde
SUS	Sistema Único de Saúde
UBS	Unidade Básica de Saúde
UOAA	*United Ostomy Associations of America*
UPS	Unidades Prestadoras de Serviço

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO 15

2 OBJETIVOS 18
2.1 OBJETIVO GERAL 18
2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS 18

3 REFERENCIAL TEÓRICO 19
3.1 ESTOMAS 19
3.2 A POLÍTICA DE ATENÇÃO AO ESTOMIZADO NO BRASIL 22
3.3 A ATENÇÃO AO ESTOMIZADO EM MINAS GERAIS 26

4 MÉTODO 28
4.1 TIPO DE ESTUDO 28
4.2 LOCAL DE ESTUDO 28
4.2.1 A Região Oeste de Minas Gerais 28
4.3 ETAPAS AVALIATIVAS 30
4.3.1 Desenvolvimento dos modelos teórico e lógico da avaliação 30
4.3.2 Identificação dos interessados na avaliação e na obtenção de um acordo quanto ao procedimento de uma avaliação 40
4.4 COLETA DE DADOS 40
4.5 ANÁLISE DOS DADOS 41
4.6 ASPECTOS ÉTICOS 44

5 RESULTADOS 45
5.1 ARTIGO 1 – ANÁLISE CLÍNICA E SOCIODEMOGRÁFICA DE PESSOAS ESTOMIZADAS ATENDIDAS NOS SERVIÇOS DE ATENÇÃO À SAÚDE EM MINAS GERAIS, BRASIL 46
5.2 ARTIGO 2 – ANÁLISE DA IMPLANTAÇÃO DOS SERVIÇOS DE ATENÇÃO À SAÚDE DA PESSOA ESTOMIZADA: ESTUDO DE CASOS MÚLTIPLOS EM MINAS GERAIS, BRASIL 60

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS 81

REFERÊNCIAS 82

APÊNDICES 87

ANEXOS 105

1 INTRODUÇÃO

A organização da atenção à saúde da pessoa estomizada no Brasil vem sendo reestruturada com base em um modelo de rede de cuidados, regionalizada e hierarquizada, de forma a garantir o atendimento integral à pessoa com deficiência. Esse novo modelo é pautado em atendimento interdisciplinar, de caráter preventivo, individualizado e sistematizado, visando à reabilitação precoce e à melhoria da qualidade de vida das pessoas estomizadas (BORGES; RIBEIRO, 2015; BRASIL, 2009).

Existe uma mudança significativa no cenário das pessoas com estomas intestinais e urinários, as quais têm se tornado foco das principais políticas públicas de atenção à saúde. Considerando o aumento da população estomizada, ressaltam-se conquistas importantes em relação à assistência especializada e à implementação de um conjunto de ações para assegurar a acessibilidade desta clientela (MIRANDA et al., 2016).

A pessoa estomizada é aquela que foi submetida a um procedimento cirúrgico para a confecção de um estoma, tratamento decorrente de diversas patologias. Os estomas recebem diferentes nomes, de acordo com o órgão onde foi feito o procedimento e desenvolvem diversas funções. Existem, portanto, as de alimentação, de respiração e de eliminação. Dentre as estomias de eliminação, temos as intestinais, denominadas de colostomias, ileostomias, jejunostomias, dependendo se o segmento exteriorizado foi no cólon, no íleo ou no jejuno. E as estomias urinárias, chamadas por urostomias ou derivações urinárias (LENZA et al., 2013; LUZ, 2014).

A palavra estoma deriva de origem grega “stóma” e significa boca ou abertura. Por muito tempo, o termo utilizado foi ostomia e, atualmente, considerando a grafia brasileira, foi consenso a adoção da terminologia estoma ou estomia. Portanto, o termo ostomizado será empregado, neste trabalho, apenas quando estiver vinculado à publicações governamentais e referenciar o nome oficial do programa de saúde (LENZA et al., 2013).

A última estimativa da Associação Brasileira de Ostomizados (ABRASO) é que há, aproximadamente, 34 mil pessoas estomizadas no Brasil. A cada ano são realizados, aproximadamente, um milhão e 400 mil procedimentos cirúrgicos com confecção de estomas no país, e os gastos giraram em torno de R$ 153.749.490,36 entre 2002 e 2008 (ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE OSTOMIZADOS, 2015; INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER JOSÉ ALENCAR GOMES DA SILVA, 2014).

Para a assistência ao estomizado e à sua família, deve-se ter uma abordagem interdisciplinar e especializada, com atendimentos da equipe cirúrgica, da equipe de

enfermagem, do psicólogo, da nutricionista e da assistente social. Essa abordagem deve envolver desde o encaminhamento para os serviços de saúde que atendem o estomizado no Sistema Único de Saúde (SUS) até o ensino do autocuidado visando à recuperação física e alcance da sua reabilitação. É fundamental, também, uma rede de apoio e de suporte social, que inclua não só a família, mas também de grupos de apoio e de profissionais de saúde (MORAES et al., 2014; SILVA; SILVA; CUNHA, 2016).

A publicação da Portaria SAS/MS n° 400, de 16 de novembro de 2009, definiu que a atenção à saúde das pessoas com estoma seria desenvolvida no Serviço de Atenção à Saúde das Pessoas Ostomizadas (SASPO), classificado em Atenção às Pessoas Ostomizadas I e Atenção às Pessoas Ostomizadas II, segundo suas especificações. Essas pessoas passaram a ser vinculadas aos serviços públicos de saúde e assistidas por profissionais das áreas responsáveis por lhes prestarem todo o cuidado e assistência especializada (BRASIL, 2009).

Em Minas Gerais (MG), o SASPO foi descentralizado para as Gerências e Superintendências Regionais de Saúde (SRS/GRS) gradativamente, por ser considerado um componente essencial, no processo de trabalho de vigilância em saúde e para auxiliar a tomada de decisão na atenção à saúde dos estomizados, subsidiando o planejamento e o monitoramento do cuidado de qualidade, impactando na redução da mortalidade e das comorbidades (MORAES et al., 2014).

Atualmente, o estado de MG conta com 49 SASPO distribuídos em 13 regiões de saúde, estando seis deles localizados na Região Oeste do Estado. Estes SASPO foram implantados, em 2012, sendo cinco classificados em nível I e um no nível II. Esta região foi a última a ser implantada e ainda não foi submetida a nenhuma avaliação quanto à sua estrutura e ao seu funcionamento (BORGES; RIBEIRO, 2015).

Pouco se sabe sobre as condições dos serviços credenciados e sobre os efeitos dessa intervenção na qualidade do cuidado às pessoas estomizadas. Em Minas Gerais, a maioria dos SASPO tem deficiências nas dimensões de estrutura e processo e, ainda, mantém características de um modelo centrado na distribuição de dispositivos (MORAES, 2014).

As diretrizes, para a atenção à saúde da pessoa estomizada, estabelecem a realização do acompanhamento, controle e avaliação das atividades e de seus efeitos, com o propósito de intensificar a atenção qualificada. Neste contexto, a avaliação em saúde constitui um instrumento essencial de apoio à gestão, pois o processo avaliativo funciona como ferramenta de suporte à formulação de políticas, ao processo decisório e à capacitação profissional (BROUSSELLE et al., 2011).

Ademais, ainda, são escassas as pesquisas sobre a análise de implantação dos SASPO no Brasil cuja avaliação, ainda, não é uma prática institucionalizada pelos serviços de saúde, sendo influenciada pela falta de tradição e de compreensão da necessidade dos próprios profissionais avaliarem o cotidiano em que estão inseridos (ALVES et al., 2010).

Esta pesquisa justifica-se, então, pela oportunidade de conhecer e utilizar a pesquisa avaliativa, na análise de implantação de programas e de contribuir na identificação de melhorias e dificuldades relacionadas à organização dos SASPO e sustentar decisões direcionadas ao seu aprimoramento e consolidação.

Para esta pesquisa, perguntas avaliativas foram construídas, sumarizando-se: os SASPO I da Região Oeste de MG estão implantados de acordo com as Diretrizes Nacionais para a Atenção à Saúde das Pessoas Ostomizadas? Em que medida os propósitos dos SASPO I estão sendo alcançados? Que elementos foram facilitadores e/ou dificultadores para a implantação desses serviços?

2 OBJETIVOS

2.1 OBJETIVO GERAL

Avaliar a implantação dos SASPO I, da Região Oeste de Minas Gerais, entre 2015 e 2016.

2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

a) Caracterizar as pessoas estomizadas atendidas nos serviços (ARTIGO 1);
b) Caracterizar os SASPO I com base nas dimensões de estrutura e de processo (ARTIGO 2);
c) Classificar o grau da implantação dos SASPO I (ARTIGO 2);
d) Analisar os elementos facilitadores e dificultadores que influenciaram o grau de implantação dos SASPO I (ARTIGO 2).

3 REFERENCIAL TEÓRICO

3.1 ESTOMAS

Estoma de eliminação é uma abertura cirúrgica no abdome, realizada com fins terapêuticos, para eliminação de fezes e/ou urina, quando a função normal do intestino é interrompida. A indicação para se realizar um estoma pode ser de caráter temporário, quando tem finalidade de proteção de uma perfuração intestinal ou de uma anastomose e pode ser revertida após algum tempo, ou de caráter definitivo, com o objetivo de substituir a perda de função esfinctérica, após descartar todas as opções para restabelecer o trânsito intestinal (MELO, 2015; MORAES; BALBINO; SOUZA, 2015; PITTMAN, 2011).

De acordo com a *United Ostomy Associations of America* (UOAA), estima-se que, no ano de 2013, existiam mais de 750 mil estomizados e 120 mil novas cirurgias foram realizadas, anualmente, nos Estados Unidos da América (EUA). A Rússia apresenta 120 mil pessoas com estomas, a Ucrânia possui 50 mil e a Sérvia com 4.000 estomizados (UNITED OSTOMY ASSOCIATIONS OF AMERICA, 2013).

No Brasil, os dados sobre estomias são desafiadores por depender de registro sistematizado de informações, em um território de dimensões continentais, em que existem desigualdades estruturais, filosóficas e organizacionais dos serviços de saúde (SANTOS, 2006). Mesmo assim, a *International Ostomy Association* (IOA) estimou, para o Brasil, uma prevalência de 170 mil estomizados, no último censo do ano 2000, o que, naquela época, corresponderia a 1 estomizado para cada 1.000 habitantes (INTENATIONAL OSTOMY ASSOCIATION, 2007). Ainda no ano de 2003, a Associação Brasileira de Estomizados (ABRASO) calculou um número de 43.000 brasileiros estomizados (MENEZES; QUINTANA, 2008).

Há relatos de técnicas cirúrgicas para criação de um estoma desde 400 a.C, certamente desprovidas de assistência específica e da indisponibilidade de dispositivos adequados. Desde então, mudanças na assistência e avanços nos dispositivos vêm sendo aprimorados para permitir uma melhor adaptação à nova condição de vida (MORAES; BALBINO; SOUZA, 2015).

As características físicas de um estoma variam quanto ao tipo, localização, tamanho, forma, superfície, contorno e protrusão e podem variar, de acordo com a técnica cirúrgica utilizada, segmento exteriorizado, a causa básica e o tempo de permanência (LINS NETO; FERNANDES; DIDONÉ, 2016).

As estomias intestinais são as mais frequentes e podem servir como proteção para anastomoses em cirurgias eletivas, ser uma opção em cirurgias de urgência ou mesmo um procedimento como definitivo para pacientes sem a possibilidade de reconstrução intestinal futura, seja como paliativo (por exemplo, para desobstrução tumores irressecáveis) ou tratamento curativo (por exemplo, a amputação abdominoperineal na ressecção do tumor retal) (MELOTTI et al., 2013).

Independentemente de ser temporária ou definitiva, a realização desse procedimento acarreta uma série de mudanças na vida do estomizado, tais como: necessidade de realização do autocuidado com a estomia, aquisição de material apropriado para a contenção das fezes ou urina; adequação alimentar; convivência com a perda do controle da continência intestinal ou vesical; eliminação de odores; e alteração da imagem corporal, das atividades sociais, sexuais e cotidianas (OLIVEIRA et al., 2010).

São várias as causas que levam à realização de estomas intestinais. As mais frequentes podem estar associadas às doenças crônico-degenerativas, em específico, do trato gastrointestinal, principalmente, câncer colorretal, doença diverticular, megacólon, doença inflamatória intestinal, incontinência anal, colite isquêmica, trauma, infecções perineais graves, entre outras. Assim, é evidente que a população que exige uma estomia é bastante diversificada, incluindo indivíduos de todas as idades e de diferentes perfis sociodemográficos (CARVALHO et al., 2013; MELOTTI et al., 2013).

Dentre essas causas, o câncer colorretal é, no mundo todo, o maior responsável pela confecção de um estoma, demonstrando alta incidência e prevalência, tornando-se, assim, um grande problema de saúde pública. No Brasil, segundo o censo do Instituto Nacional do Câncer (INCA), a estimativa, em 2014, foi de 576 mil casos novos de câncer, destacando-se o câncer cólon e de reto em 32.600, sendo 15.070 homens e 17.530 mulheres, permanecendo a terceira causa da doença supracitada entre os homens e a segunda causa entre as mulheres (INCA, 2014; OLIVEIRA et al., 2010).

As condutas da equipe multiprofissional visando à reabilitação do estomizado devem ser iniciadas no pré-operatório, no momento em que é definida a possibilidade de se criar um estoma, ter continuidade durante o ato cirúrgico e no pós-operatório (SALVADALENA et al., 2015).

Também é importante a padronização da bolsa coletora que deverá ser utilizada por essas pessoas ao final do procedimento cirúrgico, que tem como características: ser opaca ou transparente, inicialmente, para possibilitar a visualização e avaliação do estoma e do efluente drenado; ser de duas peças ou peça única para evitar manipulação desnecessária na região

abdominal e ser drenável para facilitar o esvaziamento do efluente e o controle hídrico. Ainda, no pré-operatório, é realizado o preparo colônico dentre outros cuidados fundamentais (SONOBE; BARICHELLO; ZAGO, 2011).

A cirurgia da confecção de um estoma é considerada um procedimento potencialmente acompanhado de complicações que, na maioria das vezes, são subestimadas. As principais complicações relacionadas aos estomas incluem a adaptação inadequada da placa de estomia, má localização do estoma na parede abdominal, dermatite periestomal, necrose isquêmica, retração, prolapso, estenose, fístula periostomal, hérnia periostomal, e abscesso periostomal (MANJOUBI, 2010; MIRANDA et al., 2016; PITTMAN, 2011).

Grande parte de tais complicações pode ser evitada com uma assistência de enfermagem especializada, incluindo o ensino do autocuidado, tanto das características normais do estoma quanto das possíveis alterações. O enfermeiro é o profissional de destaque, em relação ao desenvolvimento do autocuidado, pois presta os cuidados de forma individualizada, facilitando, assim, sua reabilitação (CHENG et al., 2013; FLEWELLING; HOEflOK; KINACH, 2013; SALOME et al., 2015).

Ressalta-se que, para o cuidado especializado à pessoa estomizada, o enfermeiro deve se especializar em estomaterapia. O enfermeiro estomaterapeuta (ET) é definido como aquele que possui conhecimentos, treinamento específico e habilidades para o cuidado das pessoas estomizadas, portadores de feridas agudas e crônicas, fístulas e incontinência anal e urinária (PAULA; SANTOS, 2003).

A consulta de enfermagem é essencial, para readaptação dos estomizados, pois, além de oferecer o suporte necessário para o tratamento, oferece um sentido, guiando-os para aceitação e compreensão das alterações ocorridas no próprio corpo. O desenvolvimento de estratégias de ensino para o autocuidado deve ser entendido como uma parceria entre o profissional e a pessoa com estomia, na qual os problemas são identificados com definição de ações apropriadas para o aprendizado dessa clientela (GRANT et al., 2013; SASAKI et al., 2012; SILVA et al., 2014).

Além do enfermeiro estomaterapeuta ou generalista, é fundamental uma abordagem multidisciplinar que inclua a participação do assistente social, do médico, do psicólogo e do nutricionista. O planejamento da assistência ao estomizado ultrapassa o ensinar os cuidados de higiene e troca de dispositivos coletores. Há uma necessidade que o indivíduo seja, adequadamente, orientado para evitar agravos e complicações referentes ao manuseio inadequado de seu estoma (LIMA; BORGES; DONOSO, 2015).

Assim, a capacidade da realização do autocuidado deve ser avaliada, a partir do desenvolvimento de habilidades da pessoa com estomia e do familiar, para que eles possam ter autonomia e independência, na tomada de decisões sobre os tipos de cuidados que conseguem assumir, bem como o desenvolvimento de habilidades motoras, cognitivas, interpessoais e adaptações necessárias para lidar com sua nova condição (SILVA et al., 2014).

Além de enfrentar mudanças na autoimagem, a pessoa com estomia tem a preocupação com o aspecto e alteração do estoma, problemas da perda da integridade da pele ao redor do estoma, alterações da atividade sexual trazendo sofrimento e sensação até então desconhecida. Portanto, a condição de estomizado deve significar um recomeço, uma vez que poderá alcançar satisfação a partir do momento em que assumir o autocuidado e aumentar a possibilidade de viver em plenitude, dentro de suas limitações (LIMA; BORGES; DONOSO, 2015; SOUSA, 2002).

3.2 A POLÍTICA DE ATENÇÃO AO ESTOMIZADO NO BRASIL

No Brasil a assistência à saúde é garantida pelo SUS, um modelo pautado na seguridade social. Essa política garante acesso e o cuidado integral, com uma concepção ampliada de saúde e o princípio da saúde como direito universal e como dever do Estado. Agrega-se a isso a reorganização do modelo assistencial, a reacomodação de poder entre as instituições e a criação de uma rede de relações com participação dos cidadãos. Esse processo de descentralização em saúde facilitou o planejamento e a gestão e aproximou recursos e necessidades à medida que reconhece a diversidade e as diferenças que compõem cada município (PAIM et al., 2011).

A grande atuação do poder público na área da saúde, deu-se pelo Instituto Nacional de Previdência Social (INPS) que depois passou a ser denominado Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (INAMPS), autarquia do Ministério da Previdência e Assistência Social. O INAMPS tinha a responsabilidade de prestar assistência à saúde de seus associados, o que justificava a construção de grandes unidades de atendimento ambulatorial e hospitalar, como também da contratação de serviços privados, nos grandes centros urbanos, onde estava a maioria dos seus beneficiários (SOUZA, 2002).

Desta forma, o INAMPS aplicava nos estados, por intermédio das Superintendências Regionais, recursos para a assistência à saúde de modo mais ou menos proporcional ao volume de recursos arrecadados e dos beneficiários existentes. Neste período, iniciou-se a

distribuição de bolsas coletoras, autorizada pelas SRS, sem suporte técnico ou acompanhamento especializado (SOUZA, 2002).

Especificamente para o atendimento às pessoas estomizadas, em 1988, a Ordem de Serviço INAMPS nº 158 /88 determinou a centralização da distribuição de bolsas nas capitais dos estados, nos chamados centros de referência de atendimento ambulatorial.

Um importante marco histórico da atenção à saúde das pessoas estomizadas, no Brasil, deu-se em 1993 com a publicação da Portaria/MS/SAS nº 116, que incluiu, no Sistema de Informações Ambulatoriais (SIA/SUS), a concessão dos equipamentos de órteses, próteses e a rotina do atendimento aos estomizados em nível ambulatorial (BRASIL, 1993).

Em 1999, o Decreto Lei 3298, de 20 de dezembro de 1999, na alínea IX do seu artigo 19º, trata do fornecimento de bolsas coletoras para as pessoas com estomias, assim, ocorreu o primeiro entendimento de que o estomizado deveria ser considerado deficiente físico (BRASIL, 1999).

Desde 2001, o Ministério da Saúde, por meio da Portaria nº 818/GM, de 5 de junho de 2001, determinou a criação das Redes Estaduais de Assistência à Pessoa Portadora de Deficiência Física. Nessa rede, o programa de Órtese e Prótese proporcionou, mediante critérios previamente estabelecidos, o acesso da pessoa com deficiência física, dentre eles o estomizado, a serviços hierarquizados e regionalizados e com base nos princípios da universalidade e integralidade das ações de saúde (BRASIL, 2001).

Assim, em 2002, entrou em vigor a Política Nacional de Saúde da Pessoa com Deficiência, instituída pela Portaria MS/GM nº 1.060, de 5 de junho de 2002, a qual define, como propósitos gerais: proteger a saúde da pessoa com deficiência; reabilitar a pessoa com deficiência na sua capacidade funcional e desempenho humano, contribuindo para a sua inclusão em todas as esferas da vida social; e prevenir agravos que determinem o aparecimento de deficiência (BRASIL, 2002).

Em 2004, com a publicação da Lei 5296, de 2 de dezembro de 2004, os estomizados foram legitimados como pessoas com deficiência. Nessa Lei, eles estão alicerçados na categoria “deficiência física”, conforme previsto em seu Artigo 5º, parágrafo 1º, letra a. Isso significa que todas as entidades e instituições públicas ou privadas do país estão obrigadas a respeitar a legislação brasileira, os direitos das pessoas com deficiência e, também, os direitos das pessoas estomizadas. Desta forma, a atenção ao estomizado passa a ser associada ao Programa de Saúde da Pessoa com Deficiência e assistido pelo Programa de Órtese e Prótese para a distribuição de dispositivos e bolsas coletoras (BRASIL, 2004).

Já no ano de 2007, a Portaria GM/MS nº 2.848, de 6 de novembro de 2007 estabeleceu nova Tabela de Procedimentos, Medicamentos, Órtese, Prótese e Materiais Especiais - OPM/SUS. A proposta para a edição de uma Portaria que regulamentasse a implantação de serviços de atenção à saúde das pessoas estomizadas ao Ministério da Saúde (MS) ocorreu por iniciativa ABRASO e da SOBEST (Associação Brasileira de Estomaterapia), no ano de 2005 e foi aprovada pelo Conselho Nacional de Saúde (CNS) em 13 de fevereiro de 2007 (BRASIL, 2007).

Apenas no ano de 2009 foi publicada a Portaria nº 400, de 16 de novembro de 2009, que estabelece Diretrizes Nacionais para a Atenção à Saúde das Pessoas Ostomizadas, no âmbito do SUS, a serem observadas em todas as unidades federadas, respeitadas as competências das três esferas de gestão (BRASIL, 2009).

Essa portaria define que a atenção à saúde das pessoas com estoma envolve ações desenvolvidas na atenção básica e nos Serviços de Atenção à Saúde das Pessoas Ostomizadas. A atenção básica das ações é de orientação para o autocuidado e prevenção de complicações nas estomias.

Na atenção secundária, os SASPO foram classificados em Atenção às Pessoas Ostomizadas I e Atenção às Pessoas Ostomizadas II. O do tipo I é aquele que realiza ações de orientação para o autocuidado, prevenção de complicações nas estomias e fornecimento de equipamentos coletores e adjuvantes de proteção e segurança. Deve dispor de uma equipe com o assistente social, o médico e o enfermeiro, equipamentos e instalações físicas adequadas, integrados à estrutura física de policlínicas, ambulatórios de hospital geral e especializado, unidades ambulatoriais de especialidades, unidades de Reabilitação Física (BRASIL, 2009).

Já o serviço tipo II é aquele que, além desenvolver as atividades previstas no primeiro, trata complicações que podem acontecer e desenvolve ações de capacitação de profissionais. Além dos profissionais do tipo I, deve haver o nutricionista e o psicólogo, compondo a equipe multiprofissional, equipamentos e instalações físicas adequadas, integrados à estrutura física de policlínicas, ambulatórios de hospital geral e especializado, unidades ambulatoriais de especialidades, unidades de Reabilitação Física, Unidade de Assistência de Alta Complexidade em Oncologia e Centro de Assistência de Alta Complexidade em Oncologia (BRASIL, 2009).

Esta política estabelece, ainda, que as Secretarias de Saúde dos Estados, Distrito Federal e Municípios, em gestão plena e que aderiram ao Pacto pela Saúde, devem adotar as providências necessárias à organização dos serviços, devendo atentar para:

I - orientar quanto ao cadastro de pessoas com estoma;

II - organizar e promover as ações na atenção básica;

III - estabelecer fluxos e mecanismos de referência e contrarreferência para a assistência às pessoas com estoma na atenção básica, média complexidade e alta complexidade, inclusive para cirurgia de reversão de estomias nas unidades hospitalares;

IV - zelar pela adequada utilização das indicações clínicas de equipamentos coletores e adjuvantes de proteção e segurança para pessoas com estoma;

V - efetuar o acompanhamento, controle e avaliação que permitam garantir o adequado desenvolvimento das atividades previstas para a assistência às pessoas com estoma;

VI - promover a educação permanente de profissionais na atenção básica, média e alta complexidade para a adequada atenção às pessoas com estoma.

Essa Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência tem como objetivos ampliar o acesso e qualificar o atendimento às pessoas com deficiência temporária ou permanente; progressiva, regressiva, ou estável; intermitente ou contínua no SUS; promover a vinculação das pessoas com deficiência auditiva, física, intelectual e com múltiplas deficiências; e garantir a articulação e a integração dos pontos de atenção das redes de saúde no território, qualificando o cuidado por meio do acolhimento e classificação de risco (BRASIL, 2012b).

Nesse contexto, a atenção básica é uma peça importante na Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência. Deve ser a porta de entrada dos estomizados, nos serviços de saúde do SUS, priorizando ações estratégicas para a ampliação do acesso e da qualificação da atenção à pessoa com deficiência, realizar ações de orientação para o autocuidado e a prevenção de complicações nos estomas, a busca ativa das pessoas estomizadas, o encaminhamento para os demais níveis/pontos de atenção (BORGES; RIBEIRO, 2015).

A atenção secundária é agora descrita como pontos de atenção à saúde, podendo ser Estabelecimentos de Saúde habilitados em apenas um serviço de reabilitação, Centros Especializados em Reabilitação (CER), ou Ambulatório Geral de Especialidades.

Assim, CER, atualmente, tornou-se um importante ponto de atenção ambulatorial especializado em reabilitação que realiza diagnóstico, tratamento, concessão, adaptação e manutenção de tecnologia assistiva, constituindo-se em referência para a Rede de Atenção à Saúde no território. Pode, ainda, ser classificado como CER II, quando composto por dois serviços de reabilitação habilitados, CER III com três serviços de reabilitação e CER IV quando tiver quatro ou mais serviços de reabilitação habilitados (BORGES; RIBEIRO, 2015).

