

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM
DOUTORADO EM ENFERMAGEM
ÁREA DE CONCENTRAÇÃO: FILOSOFIA, SAÚDE E
SOCIEDADE
MODALIDADE INTERINSTITUCIONAL UFPA/UFSC/CAPES**

REGINA RIBEIRO CUNHA

**EDUCAÇÃO LIBERTADORA COMO POSSIBILIDADE DE
EMPOWERMENT DE PESSOAS ESTOMIZADAS: DESAFIO AO
CUIDADO DE ENFERMAGEM**

**FLORIANÓPOLIS
2010**

REGINA RIBEIRO CUNHA

**EDUCAÇÃO LIBERTADORA COMO POSSIBILIDADE DE
EMPOWERMENT DE PESSOAS ESTOMIZADAS: DESAFIO AO
CUIDADO DE ENFERMAGEM**

Tese apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina para obtenção do título de Doutor em Enfermagem - Área de Concentração Filosofia, Saúde e Sociedade.

Orientadora: Profa. Dra. Vânia Marli Schubert Backes

Co-orientadora: Profa. Dra. Ivonete Teresinha Schülter Buss Heidemann

Linha de Pesquisa: Educação, Saúde e Enfermagem

**FLORIANÓPOLIS
2010**

Catálogo na fonte pela Biblioteca Universitária
da
Universidade Federal de Santa Catarina

C972e Cunha, Regina Ribeiro

Educação libertadora como possibilidade de empowerment de pessoas estomizadas [tese] : desafio ao cuidado de enfermagem / Regina Ribeiro Cunha ; orientadora, Vânia M. Schubert Backes. - Florianópolis, SC, 2010.

234 p.: il., tabs.

Tese (doutorado) - Universidade Federal de Santa Catarina, Centro de Ciências da Saúde. Programa de Pós-Graduação em Enfermagem.

Inclui referências

1. Enfermagem - Pesquisa. 2. Educação em saúde. 3. Enterostomia. 4. Saúde - Aspectos sociais. 5. Promoção da saúde. I. Backes, Vânia M. Schubert. II. Universidade Federal de Santa Catarina. Programa de Pós-Graduação em Enfermagem. III. Título.

CDU 616-083

REGINA RIBEIRO CUNHA

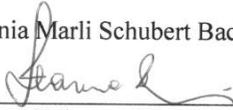
**EDUCAÇÃO LIBERTADORA COMO POSSIBILIDADE DE
EMPOWERMENT DE PESSOAS ESTOMIZADAS: DESAFIO AO
CUIDADO DE ENFERMAGEM**

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

DOUTOR EM ENFERMAGEM

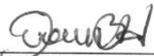
e aprovada em 19 de novembro de 2010, atendendo às normas da legislação vigente da Universidade Federal de Santa Catarina, Programa de Pós-graduação em Enfermagem, Área de Concentração: **Filosofia, Saúde e Sociedade.**

Orientadora: Dra. Vânia Marli Schubert Backes



Dra. Flávia Regina Souza Ramos
Coordenadora do Programa

Banca Examinadora:



Dra. Ivonete T. B. Heidemann
Presidente



Dr. Raymundo H. Maués
Membro



Dra. Vera Lúcia C. G. Santos
Membro



Dra. Astrid Eggert Boehs
Membro



Dra. Jussara Gue Martini
Membro

*Aos meus filhos **Lucas e Laila**,
por compartilharem momentos
decisivos para a conclusão deste
estudo, maiores responsáveis
dessa conquista.*

AGRADECIMENTOS

A ***Ruth Helena Ribeiro Rabello*** minha irmã. “*Mana*” pelos livros infantis, pela dedicação e tantas boas lembranças da infância, pelo incentivo e limites na adolescência e, pela presença constante na vida adulta. Pelo amor, carinho, afeto, dedicação, educação e pelos sobrinhos únicos...

A ti uma página inteira

AGRADECIMENTOS

Ao **Senhor** pelo dom da vida e por estar sempre presente e abençoando minhas escolhas;

À **Nossa Senhora do Perpétuo Socorro** pelo imenso amor somente Ela sabe o quanto significa para mim;

Aos meus pais **Miguel** (*in memorian*) e **Thedi** pelos bons momentos que compartilhamos juntos e pelos valores que cultivo em minha vida;

Aos meus filhos **Lucas e Laila** pelo sorriso, brincadeiras, por atenderem aos meus pedidos nos momentos que precisava me dedicar à leitura e a escrita. Convivermos juntos nesse último ano de doutorado em Florianópolis-SC, longe de nossas raízes foi um desafio que superamos, foi mais um presente de Deus. Muito obrigada filhos!

À **Rafaelle e Ramon** sobrinhos únicos, primeiros filhos e compadres. A distância jamais nos separou. O som de nossas gargalhadas nas tardes de domingo ecoam em meus ouvidos. Contar com a opinião de vocês sempre me concedeu segurança. Obrigada filhos!

Ao **Luís Cunha** marido, pai de meus filhos, parceiro de tantas decisões, sempre ao meu lado em minhas escolhas. Um grande beijo!

À **D. Odálea** (sogra) e a **Conce** (cunhada) pelo carinho, apoio e disponibilidade sempre;

À Profa. MS **Maria Célia da Costa** pela motivação permanente do processo de *empoderamento* (*empowerment*) em minha vida profissional;

À Profa. MS **Maria de Ribamar Lopes Aranha** “**Mariinha**” cuja sensibilidade e competência profissional me conduziram amorosamente ao exercício do Cuidado de Enfermagem;

À Profa. Dra. **Vânia Marli Schubert Backes**, minha orientadora e amiga. O convite para caminhar com Paulo Freire foi desafiador e hoje percebo quanto foi valioso. Mesmo distante, realizando seu pós doutorado na Europa, sempre presente virtualmente. Agradeço por acreditar em mim, por sua confiança ao respeitar minhas limitações, por respeitar meu tempo, pelo cuidado

com minha pessoa e minhas crianças, por ajudar nas decisões mais difíceis como trazer meus filhos para Florianópolis, por caminhar junto. Com profunda admiração obrigada;

À Profa. Dra. **Ivonete Teresinha Shülter Buss Heidemann** “*uma amiga Freireana*” pela relação dialógica concebida nessa trajetória. Por aceitar estar junto, pela amorosidade com a qual conduziu minha orientação presencial, por colaborar com minha *saída da caverna* e fazer acreditar na utopia possível. Com respeito imenso agradeço;

À Profa. Dra. **Vera Lúcia Conceição de Gouveia Santos** precursora da Estomaterapia brasileira e incentivadora, sempre presente, cujo exemplo tem sido fundamental a minha caminhada;

Ao Prof. Dr. **Raymundo Heraldo Maués** pelo diálogo primoroso e incomparável durante suas aulas como um professor crítico, responsável, aberto a mudanças, a aceitação do diferente, que respeita a curiosidade do educando. Sua escuta extremamente qualificada foi fundamental ao meu exercício durante a realização dos círculos dialógicos.

À Profa. Dra. **Ivanilde Apoluceno de Oliveira** pela escuta, orientação e acolhimento junto ao Núcleo de Educação Popular Paulo Freire da Universidade do Estado do Pará;

Aos Professores do PEN/UFSC pelos momentos de aprendizado; especialmente a Dra. **Alacoque Lorenzini Erdmann**, Dra. **Evanguelia Kotzias Atherino dos Santos** e Dr. **Antonio de Miranda Wosny** pelas conversas e orientações nos espaços do PEN/UFSC;

As Professoras Dra. **Denise Elvira Pires de Pires** pela interlocução com outras ciências, a Dra. **Marta Lenise do Prado**, pela contribuição pontual em minha qualificação e durante os encontros do Grupo EDEN com quem muito aprendi nesse processo. Com admiração, agradeço;

Aos Professores Dra. **Ivonete Teresinha Shülter Buss Heidemann**, Dra. **Astrid Eggert Boehs**, Dra. **Jussara Gue Martini**, Dra. **Vera Lúcia Conceição de Gouveia Santos**, Dr. **Raymundo Heraldo Maués**, Dra. **Marta Lenise do Prado**, Dra. **Maria Elizabeth Kleba da Silva** e Dra. **Kenya Schmidt Reibnitz**, pelo aceite em participar, como examinadores de minha Tese;

Aos integrantes do Grupo Educação, Saúde e Enfermagem (EDEN), pelo acolhimento e socialização do conhecimento;

A **Claudia Crespi Garcia** pela gentileza e resolutividade presencial e virtual frente a Secretaria do PEN/UFSC;

Aos Professores do Departamento de Enfermagem Hospitalar do Centro de Ciências Biológicas e da Saúde da Universidade do Estado do Pará, especialmente: Dra. **Mary Elizabeth de Santana**, MS **Maria do Perpétuo Socorro Sampaio Medeiros**, MS **Terezinha Vieira da Silva** (*Chefe do DENH*) pelas vivências e contribuições diretas e indiretas em meu estudo e minha ausência;

Aos Professores da Faculdade de Enfermagem do Instituto de Ciências da Saúde da Universidade Federal do Pará, especialmente Dra. **Mary Elizabeth de Santana**, pela disponibilidade em Coordenar o DINTER UFPA/UFSC/CAPES, Dda **Ana Sofia Resque Gonçalves**, Dda **Luciléia da Silva Pereira** (parceiras do DINTER pessoas especiais com as quais dividi bons momentos em Florianópolis. Nosso *reality* na vida real merece um *remake*); Dda. **Irene de Jesus Silva** parceira de longa data;

Ao Programa de Pós-Graduação em Ciências Sociais do Instituto de Filosofia e Ciências Humanas da Universidade Federal do Pará, especialmente a Dra. **Kátia Mendonça**, Dr. **Raymundo Heraldo Maués**, Dr. **Samuel Sá** pelo acolhimento, orientações e discussões durante as disciplinas realizadas;

À Enfermeira ET **Lisiany Carneiro de Santana Moreira** pelas conquistas na Estomaterapia no Pará;

À Acadêmica de Enfermagem da UFPA **Neyla Cristina Carvalló Viana** pela presença nos círculos dialógicos;

As Bibliotecárias **Vilma Costa Bastos** (ICS/UFPA) e **Luciene Dias Cavalcante** (HOL-SEDUC) pela disponibilidade e atenção competente sempre que necessito;

À Escola de Enfermagem “Magalhães Barata” da Universidade do Estado do Pará – minha Escola de formação e meu espaço de trabalho, pelo investimento profissional;

À Universidade Federal do Pará - pela oportunidade de promover o DINTER e por ser também meu espaço de trabalho;

À Universidade Federal de Santa Catarina, pela execução do DINTER, acolhimento no período do *Doutorado Sanduíche* em sua sede e pela oportunidade de vivenciar outros espaços de aprendizagem;

À Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES), pelo provimento das despesas com meus estudos em Florianópolis-SC, Brasil.

A Unidade de Referência Especializada Presidente Vargas pelo espaço concedido para os Círculos Dialógicos;

A Associação dos Ostomizados do Pará – local de concretização desse estudo, de encontros e conquistas;

A todos, que de alguma forma, direta ou indiretamente, contribuíram para que este trabalho se concretizasse. O meu reconhecimento. Especialmente a todos os brasileiros que tornaram possível o investimento no DINTER por meio de seus tributos ao Estado de forma direta ou indireta. Meus agradecimentos.

Finalmente eu gostaria de agradecer especialmente as pessoas – protagonistas desse estudo *Boto, Yara, Lírio, Vitória-Régia, Paca, Cutia, Uirapuru e Muiraquitã* que tão gentilmente aceitaram em participar dos círculos dialógicos e a todas as pessoas estomizadas que participaram de nossos encontros. A todos meu carinho, respeito e a mais sincera gratidão pela disponibilidade em dialogar e, porque foram, “suas vozes” que possibilitaram esse estudo. **Muito Obrigada!**

Cada um que passa em nossa vida passa
sozinho...
Porque cada pessoa é única para nós,
e nenhuma substitui a outra.
Cada um que passa em nossa vida passa
sozinho,
mas não vai só... leva um pouco de nós
mesmos e nos deixam um pouco de si
mesmo.
Há os que levam muito, mas não há os
que não levam nada.
Há os que deixam muito, mas não há os
que não deixam nada.
Esta é a mais bela realidade da vida.
A prova tremenda de que cada um é
importante.
E que ninguém se aproxima do outro por
acaso.
(Saint Exupéry)

CUNHA, Regina Ribeiro. **Educação libertadora como possibilidade de *empowerment* de pessoas estomizadas**: desafio ao cuidado de enfermagem. 2010. 234f. Tese (Doutorado em Enfermagem) – Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2010.

Orientadora: Profa. Dra. Vânia Marli Schubert Backes

Co-orientadora: Profa. Dra. Ivonete Teresinha Schülter Buss Heidemann

Linha de Pesquisa: Educação, Saúde e Enfermagem

RESUMO

Este estudo teve como objetivo promover, por meio da vivência em círculos dialógicos de educação libertadora, o desenvolvimento do *empoderamento* (*empowerment*) da pessoa estomizada. Trata-se de uma pesquisa de educação em saúde desenvolvida a partir do referencial teórico e metodológico do educador Paulo Freire. O itinerário de pesquisa freireano adaptado por Saupe (1999) foi relevante à medida que possibilitou a investigação participativa transformadora com interface no processo do *empoderamento* (*empowerment*) dos participantes visando transformações na assistência à saúde desta população. A trajetória do estudo se desenvolveu no interior de sete círculos dialógicos em encontros consecutivos com pessoas estomizadas no período de abril de 2009 a fevereiro de 2010. O contexto empírico da pesquisa localiza-se no município de Belém, estado do Pará. Foi constituído por três momentos dialéticos e interdisciplinarmente entrelaçados: Investigação dos Temas Geradores, Codificação e Descodificação e Desvelamento Crítico. Emergiram 12 temas geradores. Após agrupamento cinco temas foram validados por relevância pelos sujeitos do estudo: 1) - discordância entre o serviço público e o privado, 2) - baixa resolutividade dos serviços de saúde, 3) - deficiente qualificação dos profissionais de saúde, 4) - deficiente orientação perioperatória, 5) - Associação dos Ostomizados do Pará é desconhecida, sem visibilidade social. Na fase da Codificação e Descodificação os temas mais problematizados foram: 1) - deficiente qualificação dos profissionais de saúde e 2) - Associação dos Ostomizados do Pará é desconhecida, sem visibilidade social. Na fase do Desvelamento Crítico esses dois temas foram priorizados, desvelando a necessidade

de implantação de um Programa de Educação Permanente na Atenção à Pessoa Estomizada e divulgação da entidade por meio da imprensa e legislativo municipal e estadual. **CONCLUSÃO:** As pessoas estomizadas conseguiram refletir sobre sua realidade, apreendendo a importância de seu papel social por meio de círculos dialógicos. A educação libertadora constitui uma das possibilidades de *empoderamento (empowerment)* individual e coletivo revelando o início de um processo de transformação.

Palavras-chave: Enfermagem; Educação em Saúde; Estomia; Alfabetização em Saúde; Pesquisa em Enfermagem; Promoção da Saúde.

CUNHA, Regina Ribeiro. **Liberatory education as an option for the empowerment of stoma patients: a challenge for Nursing care.** 2010. 234f. Theses (Doctor in Nursing) – Graduate Program Course in Nursing. Federal University of Santa Catarina, Florianópolis, 2010.

ABSTRACT

This study had to goal of to promote through the experience of dialogue circles in liberatory education, development empowerment of stoma patients. This is a qualitative study that adopts Paulo Freire's research agenda as its primary investigation method. The Freire's research itinerary, which was adapted by Saupe (1999), was relevant once it allowed the transforming participatory research interfacing with the participants' empowerment process seeking transformations in population's health care. The research trajectory was developed based on data collected during seven dialogic circles consecutive meetings, which is a forum for discussions about the health of stoma patients that can reveal their existential situation and unseen opportunities for empowerment in their lives. The empirical study context is the auditorium at the *Unidade de Referência Especializada Presidente Vargas* in the city of Belém, PA, in Brazil. The research agenda comprised the following stages: Thematic Investigation, Codification, No Codification and Critical Clarification. Twelve themes emerged in the circle and the most often discussed. After grouping, the five themes were validated by relevance of research subjects: 1) - discrepancy between public and private services, 2) - poor resolvability of health services, 3) - inadequate training of Health professionals, 4) - insufficient guidance on peri surgery process, 5) – the Pará Stoma Patients' Association is yet unknown, having almost no social visibility. In Codification and No Codification phase the following were the target subjects: 1) - *inadequate training of health professionals* and 2) – *the unknowledgement of Pará Stoma Patients' Association*. In Critical Clarification phase, these both themes were prioritized, illustrating the need for a Program of Permanent and Continuing Education in Stoma Care and for the association's profile to be raised through the press and by the municipal and state authorities. Stoma patients are capable of reflecting on their reality and learning the importance of their social roles through the dialogue circles. Liberatory education is one option

for individual and collective empowerment, demonstrating the early stages of a transformation process.

Key words: Nursing; Ostomy; Health Education; Ostomy; Health Literacy; Nursing Research; Health Promotion.

CUNHA, Regina Ribeiro. **Educación libertadora como posibilidad de *empowerment* de personas estomizadas**: desafío para el cuidado de Enfermería. 2010. 234f. Tesis (Doctorado em Enfermería) Curso de Posgrado en Enfermería, Universidad Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2010

RESUMEN

Este estudio tuvo como objetivo promover, por medio de la vivencia en círculos dialógicos de educación libertadora, el desarrollo del empoderamiento (*empowerment*) de la persona estomizada. Se trata de una investigación de educación en salud desarrollada a partir del referencial teórico y metodológico del educador Paulo Freire. El itinerario de investigación freireano adaptado por Saupe (1999) fue relevante en la medida que posibilitó la investigación participativa transformadora con interface en el proceso de empoderamiento (*empowerment*) de los participantes buscando transformaciones en la asistencia a la salud de esta población. La trayectoria del estudio se desarrolló en el interior de siete círculos dialógicos en encuentros consecutivos con personas estomizadas en el período de abril de 2009 a febrero de 2010. El contexto empírico de la investigación se localiza en el municipio de Belém, estado de Pará. Fue constituido por tres momentos dialécticos e interdisciplinariamente entrelazados: Investigación de los Temas Generadores, Codificación y Descodificación y Desvelamiento Crítico. Emergieron 12 temas generadores. Después de la agrupación, cinco temas fueron validados por relevancia por los sujetos del estudio: 1) - discordancia entre el servicio público y el privado, 2) - baja resolución de los servicios de salud, 3) - deficiente calificación dos profesionales de salud, 4) - deficiente orientación peri operatoria, 5) - Asociación de los Ostomizados de Pará es desconocida, sin visibilidad social. En la fase de la Codificación y Descodificación los temas más problematizados fueron: 1) - deficiente calificación de los profesionales de salud y 2) - Asociación de los Ostomizados de Pará es desconocida, sin visibilidad social. En la fase del Desvelamiento Crítico esos dos temas fueron priorizados, develando la necesidad de implantación de un Programa de Educación Permanente en la Atención a la Persona Estomizada y divulgación de la entidad por medio de la prensa y legislativo municipal y estatal. Las personas estomizadas consiguieron reflexionar sobre su realidad, aprendiendo la importancia de su papel social por medio de círculos dialógicos. La educación libertadora constituye una das

posibilidades de empoderamiento (empowerment) individual y colectivo revelando el inicio de un proceso de transformación.

Palabras clave: Enfermería; Educación en Salud; Estomía; Alfabetización en Salud; Investigación en Enfermería; Promoción de la Salud

LISTA DE ABREVIATURAS

ABEN	Associação Brasileira de Enfermagem
ABRASO	Associação Brasileira de Ostomizados
AOPA	Associação dos Ostomizados do Pará
CACONS	Centros de Assistência de Alta Complexidade em Oncologia
CAPES	Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior
CCS	Centro de Ciências da Saúde
DEFEN	Departamento de Enfermagem Integrada
DINTER	Doutorado Interinstitucional
EEUSP	Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo
ENSP	Escola Nacional de Saúde Pública
ET	Enfermeiro Estomaterapeuta
FAENF	Faculdade de Enfermagem
FIOCRUZ	Fundação Oswaldo Cruz
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
ICS	Instituto de Ciências da Saúde
IDESP	Instituto de Desenvolvimento Social do Estado do Pará
IFCH	Instituto de Filosofia e Ciências Humanas
INAMPS	Instituto Nacional de Previdência Social
IOA	International Association of Ostomy
IOL	Instituto Ofir Loiola
IPF	Instituto Paulo Freire
LDB	Lei de Diretrizes e Bases da Educação Nacional
MEC	Ministério da Educação
NOB	Norma Operacional Básica
PARFOR	Plano Nacional de Formação de Professores
PPGCS	Programa de Pós-Graduação em Ciências Sociais
PT	Partido dos Trabalhadores
SESPA	Secretaria de Estado e Saúde Pública do Pará
SIA	Sistema de Informação Ambulatorial
SOBEST	Associação Brasileira de Estomaterapia: estomias, feridas e incontinências
SUS	Sistema Único de Saúde
TCLE	Termo de Consentimento Livre Esclarecido
TFD	Tratamento Fora do Domicílio
UFPA	Universidade Federal do Pará
UFSC	Universidade Federal de Santa Catarina

UNACONS Unidades de Assistência de Alta Complexidade em
Oncologia
URE Unidade de Referência Especializada
WCET World Council of Enterostomal Therapists
WHO World Health Organization

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 – Colostomia Terminal	45
Figura 2 – Norma N. Gill-Thompson.....	50
Figura 3 – Cursos atualmente referendados pela SOBEST e certificados pelo WCET desenvolvidos no Brasil.....	52
Figura 4 – Cursos referendados pela SOBEST aguardando seu credenciamento junto ao WCET	53
Figura 5 – Cursos em desenvolvimento em fase de análise do projeto	53
Figura 6 – Uma das reuniões realizadas com técnicos da 1ª Regional de Saúde/SESPA e membros da AOPA. Belém-PA, 2009.	57
Figura 7 - Encontro de Educação Permanente com profissionais da URE Presidente Vargas com a temática atenção à pessoa estomizada. Belém-PA, 2009.	58
Figura 8 - Consulta de Enfermagem à pessoa estomizada na URE Presidente Vargas. Belém-PA, 2009.	59
Figura 9 – Educação para o autocuidado emancipatório em Consulta de Enfermagem à pessoa estomizada na URE Presidente Vargas. Belém-PA.	59
Figura 10 - Esquema do Itinerário de Pesquisa	90
Figura 11 - URE Presidente Vargas, Belém-PA, 2009.	95
Figura 12 - Porta de acesso ao auditório URE Presidente Vargas.....	101
Figura 13 – Primeira etapa do Itinerário de Pesquisa Freireano. Círculo Dialógico I: Sou toda ouvidos! Investigação do universo temático/Levantamento de Temas Geradores.	103
Figura 14 – Primeira etapa do Itinerário de Pesquisa Freireano. Círculo Dialógico I: Sou toda ouvidos! Investigação do universo temático/Levantamento de Temas Geradores.	104
Figura 15 – Círculo Dialógico I: Sou toda ouvidos! Investigação do universo temático/Levantamento de Temas Geradores – Abraço Coletivo.	107

Figura 16 - Primeira etapa do Itinerário de Pesquisa Freireano. Círculo Dialógico II: Metendo a mão em Cumbuca. Investigação do universo temático/Levantamento de Temas Geradores.	108
Figura 17 – Primeira etapa do Itinerário de Pesquisa Freireano. Círculo Dialógico II: Metendo a mão em Cumbuca. Investigação do universo temático/Levantamento de Temas Geradores.	109
Figura 18 – Segunda etapa do Itinerário de Pesquisa Freireano. Círculo Dialógico III: O bicho vai pegar – Codificação/descodificação	111
Figura 19 – Segunda etapa do Itinerário de Pesquisa Freireano. Círculo Dialógico III: O bicho vai pegar – Codificação/descodificação	111
Figura 20 – Segunda etapa do Itinerário de Pesquisa Freireano. Círculo Dialógico III: O Bicho Vai Pegar – codificação/descodificação dos temas: Deficiente orientação peri-operatória e AOPA é desconhecida/sem visibilidade social.	112
Figura 21 – Segunda etapa do Itinerário de Pesquisa Freireano. Círculo Dialógico III: O Bicho Vai Pegar – codificação/descodificação dos temas: Deficiente qualificação dos Profissionais de Saúde.	113
Figura 22 – Síntese do Itinerário de Pesquisa Freireano.	121
Figura 22 - Parecer do Comitê de Ética e Pesquisa com Seres Humanos da Universidade Federal de Santa Catarina (CEPSH/UFSC).	123
Figura 23 - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido	125

ARTIGO 1

Figura 1: Temas Geradores.....	138
---------------------------------------	-----

LISTA DE QUADROS

Quadro 1: Participantes do Círculo Dialógico	99
---	----

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 - Características sociodemográficas e clínicas de estomizados, Belém-PA, 2010	49
Tabela 2 - Pós-graduados em Estomaterapia em cursos credenciados. SOBEST, março 2007	54

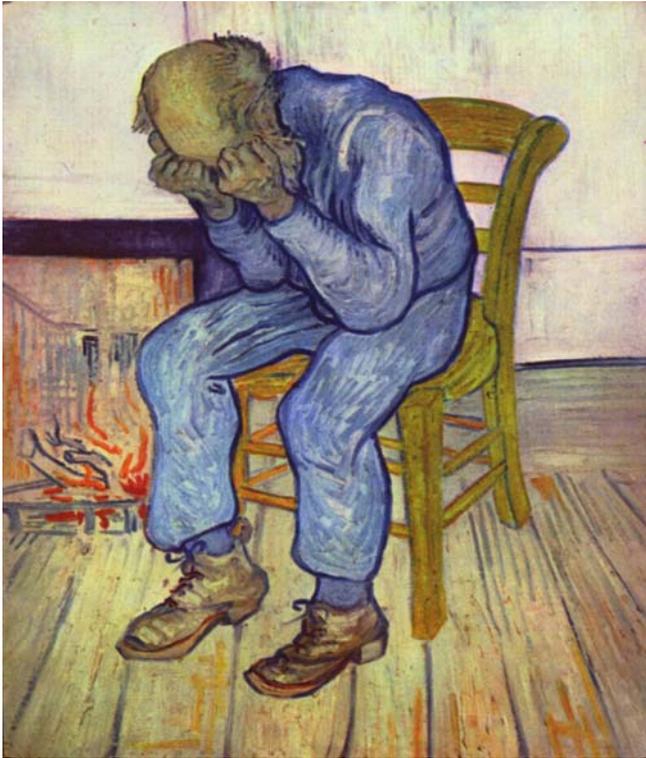
SUMÁRIO

LISTA DE ABREVIATURAS	23
LISTA DE FIGURAS	25
LISTA DE QUADROS	27
LISTA DE TABELAS.....	29
CAPÍTULO I.....	33
EU E A PESSOA ESTOMIZADA: RELAÇÃO	
MULTIFACETADA	33
1.1 CONSIDERAÇÕES INICIAIS	35
1.2 JUSTIFICANDO O ESTUDO	37
1.3 OBJETIVOS DO ESTUDO	41
CAPÍTULO II.....	43
ESTOMIA COMO SOLUÇÃO: A PERSPECTIVA DE COMEÇAR	
DE NOVO.....	43
2.1 BREVE CONTEXTUALIZAÇÃO E EPIDEMIOLOGIA DAS	
ESTOMIAS.....	45
2.2. ENFERMAGEM EM ESTOMATERAPIA: SUA ORIGEM NO	
MUNDO, NO BRASIL E O INVESTIMENTO PERMANENTE EM	
EDUCAÇÃO PROFISSIONAL	50
2.3 PROMOÇÃO DA SAÚDE E A COMPREENSÃO DO	
CONCEITO <i>EMPODERAMENTO (EMPOWERMENT)</i>	60
2.4 POLÍTICA NACIONAL DE PESSOAS COM ESTOMIAS:	
ATITUDES DE <i>EMPODERAMENTO (EMPOWERMENT)?</i>	67
CAPÍTULO III.....	71
APREENSÃO DO PENSAMENTO DE PAULO FREIRE E A	
EDUCAÇÃO LIBERTADORA: UM DESAFIO A MINHA	
FORMAÇÃO	71
3.1 PAULO FREIRE: IMERSO DE HISTÓRIA E	
POLITICAMENTE ENTRELACADO EM SEU CONTEXTO	
CULTURAL, SOCIAL, POLÍTICO, IDEOLÓGICO E	
PEDAGÓGICO.....	73
3.2 POR UMA EDUCAÇÃO LIBERTADORA: DESAFIO	
PERMANENTEMENTE CONTEMPORÂNEO À LUZ DOS	
CONCEITOS TEÓRICOS DE PAULO FREIRE.....	77

CAPÍTULO IV	87
TRAJETÓRIA DA PESQUISA: EM AÇÃO O ITINERÁRIO DE PESQUISA FREIREANO	87
4.1 EDUCAÇÃO LIBERTADORA E INVESTIGAÇÃO: MOMENTOS DE UM MESMO PROCESSO	89
4.2 CONTEXTO DO ESTUDO: ESPAÇO DO CÍRCULO DIALÓGICO	93
4.3 SUJEITOS DO ESTUDO: A FORMAÇÃO DO CÍRCULO DIALÓGICO	97
4.4 PROCEDIMENTOS PARA COLETA E REGISTROS DE DADOS: O CÍRCULO DIALÓGICO EM AÇÃO	100
4.4.1 Entrando no Campo de Investigação	100
4.4.2 Desenvolvendo o Círculo Dialógico	102
4.4.3 O Registro dos Dados e o Material de Apoio	122
4.5 ANÁLISE DOS RESULTADOS	122
4.6 DIMENSÃO ÉTICA DO ESTUDO	123
CAPÍTULO V.....	127
RESULTADOS DE UM PROCESSO COLETIVO	127
5.1 MANUSCRITO 1 - ITINERÁRIO DE PESQUISA FREIREANO COM PESSOAS ESTOMIZADAS	129
5.2 MANUSCRITO 2 - CÍRCULO DIALÓGICO COMO POSSIBILIDADE DE <i>EMPODERAMENTO (EMPOWERMENT)</i> DE PESSOAS ESTOMIZADAS	147
5.3 MANUSCRITO 3 - DESVELAMENTO DE UM PROGRAMA DE EDUCAÇÃO PERMANENTE EM SAÚDE: A VOZ DA PESSOA ESTOMIZADA.....	162
CAPÍTULO VI.....	175
UTOPIA POR UMA PRÁXIS TRANSFORMADORA	175
REFERÊNCIAS.....	181
APÊNDICES	191
ANEXOS.....	195

CAPÍTULO I

EU E A PESSOA ESTOMIZADA: RELAÇÃO MULTIFACETADA



Old Man in Sorrow (No Limite da Eternidade)

1 EU E A PESSOA ESTOMIZADA: RELAÇÃO MULTIFACETADA

A educação é um processo social, é desenvolvimento. Não é a preparação para a vida, é a própria vida. (John Dewey)

1.1 CONSIDERAÇÕES INICIAIS

Qual a contribuição da educação libertadora no *empoderamento* (*empowerment*) da pessoa estomizada¹? Este é o problema a partir do qual esta investigação se desenvolve. Traz como princípio básico o diálogo, cuja lente antropológica motiva minha aproximação da obra freireana, além de cultivar a esperança pela busca de ações de *empoderamento* (*empowerment*) do sujeito e assim buscar a concretude da utopia humana.

Por se tratar de um termo de caráter abrangente, polissêmico, utilizado em distintas áreas do conhecimento sem que até o momento tenha um conceito universal, optamos por utilizar o termo *empoderamento* e entre parênteses o termo *empowerment*, ambos em grifo. Isso se justifica para sinalizar a difícil tradução direta desse termo para a língua portuguesa associada à riqueza de sua complexidade².

Assumimos neste estudo, a partir de uma concepção emancipatória, o termo *empoderamento* (*empowerment*) como um processo que possibilita que as pessoas, instituições, associações, entre outras, sejam ouvidas em suas vivências, crenças, sobre sua realidade e assim busquem estratégias de participação proativa que conduzam a uma ação transformadora de sua realidade. Acreditamos que estratégias que possibilitem a educação da população, de grupos de autoajuda e de associações de pacientes possam contribuir para o *empoderamento* (*empowerment*) efetivo frente à sua realidade.

A linha investigativa deste estudo vincula-se a uma preocupação

¹ Pessoa cujo trato intestinal e/ou urinário é desviado cirurgicamente do seu trajeto natural, não exercendo mais controle sobre essas eliminações. (CASCAIS, 2007).

² Recentemente Vasconcelos (2007) optou por utilizar o termo em português “empoderamento” por entender que a tradução favorece o entendimento das pessoas “a quem mais se destina: os indivíduos e grupos sociais submetidos a processos de exclusão, opressão e discriminação”. (VASCONCELOS, 2007).

pessoal com a intervenção na realidade, enquanto ser inconcluso comprometido com: a educação enquanto compromisso político-social, o cuidado de enfermagem interativo e a pesquisa em enfermagem como a sustentabilidade do desenvolvimento profissional, cujo resultado se reflete diretamente na melhoria do cuidado à saúde das pessoas. Nessa perspectiva, a estomia³ traz à tona a discussão da possibilidade do *empoderamento* (*empowerment*) da pessoa estomizada.

Dentro da área da enfermagem, este estudo se embasa no campo teórico da Educação em Enfermagem e Saúde. Justifica-se ancorar este trabalho nesta linha porque se entende a educação como um ato político. Em nossos dias, buscam-se estratégias para elevar a participação das pessoas na melhoria de sua saúde, de forma a engajá-las e reintegrá-las no meio social. Por isso a necessidade e criação de espaços que possibilitem a troca, a expressão da voz, a escuta dessas pessoas. Esta pesquisa, desenvolvida no Doutorado em Enfermagem do Programa de Pós-Graduação da Universidade Federal de Santa Catarina, sustenta-se em uma vivência profissional e pessoal com pessoas estomizadas, cuidando, aprendendo, ensinando, participando das discussões de sua entidade e iniciando uma caminhada como facilitadora de sete círculos dialógicos.

A escolha do tema relaciona-se com o interesse da autora no campo do cuidado de enfermagem à pessoa estomizada, o qual faz parte de sua vida acadêmica e profissional. A trajetória deste estudo dar-se-á por meio do referencial teórico e metodológico do educador Paulo Freire.

A problematização se dá a partir de dois pressupostos: a cirurgia geradora de estomia e as dificuldades que essa nova condição de vida impõe a esse grupo de pessoas e a dificuldade em acessar profissionais que possam promover um cuidado dialógico. Essas pessoas recebem atenção e os equipamentos e adjuvantes para fezes e urina sem expressar suas necessidades reais de atendimento. Proporcionar um espaço que possa favorecer o diálogo poderá ser uma forma de estimular o desenvolvimento do *empoderamento* (*empowerment*), escondido/presente em suas falas.

Este estudo desenvolve-se nos seguintes capítulos:

³ Os termos *ostomia*, *ostoma*, *estoma* ou *estomia* são designativos oriundos do grego que significam “boca” ou “abertura”, e são utilizados para indicar a exteriorização de qualquer víscera oca, através do corpo. (GEMELLI; ZAGO, 2002). Neste estudo iremos considerar o termo **estomia** considerando a troca do termo “ostomia” para “estomia”, após a verificação da Associação Brasileira de Estomaterapia (SOBEST) junto à Academia Brasileira de Letras a inexistência do termo “ostomia” na língua portuguesa. (BACELAR *et al.*, 2004).

- **Capítulo I - EU E A PESSOA ESTOMIZADA: relação multifacetada.** Descrevo a trajetória profissional e socializo a motivação para o desenvolvimento da pesquisa, além de expor a questão de pesquisa e os objetivos do estudo.

- **Capítulo II - ESTOMIA COMO SOLUÇÃO: a perspectiva de começar de novo.** Apresento breve contextualização e epidemiologia das estomias, a origem da enfermagem em estomaterapia no mundo, no Brasil e investimento permanente em educação profissional. Finalmente abordo a promoção da saúde com foco central no *empoderamento (empowerment)*.

- **Capítulo III - APREENSÃO DO PENSAMENTO DE PAULO FREIRE E A EDUCAÇÃO LIBERTADORA: um desafio à minha formação.** Inicio apresentando uma breve biografia deste memorável educador até discorrer sobre seu referencial teórico-metodológico da educação libertadora.

- **Capítulo IV - ITINERÁRIO DE PESQUISA FREIREANO.** Apresento a trajetória do estudo a partir do diálogo no interior dos círculos dialógicos.

- **Capítulo V - RESULTADOS DE UM PROCESSO COLETIVO.** São apresentados os resultados do estudo em forma de três manuscritos.

- **Capítulo VI - UTOPIA POR UMA PRÁXIS TRANSFORMADORA.** Apresento as considerações finais do estudo sinalizando perspectivas a serem desenvolvidas a partir dos resultados alcançados.

1.2 JUSTIFICANDO O ESTUDO

Sou graduada em Enfermagem e Obstetrícia pela Escola de Enfermagem Magalhães Barata/Fundação Educacional do Pará, no ano de 1990, defendendo o Trabalho de Conclusão de Curso: **A execução do processo de Enfermagem em um hospital público da cidade de Belém.** Habilitada em Enfermagem Médico-Cirúrgica em 1991, logo ingressando no mercado de trabalho como enfermeira assistente na área de Enfermagem Obstétrica e Neonatal, sempre fui de aproveitar oportunidades.

Em 1992, realizei minha primeira especialização em Administração da Assistência de Enfermagem em Serviços de Saúde, pela Universidade Federal do Pará, desenvolvendo a pesquisa: **Estudo retrospectivo da vigilância epidemiológica das infecções hospitalares**

em um hospital público de Belém-Pará. No ano seguinte, iniciei outra especialização, agora em Gestão Hospitalar da Região Amazônica, pela Escola Nacional de Saúde Pública (ENSP)/Fundação Oswaldo Cruz (FIOCRUZ) com o trabalho: **Aplicação do método Zoop no processamento de problemas gerenciais do Hospital dos Servidores do Estado e Instituto Ofir Loiola.**

No ano de 1993, retornei à Escola de Enfermagem Magalhães Barata, após concurso público na função de professora auxiliar na disciplina de Enfermagem Médico-Cirúrgica, onde permaneço até os dias atuais.

Em 1996, ingressei no Departamento de Enfermagem Integrada (DEFEN) do Centro de Ciências da Saúde (CCS) da Universidade Federal do Pará (UFPA); atualmente Faculdade de Enfermagem (FAENF) do Instituto de Ciências da Saúde (ICS) da UFPA. Eis que no mesmo período surgiu a possibilidade de realizar outra especialização: Enfermagem em Estomaterapia⁴, na Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo (EEUSP). Como trabalho de conclusão de curso realizei o estudo **Diagnósticos de Enfermagem: identificação a partir de registros de consultas de Enfermagem**, juntamente com duas alunas do curso.

Emergiram novas perspectivas de cuidar, aprender, ensinar e aceitar novos desafios na enfermagem. Na época também atuava em um hospital de referência em oncologia no município de Belém-PA. De imediato tentei implantar um serviço de enfermagem em estomaterapia na instituição, porém, sem obter êxito, pedi demissão e iniciei minha dedicação ao ensino universitário, sem jamais me afastar do cuidado de enfermagem em estomaterapia, o qual exerço até os dias atuais em hospitais, domicílio e nas aulas práticas do curso de Graduação em Enfermagem.

Foram inúmeras as experiências profissionais e envolvimento com outros Enfermeiros Estomaterapeutas (ETs) de todo o Brasil e pessoas estomizadas. O mercado de trabalho para o ET é amplo e promissor, estimulando seu desenvolvimento profissional. Tive a

⁴ A Estomaterapia é uma especialidade (pós-graduação *latu sensu*) da prática do enfermeiro - instituída no Brasil em 1990 - voltada para a assistência às pessoas com estomias, fístulas, tubos, cateteres e drenos, feridas agudas e crônicas e incontinências urinária e anal, nos seus aspectos preventivos, terapêuticos e de reabilitação em busca da melhoria da qualidade de vida. O enfermeiro pós-graduado em Estomaterapia é denominado como Enfermeiro Estomaterapeuta (ET) e o Enfermeiro Estomaterapeuta titulado Enfermeiro Estomaterapeuta Ti SOBEST (ET Ti SOBEST). (ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE ESTOMATERAPIA, 2010).

oportunidade de atuar como assessora técnica de empresas multinacionais responsáveis pela fabricação de equipamentos que abrangem as bolsas coletoras para estomias intestinais e urinárias, adjuvantes⁵ como: desodorante, espessante, filtro, presilha, coletor urinário de perna e de cama, cateter urinário, barreiras, cinto, removedor; sistemas de irrigação e oclusores e ainda produtos para o cuidado com feridas e incontinências.

Minha inserção nesse campo de trabalho foi gratificante e inovadora, concedendo-me conhecer mais profundamente as linhas de produtos e assim poder perceber a importância em disponibilizar esses equipamentos aos usuários do Sistema Único de Saúde (SUS). Cabe aqui ressaltar que essa transição em diferentes áreas de atuação se deu de maneira extremamente cuidadosa e pautada em uma relação ética com as empresas, com os profissionais, com os acadêmicos e principalmente com os usuários e seus familiares.

No ano de 1998, coordenei um projeto de extensão intitulado Assistência Integral e Individualizada ao Portador de Ostomias, no extinto DEFEN/CCS/UFPA. (CUNHA, 2000). Sua realização possibilitou que convivesse mais intimamente com dificuldades vivenciadas por esse usuário enquanto internado e, principalmente, após retornar ao lar, que ultrapassam a necessidade do cuidado centrado na estomia.

Em 1999, fui aprovada para cursar o mestrado modalidade interinstitucional em Saúde Pública na subárea de Planejamento e Políticas de Saúde em convênio com UFPA/ENSP/FIOCRUZ e Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES). Concluí em 2001, sendo aprovada com louvor com a dissertação **Necessidades e demandas de ostomizados ao sistema de saúde pública no Pará**. Os resultados desse estudo apontaram que o processo educativo na vida dessas pessoas estava restrito apenas ao cuidado com a estomia e, ainda, possibilitou perceber que as pessoas estomizadas têm noção relativa de seus direitos, sabem o que querem, mas não sabem como nem onde buscar.

Nesse período, convivi com um membro de minha família que necessitou de uma colostomia, apenas como medida paliativa de um processo de neoplasia colorretal. Foi possível perceber, além do sofrimento e com a experiência pessoal e familiar, que a estomia não se

⁵ Terminologia utilizada em substituição a “acessórios” por tratar-se de material de extrema importância para a pessoa estomizada, indispensáveis à sua vida. (DOMANSKY, 2003). Adotado na Política Nacional das Pessoas com Estomas. (2005; 2007; 2009).

constitui em um problema e, sim, numa solução. Quando realizada no início da doença, possibilita a ressecção do órgão comprometido, podendo possibilitar a cura definitiva e prolongando a sobrevivência da pessoa. É ainda, mesmo quando realizada em estágio avançado da doença de base, como, por exemplo, amenizando a obstrução intestinal, proporciona certo conforto físico a pessoa e família, embora por um curto período de tempo, como em minha experiência.

Proporcionei à minha família a orientação à medida que surgiam as necessidades. Constatei que dispor de acompanhamento especializado e equipamentos de boa qualidade contribui para melhor segurança física e emocional da pessoa estomizada e familiares. Poder olhar a estomia como uma solução frente ao desejo de continuar vivo e poder caminhar rumo à adaptação dessa nova fase que se inicia é uma caminhada coletiva, onde a família é a extensão do profissional de saúde.

Essa vivência contribuiu para que eu pudesse ajustar o foco de minha lente para olhar a realidade das pessoas estomizadas. Até então, eu usava a lente do profissional, ou seja, como ET, docente ou assessora técnica, com visão ainda tecnicista. Agora me encontrava do outro lado do cenário, como usuária do SUS, recebendo equipamento e adjuvante para fezes, regularmente participando da assembleia mensal da Associação dos Ostomizados do Pará (AOPA), representando o membro de minha família e ao mesmo tempo desempenhando minhas atividades profissionais na entidade. E nessa trajetória a aproximação com a AOPA e seus membros foi fortalecida por uma relação profissional e, ao mesmo tempo, de amizade, sempre pautada na ética e no respeito mútuo.

E como a vida sempre oferece inúmeras oportunidades, essa foi irrecusável! No ano de 2007 ingressei no Doutorado Interinstitucional (DINTER), pela UFPA/Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC) e CAPES. Ainda no primeiro ano de curso conheci minha orientadora, a qual me apresentou ao educador Paulo Freire, e esse desafio superou os anteriores em minha vida. Até aquele momento não havia tido nenhum tipo de aproximação com essa leitura de mundo. Quanta resistência vivenciei nos primeiros meses. Hoje ao revelar essa experiência percebo o quanto me honra ter recebido esse convite. Por outro lado, confesso, tantos anos se passaram sem que eu tivesse conhecido pessoa tão ilustre, sábia e tão amorosa.

A insegurança e a ansiedade frente ao desconhecido me conduziram ao Programa de Pós-Graduação em Ciências Sociais (PPGCS) do Instituto de Filosofia e Ciências Humanas (IFCH) da UFPA, na busca por referências e estratégias de aproximação com pensamento freireano. A disciplina Antropologia da Educação foi

fundamental nesse momento inicial.

A reflexão sobre a possibilidade de oportunizar a expressão das pessoas estomizadas e, assim, quem sabe, iniciar um processo de desenvolvimento do *empoderamento* (*empowerment*) foi motivo de minha inquietação em todo esse contexto. Mas como possibilitar isso?

Acredito que a possibilidade de não vislumbrar orientações necessárias ao retorno das atividades do dia-a-dia possa afetar as necessidades básicas, trazendo dificuldades de adaptação, tais como: tomar banho diário, frequentar um evento social, um momento de lazer, em sua vida sexual e outras necessidades humanas básicas. A pessoa estomizada necessita de um período de tempo para compreender as mudanças que ocorrem em sua vida. Mudanças essas que poderão suscitar diversas dúvidas, como, por exemplo: Devo tomar banho com a bolsa? Será que poderei tomar banho de igarapé⁶? Será que poderei tomar açaí⁷? E agora como irei trabalhar desse jeito? (CUNHA, 2001).

Dessa forma, o estudo se propõe a responder a questão de pesquisa: Qual a contribuição da educação libertadora na promoção do *empoderamento* (*empowerment*) da pessoa estomizada?

Constituindo um dos caminhos para a educação de sua saúde, a minha questão de pesquisa direciona a definição de minha tese: **“A educação libertadora possibilita o empoderamento (*empowerment*) de pessoas estomizadas”**.

O estudo se insere na linha de pesquisa Educação, Saúde e Enfermagem, a qual apresenta a interface com o objeto de estudo, possibilitando atingir o objetivo ao qual se propõe.

1.3 OBJETIVOS DO ESTUDO

Foram traçados os seguintes objetivos para esta pesquisa:

- Promover, por meio da vivência em círculos dialógicos de educação libertadora, o desenvolvimento do empoderamento (*empowerment*) da pessoa estomizada;
- Refletir com as pessoas estomizadas sobre a sua situação de saúde;
- Identificar as necessidades e demandas das pessoas estomizadas.

⁶ Pequeno rio, na Amazônia, no qual geralmente trafegam somente pequenas embarcações.

⁷ Fruto típico da região, do qual é extraído um suco, sendo um dos principais alimentos de diversas comunidades locais.

CAPÍTULO II

ESTOMIA COMO SOLUÇÃO: A PERSPECTIVA DE COMEÇAR DE NOVO



Salvador Dali - "Nascimento do Novo Homem"

2 ESTOMIA COMO SOLUÇÃO: A PERSPECTIVA DE COMEÇAR DE NOVO

2.1 BREVE CONTEXTUALIZAÇÃO E EPIDEMIOLOGIA DAS ESTOMIAS

A cirurgia geradora de estomia intestinal constitui uma das cirurgias mais antigas do aparelho digestivo. Desde o ano 350 a.C., diversas situações resultam na necessidade dessa intervenção cirúrgica e, de acordo com objetivo, poderá prolongar a sobrevivência da pessoa que necessite desse tipo de tratamento. A necessidade de conviver temporária ou definitivamente com uma estomia intestinal implica um processo de adaptação e reabilitação física e emocional após o ato cirúrgico. (CREMA; SILVA, 1997).

A estomia recebe a designação de acordo com o segmento corporal a ser exteriorizado. Recebe o nome de colostomia quando o segmento exteriorizado é o cólon, ileostomia refere-se ao íleo, jejunostomia relaciona-se ao jejuno. Em se tratando de estomias urinárias são designadas como derivações urinárias ou urostomias. (SANTOS; CESARETTI, 2000).



Figura 1 – Colostomia Terminal
Fonte: CUNHA, 2009. Arquivo pessoal.

Ao discutir o cuidado de enfermagem à pessoa estomizada, devem-se considerar diversos fatores como: idade, sexo, procedência, escolaridade, entre outros. Esses aspectos são importantes para que

possamos estabelecer informações de acordo com cada pessoa, pois, dependendo da idade, problemas diferenciados poderão surgir. Podemos citar como exemplo os idosos, nos quais, devido à própria senilidade, algumas habilidades poderão estar afetadas ou diminuídas, causando problemas como os tremores nas mãos, que poderão interferir na adaptação do equipamento no abdômen, ou a própria diminuição da acuidade visual, que poderá dificultar a visualização da estomia. (CUNHA, 2001).

Algumas complicações poderão ser evidenciadas no pós-operatório relacionadas com a própria estomia, tais como: isquemia, necrose, abscesso paracolostômico, hérnia paracolostômica, hemorragia, estenose, prolapso, obstrução, retração, fístula periestomal, dermatite periestomal, varizes, infecção, sangramento e separação cutâneo-mucosa, granuloma. As complicações podem ser reduzidas se algumas medidas forem instituídas: demarcação no pré-operatório, construção adequada da estomia, escolha adequada dos equipamentos, educação do paciente e cuidador e assistência multidisciplinar. (CRUZ *et al.*, 2008; SANTOS *et al.*, 2002).

Essas complicações geralmente causam transtornos à pessoa estomizada e em determinadas situações demandam atendimento imediato. A educação das pessoas referente ao autocuidado com a estomia e o uso otimizado de equipamentos e adjuvantes que garantam conforto e segurança constitui uma das estratégias de prevenção de complicações das estomias e de pele periestomal.

Após a cirurgia, o estomizado pensa em como retomar a sua vida, ou seja, como incorporar suas preocupações relacionadas com os aspectos do cotidiano, como a possibilidade de realizar autocuidado e manter suas atividades sociais, interpessoais e de lazer. (BARNABE; DELL'ACQUA, 2008).

Seria ideal que a pessoa estomizada só recebesse alta hospitalar quando adquirisse um determinado grau de independência quanto à habilidade no autocuidado com sua estomia. Além disso, no momento da alta deveria receber todas as informações quanto a aquisição, tipos de equipamento e adjuvantes a serem utilizados e ser encaminhada ao programa de assistência ao estomizado de sua localidade. (CUNHA, 2001).

Para Cascais, Martini e Almeida (2007), o foco do olhar na atenção à pessoa estomizada deve priorizar as reações dessas pessoas durante todo o processo de cuidar:

A pessoa após ser submetida a uma cirurgia confeccionadora de uma ostomia, vivencia muitas das vezes sentimentos negativos derivados não só da formação do estoma, mas também resultantes da causa da sua origem, como no caso do câncer. A pessoa ostomizada experiencia sentimentos que vão desde revolta a depressão, podendo a reação e o comportamento manifestado variar ao longo do tempo e de pessoa para pessoa. Deste modo é essencial os profissionais de saúde estar atentos às reações destas pessoas, tendo em consideração todas estas especificidades na prestação de cuidados de saúde. (CASCAIS; MARTINI; ALMEIDA, 2007, p. 167).