3.3 A ATENÇÃO AO ESTOMIZADO EM MINAS GERAIS

Em Minas Gerais, a SES é o órgão responsável por formular, regular e fomentar as políticas de saúde no Estado, de acordo com as necessidades da população, assegurando os princípios do SUS. A sua principal atribuição é a promoção e proteção da saúde no Estado, identificando as necessidades da sua população pela prestação de serviços de atenção à saúde (MALACHIAS; LELES; PINTO, 2011).

A estrutura atual da SES-MG é composta por unidades centrais, pela GRS e SRS, responsáveis pelo apoio regionalizado ao atendimento, gestão e controle de diversos programas de assistência à saúde, inclusive na distribuição de medicamentos e produtos para saúde à população dos municípios por ela jurisdicionados. Essas regionais são distribuídas, estrategicamente, por todo o Estado de forma a fomentar a assistência e o desenvolvimento da saúde por todas as regiões do Estado (MALACHIAS; LELES; PINTO, 2011).

As Regiões, por sua vez, são definidas pelo Plano Diretor de Regionalização (PDR) do Estado. Este é um instrumento de planejamento e gestão, na área da saúde, que objetiva direcionar a descentralização com vistas à promoção de maior acessibilidade dos usuários, a partir dos princípios da integralidade, equidade e economia de escala com foco no fortalecimento da Atenção Primária da Saúde (MINAS GERAIS, 2010).

Logo, no Estado, os SASPO estão distribuídos em áreas estratégicas definidas pelo PDR, em conformidade com cada GRS/SRS. Essas GRS/SRS, segundo o Decreto n. 44.155/2005, têm por finalidade garantir a gestão do Sistema Estadual de Saúde nas regiões do Estado, assegurando a qualidade de vida da população. Atualmente, o Estado apresenta 28 GRS/SRS, das quais 25 possuem serviços vinculados ao programa e compõem a Rede de Atenção ao Estomizado. Cada GRS é responsável pela assistência e distribuição dos dispositivos às pessoas com estomias, vinculadas aos seus municípios da área de abrangência (MORAES et al., 2014).

É neste contexto que está inserida a atenção ao estomizado neste Estado. Em 2007, a Resolução SES-MG Nº 1249, de 20 de julho de 2007, criou critérios, normas operacionais, procedimentos e fluxos que constituíram a Rede Estadual de Assistência a Portadores de Derivação Intestinal ou Urinária no sistema ambulatorial e hospitalar.

A Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência do SUS/MG é, atualmente, composta pelo nível de Atenção Primária em Saúde (APS), das UBS; o nível de atenção secundária, da Atenção Especializada em Reabilitação Auditiva, Física, Intelectual, Visual, Múltiplas

Deficiências e Saúde Bucal; e pelo nível de atenção terciária da Atenção Hospitalar e de Urgência e Emergência (BORGES; RIBEIRO, 2015).

Portanto, o conjunto dessas políticas instituiu a Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência, no âmbito do SUS, junto com a Deliberação CIB/SUS/MG n.º 1.272/2012. Tal legislação regulamenta, assim, a atenção à saúde das pessoas estomizadas e é referência para a construção da proposta de organização da rede de serviços (BORGES; RIBEIRO, 2015).

A SES-MG, portanto, busca, por meio de sua Rede Estadual de Atenção à Saúde das Pessoas Estomizadas, conceder equipamentos coletores e adjuvantes de proteção e segurança para pessoas com estoma intestinal e/ou urinário, bem como o provimento de serviços de apoio nutricional, psicológico, ambulatoriais e hospitalares (MINAS GERAIS, 2007).

Além disso, a resolução determinou que as Secretarias Municipais de Saúde (SMS) ou órgãos correspondentes seriam os responsáveis por manter os serviços de assistência prestados às pessoas com derivação intestinal e urinária, por garantir o acesso dos estomizados de seus municípios e os de referência aos serviços de assistência e por disponibilizar infraestrutura e os recursos humanos para a equipe dos serviços de referência.

Compreende-se, então, que as diretrizes estabelecidas pela Portaria SAS/MS n.º 400 vêm de encontro às políticas de Atenção à Saúde dos Estomizados no Estado de Minas Gerais (Resolução SES-MG n.º 1.249, de 19 de julho de 2007).

4 MÉTODO

4.1 TIPO DE ESTUDO

Trata-se de um estudo de casos múltiplos (YIN, 2010), com abordagem quantitativa, na dimensão da análise de implantação de programas. Esse tipo de avaliação tem como propósito especificar o conjunto dos fatores estruturais e de processo que facilitam ou comprometem os resultados obtidos após a introdução de uma intervenção (CHAMPAGNE et. al., 2011). Essa pesquisa limitou seu escopo de investigação nas dimensões de estrutura (recursos empregados e sua organização) e de processo (serviços ou bens produzidos), os quais integram os componentes avaliados, no caso, o gerenciamento do serviço, a assistência clínica e a assistência educacional. A avaliação se fez comparando os serviços oferecidos pela intervenção, com critérios e normas pré-determinadas em função dos resultados esperados (CHAMPAGNE et. al., 2011; DONABEDIAN, 1980).

A realização de estudos de casos múltiplos visa aumentar o potencial de generalização da estratégia de pesquisa, permitindo uma análise em profundidade do processo de implantação das unidades de análise (YIN, 2010). Esse mesmo autor define estudo de caso como a investigação empírica de fenômenos em profundidade e em seu contexto de vida real, podendo ser utilizada na forma de caso único ou casos múltiplos. É possível a comparação de um caso em um determinado contexto e, ainda, compará-lo a outro caso em um ou mais contextos adicionais.

Foram estudados cinco SASPO I, implantados nos municípios sede regionais da região Oeste de MG, no período entre 2015 e 2016. Até o ano de 2012, nessa região, não havia SASPO implantados e, com isso, os estomizados dessa área eram referenciados para a região Central do Estado (MORAES et al., 2014). Atualmente a região possui cinco SASPO I e um SASPO II, sendo o último implantado na cidade polo regional de saúde. O SASPO II foi excluído deste estudo por apresentar contexto organizacional e propósito diferentes dos SASPO I, demandando, assim, novo plano de avaliação.

4.2 LOCAL DE ESTUDO

4.2.1 A Região Oeste de Minas Gerais

O Estado de MG, cuja capital é Belo Horizonte, possui uma área de 586.528,293 Km², uma população estimada de 19.159.260 milhões de habitantes e um grau de urbanização de

83,4%. É composto por 853 municípios, distribuídos em 13 macrorregiões de saúde, sendo elas Centro, Centro-Sul, Jequitinhonha, Leste, Leste do Sul, Nordeste, Noroeste, Norte, Oeste, Sudeste, Sul, Triângulo do Norte e Triângulo do Sul. Portanto, apresenta características distintas quanto à distribuição populacional, densidade demográfica e características socioeconômicas (INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA, 2011).

A região Oeste localiza-se cravada entre as regiões Central, Sul e Alto Paranaíba. Possui vasta extensão territorial, com 31.543 km², sendo composta por 56 municípios. A população dessa região apresentou, nos últimos dez anos, a terceira maior taxa de crescimento do estado, 14,93%, atingindo 1.364.023 habitantes, em 2008, o que corresponde a 5,8% do total de Minas Gerais. Nesse período, também, houve um aumento da densidade demográfica, de 27,7 para 31,23 habitantes/km² e do grau de urbanização, que passou de 85,60%, em 2000, para 89,15% em 2007 (MALACHIAS; LELES; PINTO, 2011). Ela conta com seis regiões de saúde, considerando-se a base territorial de planejamento da atenção à saúde, que são: Bom Despacho; Campo Belo; Divinópolis; Formiga; Itaúna e Pará de Minas, conforme apresentadas na Figura 1 (MINAS GERAIS, 2014).

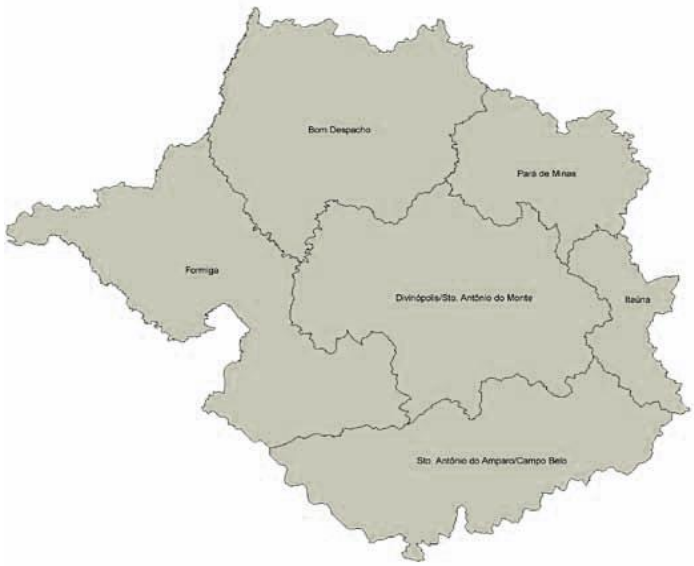

Figura 1 - Mapa da Região Ampliada Oeste de Minas Gerais, 2011.
Fonte: PDR/MG, 2011.

Das 49 unidades de SASPO, implantadas em MG, seis deles estão localizados na região Oeste, sendo cinco SASPO I e um SASPO II, esse último implantado, recentemente, em Divinópolis, a maior cidade da região (MORAES, 2014). Foram convidados a participar desta pesquisa os municípios sede dos SASPO I: Bom Despacho com população estimada em

45.624 habitantes, Campo Belo com 53.870 habitantes, Formiga com 65.128 habitantes, Itaúna com 85.463 habitantes e Pará de Minas com 84.215 habitantes (IBGE, 2011).

4.3 ETAPAS AVALIATIVAS

4.3.1 Desenvolvimento dos modelos teórico e lógico da avaliação

Para compreender a organização dos SASPO I, foram realizadas revisões de manuais, linhas guias, portarias, leituras de livros, teses e artigos científicos, além de encontros com pesquisadores e técnicos com expertises no assunto. Segundo Denis e Champagne (1997) e Chen (2005), o conhecimento prévio da totalidade da intervenção, no que se refere à sua estrutura, às atividades realizadas, à adequação em relação aos padrões existentes e aos efeitos esperados da intervenção é uma vantagem para a análise de implantação, pois indica a diferença entre o fracasso de um programa e a insuficiência de sua base teórica; fornece a informação indispensável aos que tomam decisões; esclarece problemas conceituais das medidas; identifica efeitos imprevistos e ajuda na obtenção de consenso entre os atores.

A Figura 2 representa o modelo teórico do SASPO I. O modelo aponta para a organização do serviço, considerando os componentes gerenciamento do serviço, assistência clínica e assistência educacional, os profissionais envolvidos e o efeito esperado, constituindo-se, assim, o contexto interno do serviço. O contexto interno é a organização do SASPO em sua estrutura, atividades desenvolvidas e os efeitos esperados. No seu contexto externo, destacam-se outros elementos que podem influenciar o desempenho dos SASPO I, podendo-se citar as entidades governamentais (Ministério da Saúde, Secretaria de Estado de Saúde, Superintendência Regional de Saúde) e a gestão municipal. Este contexto não foi avaliado nesta pesquisa.

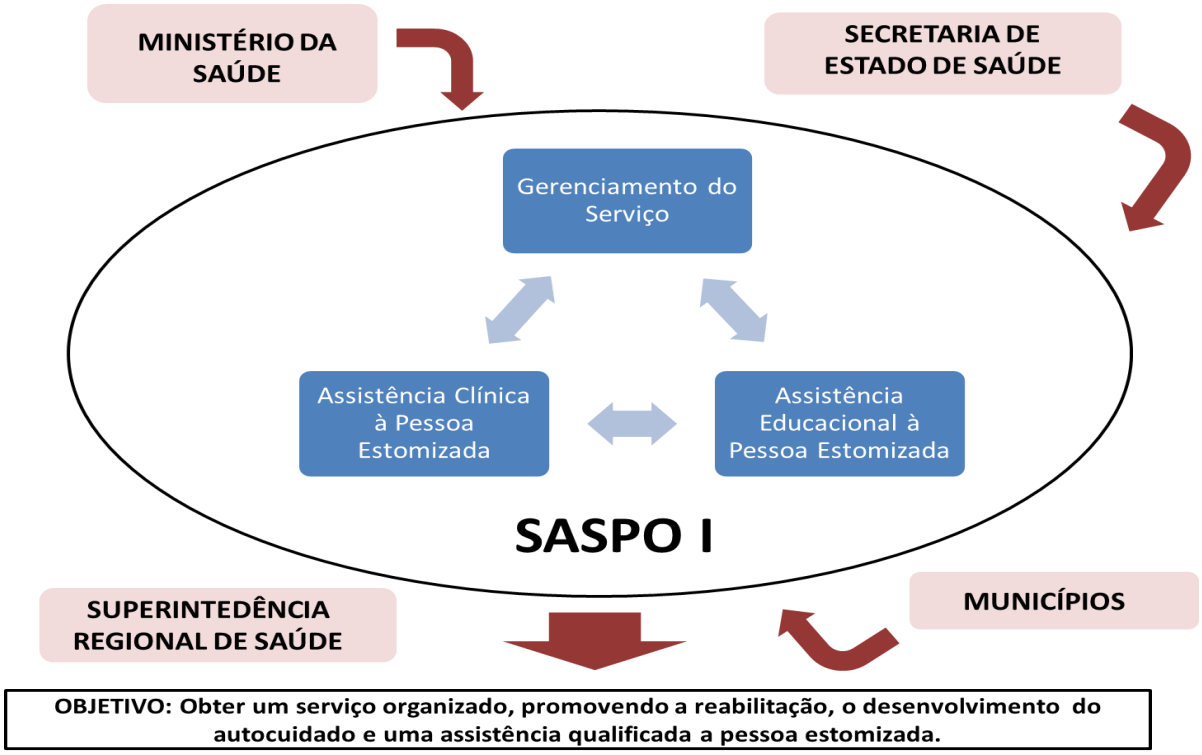

Figura 2 - Modelo Teórico do Serviço de Atenção à Saúde da Pessoa Ostomizada I.

Com a finalidade de compreender a organização do SASPO I, foi desenvolvido o modelo lógico, um esquema visual, que corresponde a uma imagem-objetivo do que se pretende avaliar (CHAMPAGNE et al., 2011). Para Medina et al. (2005), construir o modelo lógico de uma intervenção significa decompor os seus componentes e sua forma de operacionalização, discriminando todas as etapas necessárias à transformação de seus objetivos em metas, mas abstraindo-se suas determinações contextuais.

O modelo lógico do SASPO I apresenta as orientações gerais necessárias para o funcionamento dos SASPO I, conforme determinado pela Portaria SAS/MS nº400. A partir dela, foram definidos três componentes a serem avaliados: *gerenciamento do serviço*, *assistência à pessoa estomizada* e *atividades educacionais* (Figura 3).

Para cada um dos componentes, foram definidos os recursos disponíveis (equipamentos, normativas, recursos humanos, sistema de informação), as atividades pretendidas, os resultados esperados e as conexões causais presumidas. Os resultados esperados foram definidos como imediatos aqueles após a vinculação do estomizado ao serviço, de médio prazo depois de um ano de assistência no serviço, e de longo prazo quando atingem a integralidade do cuidado.

Os efeitos imediatos incluem a realização do cadastro de pessoas estomizadas e sua atualização; a aquisição, controle, armazenamento e fornecimento de dispositivos; o

oferecimento de orientações para desenvolver o autocuidado; a prevenção e detecção de complicações dos estomas e encaminhamento para o tratamento no SASPO II; promoção de grupos de apoio, convívio familiar e social e realização de atividades de educação em saúde. Em médio prazo, os efeitos esperados foram promover a organização do serviço, assistência qualificada e o desenvolvimento do autocuidado. E, em longo prazo, espera-se a reabilitação e qualidade de vida do estomizado. Estes resultados serão avaliados em outro estudo pelos pesquisadores.

Para a definição dos critérios utilizados na matriz de análise e julgamento (Quadro1) do Grau de Implantação (GI), consideraram-se o modelo lógico e o instrumento de pesquisa adaptado de Moraes (2014) que em seu estudo avaliou os SASPO tipo I e II. Foram definidos, para cada critério, os parâmetros, os tipos de abordagens, os tipos de dados, as fontes de dados e as técnicas de coleta, constituindo-se, assim, a matriz de medidas (Apêndice A). São esses quesitos que permitiram não apenas descrever o serviço, mas realizar um julgamento sobre os seus componentes. Essa é uma distinção dos estudos de avaliação de outros tipos de estudos, pois a avaliação prevê um julgamento (HARTZ; SILVA, 2010).

Foram realizados cinco encontros de trabalho entre os pesquisadores e técnico de referência da SES/MG para elaborar o modelo lógico, definir as perguntas avaliativas e os critérios utilizados na matriz de análise e julgamento.

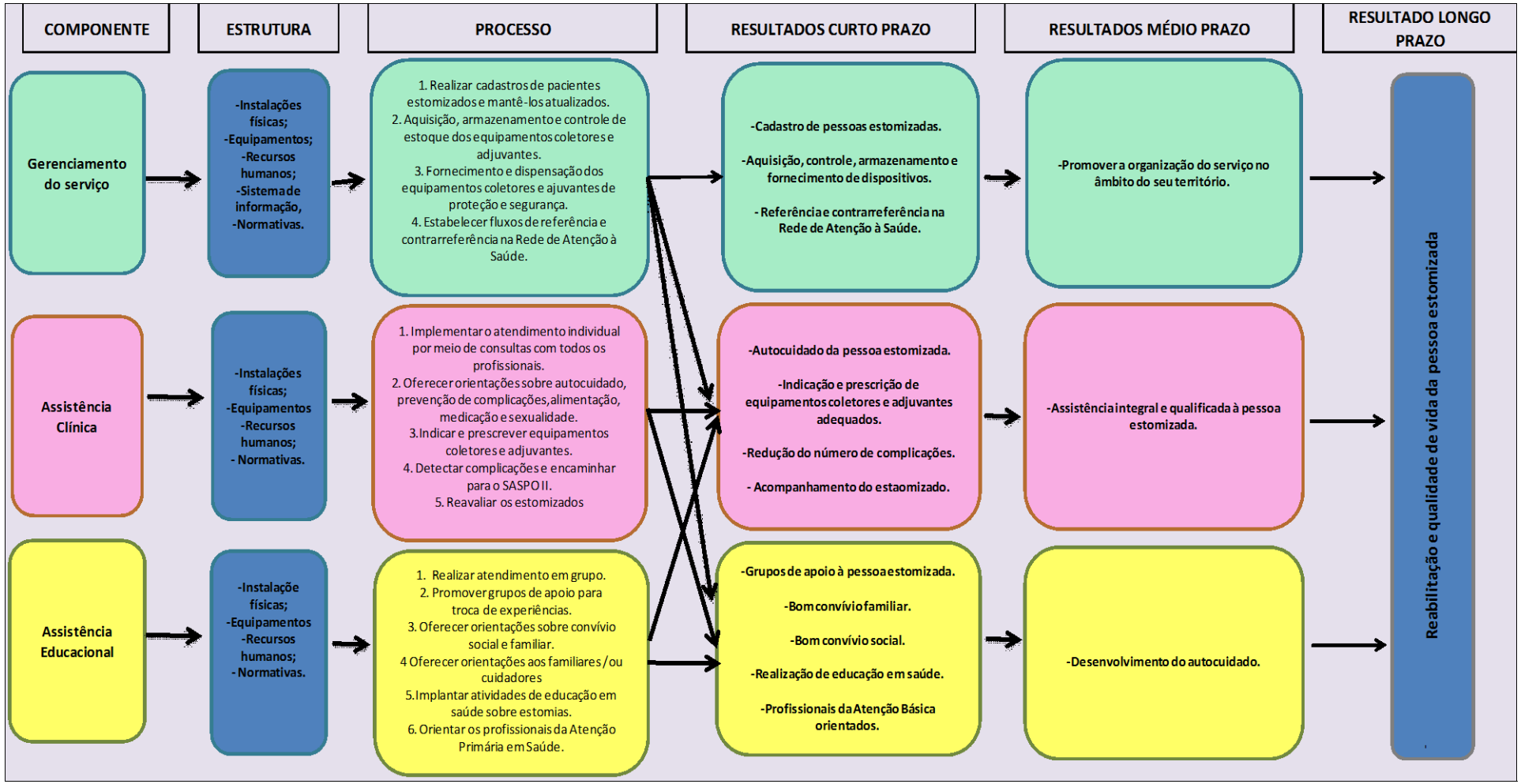

Figura 3 - Modelo Lógico: Serviço de Atenção à Saúde da Pessoa Ostomizada I.

Componente: GERENCIAMENTO DO SERVIÇO **Estrutura e Processo**				
CRITÉRIOS	**Parâmetros**	**Tipos de Dados**	**Fonte de Dados**	**Pontuação Máxima**
ESTRUTURA				
Existência de sala de dispensação e estocagem de dispositivos Sim=2Não=0	Adequado	Primário	Instrumento de pesquisa	2
Mesa de escritório e cadeiras Sim= 1Não=0	Estar presente	Primário	Instrumento de pesquisa	1
Telefone Sim= 1Não=0	Estar presente	Primário	Instrumento de pesquisa	1
Computador Sim= 1Não=0	Estar presente	Primário	Instrumento de pesquisa	1
Internet Sim= 1Não=0	Estar presente	Primário	Instrumento de pesquisa	1
Impressora Sim= 1Não=0	Estar presente	Primário	Instrumento de pesquisa	1
Arquivo Sim= 2Não=0	Estar presente	Primário	Instrumento de pesquisa	2
Armário Sim= 1Não=0	Estar presente	Primário	Instrumento de pesquisa	1
Assistente social Sim= 3Não=0	Estar presente	Primário	Instrumento de pesquisa	3
Enfermeiro Sim= 3Não=0	Estar presente	Primário	Instrumento de pesquisa	3
Enfermeiro especialista Sim= 3Não=0	Adequado	Primário	Instrumento de pesquisa	3
Protocolos organizacionais Sim= 2Não=0	Estar presente	Secundário	Instrumento de pesquisa e Documentos	2
Acesso às redes informacionais e equipamentos de informática Sim= 2Não=0	Adequado	Secundário	Instrumento de pesquisa e Documentos	2
Acesso ao SIGAF Sim= 2Não=0	Adequado	Secundário	Instrumento de pesquisa e Documentos	2

TOTAL ESTRUTURA =		**25**		

Quadro 1 - Matriz de Análise e Julgamento.

(continuação)

PROCESSO				
Cadastro de estomizados Sim= 3Não=0	Adequado	Primário e Secundário	Instrumento de pesquisa e Documentos	3
Cadastros atualizados de 4 em 4 meses Sim= 4Não=0	Adequado	Secundário	Instrumento de pesquisa e Documentos	4
Aquisição dos equipamentos coletores e adjuvantes Sim= 3Não=0	Adequado	Primário e Secundário	Instrumento de pesquisa e Planilha	3
Armazenamento dos equipamentos coletores e adjuvantes em local apropriado Sim= 3Não=0	Adequado	Observação	Instrumento de pesquisa	3
Controle do estoque equipamentos coletores e adjuvantes Sim= 3Não=0	Adequado	Primário	Instrumento de pesquisa	3
Fornecimento dos dispositivos e coletores para o estomizado individualizado Sim= 3Não=0	Adequado	Primário	Instrumento de pesquisa e Planilha	3
Dispensação mensalmente dos equipamentos coletores e adjuvantes Sim= 3Não=0	Adequado	Primário	Instrumento de pesquisa e Planilha	3
Fluxos de referência e contrarreferência Sim= 3Não=0	Estar presente	Secundário	Instrumento de pesquisa e Documentos	3
TOTAL ESTRUTURA =		**25**		
TOTAL GERAL (ESTRUTURA +PROCESSO)		**25 +25 = 50**		

Quadro 1 - Matriz de Análise e Julgamento.

(continuação)

Componente: ASSISTÊNCIA CLÍNICA **Estrutura e Processo**				
CRITÉRIOS	**Parâmetros**	**Tipos de Dados**	**Fonte de Dados**	**Pontuação Máxima**
ESTRUTURA				
Existência de sanitário com ducha higiênica e trocador Sim= 3Não=0	Estar presente	Primário	Instrumento de pesquisa	3
Maca revestida de material impermeável Sim= 3Não=0	Estar presente	Primário	Instrumento de pesquisa	3
Escada de dois degraus Sim= 2Não=0	Estar presente	Primário	Instrumento de pesquisa	2
Estetoscópio Sim= 2Não=0	Estar presente	Primário	Instrumento de pesquisa	2
Esfigmomanômetro Sim= 2Não=0	Estar presente	Primário	Instrumento de pesquisa	2
Balança antropométrica Sim= 2Não=0	Estar presente	Primário	Instrumento de pesquisa	2
Balança pediátrica Sim= 2Não=0	Estar presente	Primário	Instrumento de pesquisa	2
Balde para lixo com tampa e controle de pedal Sim= 2Não=0	Estar presente	Primário	Instrumento de pesquisa	2
Espelho com dimensões mínimas de 120x50 cm Sim= 3Não=0	Estar presente	Primário	Instrumento de pesquisa	3
Pia para higiene das mãos Sim= 3Não=0	Estar presente	Primário	Instrumento de pesquisa	3
Enfermeiro Sim= 3Não=0	Estar presente	Primário	Instrumento de pesquisa	3
Enfermeiro especialista Sim= 3Não=0	Adequado	Primário	Instrumento de pesquisa	3
Médico Sim= 3Não=0	Estar presente	Primário	Instrumento de pesquisa	3
Protocolos clínicos Sim= 3Não=0	Estar presente	Primário	Instrumento de pesquisa e	3

			Documentos	
TOTAL ESTRUTURA =		**36**		

Quadro 1 - Matriz de Análise e Julgamento.

(continuação)

PROCESSO				
Atendimentos individuais dos estomizados Sim= 3Não=0	Adequado	Primário	Instrumento de pesquisa e Documentos	3
Consulta com o assistente social Sim= 3Não=0	Adequado	Primário	Instrumento de pesquisa e Documentos	3
Consulta de enfermagem Sim= 4Não=0	Adequado	Primário	Instrumento de pesquisa e Documentos	4
Consulta médica Sim= 3Não=0	Adequado	Primário	Instrumento de pesquisa e Documentos	3
Orientações sobre autocuidado Sim= 3Não=0	Adequado	Primário	Instrumento de pesquisa	3
Detecção de complicações e encaminhamento para o SASPO II Sim= 4Não=0	Adequado	Secundário	Instrumento de pesquisa e Documentos	4
Orientações sobre prevenções de complicações Sim= 3Não=0	Adequado	Primário	Instrumento de pesquisa	3
Orientações sobre troca e manuseio da bolsa Sim= 3Não=0	Adequado	Primário	Instrumento de pesquisa	3
Orientações sobre a alimentação Sim= 3Não=0	Adequado	Primário	Instrumento de pesquisa	3
Orientações sobre as medicações Sim= 3Não=0	Adequado	Primário	Instrumento de pesquisa	3
Orientações sobre sexualidade Sim= 3Não=0	Adequado	Primário	Instrumento de pesquisa	3
Reavaliação dos estomizados Sim= 4Não=0	Adequado	Secundário	Instrumento de pesquisa e Documentos	4
TOTAL PROCESSO =		**39**		

TOTAL GERAL (ESTRUTURA + PROCESSO) =	**36+39=75**

Quadro 1 - Matriz de Análise e Julgamento.

(continuação)

Componente: ASSISTÊNCIA EDUCACIONAL **Estrutura e Processo**				
CRITÉRIOS	**Parâmetros**	**Tipos de Dados**	**Fonte de Dados**	**Pontuação Máxima**
ESTRUTURA				
Existência de sala de reuniões para atendimento em grupo Sim= 5Não=0	Estar presente	Primário	Instrumento de pesquisa	5
Mesa de reunião e cadeiras Sim= 3Não=0	Estar presente	Primário	Instrumento de pesquisa	3
Assistente social que realiza ações educativas Sim= 3Não=0	Adequado	Primário	Instrumento de pesquisa	3
Enfermeiro que realiza ações educativas Sim= 3Não=0	Adequado	Primário	Instrumento de pesquisa	3
Enfermeiro especialista Sim= 3Não=0	Adequado	Primário	Instrumento de pesquisa	3
Médico que realiza ações educativas Sim= 3Não=0	Adequado	Primário	Instrumento de pesquisa	3
Existência de atividades educacionais Sim= 3Não=0	Adequado	Primário	Instrumento de pesquisa	3
TOTAL ESTRUTURA =		**23**		

Quadro 1 - Matriz de Análise e Julgamento.

(continuação)

PROCESSO				
Grupos de apoio para troca de experiências Sim= 5Não=0	Adequado	Primário	Instrumento de pesquisa e Relatórios de atividades	5
Orientações de convívio familiar e social (consulta e/ou grupo) Sim= 4Não=0	Adequado	Primário	Instrumento de pesquisa	4
Orientações aos familiares e cuidadores? Sim= 5Não=0	Adequado	Primário	Instrumento de pesquisa	5
Atividades de educação em saúde sobre estomias para os estomizados Sim= 5Não=0	Adequado	Primário	Instrumento de pesquisa e Relatórios de atividades	5
Atendimento individual e/ou em grupo Sim= 4Não=0	Adequado	Primário	Instrumento de pesquisa e Relatórios de atividades	4
Atividades de orientações aos profissionais da saúde na Atenção Primária em Saúde Sim= 4Não=0	Adequado	Primário	Instrumento de pesquisa	4
TOTAL PROCESSO =		**27**		
TOTAL GERAL (ESTRUTURA + PROCESSO) =		**23+27=50**		

Quadro 1 - Matriz de Análise e Julgamento.

(conclusão)

4.3.2 Identificação dos interessados na avaliação e na obtenção de um acordo quanto ao procedimento de uma avaliação

Toda avaliação gera conclusões que são importantes para a tomada de decisão sobre o programa, portanto, é necessário determinar entre os interessados na avaliação, os que, efetivamente, utilizarão seus resultados e de que forma essas conclusões serão utilizadas por eles (VIEIRA-DA-SILVA, 2014).

Neste estudo, foram convidados a participar da avaliação dos SASPO I os enfermeiros, devido o fato de serem eles os responsáveis pela gestão do serviço e pela assistência prestada às pessoas estomizadas, além de ser o único profissional presente em todo o período de funcionamento das unidades. Os demais profissionais (assistente social e médico) foram considerados elegíveis, porém não participaram em razão da ausência ou de sua disponibilidade. No cotidiano dos serviços, os médicos e os assistentes sociais integram a equipe, mas não estão, rotineiramente, no SASPO. Eles executam suas ações a partir de demandas do próprio serviço.

Foi cedido um espaço privativo, em cada serviço, para que fossem feitas as entrevistas, garantindo o sigilo dos profissionais de saúde. Participaram do estudo cinco enfermeiros dos respectivos serviços que concordaram em participar da pesquisa e assinaram o termo de consentimento livre e esclarecido.

4.4 COLETA DE DADOS

Os dados foram coletados, por meio da análise de documentos (prontuários, relatórios de atividades, manuais e protocolos organizacionais), entrevistas com questionários estruturados e observação direta de campo.

No questionário 1 (Apêndices B, C e D), foram coletados dados sobre as atividades do SASPO I (dimensão de processo), de acordo com: A- atribuições do componente Gerenciamento; B- atribuições do componente Assistência à pessoa estomizada e C- atribuições do componente Atividades educacionais. No questionário 2 (Anexos A, B e C) adaptado de Moraes (2014), buscando identificar a estrutura apenas dos SASPO I, foram coletados os dados da dimensão estrutura para cada componente, conforme: 1-instalações físicas; 2-equipamentos; 3-recursos humanos; 4-normativas e 5-sistema de informação. Os dois questionários utilizados neste estudo estão em conformidade com a Portaria nº 400 do Ministério da Saúde, que define critérios, normas operacionais e procedimentos para a assistência aos estomizados nos SASPO I (BRASIL, 2009).

As observações nas visitas realizadas foram registradas num diário de campo (Apêndice E) e, depois, sistematizadas, a partir dos objetivos do estudo (MINAYO; ASSIS; SOUZA, 2005).

Foram realizadas duas visitas em cada SASPO I. A primeira constou de uma reunião com o enfermeiro, que estava presente na primeira visita ao campus. Foram apresentados a proposta de avaliação, os termos de autorização e o termo de consentimento livre esclarecido (Apêndices F e G); e, a seguir, procedeu-se à apresentação da unidade.

Nesta visita, foi realizada a análise das fichas de cadastro dos estomizados, na primeira avaliação da enfermagem e médica, no momento de adesão aos serviços, que permitiu o preenchimento de uma planilha contendo variáveis para a caracterização dos estomizados (dados sociodemográficos, características e causas das estomias, condições das pessoas estomizadas e as bolsas utilizadas por elas) (Anexos D e E). Os dados foram compilados em uma planilha nos programas Epidata (versão 3.1. Epidata Association, Odense, Dinamarca). Esses resultados compuseram o primeiro artigo científico da pesquisa.

Na segunda visita aos SASPO I, foram realizadas as entrevistas, técnica considerada um procedimento metódico, que tem finalidade científica e nas quais o entrevistado deve proporcionar informações verbais por meio de uma série de perguntas intencionais ou de estímulos comunicados (MINAYO; ASSIS; SOUZA, 2005). As entrevistas foram agendadas e realizadas nos SASPO I, no mês de abril de 2016, por um único pesquisador. Para cada um dos entrevistados, foi atribuido um código, buscando-se ao máximo o anonimato das informações.

4.5 ANÁLISE DOS DADOS

A abordagem utilizada neste estudo foi quantitativa, sobre a qual procedeu-se a análise de cada caso (SASPO I) separadamente, e a seguir realizada a análise imbricada. Por "níveis de análise imbricados" entende-se que é a observação de comportamentos e processos organizacionais em nível de análise baseada nas reações dos atores no decorrer do processo de implantação de cada uma das cinco organizações (DENIS; CHAMPAGNE, 1997).

Na produção de um estudo de caso múltiplo, cada meio é analisado sem agregar os dados obtidos dos diferentes casos. Cada um dos casos estudados pode se articular em torno de um ou vários níveis de análise. A realização de estudos de caso em várias organizações visa aumentar o potencial de generalização da estratégia de pesquisa, permitindo uma análise em profundidade do processo de implantação das cinco unidades (YIN, 2011).

Foi realizada análise descritiva dos dados, com cálculo das distribuições de frequências relativas e absolutas, das médias e medidas de dispersão (intervalo de confiança de 95% e valores mínimos e máximos) para cada SASPO.

O Grau de Implantação (GI) dos SASPO I foi estimado, com base na matriz de análise e julgamento, constituída por critérios elencados nas dimensões da estrutura e do processo de cada componente. Na matriz, foi considerada para a estrutura do componente gerenciamento do serviço: se havia sala de dispensação e estocagem dos equipamentos coletores e adjuvantes de proteção e segurança, mesa para escritório com cadeiras, computador, telefone, internet, impressora, arquivo, armário, presença de um assistente social e um enfermeiro e se este era especializado, utilização do SIGAF, se havia redes informacionais e equipamentos de informática e existência de protocolos organizacionais.

No componente assistência clínica, foi avaliada se havia: sanitário com ducha higiênica e trocador, maca revestida de material impermeável, escada de dois degraus, estetoscópio, esfigmomanômetro, balança antropométrica, balança pediátrica, espelho com dimensões mínimas de 120 x 50 cm, balde para lixo com tampa e controle de pedal, pia para higiene das mãos, a presença de um médico e de um enfermeiro e se este era especialista e a existência de protocolos clínicos. E, no componente assistência educacional, foi analisada se havia: sala de reuniões para atendimento em grupo, mesa com cadeiras, a participação de um assistente social, de um enfermeiro e um médico e se o enfermeiro era especialista e se havia programas de atividades educacionais no serviço.

Na dimensão do processo, os critérios avaliados, também, foram de acordo com cada componente separadamente. No componente de gerenciamento do serviço, buscou-se identificar: a realização de cadastro dos estomizados atendidos no serviço, a atualização desses cadastros, a realização da aquisição, do controle, do estoque, das condições de armazenamento, do fornecimento e da dispensação dos equipamentos coletores e adjuvantes de proteção e segurança para as pessoas com estoma e a existência de fluxos de referência e contrarreferência na rede de atenção à saúde.

No componente assistência clínica, buscaram-se informações sobre: o atendimento individual dos estomizados, a existência de consultas com o assistente social, enfermeiro e o médico, se estes realizam orientação sobre autocuidado, prevenções de complicações, troca e manuseio da bolsa, alimentação, medicações e sexualidade, se havia um encaminhamento para o SASPO II quando detectadas complicações e se havia reavaliação desses pacientes.

No componente assistência educacional, procurou-se identificar se existiam grupos de apoio para troca de experiências, atendimentos em grupos, se realizavam orientações sobre o

convívio familiar e social, se eram desenvolvidas atividades de educação em saúde sobre autocuidado para os estomizados e se eram realizadas orientações aos profissionais da atenção básica.

O GI foi definido por meio de um sistema de escores, com pesos diferenciados para cada critério, segundo o nível de importância atribuído pelos pesquisadores. Para a construção dos escores, inicialmente, foram determinados os valores observados (Σ dos pontos dos indicadores) e calculado o GI em termos percentuais (Σ observados/Σ das pontuações máximas possíveis *x* 100) para cada componente e, posteriormente, foi realizada a somatória dos componentes para o cálculo do GI total. O total da pontuação máxima estabelecida foi de 175 pontos. Foi pactuada a pontuação máxima de 25 pontos para a dimensão estrutura e 25 pontos para a dimensão processo no componente gerenciamento do serviço; 36 pontos para a para estrutura e 39 pontos para o processo no componente assistência clínica; e 23 pontos para estrutura e 27 pontos para processo no componente assistência educacional. Cada componente analisado totalizou 50 pontos, 75 e 50 pontos, respectivamente, após a somatória dos critérios das dimensões de estrutura e processo.

A partir do GI de cada componente, foram definidas as categorias, para a classificação dos SASPO, adotando-se os mesmos escores utilizados, no estudo de Moraes (2014), conforme o Quadro 2.

Classificação	**Escore**
Plena	80,0% | -- | 100,0%
Satisfatória	60,0% | -- | 79,9%
Incipiente	40,0% | -- | 59,9%
Não implantado	< de 40%

Quadro 2- Sistema de escores utilizado para classificar o grau de implantação dos SASPO I.

Foi realizada, ainda, a análise descritiva dos dados, com cálculo das distribuições de frequências relativas e absolutas, das médias e medidas de dispersão (intervalo de confiança de 95% e valores mínimos e máximos). Adicionalmente, foi realizado o teste de normalidade Shapiro-Wilk para as variáveis quantitativas. E realizou-se a correlação de Pearson para verificar a relação entre a pontuação total obtida no questionário do SASPO e os componentes de estrutura e processo de gerenciamento, assistência clínica e educacional. Para todas as análises, foi adotado o valor de significância de 5%. Os dados foram tabulados e analisados

com auxílio dos *softwares Epidata* (versão 3.1. Epidata Association, Odense, Dinamarca) e *Statistical Package for the Social Sciences for Windows Student Version* (SPSS), versão 19.0.

4.6 ASPECTOS ÉTICOS

Os aspectos éticos do estudo se fundamentaram nas definições da Resolução nº 466/2012, do Conselho Nacional de Saúde, atendendo às exigências do respectivo órgão. Este estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética do Centro de Pesquisa da Universidade Federal São João Del Rei (CAAE 48057815.6.0000.5545, parecer: 1.251.725), em 30 de setembro de 2015.

A coleta de dados foi realizada após leitura e aprovação do termo de consentimento livre e esclarecido pelos participantes, que foram devidamente informados sobre os objetivos e finalidades da pesquisa e sobre a autonomia para se retirarem do processo de avaliação, no momento em que julgassem ser necessário. Também foram esclarecidos de que sua participação era voluntária e que seria mantido o anonimato dos sujeitos.

Todas as visitas foram agendadas, antecipadamente, com os participantes e todos assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, após apresentação da pesquisa, dos motivos que levaram a investigar o assunto das questões éticas e da entrevista.

5 RESULTADOS

Os resultados e a discussão foram apresentados em forma de dois artigos científicos. O primeiro artigo descreve as condições clínicas e sociodemográficas das pessoas estomizadas atendidas nos serviços de atenção à saúde na região Oeste de Minas Gerais e está submetido para publicação ao *Online Brazilian Journal of Nursing.*

O segundo artigo apresenta o resultado da pesquisa avaliativa, na dimensão da análise de implantação dos SASPO I, da região Oeste de Minas Gerais.

5.1 ARTIGO 1 – ANÁLISE CLÍNICA E SOCIODEMOGRÁFICA DE PESSOAS ESTOMIZADAS ATENDIDAS NOS SERVIÇOS DE ATENÇÃO À SAÚDE EM MINAS GERAIS, BRASIL[1]

CLINICAL AND SOCIODEMOGRAPHIC ANALYSIS OF OSTOMIZED PEOPLE ATTENDED IN HEALTH CARE SERVICE IN MINAS GERAIS, BRAZIL

ANÁLISIS CLÍNICA Y SOCIODEMOGRÁFICAS DE PERSONAS ESTOMIZADAS CONTESTADAS EN SERVICIOS DE CUIDADO EN SALUD EN MINAS GERAIS, BRASIL

RESUMO

OBJETIVO: Caracterizar aspectos clínicos e sociodemográficos das pessoas estomizadas, em uma região de saúde do estado de Minas Gerais, Brasil. **MÉTODO:** Estudo transversal cujos dados foram coletados de 418 prontuários de estomizados no período de janeiro a abril de 2016. Realizaram-se a análise descritiva, a comparação de proporções e a correção de Bonferroni. **RESULTADOS:** Dos 418 estomizados, 218 estão cadastrados nos SASPO tipo I e 200 no tipo II. Mais da metade deles é do sexo masculino, com idade média de 60 anos, casados e recebe menos de dois salários mínimos. A maioria possui até o ensino fundamental completo. Parte das estomias é do tipo colostomias permanentes e possui forma regular. Destaca-se como principal complicação a dermatite. 14,3% são tratados com radioterapia ou quimioterapia. Observou-se que 45,5% dos estomizados não estão aptos a desenvolver o autocuidado. **CONCLUSÃO:** O estudo apresenta dados relevantes de uma região de saúde que podem ser utilizados para consolidar a organização dos serviços locais, conforme especificidades da região.

Palavras Chave: Estomia. Perfil de Saúde. Serviços de Saúde. Avaliação em Saúde. Enfermagem.

ABSTRACT

OBJECTIVE: To characterize the clinical and sociodemographic aspects of ostomized people in the state of Minas Gerais, Brazil. **METHODS:** A cross-sectional study was conducted in which data were collected from 418 stomatal records from January to April 2016. Descriptive analysis, comparison of proportions and Bonferroni correction were performed. **RESULTS:** Of 418 ostomized, 218 entries in SASPO are type I and 200 are type II. More than half of them are male, average age 60, married, and receive less than two minimum wages. Most have even finished elementary school. Part of ostomy are colostomy of permanent type and have regular format. The main complication is dermatitis. 14.3% are treated with radiotherapy or chemotherapy. It was observed that 45.5% of ostomized people are not able to develop self care. **CONCLUSION:** The study presents relevant data from a health region that

[1] Submetido para publicação ao *Online Brazilian Journal of Nursing.*

can be used to consolidate the organization of local services, according to the specific characteristics of the region

Keywords: Ostomy; Health Profile; Health Services; Health Evaluation; Nursing.

RESUMEN

META: Caracterizar aspectos clínicos y sociodemográficos de personas estomizadas en el estado de Minas Gerais, Brasil. **MÉTODOS:** Este estudio transversal cuyos datos se obtuvieron de los registros médicos de 418 ostomía de enero a abril de 2016. Había análisis descriptivo, comparación de proporciones y la corrección de Bonferroni. **RESULTADOS:** De los 418 ostomías, 218 entradas en SASPO son tipo I y 200 son tipo II. Más de la mitad de ellos son hombres, edad media 60, casados, y que reciben menos de dos salarios mínimos. La mayoría ni siquiera han terminado la escuela primaria. Parte de las ostomias son colostomía del tipo permanente y tienen una forma regular. Se destaca la principal complicación de la dermatites. 14,3% fueron tratados com la radioterapia o la quimioterapia. Se observó que el 45,5% de las personas estomizadas no son capaces de desarrollar el autocuidado. **CONCLUSIÓN:** Este estudio presenta datos relevantes de una región de la salud que se puede utilizar para consolidar la organización de los servicios locales, como las especificidades de la región.

Palabras-clave: Ostomía; Perfil de Salud; Servicios de Salud; Evaluación em Salud; Enfermería.

INTRODUÇÃO

A pessoa estomizada é aquela que foi submetida a uma cirurgia na qual foi confeccionado um estoma. Dentre as pessoas podem-se incluir indivíduos de todas as idades e de diferentes perfis sociodemográficos. Verifica-se que a construção de um estoma pode ser uma possibilidade terapêutica de sobrevivência frente a um diagnóstico clínico, na maioria das vezes, o câncer colorretal, de fundamental importância para a recuperação fisiológica e reabilitação da pessoa estomizada [1, 2, 3].

A cada ano são realizados, aproximadamente, um milhão e 400 mil procedimentos cirúrgicos com confecção de estomas no Brasil, e os gastos com procedimentos giraram em torno de R$ 153.749.490,36 entre 2002 e 2008[4].

Os estomas de eliminação mais comuns são os urinários e os intestinais. Os urinários são comumente denominados de derivações urinárias. São realizados em pessoas com doenças que envolvem a pelve renal, ureteres, bexiga e uretra e têm por objetivo preservar a função renal. E os intestinais são indicados quando alguma parte do intestino apresenta disfunção, obstrução ou trauma. Conforme a

localização, o estoma recebe denominação própria, dessa forma, a ileostomia é no íleo, a colostomia no cólon, cecostomia no ceco e assim por diante [5].

No Brasil, a pessoa estomizada é vinculada ao Sistema Único de Saúde (SUS), por meio dos Serviços de Atenção à Saúde da Pessoa Ostomizada (SASPO), nos quais recebe atendimento especializado prestado por uma equipe multiprofissional, em locais com recursos físicos específicos e materiais adequados. Nesses serviços, são realizadas ações de orientação para o autocuidado, prevenção e tratamento de complicações relacionadas às estomias e o fornecimento de equipamentos coletores e adjuvantes de proteção e segurança [6].

O planejamento dessa assistência ao estomizado se fundamenta na avaliação e monitoramento da saúde e, também, no conhecimento das características sociodemográficas e clínicas das pessoas estomizadas, já que essa condição pode influenciar a assistência, para além da demanda de cuidados específicos com o estoma, como modificar os hábitos de alimentação, o modo de vestir e a prática de atividades sexuais [7].

Embora vinculados ao SUS, dados epidemiológicos que retratam o perfil das pessoas estomizadas ainda são escassos, em virtude, principalmente, das dificuldades de sistematização das informações de saúde [7]. O diagnóstico das condições de saúde, doença e adoecimento traduz-se em uma medida necessária na gestão dos serviços, programas e práticas do cotidiano dos serviços. A aplicação do conhecimento produzido influencia sobremaneira o desempenho do cuidado, voltado à promoção social, à prevenção da saúde e à garantia dos direitos humanos nos segmentos mais vulneráveis da população.

Sendo assim, este estudo buscou caracterizar as condições clínicas e sociodemográficas de pessoas estomizadas, atendidas nos Serviços de Atenção à Saúde da Pessoa Ostomizada (SASPO), na Região Oeste de Minas Gerais. O conhecimento produzido pode subsidiar a elaboração de propostas, com vistas a melhorar as práticas de saúde locais e, consequentemente, a qualidade do cuidado às pessoas estomizadas.

MÉTODOS

Trata-se de um estudo transversal realizado em uma região de saúde do estado de Minas Gerais, Brasil. Essa região abarca 54 municípios, com um total de 1.218.354 habitantes. Atualmente, o estado de Minas Gerais conta com 49 SASPO, distribuídos em 13 regiões de saúde, estando seis deles localizados na região Oeste, em que cinco são do tipo I e um do tipo II [8].

O SASPO do tipo I realiza ações de orientação para o autocuidado, de prevenção de complicações nas estomias e o fornecimento de equipamentos coletores e adjuvantes de proteção e segurança. Já o do tipo II é aquele que, além de desenvolver as atividades previstas no primeiro, trata complicações que podem surgir e realiza ações de capacitação de profissionais [6].

Os critérios de inclusão para a coleta de dados foram os prontuários de registro de estomizados ativos dos SASPO I e II da região Oeste, e que possuíam a ficha cadastral da primeira avaliação da enfermagem e médica no momento de inserção aos serviços até o período da coleta de dados.

Foram analisados, no período entre janeiro e abril de 2016, todos os prontuários de pessoas estomizadas. Os dados foram coletados a partir das fichas de cadastro das pessoas estomizadas. O formulário contém variáveis sociodemográficas (sexo, estado civil, idade, escolaridade e renda familiar), características das estomias (tipo de estomia, permanência, formato, diâmetro e eliminação de efluentes) e as condições das pessoas estomizadas (realização do autocuidado, forma do abdome, tratamento oncológico e complicações dos estomas).

Foi realizada análise descritiva dos dados com a apresentação da distribuição de frequência para as variáveis categóricas e medidas de posição e dispersão. A variável quantitativa idade apresentou distribuição assimétrica, segundo o teste de normalidade Shapiro Wilk; assim, esta foi apresentada em mediana (valor mínimo-valor máximo).

Para a comparação de proporções, a fim de investigar os fatores associados ao tipo de estoma, bem como verificar o perfil sociodemográfico e clínico, segundo o tipo de SASPO (SASPO I: Outras cidades/ SASPO II: Cidade de referência para a região), foi realizado, também, o teste de Qui-quadrado de Pearson.

Ressalta-se que, para a identificação das possíveis diferenças encontradas, foi empregada a análise de proporção 2 x 2. Nessa análise, foi utilizada a correção de Bonferroni, que altera o nível de

significância (p), com intuito de evitar erros do tipo I derivados de múltiplas comparações. O nível de significância corrigido, após esse procedimento, foi de $p<0,016$[9].

Os dados foram tabulados e analisados com auxílio dos *softwares Epidata* (versão 3.1. Epidata Association) e *Statistical Package for the Social Sciences for Windows Student Version* (SPSS), versão 19.0. O nível de significância estatística foi estabelecido em 5%.

Este estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética do Centro de Pesquisa da Universidade Federal São João Del Rei, por meio do parecer nº. 1.251.725, em 30 de setembro de 2015.

RESULTADOS

Foram analisadas 418 pessoas estomizadas cadastradas e ativas nos SASPO dessa região de saúde, distribuídas nos cinco SASPO I (218 pessoas) e no SASPO II (200). A idade dos estomizados variou de oito meses até 97 anos, com idade mediana de 64 anos. Mais da metade foi do sexo masculino (n=221; 53,6%) e casada (n=216; 55%).

Quanto ao grau de escolaridade, observou-se que 42,6% (n=159) deles apresentavam o ensino fundamental, seguido de semianalfabetos (n=106; 28,4%) e analfabetos (n=39; 10,5%) considerados como sem instrução. Muitos deles tinham sua renda expressa em salários mínimos, entre um a dois salários (n=234; 68,8%).

O diagnóstico de câncer colorretal foi a principal causa da confecção de estomias (n=310; 74,1%). Dentre outras causas, foram identificados o câncer de bexiga, de útero, a doença de Crohn, gangrena de fournier, obstrução e perfuração intestinal com um total de 14,2% (n=59) e a ocorrência de 11,7% (n=49) de pessoas estomizadas sem diagnósticos.