Sales *et al.* (2010) já apontam que os seres cuidadores das pessoas estomizadas agem mecanicamente frente à pessoa estomizada, prestando um cuidado que não prioriza a emancipação desse sujeito diante de sua situação de dependência desse cuidado:

Observamos também em suas falas que a essência do viver com um estoma utilizando-se bolsa para eliminação de seus excrementos não é vislumbrada pelos seres cuidadores, uma vez que o mundo vivenciado por eles em seu existir cotidiano permanece esquecido, enredado em seus conflitos e inquietações, e que, na maioria das vezes, esses sentimentos não são percebidos pelos entes que deles cuidam; e é nesse mundo que o doente percebe sua existência como uma deterioração de sua autonomia, de seu autocuidado e de sua individualidade. (SALES *et al.*, 2010, p. 227).

O impacto da doença e da estomia está, intimamente, associado à dor, que ultrapassa os sintomas físicos e traz também isolamento social, baixa autoestima e medo quanto à caminhada nessa nova fase da vida. Entretanto a percepção desse novo jeito de ser, no sentido que fugir à regra do concebido como normal na esfera social, poderá ser compreendida por diferentes olhares. Optar pelo olhar da oportunidade e

conseguir visualizar a condição de ser estomizado, como uma alternativa frente a uma doença crônica, pode ser o primeiro passo para um viver com dignidade.

A ostomia é considerada uma das mais importantes realizações cirúrgicas porque possibilita a sobrevivência da pessoa acometida por câncer colorretal. Apesar da aceitação desse procedimento por parte dos profissionais de saúde, parece que, para o portador de colostomia, torna-se um processo complexo. (MARUYAMA, 2005, p. 217).

Nessa perspectiva, acredita-se que a cirurgia geradora de estomia surge como uma solução a um sério problema de saúde, seja uma doença crônica detectada precocemente, ou em estágio avançado, ou eventuais traumas e doenças congênitas. Por isso, deve-se tentar desenvolver um sentido positivo ao olhar para uma estomia ao exercer o cuidado de enfermagem. Saber perceber qual o sentido que cada pessoa estomizada possui sobre sua nova condição de vida e buscar, por meio de uma relação dialógica, elaborar com essa pessoa novas possibilidades para retomada de seu cotidiano é essencial.

Para Santos (2000), embora as pessoas estomizadas não componham um número expressivo de usuários do ponto de vista estatístico, em termos de Saúde Pública, e serem quantitativamente cada vez menos significativos, possuem o direito de dispor de atenção especial dos profissionais e serviços de saúde. De um lado a problemática em constituírem na esfera física custo elevado aos cofres públicos e para o próprio usuário, relacionado à aquisição com os equipamentos específicos, e, de outro lado, na esfera psicossocial, o profundo reflexo na qualidade de vida individual e familiar, aspectos que apontam para necessidade de ações pontuais centradas no processo de reabilitação. (SANTOS, 2000).

Estudos epidemiológicos estimam que existam aproximadamente 170 mil estomizados no Brasil. (SANTOS, 2006; SANTOS, 2007). Talvez pareça irrelevante estatisticamente, já que até o ano de 2005 o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), no seu censo demográfico, ainda não apresentou dados relativos a essa população no Brasil. Considerando a causa básica da cirurgia geradora de estomia estar associada à neoplasia, a World Health Organization (2008) divulgou a estimativa de aumento do número de óbitos por neoplasia no mundo em 45% entre 2007-2030 (7.9 a 11.5 milhões de mortes),

influenciado em parte por um aumento e envelhecimento da população global. Novos casos de câncer no mesmo período estimam-se saltar de 11,3 milhões em 2007 para 15,5 milhões em 2030.

Estudo realizado no município de Belém, capital do Pará, Brasil, evidenciou as características sociodemográficas e clínicas de 443 pessoas estomizadas (Tabela 1) que realizaram a Consulta de Enfermagem dentre as 705 pessoas cadastradas no Serviço de Estomaterapia da Unidade de Referência Especializada (URE) Presidente Vargas no período entre 05 de outubro de 2009 e 20 de janeiro de 2010. (SILVA; SILVA, 2010).

Tabela 1 - Características sociodemográficas e clínicas de estomizados, Belém-PA, 2010

CARACTERÍSTICAS SÓCIO-DEMOGRÁFICAS	DESCRIÇÃO	%
Sexo	Feminino	50,79
Faixa etária	>60	31,83
Estado Civil	Casados	47,45
Escolaridade	Ens. Fund. Incompleto	56,98
Ocupação aposentados	Aposentados	33,83
Renda	1 -3 salário mínimo	66,51
Procedência	Capital	61,85
CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS	DESCRIÇÃO	%
Causa básica da estomia	Neoplasia	53,48
Tipo de estomia	Colostomia	63,53
Caráter da estomia	Permanente	51,24
Diâmetro estomia	20 -40mm	67,90
Tempo de estomizado	0 -2 anos	60,51
Complicações da estomia	Outra	48,36
Complicação de pele periestomal	Dermatite	82,39
Equipamento mais utilizado	Duas peças	84,42

Fonte: Adaptado de SILVA; SILVA, 2010.

*Nota: n=443

Esses dados revelam a necessidade de se buscar informações sobre o perfil desse grupo de pessoas para subsidiar ações de atenção à saúde na região, capacitação profissional, previsão e provisão de equipamentos e adjuvantes para estomias.

2.2. ENFERMAGEM EM ESTOMATERAPIA: SUA ORIGEM NO MUNDO, NO BRASIL E O INVESTIMENTO PERMANENTE EM EDUCAÇÃO PROFISSIONAL

Norma N. Gill-Thompson, após ser submetida a uma ileostomia, foi convidada pelo cirurgião que realizou sua operação, Rupert Turnbull Jr., a ingressar no *staff* da Cleveland Clinic Foundation e assim contribuir para a reabilitação das pessoas estomizadas. Com o sucesso desse trabalho, foi criado em 1961 o primeiro curso de estomaterapia do mundo, o qual concedia o título de Estomaterapeutas aos concluintes. Norma N. Gill-Thompson foi considerada a primeira ET da história. (SANTOS; CESARETTI 2000).



Figura 2 – Norma N. Gill-Thompson
Fonte: WELLER, 1980.

Em 1978, em Milão, Itália, durante a realização do primeiro congresso de estomaterapia, realizado em conjunto com a International Ostomy Association⁸ (IOA) foi fundado o World Council of Enterostomal Therapists (WCET), tendo Norma N. Gill-Thompson como idealizadora, fundadora e presidente. É órgão oficial da estomaterapia mundial. Sua finalidade é a promoção de especialistas e regulamentação da especialidade em todo o mundo. Em 1980, foi

⁸ Associação Internacional dos Ostomizados, fundada em 1974, cuja sede situa-se na cidade de Toronto, Canadá, estabeleceu uma Declaração dos Direitos dos Ostomizados com o objetivo de que todos os países assumam o dever de garantir a todos as pessoas estomizadas o direito a uma qualidade de vida satisfatória após as cirurgias.

determinado pelo WCET que a estomaterapia seria desenvolvida exclusivamente por enfermeiros. (SANTOS; CESARETTI, 2000).

No Brasil, a estomaterapia surgiu com iniciativa de Vera Lúcia Conceição de Gouveia Santos, enfermeira estomaterapeuta e professora associada do Departamento de Enfermagem Médico-Cirúrgica da EEUSP, responsável pela criação do primeiro curso de especialização no País, na referida instituição no ano de 1990 e único até 1998. (ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE ESTOMATERAPIA, 2010).

Outro avanço relevante à estomaterapia brasileira foi a fundação da Associação Brasileira de Estomaterapia: estomias, feridas e incontinências (SOBEST), no dia 04 de dezembro de 1992, no Hospital Alemão Oswaldo Cruz, uma sociedade multidisciplinar, de caráter científico e cultural, fundamentada sob as bases éticas e filosóficas da Associação Brasileira de Enfermagem (ABEN) em nível nacional e nas do WCET em nível internacional. (SOBEST, 2010).

A SOBEST tem como finalidade o desenvolvimento técnico-científico de seus associados, da comunidade de enfermagem e profissionais da área da saúde, voltado à assistência a pessoas com estomias, fístulas, tubos, cateteres e drenos, feridas agudas e crônicas e incontinências urinária e anal, nos seus aspectos preventivos, terapêuticos e de reabilitação em busca da melhoria da qualidade de vida.

De acordo com a SOBEST, há em desenvolvimento no Brasil, até o momento, 17 cursos de Especialização em Enfermagem em Estomaterapia (Fig. 3, 4, 5). Além das atividades científicas realizadas pela SOBEST, a entidade criou a revista ESTIMA, que se propõe a editar temas relevantes à estomaterapia, sendo veículo oficial de comunicação da SOBEST, e ainda desenvolveu seu web-site: www.sobest.org.br, que favorece a interação da entidade com seus sócios, demais profissionais, acadêmicos e a sociedade. (ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE ESTOMATERAPIA, 2010).

No Brasil, o desenvolvimento na formação especializada do enfermeiro na área da estomaterapia tem sido relevante. Na região Sudeste, há maior concentração de cursos de estomaterapia e conseqüentemente maior número de enfermeiros estomaterapeutas, seguida das regiões Sul e Nordeste. Na região Centro-Oeste, não há nenhum curso de estomaterapia, porém, há enfermeiros estomaterapeutas que buscaram essa formação em outras regiões. Esse também é o caso do estado do Pará, na região Norte do País, que possui apenas uma ET, a qual buscou formação especializada na região Sudeste. Cabe registrar que no ano de 2009 foi oferecido pela

Universidade do Estado do Amazonas (UEA), na cidade de Manaus, o primeiro curso de especialização em estomaterapia na região. Até a conclusão desse estudo ainda não havia sido divulgado pela SOBEST o quantitativo dos concluintes.



Figura 3 – Cursos atualmente referendados pela SOBEST e certificados pelo WCET desenvolvidos no Brasil
Fonte: SOBEST, 2010.

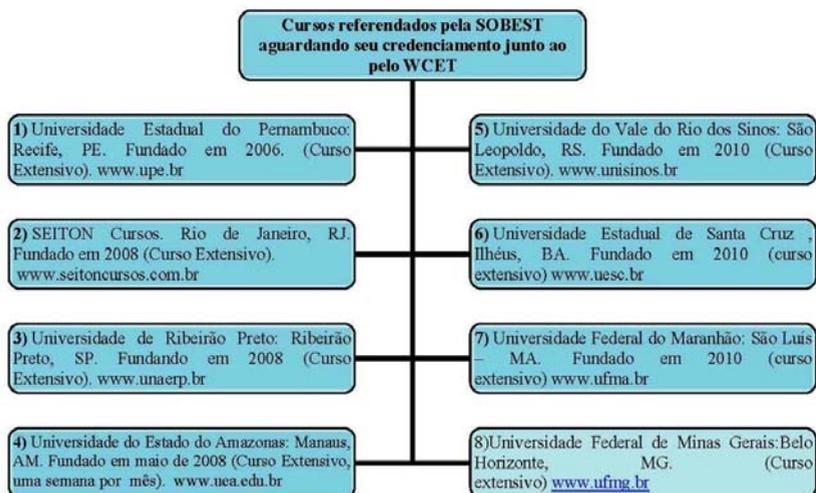


Figura 4 – Cursos referendados pela SOBEST aguardando seu credenciamento junto ao WCET

Fonte: SOBEST, 2010.



Figura 5 – Cursos em desenvolvimento em fase de análise do projeto

Fonte: SOBEST, 2010.

Os últimos dados divulgados pela SOBEST evidenciaram a distribuição dos enfermeiros estomaterapeutas no Brasil (Tabela 2). Vale ressaltar que atualmente existem aproximadamente no Brasil 700 enfermeiros estomaterapeutas, porém, esses dados até o término desse estudo ainda não estavam atualizados no site da SOBEST.

Tabela 2 - Pós-graduados em Estomaterapia em cursos credenciados. SOBEST, março 2007

ESTADO	N	%	Região
AC	1	0,3	Norte
AL	2	0,6	Nordeste
AM	1	0,3	Norte
BA	7	2,1	Nordeste
CE	19	5,6	Nordeste
DF	3	0,9	Centro-Oeste
ES	3	0,9	Sudeste
GO	3	0,9	Centro-Oeste
MA	2	0,6	Nordeste
MG	34	10,0	Sudeste
MS	2	0,6	Centro-Oeste
MT	1	0,3	Centro-Oeste
PA	1	0,3	Norte
PE	5	1,5	Nordeste
PI	1	0,3	Nordeste
PR	9	2,6	Sul
RJ	30	8,8	Sudeste
RN	2	0,6	Nordeste
RS	5	1,5	Sul
SC	4	1,2	Sul
SP	205	60,1	Sudeste
TO	1	0,3	Norte
TOTAL	341	100,0	

Fonte: SOBEST, 2010.

Nesse contexto, cabe aqui um breve resgate da enfermagem em estomaterapia no Pará, na qual se torna imperativo o registro de algumas atividades desenvolvidas nessas últimas duas décadas, em busca da consolidação da especialidade com vistas à melhoria da atenção à saúde das pessoas em nossa região. Tais atividades incluem: projetos de pesquisa e extensão, textos em jornais, organização e participação em eventos, trabalho de conclusão de curso de graduação, monografias e dissertações. (CUNHA; MERCES; RIBEIRO, 1997; FERREIRA, 2000; CUNHA, 2000; MARTINS; SALES, 2001; CUNHA, 2001; CUNHA, 2002; CUNHA, 2005; ARAUJO; CUNHA; LOBATO; PINHEIRO, 2005; CUNHA; CARVALHEIRA; NASCIMENTO, 2006; FRANCO;

LEAO; FERREIRA; PEREIRA; CUNHA, 2008; CUNHA; BACKES; FERRAZ; MOREIRA; PEREIRA, 2008).

Em Belém, capital do estado do Pará, existem seis hospitais públicos nos quais são realizadas cirurgias geradoras de estomias. Nas instituições de saúde pública de Belém, a pessoa é informada que irá submeter-se a uma cirurgia e precisará utilizar uma "bolsa", ignorando assim os benefícios da cirurgia, como exemplo a cura de um câncer colorretal quando detectado precocemente, e o acesso a informações consistentes sobre como será a sua vida após a cirurgia. As demais instituições de saúde privadas e/ou conveniadas ao SUS, existentes na capital e no interior do estado, também realizam essas cirurgias e também não dispõem de assistência integral e individualizada à pessoa estomizada. (CUNHA, 2001).

Quando essas pessoas recebem orientações, são insuficientes e assistemáticas quanto aos cuidados com saúde e com sua estomia. Encontram dificuldades para tomar conhecimento de sua entidade representativa. Não dispõem de atenção nos serviços de saúde nas unidades de média e baixa complexidade e dependem exclusivamente do SUS para receber equipamentos e adjuvantes necessários à sua vida. (CUNHA, 2001).

A situação exposta torna-se mais grave quando a pessoa estomizada reside distante da capital paraense. A população ribeirinha⁹, provavelmente, não consegue imaginar que existem benefícios que possam contribuir para melhorar sua vida, citando como exemplo: a disponibilidade pelo SUS de equipamentos coletores e adjuvantes para fezes e urina, concessão do Tratamento Fora do Domicílio (TFD), gratuidade nos transportes coletivos e ainda o auxílio social, em situações onde a causa básica de sua estomia seja neoplasia. Pessoas estomizadas de localidades longínquas costumam fazer a cirurgia e só retornam a Belém em casos de complicações extremas ou a cada três meses para receber seus dispositivos. (CUNHA, 2001).

Dispor de atenção à saúde com boa qualidade é imprescindível para a adaptação dessa pessoa à sua nova condição de estomizada. Muitas pessoas permanecem anos, após a cirurgia, cuidando de sua estomia de modo inadequado e, ainda, improvisando bolsas coletoras com tecidos usados, fraldas, sacos plásticos, o que, geralmente, ocasiona complicações de pele periestomal, interferindo no próprio convívio social. (CUNHA, 2001). A deficiência no atendimento à pessoa estomizada fere os princípios da IOA, que estabelece os direitos da

⁹ População que vive às margens dos rios da Amazônia.

pessoa estomizada em âmbito mundial. (ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DOS OSTOMIZADOS, 2010).

Nessa perspectiva, a URE Presidente Vargas, localizada na cidade de Belém, dispõe entre os programas da unidade o Programa de Colostomizados¹⁰, pelo qual as pessoas recebem os equipamentos e adjuvantes para estomias. A relação da necessidade anual desses equipamentos é elaborada pela diretoria da AOPA e encaminhada à direção da Unidade. Esta encaminha o pedido para o 1º Centro Regional de Saúde - Belém¹¹ e assim inicia-se o processo licitatório junto à Secretaria de Estado de Saúde Pública do Pará (SESPA). Periodicamente se faz necessário a compra direta desses equipamentos, provavelmente em função de deficiente previsão e provisão que possa atender às pessoas anualmente.

Diante do exposto e com a realização desta pesquisa, nos envolvemos com todo o processo de discussão, elaboração e implantação de um serviço que pudesse oferecer atenção integral à pessoa estomizada por demanda referenciada ou espontânea na URE Presidente Vargas. Diversos encontros e reuniões com gestores da unidade, membros da diretoria da AOPA e representantes da Coordenação Estadual da Pessoa com Deficiência/Secretaria de Estado e SESPA ocorreram durante os anos de 2008 e 2009 com vistas a discutir a viabilização da implantação do serviço na Unidade.

¹⁰Secretaria de Estado de Saúde Pública – SESPA. Disponível em :

<http://www.sespa.pa.gov.br/index.php?option=com_content&view=article&id=66&Itemid=99>.

¹¹ Embora sua área de abrangência atenda os municípios da Região Metropolitana de Belém (Belém, Ananindeua, Marituba, Benevides e Santa Bárbara), realiza a compra de equipamentos para serem distribuídos às pessoas estomizadas de todo o estado. Disponível em:

<http://www.sespa.pa.gov.br/index.php?option=com_content&view=article&id=83&Itemid=63>.



Figura 6 – Uma das reuniões realizadas com técnicos da 1ª Regional de Saúde/SESPA e membros da AOPA. Belém-PA, 2009.

Fonte: CUNHA, 2009. Arquivo pessoal.

Com efeito, no dia 05 de outubro do ano de 2009, deram-se início às atividades de Serviço de Estomaterapia: estomias, feridas e incontinências da URE Presidente Vargas na cidade de Belém-PA. Nascia inicialmente com a proposta de disponibilizar consultas nas áreas de enfermagem, nutrição, psicologia, serviço social e urologia. Na unidade não havia coloproctologista. Com a necessidade desse atendimento, a assistente social ficaria responsável por providenciar o encaminhamento. Essa alternativa foi escolhida em reunião com os profissionais da Unidade após o início das atividades do serviço. Cabe aqui ressaltar que as enfermeiras responsáveis pelo serviço possuem especialização na área de Enfermagem Cirúrgica.

O objetivo do serviço é inicialmente atender pessoas estomizadas em fases pré e pós-operatória para seguimento ambulatorial encaminhadas pela atenção básica ou demanda referenciada ou espontânea e/ou que apresentem complicações tardias de resolatividade ambulatorial: complicações na estomia, distúrbios urinários e outros.



Figura 7 - Encontro de Educação Permanente com profissionais da URE Presidente Vargas com a temática atenção à pessoa estomizada. Belém-PA, 2009.
Fonte: CUNHA, 2009. Arquivo pessoal.

A implantação desse serviço foi concretizada em um período de deficiente distribuição de equipamentos coletores e adjuvantes para estomia. Essa situação foi resultante do cancelamento do processo licitatório desses produtos, havendo a necessidade de atualizar a padronização e assim iniciar um novo processo.

Com a implantação do Serviço de Estomaterapia na unidade, todo o processo de atenção à pessoa estomizada, incluindo-se a previsão, provisão, acondicionamento e distribuição de todo equipamento e adjuvante para estomia, seria de responsabilidade das enfermeiras do serviço e da farmácia da URE Presidente Vargas.



Figura 8 - Consulta de Enfermagem à pessoa estomizada na URE Presidente Vargas. Belém-PA, 2009.

Fonte: CUNHA, 2009. Arquivo pessoal.



Figura 9 – Educação para o autocuidado emancipatório em Consulta de Enfermagem à pessoa estomizada na URE Presidente Vargas. Belém-PA.

Fonte: CUNHA, 2009. Arquivo pessoal.

A implantação do serviço demanda a criação de diretrizes básicas e gerais, com a proposição de normas e padrões assistenciais com foco na reabilitação da pessoa estomizada, visando à melhoria da assistência oferecida por meio de ações educativas que envolvam os profissionais, o

usuário, seus familiares e a comunidade na qual está inserido. Essas diretrizes deverão ser consolidadas concomitantemente às atividades desenvolvidas no serviço.

Prover os serviços e os profissionais de saúde, por meio de planejamento da assistência que contemple o apoio psicológico e a educação para a saúde, desenvolvendo as aptidões da pessoa estomizada para o autocuidado, constitui um papel decisivo na adaptação fisiológica, psicológica e social da pessoa estomizada e seus familiares, favorecendo a melhoria significativa da qualidade de vida dessas pessoas. (CASCAIS; MARTINI; ALMEIDA, 2007).

O investimento na formação de profissionais para melhor cuidar desse grupo de pessoas, para aprimorar os instrumentos de reconhecimento da realidade local e elaborar estratégias de aproximação/parceria intersetorial é essencial para a saúde das pessoas. Elege-se ainda a necessidade do desenvolvimento de ações educativas emancipatórias, as quais poderão ser consideradas como ações essenciais no campo da Promoção à Saúde.

Para que se possa estabelecer essa provisão dos serviços e profissionais de saúde, deve-se investir no centro de toda atividade humana efetiva e eficaz: a educação. Cabe ressaltar que esse processo demanda amorosidade, responsabilidade e consciência política.

O investimento em formação de profissionais na área da enfermagem em estomaterapia ainda é um dos desafios a ser ultrapassado. Acreditamos que com o trabalho coletivo de profissionais e necessidade do próprio usuário dos serviços de saúde essa meta poderá ser alcançada.

2.3 PROMOÇÃO DA SAÚDE E A COMPREENSÃO DO CONCEITO *EMPODERAMENTO (EMPOWERMENT)*

A Promoção da Saúde constitui uma das perspectivas de intervenção na saúde, seja ela individual ou coletiva, trazendo em sua essência uma concepção ampliada do processo saúde-doença e de seus determinantes. (BRASIL, 1996b).

No ano de 1986, ocorreu na cidade de Ottawa, Canadá, a I Conferência Mundial de Promoção da Saúde, sendo considerada a referência das ideias da promoção para o mundo, tendo contribuído para ampliar as discussões sobre os determinantes da saúde e o objeto de

ação de suas práticas. Na ocasião, a Promoção à Saúde foi conceituada como “processo de capacitação da comunidade para atuar na melhoria da sua qualidade de vida e saúde, incluindo uma maior participação no controle deste processo”. (BRASIL, 1996b).

Esse conceito traz à tona a mudança de posição da população, assumindo um papel na identificação dos problemas a serem resolvidos.

A Carta de Ottawa, documento firmado nessa conferência, que estabelece intenções para a área da saúde, propõe cinco eixos de atuação: elaboração e implementação de políticas públicas saudáveis; criação de ambientes favoráveis à saúde; reforço da ação comunitária; desenvolvimento de habilidades pessoais e reorientação dos sistemas e serviços de saúde. (BRASIL, 1996b).

Em 1988, na conferência realizada em Adelaide, Austrália, as discussões centraram-se no tema das Políticas Públicas Saudáveis, reforçando o entendimento da saúde como um direito humano fundamental e um sólido investimento social. Para o fortalecimento das políticas públicas saudáveis, foi evidenciada a necessidade de se ampliar o interesse e a preocupação de diferentes setores no sentido de criar ambientes favoráveis para a vida. (BRASIL, 1996b).

Na oportunidade, foi destacado o conceito de equidade, como meta para a superação das desigualdades decorrentes da inserção social desigual. Foi então discutida a importância do desenvolvimento de parcerias com vistas a ações intersetoriais capazes de causar impacto sobre as condições geradoras de saúde. (BRASIL, 1996b).

Em 1991, foi realizada a III Conferência Internacional de Promoção à Saúde, em Sundsvall, na Suécia, que contribuiu para a melhor caracterização do campo de ação relacionado aos ambientes saudáveis. Nessa conferência, foram incorporadas as dimensões sociais, econômicas, políticas e culturais, além dos aspectos físicos e naturais ao conceito de ambiente. (BRASIL, 1996b).

No contexto da América Latina, foi realizada, em 1992, uma Conferência Internacional de Promoção à Saúde, em Santa-Fé de Bogotá, Colômbia, sendo discutida prioritariamente a adequação da incorporação dos conceitos do novo paradigma da Promoção à Saúde no continente latino-americano. (BRASIL, 1996b).

Os cinco princípios fundamentais elaborados foram: superação das dificuldades de tipos econômico, ambiental, social, político e cultural; novas alternativas para combater simultaneamente as enfermidades causadas pelo atraso e a pobreza e aquelas derivadas da urbanização e industrialização; democracia nas relações sociais;

conquista da equidade e desenvolvimento dos seres humanos e sociedades. (FREITAS, 2003).

Nessa reunião, foi destacada a importância dos determinantes sociais sobre a saúde dos povos, propondo que o conceito de Promoção à Saúde incorporasse a tarefa de transformar ações de exclusão, com vistas a aproximar os interesses econômicos e objetivos sociais de bem-estar coletivo. (BRASIL, 1996b).

Em 1997, em Jacarta, Indonésia, ocorreu a IV Conferência Internacional de Promoção à Saúde. Foi a primeira vez que um país asiático e em desenvolvimento, com problemas estruturais extremamente sérios, sediou esse tipo de evento, o que acabou por reforçar os propósitos anteriormente delineados para a Promoção à Saúde. Foi destacada a importância de se formular ações concretas para alcançar os propósitos e de se estabelecer uma articulação mundial para efetivá-las, dadas as condições desiguais vivenciadas pelos diferentes países. A “Aliança Global” proposta implica um compromisso de reforçar as ações necessárias, dadas as especificidades de cada país, sem que isso signifique que os países sejam responsáveis únicos na concretização das metas. (BRASIL, 1996b).

A Promoção da Saúde se configura como o instrumento para capacitação dos indivíduos para aumentar o controle sobre os determinantes da saúde. (WALLERSTEIN; BERNSTEIN, 1994). Nessa perspectiva, a Promoção da Saúde preconiza a busca por estratégias que possam elevar a participação das pessoas na melhoria de sua saúde, de forma a engajá-las e reintegrá-las ao convívio social. Por isso, a necessidade de criação de espaços que possibilitem a troca, a voz, a escuta dessas pessoas.

Vale recordar que no Brasil, a partir da Lei 8080/90, a participação popular obteve o direito de participar das decisões do governo. Esse direito é exercido através dos Conselhos de Saúde, embora se deva pensar na dificuldade que tem a população de ser ouvida em órgãos como os próprios Conselhos de Saúde, instituídos em 1998 pelo Sistema Único de Saúde (SUS).

Segundo Souza (2007), o início concreto do SUS ocorreu somente com a Norma Operacional Básica (NOB), de 1996, cuja implantação deu-se em 1997 e 1998. O autor justifica sua afirmativa em função de que somente nesse período que todos os entes federados passaram a integrar definitivamente o SUS, iniciando assim a mudança no modelo de financiamento, cortando com isso o cordão umbilical da continuidade do financiamento da época do Instituto Nacional de

Previdência Social (INAMPS). Cabe lembrar que o INAMPS era um sistema contributivo, cujos gastos eram bastante elevados nas cidades de São Paulo do que como em Manaus, no Amazonas. O surgimento do SUS incorpora o compromisso e a responsabilidade do Estado em promover ações necessárias à saúde da população.

Dentro da história da saúde brasileira, o que mudou com a implantação do SUS? Entre as diversas mudanças, a principal é a consideração da saúde enquanto dever do Estado e direito dos cidadãos. Agora a saúde não é privilégio de poucos, mas direito de toda a população brasileira, independentemente de classe social, de raça, de gênero ou de qualquer outra característica que possa cercear o acesso à saúde. É notório que princípios do SUS, entre eles a universalidade e a equidade frente aos serviços de saúde, transformaram o País. Contudo, é importante destacar que, assim como esse, todo processo de mudança necessita de um tempo para ser compreendido pela sociedade. O SUS ainda é jovem na história do Brasil e demanda algum tempo para que sua estrutura e seus trabalhadores consigam consolidar seus princípios doutrinários e constitucionais.

A participação da sociedade civil, através de diferentes formas de representação, constitui um mecanismo para a formulação e implementação de políticas que atendam às suas necessidades. Cabe ao Estado e à sociedade definir políticas de saúde que garantam os direitos de saúde às pessoas com deficiência, principalmente por possuírem necessidades especiais. Portanto, mesmo que os direitos sejam estabelecidos por lei, é necessário que os próprios usuários, como parte da sociedade civil, percebam que nem todas as necessidades são satisfeitas, ou os direitos são exercidos. Faz parte de seu papel, portanto, conquistar e garantir direitos.

No Brasil, ainda se busca, pelo modelo contra-hegemônico do SUS, que se deixe de privilegiar a doença e se fortaleçam as ações de atenção à saúde, contemplando efetivamente a nova promoção da saúde. (LANZONI *et al.*, 2009).

O pouco tempo de existência do SUS aponta para o seu maior desafio: vencer a desigualdade, pelo menos do ponto de vista da oferta e do acesso, e ainda melhorar a qualidade das práticas, adequando-as aos problemas de saúde das pessoas. Essa desigualdade em saúde resulta de alguns fatores, como desenvolvimento econômico, renda, educação, emprego, etc., distribuídos de forma desigual em nosso país. (SOUZA, 2007).

Com efeito, a intensa globalização e o aumento dos problemas urbanos focalizam a necessidade de investimento em todos os recursos

disponíveis para a busca de estratégias que possam minimamente solucionar problemas, principalmente os relativos à saúde coletiva. É nesse contexto que discutimos a necessidade do *empoderamento* (*empowerment*), focalizando a possibilidade do saber e do poder de influir na saúde das comunidades e dos movimentos sociais. O *empoderamento* (*empowerment*) consiste no “ato de ganhar, mas com um sentido de uma estratégia cuja interface situa-se na ação-reflexão-ação, na práxis do sujeito”. (LABONTE, 1994, p. 256).

O *empoderamento* (*empowerment*), como processo e resultado, tem sido caracterizado como um processo de ação social onde as pessoas exercem controle sobre suas vidas em consonância com as outras, isto é, uma habilidade de tomada de decisão, considerando conhecimento do contexto político-social e o conhecimento dos recursos individuais e da comunidade. (TRENTINI; CUBAS, 2005).

O *empoderamento* (*empowerment*), sob a ótica da Promoção da Saúde, pretende elaborar estratégias para que as pessoas possam alcançar melhor resolutividade, controlando assim os fatores que prejudicam sua saúde, jamais isentando a responsabilidade do Estado em prover a saúde da população. (TEIXEIRA, 2002).

Nas últimas décadas, esse termo tem sido foco de interesse de estudo de diversos autores (BAQUERO, 2005; BERLINCK, 2003; COSTA, 2006; HEIDEMANN, 2006; TEIXEIRA, 2002; WENDHAUSEN; BARBOSA; BORBA 2006), por tratar de liberdade de escolha, direito à informação e esclarecimento da saúde pelas pessoas. A esperança em atingir um grau de *empoderamento* (*empowerment*) que mobilize as pessoas para a tomada de consciência de sua situação atual, para que, motivadas, possam caminhar rumo à consolidação da materialização das políticas de saúde em prol de seu bem-estar por uma vida digna, constitui uma responsabilidade social.

Wallerstein (1994) propõe uma dimensão mais abrangente desse conceito na prática das ações em saúde, na qual os indivíduos possam ampliar o controle sobre suas vidas por meio da participação em grupos em busca de transformação da realidade político-social. Afirma que o *empoderamento* (*empowerment*) constitui-se como um termo multifacetado, apreendendo o caráter múltiplo, individual e coletivo, presente nos processos de mudanças em organizações, comunidades e na sociedade, com interface na educação libertadora de Paulo Freire.

Paulo Freire, em diálogo com Shor, discute o conceito de *empoderamento* (*empowerment*) estadunidense associado à concepção liberal peculiar naquela sociedade. Para Freire, a questão do *empoderamento* (*empowerment*) da classe social envolve a questão de

como a classe trabalhadora, por meio de suas próprias experiências, como fazedores de sua própria cultura, se envolve para a obtenção do poder político. Essa perspectiva faz do *empoderamento* (*empowerment*) muito mais do que uma concepção individual ou psicológica. Aponta um processo político das classes dominadas que buscam a própria liberdade da dominação, um longo processo histórico de que a educação é uma frente de luta. (FREIRE; SHOR, 1986)

A obra de Paulo Freire retrata esse conceito para além do ato psicológico ou individual, mas como um ato social e político, por ser o ser humano um sujeito social e político. Em profunda análise do termo, pode-se afirmar que *empoderamento* (*empowerment*) é o eixo que liga a consciência e a liberdade. Tomar consciência acarreta pessoas e grupos empoderados, resultante da *práxis* de reflexão dos próprios sujeitos, a partir de temas motivadores, pelas perguntas problematizadoras que os fazem agir, refletir e agir. (STRECK; REDIN; ZITKOSKI, 2008).

Na compreensão de Streck, Redin e Zitkoski (2008), Paulo Freire considera o *empoderamento* (*empowerment*) como processo que emerge das interações sociais, nas quais os seres humanos problematizam a realidade, e a medida que vão desvelando a realidade se empoderam para transformar as relações sociais de dominação.

Paulo Freire, em seus livros, vislumbra esse ato político efetivado por meio de uma ação cultural com vistas à libertação dos oprimidos. Essa libertação deve acontecer na consciência do oprimido, que, na maioria das vezes, encontra-se dominada pela consciência do opressor. A educação libertadora centrada nos oprimidos, que se encontram majoritariamente nas classes populares, pode cumprir um papel contra-hegemônico e, portanto, transformador. (MEIRELLES; INGRASSIA, 2006).

Na ação educativa libertadora, existe uma relação de troca horizontal entre os sujeitos, exigindo-se, nesta troca, atitude de transformação da realidade conhecida. É por isso que a educação libertadora é acima de tudo uma educação conscientizadora, na medida em que, além de conhecer a realidade, busca transformá-la, ou seja, as pessoas aprofundam seus conhecimentos em torno do mesmo objeto cognoscível para poder intervir sobre ele. Para isso, um passo importante é o *empoderamento* (*empowerment*). O comprometimento com a transformação social é a premissa da educação libertadora. Tal libertação não é só individual, mas, principalmente, coletiva, social e política.

[...] o processo de empoderamento não se restringe a uma experiência individual – ele

precisa inserir-se num processo social, coletivo de desenvolvimento dos potenciais, pois sua evolução depende de fatores facilitadores relacionados ao meio sócio-ambiental, espaço de vida dos indivíduos que os experienciam. Por isto, é essencial descobrir-se/sentir-se parte do coletivo e da história, sentir-se e assumir-se enquanto sujeito, ao mesmo tempo condicionado e condicionante do meio. À medida que as intervenções trouxerem resultados positivos, os envolvidos perceberão sua força e sua capacidade para agir, o que poderá despertar-lhe a vontade e a disposição para novas ações. (KLEBA, 2005, p. 215).

Influenciados pela pedagogia freireana, alguns autores do *empoderamento* (*empowerment*) comunitário tentam estimular um modelo educacional que adote a educação como prática de liberdade, projeto este que alguns denominam *empowerment education*, que também pode ser denominado de educação popular e/ou educação para a transformação. (VASCONCELLOS, 2003).

A maioria da população brasileira não tem experiência de atuação política, por ser constituída de pessoas oprimidas no exercício de seus direitos. Ao buscarem inserção em processos que favorecem o aprendizado provavelmente possam retirar a venda que impossibilita a visão da educação enquanto processo fundamental ao *empoderamento* (*empowerment*) frente às políticas de saúde.

Obviamente que essa cultura é fruto de um processo histórico e político que não cabe discutir nesse texto, mas merece ser destacado. Alguns aspectos influenciam negativamente na atuação da sociedade, como baixa ou nenhuma escolaridade, salários indignos, dificuldades de acesso aos serviços de saúde. Essas situações contribuem para o descrédito, para o medo de se colocar e expressar seus pensamentos, de reivindicar melhores condições de atenção à sua vida.

Isso não significa que essa população não tenha interesse em tomar uma atitude frente à sua realidade, mas o deficiente processo de educação excludente teima em manter os olhos vendados e, conseqüentemente, a deficiente informação acerca de sua própria história, sua cultura e seus direitos persiste em mantê-los cativos do medo e sem a remota possibilidade de *empoderamento* (*empowerment*).

Moreira e Marinho (2005) promoveram o envolvimento

interinstitucional e da sociedade civil na eliminação da hanseníase por meio de estratégias educativas com profissionais e membros da comunidade, constituindo um exemplo de *empoderamento* (*empowerment*) individual e coletivo.

Os grupos compostos de pacientes acometidos por doenças crônicas constituem importantes grupos de interesse e pressão para a formulação de políticas e práticas de saúde que atendam as suas necessidades e demandas específicas.

Entende-se que uma associação de usuários, independentemente da causa que os aproxima, foca apenas o interesse de seu grupo específico. As fragilidades física, emocional, espiritual, econômica e tantas outras os aproximam, tornando-os grupos de autoajuda, que promovem discussões a respeito da doença, limitações, estigmas, inseguranças, rejeições, mas também alternativas e possibilidades de possuir uma vida digna. Essas pessoas, por serem seres históricos e com características individuais, agrupam-se para se fortalecerem mutuamente.

O *empoderamento* (*empowerment*) constitui a força motriz por agregar parceiros, não ser excludente, e por favorecer a inserção de conhecimento de todas as pessoas, conseqüentemente, qualificando o processo que elegemos para mudar. O *empoderamento* (*empowerment*) é poder falar, ter autonomia pra decidir sobre o que se quer, o que se faz, o que realmente é importante para cada pessoa envolvida no processo de transformação. Vale destacar que o poder referido aqui se trata do poder que deve ser exercido pelas pessoas, que dá a palavra a outro, um poder que circula e permeia a relação com o outro e se faz entender no processo decisório. (WENDHAUSEN; KLEBA, 2010).

2.4 POLÍTICA NACIONAL DE PESSOAS COM ESTOMIAS: ATITUDES DE *EMPODERAMENTO* (*EMPOWERMENT*)?

Diante da abordagem realizada anteriormente, desejo assinalar que ao observar a passividade das pessoas diante de situações de baixa resolutividade nos serviços de saúde me questiono: Essas pessoas teriam consciência de sua própria realidade? Penso que seria importante olhar a estomia como uma solução para um problema de saúde, e a pessoa estomizada perceber que se trata de um novo período, de novas perspectivas e não como um tempo de isolamento social, mas um tempo de novas conquistas favoráveis à sua própria vida.

Nesse bojo de discussões, situam-se as ações de atenção às pessoas estomizadas nos serviços públicos de saúde no Brasil. Bem antes da implantação do SUS, havia distribuição de bolsas coletoras especificamente aos beneficiários do extinto INAMPS. (BRASIL, 2005).

Na década de 1990, no estado de São Paulo, foi instituída a Comissão de Normatização de Assistência aos Ostomizados do SUS/São Paulo, que elaborou uma Proposta Básica, em setembro de 1993. As diretrizes propunham aumento da oferta de atendimento, regionalização e hierarquização dos serviços. Estabelecia ainda a assistência por equipe multiprofissional e padronização dos equipamentos coletores e protetores de pele. Na mesma época, outros estados, como Rio Grande do Sul e Santa Catarina, iniciaram atividades com vistas à organização de Programas de Atenção às Pessoas com Estomas. (BRASIL, 2005).

Em 1993, as Portarias Nº 116 e Nº 146 instituíram o fornecimento desses equipamentos, por meio da tabela do Sistema de Informação Ambulatorial (SIA/SUS), a toda pessoa estomizada em âmbito nacional. Embora abrangente, não atendia às reais necessidades das pessoas, pois restringia pelas especificações limitadas dos equipamentos e por estar desvinculada de uma política assistencial especializada. (BRASIL, 2005).

Em 1999, na Portaria Nº 1230, de 04 de outubro de 1999, foram incluídos novos itens e novas descrições que, embora ampliando as possibilidades quanto aos equipamentos coletores acessíveis aos usuários, continuavam não atendendo a todas as especificidades da clientela. A descrição imprecisa possibilitava a aquisição e posterior cobrança de procedimentos com características bem distintas. Criava-se, desse modo, uma situação para cobrança de procedimentos com valores muito diferentes dos materiais adquiridos. (BRASIL, 2005).

Segundo dados do Ministério da Saúde, a cada ano, são realizados aproximadamente 1 milhão e 400 mil procedimentos cirúrgicos de estomia, representando um repasse de R\$ 153 milhões. De janeiro a agosto de 2009, foram investidos R\$ 18 milhões na compra de equipamentos coletores, de proteção e segurança (bolsas coletoras, barreiras protetoras de pele sintética e coletores urinários). (BRASIL, 2009b).

Nesse contexto, emergiram duas entidades constituídas por usuários e profissionais dos serviços de saúde: a SOBEST, envolvida na estruturação de Programas e Serviços de Assistência, em sua maioria representados por Enfermeiros Estomaterapeutas, sensibilizados e

diretamente envolvidos com a atenção à pessoa estomizada; e a ABRASO, entidade representativa nacional da pessoa estomizada, com sua relevante inserção em instâncias deliberativas, como Conselhos e Conferências de Saúde. Associada ao desenvolvimento tecnológico dos equipamentos coletores e adjuvantes para estomias, materializou-se a necessidade de um programa de atenção às pessoas estomizadas no Brasil, considerando o atendimento interdisciplinar, com foco na promoção da saúde, visando à reabilitação e melhoria da qualidade de vida dessas pessoas nos diversos níveis de complexidade dos serviços de saúde em âmbito nacional. (BRASIL, 2005).

A partir desses movimentos políticos e sociais, o Ministério da Saúde, por meio de sua Política de Atenção às Pessoas Portadoras de Deficiências, entre elas, à pessoa estomizada, analisou a problemática vivenciada por essas pessoas e, em consonância com as necessidades e demandas dos usuários e dos profissionais de saúde, compôs duas comissões¹², no ano de 2002 e 2004, respectivamente, para a elaboração de uma Política Nacional de Saúde das Pessoas com Estomas. (SANTOS 2006).

Ao aceitar esse desafio, a SOBEST e a ABRASO, esta incorporada em 2004, elaboraram e apresentaram uma proposta de Política Nacional de Pessoas com Estomas¹³, no SUS, com vistas à reabilitação, objetivando a melhoria da qualidade da assistência prestada e, conseqüentemente, contribuindo para a melhoria da qualidade de vida desse segmento da população, para a qual havia a perspectiva de publicação ainda no ano de 2006. (BRASIL, 2005; SANTOS, 2006).

Nesse cenário, atendendo muito mais aos interesses do Ministério da Saúde, publicou-se, em 16 de novembro de 2009, a Portaria Nº 400, a qual estabelece diretrizes para organizar os serviços, define parâmetros e critérios para a forma de atendimento. Os serviços prestados no SUS passarão a ser classificados em dois níveis de atendimento, Atenção às Pessoas Ostomizadas I e Atenção às Pessoas Ostomizadas II, cuja diferença situa-se na complexidade de cada situação. No que tange à Atenção às Pessoas Ostomizadas I, será constituída por uma equipe composta minimamente por médico, enfermeiro e assistente social. Enquanto que Atenção às Pessoas Ostomizadas II poderá ser acrescida ainda de psicólogo, nutricionista e médicos especializados em proctologia, urologia, cirurgia, gastroenterologia e oncologia. (BRASIL,

¹² Membros da Comissão encontram-se no site da SOBEST: www.sobest.org.br

¹³ Disponível em www.sobest.org.br ou www.abraso.org.br

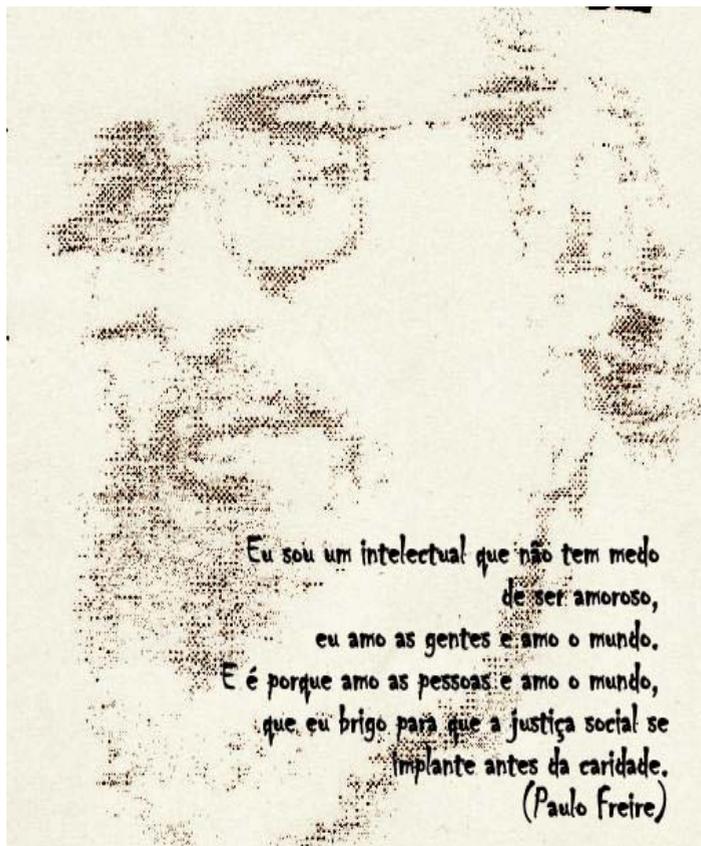
2009c). Cabe aqui ressaltar que essas diretrizes ainda se encontram distantes da Política Nacional desenvolvida anteriormente e nunca publicada.

As principais conquistas reveladas pelas diretrizes incluem atendimento integral, fornecimento de equipamentos coletores, ações de orientação para o autocuidado, utilização adequada de equipamentos coletores, prevenção e tratamento de complicações, criação do cadastro nacional de pacientes e educação permanente de profissionais. Institui ainda que atendimento seja ofertado não só em hospitais de alta e média complexidade, mas também em ambulatórios de hospitais gerais e em unidades e centros de Assistência de Alta Complexidade em Oncologia (UNACONS e CACONS). Afirma que assistência especializada será disponibiliza ao usuário em policlínicas e unidades de reabilitação física. (BRASIL, 2009c). Porém, nota-se a grande ausência do Enfermeiro Estomaterapeuta e a inserção de novos equipamentos e adjuvantes praticamente inalterados em relação à política vigente na década de 1990.

Embora a Portaria N° 400, de 16 de novembro de 2009, demande profundas transformações, acredito que resultou do processo de participação proativa da SOBEST e ABRASO, isto é, considero essa conquista como resultado de um processo de *empoderamento* (*empowerment*) de usuários e profissionais de saúde.

CAPÍTULO III

APREENSÃO DO PENSAMENTO DE PAULO FREIRE E A EDUCAÇÃO LIBERTADORA: UM DESAFIO A MINHA FORMAÇÃO



3 APREENSÃO DO PENSAMENTO DE PAULO FREIRE E A EDUCAÇÃO LIBERTADORA: UM DESAFIO À MINHA FORMAÇÃO

3.1 PAULO FREIRE: IMERSO DE HISTÓRIA E POLITICAMENTE ENTRELAÇADO EM SEU CONTEXTO CULTURAL, SOCIAL, POLÍTICO, IDEOLÓGICO E PEDAGÓGICO

Eleger Paulo Freire como teórico central justifica-se por encontrar sua obra mergulhada em uma prática pedagógica singela e amorosa sobre a educação libertadora, fundamental ao processo de *empoderamento* (*empowerment*) das pessoas. O pensamento freireano permite a reflexão sobre a educação dos homens e mulheres em distintas áreas do conhecimento. Outro motivo da opção deste referencial, intimamente ligado às questões educacionais, refere-se à sua própria trajetória intelectual, sua forma de ver e refletir o mundo e problematizar os temas que emergem do saber popular e como isso pode inovar com uma filosofia antropológica, filosófica e libertadora.

Paulo Reglus Neves Freire nasceu em 19 de setembro de 1921 de família de classe média. Caçula de quatro irmãos, foi alfabetizado por seus pais e aprendeu as primeiras palavras escrevendo com gravetos no chão do quintal de sua casa, em Recife/PE. Aos 10 anos de idade, mudou-se com sua família para Jaboatão dos Guararapes, interior de Pernambuco, durante a depressão econômica de 1929. Nela, aos 13 anos, perdeu seu pai. Na época, o sofrimento e as dificuldades materiais foram superados pelo amor cultivado no seio familiar. Essas experiências contribuíram para seu olhar sobre os menos favorecidos e a elaboração de seu inovador método de ensino. (GADOTTI, 1996).

A cidade de Jaboatão foi fundamental ao seu amadurecimento, onde aprendeu a ser menino e moleque harmonizando as forças, e jogar futebol, nadar, tomando gosto pelos estudos das sintaxes populares e erudita da língua portuguesa. (GADOTTI, 1996).

Sua primeira professora, D. Eunice, ensinou-lhe a não decorar regras, o que o fez estudar com muito mais prazer a tarefa de “formar sentenças”, as quais tinham seu sentido e significado debatidas uma a uma, educadora e educando juntos. (GADOTTI, 1996). Provavelmente a gênese do Método de Paulo Freire tenha emergido a partir dessa relação amorosa de ensino-aprendizado.

Cursou o fundamental e pré-jurídico no Colégio Oswaldo Cruz,

em Recife/PE. Aos 22 anos, ingressou na Faculdade de Direito de Recife. Paulo Freire nunca exerceu a profissão de advogado e preferiu trabalhar como professor numa escola de segundo grau ensinando a língua portuguesa. Com 23 anos, em 1944, casou-se com a professora primária Elza Maia Costa Oliveira, com quem teve cinco filhos. Nesse período, começou a lecionar Língua Portuguesa no Colégio Oswaldo Cruz. Em seguida, foi diretor e superintendente do setor de Educação e Cultura do SESI, órgão recém-criado pela Confederação Nacional da Indústria, onde iniciou o contato com a educação para adultos/trabalhadores, percebendo a problemática da questão educacional desse grupo e da própria nação brasileira, especificamente na alfabetização. (GADOTTI, 1996).

Na década de 1950, fundou o Instituto Capibaribe, instituição de ensino privado conhecida até hoje em Recife pelo seu alto nível de ensino e de formação científica, ética e moral voltada para a consciência democrática. Foi membro do Conselho Consultivo de Educação do Recife e, alguns anos depois, foi designado para o cargo de diretor da Divisão de Cultura e Recreação do Departamento de Documentação e Cultura da Prefeitura Municipal do Recife. Ingressou no ensino superior e no ano de 1959 prestou concurso e obteve o título de Doutor em Filosofia e História da Educação, defendendo a tese "Educação e atualidade brasileira". Com isso, tornou-se professor efetivo de Filosofia e História da Educação da Faculdade de Filosofia, Ciências e Letras da Universidade de Recife. (GADOTTI, 1996).

Em 1961, ele foi indicado para diretor do Departamento de Extensões Culturais da Universidade de Recife e, em 1962, teve sua primeira oportunidade para uma aplicação significativa de suas teorias, quando ele ensinou 300 cortadores de cana a ler e a escrever em apenas 45 dias. Isso foi realizado por meio do "Método Paulo Freire", o qual se fundamenta em chamamento ao alfabetizando adulto para que ele se veja e aprenda a partir de sua própria realidade. Na aplicação do método, Freire lançava questões provocadoras estimulando os alfabetizados em torno da substancialidade das coisas, da razão de ser delas, de seus objetivos, da maneira como elaboram e constroem suas vidas. Esse resultado motivou o Governo Brasileiro a aprovar a criação de centenas de Círculos de Cultura no País. (GADOTTI, 1996).