Em relação às características das estomias, observou-se que os tipos mais frequentes foram as colostomias esquerdas (n=215; 51,6%), seguidas de colostomias direitas (n=78; 18,7%) e ileostomias (n=71; 17%). Mais da metade possuía o estoma definitivo (n=237; 59,5%), formato regular (n=281; 73,2%). Quanto ao diâmetro, medido em milímetros (mm), a maior ocorrência apresentada foi entre 21-30 mm (n=118; 29,9%), seguido de 31-40 mm (n=113; 28,7%) das estomias. Também foi verificado que mais da metade (n=261; 64,6%) demonstrou ter eliminação de efluentes com a consistência pastosa.

A maioria dos estomizados utilizava bolsas abertas (n=369; 97,1%), sendo 56,8% (n=222) do tipo uma peça. Em relação ao uso de outros dispositivos adjuvantes para cuidado, foram registradas as indicações de pasta protetora, placa de resina sintética, cinto e, também, o uso do pó e coletor urinário (n=173; 41,4%).

Sobre as condições das pessoas estomizadas, 51,9% (n=206) realizavam o autocuidado com os estomas e 23,4% (n=93) não conseguiam realizar cuidado sozinho. Quanto à forma do abdome, 42,4% apresentaram globosos (n=171) e 36,7% planos (n=148). Estão registrados, ainda, que 94,4% dos estomizados não estavam acamados (n=368) e 22,8% deles eram submetidos à rádio ou quimioterapia (n=60). Dentre as complicações mais frequentes registradas, citam-se a dermatite periestomal (n=63; 15%), a hérnia paraestomal (n=48; 11,4%), o prolapso (n=28; 6,7%) e a retração (n=23; 5,5%).

A Tabela 1 apresenta a distribuição das variáveis sociodemográficas e clínicas segundo o tipo de estomia. A análise mostrou que o tipo de estomia se associou significativamente com o estado civil (p=0,007), renda (p=0,024) e permanência do estoma (p=0,001).

Após a correção de Bonferroni, observou-se maior proporção de solteiros e viúvos entre aqueles com colostomia em relação àqueles com urostomia (45,8% vs. 23,5%); e os estomizados com colostomia apresentaram menor renda em relação àqueles com ileostomia (18,6% vs. 35,1%). A proporção de estoma definitivo foi maior entre aqueles com urostomia (88,2%), seguido dos que apresentam colostomia (59,8%) e ileostomia (36,4%).

Tabela 1- Distribuição percentual de variáveis sociodemográficas e clínicas segundo o tipo de estomia dos estomizados da região Oeste de Minas Gerais, 2016 (n=418).

Variáveis sociodemográficas e clínicas	Total	Ileostomia	Colostomia	Urostomia	Valor p*
Faixa etária					
Menor de 20 anos	4,3	1,5	4,6	6,2	
20 a 59 anos	34,9	40,9	35,2	25,0	0,362
60 anos e mais	60,8	57,6	60,2	68,8	
Sexo					
Feminino	46,5	47,9	48,8	32,1	0,079
Masculino	53,5	52,1	51,2	67,9	
Estado civil					
Casado ou amasiado	58,9	64,7	54,2	76,5	**0,007**
Solteiro/ viúvo/ outros	41,1	35,3[ab]	45,8[a]	23,5[b]	
Escolaridade					
Sem instrução	38,9	41,3	39,2	33,3	
Ensino fundamental	42,6	44,4	41,5	46,7	0,827

Ensino médio ou superior	18,5	14,3	19,3	20,0	
Renda					
Até 2 salários mínimos	77,9	64,9	81,4	75,0	**0,024**
Mais que 2 salários mínimos	22,1	35,1[a]	18,6[b]	25,0[ab]	
Permanência de estoma					
Definitivo	59,5	36,4	59,8	88,2	**<0,001**
Temporário	40,5	63,6[a]	40,2[b]	11,8[c]	
Autocuidado					
Realiza	52,0	49,2	53,9	45,1	0,452
Não realiza	48,0	50,8	46,1	54,9	
Pessoa estomizada acamado					
Não	94,3	92,2	94,2	98,0	0,413
Sim	5,7	7,8	5,8	2,0	
Está sendo submetido à químio ou radioterapia					
Não	77,2	68,8	79,5	76,0	0,283
Sim	22,8	31,3	20,5	24,0	

*Teste de Qui-Quadrado. As proporções com letras em comum na linha são iguais estatisticamente segundo a Correção de Bonferroni (p>0,05).

A Tabela 2 apontou a distribuição percentual de variáveis sociodemográficas e clínicas segundo o tipo de SASPO da Região Oeste, e os resultados indicaram que o tipo de SASPO se associou significativamente com a renda (p<0,001), o autocuidado (p<0,001), e a realização de quimioterapia ou radioterapia (p<0,040).

Observou-se que os estomizados do SASPO I apresentam maior renda em relação aos da SASPO II, com a proporção de renda acima de 2 salários mínimos. E que os estomizados do SASPO II apresentaram maior proporção de não realizarem o autocuidado.

Tabela 2- Distribuição percentual das variáveis sociodemográficas e clínicas segundo o tipo de SASPO da região Oeste de Minas Gerais, 2016 (n=418).

Variáveis sociodemográficas e clínicas	Total	SASPO I	SASPO II	Valor p*
Faixa etária				
Menor de 20 anos	4,3	3,9	5,1	
20 a 59 anos	34,9	38,0	31,1	0,325
60 anos e mais	60,8	58,1	63,8	
Sexo				
Feminino	46,5	45,1	47,8	0,583
Masculino	53,5	54,9	52,2	
Estado civil				
Casado ou amasiado	58,9	60,0	57,8	0,663
Solteiro/ viúvo/ outros	41,1	40,0	42,2	
Escolaridade				
Sem instrução	38,9	37,3	41,0	
Ensino fundamental	42,6	42,8	42,2	0,659

Ensino médio ou superior	18,5	19,9	16,8	
Renda				
Até 2 salários mínimos	77,9	70,0	87,5	**<0,001**
Mais que 2 salários mínimos	22,1	30,0	12,5	
Permanência de estoma				
Definitivo	59,5	60,3	58,1	
Temporário	40,5	39,7	41,9	0,659
Autocuidado				
Realiza	52,0	64,4	39,2	**<0,001**
Não realiza	48,0	35,6	60,8	
Pessoa estomizada acamado				
Não	94,3	93,6	95,2	0,496
Sim	5,7	6,4	4,8	
Está sendo submetido a quimioterapia ou radioterapia				
Não	77,2	71,4	82,1	**0,040**
Sim	22,8	28,6	17,9	

*Teste de Qui-Quadrado.

DISCUSSÃO

A análise de dados revelou a ocorrência de estomizados com mais de 60 anos, corroborando com estudos nacionais e internacionais [10,11,12]. Os idosos têm características únicas e são mais vulneráveis a doenças crônico-degenerativas, dentre elas as neoplasias, doença de maior incidência em pessoas com idade acima de 50 anos [1].

O predomínio de pessoas do sexo masculino identificado nesta pesquisa pode decorrer da pequena frequência com que essa população utiliza e procura os serviços de saúde e as medidas preventivas. Geralmente, a demanda da população masculina é o atendimento médico na fase aguda da doença, apenas quando apresenta manifestações de agravamento. Ademais, destaca-se uma mudança no perfil do sexo dos estomizados [10,12,13]. Estudos mostraram maior prevalência de pessoas estomizadas do sexo feminino até o ano de 2012[2,5].

Ressalta-se a importância da participação da família, especialmente do cônjuge, como apoio essencial no processo terapêutico, de reabilitação e de reinserção social do estomizado [13,14]. Neste estudo, identificou-se que mais da metade das pessoas estomizadas eram casadas, e este fato pode interferir na relação sexual do casal. Um estudo mostrou que 36,1% dos estomizados mudaram suas práticas sexuais e 30,6% cessaram as relações íntimas após a confecção da estomia [15]. Para os cônjuges que cuidam do seu parceiro com uma estomia, a eliminação de gases, o seu ruído e odor exalado pela

estomia são fatores que os incomodam na intimidade do casal. Porém, com os avanços na tecnologia, novos equipamentos adjuvantes de proteção e segurança aos estomizados estão sendo desenvolvidos, com o objetivo de diminuir os problemas relacionados ao vazamento de fezes, odores e gases que interferem nas atividades de vida da pessoa com estomia intestinal [15].

Sobre a escolaridade, houve predomínio de pessoas com até o ensino fundamental. Essa situação preocupa, pois quanto menor a escolaridade, maior é o déficit de conhecimento sobre autocuidado, medidas preventivas e detecção precoce de complicações [4]. O maior nível educacional pode influenciar nas atitudes das pessoas em relação à estomia e aos mecanismos adaptativos e, assim, facilitar a sua nova condição de vida [16].

A situação socioeconômica também pode interferir na qualidade de vida do estomizado. A população com baixo poder aquisitivo poderá encontrar dificuldades na aquisição dos equipamentos e adjuvantes necessários para uma boa qualidade de vida, quando alguns desses produtos não são fornecidos pelos SASPO, e tem elevados custos [5,13,14].

A principal causa da confecção da estomia foi o câncer colorretal, o que condiz com a diversidade de estudos nacionais com estomizados, que, em termos epidemiológicos, representa a terceira neoplasia mais comum em ambos os sexos e a segunda causa em países desenvolvidos [3,10]. No Brasil, o câncer colorretal é o segundo mais incidente em mulheres, com estimativa de 17.620 casos novos e o terceiro mais incidente em homens, com 16.660 casos novos. O risco estimado é de 17,24 a cada 100 mil mulheres e 15,44 casos novos a cada 100 mil homens [11,17].

Quanto ao tipo de estomia, houve predominância da colostomia, seguida de ileostomia. Alguns estudos nacionais e internacionais mostram resultados semelhantes, em que há predomínio de colostomia de até 84,1% e ileostomia em 15,7%. A colostomia resulta de uma intervenção cirúrgica realizada nos tratamentos do câncer colorretal, portanto, a realização dessa cirurgia causa um grande impacto nas atividades de vida diária. Os cuidados e preocupações são maiores para aquelas que realizaram uma ileostomia. Isto se dá pelo fato das fezes eliminadas serem mais líquidas devido a sua localização, comparadas com as eliminadas da colostomia mais pastosas. Independentemente do tipo da estomia ou da razão para a sua realização, este processo de mudança implica alterações profundas na pessoa e no seu bem-estar [3,5,10,11,12].

O período de permanência das estomias está diretamente relacionada com o diagnóstico de indicação de sua confecção. É temporária quando se estabelece um determinado período de tempo, o qual pode ser de meses a anos, decorrente da necessidade de proteção de uma anastomose intestinal ou de um trauma abdominal. E definitivo quando a pessoa estomizada terá que conviver com a estomia por tempo indeterminado, realizada com objetivo de substituir a perda de função esfinctérica resultante de um tratamento cirúrgico. Estudos têm demonstrado associação entre as estomias de caráter definitivo aos cânceres colorretal e urogenital, e das temporárias ligadas aos traumas [10,12]. Em outras pesquisas foram observados resultados semelhantes, pois 51,24% apresentaram estomia permanente e 48,76% possuíam estomia temporária [11,14].

Em relação ao formato do estoma, o tipo regular reduz complicações, especialmente pela promoção da adaptação do equipamento coletor [13]. Grande parte dos estomas foram identificados com diâmetro de 21-30 mm. O diâmetro do estoma sugere um elemento essencial - uma boa assistência ao estomizado, o que possibilitará a seleção adequada do dispositivo adjuvante, e a adaptação ideal da base adesiva de barreira cutânea ao estoma, evitando lesões cutâneas peristoma e promovendo maior conforto do estomizado [10,14].

Com o avanço tecnológico e a diversidade de equipamentos no mercado, torna-se essencial a familiarização com esses dispositivos. Assim, é possível selecioná-los adequadamente de acordo com as necessidades de cada pessoa estomizada. Neste estudo, foi verificado que as pessoas estomizadas faziam uso de equipamento coletor drenável ou aberto do tipo sistema em uma peça. Estudo similar realizado em 2013, com pessoas estomizadas da mesma população, mostrou que 94,4% dos estomizados utilizavam a bolsa de peça única e todas as bolsas eram drenáveis ou abertas [13]. Cabe destacar que a indicação do sistema coletor deve ser individualizado, de maneira a considerar as características da estomia de cada pessoa assim como seu nível de instrução.

Existe uma maior recomendação do sistema de uma peça, por esse dispositivo necessitar de menos instruções, sendo a opção mais prática para o profissional de saúde, para o estomizado e para o cuidador menos instruído. Mas, mesmo esta sendo a melhor opção para muitos, essa população ainda considera todas as informações muito complexas e se inferiorizam achando que são incapazes de aprender, por não serem estudados, já que a maioria desse público possui baixa escolaridade [8,10,13,14].

Constatou-se que, além das bolsas fornecidas mensalmente pelo serviço, as pessoas estomizadas recebem outros materiais adjuvantes como placas, pós e pastas que também são fornecidos pelo SUS. A indicação de equipamentos e adjuvantes depende do tipo de estomia e da consistência do efluente, assim como da confecção cirúrgica. Ressalta-se a importância de usar o cinto para a prevenção do prolapso em pessoa estomizadas com abdômen distendido ou para realizar atividade física e no tratamento de pessoas que têm prolapso, para impedir mais complicações [10,13].

Sobre as condições das pessoas estomizadas, os resultados confirmam que metade delas realizava o autocuidado. Ressalta-se que a abordagem utilizada nesta pesquisa não possibilitou investigar a qualidade desse cuidado. Outros estudos realizados em diferentes regiões do Brasil mostraram que a maioria das pessoas estomizadas tiveram dificuldades em realizá-lo, devido à falta de orientação ou da assistência de profissionais capacitados durante esta fase do tratamento. A ênfase no autocuidado tem sido descrita como uma alternativa para permitir que a pessoa estomizada participe ativamente do seu próprio cuidado, estimulando a responsabilidade pela continuidade dos cuidados. Neste aspecto, os profissionais de saúde devem incentivar o desenvolvimento de autocuidado das pessoas estomizadas de modo que eles sejam capazes de alcançar a reabilitação [1,10].

A confecção de uma estomia é potencialmente acompanhada por complicações, as quais, na maioria das vezes, são subestimadas. Estudos mostram que taxas de complicações relacionadas aos estomas chegam até 60%[12,13]. Das complicações pós-operatórias apresentadas no estoma e na pele, foram registradas a dermatite, hérnia e prolapso. A origem das complicações pode ser consequência da ausência de consultas pré-operatórias, com destaque na escassez de demarcação do estoma no pré-operatório, pois a má localização dificulta o autocuidado, a visualização da pele e a troca de equipamentos [14,18].

As principais complicações relacionadas aos estomas podem resultar em desconforto devido ao escapamento frequente dos efluentes, pela adaptação inadequada da placa na estomia. A maioria destas complicações pode ser evitada com uma assistência de enfermagem especializada, incluindo o ensino do autocuidado e a identificação de possíveis alterações no estoma [19].

Embora houvesse significância estatística entre as associações das caracteristicas sociodemográficas e clínicas com o tipo de estomia, assim como dos tipos de SASPO com o autocuidado e a realização do

tratamento oncológico, estes resultados não apresentam significância clínica entre elas, ou seja, a interpretação dos resultados dos estudos mostrou resultados estatisticamente significativos, mas não são considerados clinicamente significativos, por não terem utilidade na prática clínica diária [20]. Com exceção da associação da renda com o tipo de SASPO, que mostrou que a baixa renda salarial tem relação com o índice de desenvolvimento da região.

Foi considerado como limitação do estudo o fato de que, por serem pesquisadas apenas pessoas estomizadas vinculadas aos serviços públicos de saúde, não se pode inferir o real perfil desta população na região. Outras limitações deste estudo foram relacionadas à incompletude de campos em branco encontrados nas fichas da primeira avaliação da equipe dos SASPO no momento de inserção dos estomizados aos serviços e no formulário padronizado pela Secretária de Estado de Saúde de Minas Gerais (SES/MG) que precisa ser atualizado.

CONCLUSÃO

A maioria das pessoas estomizadas da região estudada mostrou-se como do gênero masculino, idoso, com baixo nível de escolaridade e baixa renda salarial. A neoplasia maligna colorretal é a principal causa e o estoma do tipo colostomia definitiva com maior ocorrência. Os dispositivos coletores mais utilizados são os do tipo drenáveis sistema uma peça, sendo utilizados adjuvantes do tipo placas, pastas e pós.

As fortalezas deste estudo incluem: reconhecer os resultados sobre as características clínicas e sociodemográficas das pessoas estomizadas, como uma informação necessária para a tomada de decisão frente à organização dos serviços locais; apontar para o aprimoramento da qualidade das informações dos prontuários dos estomizados; orientar sobre a necessidade de rever o formulário padrão utilizado pela SES/MG, bem como a formação dos profissionais envolvidos nas atividades dos serviços, melhorando os registros da assistência aos estomizados.

REFERÊNCIAS

1- Silva J, Sonobe HM, Buetto LS, Santos MG, Lima MS, Sasaki VDM. Estratégias de ensino para o autocuidado de estomizados intestinais. Rev Rene [internet]. 2014 Set [cited 2016 Nov 8]; 15(1):166-73. Available from: http://www.revistarene.ufc.br/revista/index.php/revista/article/viewFile/1379/pdf

2- Melotti LF, Bueno IM, Silveira, GV, Silva MEN, Fedosse E. Characterization of patients with ostomy treated at a public municipal and regional reference center. J Coloproctol. (Rio J.) [internet]. 2013 June [cited 2016 Nov 8]. 33(2); 70-74. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2237-93632013000200070

3- Sasaki VDM, Pereira APS, Ferreira AM, Pinto MH, Gomes JJ. Health care service for ostomy patients: profile of the clientele. J Coloproctol. (Rio J.) [internet]. 2012 Sep [cited 2016 Nov 8]; 32(3): 232-239. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2237-93632012000300005

4- Lenza NFB, Sonobe HM, Buetto LS, Santos MG, Lima MS. O ensino do autocuidado aos pacientes estomizados e seus familiares: uma revisão integrativa. Rev Bras Promoção a Saúde. [internet]. 2013 Jan [cited 2016 Nov 8]; 26(1):139-45. Available from: http://www.redalyc.org/pdf/408/40827988019.pdf

5- Luz ALA, Luz MHBA, Antunes A, Oliveira GS, Andrade EMLR, Miranda SM. Perfil de pacientes estomizados: revisão integrativa da literatura. Cultura de los Cuidados (Edición digital) 18, 39 [internet]. 2014 June [cited 2016 Nov 8].Available from: https://rua.ua.es/dspace/bitstream/10045/40073/1/Cultura_Cuidados_39_13.pdf

6- Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência à Saúde. Portaria n. 400, 16 de novembro de 2009. [internet]. 2009 [cited 2016 Nov 8] DOU. 2009 nov. 18; 220(1):41-2.Available from: em:http://www.ans.gov.br/images/stories/noticias/pdf/p_sas_400_2009_ostomizados.pdf

7- Moraes JT, Amaral CFS, Borges EL, Ribeiro MS, Guimarães EAA. Serviços de atenção ao estomizado: análise diagnóstica no Estado de Minas Gerais, Brasil. Cad. saúde colet [internet]. 2014 Mar [cited 2016 Nov 8] Rio de Janeiro, v. 22, n. 1, p. 101-108. Available from: http://www.scielo.br/pdf/cadsc/v22n1/1414-462X-cadsc-22-01-00101.pdf

8- Minas Gerais. Secretaria de Estado da Saúde. Linha de Cuidados da Pessoa Estomizada. Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais; Eline Lima Borges (Autor); Mauro Souza Ribeiro (Autor). Belo Horizonte: SES-MG, 2015.

9- Field A. Descobrindo a Estatística usando o SPSS. 2ª ed. Porto Alegre: Artmed, 2005. 688p. gov/pubmed/19936980.

10- Salomé GM, Carvalho MRF, Junior MRM, Mendes B. Profile of ostomy patients residing in Pouso Alegre city. J Coloproctol. (Rio J.) [internet]. 2015 June [cited 2016 Nov 8]. 3 5(2):106–112. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2237-93632015000200106

11- Neto MAFL, Fernandes DOA, Didoné EL.Epidemiological characterization of ostomizedpatients attended in referral Center from the cityof Maceió, Alagoas, Brazil. J Coloproctol. (Rio J.)[internet]. 2016 June [cited 2016 Nov 8]; 36(2): 64-68.Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2237-93632016000200064

12- Joyce P. Characteristics of the Patient With an Ostomy. J Wound Ostomy Continence Nurs [internet]. 2011 May [cited 2016 Nov 8]; 38(3):271-279. Available from: http://journals.lww.com/jwocnonline/Abstract/2011/05000/Characteristics_of_the_Patient_With_an_Ostomy.10.aspx

13- Miranda SM, Luz MHBA, Sonobe HM, Andrade EMLR, Moura ECC. Caracterização Sociodemográfica e Clínicade Pessoas com Estomia em Teresina. ESTIMA [internet]. 2016 [cited 2016 Nov 8]; v.14 n.1, p. 29-35. Available from: www.revistaestima.com.br/index.php/estima/article/download/117/pdf

14- Silva AC, Silva GNS, Cunha, RR. Caracterização de Pessoas Estomizadas atendidas em Consulta de Enfermagem do Serviço de Estomaterapia do Município de Belém-PA.ESTIMA [internet]. 2016 [cited 2016 Nov 8]; v.10 n.1, 2016. Available from: www.revistaestima.com.br/index.php/estima/article/view/72

15- Silva AL, Kamada I, Sousa JB, Vianna AL, Oliveira PG. Singularidades da Convivência do Cônjuge e seu Parceiro Estomizado. ESTIMA [internet]. 2016 [cited 2016 Nov 8]; v.14 n.2, p. 68-75. Available from: www.revistaestima.com.br/index.php/estima/article/view/379

16- Fan Cheng MD, Ai-feng Meng BD, Li-Fang Yang BD, Yi-nan Zhang, BD. The Correlation Between Ostomy Knowledge and Self-Care Ability with Psychosocial Adjustment in Chinese Patients with a Permanent Colostomy: A Descriptive Study. Ostomy Wound Management [internet]. 2013 [cited 2016 Nov 8]; 59(7):35-8. Available from: http://www.o-wm.com/files/owm/pdfs/OWM_July2013_Meng.pdf

17- Instituto Nacional de Câncer. Ministério da Saúde, Brasil. Estimativa 2016: incidência de Câncer no Brasil. Brasília (DF): INCA; 2016 [internet]. [cited 2016 Nov 8]. Available from: http://www2.inca.gov.br/wps/wcm/connect/tiposdecancer/site/home/colorretal/definicao [accessed 08.11.16].

18- Manjoubi B, Goodarki, KK, Mohammad-Sadegui H. Quality of life in stomas patients: appropriate and inappropriate stomas sites. World J Surg [internet]. 2010 Jan [cited 2016 Nov 8]; 34(1):147-52. Available from:www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/19936980

19- Carol F, Hoeflok J, Kinach M. Initial Experiences With Store Forward Software in Telemedicine. J Wound Ostomy Continence Nurs Surg [internet]. 2013 [cited 2016 Nov 8];40(3):228-230. Available from:www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23652694

20- Antunes B, Oliveira A, Pimentel F. Significância clínica: uma revisão do tema. Significância clínica em oncologia. VOLUME TEMÁTICO: 8, 2009.

5.2 ARTIGO 2 – ANÁLISE DA IMPLANTAÇÃO DOS SERVIÇOS DE ATENÇÃO À SAÚDE DA PESSOA ESTOMIZADA: ESTUDO DE CASOS MÚLTIPLOS EM MINAS GERAIS, BRASIL[2]

ANALYSIS OF IMPLEMENTATION OF HEALTH CARE SERVICES TO OSTOMIZED PEOPLE: MULTIPLE CASE STUDY IN MINAS GERAIS, BRAZIL.

ANÁLISIS DE IMPLEMENTACIÓN DE SERVICIOS DE ATENCIÓN A LA SALUD DE PERSONAS OSTOMIZADAS: ESTUDIO DE MÚLTIPLES CASOS EN MINAS GERAIS, BRASIL.

Ravena Rieelly Araújo Moura[1], Juliano Teixeira Moraes[2], Eliete Albano de Azevedo Guimarães[3]

RESUMO

OBJETIVO: Avaliar os Serviços de Atenção à Saúde das Pessoas Ostomizadas (SASPO) tipo I em Minas Gerais. **MÉTODO:** Estudo de casos múltiplos que analisou a implantação de cinco SASPO da região Oeste de Minas Gerais, em 2016. Procedeu-se a coleta de dados por meio de documentos, observação direta e questionário estruturado. Para a estimativa do grau de implantação dos SASPO utilizou-se uma matriz de análise, com três componentes: gerenciamento do serviço, assistência clínica e educacional. **RESULTADOS:** Apenas um SASPO atingiu o grau de implantação plena, seguido de três serviços com implantação satisfatória e um classificado como não implantado. O componente assistência clínica teve melhor desempenho, seguido pelo gerenciamento do serviço. A assistência educacional foi o componente pior avaliado, classificado como implantado somente em um serviço. As limitações estruturais dos serviços compreendem a falta do assistente social e do médico e a ausência de protocolos clínicos e organizacionais. No processo, identificou-se escassez de consultas com o assistente social e o médico, deficiência nos grupos de apoio e nas atividades de educação em saúde, e subutilização do sistema de gerenciamento de assistência farmacêutica. **CONCLUSÃO:** A avaliação gerou informações úteis que podem subsidiar a organização dos SASPO regionais, que não estão implantados na sua totalidade.

Palavras Chave: Estomas cirúrgicos. Atenção à saúde. Serviços de saúde. Enfermagem. Avaliação de Serviços de Saúde.

---

[2] Será submetido na Revista Texto & Contexto.

ABSTRACT

OBJECTIVE: To evaluate the Health Care Services of Ostomized Persons (SASPO) type I in Minas Gerais. **METHODS:** A multi-case study was carried out to analyze the implementation of five SASPOs from the western region of Minas Gerais in 2016. Data were collected through documents, direct observation and structured questionnaire. For the estimation of the degree of implantation of the SSSS, an analysis matrix was used, with three components: service management, clinical and educational assistance. **RESULTS:** Only one SSSSS reached full degree of implantation, followed by three services with satisfactory implantation and one classified as not implanted. The clinical care component performed best, followed by service management. Educational assistance was the worst evaluated component, classified as only implemented in one service. The structural limitations of services include the lack of social worker and physician and the absence of clinical and organizational protocols. In the process, there was a shortage of consultations with the social worker and physician, deficiency in support groups and in health education activities, and underutilization of the pharmaceutical care management system. **CONCLUSION:** The evaluation generated useful information that can support the organization of the regional SSSPs, which are not fully implemented.

Keywords: Surgical stomas. Attention to health. Health services. Nursing. Evaluation of Health Services.

RESUMEN

META: Para evaluar la Salud Servicios de Cuidado de ostomizados (SASPO) de tipo I en Minas Gerais. **MÉTODO:** Estudio de casos múltiples que examinaron la aplicación de cinco SASPO el oeste de Minas Gerais, en 2016. Se procedió a recoger datos por medio de documentos, observación directa y cuestionario estructurado. Para estimar el grado de implantación de SASPO utiliza una matriz de análisis, con tres componentes: gestión de servicios, la asistencia clínica y educativa. **RESULTADOS:** Apenas un SASPO alcanzaron el nivel de despliegue completo, seguido de tres servicios con la implementación satisfactoria y clasificado como no desplegados. El componente de la atención clínica ha obtenido mejores resultados, seguido de la gestión del servicio. El viaje educativo fue el componente peor puntuación, clasificado como utilicen tan sólo durante un servicio. limitaciones estructurales de los servicios incluyen la falta de una trabajadora social y el médico y la ausencia de protocolos clínicos y organizativos. En el proceso, se identificó la falta de consulta con el

trabajador social y el médico, los grupos de apoyo a la discapacidad y en las actividades de educación para la salud, y la subutilización de sistema de gestión de la atención farmacéutica. **CONCLUSIÓN:** La evaluación ha generado información útil que puede apoyar la organización de SASPO regional, que no se han implementado en su totalidade. **Palabras clave:** Estomas Quirúrgicos. Cuidado de La salud. Servicios de salud. Enfermería. Evaluación de servicios de salud.

INTRODUÇÃO

A organização da atenção à saúde da pessoa estomizada no Brasil vem sendo reestruturada a partir de um modelo de rede de cuidados, regionalizada e hierarquizada, de forma a garantir o atendimento integral à pessoa com deficiência[1]. Esse novo modelo é pautado em atendimento interdisciplinar, de caráter preventivo, individualizado e sistematizado, visando à reabilitação precoce e à melhoria da qualidade de vida das pessoas estomizadas[2-4].

Em 2009, foi implantado no Sistema Único de Saúde (SUS) o Serviço de Atenção à Saúde das Pessoas Ostomizadas (SASPO)[2]. Esse serviço cria condições e possibilidades de se prestar atendimento à pessoa estomizada e sua família, visando à recuperação física e alcance da sua reabilitação[5].

Além disso, tem como propósito oferecer cuidados organizados em rede, num contexto adequado de estrutura e processos, visando: orientar quanto ao cadastro de pessoas com estoma; organizar e promover as ações vinculadas à atenção básica. E, também, estabelecer fluxos e mecanismos de referência e contrarreferência; zelar pela adequada indicação clínica de equipamentos coletores e adjuvantes de proteção e segurança; efetuar o acompanhamento, controle e avaliação das atividades realizadas e promover a educação permanente de profissionais para a adequada atenção aos estomizados e seus familiares.

Espera-se, com isso, a organização dos serviços no âmbito dos territórios, a atenção qualificada às pessoas estomizadas, o desenvolvimento do autocuidado, além da prescrição e fornecimento de equipamentos coletores e adjuvantes de proteção e segurança adequados[2].

Os SASPO são categorizados como SASPO de nível I e SASPO de nível II, em uma lógica de referência e contrarreferência de serviços. O SASPO I realiza ações de orientação para o autocuidado, prevenção de complicações nas estomias e o fornecimento de

equipamentos coletores e adjuvantes de proteção e segurança. O SASPO II é aquele que, além de desenvolver as atividades previstas no nível I, trata complicações oriundas da estomia e realiza ações de capacitação de profissionais[2].

A implantação desses serviços nas localidades torna-se imprescindível para a vigilância e a tomada de decisão na atenção em saúde dos estomizados, subsidiando o planejamento e o monitoramento do cuidado[6,7]. Contudo, pouco se sabe sobre as condições dos serviços credenciados e sobre os efeitos dessa intervenção na qualidade do cuidado às pessoas estomizadas. Em Minas Gerais, a maioria dos SASPO tem deficiências nas dimensões de estrutura e processo, e ainda mantém características de um modelo centrado na distribuição de dispositivos[3].

Ademais, ainda são escassas as pesquisas sobre a análise de implantação dos SASPO no Brasil, e a avaliação ainda não é uma prática institucionalizada pelos serviços de saúde, sendo influenciada pela falta de tradição e de compreensão da necessidade dos próprios profissionais avaliarem o cotidiano que estão inseridos[8].

Neste contexto, este estudo propôs avaliar os SASPO I, da região Oeste de Minas Gerais, com foco na análise de implantação de programas. Essa abordagem avaliativa pode contribuir na organização dos serviços e sustentar decisões direcionadas ao seu aprimoramento e consolidação.

MÉTODO

Trata-se de um estudo de casos múltiplos[9], com abordagem quantitativa, na dimensão da análise de implantação de programas. Esse tipo de avaliação tem como propósito especificar o conjunto dos fatores que facilitam ou comprometem os resultados obtidos após a introdução de uma intervenção[10]. Essa pesquisa limitou seu escopo de investigação nas dimensões de estrutura (recursos empregados e sua organização) e de processo (serviços ou bens produzidos)[11], os quais integram os componentes avaliados, no caso, o gerenciamento do serviço, a assistência clínica e a assistência educacional.

A realização de estudos de caso múltiplos visa aumentar o potencial de generalização da estratégia de pesquisa, permitindo uma análise em profundidade do processo de implantação das unidades de análise[10]. Foram estudados cinco SASPO I, implantados nos municípios sede regionais da região Oeste de Minas Gerais, em 2016. Essa região é composta por 54 municípios, agrupados em seis microrregiões de saúde, com uma população estimada

de 1.194.156 habitantes[12]. Até o ano de 2012, nesta região não existia SASPO implantados e, com isso, os estomizados dessa área eram referenciados para a região Central do Estado[3]. Atualmente, a região possui cinco SASPO I e um SASPO II, sendo o último implantado na cidade polo regional de saúde. O SASPO II foi excluído deste estudo por apresentar contexto organizacional e propósito diferentes dos SASPO I, demandando, com isso, novo plano de avaliação.

Inicialmente, com a finalidade de compreender a organização do SASPO I, foi desenvolvido o modelo lógico, um esquema visual, que corresponde a uma imagem-objetivo do que se pretende avaliar[9]. Para o SASPO I foram definidos, a partir de revisões normativas, textos científicos, consensos de especialistas e dos pesquisadores, os componentes de gerenciamento do serviço, assistência clínica e assistência educacional. Para cada um dos componentes foram definidos os recursos disponíveis (equipamentos, normativas, recursos humanos, sistema de informação), as atividades pretendidas, os resultados esperados e as conexões causais presumidas.

Os resultados esperados foram definidos como imediatos aqueles após a vinculação do estomizado ao serviço, de médio prazo depois de um ano de assistência no serviço, e de longo prazo quando atingem a integralidade do cuidado.

Os efeitos imediatos incluem a realização do cadastro de pessoas estomizadas e sua atualização; a aquisição, controle, armazenamento e fornecimento de dispositivos; o oferecimento de orientações para desenvolver o autocuidado; a prevenção e detecção de complicações dos estomas e encaminhamento para o tratamento no SASPO II; promoção de grupos de apoio, convívio familiar e social e realização de atividades de educação em saúde. Em médio prazo, os efeitos esperados foram promover a organização do serviço, assistência qualificada e o desenvolvimento do autocuidado. E, em longo prazo, espera-se a reabilitação e qualidade de vida do estomizado. Estes resultados serão avaliados em outro estudo pelos pesquisadores (Figura 1).

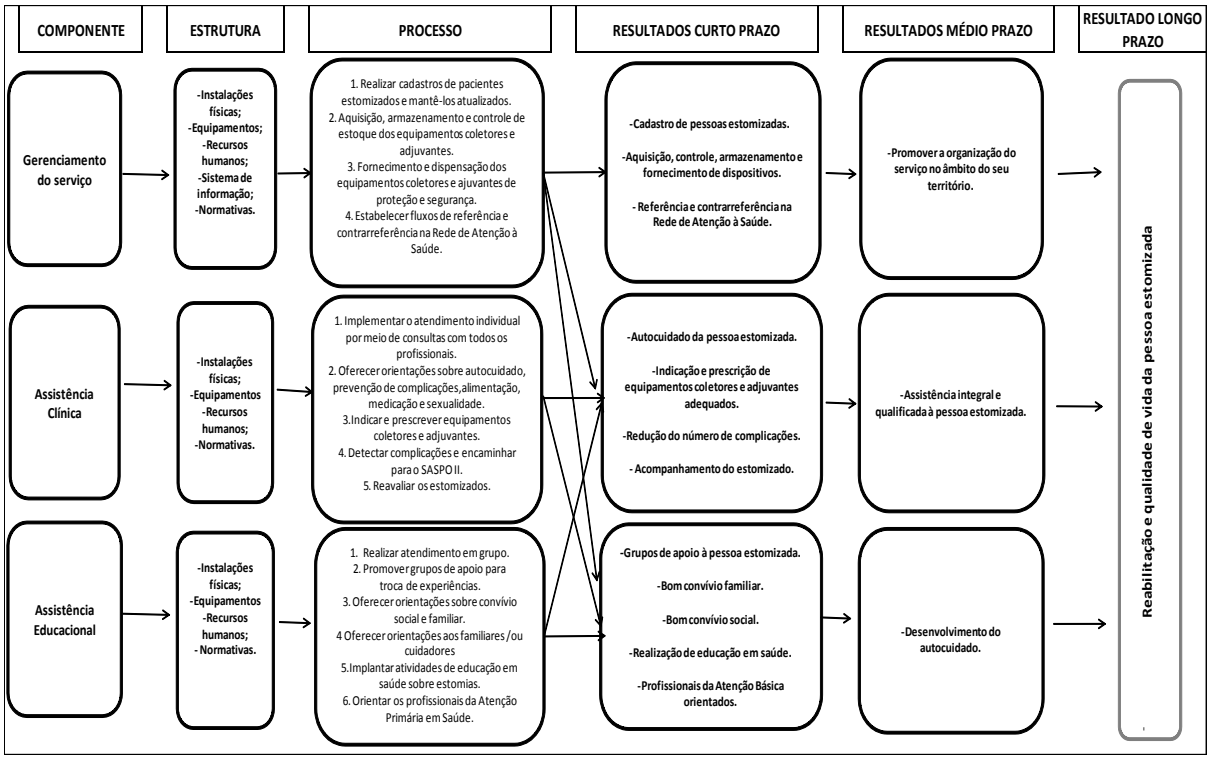

Figura 1- Modelo Lógico do Serviço de Atenção à Saúde da Pessoa Estomizada I.

Para a definição dos critérios utilizados na análise do Grau de Implantação (GI), considerou-se o modelo lógico e o instrumento de pesquisa adaptado de Moraes (2014). Foram definidos para cada critério os parâmetros, os tipos de abordagens, os tipos de dados, as fontes de dados e as técnicas de coleta. São esses quesitos que permitiram não apenas descrever o serviço, mas realizar um julgamento sobre os seus componentes. Essa é uma distinção dos estudos de avaliação de outros tipos de estudos, pois a avaliação prevê um julgamento[13]. Foram realizados cinco encontros de trabalho entre três pesquisadores da Universidade Federal São João Del Rei, um técnico de referência em estomias da SES/MG e dois avaliadores externos especialistas da área de estomia, para elaborar o modelo lógico, definir as perguntas avaliativas e os critérios utilizados na matriz de análise.

Para operacionalizar este estudo, procedeu-se à análise de documentos que consistiu em portarias governamentais, manuais, linhas guias e protocolos organizacionais. Outras técnicas foram utilizadas para a coleta de dados, como a observação direta de campo e a entrevista com questionários estruturados. A validade interna do estudo foi sustentada pela utilização, na análise, da triangulação de dados primários e secundários, de maneira a verificar, de forma contínua, a confiabilidade e a interpretação das informações coletadas[14].

Foram realizadas duas visitas em cada SASPO I. A primeira em cada SASPO constou de uma reunião com o enfermeiro, que estava presente na primeira visita ao serviço. Nesse momento, foi apresentada a proposta de avaliação, os termos de autorização e o termo de consentimento livre esclarecido, além da apresentação da unidade.

As entrevistas subsequentes foram agendadas e realizadas por um único pesquisador, no mês de abril de 2016 durante a segunda visita a cada SASPO I. Participaram do estudo cinco enfermeiros dos respectivos serviços que concordaram em participar da pesquisa. A definição do enfermeiro deveu-se ao fato de ser ele o responsável pela coordenação da gestão dos SASPO e pela assistência às pessoas estomizadas, além de ser o único profissional presente em todo o período de funcionamento das unidades. Os demais profissionais dos serviços (assistente social e médico) foram considerados elegíveis, porém não participaram devido à ausência ou indisponibilidade dos mesmos. Para cada um dos entrevistados foi atribuido um código, buscando-se ao máximo o anonimato das informações.

O Grau de Implantação (GI) dos SASPO I foi estimado a partir da matriz de análise e julgamento, constituída por critérios elencados das dimensões da estrutura e do processo de cada componente. Na matriz, foi considerada para a estrutura do componente gerenciamento do serviço: existência de sala de dispensação e estocagem dos equipamentos coletores e adjuvantes de proteção e segurança, mesa para escritório com cadeiras, computador, telefone, internet, impressora, arquivo, armário, existência de um assistente social e um enfermeiro e se este é especializado, utilização do SIGAF, existência de redes informacionais e equipamentos de informática e existência de protocolos organizacionais. No componente assistência clínica, foi avaliada a existência de: sanitário com ducha higiênica e trocador, maca revestida de material impermeável, escada de dois degraus, estetoscópio, esfigmomanômetro, balança antropométrica, balança pediátrica, espelho com dimensões mínimas de 120 x 50 cm, balde para lixo com tampa e controle de pedal, pia para higiene das mãos, a presença de um médico e de um enfermeiro, e se este é especialista, e a existência de protocolos clínicos. E, no componente assistência educacional, foi analisada a existência de: sala de reuniões para atendimento em grupo, mesa com cadeiras, a participação de um assistente social, de um enfermeiro e um médico, e se o enfermeiro é especialista, e da existência de programas de atividades educacionais no serviço.

Na dimensão do processo, os critérios avaliados também foram de acordo com cada componente separadamente. No componente de gerenciamento do serviço, buscou-se

identificar: realização de cadastro dos estomizados atendidos no serviço; atualização destes cadastros, realização da aquisição, do controle, do estoque, das condições de armazenamento, do fornecimento e da dispensação dos equipamentos coletores e adjuvantes de proteção e segurança para as pessoas com estoma, e existência de fluxos de referência e contrarreferência na rede de atenção à saúde.

No componente assistência clínica, buscaram-se informações sobre: atendimento individual dos estomizados, existência de consultas com o assistente social, enfermeiro e o médico, se estes realizam orientação sobre autocuidado, prevenções de complicações, troca e manuseio da bolsa, alimentação, medicações e sexualidade, se existe encaminhamento para o SASPO II quando detectadas complicações e se há reavaliação destes pacientes.

E, no componente assistência educacional, procurou-se identificar se existem grupos de apoio para troca de experiências, atendimentos em grupos, se realizam orientações sobre o convívio familiar e social, se são desenvolvidas atividades de educação em saúde sobre autocuidado para os estomizados e se são realizadas orientações aos profissionais da atenção básica.

O GI foi definido por meio de um sistema de escores, com pesos diferenciados para cada critério, segundo o nível de importância atribuído pelos pesquisadores que têm conhecimento do tema, que também definiram a distribuição de pontos dos componentes.

Para a construção dos escores, inicialmente foram determinados os valores observados (Σ dos pontos dos indicadores) e calculado o GI em termos percentuais (Σ observados/Σ das pontuações máximas possíveis *x* 100) para cada componente, e posteriormente, foi realizada a somatória dos componentes para o cálculo do GI total. O total da pontuação máxima estabelecida foi em 175 pontos. Foi pactuada a pontuação máxima de 25 pontos para a dimensão estrutura e 25 pontos para a dimensão processo, no componente gerenciamento do serviço; 36 pontos para a para estrutura e 39 pontos para o processo, no componente assistência clínica; e 23 pontos para estrutura e 27 pontos para processo, no componente assistência educacional. Cada componente analisado totalizou 50 pontos, 75 e 50 pontos respectivamente, após a somatória dos critérios das dimensões de estrutura e processo.

A partir do GI de cada componente foram definidas as categorias para a classificação dos SASPO, adotando-se os mesmos escores utilizados no estudo de Moraes

(2014): Plena (80,0%│--│100,0%); Satisfatória (60,0%│--│79,9%); Incipiente (40,0%│--│59,9%); Não implantado (< de 40%).

Foi realizada, ainda, a análise descritiva dos dados, com cálculo das distribuições de frequências relativas e absolutas, das médias e medidas de dispersão (intervalo de confiança de 95% e valores mínimos e máximos). Adicionalmente, foi realizado o teste de normalidade Shapiro-Wilk para as variáveis quantitativas. E realizou-se a correlação de Pearson para verificar a relação entre a pontuação total obtida no questionário da SASPO e os componentes de estrutura e processo de gerenciamento, assistência clínica e educacional. Para todas as análises, foi adotado o valor de significância de 5%. Os dados foram tabulados e analisados com auxílio dos *softwares Epidata* (versão 3.1. Epidata Association, Odense, Dinamarca) e *Statistical Package for the Social Sciences for Windows Student Version* (SPSS), versão 19.0.

Este estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisas com Seres Humanos da Universidade Federal São João del-Rei por meio do parecer n. 1.251.725 de 30 de setembro de 2015.

RESULTADOS

A Tabela 1 apresenta o GI dos SASPOS I com a pontuação observada em cada categoria dos componentes. Os resultados mostraram que o GI dos SASPO I variou de implantação plena a incipiente, com uma média de implantação satisfatória (GI=62,8%). O SASPO 5 foi o melhor avaliado (GI=97,1%), atendendo à maioria dos quesitos exigidos para uma implantação plena. O SASPO 4 foi o pior avaliado, classificado como não implantado (GI=36%), com valores muito baixos em todos os seus componentes. Os outros três SASPO tiveram um desempenho satisfatório (GI=60,5%; 61,1%; 73,7%).

Os componentes com melhores desempenhos foram a assistência clínica e o gerenciamento do serviço, sendo a dimensão processo a melhor avaliada. Destaca-se que a assistência educacional foi o componente que obteve a menor pontuação, com problemas tanto nas questões estruturais como de processo.

Tabela 1– Grau de Implantação dos Serviços de Atenção à Saúde da Pessoa Ostomizada, tipo I, na Região Oeste de Minas Gerais, 2015 - 2016.

Componentes SASPO	**Pontuação Esperada**	**Pontuação Observada**[1]					
		S1	**S2**	**S3**	**S4**	**S5**	**Total (Média – IC95%)**

Gerenciamento de serviços	50	37,0	40,0	37,0	28,0	50,0	38,4 (28,5-48,2)
Estrutura	25	12,0	18,0	15,0	3,0	25,0	14,6 (4,5-24,6)
Processo	25	25,0	22,0	22,0	25,0	25,0	23,8 (21,7-25,8)
Assistência clínica	75	45,0	54,0	54,0	23,0	70,0	49,2 (27,8-70,5)
Estrutura	36	12,0	19,0	24,0	3,0	31,0	17,8 (4,3-31,2)
Processo	39	33,0	35,0	30,0	20,0	39,0	31,4 (22,5-40,2)
Assistência educativa	50	24,0	35,0	16,0	12,0	50,0	27,4 (8,2-46,5)
Estrutura	23	11,0	20,0	11,0	3,0	23,0	13,6 (3,6-23,5)
Processo	27	13,0	15,0	5,0	9,0	27,0	13,8 (6,4-24,1)
Grau de Implantação[2]	100,0	60,5	73,7	61,1	36,0	97,1	65,7 (38,0-93,3)

[1] PO = (∑PO/∑PE) x 100.

[2]GI = 80% a 100% implantação plena; 60,0% a 79,9% implantação satisfatória; 40,0% a 59,9% implantação incipiente; abaixo de 40,0% não implantado.

Ao analisar os critérios estruturais, observou-se que todos os SASPO têm problemas quanto aos recursos humanos (médico e assistente social), e a maioria deles não possui protocolos clínicos e organizacionais. As instalações físicas também foram consideradas uma limitação nos serviços, principalmente no que se refere à assistência clínica. Quanto ao processo, destacam-se deficiências na elaboração de fluxos de referência e contrarreferência na rede de atenção à saúde, na falta de consultas com médicos e assistentes sociais, e de realização das atividades educativas em grupo. Os quesitos da assistência educacional foram os piores avaliados (Tabela 2).

Tabela 2-Grau de Implantação de alguns critérios estruturais e de processo, segundo os Serviços de Atenção à Saúde da Pessoa Ostomizada, tipo I, na Região Oeste de Minas Gerais, 2015 – 2016.

Dimensões	**SASPO (GI)**					
	Esperado	**S1**	**S2**	**S3**	**S4**	**S5**
ESTRUTURA						
Gerenciamento de serviço						
Instalações físicas	100,0	0,0	100,0	100,0	0,0	100,0
Equipamentos	100,0	62,5	100,0	100,0	0,0	100,0
Recursos Humanos	100,0	33,3	66,6	33,3	33,3	100,0
Sistema de Informação	100,0	50,0	50,0	50,0	50,0	100,0
Protocolos organizacionais	100,0	100,0	0,0	0,0	0,0	100,0
Assistência clínica						
Instalações físicas	100,0	0,0	0,0	100,0	0,0	0,0

Equipamentos	100,0	28,5	76,1	85,7	0,0	90,4
Recursos Humanos	100,0	33,3	33,3	33,3	33,3	100,0
Protocolos clínicos	100,0	0,0	100,0	0,0	0,0	100,0
Assistência educacional						
Instalações físicas	100,0	100,0	100,0	100,0	0,0	100,0
Equipamentos	100,0	42,8	100,0	100,0	0,0	100,0
Recursos Humanos	100,0	25,0	75,0	25,0	25,0	100,0
Relatórios das atividades realizadas	100,0	0,0	100,0	0,0	0,0	100,0
PROCESSO						
Gerenciamento de serviço						
Realização e atualização de cadastros dos estomizados	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
Aquisição dos equipamentos coletores e adjuvantes de proteção e segurança	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
Dispensação dos equipamentos coletores e adjuvantes de proteção e segurança	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
Elaboração de fluxos de referência e contra- referência na rede de atenção à saúde	100,0	0,0	0,0	100,0	0,0	100,0
Utilização do SIGAF	100,0	0,0	100,0	0,0	0,0	100,0
Assistência clínica						
Consulta com o médico e assistente social	100,0	0,0	100,0	0,0	0,0	100,0
Consulta com o enfermeiro	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
Orientações sobre autocuidado e prevenção de complicações no momento da consulta.	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
Detecção de complicações com encaminhamento para o SASPO II no momento da consulta.	100,0	100,0	0,0	100,0	0,0	100,0
Assistência educacional						
Realiza atendimento em grupo	100,0	0,0	100,0	0,0	0,0	100,0
Realiza orientações sobre o convívio familiar e social	100,0	0,0	0,0	0,0	0,0	100,0
Existência de grupos de apoio para troca de experiências	100,0	0,0	100,0	0,0	0,0	100,0
Realiza atividades de educação em saúde para os estomizados	100,0	0,0	100,0	0,0	0,0	100,0
Realiza orientações aos profissionais da atenção básica para a adequada atenção aos estomizados e seus familiares	100,0	0,0	0,0	0,0	0,0	100,0

Na Tabela 3 são apresentados os quesitos convergentes e divergentes das dimensões estrutura e processo, evidenciados nos SASPO I.

Tabela 3 - Elementos convergentes e divergentes da Estrutura e Processo nos Serviços de Atenção à Saúde da Pessoa Ostomizada, tipo I, na Região Oeste de Minas Gerais, 2015 – 2016.

Elementos convergentes	Elementos divergentes
ESTRUTURA	
Existência de sala de dispensação e estocagem de equipamentos coletores e adjuvantes de proteção e segurança;	Falta dos profissionais assistente social e médico;
Existência de sala de reunião;	Escassez de protocolos organizacionais;
Presença de enfermeiros nos serviços;	Escassez de protocolos clínicos;
Existência de telefone, computador, internet;	Falha na utilização do SIGAF;
Existência de arquivo;	Ausência de sanitário com duchas higiênicas;
Existência de armários;	Inexistência de esfigmomanômetro;
Existência de mesa com cadeiras;	Inexistência de balança pediátrica;
Existência da maca revestida de material impermeável;	Ausência de espelho com dimensões mínimas de 120x50 cm;
Existência de escada de dois degraus;	
Existência da balança antropométrica;	
Existência do estetoscópio;	
Existência de pia para higiene das mãos;	
Acesso às redes informacionais e equipamentos de informática;	
PROCESSO	
Realização de cadastros;	
Atualização de cadastros;	Insuficiência de consulta com o médico;
Aquisição dos equipamentos coletores e adjuvantes de proteção e segurança;	Insuficiência de consulta com o assistente social;
Verificação das condições de armazenamento de equipamentos coletores e adjuvantes de proteção e segurança;	Falta de elaboração de fluxos de referência e contra- referência na rede de atenção à saúde;
Controle do estoque equipamentos coletores e adjuvantes de proteção e segurança;	Carência de atividades de educação em saúde;
Fornecimento dos dispositivos e coletores para os estomizados;	Déficit de orientações de convívio familiar e social em grupo;
Atendimentos individuais;	Déficit nos atendimentos em grupo;
Orientações individuais sobre autocuidado, prevenções de complicações, troca e manuseio da bolsa, alimentação e sexualidade;	Escassez de grupos de apoio;
	Falta de orientações aos profissionais da atenção básica para a adequada atenção aos estomizados e seus familiares;
	Subutilização do SIGAF.
Detecção de complicações com encaminhamento para o SASPO II no	

momento da consulta; Dispensação dos equipamentos coletores e adjuvantes de proteção e segurança; Reavaliação da saúde dos estomizados.	