Os alfabetizados desenvolviam atividades que exigiam pesquisa a respeito do que Freire chamava "universo vocabular mínimo". A partir desse universo, eram selecionadas as palavras que fariam parte do programa. Essas palavras, denominadas "palavras geradoras", deviam conter elevada riqueza fonêmica e, colocadas, necessariamente, em

ordem crescente das menores para as maiores, dificuldades fonéticas, lidas dentro do contexto mais amplo da vida dos alfabetizandos e da linguagem local, que por isso mesmo é também nacional. (GADOTTI, 1996). Aqui se percebe a influência de sua professora do primário no desenvolvimento de seu método.

Quando o alfabetizando conseguia, articulando as sílabas, formar palavras, ele estava alfabetizado. Esse processo exigia aprofundamento, ou seja, a pós-alfabetização. A ideia de Paulo Freire é mais do que um método que alfabetiza, em sua gênese possui uma extensa e densa compreensão da educação com viés político-social. (GADOTTI, 1996).

Freire foi membro do grupo "Conselheiros Pioneiros", escolhido pelo governador Miguel Arraes, que apresentava o grupo como "pessoas de notório saber e experiência em matéria de educação e cultura do estado pernambucano". Esse grupo foi destituído com o golpe de 1964. Nessa época, Freire já apresentava interesse na educação popular, o saber que emergia do povo, a linguagem popular, suas necessidades, respeitando sua cultura. Paulo Freire sugeria propostas para que o povo pudesse ultrapassar o mundo de submissão, de silêncio e de misérias em que vivia, sinalizando um mundo de possibilidades. (GADOTTI, 1996).

Paulo Freire foi encarcerado como traidor por 70 dias. Esteve no exílio por quase 16 anos. Passou por um breve exílio na Bolívia; em seguida trabalhou no Chile por cinco anos – de 1964 a 1969 – para o Movimento de Reforma Agrária da Democracia Cristã e para a Organização de Agricultura e Alimentos da Organização das Nações Unidas. Em 1967, Freire publicou seu primeiro livro, "Educação como prática da liberdade". (GADOTTI, 1996).

O livro teve uma boa repercussão, e Freire foi convidado a ser professor visitante da Universidade de Harvard, em 1969. No ano anterior, ele escrevera seu mais famoso livro, "Pedagogia do Oprimido", o qual foi publicado também em espanhol e em inglês em 1970. (GADOTTI, 1996).

Após um ano na Universidade de Harvard, Paulo Freire se mudou para Genebra (Suíça), onde trabalhou como consultor educacional para o Conselho Mundial de Igrejas. Durante esse tempo, Freire atuou como um consultor em reforma educacional em colônias portuguesas na África, particularmente, Guiné Bissau e Moçambique. (GADOTTI, 1996).

Na época, com os conflitos políticos entre a ditadura militar e o socialista-cristão, não foi permitida a publicação de Paulo Freire no Brasil até 1974, quando o general Geisel tomou o controle do País e iniciou um processo de liberalização cultural. (GADOTTI, 1996).

Em 1979, foi assinada a Anistia e Paulo Freire já podia retornar ao Brasil, mas só voltou em 1980. Ainda se sentia frustrado por não poder voltar ao seu Recife, mas sentiu na volta que poderia "re-aprender meu país". Tornou-se professor da Unicamp, nesse mesmo ano, por pressão de alunos e professores, onde permaneceu até 1990. "Por ato de sana injustiça há tanto tempo praticada" foi aposentado pelo governo federal, em 1991. (GADOTTI, 1996).

Freire se filiou ao Partido dos Trabalhadores (PT) na cidade de São Paulo e atuou como supervisor para o programa do partido para alfabetização de adultos de 1980 até 1986. Quando o PT foi bem-sucedido nas eleições municipais de 1988, Freire foi indicado Secretário de Educação para São Paulo. (GADOTTI, 1996).

Em 1986, sua esposa, Elza, veio a falecer, deixando Paulo Freire deprimido, só conseguindo retornar "à vida" quando se casou novamente com Nita (Ana Maria Araújo Freire), chamada carinhosamente assim por Freire, que conhecia desde a infância. Uma nova jornada de conquistas vem com essa outra fase de sua vida e assim se torna Secretário de Educação do Município de São Paulo, no governo Luiza Erundina, do PT, que havia ajudado a formar. (GADOTTI, 1996).

Após abandonar a carreira política e acadêmica, voltou a praticar aquilo que mais o satisfazia: escrever. Recebeu, ao longo desse enorme tempo de dedicação ao aprendizado, inúmeros prêmios e homenagens, nacionais e internacionais. Foi indicado para o Prêmio Nobel da Paz, e, mais importante para ele, escolas do mundo inteiro receberam seu nome como batismo. (GADOTTI, 1996).

Faleceu em dois de maio de 1997, de uma parada cardiorrespiratória, em São Paulo, dois anos depois de ganhar um presente que sempre desejou: uma bola de futebol de couro. Conhecido por muitos, Freire não deixará que esqueçamos suas características marcantes: traços seguros e ao mesmo tempo ternos e comunicativos. Paulo Freire gostaria de ter sido um cantor famoso, mas foi mundialmente reconhecido, um dos maiores educadores do século XX.

Em 1991, foi fundado, em São Paulo, o Instituto Paulo Freire (IPF), para estender e elaborar suas teorias sobre educação popular. É uma associação civil, sem fins lucrativos, fundada oficialmente em 1º de setembro de 1992. Atualmente, considerados Cátedras, Institutos Paulo Freire pelo mundo e o Conselho Internacional de Assessores, o IPF se constitui numa rede internacional que integra pessoas e instituições distribuídas em mais de 90 países em todos os continentes, com o objetivo principal de dar continuidade e reinventar o legado de Paulo Freire. (IPF, 1992).

O Ministério da Educação (MEC) e a CAPES desenvolveram um sistema, denominado Plataforma Paulo Freire, em sua homenagem. Sua finalidade consiste em cadastrar e realizar pré-inscrições nos cursos do Plano Nacional de Formação de Professores (PARFOR) – formação Inicial e Formação Continuada. São oferecidos cursos gratuitos e de qualidade a professores que estejam em exercício nas escolas públicas estaduais e municipais sem a formação adequada à Lei de Diretrizes e Bases da Educação Nacional (LDB), oferecendo cursos superiores públicos e gratuitos, nas modalidades presencial e a distância, em municípios dos Estados da Federação, por meio de Instituições Públicas de Educação Superior e Universidades Comunitárias. (BRASIL, 2009a).

Paulo Freire foi um homem imerso de história, e politicamente entrelaçado em seu contexto histórico, social, político, ideológico e pedagógico. Quem lê sua obra sente isso, seu empenho com o povo, com os oprimidos/oprimidas do mundo. Cada obra produzida reflete seu momento histórico ao praticar uma educação libertadora.

3.2 POR UMA EDUCAÇÃO LIBERTADORA: DESAFIO PERMANENTEMENTE CONTEMPORÂNEO À LUZ DOS CONCEITOS TEÓRICOS DE PAULO FREIRE

O pensamento freireano possui em sua gênese uma antropologia fundamentada na liberdade e no respeito pelo senso comum do educando e sua culturalidade, por meio de uma relação dialógica, renunciando estigmas e acreditando na capacidade transformadora dos homens e mulheres. Paulo Freire, em meio à sua simplicidade, abriga a complexidade de sua filosofia política da educação, cuja essência repousa na antropologia filosófica, humanismo libertador e concepção dialógica da educação libertadora.

Paulo Freire, em sua obra, elege os conceitos de homem, diálogo, conscientização, cultura, transformação, práxis, opressor-oprimido, educação-bancária-libertadora, emancipação e círculo de cultura, favorecendo a reflexão e a ação sobre a realidade, trabalhando teoricamente a partir dessa realidade, descortinando a emancipação de homens e mulheres. Seu método de trabalho é o Itinerário de Pesquisa. (BACKES *et al.*, 2008; HEIDEMANN, 1994).

A concepção de educação de Freire está fundada no caráter inconcluso do ser humano. O **homem** não nasce homem, ele se forma homem pela educação. Por isso, educação é formação. (FREIRE, 2000).

Para Freire, “[...] enquanto o animal é essencialmente um ser da acomodação e do ajustamento, o homem o é da integração. A sua grande luta vem sendo, através dos tempos, a de superar os fatores que o fazem ajustado e acomodado.” (FREIRE, 2007, p. 51).

Considerando que o homem é um ser inacabado, cabe ressaltar que a **cultura** constitui a somatória de todas as experiências, criações e recreações ligadas ao homem no seu espaço de hoje e na sua vivência de ontem, refletindo a real manifestação do homem sobre o mundo. (VASCONCELOS; BRITO, 2006). “Cultura, no seu sentido amplo, antropológico, é tudo o que o homem cria e recria.” (FREIRE, 1982, p. 56).

A relação entre **homem** e natureza é rígida originalmente pelo **diálogo**, a natureza se dá ao **homem**, que por meio do seu trabalho sobre ela cria a **cultura**. É pela relação dialógica **homem/natureza** que o mundo é transformado e a história é feita. A relação entre os homens é outro momento do mesmo **diálogo**. (ZATTI, 2007).

Esse **diálogo** para Paulo Freire não poder ser confundido com transferência ou troca de conhecimento. O **diálogo** para Freire é a comunicação entre sujeitos. Esses sujeitos são sujeitos do conhecimento, por conhecerem e possuírem uma ação interventiva sobre o mundo, isto é, sobre a natureza, a **cultura** e outros. É o **diálogo** que possibilita que o sujeito tenha conhecimento sobre sua consciência ingênua, sobre seu conhecimento anterior.

Por isto o diálogo é uma exigência existencial. E, se ele é o encontro em que se solidarizam o refletir e o agir de seus sujeitos endereçados ao mundo ao ser transformado e humanizado, não pode reduzir-se a um ato de depositar idéias de um sujeito no outro, nem tampouco tornar-se simples troca de idéias a serem consumidas pelos permutantes. (FREIRE, 2005, p. 91).

Para a efetivação desse **diálogo** e em busca da superação da situação opressora, é vital a concepção do educador como *educador-educando* e do educando como *educando-educador*. Nessa concepção, o educador ao educar é educado e, permeado pelo **diálogo**, o educando ao ser educado educa simultaneamente. (FREIRE, 2005).

E neste sentido a educação libertadora, problematizadora, já não pode ser o ato de depositar, ou de narrar, ou de transferir, ou de transmitir “conhecimentos” e valores aos

educandos, meros pacientes, à maneira da educação “bancária”, mas um ato “cognoscente”. (FREIRE, 2005, p. 78).

Paulo Freire elabora uma crítica à **educação bancária**, típica do sistema capitalista.

O educador é o que educa; os educandos, os que são educados; o educador é o que sabe; os educandos, os que não sabem; o educador é o que pensa; os educandos, os pensados; o educador é o que diz a palavra; os educandos, os que a escutam docilmente; o educador é o que disciplina; os educandos, os disciplinados; o educador é o que opta e prescreve sua opção; os educandos os que seguem a prescrição; o educador é o que atua; os educandos, os que têm a ilusão de que atuam; o educador escolhe o conteúdo programático; os educandos se acomodam a ele; o educador identifica a autoridade do saber com sua autoridade funcional, que opõe antagonicamente à liberdade dos educandos; estes devem adaptar-se às determinações daquele; o educador, finalmente, é o sujeito do processo; os educandos, meros objetos. (FREIRE, 2005, p. 68).

Essa crítica revela o poder do educador sobre o educando, além de apontar que a **educação bancária** tem sua gênese nos princípios de dominação, de domesticação e alienação depositadas no educando para o meio do conhecimento dado, imposto, alienado.

Na visão ‘bancária’ da educação, o ‘saber’ é uma doação dos que se julgam sábios aos que julgam nada saber. Doação que se funda numa das manifestações instrumentais da ideologia da opressão - a absolutização da ignorância, que constitui o que chamamos de alienação da ignorância, segundo a qual esta se encontra sempre no outro. (FREIRE, 2005, p. 67).

A **educação bancária** não exige a consciência crítica do educador e do educando, ela oprime, negando a dialogicidade nas

relações entre os sujeitos e a realidade. Ela encontra-se incorporada na escola tradicional: o professor/sujeito deposita seu discurso no aluno/objeto, recipiente vazio.

O método da **educação libertadora** é o dialógico. Esse **diálogo** é constituído por palavras reais, e palavra real é *práxis*. O **diálogo** gera o pensamento crítico. Na **educação bancária** o professor prepara o “seu conteúdo”. Na **educação libertadora** o educador elabora seu conteúdo a partir da sistematização do que os educandos elaboram.

Na concepção da **educação libertadora**, segundo Freire, o conhecimento parte da realidade concreta do educando, possibilitando que este distinga o seu caráter histórico e transformador. Freire defende a necessidade de o **homem** entender sua vocação ontológica, como ponto de partida para se obter nessa análise uma consciência libertadora. (FREIRE, 2005). Isso significa que o **homem** só chegará à consciência do seu contexto e do seu tempo na relação dialética com a realidade aprofundando seus conhecimentos e propondo ações transformadoras.

[...] enquanto a prática bancária, como enfatizamos, implica uma espécie de anestesia, inibindo o poder criador dos educandos, a educação problematizadora, de caráter autenticamente reflexivo, implica um constante ato de desvelamento da realidade. A primeira tende a manter a *imersão*; a segunda, pelo contrário, busca a *emersão* das consciências, de que resulte sua *inserção crítica* na realidade. (FREIRE, 2005, p. 80).

Nesse sentido, é por meio do **diálogo** que a relação educador-educando deixa de ser uma doação ou imposição, e passa a ser uma relação horizontal, eliminando as fronteiras entre os sujeitos. Os educandos superam a condição de ouvintes, diminuindo o espaço existente entre eles e os educadores. O conhecimento passa a ser troca entre as pessoas e não apenas uma forma de depositar conteúdo.

A **educação libertadora** constitui-se como uma forma de ler o mundo concebendo duas situações. A primeira situação é quando os sujeitos **oprimidos** vão aos poucos desvelando o mundo da **opressão** em que estão situados e iniciam o processo de reflexão sobre o que e como vivem o cotidiano, envolvendo-se na *práxis* (ação, reflexão, ação do sujeito sobre a realidade para transformá-la). A segunda situação ocorre quando a realidade **opressora** encontra-se em plena **transformação**, com isso a educação deixa de ser do **oprimido** para se

transformar em libertadora. (FREIRE, 2005).

O **opressor** detém o poder manipulando o sistema, submetendo aqueles que, por falta de educação e de oportunidades, se submetem à desumanização. **Oprimido** é todo **homem** que não tem consciência de suas possibilidades e vive adaptado na estrutura dominante. Considera-se ainda aquele que “hospeda” o **opressor** dentro de si, assumindo uma atitude fatalista de aceitação de seu destino.

[...] a curiosidade diante do objeto a ser desvelado, esse não estar conformado com o que se tem e com o que se sabe; esse sair de dentro da gente mesmo, essa procura impacientemente paciente, portanto metódica, bem comportada, mas não acomodada; essa posição de quem vai realmente tirando o véu das coisas é absolutamente indispensável ao sujeito que conhece e ao sujeito que quer conhecer, ou que conhece o que já se conhece e que quer criar o que ainda não se conhece. Essa curiosidade é o oposto da posição dócil, apassivada, de puro recipiente de um pacote que se transfere ao sujeito dócil. Daí a crítica que fiz, anos atrás, na Pedagogia do Oprimido, ao que chamei de educação bancária... a crítica que fiz à posição do professor ou do educador como transferidores de conhecimento, que para mim é um absurdo. O conhecimento não se transfere: se sabe, se conhece, se cria, se recria, curiosamente, arriscadamente. (FREIRE & GUIMARÃES, 1982, p. 78-9).

A **educação libertadora** concede aos sujeitos intervirem em seu próprio mundo. Sua essência repousa na realidade do educando, de suas vivências e do próprio facilitador/educador/profissional. Da realidade dos educandos emergem os temas geradores.

A **educação libertadora** demanda redefinições nas relações de poder entre o saber acadêmico e o saber popular, entre o educador e educando, entre a ação e a reflexão. (OLIVEIRA, 2008).

Paulo Freire, ao afirmar “Ninguém educa ninguém, ninguém educa a si mesmo, os homens se educam entre si, mediatizados pelo mundo” (FREIRE, 2005, p. 79), expressa o respeito que deve existir entre os entes. Os educandos não são mais fiéis depositários, e, sim, construtores dessa nova realidade. São convidados ao conhecimento e não apenas a memorizá-lo.

Nesse processo, a **conscientização** emerge da relação consciência-mundo, demandando a **transformação** desse mundo. A **conscientização** exige a superação da espontaneidade, para que possamos substituir a consciência ingênua¹⁴ pela consciência crítica¹⁵. Para Freire, a consciência do **homem** pode evoluir em diferentes níveis. A consciência ingênua, mágica ou transitiva, representa uma aproximação espontânea em relação ao mundo sem que o **homem** se reconheça como agente, permanece mero expectador. Na consciência crítica-intransitiva, o **homem** cria e recria suas ações, é sujeito, conhece a causalidade dos fenômenos sociais, assimila criticamente a realidade e tem consciência da historicidade de suas ações. (ZATTI, 2007).

Ao tratar da **conscientização**, Paulo Freire nos remete a outro conceito de seu referencial teórico e prático, o **empoderamento**. Acredita-se que esse conceito esteja intimamente associado à **conscientização**, inicialmente traduzida em alguns países, como Canadá, por *empowerment*, termo que utilizamos neste estudo. (STRECK; REDIN; ZITKOSKI, 2008).

Para Freire, o **empoderamento** é um processo que emerge das interações sociais, não se limita apenas a um ato psicológico, individual, mas um ato social e político, pois o ser humano é intrinsecamente social e político. Pode-se considerar o **empoderamento** como um eixo que une consciência e liberdade. Ele resulta de uma **práxis** reflexiva e inserção crítica das pessoas, estimulado pelas perguntas que as colocam em ação. (FREIRE; SHOR, 1986; STRECK; REDIN; ZITKOSKI, 2008).

Com efeito, os temas geradores exercem papel fundamental na alfabetização de adultos. A atitude ativa de investigar o tema gerador vai possibilitar que o educando tome consciência de sua realidade e também de si. É a **práxis** sobre a realidade que possibilita a tomada de consciência crítica, que permite a decisão, a escolha, a liberdade, a conquista do poder de ser autônomo. (ZATTI, 2007). "Procurar o tema gerador é procurar o pensamento do homem sobre a realidade e a sua ação sobre esta realidade que está em sua **práxis**". (FREIRE, 1980, p. 32). Por meio da **práxis**, do distanciamento/aproximação que o mundo é investigado, codificado/decodificado e desvelado, que os sujeitos se descobrem fazedores de sua própria história, descobrem que não apenas

¹⁴ Também denominada de consciência mágica ou transitiva, cujas características são: interpretação simplória dos problemas, argumentação frágil, satisfação com explicações emocionais e mágicas. (VASCONCELOS; BRITO, 2006, p. 64).

¹⁵ Conhecida também como consciência intransitiva, na qual há ansiedade em analisar os problemas de modo indagador e investigativo; reconhece que a realidade é mutável. (VASCONCELOS; BRITO, 2006, p. 62).

vivem, também existem.

O pensamento freireano induz à reflexão crítica da prática pedagógica, que implica saber dialogar e escutar, que supõe o respeito pelo saber do educando e reconhece a identidade cultural do outro. As contribuições de Paulo Freire levam o educador à consciência de si enquanto ser histórico que continuamente se educa num movimento dialético no mundo que o cerca.

Nesse sentido, tomando-se como critério de escolha a objetividade que explicita o pensamento pedagógico, antropológico e filosófico freireano, é que retomo a Pedagogia do Oprimido.

Como vimos, a pedagogia freireana tem como finalidade instrumentalizar a luta dos **oprimidos** para restaurar a humanidade em si e nos opressores. Refletir sobre a **opressão** e sua origem motivaria ao engajamento pela libertação. A prática dessa educação envolve poder político, mas os **oprimidos** não o têm.

Freire investe em um caminho, onde as situações-limite (obstáculos da realidade humana), quando percebidas (conscientização sobre a realidade), provocam atos-limite (ação para superação dos obstáculos) em busca do inédito viável, uma das categorias mais importantes nos escritos da Pedagogia do Oprimido.

Situações-limite são constituídas por contradições que envolvem os indivíduos, produzindo-lhes uma aderência aos fatos e, ao mesmo tempo, levando-os a perceberem como *fatalismo* aquilo que lhes está acontecendo. Como não conseguem afastar-se disso, nem se percebem com algum *empowerment*, aceitam o que lhes é imposto, submetendo-se aos acontecimentos. Eles não têm consciência de sua submissão porque as próprias *situações-limite* fazem com que cada um sintase impotente diante do que lhe acontece. [...] (STRECK; REDIN; ZITKOSKI, 2008, p. 384).

Para tanto, o pensamento freireano aponta para a comunicação, como princípio que transforma o homem em sujeito de sua própria história por meio de uma relação dialética vivida na sua inserção na natureza e na cultura, diferenciando-o dos outros animais. A comunicação é possuidora de um caráter problematizador que gera consciência crítica e, por meio do diálogo como o dado da problematização, busca-se o compromisso de transformação da realidade.

Paulo Freire inicia a análise do contexto da educação como um processo de humanização, ou seja, o caráter problematizador que se dá por meio do **diálogo**. Então toda ação pedagógica em Freire é um ato político, assim como a comunicação é uma relação social, uma prática social transformadora e eminentemente política. (FREIRE, 2005).

Freire inovou ao desenvolver o “Método Paulo Freire”, também conhecido como “Itinerário de Pesquisa”, composto de uma sequência de etapas interrelacionadas entre si, em um movimento de construção coletiva, que avança e retroage de acordo com a situação existencial vivida no **Círculo de Cultura**. (HEIDEMANN, 2006).

O Método Paulo Freire de alfabetização e educação de adultos se concretiza com pessoas ao redor de um **Círculo de Cultura**. Desenvolve-se a partir do **diálogo**, que possibilita aos educandos se descobrirem como seres do **mundo da cultura**. O **mundo**, uma vez dialogado e após um processo de reflexão e crítica cuidadosamente repensada, passa da consciência ingênua à consciência crítica. (STRECK; REDIN; ZITKOSKI, 2008).

Este **mundo** constitui um conceito em Freire, é onde o homem vive, sonha e realiza seu projeto, deixa sua marca, faz história. Mesmo sendo efêmera a passagem do homem no mundo, é ao homem que este mundo se abre como um tesouro a ser conquistado, descoberto, desvelado. (VASCONCELOS; BRITO, 2006) “Refiro-me que a leitura do mundo precede sempre a leitura da palavra e a leitura desta implica a continuidade da leitura daquele.” (FREIRE, 1986, p. 22).

O **Círculo de Cultura** foi aplicado por Paulo Freire na década de 1960. Caracteriza-se por constituir um espaço onde se reuniam os sujeitos do processo de educação de adultos para debaterem problemas de interesse coletivo. Nesse espaço, busca-se a reflexão acerca da própria realidade, para assim poder decodificá-la, conhecê-la. (VASCONCELOS; BRITO, 2006).

O **Círculo de Cultura** constitui uma expressão de um momento riquíssimo para o exercício dialógico, podendo ser útil para além do seu exercício primeiro, no processo de alfabetização. Hoje, transcendendo aquela dimensão educativa, pode ser aplicado em atividades de planejamento em qualquer tipo de promoção coletiva que incentive processos educativos, assumidamente, com postura de vida participativa, sejam em escolas, empresas, em ambientes rurais e urbanos, em cursos de gestão de pessoas.

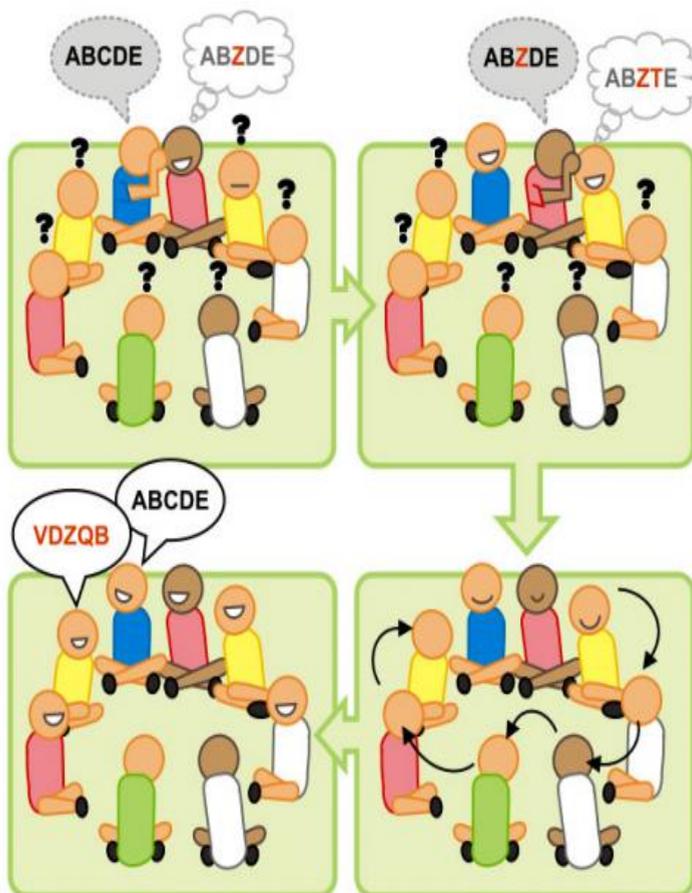
O conteúdo de um **Círculo de Cultura** tematiza conhecimentos sistematizados e questões referentes à prática social para o exercício da cidadania, na perspectiva da participação política, buscando soluções

para situações-limite do cotidiano das pessoas.

Esse método de ensino oportuniza a **educação libertadora**: a busca pelo “universo temático” ou “temas geradores” dos sujeitos por meio do levantamento inicial e contínuo da realidade social, identificando os temas/problemas (estes não apenas no sentido negativo) vivenciados na comunidade. Essa estratégia favorece que o educador ou o profissional de saúde perceba e se aproxime da realidade do educando ou usuário, possibilitando compreender os graus de percepção que esses sujeitos possuem da realidade que vivenciam.

CAPÍTULO IV

TRAJETÓRIA DA PESQUISA: EM AÇÃO O ITINERÁRIO DE PESQUISA FREIREANO



4 TRAJETÓRIA DA PESQUISA: EM AÇÃO O ITINERÁRIO DE PESQUISA FREIREANO

[...] Eu prefiro ser essa metamorfose ambulante, do que ter aquela velha opinião formada sobre tudo, do que ter aquela velha opinião formada sobre tudo [...]. (Raul Seixas).

4.1 EDUCAÇÃO LIBERTADORA E INVESTIGAÇÃO: MOMENTOS DE UM MESMO PROCESSO

Paulo Freire empregou um referencial teórico-metodológico problematizador utilizado na área da educação, na área da saúde e nas áreas afins. A gênese dessa concepção foi a alfabetização de adultos desenvolvida no ambiente desses próprios adultos. Essa experiência, em um determinado tempo histórico, foi precisa pela sua potencialidade prática, dotada de uma complexidade que confere à concepção problematizadora de Freire uma estratégia metodológica inovadora e extremamente atual. Dessa iniciativa, estudos como de Heidemann (2006), de Teixeira (2002) e de Wiggers, (2010) têm buscado aprofundar reflexões teóricas e desenvolveram suas metodologias pautadas na filosofia freireana.

Com o intuito de aplicar a educação libertadora como uma possibilidade de *empoderamento* (*empowerment*) de pessoas estomizadas, foi aplicado o **Itinerário de Pesquisa Freireano**, adaptado por Saupe (1999) (Figura 10). Essa proposta foi concebida a partir do Método Paulo Freire, desenvolvido por meio dos **Círculos de Cultura**, aqui substituídos carinhosamente por **Círculo Dialógico**, por compreendermos o diálogo como o eixo estruturante e responsável pela sua efetividade, constituído por três momentos dialéticos, interdisciplinarmente entrelaçados: **investigação dos temas geradores**, **codificação** e **descodificação** e **desvelamento crítico**. (FREIRE, 2005).

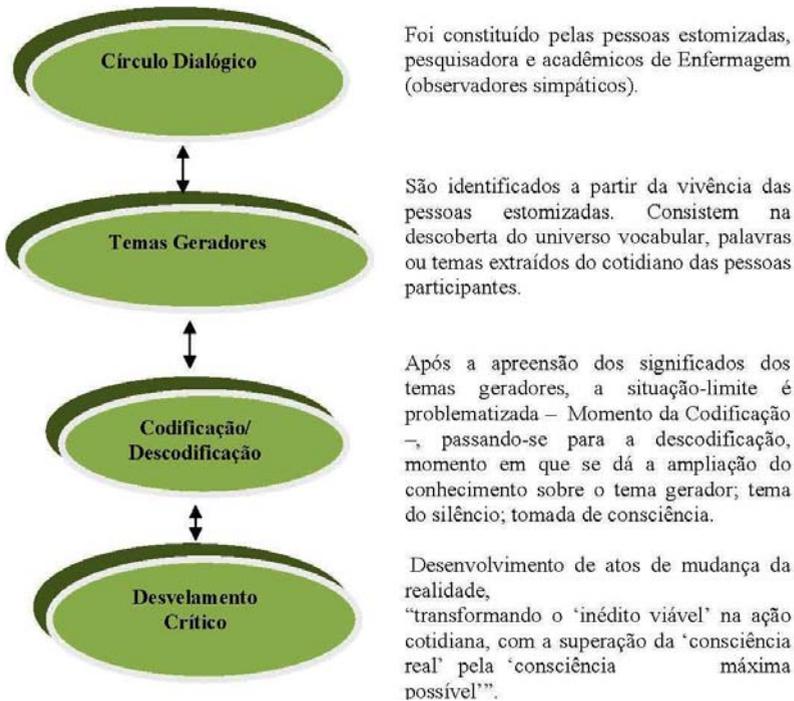


Figura 10 - Esquema do Itinerário de Pesquisa.
 Fonte: Adaptado de Saupe, 1999.

O Itinerário de Pesquisa Freireano caracteriza-se como um método de investigação em que, embora sistematizado, durante o desenvolvimento de suas etapas, brota a necessidade de avançar e retroceder para que o processo do conhecimento e a transformação sejam consolidados. Por se tratar de um método flexível e aberto, suas etapas podem ser construídas em um único momento ou em vários momentos de acordo com o objetivo, disponibilidade dos participantes e a dinâmica do próprio processo.

Aplicar o Itinerário de Pesquisa Freireano foi desafiador à medida que possibilitaria a investigação participativa transformadora com interface no processo do *empoderamento* (*empowerment*) dos participantes visando transformações na assistência à saúde desta população. “Professora sim, tia não: cartas a quem ousa ensinar” (FREIRE, 1997) foi o primeiro livro que adquiri do educador, com o qual iniciei meu preparo para desenvolver este estudo e cuja leitura foi

saboreada aproveitando o trajeto até a bucólica Ilha do Mosqueiro, distrito da cidade de Belém, Pará, em um belo domingo de sol no ano de 2007.

O encontro com o novo foi a cada dia estimulador à proporção que a leitura de Paulo Freire refletia a contemporaneidade de seu pensamento frente à prática da pesquisa de campo. Quando iniciamos nossa trajetória, imaginávamos como seria nossa vivência com essa investigação? Indagações a respeito da aproximação com os sujeitos, a condução das atividades, a relação dialógica e a própria sistematização e registro de todo o processo foram algumas de minhas inquietações. As leituras sempre emocionaram pela forma como tentamos nos colocar no texto, imerso de significado e amorosidade própria do educador Paulo Freire. A ansiedade, a vontade e por que não dizer o medo de vivenciar o Itinerário de Pesquisa Freireano seria um novo caminho para investigação científica.

Em busca de uma metodologia dialógica e problematizadora, a abordagem qualitativa torna-se apropriada para este estudo, uma vez que destaca a natureza socialmente construída a partir da realidade, salientando essa natureza repleta de valores de investigação. (DENZIN; LINCOLN, 2006).

A pesquisa qualitativa articula-se com o pensamento freireano à medida que ambos buscam desvelar a realidade, expondo o que está oculto, estimulando a formação de ideias e a capacidade criativa dos sujeitos para descobrirem novas ações sobre a realidade. (HEIDEMANN, 2006).

Desse modo, a investigação qualitativa se ocupa dos valores, crenças, representações, hábitos, atitudes e opiniões. Consiste em aprofundar a complexidade de fenômenos, fatos e processos particulares e específicos de grupos mais ou menos delimitados em extensão e capazes de serem abrangidos intensamente. (MINAYO; SANCHES 1993).

Assim, este estudo está delineado como um estudo qualitativo, pois sua concepção de cunho dialógico-libertador possibilita a transformação política da realidade vivida pelos sujeitos. Concede a oportunidade de uma participação consciente de cada pessoa na construção desse conhecimento que se inicia conjuntamente. (HEIDEMANN, 2006).

A Investigação Temática/Levantamento dos Temas Geradores trata da descoberta do universo vocabular, investigação dos principais temas, questões, assuntos da realidade extraídos do cotidiano das pessoas participantes nos círculos de cultura. (FREIRE, 2005).

O primeiro contato com os sujeitos do estudo exige do pesquisador um desprendimento de seus conceitos e preconceitos sobre os sujeitos. O pesquisador deve ser totalmente acessível ao diálogo. Os temas geradores caracterizam-se por palavras, frases, expressões, associados ao saber existencial dos sujeitos. Quando emerge um tema gerador, emerge com ele o pensamento do sujeito em relação à sua realidade, constituindo assim um objeto de conhecimento de determinado tempo e espaço da história. (HEIDEMANN, 2006).

Os temas geradores produzem discussões, debates devendo ter coerência e significado para o contexto dos sujeitos estomizados, com início, meio e fim. Por meio dos temas geradores, problematiza-se e analisa-se a realidade social. As palavras geradoras são extraídas da dinâmica do cotidiano dos sujeitos estomizados.

Estes temas se chamam geradores porque, qualquer que seja a natureza de sua compreensão, como a ação por eles provocada, contêm em si a possibilidade de desdobrar-se em outros tantos temas que, por sua vez, provocam novas tarefas que devem ser cumpridas. (FREIRE, 2005, p. 10).

A **Codificação e a Descodificação** constituem etapas indissociáveis. A Codificação expressa imagens das situações existenciais, fundamentais para que o diálogo possa surgir naturalmente de acordo com o interesse dos participantes. A Descodificação implica intensa prática dialógica com profunda investigação da origem das situações existenciais dos sujeitos. Esse momento favorece aos participantes meios para melhor entendimento, e assim possibilitar a tomada de consciência da realidade. (FREIRE, 2005).

Na etapa do **Desvelamento Crítico**, ocorre a consolidação e socialização das ideias, proporcionando aos participantes compreenderem sua realidade com olhar crítico, para assim avançar para uma ação transformadora. (FREIRE, 2005).

Esta fase representa a tomada de consciência da situação existencial, na qual é possível aos participantes descobrirem seus limites e possibilidades. Ocorre o processo de ação-reflexão-ação, que capacita as pessoas para aprender evidenciando a necessidade de uma ação concreta, cultural, política e social visando 'situações limites' e superação das contradições. É a tomada de consciência da realidade vivida. Os participantes se percebem como co-autores ao refletirem sobre a necessidade de ações concretas e, dessa forma, se comprometem

junto ao processo de transformação da realidade vivida.

A compreensão da realidade como a ação transformadora dos sujeitos é orientada pela dinâmica dos círculos dialógicos, construídos coletivamente, resultando em um conhecimento vinculado à realidade concreta. Desse modo, os encaminhamentos dos sujeitos foram desenvolvidos de forma dialógica e libertadora. A caminhada e a construção coletiva desse processo constituem-se em uma indescritível experiência de pesquisa que sai da “forma” de métodos de pesquisa para entrar na história de vida dos participantes.

As etapas do Itinerário de Pesquisa foram desenvolvidas no interior dos círculos dialógicos. O planejamento dessas etapas foi flexível à medida que os próprios participantes do estudo foram construindo sua trajetória, no interior de cada círculo.

4.2 CONTEXTO DO ESTUDO: ESPAÇO DO CÍRCULO DIALÓGICO

Este estudo foi realizado no município de Belém, capital do estado do Pará. Belém localiza-se a quatro metros acima do nível do mar, às margens da Baía do Guajará e do Rio Guamá, distante 120 quilômetros do mar no estuário do Rio Pará. Belém caracteriza-se pela sua localização na faixa de latitude tropical, em um dos maiores estuários na foz do Rio Amazonas. Os elementos mais significativos, segundo o Instituto de Desenvolvimento Social do Estado do Pará (IDESP), são o clima quente e úmido e a precipitação média anual entre 2.600 e 3.200 mm. A umidade relativa do ar nunca é inferior a 80%. Sem estações climáticas definidas apresenta, contudo, duas estações básicas: uma estação seca (poucas chuvas), de junho a novembro, e uma estação de chuva, de dezembro a maio. A temperatura média anual é de 26 graus centígrados. Na classificação climática de Köppen, a área está enquadrada na zona Afí, que corresponde ao clima de Floresta Tropical, constantemente úmido, sem estação fria. Os ventos predominantes e frequentes durante o ano são de sentido Nordeste. É formada por terras planas, sendo que algumas áreas são denominadas de baixadas, e suscetíveis de enchentes em épocas de maiores chuvas.

Sua região metropolitana é composta de cinco municípios – Belém, Ananindeua, Marituba, Benevides e Santa Bárbara –, sendo que

a maioria da população reside em zonas urbanas. Apenas o município de Belém possui uma população estimada em 1.392.031¹⁶. Belém é caracterizada por suas cores, cheiros e sabores, traduzidos nas barracas de tacacá, nas vendas de açaí, anunciados com bandeirinhas vermelhas, nas mangas que caem das árvores e na diversidade de suas frutas típicas. É em Belém que no segundo domingo de outubro acontece a maior procissão religiosa católica do País, o Círio de Nazaré. Foi também em Belém que aconteceu a Cabanagem, considerada a revolta popular mais autêntica da história do Brasil. (COMPANHIA DE TURISMO DO ESTADO DO PARÁ, 2009). Foi em meio a esse cenário que foi implantado o Curso de Doutorado em Enfermagem – Modalidade Interinstitucional da CAPES, numa parceria entre a UFPA e a UFSC.

A aproximação dessas duas instituições de ensino superior foi um ato de decisão política e de compromisso ético, ao reconhecerem que uma formação avançada de Enfermagem poderá contribuir para o fortalecimento de liderança local e acelerar o avanço da produção do conhecimento e do desenvolvimento tecnológico na área da saúde no contexto da região amazônica. (PRADO *et al.*, 2007).

No estado do Pará, a SESPA tem como missão “assegurar à população políticas públicas de saúde, contemplando os princípios do SUS, a gestão participativa e o controle social, visando à melhoria da qualidade de vida no estado do Pará”. (SESPA, 2010, P. 5).

No Pará, há 13 Centros Regionais de Saúde distribuídos em todo o estado. O 1º Centro Regional atende aos municípios da Região Metropolitana de Belém, com ações e políticas de saúde pública. (PARÁ, 2010a).

O 1º Centro Regional incorpora a URE Presidente Vargas (FIGURA 11), localizada na Avenida Presidente Vargas, n.º 513, bairro do Comércio, no centro da capital paraense. Tem como finalidade prestar assistência ambulatorial: médico e odontológica aos usuários portadores de patologias dependentes de nível secundário de atendimento, com excelência e humanismo, a fim de prevenir, manter e recuperar a saúde, em consonância com as diretrizes das Políticas Públicas. Dispõe dos seguintes programas: Órtese e Prótese; Medicação Excepcional; Colostomizados; Tabagismo. (PARÁ, 2010b).

¹⁶Disponível em:

http://www.ibge.gov.br/censo2010/primeiros_dados_divulgados/index.php?uf=15. Acesso em: 17 dez. 2010.



Figura 11 - URE Presidente Vargas, Belém-PA, 2009.
Fonte: Cunha, 2009. Arquivo pessoal.

O auditório possui aproximadamente 50m², com paredes em tom amarelo claro e teto na cor branca. Encontrava-se com os seguintes equipamentos em bom estado de conservação e funcionamento: ar-condicionado *split* parede com capacidade térmica de 60.000 BTUs, cadeiras escolares de madeira, uma mesa retangular de madeira, um quadro magnético, aparelho de televisão de 29 polegadas e aparelho de DVD, com capacidade para reunir aproximadamente 40 pessoas.

A fundação da AOPA resultou de uma iniciativa de um pequeno grupo de pessoas estomizadas, no dia 30 de março de 1991, nas dependências do Instituto Ofir Loiola (IOL), que fica na Avenida Magalhães Barata, 992, Belém/Pará. Entre os objetivos registrados no estatuto da entidade, destacam-se: promover a reintegração plena e total dos estomizados na vida cotidiana; a solidariedade, prosperidade e valorização da classe dos estomizados; a aproximação social entre famílias dos sócios; o aprimoramento do conhecimento específico nas diversas áreas ligadas às pessoas estomizadas. (CUNHA, 2001).

A entidade não possui sede própria e há aproximadamente 15 anos desenvolve suas atividades na sala 09 no 4º andar do prédio da URE Presidente Vargas. Realiza Assembleia Ordinária Mensal em toda primeira quinta-feira do mês no horário da manhã, das 10h às 12h no auditório da URE Presidente Vargas, localizado no quinto andar desse prédio, local de contexto deste estudo, onde foram realizados os círculos dialógicos.

As Assembleias da AOPA são planejadas e coordenadas pelos membros da diretoria. O principal tema abordado em todas as reuniões sempre retrata a deficiente quantidade de equipamentos e adjuvantes para distribuição e a necessidade de evitar o desperdício prevenindo o risco de ficar sem eles.

Sendo uma entidade sem fins lucrativos, a AOPA recebe doações voluntárias de seus sócios para que possa cumprir suas despesas com material de expediente, registros de atas em cartórios, confecção de carteiras para os sócios etc. (CUNHA, 2001). Cabe ressaltar que a participação dos sócios nas assembleias e movimentos sociais ainda se faz tímida.

Nos dias das Assembleias Ordinárias Mensais, somente as pessoas estomizadas procedentes do interior do estado recebem seus equipamentos e adjuvantes para um período de dois meses e, ainda, orientações quanto ao cuidado com a estomia. As pessoas cadastradas que residem na região metropolitana recebem mensalmente seus equipamentos de acordo com agendamento feito pela AOPA.

Toda pessoa estomizada que chega a AOPA é imediatamente cadastrada e recebe uma carteira de sócio da entidade. Nesse documento, é feito o registro do recebimento mensal do equipamento. A diretoria da AOPA fornece orientações quanto ao cuidado com a estomia e uso do equipamento, sem orientação ou supervisão de Enfermeiro ou Enfermeiro Estomaterapeuta para essa atividade. Embora a URE Presidente Vargas mantenha o Programa dos Colostomizados, a AOPA assumiu a responsabilidade da Unidade junto às pessoas estomizadas.

Entre as necessidades e demandas das pessoas estomizadas, destaca-se dispor de atenção especializada nos serviços de saúde. (CUNHA, 2001). Apesar de terem clareza de suas necessidades, não sabem como transformá-las em realidade. Como Enfermeira Estomaterapeuta, há 14 anos atuando no ensino e na assistência, tinha a convicção do desvio de papéis assumidos pela AOPA. E, embora especialista, o meu *empoderamento (empowerment)* enquanto profissional não era suficiente. Para tanto, seria necessária nossa participação no processo decisório. Por isso, trazemos para este estudo a questão do *empoderamento (empowerment)*, por fortalecer todas as pessoas envolvidas com a saúde: profissionais, usuários e gestores.

Nesse contexto, no dia 05 de outubro de 2009, participamos do processo de implantação do Serviço de Estomaterapia da URE Presidente Vargas, por meio de consultoria técnica e colaboração direta com a prática educativa das pessoas estomizadas e enfermeiras

responsáveis pelo serviço. A essas atividades somou-se a colaboração de outra enfermeira que se encontrava desenvolvendo a pós-graduação *latu sensu* em Estomaterapia na cidade de Manaus/AM.

Com 19 anos de fundação, a AOPA aprovou e regulamentou seu estatuto, sendo reconhecida como entidade de Utilidade Pública, pela Lei 6.190, desde 08 de janeiro de 1999. Para realizar suas atividades, a AOPA conta com o apoio de pessoas voluntárias, geralmente estomizados, e familiares de estomizados.

A AOPA é filiada à Associação Brasileira de Ostomizados (ABRASO), associação civil, fundada em 16 de novembro de 1985, sem fins lucrativos, de Utilidade Pública Federal, Estadual e Municipal, voltada para a Defesa dos Direitos da Pessoa com Ostomia, desde bebês até idosos. (ABRASO, 2010).

Após tomar ciência do projeto de pesquisa, a presidente da AOPA forneceu a declaração de aceite (APÊNDICE A) para realização do estudo, a qual foi anexada aos demais documentos, que, posteriormente, foram encaminhados ao Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos (CEPSH) da Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC). Por estar localizada no interior de uma instituição pública de saúde, a direção da URE Presidente Vargas tomou ciência da pesquisa.

4.3 SUJEITOS DO ESTUDO: A FORMAÇÃO DO CÍRCULO DIALÓGICO

Em cada encontro realizado para os círculos dialógicos, o número de participantes foi irregular. Das 13 pessoas que assinaram o TCLE para participar do estudo, somente oito compareceram ao 1º círculo dialógico (QUADRO 1). Os seis círculos subsequentes registraram a média de duas a quatro pessoas no interior de cada círculo. Porém, a flexibilidade do método considerou ainda a participação de pessoas que se encontravam no exterior do círculo, mas contribuíram com suas falas em todas as etapas no Itinerário de Pesquisa Freireano. Na seleção dos participantes, foram estabelecidos os seguintes critérios:

- Pessoas maiores de 18 anos de idade em condições de deslocar-se até a sede da AOPA no município de Belém-Pará;
- Cadastradas na AOPA;
- Sem vínculos com a diretoria da AOPA, evitando constrangimento dos demais participantes.

Vale registrar a participação de uma acadêmica de Enfermagem da UFPA nos três primeiros encontros, a qual colaborou com os registros dos círculos dialógicos.

Estomizados	Sexo	Procedência	Idade	F-Idade	Ocupação	Escolaridade	E-Civil	Tipo Estoma	Caráter Estoma
1	F	Belém	23	15 -30	Estudante	EMI	Solteira	Ileostomia	Temporário
2	F	Belém	53	45 -60	Cabeleireira	EMC	Casada	Colostomia	Permanente
3	M	Barcarena	38	30 -45	Marceneiro	EFI	Separado	Colostomia	Permanente
4	M	Barcarena	29	15 -30	Mecânico	EFI	Casado	Colostomia	Temporário
5	M	Ananindeua	47	45 -60	Desempregado	Assina o nome	Solteiro	Colostomia	Temporário
6	F	Santa Isabel	64	>60	Aposentada	EFI	Casada	Colostomia	Permanente
7	F	Outeiro	54	45 -60	Benefício	EFI	Solteira	Colostomia	Permanente
8	M	Belém	65	>60	Aposentado	Nenhuma	Casado	Urostomia	Permanente
9	F	Belém	54	45 -60	Dolar	EMC	Divorciada	Colostomia	Temporária
10	F	Belém	70	>60	Aposentada	EMC	Solteira	Colostomia	Permanente
11	M	Belém	72	>60	Aposentado	EMC	Divorciado	Colostomia	Temporário
12	M	Belém	74	>60	Aposentado	EFC	Casado	Colostomia	Permanente
13	M	SM Guará	-	>60	Açougueiro	EFI	Separado	Colostomia	Permanente

Quadro 1: Participantes do Círculo Dialógico

Fonte: Círculo Dialógico realizado em 02 de abril de 2009. Belém-PA, 2009.

4.4 PROCEDIMENTOS PARA COLETA E REGISTROS DE DADOS: O CÍRCULO DIALÓGICO EM AÇÃO

4.4.1 Entrando no Campo de Investigação

No dia 05 de março de 2009, em Assembleia Mensal da AOPA, de posse do parecer favorável do CEPESH da UFSC (Apêndice B), fiz a apresentação formal do projeto de pesquisa aos sócios ali presentes. A ideia foi materializada por meio de um convite coletivo e a vontade de conhecer pensamentos concedendo oportunidade ao diálogo desprovido de qualquer tipo de imposição era nossa maior motivação. Essa Assembleia foi registrada em áudio e vídeo, para possibilitar melhor apreensão do ambiente da pesquisa.

Nessa experiência, os participantes foram convidados a se permitirem: “a dúvida, a crítica, a curiosidade, a pergunta, o gosto do risco, a aventura de criar”. (FREIRE, 1995, p. 54).

Ao término da Assembléia, obtive o Termo de Consentimento Livre Esclarecido (TCLE) assinado por 13 pessoas estomizadas (Apêndice C).

Na busca pelo local e horário mais apropriados aos participantes, foi agendada a formação do primeiro círculo dialógico, para a primeira quinta-feira do mês seguinte, no dia 02 de abril de 2009, data de Assembleia Ordinária Mensal da AOPA, com início às 08h e término às 10h, duas horas antes do início da reunião da entidade. Essa escolha justificou-se em função da comodidade para os participantes e a dificuldade de deslocamento associada às despesas com transporte.

A coleta de dados deu-se no período entre abril de 2009 a fevereiro de 2010. Considerando as etapas do Itinerário de Pesquisa Freireano, foram realizados sete círculos dialógicos, nos meses de abril, maio, junho, julho, agosto e setembro de 2009 e o último círculo em fevereiro de 2010. Isso se justifica em função do tempo dos participantes, tempo para observar, tempo para pensar, tempo para dialogar e refletir criticamente sobre a realidade. O intervalo de tempo de quatro meses para o último encontro deu-se em função de intercorrências que ultrapassaram o limite dos participantes: greve dos rodoviários do transporte urbano, problemas com a saúde, entre outros.

Na semana da realização de cada círculo, era feito contato telefônico, sempre na primeira quarta-feira do mês, com cada participante, com a finalidade de estimulá-lo a participar, lembrando-o

da atividade antes da Assembleia da AOPA. O contato era feito diretamente com o participante. Quando este não se encontrava, era deixado recado e o indicativo de retornar a ligação, até falar pessoalmente com o convidado.

Nos três primeiros círculos, realizados nos meses de abril, maio e junho, foram dispostas duas horas para desenvolver as atividades. Com a antecipação do início da Assembleia da AOPA para as 09h, determinada pela diretoria da entidade, as atividades do círculo dialógico passaram a ter um tempo médio de 50 minutos, sempre iniciando às 08h, como ajustado no convite aos participantes do estudo.

Chegávamos às 07h na URE e procurávamos alguém que pudesse abrir a porta do auditório para a atividade. Sempre organizávamos o ambiente, dispondo 15 cadeiras, em forma da figura geométrica círculo no centro da sala, duas para as facilitadoras e 13 para os convidados que assinaram o TCLE. As demais cadeiras ficavam dispostas fora do círculo.

A sala foi decorada com alguns balões, para alegrar o ambiente. Um cartaz era fixado na porta de acesso ao auditório, como indicativo da atividade. Foi providenciado pela pesquisadora, em todos os círculos, um café-da-manhã, que era servido ao término das atividades.



Figura 12 - Porta de acesso ao auditório URE Presidente Vargas
Fonte: Círculo Dialógico. Belém-PA, 2010. Pesquisa de Campo.

4.4.2 Desenvolvendo o Círculo Dialógico

O procedimento de coleta de dados do Itinerário de Pesquisa Freireano foi desenvolvido em sete etapas, denominadas de **Círculos Dialógicos**. Cabe esclarecer que a descrição acadêmica do procedimento desenvolvido foi constituída por uma dinamicidade peculiar ao método investigativo selecionado para o estudo. A coleta de dados foi desenvolvida em três etapas, denominadas primeira, segunda e terceira etapa do Itinerário de Pesquisa Freireano, nas quais ocorreram respectivamente a **investigação dos temas geradores**, a **codificação e descodificação** e o **desvelamento crítico**. Ressalto que as etapas são interdependentes, interconectadas entre si e com isso todo processo ocorreu simultaneamente. Para resguardar o rigor científico do Itinerário de Pesquisa Freireano, relacionamos as três etapas para melhor compreensão de todo o processo investigativo do estudo com a respectiva descrição da cada círculo realizado.