DISCUSSÃO

A análise dos SASPO I possibilitou a identificação de diferentes contextos organizacionais e níveis de implantação dos serviços na região. Três deles foram classificados como implantação satisfatória, um com implantação plena e outro como não implantado. Apesar dos SASPO estarem em funcionamento, observou-se o não cumprimento de alguns propósitos instituídos nas diretrizes para a atenção à saúde da pessoa estomizada, dentre eles a organização e a promoção das ações vinculadas à atenção básica, o estabelecimento de fluxos e mecanismos de referência e contrarreferência, e a promoção à educação permanente de profissionais para a adequada atenção aos estomizados e seus familiares. Este fato reforça que os SASPO I regionais avaliados ainda apresentam desafios quanto à sua organização, e com isso, mantêm-se centrados no modelo tradicional, pautado na distribuição de equipamentos e coletores adjuvantes, limitando a sua eficácia[3].

É imperativa a reestruturação dos serviços municipais quanto às normas estabelecidas e pactuadas pelo Ministério da Saúde[2] e Secretaria de Estado de Saúde de MG[16], que estabelecem estruturas físicas adequadas e equipe interdisciplinar capacitada para a realização de ações voltadas para o autocuidado, a prevenção de complicações nas estomias e a reabilitação das pessoas estomizadas.

A organização dos SASPO I mantém, na maioria deles, uma estrutura que assegura, no cotidiano do trabalho, atividades centradas na dispensação e estocagem dos dispositivos em detrimento de um cuidado integral, caracterizado pelo atendimento interdisciplinar, centrado no indivíduo e na sua família, voltado para a reabilitação precoce e a melhoria da qualidade de vida[4]. Deficiências na estrutura dos SASPO também foram observadas em um estudo realizado em Minas Gerais[3], que identificou que tanto a estrutura quanto o processo não estavam em conformidade com o preconizado nas diretrizes legais instituídas[2].

Neste aspecto, a literatura recomenda que os serviços estabeleçam prioridades para a expansão de estruturas físicas adequadas, considerando o desenvolvimento das tecnologias e o aumento progressivo na demanda dos atendimentos nos serviços[17]. No

entanto, os SASPO I não possuem financiamento próprio, competindo ao Estado o repasse de equipamentos coletores e adjuvantes, e aos municípios, o oferecimento de recursos físicos e humanos[18].

Esse déficit financeiro gera impactos na organização dos serviços e na assistência prestada, já que, sem os recursos necessários, os profissionais se sobrecarregarão com a grande demanda e acúmulo de atividades, sem ambientes apropriados e materiais suficientes para prestar um cuidado adequado[19]. Deficiências nessas atividades acarretam prejuízos para o indivíduo no seu contexto familiar e social, perdendo-se, com isso, oportunidades direcionadas à sua reabilitação[20].

Somam-se às questões estruturais as fragilidades detectadas no gerenciamento dos serviços. A subutilização do SIGAF foi identificada como uma irregularidade que pode estar relacionada à inadequação de equipamentos de informática nos serviços e à capacidade de operacionalização do sistema, perdendo-se, com isso, a habilidade de planejar, organizar e controlar os equipamentos coletores e adjuvantes de proteção. Os profissionais dos serviços ainda limitam-se às atividades, com preferências para as ações que demandam o cuidado em saúde em detrimento do uso das informações em saúde como uma ferramenta analisadora nos processos de decisão. Nessa perspectiva, apesar do desenvolvimento da informação e suas tecnologias, observa-se o descompasso entre os avanços relacionados às informações e à dimensão da eficácia dos seus produtos como poder de intervenção sobre a gestão dos serviços[21,22]

Outro problema encontrado no gerenciamento dos SASPO I foi a falta de estabelecimento de fluxos e mecanismos de referência e contrarreferência na rede de atenção à saúde. Esta limitação influencia sobremaneira a integralidade da assistência às pessoas estomizadas, que acabam perdendo a garantia de acesso aos serviços dos quais necessitam.

A assistência às pessoas com estomias requer uma rede de atenção à saúde organizada, e o profissional inserido nesta rede precisa ter competências gerencial e assistencial, além do compromisso social com a sociedade, para garantir a integralidade do cuidado[23,24]. O estabelecimento de uma linha de cuidado que envolva a atenção primária, a média e a alta complexidades implica na continuidade e na integralidade do cuidado, compreendido desde a fase pré-operatória até a reabilitação da pessoa estomizada[4].

Neste propósito, é preciso organizar e promover as ações vinculadas aos serviços de média e alta complexidades e, principalmente, à atenção básica. Os resultados desta pesquisa mostraram que o atendimento interdisciplinar esperado pela política de atenção aos estomizados encontra-se desarticulada e insuficiente para a realização das atividades de educação em saúde, orientações de convívio familiar e social, e grupos de apoio.

Essa condição pode estar relacionada às equipes interdisciplinares nos serviços, que se mostraram insuficientes frente aos profissionais, assistente social e médico. Mantém-se um modelo centralizado no cuidado individual pelo profissional enfermeiro. Destaca-se que o médico e o assistente social têm atribuições definidas nos SASPO I e incluem ações relacionadas à estomia e aos cuidados com a pele periestoma, à prevenção de complicações, à avaliação das necessidades biopsicossociais do indivíduo e da família e à educação para o autocuidado[2]. A ausência deles na equipe sobrecarrega o enfermeiro, que passa a assumir uma demanda ampla e diversificada de atividades administrativas e clínicas em detrimento das ações educacionais.

A falta de uma equipe interdisciplinar influencia a realização de ações educativas que demandam conhecimentos específicos da área de atuação de cada profissional. Essas ações incluem as orientações aos profissionais da atenção básica para a adequada atenção aos estomizados e seus familiares. Os profissionais que atuam na atenção primária em saúde também precisam lidar com as repercussões físicas e psicossociais do processo de estomização, além de aprender sobre o autocuidado com a estomia e o correto manuseio de equipamentos coletores e adjuvantes[25]. Estes, se orientados, podem garantir a essas pessoas acesso aos serviços, vínculo e abordagem familiar voltada para o autocuidado e reabilitação[3,26].

A educação, portanto, torna-se uma ferramenta necessária, que garante a inclusão participativa dos estomizados na sociedade, no desenvolvimento de habilidades para o enfrentamento de novas adaptações, perante as transformações físicas, psicológicas e sociais[27,28].

Porém, as atividades relacionadas à educação não foram garantidas pela maioria dos SASPO regionais, perdendo-se, com isso, a oportunidade de criar vínculos, de estabelecer fluxos e mecanismos de referência e contrarreferrência, e de garantir a continuidade do cuidado, exceto no SASPO com implantação plena, em que o enfermeiro especializado em estomaterapia configurou-se em um profissional de destaque na organização do serviço.

Embora seja importante ter enfermeiros especializados em estomaterapia nos SASPO, não há exigência legal para que o enfermeiro que cuida de pessoas com estoma tenha essa formação. Contudo, este profissional possui conhecimento, treinamento específico e habilidades para o cuidado das estomias, atuando com propriedade em ações preventivas, terapêuticas e de reabilitação[6,17].

Foi possível identificar que as orientações sobre o autocuidado, prevenções de complicações, troca e manuseio da bolsa, alimentação, sexualidade acontecem somente durante a consulta individual. A escassez de grupos de apoio aos indivíduos e familiares se configurou como uma prática de promoção de saúde inoperante, e reforça, nos serviços avaliados, o modelo hegemônico centrado nos profissionais e nas ações curativistas.

O desenvolvimento de estratégias promocionais deve ser entendido como uma parceria entre o profissional e o estomizado, para que este possa desenvolver, de um lado, habilidades e competências para o autocuidado e, do outro, independência e autonomia frente à sua nova situação de saúde[29,30].

O grupo de apoio é uma das estratégias que favorece a reinserção social da pessoa estomizada, pois foca a independência para o autocuidado e a restauração da autonomia na vida cotidiana. A rede de apoio a essas pessoas surge como uma estratégia de alicerce às dificuldades encontradas pelos estomizados, diminuindo os problemas relacionados à estomia. Esta experiência poderia acrescentar conhecimentos, habilidades e possivelmente reduzir as dúvidas, medos e inseguranças do estomizado, incentivando a uma melhor aceitação do novo estilo de vida[31,32].

Destaca-se nesta avaliação, uma assistência educacional fragilizada e de pouca resolubilidade. Para Falkenberg et. al[33](2014) muitas vezes as práticas educativas direcionadas a qualificação dos processos de trabalho estão relegadas a um segundo plano no planejamento e organização dos serviços.

Por fim, a avaliação com abordagem quantitativa, embora seja importante para avaliar a implantação de serviços, não é suficiente para analisar os contextos implicados nas relações de trabalho do cotidiano. Outros estudos são necessários para compreender o contexto do processo de trabalho dos SASPO.

CONCLUSÃO

Os SASPO da região Oeste de MG não estão implantados na sua totalidade. Problemas foram evidenciados no gerenciamento do serviço, na assistência clínica e,

principalmente na assistência educacional. Não foram garantidos o estabelecimento de fluxos e mecanismos de referência e contrarreferência, a existência de grupos de apoio, a promoção de orientações aos profissionais da atenção básica para a adequada atenção aos estomizados e seus familiares. Concernente às ações realizadas, permanecem aquelas direcionadas ao cadastro de pessoas com estoma; atualização dos cadastros, aquisição, controle e fornecimento dos coletores e adjuvantes de proteção e segurança, e a reavaliação dos estomizados. Destaca-se a importância do profissional enfermeiro estomaterapeuta na organização dos serviços.

Dada a dinâmica dos serviços, avaliações sistemáticas se fazem necessárias para elucidar a eficácia e a sustentabilidade dos SASPO regionais. A Portaria nº400 determina a obrigatoriedade de vistoria, acompanhamento, controle e avaliação dos SASPO a ser realizada pelos gestores, garantindo o seu cumprimento.

Nessa perspectiva, implantar um serviço de atenção aos estomizados de qualidade depende de compromissos institucional e individual, previamente estabelecidos, e implica às instituições avaliar a sua relevância, ajustar o escopo do trabalho, redefinir metas, considerar os aspectos financeiro, administrativo, e técnico, além da dimensão de tempo da implantação.

REFERÊNCIAS

1- Brasil. Ministério da Saúde. Programa Nacional de Avaliação de Serviços de Saúde. Brasília (DF): MS; 2007 [cited 2016 Nov 22]. Available from: http://www.anvisa.gov.br/servicosaude/manuais/pnass.pdf

2- Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Portaria nº 400, de 16 de novembro de 2009. Diário Oficial da União 2009; Brasília (DF): MS; 2009 [cited 2016 Nov 22]. Available from: http://www.ans.gov.br/images/stories/noticias/pdf/p_sas_400_2009_ostomizados.pdf

3- Moraes JT, Amaral CFS, Borges EL, Ribeiro MS, Guimarães EAA. Serviços de atenção ao estomizado: análise diagnóstica no Estado de Minas Gerais, Brasil. Cad. saúde colet [Internet]. 2014 Mar [cited 2016 Nov 22]; 22(1): 101-108. Available from:http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414462X2014000100101&lng=en.

4- Minas Gerais. Secretaria de Estado da Saúde. Linha de Cuidados da Pessoa Estomizada. Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais; Eline Lima Borges (Autor); Mauro Souza Ribeiro (Autor). Belo Horizonte: SES-MG, 2015.

5- Lenza NFB, Sonobe HM, Buetto LS, Santos MG, Lima MS. O ensino do autocuidado aos pacientes estomizados e seus familiares: uma revisão integrativa. Rev Bras Promoção a Saúde [Internet]. 2013 Jan [cited 2016 Nov 22]; 26(1):139-45. Available from: http://www.redalyc.org/pdf/408/40827988019.pdf

6- Skingley, S. Community nurses' understanding of the community stoma care nurse. British Journal of Nursing [Internet]. 2006 [cited 2016 Nov 22]; 15. Available from: https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/16493283

7- Taggart E, McKenna L, Stoelting J, Kirkbride G, Mottar M. More Than Skin Deep Developing a Hospital-Wide Wound Ostomy Continence Unit Champion Program. J Wound Ostomy Continence Nurs [Internet]. 2012 [cited 2016 Nov 22]; 39(4):385-390. Available from: https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22652935

8- Alves CKA, Carvalho EF, Cesse EAP, Natal S, Bezerra LCA, Felisberto E. Análise da implantação de um programa com vistas à institucionalização da avaliação em uma Secretaria Estadual de Saúde. Rev. Bras. Saude Mater. Infant [Internet]. 2010 Nov [cited 2016 Nov 22]; 10:s145-s156. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1519-38292010000500013&lng=en.

9- Yin, Robert K. Estudo de caso: planejamento e métodos/ Robert K. Yin; 5 ed. Porto Alegre (RS): Editora Bookman; 2015.

10- Champagne F, Brousselle A, Hartz Z, Contandriopoulos AP. Modelizar as Intervenções. In: Brousselle A, Champagne F, Contandriopoulos AP, Hartz ZMA, organizadores. Avaliação em saúde: conceitos e métodos. Rio de Janeiro (RJ): Editora Fiocruz; 2011.

11- Donabedian A. Basic approaches to assessment: structure, process and outcome. In: Explorations in Quality Assessment and Monitoring (A. Donabedian), pp. 77-125, Ann Arbor, Michigan: Health Adiministration Press; 1980.

12- Malachias I, Leles FAG, Pinto MAS. Plano Diretor de Regionalização da Saúde de Minas Gerais (PDR/MG). Belo Horizonte: Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais; 2011.

13- Hartz ZMA, Silva LMV. Uso de modelos teóricos na avaliação em saúde. In: Hartz ZMA, Silva LMV, organizadoras. Avaliação em saúde: dos modelos teóricos à prática na avaliação de programas e sistemas de saúde. Rio de Janeiro (RJ): Editora Fiocruz; 2010.

14- Minayo MCS. O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde. 9 ed. São Paulo (SP): Editora Hucitec; 2006.

15- Cohen J. Statistical power analysis for the behavioral sciences. Hillsdale, NJ, Erlbaum; 1988.

16- Minas Gerais. Secretaria de Estado de Saúde. Resolução n.1249, de 20 de julho de 2007: define critérios, normas operacionais e procedimentos para a Assistência a Portadores de Derivação Intestinal ou Urinária no SAI/SUS/MG e no SIH/SUS/MG. Belo Horizonte (BH); 2007 [cited 2016 Nov 22]. Available from: http://www.saude.mg.gov.br/atos_normativos/resolucoes/2007/resolucao1249.pdf.

17- Pieper, Barbara; Colwell, Janice.Doctoral Education for WOC Nurses Considering Advanced Practice Nursing.J Wound Ostomy Continence Nurs. 2012;39(3):249-255.

18- Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 2.848 de 06 de novembro de 2007: Publica a Tabela de Procedimentos, Medicamentos, Órteses, Próteses e Materiais Especiais - OPM do Sistema Único de Saúde. 2007 [cited 2016 Nov 22]. Available from: http://www1.saude.rs.gov.br/dados/1194891391430PT.%20GM_MS%20N%BA%202848%20DE%2006_11_07.pdf

19- Sampaio J, Carvalho EMF, Pereira GFC, Mello FMB. Avaliação da capacidade de governo de uma secretaria estadual de saúde para o monitoramento e avaliação da Atenção Básica: lições relevantes. Ciênc. Saúde coletiva [Internet]. 2011 Jan [cited 2016 Nov 22]; 16(1):279-290. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S141381232011000100030&lng=en.

20- Fernandes RM, Miguir ELM, Donoso TV. Perfil da clientela estomizada residente no município de Ponte Nova, Minas Gerais. Rev bras. colo-proctol [Internet]. 2010 Dec [cited 2016 Nov 22]; 30(4): 385-392. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0101-98802010000400001&lng=en.

21- Guimarães EAA, Hartz ZMA, Loyola Filho AI, Meira AJ, Luz ZMP. Avaliação da implantação do Sistema de Informação sobre Nascidos Vivos em municípios de Minas Gerais, Brasil. Cad. Saúde Pública [Internet]. 2013 Oct [cited 2016 Nov 22]; 29(10):

2105-2118. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2013001000026&lng=en.

22- Guimarães EAA, Carmo RF, Loyola Filho AI, Meira AJ, Luz ZMP. O contexto organizacional do Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos segundo profissionais de saúde do nível municipal. Rev. Bras. Saude Mater. Infant. [Internet]. 2014 June [cited 2016 Nov 22]; 14(2):165-172. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S151982920140002001 65&lng=en.

23- Franco TB, Merhy EE. El reconocimiento de la producción subjetiva del cuidado. Salud Colectiva [Internet]. 2011 Apr [cited 2016 Nov 22]; 7(1): 9-20. Available from: http://www.scielosp.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1851-82652011000100002&lng=e

24- Ohira RHF, Luiz CJ, Nunes EFPA. Análise das práticas gerenciais na Atenção Primária à Saúde nos municípios de pequeno porte do norte do Paraná, Brasil. Ciênc. saúde coletiva [Internet]. 2014 Nov [cited 2016 Nov 22]; 19(11): 4439-4448. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232014001104439&lng=en.

25- Miranda SM, Luz MHBA, Sonobe HM, Andrade EMLR, Moura ECC. Caracterização Sociodemográfica e Clínica de Pessoas com Estomia em Teresina. ESTIMA [Internet]. 2016 [cited 2016 Nov 22]; v.14n.1,p.29-35. Available from: www.revistaestima.com.br/index.php/estima/article/download/117/pdf

26- Lenza NFB, Buetto LS, Vieira FS, Oliveira MS, Teles AAS, Sonobe HM. Necessidades do estomizado intestinal em seguimento oncológico: revisão integrativa. Rev enferm UFPE online [Internet]. 2015 Jul [cited 2016 Nov 22]; 8715-24. Available from: https://www.researchgate.net/publication/283712265_Necessidades_do_estomizado_intestinal_em_seguimento_oncologico_revisao_integrativa

27- Souza GLAF, Lenza NFB; Sonobe HM. Consequence of the ostomy for patientes and your family. Journal of Nursing UFPE on line [Internet]. 2010 [cited 2016 Nov 22]; vol 4, n. 3.

28- Grant Ma, Corkle RM, Hornbrook MC, Wendel SC, Krouse R. Development of a chronic care ostomy self-management program. Journal Cancer Educ [Internet]. 2013

Mar [cited 2016 Nov 22]; 28(1):70-8. Available from: https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3578127/

29- Silva J, Sonobe HM, Buetto LS, Santos MG, Lima MS, Sasaki VDM. Estratégias de ensino para o autocuidado de estomizados intestinais. Rev Rene [Internet]. 2014 Jan [cited 2016 Nov 22]; 15(1):166-73.Available from: http://www.revistarene.ufc.br/revista/index.php/revista/article/viewFile/1379/pdf

30- Dias MSC, Paula MAB, Morita ABPS. Perfil Profissional de Enfermeiros Estomaterapeutas Egressos da Universidade de Taubaté. ESTIMA [Internet]. 2014 [cited 2016 Nov 22]; v.12 n.3. Available from: http://www.revistaestima.com.br/index.php/estima/article/view/92

31- Melo, MDM. Revisão integrativa das características definidoras do diagnóstico de enfermagem: disposição para resiliência melhorada em ostomizados. Rev Min Enferm [Internet]. 2015 Jul [cited 2016 Nov 22]; 19(3): 779-785. Available from: http://www.reme.org.br/artigo/detalhes/1039

32- Castro ABS, Benicio CDAV, Carvalho DC, Monte NF, Luz MHBA. Conhecimentos e Práticas de Pessoas Estomizadas: Um Subsídio para o Cuidar em Enfermagem. ESTIMA [Internet]. 2014 [cited 2016 Nov 22]; v. 12, n. 4.Available from: http://www.revistaestima.com.br/index.php/estima/article/view/98

33- Falkenberg MB, Mendes TPL, Moraes EP, Souza EM. Educação em saúde e educação na saúde: conceitos e implicações para a saúde coletiva. Ciênc. saúde coletiva [Internet]. 2014 Mar [cited 2016 Nov 22] ; 19(3): 847-852. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232014000300847&lng=en.

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A avaliação do grau de implantação dos SASPO I na região oeste de MG mostrou que, apesar deles estarem em funcionamento, observou-se o não cumprimento de alguns propósitos instituídos nas diretrizes da Portaria SAS/MS n° 400, de 16 de novembro de 2009. Três deles foram classificados como implantação satisfatória, um com implantação plena e outro como não implantado.

Os SASPO I regionais avaliados ainda mantêm-se centrados no modelo tradicional, pautados na distribuição de equipamentos e coletores adjuvantes, limitando a sua eficácia. Constatou-se que os SASPO I estão prestando mais assistência clínica que educacional, embora a equipe multiprofissional não esteja consolidada. Funcionam, ainda, em uma estrutura inadequada.

Conhecer o perfil dos estomizados dos SASPO tipo I e II da região foi importante para que se possa consolidar os serviços conforme especificidades da região. Este público mostrou-se como do gênero masculino, idoso, com baixo nível de escolaridade e baixa renda salarial. A neoplasia maligna colorretal foi a principal causa e o estoma do tipo colostomia definitiva teve a maior ocorrência.

Os principais desafios para a implantação dos serviços se deram nas condições estruturais com a escassez de consultas com o assistente social e o médico, deficiência nos grupos de apoio e nas atividades de educação em saúde, e na ausência de fluxos de referência e contrarreferência dentro da rede de atenção à saúde.

Foi considerada limitação do estudo a base utilizada como fonte primária de informação para caracterização do perfil das pessoas estomizadas, pois tratava-se de formulários preenchidos no momento da sua vinculação ao serviço. O instrumento não é completo e às vezes as informações completas não estavam registradas. Considera-se, também, que a avaliação com abordagem quantitativa não é suficiente para analisar os contextos implicados nas relações de trabalho do cotidiano destes serviços.

O estudo oferece, portanto, subsídios para gestores de saúde municipais, regionais e do estado, a fim de buscar estratégias que possam fortalecer a construção de um serviço de qualidade com vistas na reabilitação do estomizado.

REFERÊNCIAS

ALVES, C. K. de A. et al. Análise da implantação de um programa com vistas à institucionalização da avaliação em uma Secretaria Estadual de Saúde. **Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil**, Recife, v. 10, supl. 1, p. 145-156, nov. 2010.

ALVES, R. I. M. B. **A prática educativa na ostomia de eliminação intestinal, contributo para a gestão de cuidados de saúde**. 2010. 171 p. Dissertação (Mestrado em Gestão dos Serviços em Saúde) - Universidade de Trás-os-Montes e Alto Douro, Vila Real, 2010.

ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE OSTOMIZADOS. Quantitativo aproximado de pessoas ostomizadas no Brasil. **Abraso**, Rio de Janeiro, 2015. Disponível em: <http://www.abraso.org.br/estatistica_ostomizados.htm>. Acesso em: 22 dez. 2015.

BORGES, E. L.; RIBEIRO, M. S. **Linha de cuidados da pessoa estomizada.** Belo Horizonte: SES-MG, 2015. 87 p.

BOSI, M. L. M.; MERCADO, F. J. (Org.). **Avaliação qualitativa de programas de saúde:** enfoques emergentes. 2. ed. Petrópolis: Vozes, 2010. 375 p.

BRASIL. Ministério da Saúde. Decreto n.3298, 20 de dezembro de 1999. Regulamenta a Lei n.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. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, p. 10, 1999. Seção 1.

BRASIL. Ministério da Saúde. Decreto nº 5296 de 02 de dezembro de 2004. Regulamenta as Leis nº 10.048, de 08 de novembro de 2000, que dá prioridade de atendimento às pessoas que especifica, e 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**, Brasília, DF, 3 dez. 2004.

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria n.818, de 05 de junho de 2001. Criar mecanismos para a organização e implantação de Redes Estaduais de Assistência à Pessoa Portadora de Deficiência Física. **Saúde.mg.gov.br**, Belo Horizonte, 2001.

BRASIL. Ministério da Saúde. Lei nº 12.738 de 30 de novembro de 2012. Altera a Lei nº 9.656, de 3 de junho de 1998, para tornar obrigatório o fornecimento de bolsas de colostomia, ileostomia e urostomia, de coletor de urina e de sonda vesical pelos planos privados de assistência à saúde. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 3 dez. 2012a.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Manual de legislação em saúde da pessoa com deficiência.** 2. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2006. 216 p.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS n.º 1060, de 5 de junho de 2002. Aprova a Política Nacional de Saúde da Pessoa Portadora de Deficiência. **Saúde.mg.gov.br**, Belo Horizonte, 2002.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria n. 400, 16 de novembro de 2009. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, n. 220, p. 41, 2009. Seção 1.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria n.116, de 09 de setembro de 1993. Inclui no Sistema de Informações Ambulatoriais do SUS a concessão de bolsas de colostomia, garantindo o direito à cidadania plena através do fornecimento de equipamentos necessários para a promoção, prevenção, assistência e reabilitação da saúde dos ostomizados. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, n. 173, p. 13793, 1993. Seção 1.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 2.848 de 06 de novembro de 2007**. Publica a Tabela de Procedimentos, Medicamentos, Órteses, Próteses e Materiais Especiais - OPM do Sistema Único de Saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2007. 2 p.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 793 de 24 de abril de 2012**. Institui a Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência no âmbito do Sistema Único de Saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2012b.

BROUSSELLE, A. (Org.). et al.Avaliação: **conceitos e métodos.** Rio de Janeiro: Fiocruz, 2011. 292 p.

CARVALHO, S. O. R. M. et al. O cuidado de enfermagem aos usuários com estomia: relato de experiência. **Vivências**, Cachoeira, v. 9, n. 17, p. 58-67, out. 2013.

CHAMPAGNE, F. et al. Modelizar as intervenções. In: BROUSSELLE, A. et al. (Org.). **Avaliação em saúde:** conceitos e métodos. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2011. p. 61-74.

CHEN, H. T. Assessing implementation in the mature implementation stage. In: CHEN, H. T. (Ed.). **Practical program evaluation:** assessing and improving planning, implementation, and effectiveness. Thousand Oaks: Sage Publications, 2005. p. 155-178.

CHENG, F. et al. The correlation between ostomy knowledge and self-care ability with psychosocial adjustment in chinese patients with a permanent colostomy: a descriptive study. **Ostomy Wound Management**, Prussia, v. 59, n. 7, p. 35-38, July 2013.

DENIS, J. L.; CHAMPAGNE, F. Avaliação da implantação de programas. In: HARTZ, Z. M. A. (Org.). **Avaliação em saúde:** dos modelos conceituais à prática na implantação de programas. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1997. p. 48-53.

DONABEDIAN, A. Basic approaches to assessment: structure, process and outcome. In: _____. **Explorations in quality assessment and monitoring**: volume 1. Ann Arbor: Health Administration; 1980. p. 77-125.

FLEWELLING, C.; HOEflOK, J.; KINACH, M. Initial experiences with store forward software in telemedicine.**Journal of Wound, Ostomy, and Continence Nursing**, Saint Louis, v. 40, n. 3, p. 228-230, May/June 2013.

GRANT, M. et al. Development of a chronic care ostomy self-management program.**Journal of Cancer Education***;* New York, v. 28, n. 1, p. 70-78, Mar. 2013.

HARTZ, Z. M. A.; SILVA, L. M. V. Uso de modelos teóricos na avaliação em saúde. In: HARTZ, Z. M. A.; SILVA, L. M. V. (Org.). **Avaliação em saúde:** dos modelos teóricos à prática na avaliação de programas e sistemas de saúde. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2010. p. 65-102.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA - IBGE. **Censo demográfico:** resultados preliminares – Minas Gerais. Brasília: IBGE, 2011. Disponível em: <http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/censo2010/ resultados_preliminares_amo stra/default_resultados_preliminares_amostra.shtm>. Acesso em: 22 dez. 2015.

INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER JOSÉ ALENCAR GOMES DA SILVA. Coordenação de Prevenção e Vigilância. **Estimativa 2014:** incidência de câncer no Brasil. Rio de Janeiro: INCA, 2014. 2 p.

INTENATIONAL OSTOMY ASSOCIATION.**Charter of ostomates rights**. Ottawa: IOA Coordination Committee, 2007. 1 p.

JOYCE PITTMAN. Characteristics of the patient with an ostomy.**Journal of Wound, Ostomy, and Continence Nursing**, Saint Louis, v. 38, n. 3, p. 271-279, May/June 2011.

LENZA, N. F. B. et al. O ensino do autocuidado aos pacientes estomizados e seus familiares: uma revisão integrativa. **Revista Brasileira em Promoção da Saúde**, Fortaleza, v. 26, n. 1, p. 139-145, jan./mar. 2013.

LIMA, J. S.; BORGES, E. L.; DONOSO, M. T. V. Estratégias de ensino utilizadas na orientação do autocuidado ao paciente pós-estomizado intestinal: revisão integrativa. **Enfermagem Atual in Derme**, Rio de Janeiro, v. 15, p. 8-12, 2015.

LINS NETO, M. A. de F.; FERNANDES, D. O. A. de; DIDONÉ, E. L. Epidemiological characterization of ostomizedpatients attended in referral Center from the cityof Maceió, Alagoas, Brazil. **Journal of Coloproctology**, Rio de Janeiro, v. 36, n. 2, p. 64-68, abr./jun.2016.

LUZ, A. L. A. et al. Perfil de pacientes estomizados: revisão integrativa da literatura. **Cultura de los Cuidados**, Junco, v. 18, n. 39, p. 115-123, 2014.

MALACHIAS, I.; LELES, F. A. G.; PINTO, M. A. S. **Plano diretor de regionalização da saúde de Minas Gerais (PDR/MG).** Belo Horizonte: Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais, 2011.

MANJOUBI, B.; GOODARKI, K. K.; MOHAMMAD-SADEGUI, H. Quality of life in stomas patients: appropriate and inappropriate stomas sites. **World Journal of Surgery,** New York, v. 34, n. 1, p. 147-152, Jan. 2010.

MEDINA, M. G. et al. Uso de modelos teóricos na avaliação em saúde: aspectos conceituais e operacionais. In: HARTZ, Z. M. A.; SILVA, L. M. V. (Org.). **Avaliação em saúde:** dos modelos teóricos à prática na avaliação de programas e sistemas de saúde. Salvador: EDUFBA, 2005. p. 41-91.

MELO, M. D. M. Revisão integrativa das características definidoras do diagnóstico de enfermagem: disposição para resiliência melhorada em ostomizados. **Revista Mineira de Enfermagem**, Belo Horizonte, v. 19, n. 3, p. 779-785, jul./set. 2015.

MELOTTI, L. F. et al. Characterization of patients with ostomy treated at a public municipal and regional reference center. **Journal of Coloproctology,** Rio de Janeiro,v. 33, n. 2, p. 70-74, abr./jun. 2013.

MENEZES, O. S.; QUINTANA, J. F. A percepção do indivíduo estomizado quanto à sua situação. **Revista Brasileira em Promoção da Saúde**, Fortaleza, v. 21, n. 1, p. 13-18, 2008.

MINAS GERAIS. Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais. **Adscrição e população dos municípios por macrorregiões e microrregiões de saúde.**Belo Horizonte: Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais, 2014. 24 p.

MINAS GERAIS. Secretaria de Estado de Saúde. **O PDR- Plano Diretor de Regionalização da Saúde de Minas Gerais**. Belo Horizonte: Ministério da Saúde, 2010.

MINAS GERAIS. Secretaria de Estado de Saúde. **Resolução n.1249, de 20 de julho de 2007**. Define critérios, normas operacionais e procedimentos para a Assistência a Portadores de Derivação Intestinal ou Urinária no SAI/SUS/MG e no SIH/SUS/MG. Belo Horizonte: [s.n.], 2007. Disponível em: <http://www.saud.mg.gov.br/atos_ normativos/resolucoes/2007/resolucao1249.pdf>. Acesso em: 15 maio 2015.

MINAYO, M. C. S.; ASSIS, S. G.; SOUZA, E. R. (Org.). **Avaliação por triangulação de métodos:** abordagem de programas sociais. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2005. 244 p.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Instituto Nacional do Câncer. **Estimativa 2010:** incidência de câncer no Brasil. Rio de Janeiro: INCA, 2010. Disponível em: <http://www.inca.gov.br/estimativa/2010>.Acesso em: 22 dez. 2015.

MIRANDA, S. M. et al. Caracterização sociodemográfica e clínicade pessoas com estomia em Teresina. **Estima**, São Paulo, v. 14, n. 1, p. 29-35, 2016.

MORAES, A. A.; BALBINO, C. M.; SOUZA, M. M. T. The discomfort in patient ostomates. **Revista PróUniverSUS**, Rio de Janeiro, v. 6, n. 1, p. 5-8, jan./jun. 2015.

MORAES, J. T. **Avaliação dos serviços de atenção à saúde do estomizado em Minas Gerais.** 2014. 129 p. Tese (Doutorado Ciências Aplicadas à Saúde do Adulto) – Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, 2014.

MORAES, J. T. et al. Serviços de atenção ao estomizado: análise diagnóstica no Estado de Minas Gerais, Brasil. **Cadernos Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 22, n. 1, p. 101-108, jan./mar. 2014.

OLIVEIRA, M. S. et al. Association of diet with colorectal cancer: literature integrative review. **Journal of Nursing UFPE**, Pernambuco, v. 4, n. 3, p. 1222-1229, 2010.

PAIM, J. S. et al. **O sistema de saúde brasileiro:** história, avanços e desafios. **The Lancet**, London, p. 11-31, May 2011.

PAULA, M. A. B.; SANTOS, V. L. C. G. O significado de ser especialista para o enfermeiro estomaterapeuta. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 11, n. 4, p. 474-482, jul./ago. 2003.

PITTMAN, J. Characteristics of the patient with an ostomy.**Journal of Wound, Ostomy, and Continence Nursing**, Saint Louis, v. 38, n. 3, p. 271-279, May/June 2011.

SALOMÉ, G. M. et al.Profile of ostomy patients residing in Pouso Alegre city.**Journal of Coloproctology**, Rio de Janeiro, 3 v. 5, n. 2, p. 106–112, abr./jun. 2015.

SALVADALENA, G. et al. WOCN Society and ASCRS position statement on preoperative stoma site marking for patients undergoing colostomy or ileostomy surgery. **Journal of Wound, Ostomy, and Continence Nursing**, Saint Louis, v. 42, n. 3, p. 249-252, May/June 2015.

SANTOS, V. L. C. G. **Cuidando do estomizado:** análise da trajetória no ensino, pesquisa e extensão. 2006. 205 p. Tese (Doutorado em Enfermagem) - Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo, São Paulo, 2006.

SASAKI, V. D. M. et al. Health care service for ostomy patients: profile of the clientele. **Journal of Coloproctology**, Rio de Janeiro, v. 32, n. 3, p. 232-239, jul./set. 2012.

SILVA, A. C.; SILVA, G. N. S.; CUNHA, R. R. Caracterização de pessoas estomizadas atendidas em consulta de enfermagem do serviço de estomaterapia do município de Belém-PA. **Estima**, São Paulo, v. 10, n. 1, p. 12-19, 2016.

SILVA, J. et al. Estratégias de ensino para o autocuidado de estomizados intestinais. **Revista Rene**, Monte Alegre, v. 15, n. 1, p. 166-173, jan./fev. 2014.

SONOBE, H. M.; BARICHELLO, E.; ZAGO, M. M. F. A visão do colostomizado sobre o uso da bolsa de colostomia. **Revista Brasileira de Cancerologia**, Rio de Janeiro, v. 48, n. 3, p. 341-348, 2011.

SOUZA, R. R. de. O Sistema Público de Saúde Brasileiro. In: SEMINÁRIO INTERNACIONAL TENDÊNCIAS E DESAFIOS DOS SISTEMAS DE SAÚDE NAS AMÉRICAS, São Paulo, 2002. **Anais...** São Paulo: [s.n.], 2002. p. 1-38.

UNITED OSTOMY ASSOCIATIONS OF AMERICA - UOAA.The Phoenix Magazine.**Colostomy new patient guide.** Kennebunk: UOAA, 2013.

VIEIRA-DA-SILVA LM. **Avaliação de políticas e programas de saúde.** Rio de Janeiro: Fiocruz, 2014. 110 p.

YIN, R. K. **Estudo de caso:** planejamento e métodos. 4. ed. Porto Alegre: Bookman, 2010. 212 p.

YIN, R. K. **Estudo de caso:** planejamento e métodos. 5. ed. Porto Alegre: Bookman, 2015. 290 p.

APÊNDICE A- MATRIZ DE MEDIDAS

1. ESTRUTURA: Gerenciamento do serviço						
Perguntas Avaliativas	**Critérios/ Indicadores**	**Parâmetros**	**Tipo de abordagem**	**Tipos de Dados**	**Fonte de Dados**	**Técnica de Coleta de Dados**
Possui sala de dispensação e estocagem de dispositivos coletores e adjuvantes?	Existência de instalações	Adequado	Quantitativa	Primário	Instrumento de pesquisa	Entrevista e Observação direta
Possui mesa de escritório e cadeiras?	Existência de equipamentos	Estar presente	Quantitativa	Primário	Instrumento de pesquisa	Entrevista
Possui telefone?	Existência de equipamento	Estar presente	Quantitativa	Primário	Instrumento de pesquisa	Entrevista
Possui computador?	Existência de equipamento	Estar presente	Quantitativa	Primário	Instrumento de pesquisa	Entrevista
Possui internet?	Existência de equipamento	Estar presente	Quantitativa	Primário	Instrumento de pesquisa	Entrevista
Possui impressora?	Existência de equipamento	Estar presente	Quantitativa	Primário	Instrumento de pesquisa	Entrevista
Possui arquivo?	Existência de equipamento	Estar presente	Quantitativa	Primário	Instrumento de pesquisa	Entrevista
Possui armário?	Existência de equipamento	Estar presente	Quantitativa	Primário	Instrumento de pesquisa	Entrevista
Possui enfermeiro no serviço?	Existência de recursos humanos	Estar presente	Quantitativa	Primário	Instrumento de pesquisa	Entrevista
O enfermeiro é especialista?	Existência de recursos humanos	Adequado	Quantitativa	Primário	Instrumento de pesquisa	Entrevista
Possui assistente social no serviço?	Existência de recursos humanos	Estar presente	Quantitativa	Primário	Instrumento de pesquisa	Entrevista
É disponibilizado acesso ao SIGAF?	Acesso ao SIGAF	Adequado	Quantitativa	Secundário	Instrumento de pesquisa e Documentos	Entrevista e Análise documental
É disponibilizado acesso às redes informacionais e equipamentos de informática?	Acesso às redes e equipamentos de informática	Adequado	Quantitativa	Secundário	Instrumento de pesquisa e Documentos	Entrevista e Análise documental

Existência de protocolos organizacionais no serviço?	Existência de protocolos	Estar presente	Quantitativa	Secundário	Instrumento de pesquisa e Documentos	Entrevista e Análise documental

2. PROCESSO: Gerenciamento do serviço						
Perguntas Avaliativas	**Critérios/ Indicadores**	**Parâmetros**	**Tipo de abordagem**	**Tipos de Dados**	**Fonte de Dados**	**Técnica de Coleta de Dados**
São realizados cadastros dos estomizados?	Cadastro realizado	Adequado	Quantitativa	Primário e Secundário	Instrumento de pesquisa e Documentos	Entrevista e Análise documental
Os cadastros são atualizados de 4 em 4 meses?	Cadastros atualizados	Adequado	Quantitativa	Secundário	Instrumento de pesquisa e Documentos	Entrevista e Análise documental
É realizada a aquisição dos equipamentos coletores e adjuvantes de proteção e segurança?	Aquisição realizada	Adequado	Quantitativa	Primário e Secundário	Instrumento de pesquisa e Planilha	Entrevista e Análise documental
Os equipamentos coletores e adjuvantes de proteção e segurança são armazenados em local apropriado?	Armazenamento realizado	Adequado	Quantitativa	Primário	Instrumento de pesquisa	Entrevista e Observação direta
É realizado o controle do estoque equipamentos coletores e adjuvantes de proteção e segurança?	Controle de estoque realizado	Adequado	Quantitativa	Primário	Instrumento de pesquisa	Entrevista
São fornecidos os dispositivos e coletores para os estomizados de maneira individualizada?	Fornecimento dos dispositivos	Adequado	Quantitativa	Primário	Instrumento de pesquisa e Planilha	Entrevista e Análise documental
Os equipamentos coletores e adjuvantes dos estomizados são dispensados mensalmente?	Dispensação realizada	Adequado	Quantitativa	Primário	Instrumento de pesquisa e Planilha	Entrevista e Análise documental
Existem fluxos de referência e contra- referência na rede de atenção à saúde?	Existência de fluxos de referência	Estar presente	Quantitativa	Secundário	Instrumento de pesquisa e Documentos	Entrevista e Análise documental

3. ESTRUTURA: Assistência Clínica						
Perguntas Avaliativas	**Critérios/ Indicadores**	**Parâmetros**	**Tipo de abordagem**	**Tipos de Dados**	**Fonte de Dados**	**Técnica de Coleta de Dados**
Possui sanitário com ducha higiênica e trocador?	Existência de instalações e equipamentos	Estar presente	Quantitativa	Primário	Instrumento de pesquisa	Entrevista e Observação direta
Possui maca revestida de material impermeável?	Existência de equipamento	Estar presente	Quantitativa	Primário	Instrumento de pesquisa	Entrevista
Possui escada de dois degraus?	Existência de equipamento	Estar presente	Quantitativa	Primário	Instrumento de pesquisa	Entrevista
Possui estetoscópio?	Existência de equipamento	Estar presente	Quantitativa	Primário	Instrumento de pesquisa	Entrevista
Possui esfigmomanômetro?	Existência de equipamento	Estar presente	Quantitativa	Primário	Instrumento de pesquisa	Entrevista
Possui balança antropométrica?	Existência de equipamento	Estar presente	Quantitativa	Primário	Instrumento de pesquisa	Entrevista
Possui balança pediátrica?	Existência de equipamento	Estar presente	Quantitativa	Primário	Instrumento de pesquisa	Entrevista
Possui espelho com dimensões mínimas de 120x50 cm?	Existência de equipamento	Estar presente	Quantitativa	Primário	Instrumento de pesquisa	Entrevista
Possui balde para lixo com tampa e controle de pedal?	Existência de equipamento	Estar presente	Quantitativa	Primário	Instrumento de pesquisa	Entrevista
Possui pia para higiene das mãos?	Existência de equipamento	Estar presente	Quantitativa	Primário	Instrumento de pesquisa	Entrevista
Possui enfermeiro na assistência clínica?	Existência de recurso humano	Estar presente	Quantitativa	Primário	Instrumento de pesquisa	Entrevista
O enfermeiro é especialista?	Existência de recurso humano	Adequado	Quantitativa	Primário	Instrumento de pesquisa	Entrevista
Possui médico na assistência clínica?	Existência de recurso humano	Estar presente	Quantitativa	Primário	Instrumento de pesquisa	Entrevista
Existência de protocolos clínicos no serviço?	Existência de protocolo clínico	Estar presente	Quantitativa	Primário	Instrumento de pesquisa e Documentos	Entrevista e Análise documental

4.PROCESSO: Assistência Clínica						
Perguntas Avaliativas	**Critérios/ Indicadores**	**Parâmetros**	**Tipo de abordagem**	**Tipos de Dados**	**Fonte de Dados**	**Técnica de Coleta de Dados**
São realizados atendimentos individuais?	Atendimento realizado	Adequado	Quantitativa	Primário	Instrumento de pesquisa e Documentos	Entrevista e Análise documental
Existe a consulta com o assistente social para o usuário na unidade?	Existência de consulta	Adequado	Quantitativa	Primário	Instrumento de pesquisa e Documentos	Entrevista e Análise documental
Existe a consulta de enfermagem para o usuário na unidade?	Existência de consulta	Adequado	Quantitativa	Primário	Instrumento de pesquisa e Documentos	Entrevista e Análise documental
Existe a consulta médica para o usuário na unidade?	Existência de consulta	Adequado	Quantitativa	Primário	Instrumento de pesquisa e Documentos	Entrevista e Análise documental
São feitas orientações sobre autocuidado?	Orientações realizadas	Adequado	Quantitativa	Primário	Instrumento de pesquisa	Entrevista
São detectadas complicações e encaminhadas para o SASPO II?	Encaminhamento para o SASPO II	Adequado	Quantitativa	Secundário	Instrumento de pesquisa e Documentos	Entrevista e Análise documental
São feitas orientações sobre prevenções de complicações?	Orientações realizadas	Adequado	Quantitativa	Primário	Instrumento de pesquisa	Entrevista
São feitas orientações de troca e manuseio da bolsa?	Orientações realizadas	Adequado	Quantitativa	Primário	Instrumento de pesquisa	Entrevista
São feitas orientações sobre a alimentação?	Orientações realizadas	Adequado	Quantitativa	Primário	Instrumento de pesquisa	Entrevista
São feitas orientações sobre as medicações?	Orientações realizadas	Adequado	Quantitativa	Primário	Instrumento de pesquisa	Entrevista
São feitas orientações sobre sexualidade?	Orientações realizadas	Adequado	Quantitativa	Primário	Instrumento de pesquisa	Entrevista
É realizada a reavaliação dos estomizados?	Reavaliação realizada	Adequado	Quantitativa	Secundário	Instrumento de pesquisa e Documentos	Entrevista e Análise documental

5. ESTRUTURA: Assistência Educacional						
Perguntas Avaliativas	**Critérios/ Indicadores**	**Parâmetros**	**Tipo de abordagem**	**Tipos de Dados**	**Fonte de Dados**	**Técnica de Coleta de Dados**
Possui sala de reuniões para atendimento em grupo?	Existência de instalações	Estar presente	Quantitativa	Primário	Instrumento de pesquisa	Entrevista e Observação direta
Possui mesa de reunião e cadeiras?	Existência de equipamentos	Estar presente	Quantitativa	Primário	Instrumento de pesquisa	Entrevista
O assistente social realiza ações educativas?	Existência de recursos humanos	Adequado	Quantitativa	Primário	Instrumento de pesquisa	Entrevista
O enfermeiro do serviço realiza ações educativas?	Existência de recursos humanos	Adequado	Quantitativa	Primário	Instrumento de pesquisa	Entrevista
O enfermeiro é especialista?	Existência de recursos humanos	Adequado	Quantitativa	Primário	Instrumento de pesquisa	Entrevista
O médico do serviço realiza ações educativas?	Existência de recursos humanos	Adequado	Quantitativa	Primário	Instrumento de pesquisa	Entrevista
Existência de atividades educacionais no serviço?	Existência de programas educacionais	Adequado	Quantitativa	Primário	Instrumento de pesquisa	Entrevista

6. PROCESSO: Assistência Educacional						
Perguntas Avaliativas	**Critérios/ Indicadores**	**Parâmetros**	**Tipo de abordagem**	**Tipos de Dados**	**Fonte de Dados**	**Técnica de Coleta de Dados**
São realizados grupos de apoio para troca de experiências?	Existência de grupos de apoio	Adequado	Quantitativa	Primário	Instrumento de pesquisa e Relatórios de atividades	Entrevista e Análise documental
São feitas orientações de convívio familiar e social nos últimos 6 meses (consulta e/ou grupo)?	Orientações realizadas	Adequado	Quantitativa	Primário	Instrumento de pesquisa	Entrevista
São realizadas orientações aos familiares e cuidadores?	Orientações realizadas	Adequado	Quantitativa	Primário	Instrumento de pesquisa	Entrevista
São desenvolvidas atividades de educação em saúde sobre estomias para os estomizados? (individual ou/e grupo)	Educação em saúde realizada	Adequado	Quantitativa	Primário	Instrumento de pesquisa e Relatórios de atividades	Entrevista e Análise documental
É realizado atendimento individual e/ou em grupo?	Atendimento realizado	Adequado	Quantitativa	Primário	Instrumento de pesquisa e	Entrevista e Análise documental

					Relatórios de atividades	
São realizadas atividades de orientações aos profissionais da saúde na Atenção Primária em Saúde?	Orientações aos profissionais de saúde realizadas	Adequado	Quantitativa	Secundário	Instrumento de pesquisa	Entrevista

Fonte: Elaborado pelo autor

APÊNDICE B- Questionário do processo do Gerenciamento do serviço do SASPOI

NOME DA UNIDADE DE SAÚDE:				**CIDADE:**	
PROCESSO DO GERENCIAMENTO DO SERVIÇO					
ATRIBUIÇÕES	**SIM ou NÃO**	**PROFISSIONAL QUE EXECUTA**		**FREQUÊNCIA**	
Realização do cadastro dos estomizados	() Sim () Não	Assistente social Enfermeiro Médico Profissional administrativo Mais de um profissional	() () () () ()	Diariamente Semanalmente Quinzenalmente Mensalmente Bimestralmente Outro: _____	() () () () () ()
Atualização dos cadastros dos estomizados	() Sim () Não	Assistente social Enfermeiro Médico Profissional administrativo Mais de um profissional	() () () () ()	Diariamente Semanalmente Quinzenalmente Mensalmente Bimestralmente Outro: _____	() () () () () ()
Realização da aquisição dos equipamentos coletores e adjuvantes de proteção	() Sim () Não	Assistente social Enfermeiro Médico Profissional administrativo Mais de um profissional	() () () () ()	Diariamente Semanalmente Quinzenalmente Mensalmente Bimestralmente Outro: _____	() () () () () ()
Verificação das condições de armazenamento dos equipamentos coletores e adjuvantes de proteção em	() Sim () Não	Assistente social Enfermeiro Médico Profissional administrativo	() () () ()	Diariamente Semanalmente Quinzenalmente Mensalmente	() () () ()

local apropriado.		Mais de um profissional	()	Bimestralmente Outro: _____	() ()
Realização do controle do estoque dos equipamentos coletores e adjuvantes de proteção.	() Sim () Não	Assistente social Enfermeiro Médico Profissional administrativo Mais de um profissional	() () () () ()	Diariamente Semanalmente Quinzenalmente Mensalmente Bimestralmente Outro: _____	() () () () () ()
Fornecimento dos equipamentos coletores e adjuvantes de proteção para o estomizado individualizado.	() Sim () Não	Assistente social Enfermeiro Médico Profissional administrativo Mais de um profissional	() () () () ()	Diariamente Semanalmente Quinzenalmente Mensalmente Bimestralmente Outro: _____	() () () () () ()
Dispensação dos equipamentos coletores e adjuvantes de proteção.	() Sim () Não	Assistente social Enfermeiro Médico Profissional administrativo Mais de um profissional	() () () () ()	Diariamente Semanalmente Quinzenalmente Mensalmente Bimestralmente Outro: _____	() () () () () ()
Realiza referência e contra-referência na rede de atenção em saúde.	() Sim () Não	Assistente social Enfermeiro Médico Profissional administrativo Mais de um profissional	() () () () ()	Diariamente Semanalmente Quinzenalmente Mensalmente Bimestralmente Outro: _____	() () () () () ()

APÊNDICE C- Questionário do Processo da Assistência Clínica do SASPO I

NOME DA UNIDADE DE SAÚDE:				**CIDADE:**	
PROCESSO DA ASSISTÊNCIA CLÍNICA					
ATRIBUIÇÕES	**SIM ou NÃO**	**PROFISSIONAL QUE EXECUTA**		**FREQUÊNCIA**	
Atendimento individual dos estomizados	() Sim () Não	Assistente social Enfermeiro Médico Mais de um profissional	() () () ()	Diariamente Mensalmente Bimestralmente De 4 em 4 meses Livre Demanda Outro: _____	() () () () () ()
Consulta com assistente social	() Sim () Não	Assistente social	()	Diariamente Mensalmente Bimestralmente De 4 em 4 meses Livre Demanda Outro: _____	() () () () () ()
Consulta com a enfermagem	() Sim () Não	Enfermeiro	()	Diariamente Mensalmente Bimestralmente De 4 em 4 meses Livre Demanda Outro: _____	() () () () () ()
Consulta médica	() Sim () Não	Médico	()	Diariamente Mensalmente	() ()