PRIMEIRA ETAPA DO ITINERÁRIO DE PESQUISA FREIREANO

A primeira etapa do Itinerário de Pesquisa Freireano teve como objetivo o levantamento de temas geradores e demandou dois encontros consecutivos, denominados respectivamente **CÍRCULO DIALÓGICO I: SOU TODA OUVIDOS! INVESTIGAÇÃO DO UNIVERSO TEMÁTICO/LEVANTAMENTO DE TEMAS GERADORES** e **CÍRCULO DIALÓGICO II: METENDO A MÃO EM CUMBUCA**¹⁷.

No **Círculo Dialógico I** compareceram oito sujeitos do estudo: *Boto, Muiraquitã, Vitória-Régia, Uirapuru*¹⁸, *Yara, Cutia, Lírio e Paca* (FIGURA 13). Foram levantados os temas geradores, os quais constituem uma oportunidade para as pessoas dialogarem sobre situações existenciais comuns ao próprio grupo, que busca levar à reflexão acerca da própria realidade, para, na sequência, decodificá-la, conhecê-la (FREIRE, 1992), constituindo o ponto de partida do processo de ação. (FREIRE, 2005).

¹⁷ Esse provérbio recomenda que quem tem conhecimento de vida não se precipita. (CASCUDO, 1984).

¹⁸ Personagens do folclore paraense.



Figura 13 – Primeira etapa do Itinerário de Pesquisa Freireano. Círculo Dialógico I: Sou toda ouvidos! Investigação do universo temático/Levantamento de Temas Geradores.

Fonte: Círculo Dialógico. Belém-PA, 2009.

No exterior do círculo, outras pessoas estomizadas e familiares iam se acomodando para aguardar a Assembleia Ordinária Mensal da AOPA daquele dia. Essas pessoas observavam atentamente as atividades e falavam espontaneamente quando o diálogo no interior do círculo retratava também sua realidade (Figura 14).

O Itinerário de Pesquisa Freireano possui entre suas características a flexibilidade quanto ao número de sujeitos no estudo em cada etapa desenvolvida. Isso significa que é possível iniciar o Itinerário com um pequeno grupo de pessoas e na próxima etapa ter esse número alterado para mais ou para menos. Cabe esclarecer que os sujeitos da pesquisa tomam assento no interior do círculo, porém, isso não impede a integração de outras pessoas que estejam fora desse círculo, que participem do processo investigativo, sem interferir no rigor científico do método investigativo.



Figura 14 – Primeira etapa do Itinerário de Pesquisa Freireano. Círculo Dialógico I: Sou toda ouvidos! Investigação do universo temático/Levantamento de Temas Geradores.

Fonte: Círculo Dialógico. Belém-PA, 2009.

De posse do material desse círculo, fiz a transcrição dos diálogos e registro dos dados coletados com auxílio do programa *Word For Windows*, efetuei a impressão do material e recortei cuidadosamente cada diálogo.

Ao término de cada círculo dialógico, foi realizado esse procedimento, para que fosse possível fornecer elementos de análise no círculo subsequente. Isso se justificou em função da análise do Itinerário de Pesquisa Freireano ocorrer no decorrer do processo de investigação, possibilitando que os sujeitos do estudo possam ver os temas investigados no encontro anterior e com isso possibilite o diálogo, a discussão, a reflexão, a problematização de cada tema gerador e, assim, a consequente análise coletiva.

**CÍRCULO DIALÓGICO I: SOU TODA OUVIDOS!
INVESTIGAÇÃO DO UNIVERSO
TEMÁTICO/LEVANTAMENTO DE TEMAS
GERADORES**

- **Data: 02 de abril de 2009**
- **Horário: 08h – 10h**
- **Local: Auditório da URE Presidente Vargas – Belém (PA)**

Era chegada a hora! No dia 02 de abril de 2009, foi formado o primeiro círculo dialógico. Cheguei ao prédio da URE às 07 horas e 15 minutos. Que triste surpresa, como de costume, o elevador estava quebrado e isso nos causou preocupação. O auditório localizava-se no quinto andar. A deficiente manutenção preventiva do elevador obrigava muitos usuários a utilizarem a escada. A capacidade restrita, para três pessoas, do elevador de emergência, além de limitar o acesso daqueles com dificuldade de locomoção, aumentava o tempo de espera e a fila que ia se formando no andar térreo.

Às 07 horas e 45 minutos, chegou o primeiro convidado, acompanhado de sua irmã. Em seguida, chegou o técnico responsável pelo registro das imagens e áudio das atividades. O relógio já marcava 08 horas e 15 minutos e a ansiedade tomava conta de mim. Quanta angústia! Será que viriam? Aos poucos iam chegando, um a um, provavelmente também ansiosos como eu, tomando assento no círculo.

Fizemos o acolhimento dos participantes. Havíamos planejado uma dinâmica de apresentação grupal. Entretanto o diálogo emergiu logo após o acolhimento no interior do círculo, deixando a apresentação para o segundo momento.

Para preservar a identidade dos sujeitos do estudo, convidei os participantes a escolherem seus respectivos nomes fictícios, explicando a razão desse convite. Todos concordaram e espontaneamente, sem regras pré-definidas, cada um escolheu seu próprio nome fictício, os quais foram: *Boto, Muiraquitã, Vitória-Régia, Uirapuru, Yara, Cutia, Lírio e Paca.*

Partimos para falar sobre nossas atividades e principalmente sobre a proposta do estudo tomando como base a experiência de Paulo Freire com alfabetização de adultos. Expliquei a possibilidade de nossa trajetória. Os participantes já tinham ouvido falar de Paulo Freire. Um dos participantes queria saber um pouco mais sobre o educador. Então apresentei o educador às pessoas ali presentes, resgatando um pouco de sua história e sua influência na alfabetização de adultos por meio de Método Paulo Freire, que seria utilizado em nossos encontros.

Vale ressaltar que um pequeno número de estomizados, em média 30 pessoas, compareceu à Assembleia Mensal da AOPA, geralmente vão acompanhados de um membro da família.

Ao olhar para cada pessoa ali presente, percebemos nossa “pequenez” diante do mundo e da possibilidade de transformação de cada ser humano. Nos encontros, compartilhamos nossos pensamentos, valores, crenças, cultura em um espaço dinâmico de aprendizagem e troca de conhecimento. O diálogo emergiu espontaneamente no interior

do círculo dialógico.

O diálogo estendeu-se aos demais participantes. E era possível observar a emersão de temas geradores e perceber que em um único encontro já apontavam para a codificação, descodificação e desvelamento crítico. Entretanto, o tempo não permitiu ainda o aprofundamento. Aqui ainda pairava a consciência ingênua dos participantes.

Em seguida, foram oferecidas, a cada participante, uma folha de papel A4 e canetas hidrocor para que elaborassem um desenho sobre a questão: **Quem sou eu?**¹⁹ Cada participante, após concluir seu desenho, socializou com as pessoas presentes no interior do círculo. Essa dinâmica permitiu a apresentação coletiva dos sujeitos.

O exercício da escuta qualificada buscando o diálogo no círculo foi permanente. Era necessário aprender a ler as expressões, os gestos, o tom de voz, a posição do corpo e, assim, ir desenvolvendo a investigação.

Foi feita uma síntese das atividades, retomando a importância desse primeiro encontro para o conhecimento do outro e para o levantamento dos temas geradores. Destacaram-se as diferentes vivências como estratégia de aprendizado individual e coletivo. Confirmamos com o grupo o próximo encontro no mesmo horário e local, ressaltando a importância da participação de todos e a continuação dessa caminhada coletiva. *Cutia* manifestou que não poderia comparecer todo mês, porém, sua irmã interferiu dizendo que ele poderia dispor desse dia, pois seria interessante e só ele saberia do problema dele. O círculo dialógico encerrou-se às 09 horas e 45 minutos com a dinâmica do Abraço de Urso²⁰. Após a dinâmica, a facilitadora convidou a todos a um abraço coletivo (FIGURA 15) e para um café-da-manhã servido no próprio local. Esse momento foi fundamental para a aproximação dos

¹⁹Quem sou eu? Material necessário: Uma folha para desenho e um lápis colorido ou caneta hidrocor para cada participante. Distribuídos os materiais da dinâmica, o moderador explica o exercício: Cada qual terá que responder, por meio de desenhos, à seguinte pergunta: **Quem sou eu?** Dispõem de 15 minutos para preparar a resposta. Os participantes desenharam sua resposta. A apresentação dos desenhos é feita em plenário ou nas respectivas equipes. O grupo procura interpretar as respostas. Feita essa interpretação, os interessados, por sua vez, comentam a própria resposta. Avaliação da Dinâmica.

²⁰ **Abraço de Urso** - Material necessário: Urso de pelúcia. Pedir ao grupo para fazer um círculo. O moderador explica que cada pessoa vai se despedir da turma, através do urso de pelúcia que representará os colegas, pode falar, fazer gestos de despedida com o urso e depois vai passá-lo ao colega da direita, até que todos tenham se despedido. No final, o moderador comunica que a despedida do urso é boa, mas a nossa é melhor. Cada pessoa deverá reproduzir os gestos e as palavras que disse ao urso, ao seu colega da direita, até que todos tenham se despedido dos colegas. (LOPES *et al.*, 2010).

participantes e consolidação dos próximos círculos.

Vale registrar que nesse dia foram comemorados, durante a Assembleia Mensal, os dezoito anos de fundação da AOPA.



Figura 15 – Círculo Dialógico I: Sou toda ouvidos! Investigação do universo temático/Levantamento de Temas Geradores – Abraço Coletivo.
Fonte: Círculo Dialógico. Belém-PA, 2009.

No **Círculo Dialógico II: Metendo a mão em cumbuca**, resgatamos os temas geradores que emergiram no Círculo Dialógico I, fixando no centro de uma parede do auditório cartazes que pudessem favorecer a visualização pelo grupo (FIGURA 16). A visualização dos temas geradores favoreceu a emersão do diálogo juntamente com novos temas geradores, evidenciando a dinâmica do método de pesquisa.

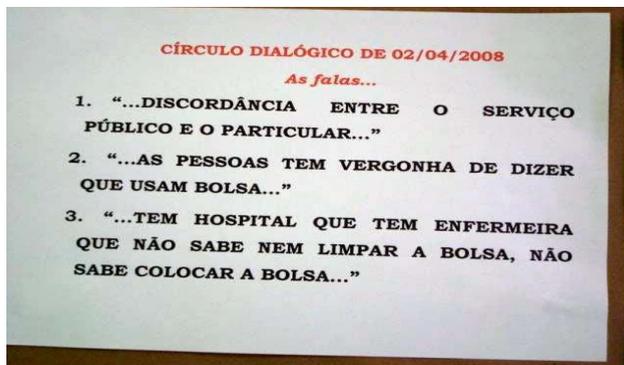


Figura 16 - Primeira etapa do Itinerário de Pesquisa Freireano. Círculo Dialógico II: Metendo a mão em Cumbuca. Investigação do universo temático/Levantamento de Temas Geradores.

Fonte: Círculo Dialógico. Belém-PA, 2009.

Para este círculo, os participantes agruparam e validaram os temas geradores após intenso diálogo com a participação de pessoas no interior e no exterior do círculo dialógico. Para isso, os participantes utilizaram tarjetas de folhas de cartolina para que pudessem escrever os temas que foram agrupados e validados (Figura 17).

O agrupamento e validação dos temas constituiu uma etapa muito significativa e complexa para participantes do estudo, cabendo à pesquisadora assumir o papel de facilitadora de todo o processo.

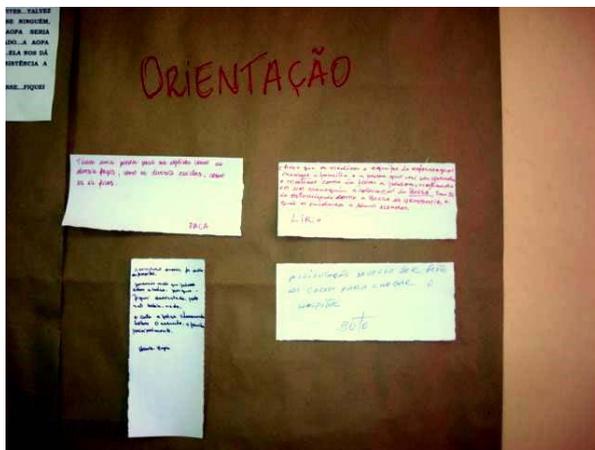


Figura 17 – Primeira etapa do Itinerário de Pesquisa Freireano. Círculo Dialógico II: Metendo a mão em Cumbuca. Investigação do universo temático/Levantamento de Temas Geradores.

Fonte: Círculo Dialógico. Belém-PA, 2009.

CÍRCULO DIALÓGICO II: METENDO A MÃO EM CUMBUCA

- **Data: 14 de maio de 2009**
- **Horário: 08h – 10h**
- **Local: Auditório da URE Presidente Vargas. Belém (PA)**

Desde o primeiro encontro, 42 dias se passaram. Neste encontro, compareceram *Boto*, *Vitória-Régia*, *Lírio* e *Paca*. Iniciei explicando sucintamente aos participantes o que eu havia feito. Após assistir ao vídeo diversas vezes, observando as falas, as expressões, fiz a transcrição dos diálogos com auxílio do programa *Word For Windows*, em seguida, efetuei a impressão do material e recortei cuidadosamente cada diálogo. Resgatei os *Temas Geradores* que emergiram no primeiro encontro. Na sequência, assistimos ao vídeo desse encontro realizado em abril de 2009. Todos ficaram atentos.

Ao assistirem a reprodução de suas falas, iniciaram o diálogo pontuando os temas abordados e outros temas iam emergindo. O material impresso em papel A4 foi colado em folha de papel 40 kg e fixado no centro de uma parede, para favorecer a visualização pelo grupo. Lemos conjuntamente cada tema. Cada um ia se identificando com a leitura e as frases expostas. Alguns se aproximaram dos cartazes e

leram novamente.

À medida que os temas eram lidos pelos sujeitos, a expressão de cada participante demonstrava que realmente eles se percebiam naquelas situações-limite. Expressavam naturalmente a percepção que possuem sobre sua situação e a realidade que os cercam. Um a um iniciou o diálogo e agora observando suas falas foi possível agrupar e validar os temas geradores. Foram fornecidas, a cada membro do grupo, tarjetas para que pudessem escrever os temas.

Enquanto os temas eram agrupados e validados, outros iam emergindo. Os sujeitos expressavam o significado do tema, o sentido desse tema para o grupo e o diálogo já sinalizava as próximas etapas do itinerário de pesquisa: codificação/descodificação e desvelamento crítico; demonstrando efetivamente em conjunto uma relação dialógica de ir e vir, traduzindo a riqueza do itinerário de pesquisa.

Nesse segundo encontro, foi possível fazer o agrupamento e a validação dos temas geradores.

Esse círculo dialógico foi muito enriquecedor. Todos estavam motivados e se percebendo à medida que cada tema gerador emergia no grupo. As pessoas no exterior do círculo compartilhavam experiências e iam percebendo a realidade na qual estavam inseridos.

Ao realizar a avaliação das atividades, o ânimo em confirmar a presença do próximo encontro foi evidente. Ao término das atividades, convidamos os participantes do interior do círculo dialógico e as demais pessoas ali presentes para o próximo encontro mensal.

SEGUNDA ETAPA DO ITINERÁRIO DE PESQUISA FREIREANO

A segunda etapa do Itinerário de Pesquisa Freireano teve como objetivo a codificação e descodificação dos temas geradores validados na etapa anterior e demandou um encontro, denominado **CÍRCULO DIALÓGICO III: O BICHO VAI PEGAR – CODIFICAÇÃO/DESCODIFICAÇÃO**. Compareceram cinco sujeitos do estudo: *Boto, Cutia, Lírio, Paca e Yara*.

Para esta etapa da coleta de dados, foi utilizada a técnica mista. Essa técnica consiste na utilização de desenho, colagem e imagem. Os participantes do estudo elaboraram cartazes para expressar o sentido dos temas geradores validados pelo grupo na etapa anterior (FIGURAS 18,19). Espontaneamente o grupo foi elaborando aproximações entre a situação existencial e o contexto no qual se encontram inseridos. Desse

modo, os sujeitos começaram a identificar semelhanças entre as situações pessoais e assim buscar a compreensão do contexto social em que estavam envolvidos.



Figura 18 – Segunda etapa do Itinerário de Pesquisa Freireano. Círculo Dialógico III: O bicho vai pegar – Codificação/descodificação .
Fonte: Círculo Dialógico. Belém-PA, 2009.



FIGURA 19 – Segunda etapa do Itinerário de Pesquisa Freireano. Círculo Dialógico III: O bicho vai pegar – Codificação/descodificação .
Fonte: Círculo Dialógico. Belém-PA, 2009.

Entre os cinco temas geradores validados, os mais significativos, problematizados, contextualizados, substituídos em sua primeira visão mágica, por uma visão crítica e social do assunto discutido, foram três: *Deficiente orientação peri-operatória*, *AOPA é desconhecida/sem visibilidade social* (Figura 20) e *Deficiente qualificação dos profissionais de saúde* (Figura 21).



Figura 20 – Segunda etapa do Itinerário de Pesquisa Freireano. Círculo Dialógico III: O Bicho Vai Pegar – codificação/descodificação dos temas: Deficiente orientação peri-operatória e AOPA é desconhecida/sem visibilidade social. Fonte: Círculo Dialógico. Belém-PA, 2009.



Figura 21 – Segunda etapa do Itinerário de Pesquisa Freireano. Círculo Dialógico III: O Bicho Vai Pegar – codificação/descodificação dos temas: Deficiente qualificação dos Profissionais de Saúde.

Fonte: Círculo Dialógico. Belém-PA, 2009.

A codificação/descodificação representou as situações existenciais, as mediações entre o contexto concreto e o teórico. Foi feita a análise da situação vivida, um momento dialético em que os participantes passaram a admirar e refletir sobre sua ação. Representou uma situação vivida pelas pessoas estomizadas em seu cotidiano e relacionou-se com o tema gerador.

CÍRCULO DIALÓGICO III: O BICHO VAI PEGAR – CODIFICAÇÃO/DESCODIFICAÇÃO

- **Data: 04 de junho de 2009**
- **Horário: 08h – 10h**
- **Local: Auditório da URE Presidente Vargas. Belém (PA)**

Como de costume, cheguei cedo, esperei a chave para abrir o auditório, organizei o ambiente, sempre disponibilizando as cadeiras em círculo, à espera dos convidados. O número reduzido de participantes não inviabilizaria o desenvolvimento do círculo. Aproximadamente às 08 horas e 30 minutos chegou *Cutia*, e em seguida, *Yara*. Resgatamos as atividades do encontro anterior e dialogamos sobre a tarefa para aquele dia, a codificação/descodificação dos temas geradores.

Nesta etapa do Itinerário de Pesquisa Freireano, foi utilizada a técnica mista, que consiste na utilização de desenho, colagem e imagem.

Foram disponibilizadas sobre a mesa existente no local folhas de papel 40 kg, revistas, cola, tesoura, canetas hidrocor e várias tarjetas contendo trechos de diálogos do encontro do mês anterior. Convidei *Cutia* e *Yara* a construírem cartazes que pudessem expressar o sentido dos temas eleitos. Havia todo um cuidado em exercitar a atitude libertadora, jamais opressora, e para isso sempre direcionando as atividades por meio do diálogo.

Cutia e *Yara* se aproximaram da mesa e começaram a fazer a leitura de cada tarjeta, e nessa atividade iam se percebendo e refletindo por meio do diálogo que traçavam enquanto iam lendo as tarjetas (FIGURA 20).

Nesse intervalo, chegaram *Boto*, *Paca* e *Lírio* e espontaneamente se integraram com o grupo na atividade, formando outra equipe, enquanto eu expliquei a atividade do dia. Os dois grupos escolheram as tarjetas com as quais mais se identificavam e assim iniciaram a construção dos cartazes, tudo em seu tempo.

Após aproximadamente 20 minutos, terminaram a atividade. Os temas mais significativos foram codificados/decodificados, iniciando-se com o tema: *Deficiente qualificação dos profissionais de Saúde e AOPA é desconhecida /sem visibilidade social*.

Todo o diálogo foi centrado na reflexão sobre a importância da orientação peri-operatória, formação profissional e divulgação da AOPA, que relacionavam as temáticas investigadas e que neste momento estavam sendo codificadas/descodificadas pelos participantes. As pessoas estomizados se envolveram bastante com a atividade desse encontro, sendo avaliado como um momento de reflexão e percepção de que é possível buscar alternativas para alcançar melhores condições de atendimento.

A atividade do dia foi avaliada pelos participantes, os quais afirmaram reviver os tempos das atividades escolares. A produção do grupo foi socializada com as pessoas que aguardavam o início da Assembleia da AOPA, que tiveram a oportunidade de problematizar as situações-limite evidenciadas naquele dia.

Após o círculo dialógico, foi possível perceber que os participantes do estudo se manifestaram na Assembleia Ordinária Mensal da AOPA sobre as diversas situações-limite que estão discutindo nos encontros da pesquisa. Essa atitude estimulou outras pessoas presentes na Assembleia a também se manifestarem, dinamizando esse evento com suas falas.

<p style="text-align: center;">TERCEIRA ETAPA DO ITINERÁRIO DE PESQUISA FREIREANO</p>
--

A terceira etapa do Itinerário de Pesquisa Freireano teve como objetivo o desvelamento crítico dos temas codificados/descodificados. Para a realização dessa etapa, foram necessários quatro encontros, denominados de **CÍRCULO DIALÓGICO IV, V, VI, VII: MENOS PAPO E MAIS AÇÃO**.

No **Círculo Dialógico IV**, houve a participação de três pessoas, *Lírio, Paca e Cutia*; no **Círculo V**, vieram dois participantes, *Cutia e Vitória-Régia*; no **Círculo VI**, houve a participação de *Lírio e Vitória-Régia*; e finalmente no **Círculo Dialógico VII**, houve a participação de *Boto, Cutia, Lírio e Paca*.

Nessa etapa da coleta de dados, houve a emergência de novos temas geradores, o que é característico da dinâmica do método investigativo, o Itinerário de Pesquisa Freireano. Esses temas não foram problematizados devido ao tempo restrito para os encontros e a dificuldade de participação das pessoas. Foram eles: *Deficiente informação sobre o acesso ao TFD; dificuldade em manusear equipamentos para estomias; dificuldade de transporte de pessoas que residem no interior para participarem da Assembleia da entidade e buscar seus equipamentos, e ainda inadequada posição da estomia na parede abdominal*.

Os temas codificados/descodificados em etapa anterior do estudo, *Deficiente orientação peri-operatória, AOPA é desconhecida/sem visibilidade social e Deficiente qualificação dos profissionais de saúde* foram resgatados para serem desvelados.

Para subsidiar esse desvelamento, foram utilizados: a) Declaração Mundial dos Ostomizados, promulgada em junho de 1993 (International Ostomy Association – IOA) (Anexo A); b) Portaria nº 116, de 9 de setembro de 1993 (Anexo B); e c) Portaria nº 143, de 14 outubro de 1993 (Anexo C), ambas referentes à regulamentação de aquisição e distribuição dos equipamentos e adjuvantes para estomias pelo SUS. A Declaração despertou interesse tanto dos sujeitos do estudo que se encontravam no interior do círculo dialógico como daqueles que estavam fora desse círculo, aguardando o início da Assembleia Ordinária Mensal da AOPA. A seleção desses documentos justificou-se pelo fato que essas pessoas nunca tiveram acesso a eles e não possuíam nenhuma informação sobre sua existência.

Foi possível realizar leitura coletiva de cada direito da Declaração

Mundial dos Ostromizados. Gradativamente cada direito foi problematizado dialogicamente pelos participantes da pesquisa.

Considerando o encaminhamento do desvelamento crítico dos temas mais problematizados durante toda caminhada coletiva, *Deficiente orientação peri-operatória* e a *Deficiente qualificação dos profissionais de saúde*, perguntamos: *Como transformar essa realidade?*

Após os encontros dessa etapa do estudo, os participantes desvelaram os temas geradores *Deficiente orientação peri-operatória* e a *Deficiente qualificação dos profissionais de saúde*. O desvelamento que emergiu apontou para a necessidade de melhoria na formação dos profissionais de saúde.

Considerando a promoção do *empoderamento (empowerment)* da pessoa estomizada associada à necessidade de socialização do Itinerário de Pesquisa Freireano com todos os participantes da Assembléia Mensal Ordinária da AOPA, foi confeccionado para o último círculo dialógico um pôster, no tamanho de 90X120, contendo os temas geradores investigados, validados, codificados/descodificados pelos sujeitos do estudo e o desvelamento alcançado.

CÍRCULO DIALÓGICO IV: MENOS PAPO E MAIS AÇÃO – DESVELAMENTO CRÍTICO

– **Data:** 02 de julho de 2009

– **Horário:** 08h – 11h

– **Local:** Auditório da URE Presidente Vargas. Belém (PA)

A última etapa do Itinerário de Pesquisa Freireano, desvelamento crítico, demandou quatro encontros consecutivos. Iniciamos o diálogo às 08 horas e 30 minutos com a participação de *Lírio, Paca e Cutia*. A partir desse círculo, a Assembleia Mensal da AOPA iniciaria às 09 horas. Foi possível perceber o clima tenso devido ao risco de falta de equipamentos e adjuvantes para estomias. Todos estavam inseguros e ansiosos com aquela situação-limite. Nesse encontro, embora o objetivo fosse desvelar os temas codificados/descodificados, houve a emergência de novos temas geradores, característica da dinâmica do método investigativo, o Itinerário de Pesquisa Freireano. Esses temas não foram problematizados por causa do tempo restrito para os encontros e a dificuldade da participação das pessoas. Os novos temas foram: *Deficiente informação sobre o acesso ao TFD, dificuldade em manusear equipamentos para estomias, dificuldade de transporte de pessoas que*

residem no interior para participarem da Assembleia da entidade e buscar seus equipamentos e inadequada posição da estomia na parede abdominal.

Nesse dia, os temas geradores *Discordância entre o Serviço Público e o Privado* e *Deficiente qualificação dos profissionais de saúde* voltaram novamente ao debate no interior do círculo. O diálogo se estendeu e a participação das pessoas no exterior do círculo era inevitável. Muitos queriam participar compartilhando suas experiências, outros estavam pela primeira vez no local e tudo que era falado despertava interesse e com isso o diálogo se prolongou. Muitas contribuições de pessoas fora do círculo foram registradas e contribuíram para iniciar o desvelamento do tema pelos participantes do estudo, lembrando que o Itinerário de Pesquisa Freireano permite essa interação.

A presidente da AOPA entrou na sala e cancelou a Assembleia do dia. As pessoas que estavam no exterior do círculo responderam:

Mas D. Joana a conversa tá boa aqui, venha ver!

A diretoria da AOPA estava preocupada com o risco de ficar sem equipamentos. O cancelamento da Assembleia causou insatisfação nas pessoas que estavam no auditório devido ao deslocamento que fizeram para chegarem até o local. Mesmo assim, permaneceram conosco até às 11 horas, quando encerramos a atividade daquele dia. Esclarecemos algumas dúvidas sobre TFD a pedido das pessoas que se encontram fora do círculo. Reforçamos a importância da presença dos sujeitos do estudo para o próximo encontro.

CÍRCULO DIALÓGICO V: MENOS PAPO E MAIS AÇÃO – DESVELAMENTO CRÍTICO

- **Data: 06 de agosto de 2009**
- **Horário: 08h – 09h**
- **Local: Auditório da URE Presidente Vargas. Belém (PA)**

Como de costume, chegamos logo cedo, organizamos o ambiente, o lanche e aguardamos a chegada dos convidados. Neste encontro,

comparecem *Vitória-Régia* e *Cutia*. Resgatei o desvelamento crítico do tema gerado validado pelo grupo do tema *Deficiente qualificação dos profissionais de saúde* e outros pontos discutidos no encontro anterior. Para subsidiar esse encontro e dar continuidade ao desvelamento crítico, apresentei a todos a Declaração Mundial dos Ostimizados, promulgada em junho de 1993 (International Ostomy Association – IOA).

A seleção desse documento deu-se pelo fato de que essas pessoas nunca tiveram acesso a esse documento e não possuíam nenhuma informação sobre sua existência. Essa declaração despertou interesse tanto nos sujeitos do estudo como naqueles que chegavam para participar da Assembleia Mensal da AOPA e se acomodavam no exterior do círculo dialógico.

Entreguei a cada participante do estudo uma cópia da Declaração e também para as pessoas que se encontravam no exterior do círculo dialógico, a pedido destes. Iniciamos a leitura coletiva de cada direito da Declaração. Aos poucos, cada direito era codificado e descodificado dialogicamente por *Vitória-Régia* e *Cutia*.

Vale ressaltar que este já era o quinto círculo dialógico e os participantes já incorporavam gradativamente o Itinerário de Pesquisa Freireano, à medida que emergiam outros temas geradores, os quais iam sendo codificados e descodificados naturalmente. Em alguns temas chegavam até o desvelamento crítico. Percebia que todos ficavam ouvindo atenciosamente e assim o diálogo ia se desdobrando. Outro detalhe importante a ser registrado foi que o número reduzido de participantes no estudo não inviabilizou as atividades do círculo dialógico.

No término deste círculo, apresentei e ofereci ainda a reprodução das Portarias Nº 116, de 9 de setembro de 1993, e Nº 143, de 14 de outubro de 1993, que tratam da aquisição de órteses e próteses, para que todos tomassem ciência dos documentos e fizessem a leitura quando fosse possível, considerando ter sido as primeiras portarias a regulamentar a aquisição e distribuição dos equipamentos e adjuvantes para estomias pelo SUS. As atividades desse dia foram encerradas às 09 horas, com a apreciação do lanche antes do início da Assembleia.

Neste círculo, as pessoas refizeram seu poder reflexivo e se reconheceram como seres capazes de transformar o mundo. Ocorreu a necessidade de ação concreta para superação das situações-limite. Os participantes debateram problematizando e contextualizando a realidade para além do vivido, reconhecendo inter-relações e interdependências. Para essa problematização, os participantes tiveram acesso a

documentos para melhor discutirem seus limites e possibilidades diante da realidade da atenção à saúde da pessoa estomizada.

CÍRCULO DIALÓGICO VI: MENOS PAPO E MAIS AÇÃO – DESVELAMENTO CRÍTICO

- **Data: 03 de setembro de 2009**
- **Horário: 08h – 09h**
- **Local: Auditório da URE Presidente Vargas. Belém (PA)**

Neste círculo, contamos com a presença de *Lírio* e *Vitória-Régia*. Participaram ainda como convidadas duas acadêmicas de Enfermagem que estavam construindo seu trabalho de conclusão de curso com a temática da pessoa estomizada e uma técnica da Coordenação Estadual da Pessoa com Deficiência, da SESP. Sua presença se justificava em função dos encaminhamentos políticos que estavam ocorrendo no entorno da realização deste estudo e ela apresentou interesse em participar de um dos círculos.

Após apresentar um breve resumo sobre a nossa caminhada aos convidados, dois dos temas geradores mais problematizados durante toda caminhada coletiva voltaram ao círculo: *Deficiente orientação peri-operatória* e *Deficiente qualificação dos profissionais de saúde*. Então perguntamos: *Como transformar essa realidade?*

A participação da técnica da SESP foi importante, pois sua presença representava “o governo”, segundo a fala de *Lírio*. A ocasião demandava a ampliação do círculo dialógico, mesmo que as demais pessoas não tivessem assinado o TCLE, o momento era oportuno a todos que estavam naquele ambiente, vivenciando situações-limite semelhantes. Muitas pessoas participaram espontaneamente e o diálogo foi enriquecedor.

O problema com a falta de material deixou a todos muito desgastados e a diretoria da AOPA pouco tinha a dizer aos seus sócios. Em meio ao clima de tensão, outro tema gerador emergiu: *Deficiente previsão e provisão de equipamentos e adjuntos para estomias*.

O grupo espontaneamente desvelou os temas geradores *Deficiente orientação peri-operatória* e a *Deficiente qualificação dos profissionais de saúde* criticamente. Nesse momento, foi possível perceber que o Itinerário de Pesquisa Freireano possibilitou a apreensão da realidade vivida pelo grupo e, sendo assim, alcançar o desvelamento

já não era algo desconhecido e, sim, resultado de todo o Itinerário percorrido.

CÍRCULO DIALÓGICO VII: MENOS PAPO E MAIS AÇÃO – DESVELAMENTO CRÍTICO

- **Data: 03 de fevereiro de 2010**
- **Horário: 08h – 09h**
- **Local: Auditório da URE Presidente Vargas. Belém (PA)**

Inúmeras dificuldades justificaram o longo espaço de tempo até a realização do último encontro. Era necessário (in)concluir as atividades. Chegamos cedo ao local do estudo e para nossa surpresa a sala já estava lotada aguardando a Assembleia Ordinária Mensal da AOPA, e novos sócios estavam pela primeira vez naquele auditório. *Paca, Cutia, Lírio e Boto* estavam presentes. Considerando o número elevado de pessoas no ambiente, não foi possível organizarmos o círculo.

Para este círculo, foi confeccionado um pôster no tamanho de 90X120 com a síntese do Itinerário de Pesquisa Freireano (Figura 22). Socializamos esse material em local visível a todos e convidamos os sujeitos do estudo para a apresentação dialogada da produção coletiva.

Ficou evidente que as pessoas ali presentes, estomizadas ou não e mesmo não assinando o TCLE, faziam questão de dialogar e refletir sobre os temas geradores, a codificação/descodificação e o desvelamento crítico; provavelmente por se perceberem como parte do processo.

Diversas falas emergiram e com elas outros temas geradores. A oportunidade de serem ouvidas propiciou às pessoas falarem sobre suas necessidades e demandas enquanto pessoa estomizada.

A avaliação por parte dos sujeitos do estudo quanto às atividades desenvolvidas foi positiva, com a expectativa de concretização do desvelamento crítico dos temas problematizados nesse período que compartilhamos nossas vivências.

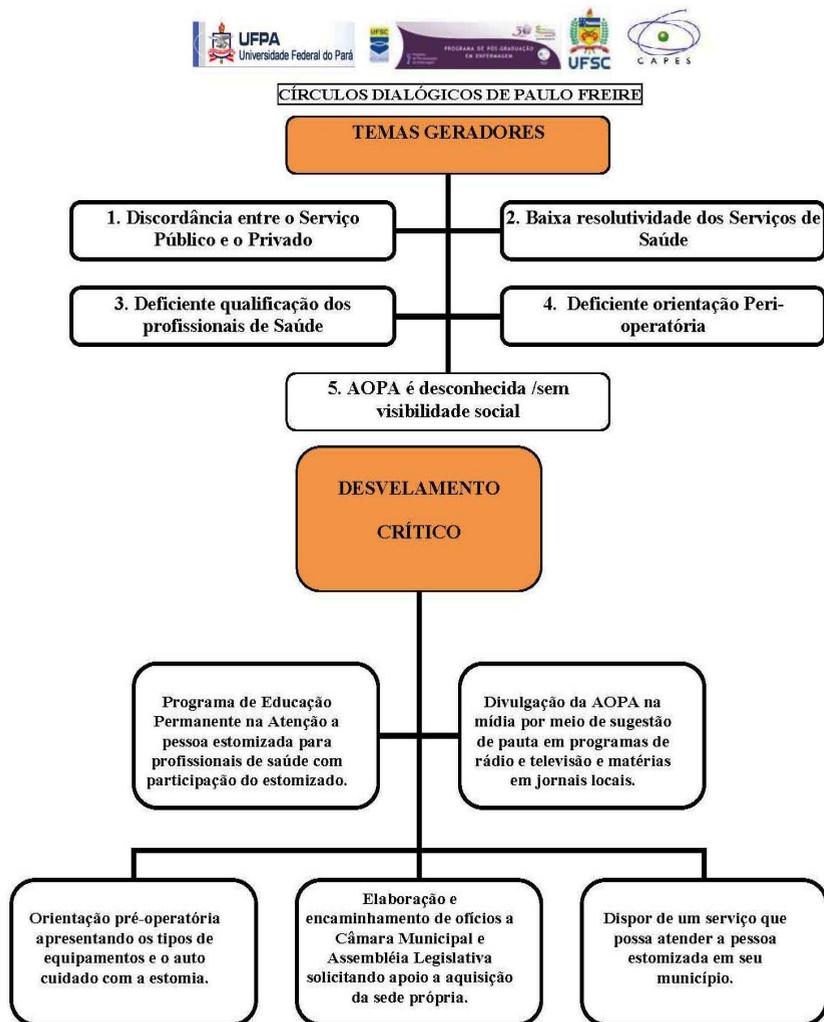


Figura 22 – Síntese do Itinerário de Pesquisa Freireano.

Fonte: Círculo Dialógico. URE Presidente Vargas. Belém-PA, 2010.

4.4.3 O Registro dos Dados e o Material de Apoio

O primeiro círculo dialógico foi registrado em áudio e vídeo, justificando-se para isso a necessidade da pesquisadora de poder identificar a fala de cada sujeito do estudo subsidiando a posterior análise ao retornar com os participantes. Um profissional foi contratado para realizar a atividade de forma discreta, de modo a não interferir no andamento do círculo dialógico. Os demais círculos foram registrados com apoio de um aparelho MP3 e um telefone celular dispostos em pontos opostos na sala. Utilizamos as notas de campo para as observações diretas e o registro das reações dos sujeitos do estudo e ainda as impressões da pesquisadora para posterior análise.

Para o desenvolvimento das dinâmicas nos círculos, foram utilizados folhas de papel 40 kg, cola, tesoura, revistas, fita adesiva, urso de pelúcia, barbante, aparelho de DVD e o DVD e três documentos: Declaração Internacional dos Direitos dos Ostromizados, que trata dos direitos das pessoas estomizadas em âmbito mundial, e as Portarias N° 116, de 9 de setembro de 1993, e N° 146, de 14 de outubro de 1993, que tratam da aquisição de órteses e próteses, respectivamente.

4.5 ANÁLISE DOS RESULTADOS

Os círculos geraram aproximadamente 10 horas de gravação digital. Após cada círculo dialógico, todo o material foi transcrito pela própria pesquisadora, com auxílio do editor de texto do programa *Word for Windows*, sendo arquivado separadamente. As diversas situações existenciais do grupo eram impressas e submetidas à leitura minuciosa pela pesquisadora. No círculo dialógico subsequente, esse material era apresentado aos participantes. Essa estratégia possibilitou que as pessoas estomizadas pudessem visualizar os temas investigados no encontro anterior.

O diálogo, a problematização e a reflexão dos temas expostos favoreceram o agrupamento e validação dos temas investigados, a codificação e descodificação e o desvelamento da realidade. Como consequência e diferentemente do que ocorre em outros métodos investigativos, no Itinerário de Pesquisa Freireano a análise dos dados é processada em cada etapa do estudo pelos próprios sujeitos, no processo de ir e vir, característico da dinamicidade do método, mediado pela

pesquisadora e orientado pelo referencial teórico-metodológico, possibilitando a expressão de concepções relacionadas ao tema gerador, anteriormente definido ou outros que emergiram dos dados, buscando elucidar os aspectos mais latentes, tornando-os mais visíveis.

4.6 DIMENSÃO ÉTICA DO ESTUDO

O estudo obteve aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da Universidade Federal de Santa Catarina (CEPSH/UFSC). Obteve aprovação no dia 03 de novembro de 2008 sob o parecer N^o 286/08 FR-221510 (Figura 22).



Figura 22 - Parecer do Comitê de Ética e Pesquisa com Seres Humanos da Universidade Federal de Santa Catarina (CEPSH/UFSC).

A inclusão dos sujeitos no estudo obedeceu ao previsto na Resolução N^o 196/96 (BRASIL, 2006a), que dispõe sobre as diretrizes e normas regulamentares da pesquisa envolvendo seres humanos, especialmente no que se refere ao Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Figura 23). Garantiu-se aos participantes, por meio deste, a liberdade de participar ou não e de desistir a qualquer momento do estudo, como também está assegurado o sigilo das identidades e informações. Os participantes da pesquisa, após terem sido esclarecidos quanto aos objetivos e finalidade do estudo, assinaram um termo de consentimento em duas vias: uma ficou com a pesquisadora e a outra com o participante.



UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA

CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE

PROGRAMA DE PÓS - GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM – PEN

DOCTORADO INTERINSTITUCIONAL EM ENFERMAGEM UFPA/UFSC/CAPES



TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Meu nome é **Regina Ribeiro Cunha**, doutoranda do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina – PEN/UFSC e, atualmente, estou desenvolvendo a pesquisa “**Promoção do Empoderamento de Pessoas Estomizadas por meio da Educação Problematicadora: desafio à Enfermagem**”. Como objetivos pretendo: - promover o empoderamento de pessoas estomizadas por meio da educação problematicadora, refletir com as pessoas estomizadas sobre a sua situação de saúde; identificar suas necessidades e demandas frente à política nacional de saúde das pessoas com estomas. A coleta de dados proposta para o estudo ocorrerá por meio da formação do *Círculo de Cultura* espaço dinâmico de aprendizagem e troca de conhecimento onde os sujeitos do estudo irão debater problemas de interesse do próprio grupo, sendo esta atividade preferencialmente gravada em som e vídeo. Asseguro que a pesquisa não prevê riscos à dimensão física, psíquica, moral, intelectual, social, cultural ou espiritual em qualquer de suas fases. Se você tiver alguma dúvida em relação ao estudo ou não quiser mais fazer parte do mesmo, pode entrar em contato pessoalmente com a pesquisadora ou pelos telefones **(91)9994-1920** ou **(91)3272-7627**, e/ou e-mail: reginarc@ufpa.br. Caso o (a) Sr. (a) aceite participar deste estudo, solicitamos que assine este termo de consentimento tomando da ciência que todas as informações obtidas serão confidenciais, utilizadas unicamente neste estudo para compor o relatório parcial e final do trabalho, sendo suas informações guardadas com sigilo, garantindo assim seu anonimato. A pesquisadora assume o compromisso de não revelar, em hipótese nenhuma, o seu nome ou os problemas apresentados durante as atividades.

Assinaturas:

Pesquisadora Principal: _____

Pesquisadora Orientadora: _____

Consentimento Pós-Informado

Eu _____, residente e domiciliado na _____, portador da Carteira de Identidade, RG nº, tenho conhecimento dos objetivos e propósitos do estudo Promoção do Empoderamento de Pessoas Estomizadas por meio da Educação Problematizadora: desafio à Enfermagem e fui informado de forma detalhada sobre a confidencialidade das informações que prestar, assim como fui assegurado da impossibilidade de que qualquer informação possa ter repercussão em minha vida pessoal. Declaro também estar ciente que dela poderei desistir a qualquer momento, sem sofrer qualquer tipo de punição ou constrangimento. Estando ciente destas orientações, estou de acordo em participar voluntariamente do estudo proposto e assino o presente documento em duas vias de igual teor e forma, ficando uma em minha posse.

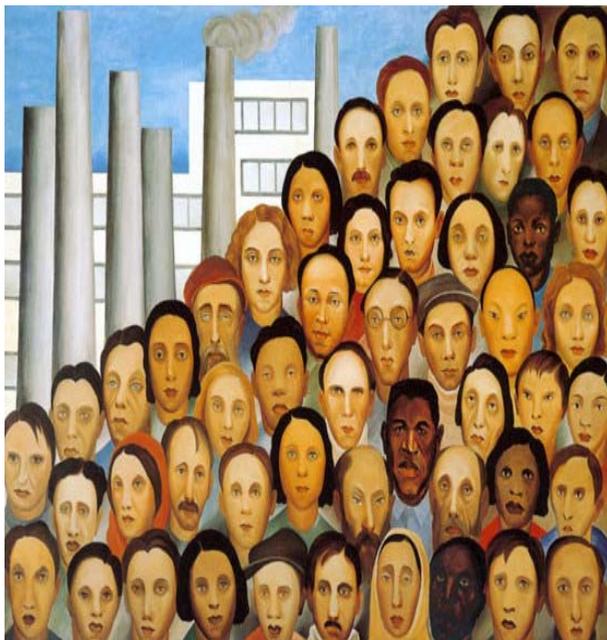
Belém-PA, _____, _____ de _____.

Assinatura

Figura 23 - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

CAPÍTULO V

RESULTADOS DE UM PROCESSO COLETIVO



Tarsila do Amaral - Operários

5 RESULTADOS DE UM PROCESSO COLETIVO

Os círculos dialógicos propiciaram que as pessoas expressassem suas vivências enquanto pessoas estomizadas. Essa oportunidade traz consigo inúmeras possibilidades, entre elas o início da caminhada rumo ao *empoderamento (empowerment)* de todos que compuseram os círculos. E isso se traduz em um verdadeiro desafio ao cuidado de enfermagem, em função da necessidade de os profissionais também se sentirem sujeitos do processo e principalmente estimularem e concederem outros espaços, nos quais prevaleça a educação libertadora.

Com a perspectiva de apresentar os resultados alcançados ao longo do Itinerário de Pesquisa Freireano, foram construídos três manuscritos. Buscamos sistematizar os resultados iniciando pelo primeiro manuscrito, *Itinerário de Pesquisa Freireano com pessoas estomizadas*, no qual as etapas do itinerário de pesquisa e sua construção no interior dos círculos dialógicos são apresentadas. Trata-se verdadeiramente da aplicação do Itinerário de Pesquisa Freireano. No segundo manuscrito, *Círculo dialógico como possibilidade de empoderamento (empowerment) de pessoas estomizadas*, a intenção foi apresentar a vivência do círculo dialógico como uma estratégia que possibilita o início da caminhada rumo ao *empoderamento (empowerment)* dos sujeitos do estudo. O terceiro manuscrito, *Desvelamento crítico da pessoa estomizada: em ação o programa de educação permanente em saúde*, apresenta o desvelamento crítico da pessoa estomizada sobre um dos temas mais problematizados nos círculos dialógicos: a deficiente qualificação dos profissionais de saúde.

Os manuscritos estão apresentados de acordo com as instruções aos autores dos periódicos, com adaptações na apresentação gráfica, para atender às normas de apresentação gráfica para Teses e Dissertações, conforme disposto no Guia Rápido para Diagramação de Trabalhos Acadêmicos, da Universidade Federal de Santa Catarina.

5.1 MANUSCRITO 1 - ITINERÁRIO DE PESQUISA FREIREANO COM PESSOAS ESTOMIZADAS

Manuscrito a ser submetido à Revista Panamericana de Salud Pública, apresentado conforme Instrução aos Autores da própria revista (Anexo F).

ITINERÁRIO DE PESQUISA FREIREANO COM PESSOAS ESTOMIZADAS

APPLICATION OF THE FREIREAN RESEARCH AGENDA TO STOMA PATIENTS

ITINERARIO INVESTIGACIÓN FREIREANO CON PERSONAS OSTOMIZADAS

Regina Ribeiro Cunha²¹; Vânia Marli Schubert Backes²²; Ivonete Teresinha Schüller Buss Heidemann²²

RESUMO

OBJETIVO: Apresentar o Itinerário de Pesquisa Freireano no contexto de saúde, intermediado pela educação libertadora com pessoas estomizadas. **MÉTODO:** Estudo qualitativo articulado com o referencial metodológico de Freire, que compreende a obtenção e análise dos dados nos círculos dialógicos, constituído por três momentos dialéticos, interdisciplinarmente entrelaçados: investigação temática, codificação e descodificação e desvelamento crítico. Ocorreu no período de abril de 2009 a fevereiro de 2010, com número irregular de participantes, no auditório da Unidade de Referência Especializada Presidente Vargas, no município de Belém/PA. A análise dos dados considerou os diálogos problematizados no interior de cada círculo. **RESULTADOS:** No desenvolvimento do Itinerário de Pesquisa Freireano, emergiram diversos temas geradores. Os temas agrupados e validados foram: 1. discordância entre o serviço público e o privado; 2. baixa resolutividade dos serviços de saúde; 3. deficiente qualificação dos profissionais de saúde; 4. deficiente orientação pré-operatória; e 5. Associação dos Ostomizados é desconhecida, sem visibilidade social. Os temas mais problematizados foram codificados e descodificados desvelando a necessidade de implantação de um Programa de Educação Permanente na Atenção à pessoa estomizada e encaminhamento de sugestão de pauta sobre a Associação dos Ostomizados do Pará à imprensa e aos Legislativos Municipal e Estadual. **CONCLUSÃO:** As

²¹Faculdade de Enfermagem da Universidade Federal do Pará. Escola de Enfermagem da Universidade do Estado do Pará, Belém (PA), Brasil. Enviar correspondência para Regina Ribeiro Cunha, reginarc@ufpa.br.

²² Florianópolis (SC), Brasil.

pessoas estomizadas são capazes de refletir além de sua realidade, rumo ao *empoderamento* (*empowerment*) individual e coletivo e assim contribuir para o início de um processo de transformação.

Descritores: Enfermagem; Educação em Saúde; Estomia; Alfabetização em Saúde; Informação de Saúde ao Consumidor; Pesquisa em Enfermagem.

OBJECTIVE: To present the Freirean research agenda within the context of healthcare, as illustrated by a liberatory education initiative conducted with stoma patients in the city of Belém, PA, Brazil.

METHODS: This was a qualitative study employing Paulo Freire's methodology consisting of collection and analysis of data in Dialogue Circles. The analysis consists of three stages, thematic analysis, coding/decoding and critical unveiling. Data were collected between April of 2009 and February of 2010, with indefinite numbers of people treated at the Unidade de Referência Especializada Presidente Vargas in the city of Belém in the city of Belém. The data analyzed were those dialogues that generated discussions within each circle. **RESULTS:** In developing the itinerary Research Freire, several themes emerged generators. The themes were grouped and validated: 1. discrepancy between public and private, 2. poor solutions of health services, 3. inadequate training of health professionals, 4. Poor preoperative orientation and 5. nobody has heard of the stoma patients' association. Polling the collective consciousness indicated a need to set up a program of permanent and continuing education in stoma care and to send agenda suggestions to the press and to the municipal and state legislatures.

CONCLUSIONS: Stoma patients are capable of thinking beyond their own realities, working towards individual and collective empowerment and contributing to initiating a process of transformation.

Descriptors: Nursing; Health Education; Ostomy; Health Literacy; Consumer Health Information; Nursing Research

RESUMEM

OBJETIVO: Presentar el itinerario de investigación freireano en el contexto de salud, intermediado por la educación libertadora con personas estomizadas en la ciudad de Belém-PA. **MÉTODO:** Estudio cualitativo articulado con el referencial metodológico de Freire que comprende la obtención y análisis de los datos en los círculos dialógicos efectuados en tres momentos: investigación temática, codificación/descodificación y desvelamiento crítico, ocurrido en el período de abril de 2009 a febrero de 2010, con número indeterminado

de personas de la Unidad de Referencia Especializada Presidente Vargas en la ciudad de Belém-PA. El análisis de los datos consideró los diálogos problematizados en el interior de cada círculo. **RESULTADOS:** En la elaboración del itinerario de investigación Freire, surgieron varios temas generadores. Los temas se agruparon y validado: 1. discrepancia entre lo público y privado. 2. soluciones deficiente de los servicios de salud, 3. deficiente calificación de los profesionales de salud, 4. Mala orientación preoperatoria y 5. asociación de los ostomizados es desconocida. Los temas comunes fueron codificados y decodificados problematizada presentación la necesidad de implantación de un Programa de Educación Permanente para la Atención a la persona estomizada y remisión de sugestión de pauta sobre la entidad para la prensa y legislativo municipal y estadual. implementar un programa de Educación Continua en Atención de las personas conestoma y la transmisión de la idea de historia de la Asociación de ostomía de prensa Pará y Municipales y de Legislaturas Estatales. **CONCLUSIÓN:** Las personas estomizadas son capaces de reflexionar más allá de su realidad, rumbo al *empowerment* individual y colectivo y así contribuir para el inicio de un proceso de transformación. **Descriptor:** Enfermería; Educación en Salud; Estomía; Alfabetización en Salud; Información de Salud al Consumidor; Investigación en Enfermería.

INTRODUÇÃO

Aplicar o Itinerário de Pesquisa Freireano, por meio da educação libertadora, com um grupo de pessoas submetidas à cirurgia geradora de estomia constitui-se em uma estratégia favorável para eles conhecerem mais profundamente o que já conhecem, levantarem ideias e, assim, interpretarem os fatos a partir de seu próprio ponto de vista, utilizando esse conhecimento para transformar a realidade em espaços denominados Círculos de Cultura. O termo *estomia* é derivado do grego e significa “boca” ou “abertura” criada cirurgicamente para indicar a exteriorização de qualquer víscera oca, através do corpo (1).

Os Círculos de Cultura se originaram do Movimento de Cultura Popular (MCP) da Universidade Federal de Pernambuco (UFPE), na década de 1960. A cidade de Recife foi o berço desses Círculos. Posteriormente expandiram-se para outras capitais brasileiras. A principal característica desses Círculos era a concepção do homem como um ser histórico e cultural (2). Paulo Freire, idealizador dessa proposta libertadora de educação popular, é contemporâneo ao valorizar o conhecimento construído a partir dessa “dinâmica inovadora” na

alfabetização de adultos, sendo utilizado em diversos contextos sociais.

A escolha do Itinerário de Pesquisa Freireano surgiu do interesse em promover o *empoderamento* (*empowerment*), termo já definido por diversos autores (3,4,5), aqui compreendido, a partir de uma concepção emancipatória, como um processo que possibilita que as pessoas, instituições, associações, entre outras, sejam ouvidas em suas vivências, crenças, sobre sua realidade e assim busquem estratégias de participação proativa que conduzam a uma ação transformadora de sua realidade.

Considerando o pensamento freireano, as pessoas estomizadas poderão criar ambientes que possibilitem os processos de *empoderamento* (*empowerment*). O círculo dialógico concede um espaço real onde as pessoas estomizadas podem falar livremente, ultrapassando a cultura do silêncio, desenvolvendo consciência crítica a partir da 'imersão' na realidade objetiva e com isso se libertando do estigma de pessoa deficiente a partir de sua própria realidade.

As políticas de saúde vêm desenvolvendo uma atenção especial às pessoas com deficiência, e aqui se inserem as pessoas estomizadas. No que concerne à educação libertadora, o cenário foi planejado com vistas a oferecer um espaço de diálogo para promover o *empoderamento* (*empowerment*), termo de origem inglesa, o qual se compartilha com a ideia de ser o elo na política de promoção da saúde (3,6).

As pessoas estomizadas não têm conseguido falar sobre sua própria realidade, em decorrência de vários fatores, entre eles a vergonha, a deficiente informação sobre o que é ser estomizado, a estomia e a falta de liberdade com a família, o que, em grande parte, podemos atribuir como reflexo da cultura na qual se encontram inseridos, em que a estomia ainda é desconhecida.

Outro conceito de *empoderamento* (*empowerment*) que merece destaque o caracteriza como processo social que favorece a participação das pessoas, das organizações e da comunidade ampliando o controle dessas pessoas e da comunidade na ação política, com melhores condições de vida da comunidade e justiça social (4) desse grupo de pessoas.

Dessa forma, a educação libertadora (7,8) é fundamental para o direcionamento da cultura em saúde, pois a maneira como as pessoas agem para promover sua saúde ou como reagem frente a uma situação de doença sofre influência dessa cultura. A compreensão do cenário cultural constitui-se como o pano de fundo por considerar-se que a cultura em saúde é um dos fatores determinantes em todo o processo aqui vivenciado.

Neste estudo, portanto, objetivou-se apresentar um cenário

prático sobre o Itinerário de Pesquisa Freireano (8) no contexto de atenção à saúde como possibilidade para o *empoderamento* (*empowerment*) de um grupo de pessoas estomizadas no sentido de problematizar situações existenciais incentivando a ação-reflexão-ação, na cidade de Belém/PA.

MÉTOD

Trata-se de uma pesquisa qualitativa em saúde articulada com Itinerário de Pesquisa Freireano (8-SAUPE), realizada por meio de atividades no círculo dialógico, substituição carinhosa ao Círculo de Cultura, compreendido como a vivência de aprendizagem libertadora para alfabetização de adultos na pedagogia freireana, o qual constitui espaço que possibilita a expressão da liberdade. Foi desenvolvida em três fases que, embora se sobreponham ao mesmo tempo e tenham, cada uma, suas próprias características, são interdependentes entre si, e epistemologicamente denominam-se: Investigação Temática, Codificação/Descodificação e Desvelamento Crítico.

Ao dispor as cadeiras, bancos ou mesmo no chão, as pessoas se acomodam formando uma figura geométrica, o círculo. Este possibilita o olhar e a troca de olhares entre todos os participantes, sem distinção. Constitui um espaço dinâmico de aprendizagem e troca de conhecimento, o qual possibilitou o encontro dos sujeitos da pesquisa para debaterem situações de interesse coletivo.

Os círculos dialógicos foram desenvolvidos no auditório da Unidade de Referência Especializada (URE) Presidente Vargas, local que sedia a Associação dos Ostomizados do Pará (AOPA), na cidade de Belém/PA.

No dia 04 de março de 2009, durante a Assembleia Mensal da AOPA, 13 pessoas estomizadas aceitaram o convite para participar da pesquisa obedecendo aos seguintes critérios de inclusão: serem maiores de 18 anos de idade e terem condições de deslocamento até o local do estudo. Compareceram oito participantes no primeiro encontro, entre eles quatro homens e quatro mulheres, dois com faixa etária entre 15 e 30 anos, um na faixa de 30 a 45 anos, um na faixa entre 45 e 60 e quatro com idade acima de 60 anos. Em relação à escolaridade, um com ensino médio incompleto, dois com ensino médio completo, quatro com ensino fundamental incompleto e um sem ter acesso à escolarização. Quanto às ocupações exercidas, um era estudante, um marceneiro, um mecânico, um cabeleireiro e quatro aposentados. Quanto à procedência, cinco residiam na cidade de Belém, dois no município de Barcarena e um no município de Santa Isabel. Quanto ao estado civil, um era divorciado,

um separado, dois solteiros e quatro casados. Para preservar a identidade dos sujeitos, adotamos os seguintes pseudônimos: *Boto, Cutia, Lírio, Yara, Paca, Vitória-Régia, Uirapuru e Muiraquitã*.

Nos círculos dialógicos subsequentes, o número de participantes foi irregular, com média de quatro pessoas em cada círculo. O rigor científico do Itinerário de Pesquisa Freireano não restringe a integração de outras pessoas que estejam fora desse círculo, que participem do processo de coleta de dados desse método de pesquisa.

O projeto de pesquisa foi submetido à apreciação do Comitê de Ética e Pesquisa com Seres Humanos da Universidade Federal de Santa Catarina, recebendo parecer favorável sob nº 286/2008.

Os participantes foram esclarecidos sobre a pesquisa no círculo dialógico por ocasião dos encontros mensais. Após o consentimento, mensalmente o sujeito foi novamente contatado por telefone para lembrá-lo da atividade de pesquisa.

O período da investigação foi desenvolvido entre abril de 2009 e fevereiro de 2010. Utilizaram-se como instrumentos e procedimentos: observação, nota de campo e sete círculos dialógicos. Registraram-se as atividades por meio de gravação digital e registro fotográfico de algumas dinâmicas desenvolvidas; o primeiro círculo dialógico foi registrado em áudio e vídeo.

O tempo médio de duração de cada encontro foi de 60 minutos, gerando aproximadamente 10 horas de gravação digital. Transcreveram-se as gravações até uma semana após cada encontro. As diversas situações existenciais do grupo eram impressas e no próximo círculo dialógico apresentadas aos participantes. Essa estratégia teve o intuito de favorecer que as pessoas estomizadas pudessem visualizar os temas investigados no encontro anterior, possibilitando o diálogo, a discussão, a reflexão, a problematização e a consequente análise coletiva.

RESULTADOS

CÍRCULO DIALÓGICO I: Sou toda ouvidos! – INVESTIGAÇÃO TEMÁTICA E LEVANTAMENTO DOS TEMAS GERADORES

Os primeiros passos do Itinerário de Pesquisa Freireano foram indecisos, com uma insegurança típica de quem muda de endereço. Com o intuito de estimular a integração dos convidados, organizou-se um círculo com algumas cadeiras, no centro da sala. Houve a necessidade de exercitar, durante todo o processo, nosso olhar, nossa escuta, aprender a ler as expressões, os gestos, o tom de voz, a posição do corpo. Oito sujeitos compareceram ao primeiro encontro. Outras pessoas

estomizadas e familiares que chegavam ao local acomodavam-se fora do círculo dialógico. Espontaneamente o diálogo emergiu no interior do círculo:

Então é o seguinte - tem ostomizado que o médico diz assim: permanente porque é pelo SUS, mas se ele tivesse dinheiro como tem o vice-presidente da república, que vai pro Sírio Libanês, que vai para os Estados Unidos e já fez 12 operação, tá com câncer, a mesma coisa, tá com câncer, certo, e você vê a aparência dele porque o tratamento é outro, certo? Então existe essa discordância entre o serviço público e o particular. Boto

Nessa etapa do Itinerário, emergiram 12 temas geradores: 1. baixa resolutividade dos serviços e saúde; 2. deficiente orientação pré-operatória; 3. as pessoas têm vergonha de dizer que usam a bolsa; 4. a festa de 18 anos da AOPA poderia ter tido divulgação da entidade; 5. os cursos de enfermagem não abordam o cuidado ao estomizado; 6. profissionais de enfermagem não sabem manusear os equipamentos; 7. deficiente divulgação da AOPA dificulta acesso à entidade; 8. necessidade em divulgar a AOPA; 9. o papel da AOPA para os estomizados é a dispensação dos equipamentos; 10. a reforma do prédio da URE deixará AOPA sem local para atendimento; 11. as pessoas despertam após a cirurgia e se deparam com a bolsa coletora no abdômen; 12. discordância entre o serviço público e o privado.

Uma breve avaliação foi realizada nesse primeiro momento, seguida por um abraço coletivo proporcionado pela dinâmica abraço de urso (10). Esse círculo foi fundamental para a aproximação dos participantes e a consolidação dos próximos círculos.

CÍRCULO DIALÓGICO II: Metendo a mão em cumbuca – INVESTIGAÇÃO TEMÁTICA E LEVANTAMENTO DOS TEMAS GERADORES

Este círculo dialógico teve como objetivo fazer o agrupamento e validação dos 12 temas geradores do encontro anterior. À medida que visualizavam os temas sobre suas vivências, ficavam atentos e mais participativos. A expressão de cada estomizado demonstrava seu modo de pensar sua vida para, quem sabe, criticá-la pelo diálogo. O grupo refletiu que os temas eram importantes e retratavam o cotidiano de cada um.

Quando foi pra eu me operar fiquei assim... Eu

queria desistir e desisti, fui à sala de cirurgia e voltei pro meu leito sem operar porque eu não sabia como eu ia ficar [...]. Paca.

Considerando que o diálogo pautava-se em situações relacionadas à experiência vivida antes, durante e após a cirurgia geradora de estomia, questionou-se ao grupo como eles percebiam todo esse processo de orientação durante essa circunstância. Durante todo o diálogo, enfatizou-se a importância da orientação peri-operatória.

Quando eu saí do hospital eu saí com a bolsa furada fiquei mais nervosa quando me vi assim, aí que dá o desespero, aí veio uma enfermeira trouxe uma bolsa transparente que a gente vê tudo... Que veio colocar, mas ela não soube colocar. Vitória-Régia

Para favorecer o diálogo, levantaram-se alguns temas provocadores: Como acontece a assistência à pessoa estomizada em Belém? O que é necessário para melhorar a assistência à pessoa estomizada em Belém?

Mediados pela pesquisadora, os participantes agruparam e validaram cinco temas geradores: discordância entre o serviço público e o privado, baixa resolutividade dos serviços de saúde, deficiente qualificação dos profissionais de saúde, deficiente orientação peri-operatória e associação dos ostomizados é desconhecida (FIGURA 1).

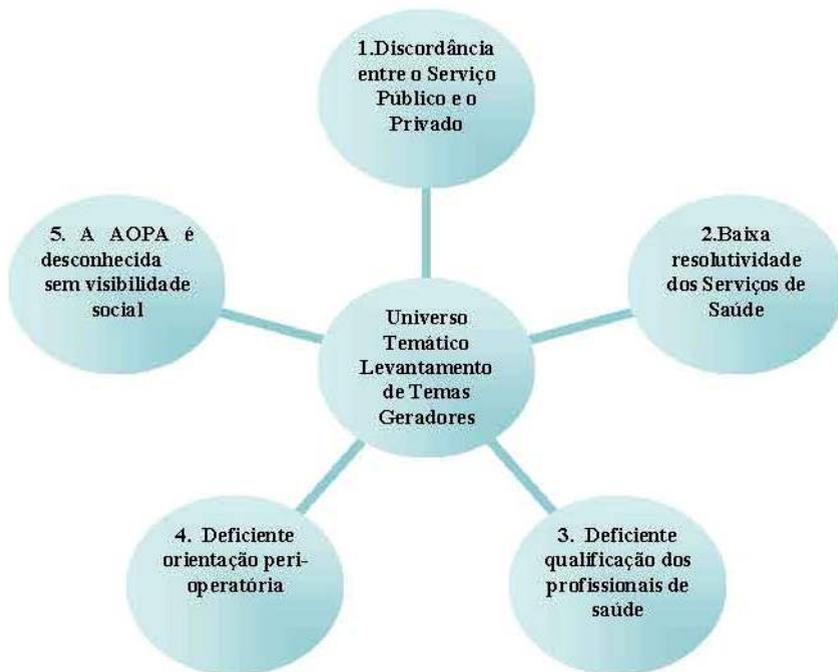


Figura 1: Temas Geradores

Fonte: Círculo Dialógico. Belém/PA, 2009.

Os temas validados revelaram que as pessoas estomizadas já começavam a refletir, codificando/descodificando algumas temáticas mais significativas. Ao término do círculo dialógico, percebeu-se que todos estavam motivados com o processo, sabiam do espaço criado e da oportunidade de falar sobre seus problemas, sentimentos, dores, satisfações, percepções do processo e poder recomendar outras propostas. Foi possível perceber que a construção do elo mediado pelo círculo dialógico seria um processo compartilhado em responsabilidade e desafios onde a pesquisadora seria a facilitadora do processo.

CÍRCULO DIALÓGICO III: O Bicho vai pegar – CODIFICAÇÃO/DESCODIFICAÇÃO

A intenção de codificar/descodificar os temas geradores validados no círculo anterior foi o objetivo desse encontro. A técnica mista com utilização de desenho, colagem, e imagem foi selecionada

como atividade daquele dia. Solicitou-se que elaborassem cartazes referentes aos respectivos temas validados.

Os temas mais problematizados foram codificados e descodificados iniciando-se com o tema: deficiente qualificação dos profissionais de saúde.

Esse tema teve muito a ver assim comigo... Depois da cirurgia eu não sabia como usar a bolsa e nem a minha família não sabia... A gente pedia informações pras enfermeiras pra ensinarem e depois tinha que ir pra casa fazer sozinha. Yara.

Veio uma enfermeira e disse que tinha uma bolsa... Mas ela não tinha o conhecimento. Cutia.

Como codificação e descodificação dessa temática emergiram os temas: tem hospital que a enfermeira não sabe nem limpar e nem colocar a bolsa; profissional de enfermagem não sabe manusear o equipamento coletor para fezes e urina; profissional médico não dispõe de tempo para orientar, apenas para fazer a cirurgia; profissional médico apenas informa que deverá usar uma bolsa; as pessoas despertam após a cirurgia e se deparam com a bolsa coletora fixada no abdômen; dificuldade em manusear o equipamento após alta hospitalar; complicações de pele periestomal por inabilidade em utilizar o equipamento.

Outro tema significativo foi: a AOPA é desconhecida.

A maioria dos radialistas, dos apresentadores não sabe o que significa essa palavra aqui ... AOPA, por quê? Porque nós somos uma associação ... Apesar de ter 18 anos... Eu passei um mês pra poder chegar até aqui. Boto

Como codificação e descodificação surgiram: as pessoas estomizadas passam longo tempo antes de chegar até a entidade; instituições não informam sobre a AOPA; AOPA não promove a divulgação de sua existência; profissionais não encaminham as pessoas até a AOPA; pessoas tomam conhecimento da AOPA ocasionalmente.

Um cartaz com imagens de equipamentos expressava a dificuldade dos profissionais de enfermagem e da pessoa estomizada em manusear equipamentos para estomias, desde o momento da internação, estendendo-se após alta hospitalar.

Todo o diálogo foi permeado pela reflexão sobre a importância da orientação peri-operatória, formação profissional e divulgação da AOPA, que relacionavam as temáticas investigadas e que neste momento estavam sendo codificadas e descodificadas pelos participantes. As pessoas estomizadas se envolveram bastante com a atividade desse encontro, sendo avaliado como um momento de reflexão e percepção em que é possível buscar alternativas para alcançar melhores condições de atendimento.

CÍRCULO DIALÓGICO IV: Menos papo e mais ação – DESVELAMENTO CRÍTICO

A reduzida participação das pessoas no círculo não se constituiu como fator impeditivo de sua realização. *Lírio*, *Paca* e *Cutia* foram acolhidos e iniciaram o diálogo. O tema gerador deficiente qualificação dos profissionais de saúde voltou novamente ao debate, emergindo soluções a partir da práxis do próprio grupo, atingindo o desvelamento crítico:

A orientação deveria ser feita nos cursos para chegar ao hospital. Lírio

Eu concordo que sim... Quando a gente chegasse ao hospital, eles tinham que primeiramente orientar a gente, já quando eles vissem que o caso fosse de cirurgia, deveriam orientar a gente! Paca.

A inadequada posição da estomia na parede abdominal emergiu como tema gerador, codificado como necessidade de demarcação pré-operatória e com a descodificação: médico cirurgião não observa o local adequado no abdômen antes de fazer esse procedimento; é confeccionado em cima da costela; a localização inadequada interfere na fixação da bolsa coletora. Observou-se que as pessoas tinham a percepção da importância da demarcação pré-operatória. Conversou-se sobre o direito de se ter uma estomia bem confeccionada e foi possível constatar que as pessoas desconhecem esse direito, mas expressam suas necessidades.

CÍRCULO V: Menos papo e mais ação – DESVELAMENTO CRÍTICO

Para esse encontro, foi entregue uma cópia da Declaração Mundial dos Ostomizados a *Vitória-Régia* e *Cutia*, participantes que

comparecem neste encontro, para subsidiar o desvelamento crítico. Cada direito foi lido e discutido no grupo.

A leitura despertou o interesse das pessoas estomizadas com referência às informações recebidas antes da cirurgia de forma reducionista.

A sua operação vai ser muita fininha.. disse o médico... Mas não me explicou se ia usar a bolsa ou não, né? Foi isso que pegou depois de operado, passei aquela situação que lhe falei ?Cutia.

A Portaria Nº 116, de 9 de setembro de 1993, que trata da aquisição de órteses e próteses, onde se incluem os equipamentos para estomia, foi distribuída a todas as pessoas que se encontravam na sala naquele dia. Neste círculo, evidenciou-se o tema: a pessoa estomizada desconhece os direitos instituídos por sua entidade representativa.

CÍRCULO VI: Menos papo e mais ação – DESVELAMENTO CRÍTICO

Com a curiosidade e a motivação características de quem comunga com o pensamento freireano, reuniram-se nesse círculo *Vitória-Régia* e *Lírio*, e três convidadas, duas acadêmicas de Enfermagem e uma técnica da Coordenação Estadual da Pessoa com Deficiência, da Secretaria de Estado de Saúde Pública (SESPA).

Uma síntese de todo o itinerário foi apreciada pelos presentes com objetivo de desvelar uma estratégia para transformar a realidade referente à deficiente qualificação dos profissionais de saúde.

Foi consenso do grupo o desvelamento de indicação de capacitação da atenção nos serviços de saúde de baixa, média e alta complexidade, com inserção da atenção à pessoa estomizada na programação dos cursos.

A Política Nacional que tramita no Ministério da Saúde foi discutida com os participantes. O grupo demonstrou a principal preocupação, “não deixar faltar material”, considerando que, no momento deste encontro, muitas pessoas estomizadas não haviam recebido seu equipamento.

Porque tu andando sem óculos tu chega até ali... Mas com as fezes tu não chegas [...] se tu não tiver tua bolsa. Lírio.

A participação dos enfermeiros no processo de previsão e

provisão desse material é fundamental para que esse problema possa ser solucionado, afirmou a técnica da SESPA. Essa problemática recorrente no estado é um fator de estresse negativo para as pessoas estomizadas.

CÍRCULO VII: Menos papo e mais ação - DESVELAMENTO CRÍTICO

No último círculo dialógico, foi disposto um painel com o Itinerário construído. *Paca, Cutia, Lírio e Boto* aparentavam satisfação e concordavam, sempre mexendo a cabeça e olhando para os outros como se quisessem dar a palavra àqueles que estavam ali pela primeira vez. À medida que a socialização da produção coletiva era encaminhada, as pessoas presentes, mesmo as que não assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), mas eram estomizadas, se perceberem como parte do processo.

Para o tema deficiente qualificação dos profissionais de saúde houve desvelamento de encaminhamento de proposta à SESPA, para a implantação de um Programa de Educação Permanente na Atenção à Pessoa Estomizada nos hospitais públicos e privados com participação deste, constatando a percepção crítica dos participantes.

Outro tema, AOPA é desconhecida, sem visibilidade social, teve como desvelamento crítico o encaminhamento de sugestão de pauta sobre a AOPA a todas as emissoras de rádio e televisão e ainda a Câmara e Assembleia Legislativa, proposta de agenda do dia sobre a problemática pessoa estomizada e a sua inserção em associação de pacientes.

DISCUSSÃO

Neste estudo, a ação e reflexão coletivas foram realizadas por meio de sete círculos dialógicos, tais como a identificação dos temas geradores, com suas respectivas codificação/ descodificação, alcançando o desvelamento crítico e principalmente a “inauguração” de um espaço político, social e cuidadoso para que tivessem a oportunidade de expressar e refletir sobre o cotidiano de suas próprias vidas antes da cirurgia, a trajetória vivenciada durante o tratamento, os novos desafios como pessoa estomizada e para incentivar a aproximação do grupo para uma ação transformadora.

O processo que envolve a informação sobre a doença e a necessidade de submeter-se a cirurgia geradora de estomia, a deficiente orientação peri-operatória, profissionais pouco qualificados para atender às suas necessidades e a ausência de um serviço especializado e descentralizado com a dispensação de equipamentos e adjuvantes para

fezes e urina foram temas que emergiram durante o processo. Valorizar os padrões culturais dessas pessoas e buscar incorporar seu modo de lidar com sua estomia devem ser considerados na elaboração de ações de atenção à saúde dessa população. “[...] o cuidado de enfermagem na região Amazônica, especificamente no Pará, significa criar estratégias que possibilitem o desenvolvimento de habilidades pessoais a esta população que vive em condições diferenciadas.” (11:173).

Essas pessoas conseguiram compreender que o diálogo conduz a articulação dentro do próprio grupo, contribuindo para a tomada de decisões e nas ações de sua própria entidade representativa (4). Os temas levantados refletiram suas vivências de cultura do silêncio, impotência frente ao próprio processo de cuidar do enfermeiro e sua equipe e dos profissionais de saúde.

O acesso à leitura dos documentos despertou o interesse dos participantes. A estratégia do círculo dialógico possibilitou essa aproximação com os direitos da pessoa estomizada. O grupo considerou que a AOPA não é valorizada como uma entidade política e social, embora contribua para a reabilitação de cada sócio. No decorrer dos círculos, tentou-se incentivar o grupo a criar estratégias para garantir suas demandas frente aos serviços de saúde. Como sujeitos do conhecimento, a cumplicidade, a compreensão, a liberdade, o respeito estavam presentes no espaço dialógico conquistado. O grupo formado tornou-se equidiverso, dotado com diferentes visões de mundo, experiências, informações.

A amorosidade dentro dos círculos consolidou-se no diálogo sobre o cotidiano do grupo, enquanto usuário dos serviços de saúde, frente às suas necessidades e demandas. O compromisso de tentar avançar no desvelamento crítico encontrou ressonância dentro e fora dos círculos.

Neste estudo, a articulação política e social das pessoas estomizadas pode ser considerada como uma alternativa para a transformação da realidade. Sem estarem aderidas a um grupo, diversas pessoas poderiam ser impossibilitadas de constituir trajetórias efetivas de mudanças sociais, permanecendo excluídas do meio social (12).

Cabe ao profissional de saúde exercer sua função de educador, incentivando os usuários a se tornarem sujeitos de sua própria história, por meio de um processo ensino-aprendizagem emancipatório e horizontalizado. A efetividade do processo de integração teoria-prática da atenção à pessoa estomizada pauta-se na compreensão, articulação e amorosidade dos diversos saberes, favorecendo uma prática profissional, política e contextualizada com a realidade de cada usuário dos serviços

de saúde, seja este público ou privado.

Obviamente o caminho a ser trilhado exige motivação, disponibilidade e perseverança, considerando as iniciativas de políticas públicas de saúde e educação que valorizem a formação profissional (13). No entanto, ressalta-se a Estomaterapia*, constituída como extrema magnitude no contexto e percurso da profissão, bem como as demais especialidades de enfermagem (14). O especialista em enfermagem, considerando a diversidade de suas ações, pode ser um importante co-autor na reconstrução da assistência com qualidade, tendo como foco central seu compromisso profissional em atenção às necessidades de saúde das pessoas (15). Na concepção dialógica, a estrutura curricular por competências favorece uma formação profissional com foco nas necessidades sociais.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O que este estudo traz de novo é a aplicabilidade do Itinerário de Pesquisa Freireano com pessoas estomizadas na cidade de Belém/Pará. Vem promover a reflexão da realidade dessas pessoas no interior dos círculos dialógicos sobre situações por elas vivenciadas, tais como suas necessidades e demandas frente aos serviços de saúde.

A partir daí, buscou-se coletivamente, de etapa em etapa, palavra por palavra, tema por tema, codificando e decodificando cada tema gerador, para que se pudesse alcançar o desvelamento crítico de todo o processo rumo à transformação da realidade. Foi nessa construção coletiva que pessoas estomizadas ou não, sujeitos do conhecimento, inseridas em um tempo histórico, dentro de seu contexto sociocultural, buscaram seu *empoderamento (empowerment)*, onde se permitiu o diálogo, a escuta qualificada, um espaço que favoreceu a liberdade, debate e crítica, contextualizados na realidade das pessoas estomizadas por meio do pensamento freireano.

Em todos os círculos dialógicos foi notória a percepção da pessoa estomizada frente ao processo de orientação peri-operatória pelo qual é submetida. Foi possível saber, do próprio usuário, como deve ser essa orientação em todas as suas fases. Conscientizou-se da imediata

* A Estomaterapia é uma especialidade (pós-graduação *latu sensu*) da prática do enfermeiro - instituída no Brasil em 1990 - voltada para a assistência às pessoas com estomias, fistulas, tubos, cateteres e drenos, feridas agudas e crônicas e incontinências urinária e anal, nos seus aspectos preventivos, terapêuticos e de reabilitação em busca da melhoria da qualidade de vida. O enfermeiro pós-graduado em Estomaterapia é denominado como Enfermeiro Estomaterapeuta (ET) e o Enfermeiro Estomaterapeuta titulado como Enfermeiro Estomaterapeuta Ti SOBEST (ET Ti SOBEST) (15).

necessidade de intervenção para promover a implantação de um Programa de Educação Permanente na Atenção à Pessoa Estomizada, nos hospitais públicos e privados, para profissionais de saúde.

Pensar essa situação no atual contexto sociohistórico demanda que sejam considerados os sistemas político, econômico e ideológico que condicionam sua existência e restringem sua práxis, retardando seu processo de adaptação enquanto pessoa com deficiência e limitando suas ações rumo ao próprio *empoderamento* (*empowerment*).

REFERÊNCIAS

1. Gemelli LMG, Zago MMF. A interpretação do cuidado com o ostomizado na visão do enfermeiro: um estudo de caso. *Rev Lat Am Enferm* 2002;10(1):34-40.
2. Matta PH. *Círculo de Cultura: Educação Popular com catadores de materiais recicláveis. Núcleo de Assessoria à Formação e Desenvolvimento de Cooperativas Populares/UNESP – FCL.* [internet]. Disponível em: http://www.unibanco.com.br/arq/publicacao/int/pre/proj_case3_patricia.pdf. Acesso em: 22 mar. 2010.
3. Gohn MG. Empoderamento e participação da comunidade em políticas sociais. *Saúde Soc* 2004; 13:20-31.
4. Wallerstein N. Powerlessness, empowerment and health: implications for health promotion programs. *Am J Health Prom* 1992; 6:197- 205.
5. Carvalho SR. Os Múltiplos Sentidos da categoria “*empowerment*” no Projeto de Promoção à Saúde. *Cad Saúde Pública* 2004; 20:1088-95.
6. Wallerstein N, Bernstein E. Empowerment education: Freire's ideas adapted to health education. *Health Educ Q.* 1988; 15:379-94.
7. Freire P. *Conscientização: teoria e prática da libertação: uma introdução ao pensamento de Paulo Freire.* São Paulo: Centauro; 2001.
8. Freire P. *Pedagogia do oprimido.* 46 ed. Rio de Janeiro: Paz e Terra; 2005.
9. Dinâmicas de encerramento e avaliação. *Revista Adolescer* [internet]. Disponível em: <http://www.abennacional.org.br/revista/cap6.8.html>. Acesso em: 31 mar. 2009.
10. Cunha RR, Pereira LS, Gonçalves ASR, Santos EKA, Radünz V, Heidemann ITSB. Promoção da saúde no contexto paroara: possibilidade de cuidado de

- enfermagem. *Texto & Contexto Enferm* 2009; 18:170-176.
11. Labonte R. Commentary. Community empowerment: reflections on the Australian situation. *Community Health Stud* 1989; 13: 347-49.
 12. Lima VV. Competência: distintas abordagens e implicações na formação de profissionais de saúde. *Interface Comun Saúde Educ* 2005; 9:369-379.
 13. Paula MAB, Santos VLGC. O significado de ser especialista para o enfermeiro estomaterapeuta. *Rev Lat Am Enferm* 2003 julho-agosto; 11(4):474-82.
 14. Paula MAB. A prática do especialista na diversidade. *Rev Estima* 2008; 6 (4):33-34.
 15. Associação Brasileira de Estomaterapia. *O que é estomaterapia*. Disponível em:
http://www.sobest.com.br/index.php?option=com_content&task=view&id=18. Acesso em: 6 jul. 2010.

5.2 MANUSCRITO 2 - CÍRCULO DIALÓGICO COMO POSSIBILIDADE DE *EMPODERAMENTO* (*EMPOWERMENT*) DE PESSOAS ESTOMIZADAS

Manuscrito a ser submetido à Revista da Escola de Enfermagem da USP, apresentado conforme Instrução aos Autores da própria revista (Anexo G).

CÍRCULO DIALÓGICO COMO POSSIBILIDADE DE *EMPODERAMENTO* (*EMPOWERMENT*) DE PESSOAS ESTOMIZADAS*

DIALOGUE CIRCLES AS AN OPTION FOR THE EMPOWERMENT OF STOMA PATIENTS

CIRCLE EL DIÁLOGO COMO POSIBILIDAD DE *EMPOWERMENT* DE LAS PERSONAS ESTOMIZADAS

Regina Ribeiro Cunha¹; Vânia Marli Schubert Backes²; Ivonete Teresinha Schülter Buss Heidemann³

RESUMO

OBJETIVO: Apresentar o círculo dialógico como possibilidade de *empoderamento* (*empowerment*) da pessoa estomizada. **MÉTODO:** Estudo qualitativo articulado com o referencial metodológico de Freire,

* Extraído da Tese: “Educação libertadora como possibilidade de empowerment de pessoas estomizadas: desafio ao cuidado de Enfermagem”. Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina. PEN/UFSC, 2010. Florianópolis (SC), Brasil.

¹ Doutora em Enfermagem pelo Programa de Pós-Graduação da Universidade Federal de Santa Catarina. Professora Assistente da Escola de Enfermagem Magalhães Barata, da Universidade do Estado do Pará (UEPA), e da Faculdade de Enfermagem da Universidade Federal do Pará (UFPA). Pará, Brasil. E-mail: reginarc@ufpa.br

² Doutora em Enfermagem. Professora Associada do Departamento de Enfermagem e do PEN/UFSC. Pesquisadora do CNPq. Santa Catarina, Brasil. E-mail: oivania@ccs.ufsc.br

³ Doutora em Saúde Pública. Professora Adjunta do Departamento de Enfermagem e do PEN/UFSC. Santa Catarina, Brasil. E-mail: ivonete@ccs.ufsc.br

que compreende a obtenção e análise dos dados nos círculos dialógicos, constituído por três momentos dialéticos, interdisciplinarmente entrelaçados: investigação temática, codificação e decodificação e desvelamento crítico. Ocorreu no período de abril de 2009 a fevereiro de 2010, com número irregular de participantes, no auditório da Unidade de Referência Especializada Presidente Vargas, no município de Belém/PA. A análise dos dados considerou os diálogos problematizados no interior de cada círculo. **RESULTADOS:** Os círculos dialógicos oportunizaram que as pessoas estomizadas falassem de suas situações-limite. **CONCLUSÃO:** Os círculos dialógicos possibilitaram que as pessoas estomizadas estreassem a possibilidade de *empoderamento* (*empowerment*) da realidade vivida.

Descritores: Enfermagem. Estomia. Promoção da Saúde. Participação do Paciente. Pesquisa em Enfermagem.

ABSTRACT

OBJECTIVE: To present the concept of dialogue circles as an option for the empowerment of stoma patients. **METHODS:** This was a qualitative study employing Paulo Freire's methodology consisting of collection and analysis of data in dialogue circles. The analysis consists of three stages, thematic analysis, coding/decoding and critical unveiling. Data were collected between April of 2009 and February of 2010, with indefinite numbers of people treated at the *Unidade de Referência Especializada Presidente Vargas* in the city of Belém, PA, in Brazil. The data analyzed were those dialogues that generated discussions within each circle. **RESULTS:** The Dialogue Circles provided an opportunity for stoma patients to talk about situations that limit them. **CONCLUSIONS:** The dialogue circles allowed stoma patients to experience empowerment in their lives for the first time.

Keywords: Nursing. Ostomy. Health Promotion. Patient Participation. Nursing Research.

RESUMEN

OBJETIVO: Presentar el círculo de dialógico como una posibilidad para el empoderamiento de las personas con estoma. **MÉTODOS:** Estudio cualitativo articulado con el referencial metodológico de Freire, que comprende la obtención y análisis de datos en círculos dialógicos efectuados en tres momentos: investigación temática, codificación/decodificación y desvelamiento crítico, ocurrido en el período de abril 2009 a febrero de 2010, con número indeterminado de personas de la Unidad de Referencia Especializada Presidente Vargas en

Belém-PA. El análisis de datos que se consideró los diálogos problematizados en cada círculo. **RESULTADOS:** Los círculos dialógicos posibilitaron que las personas estomizadas hablasen de sus situaciones límites. **CONCLUSIÓN:** Los círculos dialógicos posibilitaron que las personas estomizadas entrasen en la posibilidad de la realidad vivida.

Descriptor: Enfermería. Ostomía. Promoción de la Salud. Participación del Paciente. Investigación en Enfermería.

INTRODUÇÃO

O termo articulador *empoderamento* (*empowerment*) tem sido usado com inúmeras interpretações na literatura. Em determinada condição, *empoderamento* (*empowerment*) refere-se a uma meta ou objetivo a ser alcançado, em outra a um processo para atingir essa meta ou objetivo⁽¹⁾. O termo encontra-se associado ao moderno pressuposto na Promoção da Saúde, mais precisamente, ao seu “[...] potencial para a transformação da prática comunitária e profissionais em saúde”⁽²⁾. Trata-se de um termo ambíguo, com distintos significados de acordo com o contexto de interpretação de cada autor⁽³⁻⁴⁾. Neste ensaio, optou-se por utilizar o termo *empoderamento*, mantendo o termo *empowerment* entre parênteses e ambos em grifo, sinalizando assim sua difícil tradução direta para a língua portuguesa e seu caráter polissêmico.

A gênese do referido termo ancora-se a partir das reivindicações pelos direitos civis e os movimentos sociais feministas nos Estados Unidos da América na década de 1960. Sofreu influência de movimentos de autoajuda na década de 70 e da psicologia comunitária na década de 80. O resgate desse conceito foi evidenciado nas ações pela cidadania ainda nos anos 90 em distintas áreas do conhecimento⁽⁵⁾.

Ainda que existam diversas ideias sobre o significado de *empoderamento* (*empowerment*), para efeito deste ensaio, optou-se por concebê-lo a partir do pensamento freireano, que considera a aprendizagem a partir do diálogo⁽⁶⁾. No contexto da filosofia e da educação freireana, observa-se que a ideia de *libertação do oprimido* traz em sua essência o termo *empoderamento* (*empowerment*), como a busca pela conquista da liberdade⁽⁶⁾. Nesse sentido, o termo *empoderamento* (*empowerment*) quer dizer que a investigação, a busca, a identificação do problema parte do sujeito, neste estudo a pessoa estomizada, bem como a decisão de resolvê-lo, e as ações para transformar a realidade emergem também do próprio sujeito⁽⁶⁾.

Em vista do exposto, de acordo com o pensamento freireano, o

termo *empoderamento* (*empowerment*) consiste em um processo que possibilita que as pessoas, instituições, associações, entre outras, sejam ouvidas em suas vivências, crenças, sobre sua realidade, e assim busquem estratégias de participação proativa que conduzam a uma ação transformadora de sua situação.

No eixo da educação libertadora proposta por Freire, buscou-se ainda olhar esse termo com a lente dos princípios do Sistema Único de Saúde (SUS) “[...] como espaço privilegiado de sociabilidade e politização de usuários, trabalhadores e gestores”⁽⁷⁾.

Em se tratando de *empoderamento* (*empowerment*) individual, estão a autoconfiança e a autoestima; na mesosfera social (política nacional), consideram-se mecanismos de intervenção, nos quais membros de um coletivo compartilham conhecimentos e ampliam sua consciência crítica; e na macroesfera (cidadania universal), há mecanismos sociais, como o próprio Estado e o comportamento da economia mundial⁽⁷⁾. Acredita-se que os profissionais de saúde possuem um papel vital de impulsionar e promover espaços para que os usuários possam ter confiança/acreditar em sua capacidade rumo ao desenvolvimento do *empoderamento* (*empowerment*), seja individual ou coletivo.

Constituindo-se como usuários do SUS, encontram-se as pessoas estomizadas, aquelas que possuem uma estomia, abertura cirúrgica no abdômen por onde fezes ou urina são eliminadas, no interior de uma bolsa coletora fixada ao abdômen, quando a funcionalidade do intestino ou da bexiga é afetada por doença ou trauma⁽⁸⁾.

Em meio a esse cenário, emerge a necessidade de se pensar em estratégias que possam contribuir para o processo de *empoderamento* (*empowerment*) das pessoas estomizadas, que necessitam atenção especializada em função da mudança nas suas condições de saúde. Essa demanda constitui um desafio a ser enfrentado pelos enfermeiros e demais profissionais da saúde ao buscarem estratégias para a melhoria da qualidade da assistência a essa população⁽⁹⁾.

Tomando-se como critério de escolha o círculo dialógico como uma possibilidade de *empoderamento* (*empowerment*) das pessoas estomizadas, o profissional de saúde irá exercer o papel de facilitador nesse processo. Mas para isso esse profissional deve de certa forma se desprender do “poder profissional”, exercitando a escuta qualificada e desenvolvendo uma relação dialógica, mútua, jamais hierarquizada e num processo lento.

Esse processo, essa utopia, enquanto compromisso histórico, constitui um ato dialético, estando associada à esperança e ambas

encontram-se ancoradas na apreensão crítica, no engajamento e transformação da realidade. “O discurso da impossibilidade de mudar o mundo é o discurso de quem, por diferentes razões, aceitou a acomodação, inclusive por lucrar com ela. A acomodação é a expressão da desistência da luta pela mudança. Falta a quem se acomoda, ou em quem se acomoda fraqueja, a capacidade de resistir”⁽¹⁰⁾.

Estima-se que existam aproximadamente 170 mil estomizados no Brasil, para um limitado número de Enfermeiros Estomaterapeutas, em média 300 profissionais, em sua grande maioria residentes no estado de São Paulo, provavelmente um dos fatores que contribuem para a deficiência da atenção a essa população⁽¹¹⁾. Vale ressaltar que atualmente existem em torno de 700 Enfermeiros Estomaterapeutas no País, porém, esses dados até o término deste estudo ainda não estavam atualizados no site da SOBEST.

As pessoas estomizadas representam uma parte da população brasileira considerada deficiente. Nesse sentido, no dia 16 de novembro de 2009, foi assinada a Portaria Nacional N^o. 400, de 16 de novembro de 2009, que normatiza o atendimento à pessoa estomizada no Sistema Único de Saúde (SUS)⁽¹²⁾.

É importante observar, no entanto, que nessa portaria a grande ausência é a do Enfermeiro Estomaterapeuta, bem como a inserção de novos equipamentos e adjuvantes, praticamente sem alteração em relação à política vigente na década de 1990.

Com efeito, torna-se essencial a criação de espaços para que as pessoas estomizadas e usuários do SUS possam exercer o ato de falar, obtendo a confiança necessária e assim influenciar as decisões que afetam suas vidas. A medula espinhal desse processo é o reforço da capacidade individual e a melhoria da autoestima, que, por sua vez, aumenta a percepção de controle pessoal e isso tem um efeito positivo direto na saúde.

Assim, nessa perspectiva, o presente trabalho tem o seguinte questionamento: Como o círculo dialógico pode contribuir para o *empoderamento* (*empowerment*) da pessoa estomizada em Belém/PA? Este estudo objetiva apresentar o círculo dialógico como possibilidade de *empoderamento* (*empowerment*) da pessoa estomizada na cidade de Belém/PA.

MÉTODOS

Trata-se de uma pesquisa qualitativa em saúde articulada com Itinerário de Pesquisa Freireano^(6,13), realizada por meio de atividades no círculo dialógico, substituição carinhosa ao Círculo de Cultura, aqui

compreendido como a vivência de aprendizagem libertadora para alfabetização de adultos na pedagogia freireana, o qual constitui espaço que possibilita a expressão da liberdade. Foi desenvolvida em três fases, que embora se sobreponham ao mesmo tempo e tenham, cada uma, suas próprias características, são interdependentes entre si, e epistemologicamente denominam-se: Investigação Temática, Codificação/Descodificação e Desvelamento Crítico.

Foram dispostas cadeiras no centro da sala em forma de círculo, por favorecer o olhar e a troca de olhares entre todos os participantes, sem distinção. O círculo dialógico constitui um espaço dinâmico de aprendizagem e troca de conhecimento, o qual possibilitou o encontro dos sujeitos da pesquisa para debaterem situações de interesse coletivo.

Treze pessoas estomizadas aceitaram o convite para participar da pesquisa, obedecendo aos seguintes critérios de inclusão: serem maiores de 18 anos de idade e terem condições de deslocamento até o local do estudo, além de não serem membros da diretoria da AOPA, para evitar qualquer forma de constrangimento.

Nos círculos dialógicos subsequentes, o número de participantes foi irregular, com média de quatro pessoas em cada círculo. O rigor científico do Itinerário de Pesquisa Freireano não restringe a integração de outras pessoas que estejam fora desse círculo, para que participem do processo de coleta de dados desse método de pesquisa.

Os círculos dialógicos foram desenvolvidos no auditório da Unidade de Referência Especializada (URE) Presidente Vargas, local que sedia a Associação dos Ostomizados do Pará (AOPA), na cidade de Belém/PA, no período entre abril de 2009 e fevereiro de 2010. Utilizaram-se como instrumentos e procedimentos: observação, nota de campo e sete círculos dialógicos. Registraram-se as atividades por meio de gravação digital e registro fotográfico de algumas dinâmicas desenvolvidas; o primeiro círculo dialógico foi registrado em áudio e vídeo.

A análise dos dados foi processada em cada etapa do estudo pelos próprios sujeitos, no processo de ir e vir, característico da dinamicidade do método, mediado pela pesquisadora e orientado pelo referencial teórico-metodológico freireano, possibilitando a expressão de concepções relacionadas ao tema gerador, anteriormente definido ou outros que emergiram dos dados, buscando elucidar os aspectos mais latentes, tornando-os mais visíveis.

O projeto de pesquisa foi submetido à apreciação do Comitê de Ética e Pesquisa com Seres Humanos da Universidade Federal de Santa Catarina, recebendo parecer favorável sob nº 286/2008.

RESULTADOS

A realização de sete círculos dialógicos concedeu a possibilidade de expressão das pessoas estomizadas, possibilitando estabelecer um diálogo entre a facilitadora e os participantes, chegando à reflexão de situações-limite que esses usuários do SUS vivenciam durante o processo que envolve uma cirurgia geradora de estomia.

Esse tipo de cirurgia é realizada em hospitais público ou privado, da capital e interior do estado do Pará, Brasil e, nessas instituições, a pessoa estomizada não recebe orientações para o autocuidado emancipatório. Além disso, encontra dificuldades para tomar conhecimento de sua entidade representativa, desconhecida inclusive por muitos profissionais de saúde.

Ao acolher os participantes no interior do círculo dialógico, durante as fases da metodologia de Freire, emergiram diversos temas que permeiam a vida da pessoa estomizada: discordância entre o serviço público e o privado, baixa resolutividade dos serviços de saúde, deficiente qualificação dos profissionais de enfermagem, deficiente orientação peri-operatória e a associação dos ostomizados é desconhecida.

Em todos os círculos realizados, o tema gerador mais problematizado foi a deficiente orientação peri-operatória, provavelmente por se tratar de um momento importante na vida da pessoa estomizada relacionado à recuperação de sua saúde. Um procedimento cirúrgico traz consigo um risco à vida de qualquer pessoa, implicando o afastamento das atividades do cotidiano e ainda a perda da sua autonomia, frente à dependência do cuidado dos profissionais no atendimento para a resolução de seus problemas.

Os diálogos permitiram às pessoas expressarem situações vivenciadas nas quais emergiram atitudes de *empoderamento* (*empowerment*) em momentos cruciais de sua vida, elucidados pelos diálogos abaixo:

Quando chegou no dia da minha cirurgia eu desisti lá de dentro, lá de dentro! Não, não vou mais me operar. Eu não sei como é que eu vou ficar! Se eu vou ficar aleijada, se eu vou ficar andando, se eu vou ficar torta, não sei que jeito eu vou ficar! Ai me levaram de novo pro meu leito. (Paca)

A hospitalização acarreta uma série de sentimentos de impotência, pois a pessoa é tratada em função da doença que possui, e não mais pela

sua condição de homem ou mulher e suas peculiaridades. Receber o diagnóstico médico de câncer associado à necessidade de conviver com uma estomia, a qual demanda uma bolsa coletora fixada ao abdômen, pode constituir momentos de extrema insegurança, medo frente ao desconhecido.

A codificação/descodificação do tema deficiente orientação perioperatória revelou situações nas quais os usuários têm noção de suas necessidades de educação para o autocuidado emancipatório, mas não para satisfazê-las. Os círculos dialógicos constituíram um espaço que motivou a busca para a resolução das temáticas advindas com o processo dialógico sobre a estomia:

Porque os médicos não vão ver qual é a posição melhor pra ficar... Tem o problema da cueca, da calcinha. Tinham que fazer uma marcação... Mas isso tudo o médico deveria dizer. Eu pedi pro meu médico botar bem baixinha, que não empate minha roupa. (Lírio).

O desvelamento crítico do tema codificado e descodificado sinalizou que os círculos dialógicos possibilitam o desenvolvimento desse *empoderamento* (*empowerment*) a partir do momento que houve reflexão das situações-limite: deficiente informação sobre como viver após a cirurgia, alimentos que podem ser ingeridos, ir à praia, dançar, atividade sexual, autocuidado com a estomia e uso do equipamento e adjuntos para fezes e urina que ofereçam segurança, vergonha, medo do descolamento do equipamento, como obter o equipamento no serviço público, autoimagem e autoestima afetadas.

O que está faltando para o ostomizado, para a família do ostomizado e para aqueles que vivem próximo do ostomizado: marido e mulher é uma explicação... (Boto)

[...] os ostomizados ainda são muitos escondidos, acho que falta, assim, aparecer mais, não só aqui... Em outros estados [...]. (Yara).

[...] não tem que ter vergonha, só uma coisa: tem que andar com seu documento de ostomizada. (Lírio)

As situações-limite revelaram que as pessoas estomizadas necessitam estar juntas e assim caminhar rumo ao *empoderamento*

(*empowerment*) e, além disso, buscar a superação frente à dicotomia entre o público e o privado.

A baixa resolutividade dos serviços de saúde e a discordância entre o serviço público e o privado são percebidas e vivenciadas pelas pessoas estomizadas, embora exista a percepção de que nem os serviços públicos e nem os privados atendem às necessidades dessa população. A condição de opressão que vivem esses usuários os conduz à submissão das políticas impostas pelo modelo de saúde de nosso País: a temática do público e privado é uma realidade vivida pelos estomizados que eles necessitam reivindicar, e num processo de *empoderamento* (*empowerment*) se fazerem ouvidos para obter uma condição apropriada, adequada no serviço público de saúde a todo usuário que exerce o direito instituído.

Porque fui aceitar me operar no Barros Barreto? Então se eu tivesse por que... Eu custei a me operar?[...] Se eu tivesse condição eu não teria me operado em um ou dois meses?[...]. (Paca).

As temáticas ricamente problematizadas no interior dos círculos dialógicos se desdobraram em outros temas que precisam ser trabalhados para estimular o *empoderamento* (*empowerment*) das pessoas estomizadas, como autoconfiança, autoestima, segurança física e emocional, amor e gregarismo, incluindo a amizade, as relações sociais e o amor sexual, medo, vergonha, sentir-se parte do processo educativo de seu autocuidado emancipatório por profissionais da saúde e a política de obtenção e distribuição de equipamentos pelo SUS.

Eu sou muito insegura... Eu não ando só, não vou ao supermercado só, nunca viajei só... Quero só ter segurança, como estou hoje, força, fé, e aprender cada vez mais, sou cabeleireira, eu cuido da beleza das pessoas. (Vitória-Régia)

Eu achava que não ia mais poder sair, fazer as coisas que eu gostava de fazer e, no mês passado, conversei com a menina, e me deixou bastante confiante. Porque você pode fazer tudo normal, você pode ir à praia, voltar a estudar. Por que eu tive que parar? Porque tenho só dois meses que eu fiz a cirurgia [...]. (Yara)

Acredita-se que, por meio do despertar para a consciência crítica e promoção do *empoderamento* (*empowerment*), há possibilidade de

organização desses usuários para uma efetiva ação-reflexão-ação, que demonstra a transformação ocorrida por meio da educação libertadora. Para esses participantes, ouvir sua própria voz, emitir sua opinião, perceber que suas situações-limite vão além dos espaços de sua própria entidade representativa, no cotidiano deles, constituiu um importante passo do início de um processo a ser consolidado.

DISCUSSÃO

Resgatando a experiência positiva do memorável educador Paulo Freire, reproduziu-se um espaço dialógico com oportunidade de expressão das vivências de pessoas estomizadas em Belém/PA. Pessoas estomizadas, consideradas deficientes por terem uma estomia e dotadas de complexidade em sua linguagem, constituíram os círculos dialógicos.

As pessoas estomizadas necessitam de cuidados especiais para obterem a re-inserção social⁽¹⁴⁾. No período pré-operatório, tanto o usuário como os seus familiares estão ansiosos e acessíveis para receber orientações que lhes possibilitem buscar estratégias para lidar com a ansiedade e com o desconhecido⁽¹⁵⁾.

A educação é fundamental para o manejo adequado com a estomia e para o resgate do controle da vida da pessoa estomizada. A adequada orientação técnica referente à troca dos equipamentos coletores, associada à avaliação da estomia durante o processo de cuidar por parte da enfermeira, contribui para prevenção de complicações, concedendo um viver mais saudável à pessoa estomizada⁽¹⁶⁾.

O cuidado de enfermagem às pessoas estomizadas envolve, além das orientações gerais relativas à terapêutica cirúrgica e suas consequências, ações específicas para o autocuidado planejadas e realizadas durante todo o processo do tratamento⁽¹⁷⁾. Esse cuidado envolve a ação dos demais profissionais e o *empoderamento* (*empowerment*) dos sujeitos estomizados depende dessa participação.

A assistência ao colostomizado/ileostomizado não requer somente ensinar-se ao paciente os cuidados de higiene e troca de bolsas de colostomia. É necessário um planejamento da assistência, uma abordagem multidisciplinar que inclua a participação de enfermeiro estomaterapeuta, assistente social, psicólogo e médico assistente^(18:148).

O espaço concedido como possibilidade ao *empoderamento* (*empowerment*) é totalmente viável, pois associado ao diálogo estimula/motiva os participantes a refletirem sobre seu mundo em busca da libertação da opressão, o que para Freire é a educação libertadora⁽⁶⁾. Percebe-se que o *empoderamento* (*empowerment*) das pessoas estomizadas, embora velado, encontra-se em suas atitudes, necessitando

de um espaço e um facilitador para desenvolvê-lo.

Reconhecer o saber popular pressupõe reconhecer a incompletude do saber profissional, sem abdicar do conhecimento científico, mas reconhecendo a diversidade de saberes. Isso implica perceber que o saber profissional encontra-se em constante aprimoramento e aproximado a outros saberes e assim transformando-se em conhecimento útil⁽¹⁹⁾ para um cuidado consequente.

A codificação/descodificação dos temas permitiu que fosse evidenciada a compreensão que as pessoas estomizadas possuem sobre seu acolhimento* por profissionais nas unidades de internação nos serviços de saúde. É possível perceber que mesmo com a consciência ingênua, caracterizada pela deficiente motivação, dificuldade de discernimento, interpretação mágica da realidade, as pessoas conseguem refletir e agir sobre sua realidade⁽²⁰⁾.

A atitude desse usuário do SUS, embora isoladamente, demonstra seu *empoderamento* (*empowerment*) ao romper uma rotina pré-estabelecida na unidade de internação. Nessa perspectiva, assume-se que o *empoderamento* (*empowerment*) pode ser compreendido como um processo dialético, sem começo nem fim, uma batalha a ser conquistada a cada dia, pelos direitos individuais e coletivos das pessoas estomizadas ou não, que se encontrem em situações de opressão. Com esse olhar sobre o *empoderamento* (*empowerment*), o desvelamento da realidade assume, ao lado do diálogo e da educação libertadora, o tripé para seu desenvolvimento.

Como argumenta Freire, a questão do *empoderamento* (*empowerment*) da classe social implica em como a classe trabalhadora, por meio de suas vivências, da edificação de sua cultura, toma iniciativa, vai à busca de ter envolvimento na obtenção do poder político/tomada de decisão⁽²¹⁾. Esse entendimento sinaliza uma ação política da classe oprimida/classe dominada que anseia/busca/luta pela liberdade da dominação, um longo processo histórico de que a educação é uma frente de luta⁽¹⁶⁾.

A passagem da consciência ingênua para a consciência crítica – esta que se desenvolve constantemente, propiciando a capacidade de revisões e reinterpretações, a segurança na argumentação, a facilidade

* Termo aqui considerado como processo de escutar, proteger, orientar, buscar se entender o problema e propor uma solução. Universidade Federal de Santa Catarina. 4ª Semana de Ensino, Pesquisa e Extensão. LINO, MM, LINO, TC, BACKES VMS. – A importância da educação continuada no processo de acolhimento do SUS.

para o diálogo, abertura à transformação – é fruto de um processo de desenvolvimento das habilidades individuais, estimuladas pela criatividade e pela compreensão da realidade social concreta⁽²⁰⁾.

Pode-se entender que a grande conquista rumo ao *empoderamento* (*empowerment*) encontra-se em promover espaços que possibilitem aproximação de homens e mulheres, profissionais e usuários, detentores de conhecimento científico e de conhecimento do senso comum. Estabelecer um determinado grau de aproximação entre os sujeitos envolvidos no diálogo pode funcionar como uma “engrenagem” na transformação da realidade, uma aproximação que permita a “interpenetração” de saberes, possibilitando aos sujeitos envolvidos adotar o diálogo como estratégia para transformação da realidade em saúde.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Este estudo foi baseado nos círculos dialógicos do Itinerário de Pesquisa Freireano como espaço de possibilidade de *empoderamento* (*empowerment*). Deve ser visto como um estudo preliminar. Outras investigações devem ser desenvolvidas para dar continuidade para o *empoderamento* (*empowerment*), processo que demanda ser cultivado em todas as áreas e ações do comportamento humano.

Acredita-se que para que haja o estímulo do *empoderamento* (*empowerment*) seja necessário um mediador, presente nos círculos dialógicos, desenvolvendo estratégias de envolvimento coletivo nos grupos rumo ao *empoderamento* (*empowerment*).

Considerando que a maioria dos cuidados a pessoas estomizadas é fornecida pela família e muitas pessoas permanecem sem atenção especializada, e essa família não tem onde buscar apoio profissional, fica evidente a necessidade do cultivo do *empoderamento* (*empowerment*) como fator preliminar para a construção da habilidade para uma atuação qualificada nos processos participativos desse grupo.

A medula espinhal desse processo provavelmente ancora-se na motivação para a capacidade individual e na melhoria da autoestima, que poderão ser trabalhadas antes do procedimento cirúrgico, que, por sua vez, aumenta a percepção pessoal de sua vida, o que poderá incidir positivamente na saúde dessas pessoas.

Fazer parte do círculo dialógico confere a cada sujeito o aumento de sua autoestima e melhor compreensão de suas ações frente ao mundo. A partir daí, poderão juntos consolidar o *empoderamento* (*empowerment*) coletivo, envolvendo-se, organizando-se, buscando participar de decisões que possam contribuir para a melhoria de suas

condições de saúde.

Provavelmente, para que o processo ação-reflexão-ação seja concretizado, os profissionais de saúde deverão estar abertos a incorporar novas concepções dialógicas em sua prática profissional. Por isso, entendemos o círculo dialógico como mais um espaço de possibilidade de *empoderamento* (*empowerment*) que demanda ser cultivado permanentemente e cada vez mais ser fortalecido com a soma de novos participantes que nele se agregam.

Essa possibilidade foi concretizada na realidade das pessoas estomizadas em Belém/PA. O investimento inicial pela quebra da “cultura do silêncio” nos contextos de saúde, já naturalizados pelo domínio profissional, demanda favorecer espaços para que essas pessoas possam, por si só, desenvolverem um diálogo que favoreça sua participação nas escolhas pela atenção à sua saúde, valorizando suas crenças e costumes na esfera política e em sua própria condição de pessoa estomizada.

O círculo dialógico constitui-se, desse modo, como espaço privilegiado de reflexão e de amplo debate que pode propiciar o *empoderamento* (*empowerment*) dos sujeitos.

REFERÊNCIAS

1. Tenglund PA. Empowerment: a goal or a means for health promotion? *Med Health Care Philos.* 2007;10(2):197-207.
2. Carvalho SR; Gastaldo D. Promoção à saúde e empoderamento: uma reflexão a partir das perspectivas crítico-social pós-estruturalista. *Ciênc saúde coletiva.* 2008;(13 supl 2):2029-2040.
3. Teixeira MB. Empoderamento de idosos em grupos direcionados à promoção da saúde [dissertação]. Rio de Janeiro: Escola Nacional de Saúde Pública, Fundação Oswaldo Cruz; 2002.
4. Monteiro EMLM. (Re)construção de ações de educação em saúde a partir de círculos de cultura: experiência participativa com enfermeiras do PSF do Recife/PE [tese]. Fortaleza: Faculdade de Farmácia, Odontologia e Enfermagem, Universidade Federal do Ceará; 2007.
5. Vasconcelos E. O poder que brota da dor e da opressão: empowerment, sua história, teorias e estratégias. Rio de Janeiro: Paulus; 2003.
6. Freire P. *Pedagogia do oprimido*. 46ª ed. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 2005.
7. Carvalho SR. Os múltiplos sentidos da categoria empowerment no

projeto de Promoção à Saúde. *Cad Saúde Pública*. 2004;20(4):1088-1095.

8. Silva AL, Shimizu HE. O significado da mudança no modo de vida da pessoa com estomia intestinal definitiva. *Rev Latino-am Enfermagem*. 2006; 14(4): 483-90.

9. Raveles AG, Takahashi RT. Educação em saúde ao ostomizado: um estudo bibliométrico. *Rev Esc Enferm USP* 2007;41(2):245-250.

10. Freire P. *Pedagogia da indignação: cartas pedagógicas e outros escritos*. São Paulo: UNESP; 2000.

11. Santos VLCG. *Cuidando do estomizado: análise da trajetória no ensino, pesquisa e extensão [tese livre-docência]*. São Paulo: Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo; 2006.

12. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Educação à Saúde. Portaria nº 400, de 16 de novembro de 2009. *Diário Oficial da União*, Brasília, 18 nov. 2009. Seção 1, nº 220. Disponível em: <http://www.in.gov.br/imprensa/visualiza/index.jsp?jornal=1&pagina=41&data=18/11/2009> Acesso em: 10 maio 2010.

13. Saupé R et al. *Preparo do enfermeiro para ser educador: realidade e possibilidades*. Florianópolis: UFSC; 1999.

14. Santos VLCG. *A bolsa na mediação "estar ostomizado" e "estar profissional": análise de uma estratégia pedagógica. [tese]*. São Paulo: Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo; 1996.

15. Cezaretti IUR, Santos VLCG, Filippin MJ, Lima SRS. O cuidar de enfermagem na trajetória do ostomizado: pré & trans & pós-operatórios. In: Santos VLCG, Cesaretti IUR, editores. *Assistência em estomaterapia: cuidando do ostomizado*. São Paulo: Atheneu; 2000. p. 113-31.

16. Shultz JM. Preparing the patient for colostomy care: a lesson well learned. *Ostomy Wound Manage*. 2002;48(10):22-5.

17. Mendonça RS, Valadão M, Castro L, Camargo TC. A importância da consulta de enfermagem em pré-operatório de ostomias intestinais. *Rev Bras Cancerol* 2007; 53(4):431-435.

18. Bechara RN, Bechara MS, Bechara CS, Queiroz HC, Oliveira RB, Mota RS, et al. *Abordagem Multidisciplinar do Ostomizado*. *Rev Bras Coloproct* 2005;25(2):146-149.

19. Leonello VM, Oliveira MAC. Construindo o diálogo entre saberes para ressignificar a ação educativa em saúde. *Acta Paul Enferm* 2009;22(spe):916-920.

20. Freire P. Educação e Mudança. Rio de Janeiro: Paz e Terra; 1989.
21. Freire P, Shor I. Medo de ousadia: o cotidiano do professor. Rio de Janeiro: Paz e Terra; 1986.

5.3 MANUSCRITO 3 - DESVELAMENTO DE UM PROGRAMA DE EDUCAÇÃO PERMANENTE EM SAÚDE: A VOZ DA PESSOA ESTOMIZADA

Manuscrito a ser submetido à Acta Paulista de Enfermagem – Revista do Departamento de Enfermagem da Universidade Federal de São Paulo –, apresentado conforme Instrução aos Autores da própria revista (Anexo F).

DESVELAMENTO CRÍTICO DA PESSOA ESTOMIZADA: EM AÇÃO O PROGRAMA DE EDUCAÇÃO PERMANENTE EM SAÚDE*

CRITICAL UNVEILING OF STOMA PATIENTS: A PROGRAM OF PERMANENT AND CONTINUING EDUCATION IN ACTION

DESVELAMIENTO CRÍTICO DE LA PERSONA ESTOMIZADA: EN ACCIÓN EL PROGRAMA DE EDUCACIÓN PERMANENTE EN SALUD.

Regina Ribeiro Cunha¹; Vânia Marli Schubert Backes²; Ivonete Teresinha Schüller Buss Heidemann³

* Extraído da Tese: “Educação libertadora como possibilidade de empowerment de pessoas estomizadas: desafio ao cuidado de Enfermagem”. Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina. PEN/UFSC, 2010. Florianópolis (SC), Brasil.

¹ Doutora pelo Programa de Pós-Graduação da Universidade Federal de Santa Catarina. Professora Assistente da Escola de Enfermagem Magalhães Barata, da Universidade do Estado do Pará (UEPA) e da Faculdade de Enfermagem da Universidade Federal do Pará (UFPA). Pará, Brasil. E-mail: reginarc@ufpa.br

² Doutora em Enfermagem. Professora Associada do Departamento de Enfermagem e do PEN/UFSC. Pesquisadora do CNPq. Santa Catarina, Brasil. E-mail: oivania@ccs.ufsc.br

³ Doutora em Saúde Pública. Professora Adjunta do Departamento de Enfermagem e do PEN/UFSC. Santa Catarina, Brasil. Email: ivonete@ccs.ufsc.br

RESUMO

OBJETIVO: Apresentar o desvelamento crítico do Itinerário de Pesquisa Freireano na atenção à pessoa estomizada. **MÉTODO:** Estudo articulado com o referencial metodológico de Freire, que compreende a obtenção e análise dos dados nos círculos dialógicos, constituído por três momentos dialéticos, interdisciplinarmente entrelaçados: investigação temática, codificação e descodificação e desvelamento crítico. Ocorreu no período de abril de 2009 a fevereiro de 2010, com número irregular de participantes, no auditório da Unidade de Referência Especializada Presidente Vargas, no município de Belém/PA. **RESULTADOS:** A deficiente qualificação dos profissionais de saúde foi um dos temas geradores mais relevantes, sendo desvelada a necessidade de implantação de um Programa de Educação Permanente na Atenção à pessoa estomizada. **CONCLUSÃO:** O desvelamento proposto constituiu uma vivência para que essas pessoas estomizadas se habilitem a "ler o mundo" e assim conheçam e caminhem rumo à transformação de sua realidade.

Descritores: Enfermagem; Estomia; Educação Continuada; Aprendizagem; Pesquisa em Enfermagem.

ABSTRACT

OBJECTIVE: To present "critical unveiling", part of the Freirean research agenda, as used with stoma patients in Belém, PA, Brazil. **METHODOLOGY:** This was a qualitative study employing Paulo Freire's methodology that consists of collection and analysis of data in Dialogue Circles. The analysis consists of three stages, thematic analysis, coding/decoding and critical unveiling. Data were collected between April of 2009 and February of 2010, with indefinite numbers of people treated at the *Unidade de Referência Especializada Presidente Vargas* in Belém. **RESULTS:** The critical unveiling was the proposal to implement a program of permanent and continuing education within stoma care services in the city of Belém. **CONCLUSIONS:** This experience is of fundamental importance in order for stoma patients to become adept at "reading the world" and so understand their reality and take the first steps towards changing it.

Descritores: Nursing; Ostomy; Education Continuing; Learning; Nursing Research.

RESUMEN

OBJETIVO: Dar a conocer el develamiento crítico del itinerario de investigación Freireano en la atención a la persona estomizada en el

município de Belém-PA. **METODOLOGIA:** estudo qualitativo articulado com o referencial metodológico de Freire, que compreende a obtenção e análise de dados em os Círculos Dialógicos efetuados em três momentos: investigação temática, codificação/decodificação e desvelamento crítico em o período de abril de 2009 a fevereiro de 2010, com número indeterminado de pessoas de a Unidade de Referência Especializada Presidente Vargas em Belém-PA. O análise de dados considerou os diálogos problematizados em cada círculo.

RESULTADOS: As pessoas estomizadas desvelavam criticamente a proposta de implantação de um Programa de Educação Permanente para a atenção a a pessoa estomizada, em o município de Belém-PA. **CONCLUSÃO:** Esta vivências é fundamental para a pessoa com estoma se habilite a "ler o mundo" e así conocer e caminar rumbo a a transformação de su realidade.

Descritores: Enfermeria; Estomia; Educação Continua; Aprendizaje; Investigación en Enfermería.

INTRODUÇÃO

No ano de 2003, a Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação em Saúde do Ministério da Saúde instituiu a "Política de educação e desenvolvimento para o SUS: caminhos para a educação permanente em saúde", obtendo aprovação junto ao Conselho Nacional de Saúde⁽¹⁾.

Dentre seus principais objetivos, destaca-se a promoção da interação entre os órgãos de gestão da saúde, as instituições de ensino, os órgãos de controle social e os serviços de atenção à saúde, além de organizar Polos de Educação Permanente em Saúde, atualmente Comissões Integradas de Ensino e Serviço, em todo o território brasileiro⁽¹⁾.

A Educação Permanente pode ser considerada como um catalisador rumo à transformação na área de saúde para os trabalhadores, usuários e demais cidadãos, contribuindo para que possam assumir uma postura ativa frente ao controle dos fatores pessoais, socioeconômicos e ambientais que afetam o setor saúde⁽²⁾.

Assim, a Educação Permanente avança com a possibilidade de emancipação dos sujeitos, que implica que a investigação do problema parte do sujeito, neste estudo a pessoa estomizada, bem como a decisão de resolvê-lo. As ações para transformar a realidade emergem também do próprio sujeito⁽³⁾.

Com vistas a promover uma transformação na realidade das

peças estomizadas de Belém/PA, concentramo-nos no conceito da educação libertadora do educador Paulo Freire como sendo aquela educação dialógica que, assumindo-se como um processo de conscientização, caminha em direção à construção de uma sociedade isenta de opressores e oprimidos⁽³⁻⁴⁻⁵⁾.

Nessa perspectiva, vivenciaram-se os círculos dialógicos, espaço no qual se busca a reflexão sobre a própria realidade e assim pode-se decodificá-la, conhecê-la e alcançar seu desvelamento crítico. Esses círculos constituem-se em uma indescritível experiência de pesquisa que sai da “forma” de métodos de pesquisa para entrar na história de vida das pessoas estomizadas.

A pessoa estomizada é aquela que possui uma estomia, termo derivado do grego cujo significado consiste na abertura artificial de um órgão interno na superfície do corpo, criada cirurgicamente, e cuja denominação depende do órgão que seja exteriorizado. Entre suas causas, predominam as neoplasias e os ferimentos por arma de fogo ou branca. A estomia pode ser de caráter temporário ou definitivo⁽⁶⁾.

Desde o momento no qual é comunicado pelo profissional médico a necessidade de realizar uma cirurgia geradora de estomia, devem ser iniciados todos os procedimentos necessários ao êxito do tratamento cirúrgico⁽⁷⁾. O usuário dos serviços de saúde possui o direito de receber informações sobre todo e qualquer procedimento a ser realizado, principalmente, ao que se refere à adequada orientação pré e pós-operatória, bem como a informação correta sobre aquisição e uso de equipamentos e adjuvantes para estomia, necessários para a preservação de funções orgânicas, e os próprios recursos da comunidade.

Embora as unidades de internação forneçam orientações às pessoas estomizadas, tais informações não são precisas e nem suficientes, revelando então uma das principais demandas da população de estomizados: dispor de uma equipe capacitada para atendê-los nos serviços de saúde em sua área de moradia, nos quais possam ter solucionados os problemas advindos após a estomia⁽⁸⁾.

Assim, a questão que orientou a pesquisa foi: Como as pessoas estomizadas desvelam criticamente a realidade no interior dos círculos dialógicos? Portanto, este estudo se propôs apresentar o desvelamento crítico do Itinerário de Pesquisa Freireano com pessoas estomizadas no município de Belém/PA.

MÉTODOS

Trata-se de uma pesquisa qualitativa em saúde articulada com Itinerário de Pesquisa Freireano⁽³⁻⁹⁾, desenvolvida em três fases que,

embora se sobreponham ao mesmo tempo e tenham, cada uma, suas próprias características, são interdependentes entre si, e epistemologicamente denominam-se: Investigação Temática, Codificação/Descodificação e Desvelamento Crítico.

Resgatando o objetivo deste estudo, cabe esclarecer que o desvelamento crítico para Freire representa a tomada de consciência da situação existencial dividida entre os sujeitos participantes, que permite outro olhar e conduz a uma ação transformadora⁽³⁾. Para essa etapa do estudo, foram necessários quatro encontros consecutivos para que o tema gerador mais problematizado fosse desvelado.

Foram dispostas cadeiras no centro da sala em forma de círculo, por favorecer o olhar e a troca de olhares entre todos os participantes, sem distinção. O círculo dialógico constitui um espaço dinâmico de aprendizagem e troca de conhecimento, o qual possibilitou o encontro dos sujeitos da pesquisa para debaterem situações de interesse coletivo.

Treze pessoas estomizadas aceitaram o convite para participar da pesquisa, obedecendo aos seguintes critérios de inclusão: serem maiores de 18 anos de idade e terem condições de deslocamento até o local do estudo, além de não serem membros da diretoria da AOPA, evitando qualquer forma de constrangimento.

Nos círculos dialógicos subsequentes, o número de participantes foi irregular, com média de quatro pessoas em cada círculo. O rigor científico do Itinerário de Pesquisa Freireano não restringe a integração de outras pessoas que estejam fora desse círculo, que participem do processo de coleta de dados desse método de pesquisa.

Os círculos dialógicos foram desenvolvidos no auditório da Unidade de Referência Especializada (URE) Presidente Vargas, local que sedia a Associação dos Ostomizados do Pará (AOPA), na cidade de Belém/PA, no período entre abril de 2009 e fevereiro de 2010. Utilizaram-se como instrumentos e procedimentos: observação, nota de campo e sete círculos dialógicos. Registraram-se as atividades por meio de gravação digital e registro fotográfico de algumas dinâmicas desenvolvidas; o primeiro círculo dialógico foi registrado em áudio e vídeo.

A análise dos dados foi processada em cada etapa do estudo pelos próprios sujeitos, no processo de ir e vir, característico da dinamicidade do método, mediado pela pesquisadora, orientado pelo referencial teórico-metodológico freireano, possibilitando a expressão de concepções relacionadas ao tema gerador, anteriormente definido ou outros que emergiram dos dados, buscando elucidar os aspectos mais latentes, tornando-os mais visíveis.

O projeto de pesquisa foi submetido à apreciação do Comitê de Ética e Pesquisa com Seres Humanos da Universidade Federal de Santa Catarina, recebendo parecer favorável sob nº 286/2008.

RESULTADOS

Constituindo a última etapa do Itinerário de Pesquisa Freireano, o desvelamento crítico oportunizou a consolidação e socialização das ideias, imbricando-se no processo dialógico e proporcionando a cada participante compreender criticamente o seu cotidiano para transformá-lo.

Nos círculos dialógicos, entre os temas geradores agrupados e validados, o mais problematizado foi a deficiente qualificação dos profissionais de saúde. A codificação e descodificação sinalizaram que: o médico não dispõe de tempo para orientar, apenas para fazer a cirurgia; o médico apenas informa que deverá usar uma bolsa; as pessoas despertam após a cirurgia e se deparam com a bolsa coletora fixada no abdômen; dificuldade em manusear o equipamento após alta hospitalar; complicações de pele periestomal por inabilidade em utilizar o equipamento; profissionais de enfermagem não sabem manusear os equipamentos para estomias.

[...] tem hospital que tem enfermeira que não sabe nem limpar a bolsa, não sabe colocar a bolsa... Boto.

Quando eu me achei nessa situação eu passei uma noite molhado! Cutia.

Percebe-se que o eixo condutor do diálogo pautou-se na necessidade de melhor orientação antes e após a cirurgia geradora de estomia. A codificação/descodificação evidenciou que, às pessoas estomizadas, não é proporcionada, de maneira dialógica, a orientação necessária antes e após a cirurgia, ocasionando dificuldades de adaptação dessa nova realidade e assim prolongando o período de reabilitação.

Uma das demandas das pessoas estomizadas é assistência antes e após a cirurgia. Boto.

As pessoas estomizadas expressam sua percepção sobre o engajamento dos profissionais com seu problema de saúde, e afirmam que ocorre mediante uma relação hierarquizada, isenta de diálogo, sem privilegiar as necessidades de cada usuário durante a terapêutica

cirúrgica.

[...] Acho que se os médicos e a equipe de enfermagem chamasse a família e a pessoa que vai ser operada e mostrasse como ia ficar a pessoa [...]. Lírio.

Outra problematização ocorrida no interior do círculo de diálogo revelou que durante a internação hospitalar não há nenhum planejamento de orientação ou ação educativa à pessoa estomizada. Os participantes refletiram sobre a necessidade de uma “explicação sistematizada, individualizada, contextualizada e principalmente humanizada” por parte dos profissionais. O processo de diálogo no interior do círculo ia desvelando gradativamente a necessidade de investimento para melhor qualificação dos profissionais de saúde que atendem à pessoa estomizada.

[...] Quase todos os hospitais tem enfermeiros que não sabem o que é ostomizado e tem médicos que também não sabe [...]. Lírio.

As pessoas, ao refletirem sobre sua própria realidade, conseguem desvelar que os profissionais de saúde devem tomar conhecimento sobre o que é estomia e como cuidar das pessoas estomizadas. E nesse diálogo emergem outros temas relevantes, a reinserção desse usuário na sociedade, dificuldade de obter tratamento fora do domicílio (TFD) e desinformação sobre o direito ao benefício do Instituto Nacional de Seguridade Social (INSS) concedido a pessoas estomizadas com diagnóstico inicial de neoplasia.

[...] Deveria ter um treinamento mesmo com enfermeiras, psicólogas, eu falo assim... pra poder orientar... pra poder saber o que tá fazendo, né! Vitória-Régia.

A oportunidade de serem ouvidos e poderem juntos sugerir ações de transformação da realidade vivenciada favoreceu aos participantes desvelarem coletivamente a proposta de implantação de um Programa de Educação Permanente na atenção à Pessoa Estomizada nos hospitais públicos e privados, para profissionais de saúde com participação do estomizado.

Esse desvelamento foi resultante de um processo de fortalecimento coletivo em um espaço dialógico no qual os participantes

conseguiram refletir sobre sua realidade e sugerir uma proposta educativa para melhorar o cuidado às pessoas estomizadas.

DISCUSSÕES

A espontaneidade do diálogo que emergiu no interior dos círculos e o modo como as pessoas se envolveram e caminharam com autonomia durante todo o processo foram surpreendentes. A oportunidade de visualizar os temas e seus desdobramentos a cada encontro facilitou a reflexão mediada pela realidade. Embora o desvelamento tenha demandado quatro encontros consecutivos, desenvolveu-se naturalmente. Na medida em que emergia um tema, era possível observar sua codificação, decodificação e desvelamento. Obviamente que houve a necessidade de retomar e aprofundar alguns pontos para melhor validação da temática.

Na educação libertadora, o educador assume o papel de facilitador, promovendo o diálogo entre os sujeitos, consolidando a relação educador-educando, desvelando a realidade, transformando-a, caracterizando a práxis, constituindo assim a construção democrática da aprendizagem⁽³⁾.

As sínteses produzidas nos círculos dialógicos foram fundamentais por evidenciarem a compreensão, os significados e os conflitos vivenciados que deveriam ser operacionalizados na prática cotidiana dos serviços de saúde⁽¹⁰⁾.

O desvelamento neste estudo retrata a deficiência no processo de formação e a necessidade de conhecimentos atualizados dos profissionais de saúde, entre eles o enfermeiro, no município onde foi realizada a pesquisa.

Os enfermeiros, embora possuam experiência na atenção à pessoa estomizada, precisam desenvolver suas estratégias de ação adequadamente com vistas a atingir a sua finalidade⁽¹¹⁾. Com isso, entende-se que não basta simplesmente informar as pessoas estomizadas sobre os procedimentos a serem realizados, mas principalmente avaliar se as informações fornecidas pelos profissionais foram ou não decodificadas pelos usuários nos serviços de saúde.

Nessa discussão, resgatamos a formação especializada em Estomaterapia no Brasil, instituída no País oficialmente no ano de 1990, com a implantação do Curso de Especialização em Enfermagem em Estomaterapia na Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo (EEUSP). Essa iniciativa contribuiu definitivamente para a melhoria da assistência, ensino, pesquisa e assessoria/consultoria, além de incentivar a criação da Associação Brasileira de Estomaterapia (SOBEST)⁽¹²⁾.

Comprometida com o processo de formação, a Associação Brasileira de Estomaterapia (SOBEST) tem investido na atualização profissional dos enfermeiros especialistas em Estomaterapia ou estomaterapeuta (ET), definido como aquele que possui conhecimentos, treinamento específico e habilidades para o cuidado de pessoas estomatizadas, com feridas agudas e crônicas, fístulas e incontinência urinária e anal⁽¹³⁾, em busca do aprimoramento da especialidade, com vistas a contribuir para transformar e qualificar as suas práticas de saúde. A realização de seus eventos técnico-científicos, seu engajamento na formulação de políticas públicas, publicação da revista Estima – único periódico especializado em Estomaterapia da América Latina até o momento – são ações efetivas da SOBEST.

Atualmente, no Brasil existem aproximadamente 613 ETs, entre estes três são da região Norte, distribuídos equitativamente nos estados Acre, Pará e Tocantins*. A necessidade de atenção à saúde sentida pelas pessoas estomizadas reflete o reduzido número de Enfermeiros Estomaterapeutas na região, o que provavelmente contribuiu para o desvelamento deste estudo.

O investimento em formação profissional ultrapassa o próprio profissional beneficiando as instituições de saúde, que terão especialistas ainda mais qualificados e enfermeiros capacitados, e, principalmente, a população, que usufruirá da melhor assistência de enfermagem⁽¹⁴⁾. Pode-se ainda ressaltar que a pós-graduação *stricto sensu* tem sido mais frequente entre os Enfermeiros Estomaterapeutas.

Cabe aos profissionais da enfermagem conhecer a realidade dessas pessoas e de seus cuidadores, para que possam dispor de um cuidado que ultrapasse as necessidades fisiológicas e garanta apoio emocional, orientação, respeito e ajuda em direção a um novo modo de vida, com mais autonomia da pessoa estomizada e de seus familiares⁽¹⁵⁾.

Os enfermeiros que trabalham com pessoas com doenças crônicas, em especial os estomizados, devem inseri-los como centro do processo assistencial, holístico e globalizado, considerá-los como agentes ativos, participantes do processo reabilitatório, eliminando a imagem passiva de meros receptáculos da assistência, para que a ação educativa se concretize de forma reflexiva, dentro do universo cultural desses clientes, com quem se compartilha o aprendizado⁽⁷⁾.

Para que as pessoas estomizadas possam se envolver ativamente com suas situações-limite, é fundamental se sentirem parte do processo educativo. Cabe a elas investigarem os temas geradores, buscarem a

* Informação obtida em consulta a SOBEST, por telefone, em dezembro de 2010.

codificação e descodificação e assim tornarem-se agentes de mudança por meio de uma atitude dinâmica frente à realidade. Nesse sentido, os círculos dialógicos possibilitaram a práxis sobre a vivência desse grupo de pessoas.

A utilização dos princípios filosóficos e pedagógicos do educador Paulo Freire favorece à pessoa estomizada ampliar sua consciência da realidade, sua capacidade de decisão e de se relacionar com o mundo, exercendo sua liberdade, por meio do conhecimento e do acesso à informação⁽¹⁶⁾.

Favorecer espaços coletivos para a troca de saberes, para a reflexão, a análise e avaliação dos referenciais que orientam as práticas contribui para distintos modos do processo de cuidar e de processos de Educação Permanente em Saúde que devem ser preparados por meio de atitudes e comportamentos dialógicos⁽¹⁷⁾.

Concebemos o desvelamento da realidade como um processo construído coletivamente no qual o diálogo constitui o elemento catalisador da ação e da reflexão.

Estudos têm apontado para a necessidade do investimento em educação continuada/permanente dos profissionais que atendem às pessoas estomizadas⁽⁶⁻¹⁸⁻¹⁹⁻²⁰⁾. Um dos critérios para organização e implantação dos Serviços de Atenção às Pessoas Estomizadas é o desenvolvimento de ações de Educação Permanente e Educação Continuada aos Profissionais da Saúde do Sistema Único de Saúde (SUS), a fim de garantir a qualidade da atenção prestada. Esse tipo de iniciativa torna-se importante, devendo ser multiplicada em atendimento às necessidades e demandas dos estomizados referente à melhor capacitação dos profissionais de saúde, desvelada nesse estudo.

O processo de cuidar sofre influência na prática assistencial de maneira contínua em função do uso de novas tecnologias ou novas demandas organizacionais. Com efeito, a educação continuada tem-se tornado essencial para garantir a qualidade da enfermagem e de outras profissões⁽²¹⁾.

Os participantes do estudo, ao problematizarem o tema gerador deficiente qualificação de profissionais de saúde e alcançarem o desvelamento de um Programa de Educação Permanente, revelam o potencial criativo construído no interior dos círculos dialógicos. Os resultados evidenciam que as pessoas conseguem desenvolver a consciência crítica, refletindo sobre a realidade quando há um espaço disponibilizado a essa ação.

O desvelamento crítico deste estudo emerge com uma proposta na qual o próprio sujeito se compromete com a práxis. As pessoas se

dispõem a participarem do desenvolvimento do programa juntamente com os profissionais de saúde. Essa perspectiva que brota no interior do círculo aponta para a construção da relação dialógica com vistas a se incorporar a realidade vivida dos usuários, superando a realidade empírica e teórica presente no discurso dos profissionais. Assim é que a educação libertadora eminentemente de caráter reflexivo conduz a um constante ato de desvelamento da realidade.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Este estudo apresentou o desvelamento alcançado no Itinerário de Pesquisa Freireano com um grupo de pessoas estomizadas no município de Belém/PA. A proposta de implantação de um programa de educação permanente na atenção à pessoa estomizada emergiu do processo de diálogo considerado a partir das dificuldades vivenciadas frente a todo processo que envolve a cirurgia geradora de estomia.

O diálogo revelou que essas pessoas vivenciam diferentes períodos de adaptação até a reabilitação. Elas expressam suas necessidades e demandas referentes ao tratamento cirúrgico. A participação no processo decisório, de como cuidar de pessoas que vivenciam as mesmas experiências, foi relevante não apenas para os participantes do grupo, mas para a própria facilitadora, pois, à medida que exercíamos o diálogo, era possível se sentir parte do grupo e co-responsáveis.

REFERÊNCIAS

1. Kleba ME, Comerlatto D, Colliselli L. Promoção do empoderamento com conselhos gestores de um polo de educação permanente em saúde. *Texto Contexto Enferm.* 2007 Abr-Jun; 16(2): 335-42.
2. Lino MM, Backes VMS, Ferraz F, Prado ML, Fernandes GFM, Silva LAA et al. Educação permanente dos serviços públicos de saúde de Florianópolis, Santa Catarina. *Trab Educ Saúde* 2009; 7(1):115-136.
3. Freire P. *Pedagogia do oprimido*. 46 ed. Rio de Janeiro: Paz e Terra; 2005.
4. Freire P. *Ação cultural para a liberdade*. Rio de Janeiro: Paz e Terra; 1982.
5. Streck DR, Redin E, Zitkoski JJ, organizadores. *Dicionário Paulo Freire*. Belo Horizonte: Autêntica Editora; 2008.
6. Bellato R, Pereira WR, Maruyama SAT, Oliveira PC. A convergência cuidado-educação-politicidade: um desafio a ser enfrentado pelos profissionais na garantia aos direitos à saúde das

pessoas portadoras de estomias. *Texto Contexto Enferm.* 2006 Abr-Jun; 15(2):334-42.

7. Poggetto MTD, Casagrande LDR. “Fui fazendo e aprendendo...” temática de aprendizagem de clientes colostomizados e a ação educativa do enfermeiro. *Rev Min Enf.* 2003; 7(1):28-34.

8. Cunha RR, Vaitsman J. Necessidades e demandas de estomizados ao sistema de saúde pública no Pará. In: Bragança M, Polaro S, Lima Vera, organizadoras. *Realidade amazônica: recortes da enfermagem do Pará.* Belém-Florianópolis: OPA/UFSC; 2006. p. 87-101.

9. Saube R. Preparo do enfermeiro para ser educador: realidade e possibilidades. Florianópolis: UFSC; 1999.

10. Heidemann IBS, Boehs AE, Wosny AM, Stulp KP. Incorporação teórico-conceitual e metodológica do educador Paulo Freire na pesquisa. *Rev Bras Enferm.* 2010 maio-jun; 63(3): 416-20.

11. Gemelli LMG, Zago, MMF. A interpretação do cuidado com o ostomizado na visão do enfermeiro: estudo de caso. *Rev Latino-Am. Enfermagem;* 2002; 10(1):34-40.

12. Santos VLGC. Ensino especializado de estomaterapia no Brasil: 1990-1995. *Rev Latino- Am Enfermagem* 1998; 6(3):43-54.

13. Santos VLGC. A bolsa na mediação “estar ostomizado” – “estar profissional”: análise de uma estratégia pedagógica [tese]. São Paulo: Universidade de São Paulo - Escola de Enfermagem; 1996.

14. Associação Brasileira de Estomaterapia. Educação Permanente para Estomaterapeutas [Internet]. São Paulo [citado 2010 Dez 10]. Disponível em: http://www.sobest.com.br/index.php?option=com_content&task=view&id=20.

15. Salci MA, Sales CA, Marcon SS. Sentimentos de mulheres frente ao câncer *Rev Enferm UERJ* 2009; 17(1):46-51.

16. Benedini Z. Pesquisando para educar: a pedagogia do ostomizado e a prática da visita domiciliária. [Tese] Ribeirão Preto: Universidade de São Paulo - Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto; 1993.

17. Medeiros AC, Pereira QLC, Siqueira HCH, Cecagno D, Moraes CL. Gestão participativa na educação permanente em saúde: olhar das enfermeiras. *Rev Bras Enferm.* 2010 jan-fev; 63(1): 38-42.

18. Zago MMF, Stopa MJR. Os pressupostos teóricos e operacionais do grupo de apoio e reabilitação de pessoas ostomizadas (GARPO): laringectomizados. *Rev Bras Cancerol.* 1998; 44(4):335-41.

19. Barreto LCL, Cardoso MHCA, Villar MAM, Gilbert ACB. Percepções dos profissionais de uma unidade de internação pediátrica sobre a alta de crianças ostomizadas. *Rev Gaúcha Enferm.* 2008 set;

29(3):438-45.

20. Abreu AM, Oliveira BGRB, Pereira ER, Silva RMCRA. Nursing diagnosis to clients submitted to intestinal ostomy definitive: an existential reflection in Merleau-Ponty. *Rev Enferm UFPE* 2009 jul/set;3(3):263-268.

21. Barret, LCL. Rumo à casa: entendimentos da equipe de saúde da unidade de internação pediátrica do Instituto Fernandes Figueira da Fundação Oswaldo Cruz sobre a alta de crianças ostomizadas [dissertação]. Rio de Janeiro: Fundação Oswaldo Cruz; 2007.

CAPÍTULO VI

UTOPIA POR UMA PRÁXIS TRANSFORMADORA

Esta pesquisa traz uma preocupação com uma interferência no mundo das pessoas estomizadas. Ao fazer algumas considerações, tomo como princípio a minha articulação com esse mundo real, pois não poderia considerar a neutralidade neste estudo. Acredito que a ação transformadora que teve início no processo aqui desenvolvido com um grupo de pessoas no município de Belém/PA vai além do objeto deste estudo – a educação libertadora como possibilidade de *empoderamento* (*empowerment*) –, pois implica o cuidado à saúde das pessoas e educar é uma forma de expressão desse cuidado para além das habilidades técnicas.

Foi preciso investir um esforço na busca da compreensão do pensamento freireano, não em sua totalidade, mas em algumas dimensões, para que se pudesse avançar. Foi necessário percorrer sobre a gênese do pensamento freireano e perceber o quanto ele é contemporâneo, bem como seu campo de ação.

Os participantes deste estudo tiveram diversas atitudes diante das "situações-limite" por eles vivenciadas. Essas situações constituem um "limite", isto é, algo que não tomam como problema e permanecem sem ação, ou ainda como um "limite" que sabem que existe e que deve ser superado e então buscam soluções. A "situação-limite" foi percebida criticamente e por isso as pessoas estomizadas que a entenderam sentiram vontade de exercer uma ação, favorecidas por um clima que oportunizou o diálogo, e com ele emergiram a esperança e a confiança pessoal e coletiva. E com isso descobriram o inédito-viável, a utopia de um sonho possível.

Esse "inédito-viável" nada mais é do aquilo que o sonho utópico sabe que existe, porém, só será atingido, alcançado por meio da práxis libertadora. O "inédito-viável" neste estudo constituiu o desvelamento crítico que emergiu nos círculos dialógicos.

Ser atendido por profissionais capacitados, ter acesso a serviços de qualidade, melhor resolutividade dos serviços de saúde, ter uma entidade representativa com boa visibilidade social e finalmente um SUS que exerça na prática seus princípios instituídos constituíram outros "inédito-viáveis".

Obviamente que essa coisa inédita, ainda não claramente conhecida e vivida, mas sonhada, quando se codifica/decodifica pelos próprios sujeitos, pelos que pensam utopicamente, é percebida, então,

como o sonho que é possível de se tornar realidade.

Quando usuários e profissionais assumem atitudes libertadoras, exercitando a relação *educador-educando*, *educando-educador*, a possibilidade de desenvolver o *empowerment* transforma-se em realidade. Acredito que compartilhar a possibilidade que Freire apresentou ao mundo, na tentativa de estabelecer interlocuções com o *empowerment* poderá contribuir para o alcance dessa proposta que nasce incorporada à Promoção da Saúde. Tais reflexões revelam o Itinerário de Pesquisa e o aprendizado alcançado.

Ao ter de “finalizar” esta investigação, entendo que ela se constitui em um Itinerário construído por meio de círculos dialógicos repletos de “vozes” que ecoam até o momento de redação deste texto. Todos os participantes estão presentes, na medida em que o diálogo nos conduziu ao levantamento de temas tão significativos para além da questão da estomia. Creio que vivenciamos o próprio *Círculo de Cultura* da década de 1960 em outro tempo e contexto histórico, mas com a mesma situação de opressão daquela época. Daí a primeira conclusão: A educação libertadora contribui para o desenvolvimento do *empoderamento* (*empowerment*) concedendo ao sujeito perceber, refletir e intervir em sua realidade.

Essa conclusão disponibiliza o círculo dialógico nas diversas áreas do conhecimento. Outras vozes agonizam por um espaço dialógico e libertador. Essa é a envolvente proposta de Paulo Freire por uma educação política e libertadora.

Nesse movimento, emerge a segunda conclusão: é preciso conceder tempo e espaço para que as pessoas possam expressar suas necessidades frente à sua situação de saúde, permitindo que essas pessoas possam se tornar sujeitos e objetos de seu próprio conhecimento.

E necessário apreender e compreender o *empoderamento* (*empowerment*) como uma práxis da educação libertadora que pode ser exercitada junto a um grupo de usuários e profissionais em uma intensa relação dialógica. Esse processo deve ser incorporado nos ambientes organizacionais em saúde e demais áreas e serviços.

O referencial teórico-metodológico utilizado foi fundamental para a participação das pessoas estomizadas, concedendo a elas, por meio do diálogo, refletir sobre os temas geradores que emergiram no decorrer do Itinerário de Pesquisa Freireano. Nosso ponto de partida foram os temas, os quais determinaram a trajetória de nosso trabalho, que pode parecer, inicialmente, impreciso ou sem rigor científico. Para nós, o rigor e a precisão deste estudo foi ter construído, vivenciado as regras do método

durante a caminhada coletiva.

O levantamento de temas geradores marca o primeiro passo rumo ao *empoderamento* (*empowerment*) dos sujeitos. Concede a inserção espontânea de cada participante por meio de uma relação horizontalizada. Na etapa de codificação e descodificação, os sujeitos se sentem parte de todo o processo investigativo. Imersos na problematização dos temas, buscam o desvelamento e a cada diálogo emergem novos temas.

O círculo dialógico constitui-se como um espaço no qual a espontaneidade dos sujeitos os conduz a expressar suas necessidades e demandas por meio do diálogo. Os temas emergem sempre relacionados à necessidade de receber atenção integral antes, durante e após a intervenção cirúrgica.

Ao desvelar a realidade por meio de propostas que buscam a superação das situações-limite dos sujeitos do estudo, sinaliza-se que vivenciar o círculo dialógico possibilitou o início do processo de *empoderamento* (*empowerment*) de todos os participantes.

Essas reflexões anunciam outros temas a serem investigados, entre eles: *Como a educação libertadora pode ser incorporada nas ações de cuidado de enfermagem? A educação libertadora pode contribuir para um cuidado mais efetivo de enfermagem?*

Daí a importância de prover espaços dialógicos que ampliem a participação dos sujeitos nos processos aos quais estejam relacionados. A possibilidade aqui investigada relaciona-se ao pleno exercício da liberdade e autonomia humana.

Esta pesquisa possibilitou promover o início do processo de *empoderamento* (*empowerment*) de pessoas estomizadas tendo como alicerce a educação libertadora. Os resultados nos permitiram reconhecer a educação libertadora, incorporada no processo educativo da atenção à saúde. Os temas mais problematizados demandam outras codificações/descodificações e desvelamentos críticos, pois não se esgotam em si mesmos e cada vez mais darão origem a outros e outros temas e por isso são contínuos, cíclicos e inesgotáveis como o pensamento humano.

Foi possível compreender a relação de opressão presente entre estomizados e profissionais, considerando os temas problematizados no interior dos círculos. A deficiente informação acerca da orientação peri-operatória constitui uma situação-limite a ser superada e traduz essa relação de opressão.

Os resultados obtidos levam à reflexão sobre a importância do *empoderamento* (*empowerment*) para a construção da participação

social. Foi possível perceber neste estudo que, no espaço concedido para que as pessoas pudessem falar sobre suas vidas, verdades, medos, vitórias, experiências, desejos, necessidades, ideias, percebendo que são aceitos e compreendidos ou não, aí se encontra o *embrião do processo de empoderamento (empowerment)*. Ao se sentirem no interior do círculo dialógico, emergiu a sensação de inclusão. Todos queremos participar. Todos queremos falar. Os profissionais, os usuários, a família e a comunidade. Cremos não ser possível consolidar os princípios do SUS sem a participação. Participação encharcada de diálogo, isto é, que usuário e profissional possam transformar a palavra em ação. Para que isso se concretize, a concessão de espaços dialógicos é o passo inicial do processo de *empoderamento (empowerment)*.

Após a trajetória deste estudo, percebo inúmeros caminhos a percorrer a partir dos seus resultados. Cabe um convite à reflexão sobre a importância de cada profissional de saúde na vida dessas pessoas. Nesse sentido, recomendamos a criação de diretrizes para a atenção à pessoa estomizada no Serviço de Estomaterapia e nos hospitais que realizam cirurgias geradoras de estomias, incluindo orientação perioperatória sistematizada com inserção de familiares, incluindo aí o planejamento de alta hospitalar e encaminhamento aos recursos da comunidade, entre eles o Serviço de Estomaterapia e a AOPA.

Para isso, é importante refletir sobre a flexibilidade dessas ações de acordo com a avaliação dos profissionais de saúde, respeitando as crenças e costumes de cada estomizado. Outra sugestão ancora-se na elaboração e encaminhamento dos desvelamentos deste estudo referentes à educação permanente de profissionais de saúde, com a inserção da pessoa estomizada e a divulgação da AOPA. Além disso, aconselhamos um maior investimento em enfermeiros e técnicos de enfermagem para atuarem no Serviço, bem como melhorar a infraestrutura de atendimento. Elucidamos que, a nosso ver, após o estudo, é essencial a incorporação do diálogo como eixo central da relação profissional-usuário.

Sugerimos que a atenção a essas pessoas seja ampliada, dinamizando o processo de referência e contrarreferência dos serviços, o que constitui um dos princípios do SUS – a universalização do acesso à saúde –, principalmente em função da extensa área geográfica do estado do Pará e do predomínio do transporte fluvial entre os municípios e a capital paraense, onde se localiza o Serviço e a AOPA. É interessante fazer uma aproximação com os profissionais do Programa de Saúde da Família (PSF). Considerando a URE como referência no atendimento à pessoa estomizada, entendemos que a referida Unidade poderá fazer

cumprir a lei referente ao que preconiza a Portaria Nº 400, de 16 de novembro de 2009, que normatiza o atendimento dessa clientela no SUS. Cabe aos gestores uma reflexão crítica, no sentido de tornarem visíveis as necessidades e demandas das pessoas estomizadas no estado do Pará.

Desejo que este estudo possa de alguma maneira ter contribuído para fornecer subsídios à permanente busca pelo *empoderamento* (*empowerment*) de usuários, familiares e profissionais. O *empoderamento* (*empowerment*) constitui-se como uma busca contínua rumo à aprendizagem pautada em uma relação dialógica com vistas a alcançar o autocuidado emancipatório da saúde das pessoas.

Os resultados apontam para alguns compromissos futuros:

1. Incorporar a Educação Libertadora no ensino, na pesquisa e extensão com reflexo no cuidado de enfermagem à saúde;
2. Dar seguimento ao processo de *empoderamento* (*empowerment*) da pessoa estomizada por meio dos círculos dialógicos com vistas à promoção da saúde desse grupo social;
3. Elaborar e encaminhar os desvelamentos evidenciados neste estudo com a participação da pessoa estomizada;
4. Buscar financiamento para desenvolver um projeto associando tecnologia móvel e educação para o autocuidado com a estomia.

REFERÊNCIAS

ARAÚJO, R. P. ; CUNHA, R.R.; LOBATO, R. C. ; PINHEIRO, J. Q. F. Estomas intestinais: a dificuldade do cliente no autocuidado. In: 8o CBCENF- Congresso Brasileiro dos Conselhos de Enfermagem, 2005, Maceió - AL. **Anais ...** 2005

ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE ESTOMATERAPIA. **Cursos de Especialização.** Disponível em: <http://www.sobest.com.br/index.php?option=com_content&task=view&id=20>. Acesso em: 25 ago. 2010.

ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE ESTOMATERAPIA. **O que é estomaterapia.** Disponível em: <http://www.sobest.com.br/index.php?option=com_content&task=view&id=18>. Acesso em: 6 jul. 2010.

ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE ESTOMATERAPIA. **Qualidade de vida.** Disponível em: <http://www.sobest.com.br/index.php?option=com_content&task=view&id=19>. Acesso em: 6 jul. 2010.

ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE OSTOMIZADOS. **ABRASO 2010** – Edição comemorativa de 25 anos. Rio de Janeiro, 2010. 40 p. Disponível em: < <http://www.abraso.org.br/abraso-25anos.pdf>>. Acesso em: 6 maio 2010.

BACELAR, S. et al. Expressões médicas errôneas: erros e acertos. **Acta cir. Brás.**, v. 19, n. 5, p. 582-584, set/out, 2004.

BACKES; V. M. S.; BOEHS, A. E.; HEIDEMANN, I. S. B.; KLEBA, M. E.; WOSNY, A. M. Pensamento de Paulo Freire e sua aplicação na pesquisa em Enfermagem e Saúde. In: CONGRESSO IBEROAMERICANO DE INVESTIGACIÓN CUALITATIVA EN SALUD, 3., 2008, San Juan. **Anais** San Juan: Universidade de Porto Rico, 2008. p. 13-15.

BAQUERO, Rute Vivian Angelo. Empoderamento: questões conceituais e metodológicas. **Revista Debates**, v 1, n° 1, dez. 2005.

BARNABE, Natalia Campos; DELL'ACQUA, Magda Cristina Queiroz. Coping strategies of ostomized individuals. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 16, n. 4, Aug. 2008. Disponível

em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-11692008000400010&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 15 Sept. 2010.

BERLINCK, C. N. **Comitê de bacia hidrográfica: educação ambiental e investigação-ação**. 2003. 112f. Dissertação (Mestrado em Ecologia) - Universidade de Brasília. Instituto de Biologia. Departamento de Ecologia. Brasília, 2003.

BRASIL. Congresso Nacional. **Lei Nº 8080, de 19 de setembro de 1990 - Lei Orgânica da Saúde** Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Diário Oficial da União de 20 set. 1990. Disponível em: <<http://www81.dataprev.gov.br/sislex/paginas/42/1990/8080.htm>>. Acesso em: 25 ago. 2010.

_____. Conselho Nacional de Saúde. **Resolução 196/96**. Diretrizes e Normas Regulamentadoras de Pesquisas Envolvendo Seres Humanos. 1996a. Disponível em: <www.ufrgs.br/bioetica/res19696.htm>. Acesso em: 25 abr. 2010.

_____. Ministério da Educação. Plataforma Freire. **Plano Nacional de Formação de professores**. 2009a. Disponível em: <<http://freire.mec.gov.br/index-static>>. Acesso em: 20 set. 2010.

_____. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Saúde das Pessoas com Estomas**. Brasília, 2005. (em julgamento).

_____. Ministério da Saúde. Portal da Saúde. **MS lança diretrizes para atendimento a pessoas ostomizadas**. 2009b. Disponível em: <http://portal.saude.gov.br/portal/aplicacoes/noticias/default.cfm?pg=ds_pDetalheNoticia&id_area=124&CO_NOTICIA=10805>. Acesso em: 27 ago. 2010.

_____. Ministério da Saúde. Portal da Saúde. **Ostomizados**. Disponível em: <http://portal.saude.gov.br/portal/saude/visualizar_texto.cfm?idtxt=33975&jan=1>. Acesso em: 17 abr. 2010.

_____. Ministério da Saúde. Promoção da Saúde. **Carta de Ottawa, Declaração de Adelaide, Sundsvall e Santa Fé de Bogotá**. Trad. de Luís Eduardo Fonseca. Brasília, 1996b.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Portaria nº 400, de 16 de novembro de 2009**. Estabelecer Diretrizes Nacionais

para a Atenção à Saúde das Pessoas Ostomizadas no âmbito do Sistema Único de Saúde -SUS, a serem observadas em todas as unidades federadas, respeitadas as competências das três esferas de gestão. 2009c. Disponível em: <<http://www.brasilsus.com.br/legislacoes/sas/101365-400>>. Acesso em 27 ago. 2010.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Portaria N° 116, de 9 de setembro de 1993**, Incluir no Sistema de Informações Ambulatoriais do Sistema Único de Saúde - SIA/SUS a concessão dos equipamentos de órteses, próteses e bolsas de colostomia constantes do Anexo Único. 1993. Disponível em: <<http://brasilsus.com.br/legislacoes/sas/16004-116.html>>. Acesso em 27 ago. 2010.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Portaria N.º 146, de 14 de outubro de 1993**, Estabelece diretrizes gerais para a concessão de órteses e próteses pela assistência ambulatorial. 1993. Disponível em: <<http://www.cvi-maringa.org.br/leis.php?id=busca&id2=74>>. Acesso em 27 ago. 2010.

CASCAIS, Ana Filipa Marques Vieira; MARTINI, Jussara Gue; ALMEIDA, Paulo Jorge dos Santos. O impacto da ostomia no processo de viver humano. **Texto Contexto Enferm**, v. 16, n. 1, p. 163-7, jan./mar. 2007.

CASCUDO, Luiz da Câmara. **Coisas que o Povo Diz**. Belo Horizonte : Itatiaia, 1984.

COMPANHIA DE TURISMO DO ESTADO DO PARÁ. **Belém, uma capital rica em calor humano**. Disponível em: <<http://www.paraturismo.pa.gov.br/destinos/belem.asp>>. Acesso em: 20 abr. 2009.

COSTA, A. A. **Gênero, poder e empoderamento das mulheres**. Brasília: AGENDE, 2006. Disponível em: <<http://www.agende.org.br/docs/File/dadospesquisas/feminismoEmpodera men to-AnaAlice.pdf>>. Acesso em: 2007 fev. 27.

CREMA, Eduardo; SILVA, Rosemary. **Estomas: uma abordagem interdisciplinar**. Uberaba: Pinti, 1997.

CRUZ, G. M. G. et al. Complicações dos estomas em câncer colorretal: revisão de 21 complicações em 276 estomas realizados em 870 pacientes portadores de câncer colorretal. **Rev bras. colo-proctol.**, v.

28, n. 1, mar. 2008.

CUNHA, R.R.; MERCES, P. L. ; RIBEIRO, G. N. A. A contribuição da AOPA para reabilitação do ostomizado. In: II Congresso Brasileiro e II Congresso Latino Americano de Estomaterapia, 1997, São Paulo. **Anais do II Congresso Brasileiro e II Congresso Latino Americano de Estomaterapia**. p. 48-48.

CUNHA, Regina Ribeiro. **A protetora dos ostomizados**. Diário do Pará, p. 04 - 04, 07 fev. 2000.

CUNHA, Regina Ribeiro. **Assistência integral e individualizada ao portador de ostomias**. PROEX TUCUNDUBA. Informativo da Pró-Retoria de Extensão -UFPA, 2000, Ano I No. 6. Março-Abril, p. 4 - 4

_____. **Necessidades e demandas de ostomizados ao sistema de saúde pública no Pará**. 2001. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública) – Universidade Federal do Pará : Escola Nacional de Saúde Pública : Fundação Oswaldo Cruz, Belém, 2001.

_____. **Por uma vida digna ao ostomizado**. O Liberal, p. 3 - 3, 14 abr. 2002.

_____. **Ostomizados sofrem com falta de profissionais**. Beira do Rio - Informativo da Universidade Federal do Pará, Belém, v. 33, p. 08 - 08, 01 out. 2005

CUNHA, Regina Ribeiro; CARVALHEIRA, Cândida; NASCIMENTO, Aneolo. Pituba. **Ostomizados: luta por melhor atendimento**. O Liberal, Belém-Pará, p. 07 - 07, 31 mar. 2006.

CUNHA, R.R. ; BACKES, V. M. S. ; FERRAZ, F. et al. Cuidado a pessoas estomizadas: educação continuada em um Hospital Universitário do Pará. In: 11o. SENADEN, 2008, Belém. **Anais do 11o. SENADEN**, 2008. v. 1.

DENZIN, N. K; LINCOLN, Y. S. **O planejamento da pesquisa qualitativa: teorias e abordagens**. Porto Alegre: Artmed, 2006.

DOMANSKY, Rita de Cássia. Conhecendo a composição das barreiras protetoras de pele. **Revista Estima**, v. 1, n. 2, p. 16-19, 2003.

FERREIRA, Sandra Regina Monteiro. **Pacientes colostomizados: contribuição de enfermeiros para o autocuidado**. 2000. Monografia. (Aperfeiçoamento/Especialização em Especialização em Enfermagem

Cirúrgica) - Instituto Ofir Loyola.

FRANCO, A. M. ; LEAO, E. A. ; FERREIRA, I. P. ; PEREIRA, O. V. ; CUNHA, R.R. . Sistematização da assistência de enfermagem na prevenção de complicações de pele periestoma. In: 11o. SENADEN, 2008, Belém. **Anais do 11o. SENADEN**, 2008. v. 1

FREIRE P. **Pedagogia do oprimido**. 46. ed. Rio de Janeiro: Paz e Terra; 2005.

_____. **A importância do ato de ler: em três artigos que se completam**. 15.ed. São Paulo: Cortez & Autores Associados, 1986. p. 22.

_____. **Conscientização: teoria e prática da libertação: uma introdução ao pensamento de Paulo Freire**. Trad. Kátia de Mello e Silva. 3ª ed. São Paulo: Editora Moraes, 1980. p. 32.

_____. **Educação como prática da liberdade**. 30. ed. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 2007. p. 51.

_____. **Pedagogia da autonomia: saberes necessários à prática educativa**. 15ª ed. São Paulo: Paz e Terra, 2000.

_____. **Educação e mudança**. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1982. p. 56.

_____. **Pedagogia da esperança**. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1992.

FREIRE, Paulo; GUIMARÃES, Sérgio. **Sobre educação (Diálogos)**. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1982.

FREIRE, Paulo; SHOR, Ira. **Medo e Ousadia: O Cotidiano do professor**. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1986, 224 p.

FREITAS, C. M. A vigilância da saúde para a promoção da saúde. In: CZERESNIA, D.; FREITAS, C. M. (Org.). **Promoção da saúde: conceitos, reflexões, tendências**. Rio de Janeiro: FIOCRUZ; 2003. p. 64-84.

GADOTTI, Moacir. **Paulo Freire: uma biobibliografia**. São Paulo: Cortez: Instituto Paulo Freire; Brasília, DF; UNESCO, 1996.

GEMELLI; LMG, ZAGO; MMF. A interpretação do cuidado com o ostomizado na visão do enfermeiro: um estudo de caso. **Rev Lat Am Enferm.**, v. 10, n. 1, p. 34-40, 2002.

GEERTZ, Clifford. Notas sobre Briga de Galos Balinesa. In: **A interpretação das culturas**. Rio de Janeiro (RJ): LCT-Livros Técnicos

e Científicos, 1989. p. 278-321.

HEIDEMANN, I. T. S. **A promoção da saúde e a concepção dialógica de Freire**: possibilidades de sua inserção e limites no processo de trabalho das equipes de saúde da família. 2006. 296f. Tese (Enfermagem em Saúde Pública) - Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, SP, 2006.

HEIDEMANN, I. T. S. B. **Participação popular na busca de uma melhor qualidade de vida**: uma alternativa. 1994. 158f. Dissertação (Mestrado em Assistência de Enfermagem) - Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 1994.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. **Estimativas de população**. 2009. Disponível em: <http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/estimativa2009/PO2009_DOU.pdf>. Acesso em: 16 ago. 2009.

INSTITUTO PAULO FREIRE. **Quem somos**. 1992. Disponível em: <<http://www.paulofreire.org/Institucional/QuemSomos?redirectedfrom=Institucional.WebHome>>. Acesso em: 20 set. 2010.

KLEBA, Maria Elizabeth. **Descentralização do Sistema de Saúde no Brasil**: limites e possibilidades de uma estratégia para o empoderamento. Chapecó: Ed. Argos, 2005.

LABONTE, Ronald. Health Promotion and Empowerment: reflection on professional practice. **Health Education Quarterly**, v.21, n. 2, p. 253-268, Sum. 1994.

LANZONI, G. M. M.; LINO, M. M.; LUZARDO, A. R. et al. Planejamento em enfermagem e saúde: uma revisão integrativa da literatura. **Rev. Enferm. UERJ**, Rio de Janeiro, v. 17, n. 3, p. 430-5, jul./set. 2009.

LOPEZ, et al. Metodologias para o trabalho educativo com adolescentes. **Revista Adolescência**, Brasília. Disponível em: <<http://www.abennacional.org.br/revista/cap6.html>>. Acesso em: 26 set. 2010.

MARTINS, Benedita Leida Ramos; SALES, Michelly Barbosa de. **Criança ostomizada**: relato de um caso em um albergue na cidade de Belém. 2001. Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação em Enfermagem) - Universidade Federal do Pará.

- MARUYAMA, Sônia Ayako Tao; ZAGO Márcia Maria Fontão. O processo de adoecer do portador de colostomia por câncer. **Rev. Latino-Am. Enfermagem.**, v. 13, n. 2, p. 216-222, 2005.
- MINAYO, Maria Cecília de Souza; SANCHES, O. Quantitativo-Qualitativo: Oposição ou Complementaridade? **Cad. Saúde Públ.**, Rio de Janeiro, v. 9, n. 3, p. 239-262, jul/set, 1993.
- MOREIRA, Tadiana Maria; MARINHO, Mariana Fátima O. A eliminação de hanseníase em Barra Mansa: uma experiência local. **Hansenologia Internationalis**, 2005.
- PARÁ. Secretaria de Estado de Saúde Pública. **Centros Regionais**. 2010a. Disponível em: <http://www.sespa.pa.gov.br/index.php?option=com_content&view=category&id=46&Itemid=149>. Acesso em: 8 jun. 2010.
- PARÁ. Secretaria de Estado de Saúde Pública. **Estrutura organizacional**. 2010b. Disponível em: <http://www.saude.pa.gov.br/index.php?option=com_content&view=article&id=56&Itemid=54>. Acesso em: 8 jun. 2010.
- PARÁ. Secretaria de Estado de Saúde Pública. **Missão**. 2010c. Disponível em: <http://www.sespa.pa.gov.br/index.php?option=com_content&view=article&id=57&Itemid=55>. Acesso em: 8 jun. 2010.
- PRADO, Marta Lenise et al. Políticas públicas na formação em saúde: contribuição da enfermagem para superação das desigualdades regionais brasileiras. **Texto contexto - Enferm.**, Florianópolis, v. 16, n. 3, Sept. 2007.
- SALES, C. A, et al. Sentimentos de pessoas ostomizadas: compreensão existencial. **Rev. Esc. Enferm.**, v. 44, n. 1, p. 221-227, mar. 2010.
- SANTOS, Erika Maria Monteiro et al. Complicações de estomas intestinais no tratamento do câncer: análise de 56 casos. **Acta Oncol. Bras.**, v. 22, n. 2, p. 270-275, abr./jun. 2002.
- SANTOS, Vera Lucia Conceição de Gouveia. Aspectos Epidemiológicos dos Estomas. **Revista Estima**, v. 5, n. 1, p. 31-38, 2007.
- SANTOS, Vera Lucia Conceição de Gouveia. **Cuidando do estomizado**: análise da trajetória no ensino, pesquisa e extensão. 2006. 205 f. Tese (Livre Docência) - Escola de Enfermagem da USP: São

Paulo: 2006.

SANTOS, Vera Lucia Conceição de Gouveia; CESARETTI, Isabel Umbelina Ribeiro. **Assistência em estomaterapia: cuidando do estomizado**. São Paulo: Atheneu, 2000.

SAUPE, Rosita. **Preparo do enfermeiro para ser educador: realidade e possibilidades**. Florianópolis: UFSC; 1999.

SILVA, A. C.; SILVA, G. N. S. **Quem são as pessoas estomizadas de Belém-PA?** Belém. 57 f. Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação em Enfermagem) - Universidade do Estado do Pará, Belém, 2010.

SOUZA, Renilson Rehem de. Políticas e Práticas de saúde e equidade. **Rev. esc.enferm. USP**, São Paulo, v. 41, dez. 2007. Edição especial. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-62342007000500004&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 23 maio 2010.

STRECK, D R.; REDIN, E; ZITKOSKI, J (orgs). **Dicionário Paulo**. Belo Horizonte: Autêntica Editora, 2008.

TRENTINI, Mercedes; CUBAS, Márcia Regina. Ações de enfermagem em nefrologia: um referencial expandido além da concepção biologicista de saúde. **Rev Bra Enferm.**, v. 58, n. 4, p. 481-485, jul./ago. 2005.

VASCONCELOS, E. **O poder que brota da dor e da opressão: empowerment, sua história, teorias e estratégias**. Rio de Janeiro: Paulus, 2003.

VASCONCELOS, E. Dispositivos associativos de luta e empoderamento de usuários, familiares e trabalhadores em saúde mental no Brasil. **Vivência**, n. 32 2007 p. 173-206

VASCONCELOS, Maria Lucia Marcondes Carvalho; BRITO, Regina Helena Pires de. **Conceitos de educação em Paulo Freire**. Petrópolis, RJ: Vozes: São Paulo, SP: Mack Pesquisa-Fundo Mackenzie de Pesquisa, 2006.

WALLERSTEIN, N.; BERNSTEIN, E. Introduction to Community Empowerment, Participatory Education and Health. **Health Education Quarterly**, v. 21, n. 2, p.141-148, 1994.

WELLER, Judith. **Norma N. Gill-Thompson**. 1980. 1 foto color. Disponível em: <http://www.cenormagill.com.br/int_historico.asp>.

Acesso em: 27 abr. 2010.

WENDHAUSEN, A.L.P.; BARBOSA, T.M.; BORBA, M.C. Empoderamento e recursos para a participação em conselhos gestores. **Saude Soc.**, v.15, n.3, p.131-44, 2006. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/sausoc/v15n3/11.pdf>>. Acesso em: 20 abr. 2009.

WENDHAUSEN, Agueda Lenita Pereira; KLEBA, Maria Elisabeth. Oficina 1: Enfermagem como Protagonista em Processo de Empoderamento In: CONGRESSO BRASILEIRO DE ENFERMAGEM, 62., 2010. Florianópolis. **Anais do 62º. Congresso Brasileiro de Enfermagem**. Brasília: Editora da ABEn-Nacional. 2010. p. 10-10. 1 CD-ROM.

WIGGERS, Eliana. **Aleitamento materno**: educação libertadora com grupos de puérperas e acompanhantes no alojamento conjunto. 2010. 274 f. Dissertação (Mestrado) - Universidade Federal de Santa Catarina, Centro de Ciências da Saúde, Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Florianópolis, SC, 2010.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Are the number of cancer cases increasing or decreasing in the world?** 2008. Disponível em: <<http://www.who.int/features/qa/15/en/index.html>>. Acesso em: 16 set. 2010.

ZATTI, Vicente. **Autonomia e educação em Immanuel Kant e Paulo Freire**. Porto Alegre: EDIPUCRS, 2007.

APÊNDICES

APÊNDICE A - DECLARAÇÃO DE ACEITE DA ASSOCIAÇÃO DOS OSTOMIZADOS DO PARÁ



ASSOCIAÇÃO DOS OSTOMIZADOS DO PARÁ
 CNPJ 84.006.980/0001-20
 Utilidade Pública – L.U.P. 6.190
 Fundada em 30/03/1991

DECLARAÇÃO

Declaro para os fins e efeitos legais que, objetivando atender as exigências para a obtenção de parecer do Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos, e como representante legal da Instituição, tomei conhecimento do projeto de pesquisa: **PROMOÇÃO DO EMPODERAMENTO DE PESSOAS ESTOMIZADAS POR MEIO DA EDUCAÇÃO PROBLEMATIZADORA: desafio à Enfermagem**, e cumprirei os termos da Resolução CNS 196/96 e suas complementares, e como esta instituição tem condição para o desenvolvimento deste projeto, autorizo a sua execução nos termos propostos.

Belém-PA, 01 de outubro de 2008

Joana D'Arc Cardoso Alves *Joana D'Arc Cardoso Alves*
 Joana D'Arc Cardoso Alves Presidente
 CPF: 033.104.502 - 8

Presidente da Associação dos Ostomizados do Pará

ASSOCIAÇÃO DOS OSTOMIZADOS DO PARÁ

GRUPO DE ESTUDOS E PESQUISAS
 URES - Pres. Vargas

Presidente Vargas, 513 - 4º andar - Caixa Postal 318 - CEP 66.017-970
 Fone: (91) 3242 0156 e-mail: aopa10@ig.com.br

ANEXOS

ANEXO A - DECLARAÇÃO INTERNACIONAL DOS DIREITOS DOS OSTOMIZADOS

Promulgada em junho de 1993 - INTERNATIONAL OSTOMY ASSOCIATION (IOA).

É objetivo principal da "International Ostomy Association" que todas as pessoas ostomizadas tenham direito a uma qualidade de vida satisfatória após suas cirurgias e que esta Declaração seja reconhecida em todos os países do mundo.

- Receber orientação pré-operatória, a fim de garantir um total conhecimento dos benefícios da operação e os fatos essenciais a respeito de viver com uma ostomia.
- Ter um ostoma bem feito, local apropriado, proporcionando atendimento integral e conveniente para o conforto do paciente.
- Receber apoio médico experiente e profissional, cuidados de enfermagem especializada no período pré-operatório e pós operatório, tanto no hospital como em suas próprias comunidades.
- Ter acesso a informações completas e imparciais sobre o fornecimento e produtos adequados disponíveis em seu país.
- Ter a oportunidade de escolha entre os diversos equipamentos disponíveis para ostomia sem preconceito ou constrangimento.
- Ter acesso a dados acerca de sua Associação Nacional de Ostomizados e dos serviços e apoio que podem ser oferecidos.
- Receber apoio e informação para benefício da família, dos cuidados pessoais e dos amigos a fim de aumentar o entendimento sobre as condições e adaptações necessárias para alcançar um padrão de vida satisfatório para viver com ostomia.

ANEXO B - PORTARIA Nº 116, DE 9 DE SETEMBRO DE 1993

O Secretário de Assistência à Saúde, no uso de suas atribuições e, Considerando a integralidade da assistência, estabelecida na Constituição Federal e na Lei Orgânica de Saúde (Lei nº 8.080 de 16.09.90);

Considerando que o atendimento integral à saúde é um direito da cidadania e abrange a atenção primária, secundária e terciária, com garantia de fornecimento de equipamentos necessária para a promoção, prevenção, assistência e reabilitação;

Considerando a autorização estabelecida pela RS nº 79 de 02/09/93 do Conselho Nacional de Saúde, resolve:

1. Incluir no Sistema de Informações Ambulatoriais do Sistema Único de Saúde – SIA/SUS a concessão dos equipamentos de órteses, próteses e bolsas de colostomia constantes do anexo único.

2. A concessão de órteses e próteses ambulatoriais, bem como a adaptação e treinamento do paciente será realizada, obrigatoriamente, pelas unidades públicas de saúde designadas pela Comissão Bipartite. Excepcionalmente a referida comissão poderá designar instituições da rede complementar, preferencialmente entidades universitárias e filantrópicas para realizar estas atividades.

3. Caberá ao gestor estadual/municipal, de conformidade com o Ministério da Saúde, definir critérios e estabelecer fluxos para concessão e fornecimento de órteses e prótese, objetivando as necessidades do usuário.

4. O fornecimento de equipamento deve-se restringir aos usuários do Sistema Único de saúde que estejam sendo atendidos pelos serviços públicos e/ou conveniados dentro da área de abrangência de cada regional de saúde.

5. Fica estabelecido que a partir da competência setembro/93, o recurso para Cobertura Ambulatorial – RCA será acrescido de 2,5% destinado ao pagamento das órteses e próteses fornecidas aos usuários.

6. Os valores das órteses e próteses descritas no Anexo Único serão divulgados quando da publicação da tabela de valores dos Procedimentos do Sistema de Informações ambulatoriais do Sistema Único de Saúde - SUS

7. Esta portaria entrará em vigor na data de sua publicação, com efeitos financeiros a partir de 1º de setembro de 1993. Rio de Janeiro, 29 de janeiro de 1998.

Sugestões para ampliação e adequação da oferta de materiais de ostomias da Tabela SIA/SUS –Portaria 116 – Prótese, Órtese e Materiais Auxiliares.

Cód.991-1 - Bolsa coletora para ostomia, plástico anti-odor, hipoalergênico, transparente e/ou opaco, com adesivo microporoso, drenável e/ou fechada, recortável e/ou pré-cortada.

Cód.992-0 - Bolsa coletora para ostomia, plástico anti-odor, hipoalergênico, transparente e/ou opaco, com barreira de resina natural sintética e/ou mista, com adesivo microporoso, fechada, recortável e/ou pré-cortada.

Cód.993-8 - Bolsa coletora para ostomia, plástico anti-odor, hipoalergênico, transparente e/ou opaco, com Karaya e/ou barreira de resina, sintética e/ou mista adesivo microporoso, drenável, recortável e/ou pré-cortada.

Cód.994-6 – Conjunto de placas dura e/ou flexível e bolsa drenável, plástico transparente e/ou opaco, anti-odor.

Cód.995-4 - Conjunto de placas dura e/ou flexível e bolsa coletora para urostomizados acoplada de plástico hipoalergênico, transparente e/ou opaco, sistema anti-refluxo e válvula de drenagem.

Cód.996-2 - Bolsa coletora para urostomizados com barreira sintética, natural e/ou mista, com adesivo micropore, recortável e/ou pré-cortada. Com sistema anti-refluxo e válvula de drenagem.

Incluir

Bolsas coletoras pediátricas de ostomia, plástico anti-odor, hipoalergênico, transparente e/ou opaco, drenável e/ou fechada, com barreira natural sintética e/ou mista, com adesivo microporoso, recortável e/ou pré-cortada.

Aparelho de irrigação contendo irrigador e manga coletora.

Coletor urinário de perna, plástico anti-odor; dispositivo masculino e/ou feminino para incontinência urinária.

Barreiras protetoras de pele, sintética e/ou mista em forma de pó, pasta e/ou placa de tamanho 20x20cm.

Rio de Janeiro, 29 de janeiro de 1998.

ANEXO C - PORTARIA Nº 146, DE 14 DE OUTUBRO DE 1993

O Secretário de Assistência à Saúde, no uso de suas atribuições e legais e,

Considerando o disposto na Portaria Nº 116, de 9 de Setembro de 1993, resolve:

1. Estabelecer diretrizes gerais para a concessão de Próteses e Órteses através da assistência ambulatorial.

2. A coordenação, supervisão, controle, avaliação e aquisição das próteses e órteses, constantes da referida portaria, ficará sob a responsabilidade das Secretarias Estaduais/Municipais de Saúde, através de coordenação técnica designada pelo gestor local.

3. O Secretário Estadual/Municipal de Saúde deverá:

- a) Estabelecer critérios e fluxo para concessão das prótese e órteses;
- b) Cadastrar as unidades públicas, que contenham as especialidades médicas, específicas para cada tipo de próteses e órteses;
- c) Fixar a programação físico-orçamentária para a concessão dos equipamentos constantes da referida portaria;
- d) Constituir comissão técnica nas unidades cadastradas para apreciação, autorização, fornecimento, treinamento e controle das próteses e órteses.

1. Somente deverão ser cadastradas para concessão de próteses e órteses, as unidades públicas, observados os níveis de hierarquia previstos na Portaria Nº 116, de 9 de Setembro de 1993.

a. Excepcionalmente, a comissão bipartite poderá designar instituições da rede complementar para realizar esta atividade.

2. A indicação das próteses e órteses poderá ser efetuada por qualquer profissional médico da especialidade relativa ao equipamento e encaminhada à comissão técnica da unidade cadastrada, para apreciação, de acordo com os critérios fixados pela Secretaria Estadual/Municipal de Saúde.

3. Após o fornecimento das próteses e órteses, a unidade deverá preencher o Boletim de Produção ambulatorial para fins de processamento e pagamento, através do Sistema de Informações Ambulatoriais do Sistema Único de Saúde – SIA/SUS.

4. Deverá ser estabelecido o cadastro dos usuários atendidos nas unidades, os equipamentos cedidos, a data do fornecimento e a atividade fornecedora, para fins de controle, avaliação e acompanhamento.

5. A aquisição de próteses e órteses deverá obedecer a disposição legal em vigor, regulamentadas licitações.

6. O processo de licitação contendo o pedido do equipamento, o parecer da comissão técnica, recibo do usuário e as notas fiscais de compra, deverão ser arquivadas durante 5(cinco) anos de modo a permitir exame/auditação a qualquer tempo.

7. Esta portaria entrará em vigor na data de sua publicação.

ANEXO D - PORTARIA Nº 400, DE 16 DE NOVEMBRO DE 2009

Nº 220, quarta-feira, 18 de novembro de 2009

Diário Oficial da União - Seção 1

ISSN 1677-7042

41



SECRETARIA DE ATENÇÃO À SAÚDE

PORTARIA Nº 400, DE 16 DE NOVEMBRO DE 2009

O Secretário de Atenção à Saúde, no uso de suas atribuições,

Considerando a Política Nacional de Saúde da Pessoa com Deficiência, instituída pela Portaria nº 1.069/04, de 30 de junho de 2004;

Considerando a Portaria SAS/MS nº 741, de 19 de dezembro de 2004, que regulamenta a Assistência de Alta Complexidade da Rede de Atenção Oncológica;

Considerando a Portaria nº 2.440/04, de 06 de novembro de 2007, que aprova a estrutura organizacional e o detalhamento completo dos procedimentos da Tabela de procedimentos, medicamentos, órteses, próteses e materiais especiais do Sistema Único de Saúde, entre eles os equipamentos coláteis e ajustáveis de proteção e segurança para pessoas com deficiência;

Considerando a Portaria SAS/MS nº 154, de 18 de março de 2008, que reorganiza a Tabela de Serviço/Classificação do Sistema de Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde - SCSNE;

Considerando a necessidade de garantir as pessoas orientadas à atenção integral à saúde por meio de intervenções especializadas de natureza estrutural e que o plano estrutural tenha as necessidades de qualificação dos profissionais de atenção que incluem prevenção, funcionamento e adequação de equipamentos coláteis e ajustáveis de proteção e segurança;

Considerando que a atenção às pessoas orientadas surge de estruturas especializadas, com infraestrutura adequada, recursos materiais específicos e profissionais capacitados;

Considerando a necessidade de organização das unidades de saúde que prestam serviços às pessoas orientadas e se defiar DUT de referência e contrarreferência com as unidades hospitalares, resolve

Art. 1º Estabelecer Diretrizes Nacionais para a Atenção à Saúde das Pessoas Orientadas no âmbito do Sistema Único de Saúde - SUS, a serem observadas em todas as instâncias administrativas respeitadas as competências das três esferas de gestão.

Parágrafo único. Fica autorizada a edição de atos de caráter de um procedimento orgânico que consista na estruturação do sistema (diagnóstico, respiratório e urinário), assim em uma forma que signifique uma estrutura orgânica entre os órgãos, níveis e com o mesmo estemo.

Art. 2º Definir que a atenção à saúde das pessoas com estemo seja composta por ações desenvolvidas na atenção básica e ações desenvolvidas nos Serviços de Atenção à Saúde das Pessoas Orientadas.

Parágrafo único. Na Atenção Básica serão realizadas ações de orientação para o autocuidado e prevenção de complicações nas pessoas orientadas.

Art. 3º Determinar que o Serviço de Atenção à Saúde das Pessoas Orientadas seja classificado em Atenção às Pessoas Orientadas I e Atenção às Pessoas Orientadas II.

§ 1º O serviço classificado em Atenção às Pessoas Orientadas I deverá realizar ações de orientação para o autocuidado, prevenção de complicações nas estemas e fornecimento de equipamentos coláteis e ajustáveis de proteção e segurança.

§ 2º O serviço classificado em Atenção às Pessoas Orientadas II deverá realizar ações de orientação para o autocuidado, prevenção e tratamento de complicações nas estemas, fornecimento de equipamentos coláteis e ajustáveis de proteção e segurança e capacitação de profissionais.

Art. 4º Estabelecer, na forma do Anexo I desta Portaria, as Orientações Gerais para o Serviço de Atenção à Saúde das Pessoas Orientadas.

Art. 5º Definir que as Secretarias de Saúde dos Estados, Distrito Federal e Municípios em gestão plena e que aderiram ao Pacto pelo Saúde, adtem as provisorias necessárias à organização da Atenção à Saúde das Pessoas Orientadas, devendo para tanto:

I - orientar quanto ao cadastro de pessoal com estemo;

II - organizar e promover as ações de atenção básica;

III - estabelecer fluxos e mecanismos de referência e contrarreferência para a assistência às pessoas com estemo na atenção básica, média e alta complexidade, inclusive para o caso de reavaliação de estemas nas unidades hospitalares;

IV - zelar pela adequada utilização das aplicações clínicas de equipamentos coláteis e ajustáveis de proteção e segurança para pessoas com estemo;

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

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

Art. 6º Definir que as Secretarias de Saúde dos Estados, Distrito Federal e dos Municípios em Gestão Plena do Sistema e que aderiram o Pacto pelo Saúde identificarem, dentre os estabelecimentos orientados de sua rede assistencial, aqueles que estejam de acordo com as Orientações Gerais do Serviço de Atenção à Saúde das Pessoas Orientadas, e atualizar o cadastro no Sistema de Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde - SCSNE;

Art. 7º Atualizar a Tabela de Serviço/Classificação do Sistema de Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde - SCSNE, incluindo o Serviço 156 - Atenção à Saúde das Pessoas Orientadas, e suas classificações conforme tabela a seguir:

Cod. Descrição (Serviço de Saúde)	Clas. (Tabela de Serviço/Classificação)	Descrição (Serviço de Saúde)	Org. (PP)	CEB	Descrição
156	Atenção à Saúde das Pessoas Orientadas I	Atenção à Saúde das Pessoas Orientadas I	I	2211-15	Médico Clínico
				2212-15	Neurologia
				2213-15	Assistente Social
				2214-15	Assistente Social
				2215-15	Médico Clínico
				2216-15	Assistente Social
				2217-15	Neurologia
				2218-15	Médico Clínico
				2219-15	Neurologia
				2220-15	Assistente Social
				2221-15	Neurologia
				2222-15	Médico Psiquiatra
				2223-15	Neurologia
				2224-15	Assistente Social
				2225-15	Assistente Social
				2226-15	Médico Clínico
				2227-15	Neurologia
				2228-15	Assistente Social
				2229-15	Assistente Social
				2230-15	Médico Clínico
				2231-15	Neurologia
				2232-15	Médico Psiquiatra
				2233-15	Neurologia
				2234-15	Assistente Social
				2235-15	Assistente Social
				2236-15	Médico Clínico
				2237-15	Neurologia
				2238-15	Assistente Social
				2239-15	Assistente Social
				2240-15	Médico Clínico
				2241-15	Neurologia
				2242-15	Médico Psiquiatra
				2243-15	Neurologia
				2244-15	Assistente Social
				2245-15	Assistente Social
				2246-15	Médico Clínico
				2247-15	Neurologia
				2248-15	Assistente Social
				2249-15	Assistente Social
				2250-15	Médico Clínico
				2251-15	Neurologia
				2252-15	Médico Psiquiatra
				2253-15	Neurologia
				2254-15	Assistente Social
				2255-15	Assistente Social
				2256-15	Médico Clínico
				2257-15	Neurologia
				2258-15	Assistente Social
				2259-15	Assistente Social
				2260-15	Médico Clínico
				2261-15	Neurologia
				2262-15	Médico Psiquiatra
				2263-15	Neurologia
				2264-15	Assistente Social
				2265-15	Assistente Social
				2266-15	Médico Clínico
				2267-15	Neurologia
				2268-15	Assistente Social
				2269-15	Assistente Social
				2270-15	Médico Clínico
				2271-15	Neurologia
				2272-15	Médico Psiquiatra
				2273-15	Neurologia
				2274-15	Assistente Social
				2275-15	Assistente Social
				2276-15	Médico Clínico
				2277-15	Neurologia
				2278-15	Médico Psiquiatra
				2279-15	Neurologia
				2280-15	Assistente Social
				2281-15	Assistente Social
				2282-15	Médico Clínico
				2283-15	Neurologia
				2284-15	Médico Psiquiatra
				2285-15	Neurologia
				2286-15	Assistente Social
				2287-15	Assistente Social
				2288-15	Médico Clínico
				2289-15	Neurologia
				2290-15	Médico Psiquiatra
				2291-15	Neurologia
				2292-15	Assistente Social
				2293-15	Assistente Social
				2294-15	Médico Clínico
				2295-15	Neurologia
				2296-15	Médico Psiquiatra
				2297-15	Neurologia
				2298-15	Assistente Social
				2299-15	Assistente Social
				2300-15	Médico Clínico

Art. 8º Cabe aos gestores do Estado, do Distrito Federal e dos Municípios a atualização do cadastro dos estabelecimentos inscritos no Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde - CNESE que informem a realização do Serviço/Classificação 121006 - Serviço de Dispensação de Órteses, Próteses e Materiais Especiais/OPM em Quiroscopia e/ou 121006 - Serviço de Dispensação de Órteses, Próteses e Materiais Especiais/OPM em Urologia e que passaram a atender as Orientações Gerais descritas no Anexo I desta Portaria.

Parágrafo único. No prazo de 120 dias e após isso, os códigos de Serviço/Classificação listados no caput deste Artigo serão incluídos na Tabela de Serviço Especializado/Classificação do Sistema de Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde/SCSNE, bem como serão incluídas as informações existentes sobre estes Serviços/Classificações no cadastro desses estabelecimentos de saúde.

Art. 9º Determinar a obrigatoriedade de vistoria, acompanhamento, controle e avaliação dos Serviços de Atenção à Saúde das Pessoas Orientadas, a ser realizada pelas gestões Estaduais e Municipais, e do Distrito Federal, mediante o protocolo desta Portaria.

Art. 10 Alterar, na forma do Anexo II desta Portaria, os atributos dos Materiais Especiais a serem fornecidos pelos Serviços de Atenção à Saúde das Pessoas Orientadas, na Tabela de Procedimentos, Medicamentos, Órteses, Próteses e Materiais Especiais do Sistema Único de Saúde.

Art. 11 Cabe às Secretarias de Saúde dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios, adotar as provisorias necessárias ao cumprimento das diretrizes estabelecidas nesta Portaria, podendo utilizar formas de maior implementar, a fim de adequar às necessidades locais.

Art. 12 Definir que cabe à Coordenação-Geral dos Sistemas de Informação, do Departamento de Regulação, Avaliação e Controle de Informação, da Secretaria de Atenção à Saúde, adotar as provisorias necessárias junto ao Departamento de Informática do SUS - DAIS/SUS/SUS/MS, para o cumprimento do disposto nesta Portaria, no que diz respeito à atualização nos Sistemas correspondentes.

Art. 13 Esta Portaria entra em vigor na data de sua publicação, com efeitos a partir da publicação no Diário Oficial de 16 de setembro de 2009, substituindo o Diário Oficial do União nº 176, de 15 de setembro de 1993, seção 1, pág. 137.

ALBERTO BELTRAME

ANEXO I

ORIENTAÇÕES GERAIS PARA O SERVIÇO DE ATENÇÃO À SAÚDE DAS PESSOAS ORIENTADAS

Estemo é um procedimento orgânico que consiste na estruturação do sistema (diagnóstico, respiratório e urinário), usando um perfil estemo que se chama estemo.

Estemas Infinitos (coláteis e ajustáveis) - são intervenções orgânicas realizadas, tanto no âmbito cotidiano quanto no âmbito especializado e consistem na estruturação de um segmento anatômico através da parede abdominal, quando assim uma abertura artificial para a saída do conteúdo intestinal.

Estemas Urinários (artificiais) - abertura abdominal para a criação de um trajeto de drenagem de urina. São realizadas por diversos métodos orgânicos, com objetivo de preservar a função renal.

Ostomia - é um procedimento orgânico que consiste na realização de uma comunicação do estômago com o meio exterior. Tem indicação para pessoas que a necessitam como via alternativa de alimentação.

Transectomia - procedimento orgânico realizado para criar uma abertura no trato intestinal com o objetivo de melhorar o fluxo respiratório.

O Serviço classificado em Atenção às Pessoas Orientadas 1:

1.1. Realizar o serviço que presta assistência especializada de natureza interdisciplinar às pessoas com estemo, observando sua avaliação, com ênfase na orientação para o autocuidado, prevenção de complicações nas estemas e fornecimento de equipamentos coláteis e ajustáveis de proteção e segurança. Deve dispor de equipe multiprofissional, equipamentos e instalações físicas adequadas, registro a estrutura física de políclínicas, ambulatórios de hospital geral e especializado, unidades ambulatórias de especialidades, unidades de Hemodinâmica Física.

1.2. Atuação:

I - responsabilizar-se, sob coordenação do gestor local, pela organização da demanda e do atendimento às pessoas com estemo no âmbito de sua unidade;

II - prestar atenção qualificada que envolva a educação para o autocuidado, a avaliação das necessidades biopsicossociais gerais do indivíduo, as específicas relacionadas à estema e pela orientação, incluindo a indicação e fornecimento de equipamentos coláteis e ajustáveis de proteção e segurança, incluindo a prevenção de complicações nas estemas;

III - responsabilizar-se pela administração dos equipamentos coláteis e ajustáveis de proteção e segurança desde a aquisição, o controle de estoque, controle de armazenamento e o fornecimento das pessoas com estemo;

IV - orientar os profissionais de atenção básica para o atendimento das pessoas com estemo;

V - orientar e motivar os usuários à participação em grupos de apoio;

VI - realizar e manter atualizado o cadastramento dos pacientes atendidos no serviço;

VII - estabelecer com o paciente a periodicidade para entrega dos equipamentos coláteis e ajustáveis de proteção e segurança;

VIII - orientar sobre o importância do acompanhamento médico no prazo de vigência;

IX - realizar encaminhamento necessário quando detectadas quaisquer alterações;

X - orientar a pessoa com estemo para o controle social e familiar.

1.3. Instalações Físicas

O Serviço deverá dispor, no mínimo, da seguinte estrutura física:

I - Consultório equipado com:

- sanitário exclusivo com ducha higiênica;
- mesa consultiva de material impermeável, de fácil higienização;
- escala de dois degraus;
- edredão;
- cadeira;
- mesa auxiliar com rodízio;
- microscópio;
- cadeira;
- balança antropométrica;
- balança portátil;
- Soro Elyte;
- balde para lixo com tampa e controle de pedal.



- espelho com dimensões mínimas de 120x50 cm
 III - Sala de reuniões para atendimento em grupo
 III - Sanitários feminino e masculino com duchas higiênicas e tocador

IV - Local destinado para estocagem dos equipamentos colétores e adjuvantes de proteção e segurança.
 As instalações físicas do Serviço deverão estar em conformidade com as Normas para Adequabilidade a Edificações, Mobiliário, Espaço e Equipamento Urbano (DNBR 9050/2004).
 A área física para estocagem dos equipamentos deve atender as normas vigentes para o acondicionamento de medicamentos, segundo Manual de Boas Práticas para Estocagem de Medicamentos, CEME 1990, Portaria nº 2.043/04, de 12 de dezembro de 1994, Portaria 2661 MESS/VS, de 20 de dezembro de 1995 e Resolução RDC nº 29 de 27 de junho de 2000.

1.4. Recursos Humanos.
 O Serviço deverá dispor de, no mínimo, os seguintes recursos humanos:

- 1 médico
 - 1 enfermeiro
 - 1 assistente social
- O número de profissionais deve ser adequado às demandas e à área territorial de abrangência do serviço, dando-se a prioridade à maior proporcão de enfermeiros na equipe. Os profissionais não necessitam ser exclusivos do serviço.

1.5. Atividades

I - atendimento individual (consulta de enfermagem e consulta médica e consulta de serviço social).

II - atendimento em grupo (orientação, grupo operativo, atividades educativas em sala e de vida diária).

III - orientação à família.

IV - atividades enfocando a inclusão da pessoa com estoma na família e na sociedade.

V - planejamento quantitativo e qualitativo dos equipamentos colétores e adjuvantes de proteção e segurança para distribuição.

VI - atividades de atenção aos profissionais da atenção básica para o estabelecimento de fluxos de referência e contra-referência.

2. O Serviço classificado em Estação de Primeira Opção - Unidade II.

2.1. Definição: serviço que presta assistência especializada a pacientes oncológicos com estoma, atendendo a demandas de natureza interdisciplinar que pressupõem a atuação de uma equipe multiprofissional, composta por enfermeiros, nutricionistas, psicólogos, fonoaudiólogos, fisioterapeutas, terapeutas ocupacionais, assistentes sociais, enfermeiros, técnicos de enfermagem, auxiliares de enfermagem, atendentes de enfermagem, atendentes de recepção, atendentes de limpeza, atendentes de cozinha, atendentes de lavanderia, atendentes de manutenção, atendentes de segurança, atendentes de recepção, atendentes de enfermagem, atendentes de limpeza, atendentes de cozinha, atendentes de lavanderia, atendentes de manutenção, atendentes de segurança.

2.2. Atividades

I - responsabilizar-se, sob coordenação do gestor local, pela organização da demanda e do atendimento às pessoas com estoma no âmbito de seu território.

II - realizar e manter atualizado o cadastramento dos pacientes atendidos no serviço.

III - prestar assistência especializada que envolve a educação para o autocuidado, a avaliação das necessidades biopsicossociais para o indivíduo e da família e as específicas relacionadas à estoma e pela prevenção, incluindo a prevenção e tratamento das complicações, orientação e prescrição de equipamentos colétores e adjuvantes de proteção e segurança.

IV - responsabilizar-se pela administração dos equipamentos colétores e adjuvantes de proteção e segurança desde a aquisição, o controle do estoque, as condições de armazenamento, avaliação e fomento para os pacientes com estoma.

V - orientar e incentivar os pacientes com estoma à participação em grupos de apoio.

VI - orientar sobre a importância do acompanhamento médico do paciente com estoma.

VII - realizar encaminhamento necessário quando detectado qualquer intercorrência.

VIII - orientar e preparar a pessoa com estoma para o convívio social e familiar.

IX - orientar e capacitar os profissionais da atenção básica e do Serviço classificado em Estação de Primeira Opção - Unidade II.

X - realizar junto às Unidades Hospitalares a capacitação dos equipes de saúde para identificação dos sinais e sintomas das complicações que levam à realização de estoma, incluindo sua reconstrução cirúrgica e utilização assim como o tratamento das complicações pós-operatórias.

XI - realizar capacitação para técnicas especializadas junto aos profissionais das unidades hospitalares e equipes de saúde do Serviço de Atenção à Saúde das Pessoas Oncológicas I.

1.3. Instalações físicas.
 O Serviço deverá dispor de seguinte estrutura física:

1 - Consultório equipado com:
 - sanitário exclusivo com ducha higiênica
 - mesa recumbente de material impermeável, de fácil higienização

2 - Escada de Aço Inoxidável
 - estetoscópio
 - refrigerador
 - mesa auxiliar com rodízio
 - suporte de zero

3 - Escrinário
 - armário
 - cadeira
 - balança antropométrica
 - balança pediátrica
 - bico frontal

4 - Local com piso com Tampa e controle de pedal
 - espelho com dimensões mínimas de 120x50 cm
 - pia para lavagem das mãos

II - Sala de reuniões para atendimento em grupo
 III - Sanitários feminino e masculino com duchas higiênicas e tocador

IV - Local destinado para estocagem dos equipamentos colétores e adjuvantes de proteção e segurança.

As instalações físicas do Serviço deverão estar em conformidade com as Normas para Adequabilidade a Edificações, Mobiliário, Espaço e Equipamento Urbano (DNBR 9050/2004).

A área física para estocagem e distribuição dos equipamentos deve atender as normas vigentes para o acondicionamento de medicamentos, segundo Manual de Boas Práticas para Estocagem de Medicamentos, CEME 1990, Portaria nº 2.043/04, de 12 de dezembro de 1994, Portaria 2661 MESS/VS, de 20 de dezembro de 1995 e Resolução RDC nº 29 de 27 de junho de 2000.

2.4. Recursos Humanos.
 O Serviço deverá dispor de no mínimo os seguintes recursos humanos:

- 1 médico (médico clínico ou pediatra ou oncologista ou gastroenterologista, cirurgia geral ou cirurgião pediátrico ou cirurgião oncológico ou cirurgião de estômago e intestino delgado)
- 1 enfermeiro (com capacitação em assistência às pessoas com estoma)
- 1 psicólogo
- 1 nutricionista
- 1 assistente social

O número de profissionais deve ser adequado às demandas e à área territorial de abrangência do serviço, dando-se a prioridade à maior proporcão de enfermeiros na equipe. Os profissionais não necessitam ser exclusivos do serviço.

2.5. Atividades

I - atendimento individual (consulta de enfermagem, consulta médica, consulta de serviço social, psicologia e nutrição).

II - atendimento em grupo (orientação, grupo operativo, atividades educativas em sala e de vida diária).

III - orientação à família, atividades enfocando a inclusão das pessoas com estoma na família e sociedade.

IV - planejamento quantitativo e qualitativo dos equipamentos colétores e adjuvantes de proteção e segurança para aquisição e fomento para as pessoas com estoma.

V - atividades de orientação aos profissionais de atenção básica e hospitalares para o estabelecimento de fluxos de referência e contra-referência.

VI - capacitação para técnicas especializadas aos profissionais das unidades hospitalares e equipes de saúde do Serviço de Atenção à Saúde das Pessoas Oncológicas I.

ANEXO II

RELACÃO DOS EQUIPAMENTOS COLÉTORES E ADJUVANTES DE PROTEÇÃO E SEGURANÇA - TABELA DE PROCEDIMENTOS, MEDICAMENTOS E OPNI DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE

Procedimento: 070106020 - BOLSA DE COLÓSTOMIA FECHADA COM ADESIVO MICROPOROZO

Descrição: bolsa fechada para estoma intestinal ou proctostoma, plástico asséptico, transparente ou opaco, com filtro de carbono ativado, com ou sem resma sintética ou resma (charra), re-cortível ou pré-cortada, com ou sem adesivo microporozo hipodérmico (no máximo 60 por mês)

Procedimento: 070106025 - BOLSA DE COLÓSTOMIA COM ADESIVO MICROPOROZO DRENÁVEL

Descrição: bolsa drenável para estoma intestinal adulto, pediátrico ou neonatal, plástico asséptico, transparente ou opaco, com ou sem a segunda abertura, com ou sem filtro de carbono ativado, resma sintética ou resma (charra), re-cortível ou pré-cortada, com ou sem adesivo microporozo hipodérmico (no máximo 60 por mês)

Procedimento: 070106041 - CONJUNTO DE PLACA E BOLSA P/ ESTOMIA INTESTINAL

Descrição: sistema completo de bolsa e base adesiva para estoma intestinal adulto ou pediátrico, bolsa drenável, fechada ou proctostoma, plástico asséptico, transparente ou opaco, com ou sem filtro de carbono ativado, base adesiva de resma sintética, re-cortível ou pré-cortada, com ou sem adesivo microporozo hipodérmico. (no máximo de 10 por mês)

Procedimento: 070106011 - BARRERAS PROTETORAS DE PELE ENTÍTICA E/OU MISTA EM FORMA DE PÓ, PASTA, E/OU PLACA

Descrição: barreira protetora de pele, de resma sintética ou formadora de película disponibilizada em 1 (um) tubo de 100 g ou 1 (um) tubo de pasta ou 25 (vinte e cinco) pacotes ou 5 (cinco) tubos ou 15 (quinze) placas 10 x 10 cm ou 10 (dez) placas 15 x 15 cm ou 10 (dez) placas 20 x 20 cm ou 1 (um) frasco formador de película (1 tubo/frasco ou 1 kg por mês)

Procedimento: 070106026 - BOLSA COLETORA P/ UROSTOMIZADOS

Descrição: bolsa para estoma urinário adulto ou pediátrico, plástico asséptico, transparente ou opaco, com sistema anti-refluxo e válvula de drenagem, com opção de zíper ou resma sintética, plana ou curva, re-cortível ou pré-cortada, com ou sem adesivo microporozo hipodérmico. (no máximo 30 por mês)

Procedimento: 070106003 - COLETOR URINÁRIO DE PELENA DE CALÇA

Descrição: coletor urinário de pele ou de cama, plástico asséptico, com tubo para conexão em dispositivo coletor para sistema ou incontinência urinária, com sistema anti-refluxo e válvula de drenagem. O coletor de pele deverá conter cintas de fixação por pressão. (no máximo 4 por mês)

Procedimento: 070106002 - CONJUNTO DE PLACA E BOLSA P/ UROSTOMIZADOS

Descrição: sistema completo de duas peças (bolsa e base adesiva) para estoma urinário adulto ou pediátrico, bolsa com plástico asséptico, transparente ou opaco, sistema anti-refluxo e válvula de drenagem, base adesiva de resma sintética, plana ou curva, re-cortível ou pré-cortada, com ou sem adesivo microporozo hipodérmico. (no máximo de 15 por mês)



Sistema IN

Cadastre-se já e encaminhe matérias para publicação da forma mais rápida, cômoda e segura.
 Solicite o cadastramento pelo endereço incom@in.gov.br.

ANEXO E – INSTRUÇÃO AOS AUTORES – REVISTA PAN-AMERICANA DE SALUD PUBLICA

Rev. Panam. Salud Públ. - Instruções aos autores

**REVISTA
PANAMERICANA
DE SALUD PÚBLICA**

ISSN 1020-4989
versão impressa

INSTRUÇÕES AOS AUTORES

- [Objetivos](#)
- [Critérios para a aceitação de manuscritos](#)
- [Conteúdo da revista](#)
- [Instruções para a apresentação de manuscritos propostos para publicação](#)
- [Bibliografia](#)

Objetivos

A **Revista Panamericana de Salud Pública / Pan American Journal of Public Health** é a principal revista de informação técnica e científica da Organização Pan-Americana da Saúde - [OPAS](#), substituindo os antigos **Boletín de la Oficina Sanitaria Panamericana** e **Bulletin of the Pan American Health Organization**. A revista é um importante veículo para divulgar os avanços mais recentes da pesquisa em saúde pública nas Américas, em função dos objetivos fundamentais da OPAS: promover as ações e coordenar os esforços dos países da Região para preservar a saúde, combater as doenças, prolongar a vida e estimular a melhoria da qualidade física, mental e social de seus habitantes.

A Revista objetiva divulgar informações de interesse para a saúde pública, sobretudo as relacionadas com os programas de cooperação técnica da Organização, bem como notícias sobre políticas, ações e resultados da própria OPAS e dos Estados Membros na busca por melhorar as condições de saúde e fortalecer o setor de saúde em todo o hemisfério.

Critérios para a aceitação de manuscritos

A RPSP/PAJPH reserva todos os direitos legais de reprodução de seu conteúdo. Os manuscritos aprovados para publicação somente são aceitos com o entendimento de que não tenham sido publicados, parcial ou totalmente, em nenhuma outra parte e de que não o serão republicados sem a autorização expressa da OPAS. Os artigos serão considerados simultaneamente para publicação em inglês, espanhol ou português (ver seção II.C - [Idioma](#)).

A seleção do material proposto para publicação se baseia nos seguintes critérios gerais: grau de prioridade do tema para a Organização e os Estados Membros; solidez científica, originalidade, atualidade e oportunidade da informação; possibilidade de que a experiência descrita seja aplicável em âmbito regional e não somente no lugar de origem; respeito às normas de ética médica no que se refere à experimentação com seres humanos e animais; respeito pelos Estados Membros e pelos povos que representam; variedade dos temas e da procedência geográfica da informação. A aceitação ou recusa de um manuscrito depende de um processo de seleção objetivo que está descrito mais adiante (ver seção II.O - [Processo de seleção](#)).

Enfatiza-se especialmente a importância de que o trabalho tenha uma apresentação apropriada (forma de abordar o problema proposto e plano para alcançar o objetivo do estudo), uma vez que as falhas nesse aspecto invalidam toda a informação e são a causa mais freqüente da recusa de manuscritos.

Os manuscritos apresentados em reuniões e conferências não os qualificam necessariamente como artigos científicos, já que não se ajustam aos objetivos e estrutura requeridos. Não são aceitos artigos sobre resultados preliminares, mas somente os definitivos. Em geral, tampouco são aceitos artigos destinados à publicação em série relacionados a diversos aspectos de uma única investigação.

As opiniões expressas pelos autores são de sua exclusiva responsabilidade, não refletindo necessariamente os critérios nem a política da Organização Pan-Americana da Saúde, nem dos Estados Membros. A menção de determinadas sociedades comerciais ou do nome comercial de certos produtos não implica que a OPAS os aprove ou recomende preferencialmente a outros similares.

Conteúdo da revista

Os artigos originais sobre saúde pública e disciplinas afins formam a parte principal da RPSP/PAJPH. Informações sobre os princípios, decisões e resultados da PAHO também são publicadas.

Entre os temas específicos que são abordados figuram os de saúde materna e infantil doenças transmissíveis, doenças crônicas, alimentação e nutrição, prevenção de acidentes, saúde mental, saúde do trabalhador, saúde dos idosos, assistência aos incapacitados, saúde dental, higiene ambiental, desastres, saúde pública veterinária, epidemiologia, estatística sanitária, informática, pesquisa e tecnologia, informação científica e técnica, administração, legislação, políticas, planejamento estratégico, sistemas e serviços de saúde, recursos humanos, financiamento e custos, participação comunitária, educação para a saúde, coordenação intersectorial e muitos outros.

O conteúdo é organizado da seguinte forma:

1. **Reflexões do Diretor.** À moda de editorial, divulga os princípios políticos da Organização, as tendências atuais e prioridades da saúde pública na Região das Américas.
2. **Artigos.** Podem ser informes de pesquisas originais, revisões críticas, revisões bibliográficas ou comunicações de experiências particulares aplicáveis em âmbito regional. Ocasionalmente, são publicadas comunicações breves com o objetivo de divulgar novas técnicas ou metodologias ou resultados que ofereçam interesse particular.
3. **Temas da atualidade.** Esta seção inclui comentários de menor extensão que os artigos, relatos de experiências e acontecimentos nacionais e regionais, informes sobre o desenvolvimento de projetos e programas, resultados de reuniões, simpósios e conferências nos quais participam a Organização e os países membros, bem como outras comunicações relativas à prática da saúde.
4. **Instantâneas** (somente em espanhol). Nesta seção

aparecem resumos de artigos recém-publicados em outras revistas destacadas ou em jornais, assim como *press releases*. Os materiais são selecionados segundo a sua pertinência no contexto da saúde pública da Região.

5. Publicações. Aqui são apresentados pequenos resumos de novas publicações, assim como resenhas esporádicas de livros recém-publicados sobre os diversos aspectos da saúde pública e temas afins. Os leitores são convidados a enviar resenhas de obras sobre temas no campo de sua competência, com o entendimento de que a sua publicação é responsabilidade da equipe editorial e dependerá em grande medida da observação das normas para a redação de resenhas. Estas serão enviadas por correio sob solicitação.

6. Cartas. Cartas dirigidas à Redação são publicadas com a intenção de esclarecer, discutir ou comentar de maneira construtiva as idéias expostas na RPSP/PAJPH. Devem ser assinadas pelo autor, e incluir sua afiliação profissional e endereço completo.

Instruções para a apresentação de manuscritos propostos para publicação

A. Especificações

A RPSP/PAJPH segue, em geral, as normas definidas no documento "Requisitos uniformes para preparar manuscritos enviados a revistas biomédicas", elaborado pelo Comitê Internacional de Diretores de Revistas Médicas (5a. ed., 1997). Tais normas são conhecidas também como "normas de Vancouver" (ver [Bibliografia](#)).

A seguir, são oferecidas instruções práticas para elaborar o manuscrito, ilustradas com exemplos representativos. Os autores que não obedecerem as normas de apresentação se expõem à recusa imediata de seus artigos.

B. Envio do manuscrito

O original, três cópias e um disquete com o texto completo do manuscrito (ver seção II.E - [Extensão e apresentação](#)) devem ser enviados ao Chefe do [Programa de Publicações](#) e Serviços Editoriais (DBI), que acusará o recebimento do manuscrito

mediante carta ao autor.

C. Idioma

A RPSP/PAJPH publica artigos em espanhol, inglês e português, embora sejam aceitos manuscritos redigidos em qualquer dos idiomas oficiais da OPAS (inglês, francês, português e espanhol). É recomendado encarecidamente aos autores que escrevam em sua língua materna; o uso inadequado de uma língua estrangeira obscurece o sentido e enfraquece o rigor científico.

Os artigos selecionados para a RPSP/PAJPH nem sempre serão publicados no idioma em que foram originalmente escritos; o idioma de publicação será decidido segundo a procedência do público para o qual o conteúdo apresente maior interesse científico e prático.

D. Direitos de autor (Copyright)

Cada artigo deverá ser acompanhado de uma declaração especificando que o manuscrito não foi publicado previamente e que não será apresentado a nenhuma outra revista antes de a decisão da OPAS ser conhecida. Os autores anexarão ainda uma declaração assinada indicando que, se o manuscrito for aceito para publicação, os direitos de autor pertencerão à OPAS.

Solicita-se aos autores que incluam informações completas sobre qualquer bolsa de estudos ou subvenções recebidas da OMS, da OPAS ou de outro organismo para custear o trabalho no qual o artigo é baseado.

Os autores assumirão a responsabilidade de obter as permissões necessárias para reproduzir qualquer material protegido por direitos autorais. O manuscrito deverá ser acompanhado da carta original outorgando essa permissão; nela deverá ser especificado com exatidão o número do quadro ou figura ou o texto exato que será citado e como será usado, além da referência bibliográfica completa (ver seção II.J - [Referências bibliográficas](#)).

Somente devem constar como autores aqueles que tenham participado diretamente da pesquisa ou da elaboração do artigo, e que poderão ser publicamente responsabilizados pelo seu conteúdo. A inclusão de outras pessoas como autores, por amizade, reconhecimento ou outras razões não científicas,

constitui falta de ética.

E. Extensão e apresentação

O manuscrito completo não deverá exceder 15 a 20 folhas tamanho carta (8,5 x 11") ou ISO A4 (212 x 297 mm). Estas devem ser datilografadas com tinta preta em um só lado do papel, com espaço duplo ou triplo e com margens superior e inferior de cerca de 2,4 cm. As margens direita e esquerda deverão medir pelo menos 2,4 cm. As palavras não deverão ser hifenizadas ao final das linhas. As páginas deverão ser numeradas sucessivamente. O original deverá ser acompanhado de três cópias de boa qualidade. Não serão aceitas cópias feitas com carbono.

Dá-se preferência aos manuscritos preparados em computador ou processador de textos, sendo que uma versão em disquete (de 3,5" ou 5,25") deve ser enviada junto com a versão final impressa. Embora seja aceito qualquer equipamento compatível com IBM ou Macintosh, o melhor programa é Microsoft Word. O autor deve indicar o programa que foi usado na elaboração do artigo.

Não serão aceitos manuscritos que não cumpram as especificações aqui detalhadas. No caso de trabalhos ou citações traduzidos, em parte ou na sua totalidade, uma cópia do texto no idioma original deverá acompanhar o manuscrito.

Os artigos aceitos serão submetidos a um processamento editorial que pode incluir, se necessário, a condensação do texto e a supressão ou adição de quadros, ilustrações e anexos. A versão editada será remetida ao autor para sua aprovação.

F. Título e autores

O título deve limitar-se a 10 palavras, se possível, e não deve exceder 15. Deve descrever o conteúdo de forma específica, clara, breve e concisa. Palavras ambíguas, jargões e abreviaturas deverão ser evitados. Um bom título permite aos leitores identificar o tema facilmente e, além disso, ajuda aos centros de documentação a catalogar e classificar o material com exatidão.

Imediatamente sob o título, deverão figurar o nome e o sobrenome de cada autor, bem como o nome da instituição em

que trabalha. A RPS/PJPH não publica os títulos, distinções acadêmicas etc. dos autores.

É preciso informar o endereço completo do autor principal ou daquele que deverá se encarregar de responder toda a correspondência relativa ao artigo. Se uma caixa postal for usada, também é necessário indicar outro endereço onde possa chegar um serviço de entrega comercial.

G. Resumo e palavras-chave

Cada trabalho, incluindo as comunicações breves, deverá ser acompanhado de um resumo — de cerca de 150 palavras se for descritivo, ou de 250 se for estruturado — que indique claramente: a) os propósitos do estudo; b) lugar e datas de sua realização; c) procedimentos básicos (seleção de amostras e métodos de observação e análise); d) resultados principais (dados específicos e, se for o caso, sua interpretação estatística); e e) as principais conclusões. Deve-se enfatizar os aspectos novos e relevantes.

Nenhuma informação ou conclusão que não apareça no texto deverá ser incluída. É conveniente redigi-lo em estilo impessoal e não incluir abreviaturas, remissões ao texto principal ou referências bibliográficas.

O resumo permite aos leitores determinar a pertinência do conteúdo e decidir se lhes interessa ler o documento em sua totalidade. De fato, é a única parte do artigo que muitas pessoas lêem e, junto com o título, a que é incluída nos sistemas de disseminação de informação bibliográfica, como o Index Medicus.

Depois do resumo, 3 a 10 palavras-chave ou frases curtas devem ser indicadas para fins de indexação em bases de dados como o Index Medicus, cuja lista "Cabeçalhos de assuntos médicos" (*Medical Subject Headings*) deve servir de guia.

H. Corpo do artigo

Em geral, os trabalhos que apresentam pesquisas ou estudos se dividem nas seguintes seções correspondentes ao chamado "formato IMRED": introdução, materiais e métodos, resultados e discussão. Os trabalhos de atualização e revisão bibliográfica costumam requerer outros títulos e subtítulos de acordo com o conteúdo.

No caso das comunicações breves, as divisões habituais deverão ser suprimidas, mantendo-se entretanto essa seqüência no texto.

I. Notas de rodapé

São as explicações que, num tipo de letra menor, aparecem na parte inferior de uma página. Serão utilizadas para identificar a afiliação (instituição e departamento) e endereço dos autores e algumas fontes de informação inéditas (ver seção J.4 - [Fontes inéditas e resumos](#)). Essas notas deverão ser separadas do texto mediante uma linha horizontal e identificadas por números consecutivos ao longo do artigo, colocados como expoentes.

J. Referências bibliográficas

São essenciais para identificar as fontes originais de conceitos, métodos e técnicas provenientes de pesquisas, estudos e experiências anteriores; para apoiar os fatos e opiniões expressos pelo autor, e orientar o leitor interessado a informar-se com maior detalhe sobre determinados aspectos do conteúdo do documento.

Com exceção dos artigos de revisão bibliográfica e das comunicações breves, a RPS/PJAPH requer no mínimo 20 referências bibliográficas pertinentes e atualizadas. Os artigos de revisão em geral terão um maior número de fontes, e as comunicações breves, um máximo de 15.

Todas as referências devem ser citadas no texto com números consecutivos, entre parênteses, da seguinte forma:

"Observou-se (3, 4) que..."

Ou:

"Vários autores (1-5) assinalaram que..."

A lista de referências deverá ser numerada consecutivamente seguindo a ordem das citações no texto. Por sua vez, as fontes bibliográficas consultadas mas não citadas no texto serão denominadas "bibliografia" e serão ordenadas alfabeticamente pelo sobrenome dos autores.

A lista de referências ou a bibliografia deverá ser apresentada em folhas separadas, ao final do artigo, e elaborada de acordo com as normas descritas a seguir.

1. Artigos de revistas. É necessário fornecer a seguinte informação: autor(es), título do artigo, título abreviado da revista em que foi publicado (sublinhado ou em itálico); ano; volume (em números arábicos), número (pode ser omitido se a revista tiver paginação contínua ao longo de um volume) e páginas inicial e final. Toda a informação será apresentada na língua original do trabalho citado. Os seguintes exemplos ilustram o "estilo de Vancouver" para a elaboração e pontuação de citações bibliográficas que devem ser observadas.

a. Autores individuais. Os sobrenomes e iniciais dos primeiros seis autores deverão ser mencionados; se são mais, a expressão "et al." deverá ser usada. Exemplos:

Brownie C, Habicht JP, Cogill B. Comparing indicators of health and nutritional status. *Am J Epidemiol* 1986;124:1031-1044.

Herrero R, Brinton L, Hartge P, Reeves W, Brenes M, Urcuyo R, et al. Determinants of the geographic variation of invasive cervical cancer in Costa Rica. *Bull Pan Am Health Organ* 1993; 27:15-25.

b. Artigos que possuem várias partes

Fitzharding PM, Stevens EM. The small-for-date infant: II, neurological and intellectual sequelae. *Pediatrics* 1972; 50:50-57.

c. Autor corporativo. Se consta de vários elementos, mencionar da maior para a menor. Em revistas publicadas por organismos governamentais ou internacionais, os trabalhos sem autor podem ser atribuídos ao organismo responsável:

Pan American Health Organization, Expanded Program on Immunization. Strategies for the certification of the eradication of wild poliovirus transmission in the Americas. *Bull Pan Am Health Organ* 1993; 27:287-295.

d. Artigo sem autor dentro de uma seção regular de uma revista:

World Health Organization. Tuberculosis control and research strategies for the 1990s: memorandum from a WHO meeting. *Bull World Health Organ* 1992;70:17-22.

e. Tipos especiais de artigos e outras comunicações. São indicados entre colchetes:

Wedeen RD. In vivo tibial XFR measurement of bone lead [editorial]. *Archives Environ Health* 1990; 45:69-71.

f. Suplemento de um volume:

Maheshwari RK. The role of cytokines in malaria infection. *Bull World Health Organ* 1990; 68 (suppl):138-144.

2. Trabalhos apresentados em conferências, congressos, simpósios etc. Somente devem constar nas referências se as atas correspondentes tiverem sido publicadas.

Koeberle F. Pathologic anatomy of entero-megaly in Chagas' disease. *Proceedings of the 2nd biennial meeting of the Bockus Alumni International Society of Gastroenterology*, Rio de Janeiro. 1962;92-103.

3. Livros e outras monografias. Deverão ser incluídos os sobrenomes e iniciais de todos os autores (ou editores, compiladores etc.) ou o nome completo da entidade coletiva; título sublinhado (ou em itálico); número da edição; lugar de publicação, casa publicadora e ano. Quando procedente, os números do volume e as páginas consultadas deverão ser acrescentados, assim como a série a que pertence e o seu número correspondente na série.

a. Autores individuais:

Eisen HN. *Immunology: an introduction to molecular and cellular principles of immune response*. 5th ed. New York: Harper and Row; 1974: 215-217.

b. Autor corporativo que é também editor:

World Health Organization. *The SI for the health professions*. Geneva: WHO; 1977.

c. Como citar um capítulo:

Weinstein L, Swartz MN. Pathogenic properties of invading microorganisms. In: Sodeman WA Jr, Sodeman WA, eds. *Pathologic physiology: mechanisms of disease*. Philadelphia: WB Saunders; 1974:457-472.

d. Como indicar o número de volumes ou citar um volume em particular:

Pan American Health Organization. Volume II: *Health conditions in the Americas*. 1990 ed. Washington, DC: PAHO;1990. (Scientific publication 524).

Pan American Health Organization. *Health conditions in the Americas*. 1990 ed. Washington, DC: PAHO; 1990. (Scientific publication 524; 2 vol).

e. Como citar um volume que tem título próprio:

World Health Organization, Volume 2: *Instruction manual*. In: *International Classification of Diseases and Related Health Problems*. 10th rev. Geneva: WHO; 1992.

f. Atas publicadas de congressos, simpósios, conferências etc.:

DuPont B. Bone marrow transplantation in severe combined immunodeficiency with an unrelated MLC compatible donor. In: White HJ, Smith R, eds. *Proceedings of the third annual meeting of the International Society for Experimental Hematology*. Houston: International Society for Experimental Hematology; 1974: 44-46.

g. Informes e documentos completos sem autor. Somente

serão oferecidos detalhes sobre informes escritos que os leitores possam solicitar e obter. É importante indicar o nome exato da entidade coletiva responsável pelo documento, título completo, cidade, ano e número. Se possível, deve-se dar a fonte do documento. Exemplos:

National Center for Health Services Research.
Health technology assessment reports, 1984.
 Rockville, Maryland: National Center for Health Services Research; 1985; DHHS publication no (PHS) 85-3373. Available from: National Technical Information Service, Springfield, VA 22161.

4. Fontes inéditas e resumos (*abstracts*). Não são consideradas referências apropriadas os resumos (*abstracts*) de artigos, os artigos que ainda não tenham sido aceitos para publicação, as teses quando ainda são inéditas e os trabalhos não publicados mesmo que tenham sido apresentados em conferências. Excetuam-se os artigos já aceitos mas ainda não publicados (no prelo). Se for absolutamente necessário citar fontes inéditas, deve-se mencioná-las no texto (entre parênteses) ou como notas de rodapé. A citação no texto deverá ser feita da seguinte maneira:

Observou-se¹ que . . .

e ao pé da mesma página do manuscrito aparecerá a nota correspondente:

¹ Herrick JB, [and others]. [Letter to Frank R Morton, Secretary, Chicago Medical Society]. Herrick papers. [1923]. Located at: University of Chicago Special Collections, Chicago, Illinois.

No caso de artigos já aceitos mas ainda não publicados (no prelo), deve-se seguir o exemplo:

It has been demonstrated (Little DA, Ecology Center of New York, unpublished observations, 1990) that . . .

5. Comunicações pessoais. Devem ser incluídas unicamente quando oferecerem informação essencial não obtível de uma fonte pública. Somente figuram no texto entre parênteses, sem nota de rodapé, da seguinte forma:

Dr. D.A. Little (Ecology Center of New York, personal communication, 1991) has pointed out that . . .

6. Outros materiais. Devem seguir em geral as indicações para referenciar um livro, especificando sua procedência (autores ou entidade responsável), título, tipo do material, local de publicação e data. Também devem ser descritos os sistemas necessários para o uso de informação em formatos eletrônicos.

a. Videocassetes:

World Health Organization. *Before disaster strikes* [videocassette]. Geneva: WHO; 1991.

b. Diapositivos (slides):

Sinusitis: a slide lecture series of the American Academy of Otolaryngology—Head and Neck Surgery Foundation [slide show]. Washington DC: The Academy; 1988. [54 slides and a guide by HC Pillsbury and ME Johns].

c. Programas de computador:

Wechsler interpretation system [computer program]. Wakefield, Rhode Island: Applied Innovations; 1983. [1 diskette; 1 guide].

d. Audiocassetes:

Clark RR, et al, eds. American Society for Microbiology prods. *Topics in clinical microbiology* [audiocassette]. Baltimore: Williams and Wilkins; 1976. [24 audiocassettes: 480 min; accompanied by 120 slides and one manual].

e. Bases de dados / CD-ROMs:

Compact library: AIDS [CD-ROM database updated quarterly]. Version 1.55a. Boston: Massachusetts Medical Society, Medical Publishing Group; 1980. [1 compact disk; operating system: IBM PC, PS/2 or compatible; 640K memory; MS-DOS 3.0 or

later].

f. Sites na Internet:

Pritzker TJ. *An early fragment from Central Nepal* [Internet site]. Ingress Communications. Available: <http://www.ingress.com/~astanart/pritzker/pritzker.html>. Accessed 8 June 1995.

g. Materiais instrucionais:

Card No. 8 Use of cervical mucus examination as a method for avoiding pregnancy. In: World Health Organization and Blithe Centre for Health and Medical Education. *Education on family fertility: instructional materials on natural methods of family planning for use by educators* [pamphlets, cards, and posters]. Geneva: WHO; 1982.

K. Quadros (ou tabelas)

Os quadros são conjuntos ordenados e sistemáticos de valores agrupados em linhas e colunas. Devem ser usados para apresentar informação essencial de tipo repetitivo — em termos de variáveis, características ou atributos — em uma forma facilmente compreensível para o leitor. Podem mostrar frequências, relações, contrastes, variações e tendências mediante a apresentação ordenada da informação. Devem ser compreensíveis por si mesmos e complementar — não duplicar — o texto. Os quadros não devem conter excesso de informação estatística porque resultam incompreensíveis, diminuem o interesse do leitor e podem chegar a confundir-lo.

Cada quadro deve ser apresentado em uma folha separada ao final do artigo, e ser identificado com um número correspondente. Deverá apresentar um título breve e claro de maneira que o leitor possa determinar sem dificuldades quais dados foram tabulados e o que indicarão, além do lugar, data e fonte da informação. O cabeçalho de cada coluna deve incluir a unidade de medida e ser o mais breve possível; a base das medidas relativas (porcentagens, taxas, índices) deve ser indicada claramente quando forem utilizadas. Somente devem ser deixados em branco os espaços correspondentes a dados que não são aplicáveis; se falta informação porque não foram feitas observações, os espaços deverão ser preenchidos por um pontilhado.

Linhas verticais não deverão ser usadas, assim como somente três horizontais deverão aparecer: uma após o título, outra após os cabeçalhos de coluna e a última ao final do quadro, antes das notas, se houver. As chamadas para as notas ao final do quadro deverão ser feitas mediante letras colocadas como expoentes, em ordem alfabética; cifras, asteriscos ou outros símbolos quaisquer não deverão ser utilizados com esse propósito.

As comunicações breves poderão apresentar até o limite máximo de dois quadros ou figuras.

L. Figuras

As ilustrações (gráficos, diagramas, desenhos lineares, mapas, fotografias etc.) devem ser utilizadas para destacar tendências e ilustrar comparações de forma clara e exata. Devem ser fáceis de compreender e agregar informação, não duplicá-la. As figuras deverão ser apresentadas em forma de desenhos manuais ou fotografias em branco e preto em papel brilhante, ou geradas por computador. Os desenhos e legendas devem ser bem elaborados para que possam ser reproduzidos diretamente; deverão ser enviados entre folhas de papelão duro que os protejam durante o transporte. Todas as figuras deverão ser perfeitamente identificadas no verso. Seus títulos serão tão concisos quanto possível e, ao mesmo tempo, bastante explícitos. Notas não deverão ser utilizadas na figura, mas a fonte deverá ser indicada no caso de haver sido retirada de outra publicação.

Os títulos de todas as figuras deverão ser anotados em ordem numérica numa folha separada. Se houver espaço suficiente, a explicação dos gráficos ou mapas poderá ser incluída dentro da própria figura, mas se não for possível, será incorporada ao título da figura. Os mapas e desenhos apresentarão uma escala em unidades SI (ver seção II.N - [Unidades de medida](#)).

As fotografias são preferíveis em branco e preto, devendo ter grande nitidez e excelente contraste, e incluir antecedentes, escala, fonte de origem e data. Cada fotografia deverá ser identificada no verso com um número e incluir um título claro e breve. Essa informação deverá ser escrita numa etiqueta adesiva no verso da fotografia.

O excesso de quadros, material gráfico ou ambos diminui o efeito que se deseja alcançar. Essa razão, mais o fato de que

os quadros e ilustrações são custosos e ocupam muito espaço, obriga a uma seleção cuidadosa para realçar o texto.

M. Abreviaturas e siglas

Serão utilizadas o menos possível. É preciso definir cada uma delas na primeira vez em que aparecer no texto, escrevendo o termo completo e em seguida a sigla ou abreviatura entre parênteses, por exemplo, Programa Ampliado de Imunização (PAI). Serão citadas em espanhol ou português, por exemplo, DP (desvio padrão) e não SD (standard deviation), exceto quando correspondam a entidades de alcance nacional (FBI) ou sejam conhecidas internacionalmente por suas siglas não espanholas ou portuguesas (UNICEF), ou se refiram a substâncias químicas cujas siglas inglesas estejam estabelecidas como denominação internacional, como GH (hormônio do crescimento), e não HC. (Ver também a seção II. N - [Unidades de medida](#)).

N. Unidades de medida

Deverão ser usadas as unidades do Sistema Internacional (SI), que é essencialmente uma versão ampliada do sistema métrico decimal (ver [bibliografia](#)).

De acordo com esse sistema, os símbolos das unidades não são expressos no plural (5 km e não 5 kms), nem são seguidos de ponto (10 mL e não 10 mL.), salvo se estiverem no final de uma frase e que por razões ortográficas deverão levá-lo. Em português, os números decimais são expressos usando-se a vírgula. As cifras devem ser agrupadas em trios, dispostos à direita e à esquerda da vírgula decimal, e separados entre si por um espaço simples. Não devem ser separados por nenhum sinal de pontuação.

Forma correta:

12 500 350 (doze milhões quinhentos mil trezentos cinquenta)

1 900,05 (mil novecentos e cinco centavos)

Formas incorretas:

12,500,350 / 1.900,05 / 1,900.05

O. Processo de seleção

Os manuscritos recebidos passam por um processo de seleção mediante o sistema de arbitragem por especialistas na matéria. Numa primeira revisão, é determinado se o manuscrito obedece os critérios gerais descritos anteriormente. Na segunda revisão, são examinados o valor científico do documento e a utilidade de sua publicação; esta parte é responsabilidade de profissionais especialistas no tema, que avaliam os manuscritos independentemente.

Na terceira revisão, baseando-se nos critérios gerais, no valor científico do artigo e na utilidade de sua publicação, toma-se uma decisão que pode ser: recusa, em cujo caso o documento é devolvido ao autor; aceitação condicional, segundo a qual se solicita ao autor para redigir um novo texto revisado, incorporando os comentários e recomendações dos especialistas; ou aceitação definitiva.

Os textos revisados são submetidos a uma quarta revisão para verificar se as condições e exigências feitas na aceitação condicional foram cumpridas; se sim, o manuscrito é aceito de forma definitiva; do contrário, é recusado.

Toda decisão é comunicada por escrito ao autor com a maior rapidez possível. O prazo depende da complexidade do tema e da disponibilidade de revisores especialistas.

P. Publicação do artigo aceito

Os manuscritos serão aceitos com o entendimento de que o editor se reserva o direito de fazer revisões visando uma maior uniformidade, clareza e conformidade do texto com o estilo da RPSP/PAJPH.

Os manuscritos aceitos para publicação serão editados e enviados ao autor responsável pela correspondência para que responda às perguntas ou esclareça dúvidas editoriais, aprove as correções. As provas tipográficas não serão enviadas aos autores, razão pela qual estes deverão ler detidamente o manuscrito editado. Recomenda-se enfaticamente a devolução do manuscrito aprovado pelo autor no prazo indicado na carta que o acompanha, para que a programação do número correspondente da revista possa ser cumprida. Salvo circunstâncias excepcionais, decorrem aproximadamente três meses entre a data do recebimento do artigo aprovado pelo

autor e sua publicação.

Q. Exemplares enviados ao autor

O autor receberá 10 exemplares da revista em que aparece seu artigo tão logo seja publicada.

Bibliografia

American Medical Association. *Manual for authors and editors: editorial style and manuscript preparation*. 7th ed. Los Altos, California: Lange Medical Publications; 1981.

Day RA. *How to write and publish a scientific paper*. 3rd ed. Phoenix, Arizona: Oryx Press; 1988.

Fishbein M. *Medical writing: the technique and the art*. 4th ed. Springfield, Illinois: Charles C. Thomas, Publisher; 1972.

Huth EJ. *How to write and publish papers in the medical sciences*. 2nd ed. Philadelphia, Pennsylvania: ISI Press; 1986.

Huth EJ. *Medical style and format: an international manual for authors, editors and publishers*. Philadelphia, Pennsylvania: ISI Press; 1986.

International Committee of Medical Journal Editors. Uniform requirements for manuscripts submitted to biomedical journals. *J Am Med Assoc* 1993; 269: 2282-2286.

Riegelman RK, Hirsch RP. *Studying a study and testing a test: how to read the medical literature*. 2nd ed. Boston: Little, Brown; 1989.

Style Manual Committee, Council of Biology Editors. *Scientific style and format: the CBE manual for authors, editors, and publishers*. 6th ed. Cambridge: Cambridge University Press; 1994.

World Health Organization. *The SI for the health professions: prepared at the request of the thirtieth World Health Assembly*. Geneva: WHO; 1977.

Rev. Panam. Salud Públ. - Instruções aos autores

[\[Home\]](#) [\[Sobre a revista\]](#) [\[Corpo editorial\]](#) [\[Assinaturas\]](#)

© 2000 OPAS

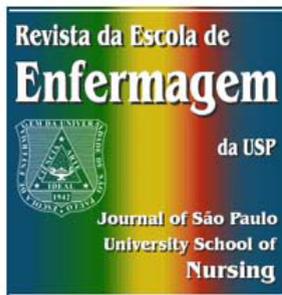
PAHO Publications Program
525 Twenty-third Street, NW
Washington DC 20037, USA
Fax: (202) 338.0869

e-Mail

publiper@paho.org

ANEXO E – INSTRUÇÃO AOS AUTORES – REVISTA DA ESCOLA DE ENFERMAGEM DA USP

Rev. esc. enferm. USP - Instruções aos autores



INSTRUÇÕES AOS AUTORES

- [Escopo e política](#)
- [Forma e preparação de manuscritos](#)
- [Envio de manuscritos](#)

Escopo e política

Os manuscritos, que poderão estar em português, inglês e espanhol, devem ser inéditos e destinar-se exclusivamente à **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, não sendo permitida sua apresentação simultânea a outro periódico, tanto no que se refere ao texto, com o figuras ou tabelas, quer na íntegra ou parcialmente, excetuando-se resumos ou relatórios preliminares publicados em Anais de Reuniões Científicas.

Desde setembro de 2009 (volume 42 n.3) a Revista passou a ter uma edição no idioma inglês, que está editada na versão online. No momento em que o trabalho for aceito para publicação, os autores deverão providenciar a tradução para o idioma inglês de acordo com as orientações da **REEUSP**.

Nas pesquisas envolvendo seres humanos, os autores deverão enviar uma cópia de aprovação emitida pelo Comitê de Ética, reconhecido pela Comissão Nacional de Ética em Pesquisa (CONEP), segundo as normas da Resolução do Conselho Nacional de Saúde - CNS 196/96 ou órgão equivalente no país de origem da pesquisa.

A **REEUSP** apóia as políticas para registro de ensaios clínicos da Organização Mundial da Saúde (OMS) e do International Committee of Medical Journal Editors (ICMJE), reconhecendo a importância dessas iniciativas para o registro e divulgação internacional de informação sobre estudos clínicos, em acesso aberto. Sendo assim, somente

serão aceitos para publicação, a partir de 2007, os artigos de pesquisas clínicas que tenham recebido um número de identificação em um dos Registros de Ensaio Clínicos validados pelos critérios estabelecidos pela OMS e ICMJE, cujos endereços estão disponíveis no site do ICMJE. O número de identificação deverá ser registrado ao final do resumo.

O(s) autor(es) dos textos são por eles inteiramente responsáveis, devendo assinar e encaminhar a Declaração de Responsabilidade e de Cessão de Direitos Autorais.

DECLARAÇÃO DE RESPONSABILIDADE E DE CESSÃO DE DIREITOS
AUTORAIS

Vimos submeter à aprovação da **REEUSP** o
manuscrito.....
e informamos que todos os procedimentos éticos devidos foram observados. Declaramos que o trabalho é inédito, está sendo enviado com exclusividade à Revista. Concordamos que em caso de aceitação do artigo, os direitos autorais a ele referente passarão a ser propriedade exclusiva da **REEUSP**.

Categoria do artigo

* _____

Assinaturas dos autores

Data: ___/___/___

* Verifique nas normas os tipos de colaborações aceitos pela Revista.

Categorias de manuscritos aceitos pela Revista

- **Artigo original:** trabalho de pesquisa com resultados inéditos e que agreguem valores à área de Enfermagem. Limitado a 15 páginas. Sua estrutura deve conter:

- **Introdução:** apresentação e delimitação do assunto tratado, os objetivos da pesquisa e outros elementos necessários para situar o tema do trabalho.

- **Objetivos:** especifica de maneira clara e sucinta a finalidade da pesquisa, com detalhamento dos aspectos que serão ou não abordados. Os objetivos podem ser definidos como gerais ou específicos a critério do autor.

- **Revisão da Literatura:** levantamento selecionado da literatura sobre o assunto que serviu de base à investigação do trabalho proposto. Proporciona os antecedentes para a compreensão do conhecimento atual sobre um assunto e esclarece a importância do novo estudo. Em algumas áreas, já existe a tendência de limitar a revisão apenas aos trabalhos mais importantes, que tenham relação direta com a pesquisa desenvolvida, priorizando as publicações mais recentes. Quando não houver necessidade de um capítulo para a Revisão da Literatura em função da extensão histórica do assunto, ela poderá ser incluída na Introdução.

- **Método:** descrição completa dos procedimentos metodológicos que permitam viabilizar o alcance dos objetivos. Devem ser apresentados: tipo de pesquisa, dados sobre o local onde foi realizada a pesquisa, população estudada, tipo de amostra, variáveis selecionadas, material, equipamentos, técnicas e métodos adotados para a coleta de dados, incluindo os de natureza estatística.

- **Resultados:** devem ser apresentados de forma clara e objetiva, sem interpretações ou comentários pessoais, podendo para maior facilidade de compreensão, estarem acompanhados por gráficos, tabelas, figuras, fotografias etc.

- **Discussão:** deve restringir-se aos dados obtidos e aos resultados alcançados, enfatizando os novos e importantes aspectos observados e discutindo as concordâncias e divergências com outras pesquisas já publicadas.
- **Conclusões:** corresponde aos objetivos ou hipóteses de maneira lógica, clara e concisa, fundamentada nos resultados e discussão, coerente com o título, proposição e método.
- **Estudo teórico:** análise de construtos teóricos, levando ao questionamento de modelos existentes e à elaboração de hipóteses para futuras pesquisas. Limitado a 15 páginas.
- **Artigo de Revisão:**
 - Revisão sistemática: método de pesquisa amplo, conduzido por meio da síntese rigorosa de resultados de estudos originais, quantitativos ou qualitativos objetivando responder uma pergunta claramente formulada sobre um problema específico. Limitado a 15 páginas.
 - Revisão integrativa: método de pesquisa que apresenta a síntese de múltiplos estudos publicados e possibilita conclusões gerais a respeito de uma área específica de estudo, contribuindo para o aprofundamento do conhecimento do tema investigado. Limitado a 15 páginas.
- **Relato de experiência profissional:** estudo de caso, contendo análise de implicações conceituais, ou descrição de procedimentos com estratégias de intervenção, evidência metodológica apropriada de avaliação de eficácia, de interesse para a atuação de enfermeiros em diferentes áreas. Limitado a 10 páginas.
- **À beira do leito:** questões com respostas objetivas sobre condutas práticas. Limitada a 10 páginas.
- **Carta ao editor:** destinada a comentários de leitores sobre os trabalhos publicados na revista, expressando concordância ou não sobre o assunto abordado. Limitada a meia página.

Descrição dos procedimentos

Cada artigo submetido à Revista é inicialmente analisado quanto ao cumprimento das normas estabelecidas nas *Instruções aos Autores*, sendo sumariamente devolvido em caso de não atendimento. Se aprovado, é encaminhado para avaliação de dois relatores, que o analisam com base no Instrumento de Análise e Parecer elaborado especificamente para tal finalidade, bem como, opinam sobre o rigor metodológico da abordagem utilizada. Havendo discordância nos pareceres, o manuscrito é encaminhado a um terceiro relator. O anonimato é garantido durante todo o processo de julgamento. Os pareceres dos relatores são analisados pelo Conselho editorial que, se necessário, indica as alterações a serem efetuadas. Os trabalhos seguem para publicação somente após a aprovação final dos pareceristas e do Conselho Editorial. Relações que podem estabelecer **conflito de interesse**, ou mesmo nos casos em que não ocorra, devem ser esclarecidas.

O público potencial e real são: enfermeiros, profissionais da área da Saúde e estudantes da Enfermagem e área da Saúde.

Forma e preparação de manuscritos

Preparo dos manuscritos

Os textos devem ser digitados usando-se o processador MsWord com a seguinte configuração de página: papel tamanho A4, entrelinha 1,5, fonte *Times New Roman*, tamanho 12, margens inferior e laterais de 2cm e superior de 3cm.

Página de identificação: deve conter o título do artigo (máximo de 16 palavras) em português, inglês e espanhol, sem abreviaturas e siglas; nome(s) do(s) autor(es), indicando no rodapé da página a função que exerce(m), a instituição a qual pertence(m), títulos e formação profissional, endereço (cidade, estado e país) para troca de correspondência, incluindo *e-mail* e telefone. Se for baseado em tese ou dissertação, indicar o título, ano e instituição onde foi apresentada.

- **Citações** - deve ser utilizado o sistema numérico na identificação dos autores mencionados, de acordo com a ordem em que forem citados no texto. Os números que identificam os autores devem ser indicados sobrescritos e entre parênteses. Se forem sequenciais, deverão ser indicados o primeiro e o último, separados por hífen, ex.: (1-4) ; quando intercalados, os números deverão ser

- separados por vírgula, ex.: (1-2,4).
- **Notas de rodapé** - deverão ser indicados por asterisco, iniciadas a cada página e restritas ao mínimo indispensável.
 - **Depoimentos** - frases ou parágrafos ditos pelos sujeitos da pesquisa devem seguir a mesma regra de citações, quanto a aspas e recuo, porém em itálico, e com sua identificação codificada a critério do autor, entre parênteses.
 - **Tabelas** - a elaboração das tabelas deve seguir as "Normas de Apresentação Tabular" estabelecidas pelo Conselho Nacional de Estatística e publicadas pelo IBGE (1993), limitadas ao máximo de cinco. Quando a tabela for extraída de outro trabalho, a fonte original deve ser mencionada abaixo da Tabela.
 - **Apêndices e anexos** - devem ser evitados, conforme indicação da norma NBR 6022.
 - **Fotos** - serão publicadas exclusivamente em P&B, sem identificação dos sujeitos, a menos que acompanhadas de permissão por escrito de divulgação para fins científicos.
 - **Agradecimentos** - contribuições de pessoas que prestaram colaboração intelectual ao trabalho como assessoria científica, revisão crítica da pesquisa, coleta de dados entre outras, mas que não preencham os requisitos para participar de autoria, devem constar dos "Agradecimentos", no final do trabalho, desde que haja permissão expressa dos nomeados. Também poderão ser mencionada, as instituições que deram apoio, assistência técnica e outros auxílios.
 - **Errata**: após a publicação do artigo, se os autores identificarem a necessidade de uma errata, deverão enviá-la à Secretaria da Revista imediatamente e de preferência por e-mail.

Observação: As ilustrações (tabela, quadro, figura, foto, gráfico, etc.) não podem ultrapassar o total de cinco.

Resumo: deve ser apresentado em português (resumo), inglês (*abstract*) e espanhol (*resumen*), com até 150 palavras (máximo de 900 caracteres), explicitando o objetivo da pesquisa, método, resultados e conclusões.

Descritores: devem ser indicados de três a cinco descritores que permitam identificar o assunto do trabalho, acompanhando o idioma dos resumos: português (Descritores), inglês (Key words) e espanhol (Descriptores), extraídos do vocabulário

Rev. esc. enferm. USP - Instruções aos autores

DeCS (Descritores em Ciências da Saúde), elaborado pela BIREME e/ou (MeSH) Medical Subject Headings, elaborado pela NLM (National Library of Medicine).

Referências: Limitadas a 22, exceto nos artigos de revisão. Devem ser normalizadas de acordo com Estilo "Vancouver", norma elaborada pelo International Committee of Medical Journals Editors (<http://www.icmje.org>), e o título do periódico deve ser abreviado de acordo com a List of Journals Indexed (<http://www.nlm.gov/tsd/serials/lji.html>). A lista apresentada no final do trabalho deve ser numerada de forma consecutiva e os autores mencionados de acordo com a seqüência em que foram citados no texto, sem necessidade do número entre parênteses. Ex: 1. Gomes A.

Envio de manuscritos

O manuscrito deverá ser encaminhado diretamente por via eletrônica (on-line) - Site: <http://submission.scielo.br/index.php/reeusp/login>

[\[Home\]](#) [\[Sobre a revista\]](#) [\[Corpo editorial\]](#) [\[Assinaturas\]](#)



Todo o conteúdo do periódico, exceto onde está identificado, está licenciado sob uma [Licença Creative Commons](#)

Av. Dr. Enéas de Carvalho Aguiar, 419
05403-000 São Paulo - SP/ Brasil
Tel. /Fax: +55 11 3061-7553



reeusp@usp.br

ANEXO F – INSTRUÇÃO AOS AUTORES – REVISTA ACTA PAULISTA DE ENFERMAGEM



INSTRUÇÕES AOS AUTORES

Acta Paulista de Enfermagem - (Acta Paul Enferm.), ISSN 0103-2100, publicação técnico-científica do Departamento de Enfermagem da Universidade Federal de São Paulo (UNIFESP), São Paulo é publicada bimestralmente com o objetivo de divulgar a produção científica sobre temas relevantes de Enfermagem e áreas afins.

A Acta Paulista de Enfermagem aceita para publicação trabalhos elaborados por até cinco autores, sendo enfermeiros, outros profissionais de áreas afins e alunos de enfermagem, redigidos em português, espanhol ou inglês, ficando os textos dos mesmos, sob suas inteiras responsabilidades, não refletindo obrigatoriamente a opinião do Editores da revista.

O conteúdo do material enviado para publicação na Acta Paulista de Enfermagem não pode ter sido publicado anteriormente ou ser encaminhado, simultaneamente, a outro periódico. Para serem publicados em outros locais, ainda que parcialmente, necessitam de aprovação por escrito por parte dos Editores. Os conceitos e declarações contidos nos trabalhos são de total responsabilidade dos autores.

A Acta Paulista de Enfermagem edita o artigo no idioma inglês, na versão online. Somente quando o artigo for aprovado para publicação os autores deverão providenciar a tradução para o inglês.

Na seleção de artigos para publicação, avalia-se o mérito científico do trabalho, sua adequação às normas editoriais e à política editorial adotada pela revista. Nos trabalhos de investigação envolvendo seres humanos deve ser explicitada (no texto do artigo) a aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa da instituição onde foi realizada a pesquisa e a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido pelos participantes, sendo que estes documentos devem estar anexados como documentos complementares. Os artigos de ensaios/pesquisas clínicas serão avaliados, somente se tiverem recebido um número de identificação em um dos Registros de Ensaios Clínicos validados pelos critérios estabelecidos pela Organização Mundial de Saúde e International Committee of Medical Journal Editors (ICMJE), cujos endereços estão disponíveis no site do ICMJE. O número de identificação deverá ser registrado ao final do resumo. O número de figuras e/ou tabelas/quadrados não deve exceder a 5 (cinco). O número de

referências não deve exceder a 35. **Caso estas normas não sejam atendidas o artigo será, sumariamente, devolvido.**

O manuscrito deve estar organizado segundo uma das seções descritas abaixo.

Artigos Originais: trabalhos de pesquisa com resultados inéditos e que agreguem valores à Ciência Enfermagem, com no máximo 14 laudas. Sua estrutura é a convencional, isto é, contendo introdução, métodos, resultados, discussão e conclusão/considerações finais em itens separados, sendo que será aceito subtítulos acrescidos a esta estrutura.

Artigos de Revisão: destinados a englobar os conhecimentos disponíveis sobre determinado tema, baseados em uma bibliografia pertinente, crítica e sistemática, acrescido de análise e conclusão, com no máximo 12 laudas.

Relato de experiência: destinados a descrever analiticamente a atuação da enfermagem nas diferentes áreas, limitada a 8 laudas.

Atualização: destinados a abordar informações atuais sobre temas de interesse da área, e potencialmente investigativos, com no máximo 5 laudas.

Resenhas: revisão crítica da literatura científica publicada em livros, orientando o leitor, em uma lauda, quanto as suas características e usos potenciais. Deve conter a referência completa do trabalho comentado.

Cartas ao editor - destinadas a comentários de leitores sobre trabalhos publicados na Revista, podendo expressar concordância ou discordância com o assunto abordado, em uma lauda.

Carta de apresentação

Os trabalhos deverão vir acompanhados de: a) carta do (s) autor (es), autORIZANDO sua publicação e transferindo os direitos autorais à revista assinada por todos autores. Todos os autores devem assinar a carta enviada ao Editor Científico; b) contribuição dos autores e patrocinadores; c) declaração de inserção de conflitos de interesses; f) Termo de Consentimento Livre e Informado quando se tratar de pesquisas com seres humanos. Os modelos destas cartas encontram-se disponíveis no link: Modelos de Cartas. **Caso esta norma não seja atendida o artigo**

será, sumariamente devolvido.

Revisão dos consultores

Todos os trabalhos, após aprovação pelo corpo editorial, serão encaminhados para análise e avaliação de dois consultores (avaliadores), sendo o anonimato garantido em todo o processo de julgamento. Caso haja discordância entre os pareceres, o artigo é encaminhado a um terceiro consultor. Somente após aprovação final dos editores e consultores, os trabalhos serão encaminhados para publicação. Os comentários serão devolvidos aos autores para as modificações no texto ou justificativas do não atendimento às recomendações dos consultores. O Corpo Editorial dispõe de plena autoridade para decidir sobre a conveniência de aceitação do trabalho. Os trabalhos não aceitos serão devolvidos aos autores. Os nomes dos consultores permanecerão em sigilo, omitindo-se também, perante os relatores, os nomes dos autores.

No caso de existir conflito de interesse entre os autores e determinados expertos nacionais ou estrangeiros, deve-se incluir uma carta confidencial num envelope selado dirigido ao Editor Científico da Acta Paulista de Enfermagem, indicando o nome das pessoas que não deveriam participar no processo de arbitragem. Esta informação será utilizada de forma estritamente confidencial. Da mesma forma, os consultores (avaliadores) poderão manifestar-se, caso haja conflito de interesse em relação a qualquer aspecto do artigo a ser avaliado.

Apresentação dos Originais

Os originais devem ser redigidos na ortografia oficial e digitados em folhas de papel tamanho A4, com espaço 1,5, fonte Arial 12 e com as 4 margens de 2,5 cm. No preparo do original, deverá ser observada, a seguinte estrutura:

Cabeçalho: Título do artigo e subtítulo, se houver, com no máximo 12 palavras, em português, inglês e espanhol.

Nome do (s) autor (es) - Nome(s) e sobrenome(s) do(s) autor(es) pelo qual é conhecido na literatura. Nomes completos dos autores com indicação em nota de rodapé do título universitário máximo e a instituição a que pertencem. Destacar nome do autor responsável pela troca de correspondência, e-mail, fone e fax. O endereço eletrônico e para correspondência via Correio serão publicados.

Referência do artigo - o título do artigo deverá ser colocado antes do resumo, abstract e resumen, respectivamente.

Resumo: com no máximo 150 palavras. Incluir os resumos em português, inglês e espanhol, e devem preceder o texto. Para os artigos originais o resumo deve ser estruturado (Introdução, Objetivos, Métodos, Resultados e Conclusão); para as demais categorias de artigos não é necessária estruturação.

Descritores: Devem acompanhar o resumo, abstract e resumen e correspondem às palavras e expressões que identificam o conteúdo do artigo. Apresentar no máximo 5 descritores em português, inglês e espanhol. Usar para definição dos descritores: Descritores em Ciências da Saúde - DECS, (lista de descritores utilizada na Base de Dados LILACS da Bireme) disponível no endereço <http://decs.bvs.br/> e o Nursing Thesaurus do International Nursing Index poderá ser consultado como lista suplementar, quando for necessário.

Texto: Deverá obedecer a estrutura exigida para cada categoria de trabalho, no caso de artigos originais (pesquisa) os resultados devem estar separados da discussão. O item conclusão/considerações finais não deve conter citações. As citações no texto devem ser numeradas de forma consecutiva de acordo com a ordem em que forem mencionadas pela primeira vez no texto. Identificar as citações por números arábicos, entre parênteses e sobrescrito, sem menção do nome dos autores. Se forem sequenciais, devem ser separadas por hífen; se forem aleatórias, devem ser separadas por vírgula.

No texto deve estar indicado o local de inserção das figuras, gráficos, tabelas, da mesma forma que estes estiverem numerados, sequencialmente. Todas as figuras (gráficos, fotografias e ilustrações) e tabelas (no máximo 5) deverão ser em preto e branco.

Agradecimentos: Inclui colaborações de pessoas que merecem reconhecimento, mas que não justificam sua inclusão como autor; agradecimentos por apoio financeiro, auxílio técnico, etc.

Referências: As referências dos documentos impressos e eletrônicos seguem o Estilo Vancouver, elaborado pelo Comitê Internacional de Editores de Revistas Médicas, atualizadas em 2008 disponível no endereço eletrônico www.icmje.org O alinhamento das referências deve ser feito pela margem esquerda. Os títulos de periódicos devem ser abreviados de acordo com List of Journals Indexed in Index Medicus e International Nursing Index. Devem ser apresentados sem negrito, itálico ou grifo, conforme os exemplos citados no endereço: <http://www.unifesp.br/denf/acta/>

Envio dos manuscritos

Os artigos deverão, obrigatoriamente, ser submetidos por via eletrônica, de acordo com as instruções publicadas no site <http://submission.scielo.br/index/ape/index>