				Bimestralmente De 4 em 4 meses Livre Demanda Outro: _____	() () () ()
Orientação sobre autocuidado	() Sim () Não	Assistente social Enfermeiro Médico	() () ()	Diariamente Mensalmente Bimestralmente De 4 em 4 meses Livre Demanda Outro: _____	() () () () () ()
Detecção de complicações e encaminhamento para o SASPO II	() Sim () Não	Enfermeiro Médico	() ()	Diariamente Mensalmente Bimestralmente De 4 em 4 meses Livre Demanda Outro: _____	() () () () () ()
Orientações sobre prevenções de complicações	() Sim () Não	Assistente social Enfermeiro Médico	() () ()	Diariamente Mensalmente Bimestralmente De 4 em 4 meses Livre Demanda Outro: _____	() () () () () ()
Orientações sobre troca e manuseio das bolsas	() Sim () Não	Assistente social Enfermeiro Médico	() () ()	Diariamente Mensalmente Bimestralmente De 4 em 4 meses Livre Demanda Outro: _____	() () () () () ()
Orientações sobre alimentação	() Sim () Não	Assistente social Enfermeiro Médico	() () ()	Diariamente Mensalmente Bimestralmente De 4 em 4 meses	() () () ()

				Livre Demanda Outro: _____	() ()
Orientações sobre as medicações	() Sim () Não	Assistente social Enfermeiro Médico	() () ()	Diariamente Mensalmente Bimestralmente De 4 em 4 meses Livre Demanda Outro: _____	() () () () () ()
Orientações sobre sexualidade	() Sim () Não	Assistente social Enfermeiro Médico	() () ()	Diariamente Mensalmente Bimestralmente De 4 em 4 meses Livre Demanda Outro: _____	() () () () () ()
Reavaliação dos estomizados	() Sim () Não	Assistente social Enfermeiro Médico Mais de um profissional	() () () ()	Diariamente Mensalmente Bimestralmente De 4 em 4 meses Livre Demanda Outro: _____	() () () () () ()

APÊNDICE D- Questionário do Processo da Assistência Educacional do SASPO I

NOME DA UNIDADE DE SAÚDE:				**CIDADE:**	
PROCESSO DE ASSISTÊNCIA EDUCACIONAL					
ATRIBUIÇÕES	**SIM ou NÃO**	**PROFISSIONAL QUE EXECUTA**		**FREQUÊNCIA**	
Promoção de grupos de apoio para troca de experiências	() Sim () Não	Assistente social Enfermeiro Médico Mais de um profissional	() () () ()	Mensalmente Bimestralmente Trimestralmente De 4 em 4 meses Outro: _____	() () () () ()
Orientação sobre o convívio familiar e social no grupo de apoio	() Sim () Não	Assistente social Enfermeiro Médico Mais de um profissional	() () () ()	Diariamente Mensalmente Bimestralmente Trimestralmente De 4 em 4 meses Outro: _____	() () () () () ()
Orientações aos familiares e cuidadores no grupo de apoio	() Sim () Não	Assistente social Enfermeiro Médico Mais de um profissional	() () () ()	Diariamente Mensalmente Bimestralmente Trimestralmente De 4 em 4 meses Outro: _____	() () () () () ()
Implantação de atividades de educação em saúde sobre autocuidado para os estomizados.	() Sim () Não	Assistente social Enfermeiro Médico Mais de um profissional	() () () ()	Diariamente Mensalmente Bimestralmente Trimestralmente De 4 em 4 meses	() () () () ()

				Outro: _____	()
Atendimento individual e/ou em grupo.	() Sim () Não	Assistente social Enfermeiro Médico Mais de um profissional	() () () ()	Diariamente Mensalmente Bimestralmente Trimestralmente De 4 em 4 meses Outro: _____	() () () () () ()
Orientação aos profissionais da Atenção Primária à Saúde.	() Sim () Não	Assistente social Enfermeiro Médico Mais de um profissional	() () () ()	Diariamente Mensalmente Bimestralmente Trimestralmente De 4 em 4 meses Outro: _____	() () () () () ()

APÊNDICE E- Diário de campo

ANOTAÇÕES DE CAMPO
Localidade do SASPO I:
Data da observação: _____/_____/_____
1. Descrição do contexto no qual os dados foram levantados (local, quantidade de profissionais, atividades, dentre outros).
2. Descrição de normativas (relatórios, protocolos, prontuários, dentre outros).
3. Descrição do ambiente (salas existentes, equipamentos utilizados, dispositivos coletores e adjuvantes, acessibilidade, dentre outros).
4. O que mais chamou a atenção.

APÊNDICE F – Termo de Anuência da Superintendência Regional de Saúde

Eu, Eliete Albano de Azevedo Guimarães, na qualidade de professora do curso de Mestrado em Enfermagem da UFSJ, venho respeitosamente solicitar-lhe autorização para desenvolver a pesquisa intitulada **AVALIAÇÃO DOS SERVIÇOS DE ATENÇÃO À SAÚDE DAS PESSOAS OSTOMIZADAS NA REGIÃO AMPLIADA OESTE MINAS GERAIS.**

O estudo tem por objetivo avaliar a implantação dos Serviços de Atenção à Saúde das Pessoas Ostomizadas da Região Ampliada Oeste de Minas Gerais, no período de 2015-2016.

Adianto que serão garantidos sigilo, anonimato e respeito a todos os sujeitos envolvidos e a todos os municípios envolvidos no estudo. As informações obtidas serão utilizadas exclusivamente para fins de pesquisa.

Por favor, solicitamos-lhes a assinatura autorizando a realização da pesquisa.

Concordância

Eu _____ autorizo a realização da pesquisa intitulada **AVALIAÇÃO DOS SERVIÇOS DE ATENÇÃO À SAÚDE DAS PESSOAS OSTOMIZADAS NA REGIÃO AMPLIADA OESTE MINAS GERAIS.**

_____

Assinatura

Divinópolis, _____ de _____ de 2015.

APÊNDICE G– Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

Título do Projeto: AVALIAÇÃO DOS SERVIÇOS DE ATENÇÃO À SAÚDE DAS PESSOAS OSTOMIZADAS NA REGIÃO AMPLIADA OESTE MINAS GERAIS.

Você está sendo convidado (a) a participar da pesquisa AVALIAÇÃO DOS SERVIÇOS DE ATENÇÃO À SAÚDE DAS PESSOAS OSTOMIZADAS NA REGIÃO AMPLIADA OESTE MINAS GERAIS. Se decidir participar dela, é importante que leia estas informações sobre o estudo e o seu papel nesta pesquisa. Você foi selecionado por ser um integrante envolvido com a gestão e operacionalização dos Serviços de Atenção à Saúde das Pessoas Ostomizadas I, e sua participação não é obrigatória. A qualquer momento você pode desistir de participar e retirar seu consentimento. Sua recusa não trará nenhum prejuízo em sua relação com o pesquisador ou com a instituição.

O objetivo deste estudo é avaliar a implantação dos Serviços de Atenção à Saúde das Pessoas Ostomizadas da Região Ampliada Oeste de Minas Gerais. Se concordar em participar deste estudo você será solicitado assinar este termo e rubricar todas as páginas.

O risco oferecido pela pesquisa é mínimo, podendo ser gerado apenas o desconforto em responder as questões do questionário e o desprendimento de tempo aproximado de 30 minutos. Ainda, caso ocorra algum dano não previsto, serão garantidas formas de indenização em relação aos mesmos.

O benefício gerado se dá pelo fato de que com a sua participação será possível identificar pontos facilitadores e dificultadores na implantação dos Serviços de Atenção à Saúde das Pessoas Ostomizadas I, por todos os envolvidos na pesquisa, e a partir disso propor melhorias nos serviços e aumentar, assim, a qualidade de vida dos pacientes.

A participação na pesquisa não acarretará gasto para você, sendo totalmente gratuita. O conhecimento que você adquirir a partir da sua participação na pesquisa poderá beneficiá-lo com informações e orientações futuras sobre os Serviços de Atenção à Saúde das Pessoas Ostomizadas, beneficiando-o de forma direta ou indireta.

Algumas informações obtidas a partir de sua participação neste estudo não poderão ser mantidas estritamente confidenciais. Além dos pesquisadores, o Comitê de Ética em Pesquisa da instituição onde o estudo está sendo realizado podem precisar consultar seus registros. Você não será identificado quando o material de seu registro for utilizado, seja para propósitos de publicação científica ou educativa.

Sua participação nesta pesquisa consistirá em responder à entrevista. É importante que você esteja consciente de que a participação neste estudo de pesquisa é completamente voluntária e de que você pode recusar-se a participar ou sair do estudo a qualquer momento sem penalidades ou perda de benefícios aos quais você tenha direito de outra forma. Em caso de você decidir retirar-se do estudo, deverá notificar ao profissional e/ou pesquisador que esteja atendendo-o. A recusa em participar ou a saída do estudo não influenciarão em seu contato com o Serviço de Atenção à Saúde das Pessoas Ostomizadas I.

Você receberá uma cópia deste termo onde consta o telefone e o endereço do pesquisador principal, podendo tirar suas dúvidas sobre o projeto e sua participação, agora ou a qualquer momento. Caso você dúvidas sobre o estudo, você poderá entrar em contato com o Prof. Eliete Albano de Azevedo Guimarães, responsável por este estudo por meio do endereço Av. Sebastião Gonçalves Coelho, 400 - Sala 104 Bloco A, Bairro Chanadour, Divinópolis-MG CEP: 35501-296, pelo telefone (37) 9902-4133 ou entre em contato através do E-mail: elietealbano@hotmail.com.

Se você tiver perguntas com relação a seus direitos como participante do estudo, você também poderá contatar uma terceira pessoa, que não participa desta pesquisa, no Comitê de Ética em Pesquisa Envolvendo Seres Humanos, localizado na Sala 304 – Prédio da Biblioteca do Campus Centro Oeste Dona Lindu da Universidade Federal de São João Del Rei, ou através do telefone (37) 3221-1580 e E-mail: cepes_cco@ufsj.edu.br.

Li ou alguém leu para mim as informações contidas neste documento antes de assinar este termo de consentimento. Declaro que fui informado sobre os métodos de pesquisa, as inconveniências, riscos, e benefícios da minha participação.

Declaro que tive tempo suficiente para ler e entender as informações acima. Declaro também que toda a linguagem técnica utilizada na descrição deste estudo de pesquisa foi satisfatoriamente explicada e que recebi respostas para todas as minhas dúvidas. Confirmo também que recebi uma cópia deste formulário de consentimento. Compreendo que sou livre para me retirar do estudo em qualquer momento, sem perda de benefícios ou qualquer outra penalidade.

Estou ciente que meus dados serão tratados com absoluta segurança para garantir a confidencialidade, privacidade e anonimato em todas as etapas do estudo, e de que o pesquisador manterá estes dados arquivados durante um período mínimo de 5 anos a contar da data inicial. E, portanto, dou meu consentimento de livre e espontânea vontade e sem reservas para participar deste estudo.

Nome do participante:_____

_____

Assinatura do participante da pesquisa Assinatura da testemunha

_____/_____/_____/_____/_____

Eu, Eliete Albano de Azevedo Guimarães, responsável pela pesquisa AVALIAÇÃO DOS SERVIÇOS DE ATENÇÃO À SAÚDE DAS PESSOAS OSTOMIZADAS NA REGIÃO AMPLIADA OESTE MINAS GERAIS, atesto que expliquei cuidadosamente a natureza e o objetivo deste estudo, os possíveis riscos e benefícios da participação no mesmo, junto ao participante e/ou seu representante autorizado. Acredito que o participante recebeu todas as informações necessárias, que foram fornecidas em uma linguagem adequada e compreensível e que ele/ela compreendeu essa explicação.

Divinópolis, ___/___/____

_____

Eliete Albano de Azevedo Guimarães

ANEXO A- Questionário da Estrutura do Gerenciamento do SASPO I

NOME DA UNIDADE DE SAÚDE:	**CIDADE:**
INFRA-ESTRUTURA DO GERENCIAMENTO DO SERVIÇO	
1. INSTALAÇÕES FÍSICAS	
1.1Existência de sala de dispensação e de estocagem de dispositivos coletores e adjuvantes??	() Sim() Não
2. EQUIPAMENTOS	
2.1 Mesa para escritório e cadeiras	() Sim() Não
2.2 Telefone	() Sim() Não
2.3 Computador	() Sim() Não
2.4 Internet	() Sim() Não
2.5 Impressora	() Sim() Não
2.6 Arquivo	() Sim() Não
2.7 Armário	() Sim() Não
3. RECURSOS HUMANOS	
3.1 Assistente social	() Sim() Não
3.2 Enfermeiro	() Sim() Não
3.3 O enfermeiro é especialista?	() Sim() Não
4. NORMATIVAS	
4.1 Protocolos organizacionais	() Sim() Não
5. SISTEMA DE INFORMAÇÃO	
6.1 É disponibilizado acesso às redes informacionais e equipamentos de informática?	() Sim() Não
6.2 É disponibilizado acesso ao SIGAF?	() Sim() Não

Fonte: Moraes, 2014.

ANEXO B- Questionário da Estrutura da Assistência Clínica do SASPO I

NOME DA UNIDADE DE SAÚDE:	**CIDADE:**
INFRA-ESTRUTURA DA ASSISTÊNCIA CLÍNICA	
1. INSTALAÇÕES FÍSICAS	
1.1 Sanitário comducha higiênica e trocador?	() Sim() Não
2. EQUIPAMENTOS	
2.1 Maca revestida de material impermeável	() Sim() Não
2.2 Escada de dois degraus	() Sim() Não
2.3 Estetoscópio	() Sim() Não
2.4 Esfigmomanômetro	() Sim() Não
2.5 Balança antropométrica	() Sim() Não
2.6 Balança pediátrica	() Sim() Não
2.7 Balde para lixo com tampa e pedal de controle	() Sim() Não
2.8 Espelho com dimensão mínima de 120x50 cm	() Sim() Não
2.9 Pia para higiene das mãos	() Sim() Não
3. RECURSOS HUMANOS	
3.1 Enfermeiro	() Sim() Não
3.2 O enfermeiro é especialista?	() Sim() Não
3.3 Médico	() Sim() Não
4. NORMATIVAS	
4.1 Protocolos clínicos	() Sim() Não

Fonte: Moraes, 2014.

ANEXO C- Questionário da Estrutura da Assistência Educacional SASPO I

NOME DA UNIDADE DE SAÚDE:	**CIDADE:**
INFRA-ESTRUTURA DA ASSISTÊNCIA EDUCACIONAL	
1. INSTALAÇÃO FÍSICA	
1.2 Sala de reuniões?	() Sim() Não
2. EQUIPAMENTOS	
2.1 Mesa de reunião e cadeiras	() Sim() Não
3. RECURSOS HUMANOS	
3.1 Assistente social realiza atividades educacionais?	() Sim() Não
3.2 Enfermeiro realiza atividades educacionais?	() Sim() Não
3.3 O enfermeiro é especialista?	() Sim() Não
3.4 Médico realiza atividades educacionais?	() Sim() Não
4. NORMATIVAS	
4.1 Programas de atividades educacionais	() Sim() Não

Fonte: Moraes, 2014.

ANEXO D- Formulário para cadastro do estomizado no SASPO da avaliação da enfermagem

SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE DE MINAS GERAIS
SUPERINTENDÊNCIA DE REDES DE ATENÇÃO À SAÚDE - SRAS
DIRETORIA DE REDES ASSISTENCIAIS - DRA
COORDENAÇÃO DE ATENÇÃO À SAÚDE DA PESSOA COM DEFICIÊNCIA - CASPD

FICHA DE AVALIAÇÃO DE ENFERMAGEM
REDE DE ATENÇÃO À SAÚDE DAS PESSOAS OSTOMIZADAS

IDENTIFICAÇÃO DO SERVIÇO

GERÊNCIA OU SUPERINTENDÊNCIA REGIONAL DE SAÚDE DA SES-MG

SERVIÇO DE ATENÇÃO ÀS PESSOAS OSTOMIZADAS (SAPO)

IDENTIFICAÇÃO DO(A) PACIENTE

NOME

CPF

MOTIVO DA AVALIAÇÃO

☐ CADASTRO NO PROGRAMA ☐ REAVALIAÇÃO PERIÓDICA ☐ ALTERAÇÃO DO DISPOSITIVO COLETOR E/OU ADJUVANTE DE PROTEÇÃO E SEGURANÇA

NOTIFICAÇÃO DE DESLIGAMENTO DO PROGRAMA POR: ☐ ÓBITO ☐ REVERSÃO ☐ ABANDONO / DESISTÊNCIA ☐ MUDANÇA DE RESIDÊNCIA

AVALIAÇÃO ESPECÍFICA DO ESTOMA

TIPO DE ESTOMA

☐ ILEOSTOMIA ☐ COLOSTOMIA DIREITA ☐ COLOSTOMIA ESQUERDA ☐ UROSTOMIA ☐ FÍSTULA: _____

☐ UMA BOCA ☐ DUAS BOCAS ☐ EM ALÇA ☐ SEPARADAS

PERMANÊNCIA DO ESTOMA

☐ DEFINITIVO ☐ TEMPORÁRIO

SE TEMPORÁRIO, REVERSÃO PROGRAMADA PARA

☐ DATA: ____/____/_____. ☐ SEM INFORMAÇÃO

PROTRUSÃO

_____mm

DIÂMETRO

_____mm

FORMA

☐ REGULAR ☐ IRREGULAR

COR

LOCALIZAÇÃO

☐ QID ☐ QIE ☐ QSD ☐ QSE ☐ OUTROS: _____

FAZ IRRIGAÇÃO INTESTINAL?

☐ SIM ☐ NÃO ☐ NÃO TEM INDICAÇÃO

COMPLICAÇÃO

☐ SEM COMPLICAÇÃO ☐ RETRAÇÃO ☐ ESTENOSE ☐ PROLAPSO ☐ EDEMA ☐ DERMATITE ☐ ABSCESSO

☐ DESCOLAMENTO MUCOCUTÂNEO ☐ HÉRNIA PARACOLOSTÔMICA ☐ NECROSE ☐ SANGRAMENTO

ASPECTO DA PELE PERIESTOMAL

ABDOME

☐ PLANO ☐ FLÁCIDO ☐ GLOBOSO ☐ DISTENDIDO

INCISÃO CIRÚRGICA

☐ CICATRIZADA ☐ PÓS OPERATÓRIO MEDIATO ☐ ABERTA EXUDATO: ☐ AUSENTE ☐ PRESENTE TIPO:_____

ELIMINAÇÕES DE EFLUENTES

CONSISTÊNCIA: ☐ LÍQUIDA ☐ PASTOSA ☐ RESSECADA ASPECTO: ☐ FISIOLÓGICA ☐ SANGUINOLENTA

ESTÁ SENDO SUBMETIDO A

☐ QUIMIOTERAPIA ☐ RADIOTERAPIA

AVALIAÇÃO DA POSSIBILIDADE DE AUTO-CUIDADO

☐ APTO ☐ PARCIALMENTE DEPENDENTE ☐ TOTALMENTE DEPENDENTE

ACAMADO?

☐ SIM ☐ NÃO

INDICAÇÃO DOS DISPOSITIVOS COLETORES E/OU ADJUVANTES

ÍTEM	QUANTIDADE	CÓDIGO SIAD	DESCRIÇÃO / ESPECIFICAÇÃO
01			
02			
03			
04			

JUSTIFICATIVA PARA INDICAÇÃO OU ALTERAÇÃO DO DISPOSITIVO COLETOR E/OU ADJUVANTE

DATA DA AVALIAÇÃO

_____
ASSINATURA E CARIMBO DO(A) ENFERMEIRO(A) AVALIADOR(A)

PARECER TÉCNICO DA COORDENAÇÃO DE ATENÇÃO À SAÚDE DA PESSOA COM DEFICIÊNCIA

☐ APROVADO ☐ NÃO APROVADO

MOTIVO

DATA

_____
ASSINATURA E CARIMBO DO(A) RESPONSÁVEL TÉCNICO

ANEXO E- Formulário de cadastro médico do estomizado

SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE DE MINAS GERAIS
SUPERINTENDÊNCIA DE REDES DE ATENÇÃO À SAÚDE - SRAS
DIRETORIA DE REDES ASSISTENCIAIS - DRA
COORDENAÇÃO DE ATENÇÃO À SAÚDE DA PESSOA COM DE DEFICIÊNCIA - CASPD

FICHA DE CADASTRO
REDE DE ATENÇÃO À SAÚDE DAS PESSOAS OSTOMIZADAS

IDENTIFICAÇÃO DO SERVIÇO

GERÊNCIA OU SUPERINTENDÊNCIA REGIONAL DE SAÚDE DA SES-MG	SERVIÇO DE ATENÇÃO À SAÚDE DAS PESSOAS OSTOMIZADAS

IDENTIFICAÇÃO DO(A) PACIENTE

NOME	DATA DE NASCIMENTO

CNS	CPF	CI

NOME DA MÃE	TELEFONE PARA CONTATO

ENDEREÇO DO(A) PACIENTE (RUA, N.º, COMPLEMENTO, BAIRRO)

MUNICÍPIO	UF	CEP

UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE À QUAL ESTÁ VINCULADO(A)

SEXO	ESTADO CIVIL	GRAU DE INSTRUÇÃO
☐ MASCULINO ☐ FEMININO	☐ SOLTEIRO(A) ☐ CASADO(A) ☐ AMASIADO(A) ☐ VIÚVO(A) ☐ DIVORCIADO(A)	☐ ANALFABETO(A) ☐ SEMI ANALFABETO(A) ☐ NÍVEL FUNDAMENTAL ☐ NÍVEL MÉDIO ☐ NÍVEL SUPERIOR – CURSO: _____

RAÇA/COR	PROFISSÃO/OCUPAÇÃO
☐ BRANCO(A) ☐ NEGRO(A) ☐ AMARELO(A) ☐ PARDO(A) ☐ INDÍGENA	

RENDA FAMILIAR
☐ < DE 01 SALÁRIO MÍNIMO ☐ 01 A 02 SALÁRIOS MÍNIMOS ☐ 02 A 03 SALÁRIOS MÍNIMOS ☐ 03 A 04 SALÁRIOS MÍNIMOS ☐ 04 OU MAIS SALÁRIOS MÍNIMOS

DADOS CLÍNICOS

DIAGNÓSTICO	CID-10

PROCEDIMENTO CIRÚRGICO REALIZADO	DATA DA CIRURGIA

NOME DO CIRURGIÃO	INSTITUIÇÃO ONDE REALIZOU A CIRURGIA

TIPO DE ESTOMA
☐ ILEOSTOMIA ☐ COLOSTOMIA DIREITA ☐ COLOSTOMIA ESQUERDA ☐ UROSTOMIA ☐ FÍSTULA: _____
☐ UMA BOCA ☐ DUAS BOCAS ☐ EM ALÇA ☐ SEPARADAS

PERMANÊNCIA DO ESTOMA	SE TEMPORÁRIO, REVERSÃO PROGRAMADA PARA
☐ DEFINITIVO ☐ TEMPORÁRIO	☐ DATA: ____/____/_____. ☐ SEM INFORMAÇÃO

OBSERVAÇÕES

DATA DO CADASTRO	_____ ASSINATURA E CARIMBO DO(A) PROFISSIONAL RESPONSÁVEL PELO PREENCHIMENTO

PARECER DO TÉCNICO AVALIADOR

	MOTIVO
☐ APROVADO ☐ NÃO APROVADO	

DATA	_____ ASSINATURA E CARIMBO

ANEXO F- TERMO DE APROVAÇÃO DO COMITÊ DE PESQUISA

FUNDAÇÃO UNIVERSIDADE FEDERAL DE SÃO JOÃO DEL REI - CAMPUS CENTRO

PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: AVALIAÇÃO DOS SERVIÇOS DE ATENÇÃO À SAÚDE DAS PESSOAS OSTOMIZADAS NA REGIÃO AMPLIADA OESTE MINAS GERAIS
Pesquisador: Eliete Albano de Azevedo Guimarães
Área Temática:
Versão: 2
CAAE: 48057815.6.0000.5545
Instituição Proponente: Fundação Universidade Federal de São João Del Rei - C. C. Oeste Dona
Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 1.251.725

Apresentação do Projeto:
Trata-se de um estudo do tipo avaliativo na dimensão análise de implantação, que segundo Champagne et al. (2011) é um tipo de pesquisa que consiste em especificar o conjunto de fatores que influenciam os resultados obtidos após a introdução de uma intervenção. E tem como objetivo delimitar melhor os fatores que facilitam ou comprometem os efeitos dos programas implantados. Esse tipo de análise contribui para tornar as políticas e os programas mais coerentes por abranger uma análise sistemática que descreve e explica as atividades, os efeitos, as justificativas e consequências sociais (HARTZ E SILVA, 2010; CHAMPAGNE et. al, 2011).
A avaliação consiste em fazer um julgamento sobre uma intervenção, comparando os recursos empregados e sua organização (estrutura), os serviços prestados (processo) e os resultados obtidos com critérios e normas. Essa apreciação se faz comparando os serviços oferecidos pela intervenção, com critérios e normas predeterminadas em função dos resultados esperados (CHAMPAGNE et. al, 2011).
Optou-se pelo estudo de casos múltiplos, cujas unidades de análises serão os SASPO do tipo I implantados nos municípios de Bom Despacho, Formiga, Itaúna, Pará de Minas e Santo Antônio do Amparo. Yin (2010)

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

A pesquisa apresenta como desfechos

Desfecho Primário:

- Descrever as características dos SASPOS I relacionadas às dimensões de estrutura física, recursos humanos, dispositivos distribuídos e assistência prestada;
- Classificar o grau da implantação dos SASPO I da Região Ampliada Oeste de MG.

Desfecho Secundário:

- Identificar os fatores dificultadores e facilitadores na implantação dos SASPO I;
- Contribuir para diagnóstico da assistência e assim, subsidiar estratégias de capacitação de profissionais, para atender as necessidades dos pacientes e favorecer a qualidade de vida e do cuidado em saúde das pessoas estomizadas;
- Contribuir para a estratégia de vigilância à saúde na perspectiva do cumprimento do regimento estabelecido pela Portaria nº 400 para os SASPO;
- Melhor relação custo/benefício com a indicação de bolsas coletoras e dispositivos adequados e a prevenção de complicações das estomias.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Folha de Rosto assinada

TCLE

Declaração de Instituição

Declaração de Infraestrutura

Recomendações:

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Aprovado

Considerações Finais a critério do CEP: