

**UNIVERSIDADE ESTADUAL DE MATO GROSSO DO SUL
UNIDADE UNIVERSITÁRIA DE DOURADOS
MESTRADO PROFISSIONAL EM ENSINO EM SAÚDE**

RAVENA VAZ FEITOSA CASTELO BRANCO

Orientadora: Prof^a. Dr^a. Fabiana Perez Rodrigues Bergamaschi

Coorientador: Rogério Dias Renovato

ESTOMIAS INTESTINAIS INFANTIS: PROBLEMATIZANDO O CUIDADO

DOURADOS-MS

2021

UNIVERSIDADE ESTADUAL DE MATO GROSSO DO SUL
UNIDADE UNIVERSITÁRIA DE DOURADOS
MESTRADO PROFISSIONAL EM ENSINO EM SAÚDE

ESTOMIAS INTESTINAIS INFANTIS: PROBLEMATIZANDO O CUIDADO

Dissertação no formato de Relatório Técnico, apresentada ao Programa de Pós-Graduação Mestrado Profissional, Ensino em Saúde da Universidade Estadual de Mato Grosso do Sul, para a obtenção do título de Mestre.

Orientadora: Prof^a. Dr^a. Fabiana Perez Rodrigues Bergamaschi

Coorientador: Prof^o. Dr. Rogério Dias Renovato

DOURADOS-MS

2021

C345e Castelo Branco, Ravena Vaz Feitosa
Estomias intestinais infantis : problematizando o cuidado /
Ravena Vaz Feitosa Castelo Branco. – Dourados, MS: UEMS,
2021.
83 p.

Dissertação (Mestrado) – Ensino em Saúde – Universidade
Estadual de Mato Grosso do Sul, 2021.

Orientadora: Prof. Dra. Fabiana Perez Rodrigues
Bergamaschi.

Coorientador: Rogério Dias Renovato.

1. Estomias intestinais infantis 2. Cuidados de enfermagem 3.
Tecnologia cuidativo-educacional I. Bergamaschi, Fabiana Perez
Rodrigues II. Renovato, Rogério Dias III. Título

CDD 23. ed. - 618.92

RAVENA VAZ FEITOSA CASTELO BRANCO

ESTOMIAS INTESTINAIS INFANTIS: PROBLEMATIZANDO O CUIDADO

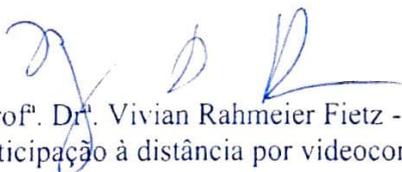
Produto Final do Curso de Mestrado Profissional apresentado ao Programa de Pós-Graduação *Stricto Sensu* em Ensino em Saúde, da Universidade Estadual de Mato Grosso do Sul, como requisito final para a obtenção do Título de Mestre em Ensino em Saúde.

Aprovado em: 16 de abril de 2021.

BANCA EXAMINADORA:



Prof. Dr. Rogério Dias Renovato - UEMS



Prof. Dr. Vivian Rahmeier Fietz - UEMS
(participação à distância por videoconferência)



Prof. Dr. Adriano Menis Ferreira - UFMS
(participação à distância por videoconferência)

AGRADECIMENTOS

A Deus por me proporcionar perseverança durante toda a minha vida.

Sou grata aos meus pais, Marlene e Castelo, por sempre me incentivarem e acreditarem que eu seria capaz de superar os obstáculos que a vida me apresentou. Vocês são meu porto seguro.

Agradeço ao meu esposo Raoni e ao meu filho Felipe por compreenderem as várias horas em que estive ausente por causa do desenvolvimento deste trabalho e pelo apoio e incentivo que serviram de alicerce para essa minha realização.

Sou grata pela confiança depositada na minha proposta de projeto pela minha professora Fabiana Bergamaschi, pela orientação, competência, profissionalismo e dedicação tão importantes para construção dessa minha trajetória. Obrigada por me manter motivada e não “ter deixado eu abandonar o barco” durante todo o processo. Suas valiosas contribuições foram importantíssimas durante todo o processo.

A minhas colegas de mestrado, Gessica Melo, Marcinha Sertão, Isabella Lemes, Janne Mila e Jaqueline Sokem pelas trocas de ideias e ajuda mútua. Juntas conseguimos avançar e ultrapassar todos os obstáculos. E a todos os meus amigos de pós-graduação que compartilharam dos inúmeros desafios que enfrentamos, sempre com o espírito colaborativo.

Grata também a todo corpo docente da Universidade pela transmissão de saberes realizados com profissionalismo.

Em especial a minha equipe de enfermagem do trabalho Simone Alves, Katiusci Antunes, André de Paula, Rosana Mendes, Suellen Batista, Kelly Avila, Janduy Vinicius, Sandra Rondon e Marcelle Janaína pela valiosa ajuda para construção desta dissertação.

EPÍGRAFE

“Educação não transforma o mundo. Educação muda as pessoas. Pessoas transformam o mundo”.

Paulo Freire

RESUMO

Introdução: As estomias infantis são realizadas com mais frequência por situações clínicas de origem benigna e doenças cirúrgicas congênitas. Essa clientela necessita de cuidados especializados, porém, a implementação destes, é desafiadora aos profissionais de saúde, sobretudo da equipe de enfermagem. Na Unidade de Cuidados Intermediários em Neonatologia - UCINCO, a incidência de malformação anorretal (imperfuração anal), enterocolite necrotizante, megacólon congênito ou doença de Hirschsprung são indicações clássicas para uma confecção de estomia. A educação permanente tem papel importante no aperfeiçoamento da assistência à saúde, além de potencializar o alcance de objetivos específicos na qualidade da assistência prestada ao recém-nascido estomizado.

Objetivo: analisar uma prática educativa como ferramenta para o cuidado da criança com estomia intestinal, a partir do estabelecimento de um espaço de reflexão, pesquisa e educação em saúde.

Métodos: Trata-se de um estudo de intervenção educativa, pautada na Pesquisa Convergente Assistencial (PCA) com o uso da Metodologia de Problematização (MP) e o Arco de Maguerez.

Resultados: A partir desse processo de ensino- aprendizagem problematizador contribuiu-se para um cuidar mais crítico e efetivo à criança com estomia intestinal. A construção de uma tecnologia cuidativo-educacional foi concretizada através de um manual de normas e rotinas para instrumentalizar o profissional da enfermagem com conhecimentos teóricos fundamentais para o cuidado da criança com estoma intestinal. Partiu-se desde a conceituação de um estoma, até o cuidado do mesmo e prevenção de complicações.

Descritores: Estomia; Prática Educativa; Tecnologia Educacional.

ABSTRACT

Introduction: Childhood ostomies are performed more frequently due to clinical conditions of benign origin and congenital surgical diseases. This clientele needs specialized care, however, their implementation is a challenge for health professionals, especially the nursing team. At the Neonatology Intermediate Care Unit - UCINCO, the incidence of anorectal malformation (anal imperforation), necrotizing enterocolitis, congenital megacolon or Hirschsprung's disease are classic indications for ostomy making. Permanent education plays an important role in improving health care, in addition to enhancing the achievement of specific objectives in the quality of care provided to ostomized newborns. **Objective:** to analyze an educational practice as a tool for the care of intestinal ostomized children, based on the establishment of a space for reflection, research and health education. **Methods:** This is an educational intervention study, based on Convergent Assistance Research (PCA) using the Problem-solving Methodology (MP) with Maguerez's arch. **Results:** Based on this problem-solving teaching-learning process, a more critical and effective care for children with intestinal ostomy has been contributed. The construction of a care-educational technology was implemented through a manual of norms and routines to equip the nursing professional with fundamental theoretical knowledge for the care of children with intestinal stoma. Since the concept of a stoma to his care and prevention of complications.

Descriptors: Ostomy; Educational Practice; Educational technology.

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ABRASO - Associação Brasileira de Ostomizados

EBSERH - Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares

GEPES - Grupo de Estudos e Pesquisas em Enfermagem e Saúde da Universidade Federal de Santa Maria

HU-UFGD-EBSERH - Hospital Universitário da Universidade Federal da Grande Dourados

MP - Metodologia de Problematização

NO - Notas de observação

ND - Notas de discussão

PCA - Pesquisa Convergente Assistencial

PESCA - Grupo de Pesquisa Práticas Educativas em Saúde e Cuidado na Amazônia da Universidade do Estado do Pará

POP - Procedimento Operacional Padrão

PO - Pós-operatório

RN - Recém-Nascido

RETE - Rede de Estudos em Tecnologias Educacionais

SAE - Sistematização da Assistência de Enfermagem

SOBEST – Associação Brasileira de Estomaterapia

TCE - Tecnologia Cuidativo-Educacional

TCLE – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

UCINCO - Unidade de Cuidados Intermediários em Neonatologia

LISTA DE FOTOGRAFIAS

Figura 1. Técnica de construção da Árvore	34
Figuras 2 e 3. Técnica da Cumbuca	35
Figura 4. Boneco representando uma criança estomizada e equipamentos adjuvantes	38

LISTA DE QUADRO

QUADRO 1. Desenvolvimento dos encontros educativos, relação das fases da PCA e etapas do Arco de Maguerez 30

SUMÁRIO

1 CONSIDERAÇÕES INICIAIS	12
2. CONTEXTUALIZAÇÃO DO TEMA	14
2.1 ESTOMA: Conceito, classificação, causas	14
2.2 Epidemiologia da estomia intestinal	16
2.3 Cuidando das estomias	17
2.3.1 Cuidando da pele periestomia e da estomia	18
2.3.2 Equipamento coletores e adjuvantes	20
2.3.3 Complicações precoces e tardias e pele periestomia	21
2.4 Educação em saúde e os Pressupostos de Paulo Freire	22
2.5. Tecnologia em Enfermagem e a Tecnologia Cuidativo-Educacional	25
3 PERCURSO METODOLÓGICO	27
3.1 - Delineamento da pesquisa	26
3.2 Percurso da PCA	28
3.3 O Arco de Magueres no desenvolvimento da PCA	29
3.4 Aspectos éticos da pesquisa	34
3.5 Aspectos éticos da pesquisa	39
3.6 Construção da Tecnologia Cuidativo-Educacional (TCE)	39
4. RESULTADOS E DISCUSSÃO	41
4.1 Caracterização dos participantes	42
4.2. Identificando o problema e o ponto chave	43
5 CONSIDERAÇÕES FINAIS	48
6 REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	50
APÊNDICE A: ARTIGO	56
APÊNDICE B: CAPA DA TCE DESENVOLVIDA	71
APÊNDICE C: QUESTIONÁRIO APLICADO NA PESQUISA	72
ANEXO A: PARECER CONSUBISTANCIADO DO CEP	74
ANEXO B: TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO	76

1 CONSIDERAÇÕES INICIAIS

As estomias infantis são realizadas com mais frequência por situações clínicas de origem benigna e doenças cirúrgicas congênitas. São classificadas de acordo com a sua localização, funções (alimentação, descompressão, evacuação e administração de medicamentos), modo de confecção (em alça, em dupla boca, terminal ou fístula mucosa), quanto ao uso (temporário ou definitivo), de acordo com a continência (continente ou incontinente) e ainda podem ser consideradas baixas e altas (MURAGAKI; RAICHER, 2014).

A assistência de enfermagem deve ser individualizada, integral e sistemática à pessoa com estomia e à sua família. Essa assistência é dispensada em três períodos: pré, intra e pós-operatório. No pré-operatório, por meio da entrevista (coletas de dados) e exame físico são identificados problemas que auxiliam nos diagnósticos e planejamento das ações de enfermagem. Cuidados específicos ao período pré-operatório são realizados como preparo do cólon, teste de sensibilidade aos adesivos da bolsa e demarcação do local da estomia. No intraoperatório faz-se necessário a visita do enfermeiro do centro cirúrgico para que subsidie uma assistência individualizada e holística nesse período (CESARETTI *et al.*, 2015).

Já no pós-operatório, Cesaretti *et al.* (2015), discorrem que a assistência de enfermagem tem como objetivo o atendimento as necessidades da pessoa com estomia. Como dar suporte emocional, controlar o volume e aspecto do efluente, atentar para os sinais e sintomas de desequilíbrio hidroeletrólíticos, prevenir e/ou detectar complicações com a pele periestomia e a estomia, ensiná-la e capacitá-la para o autocuidado.

O pós-operatório mediato normalmente ocorre em uma unidade com cuidados específicos, como a Unidade de Cuidados Intermediários em Neonatologia-UCINCO, também conhecida como Unidade Semi-Intensiva, que destina -se ao atendimento de recém-nascidos considerados de médio risco e que demandem assistência contínua, porém de menor complexidade do que na Unidade de Terapia Intensiva e que tem assistido recém-nascidos estomizados (BRASIL, 2011).

Nessas unidades, são admitidos recém-nascidos pré-termo, a termo e pós-termo, sem risco de vida, mas que necessitam de cuidados específicos para minimizar ou corrigir algum distúrbio (SIQUEIRA *et al.*, 2012). A incidência de malformação anorretal (imperfuração anal), enterocolite

necrotizante, megacólon congênito ou doença de Hirschsprung são indicações clássicas para uma confecção de estoma, e são comuns neste setor.

Outras intervenções comuns como em situações de icterícias e infecções, problemas respiratórios, cardiocirculatórios, metabólicos, neurológicos, ortopédicos e dermatológicos, também são frequentes na UCINCO (BRASIL, 2011).

Essa clientela necessita de cuidados especializados, porém, a sua implementação é desafiadora aos profissionais. Nesse sentido, a educação em saúde tem papel importante nesses casos pois leva em consideração a experiência de adoecimento e seus desdobramentos, e pode favorecer no aperfeiçoamento da assistência à saúde, além de potencializar o alcance de objetivos específicos do programa de saúde (SOUZA *et al.*, 2007).

No Hospital Universitário da Universidade Federal da Grande Dourados – HU/UFGD, a UCINCO, unidade em que atuo como enfermeira neonatologista assistencial, ocorrem internações frequentes de recém-nascidos com estomas intestinais.

Estou há mais de três anos neste setor, minha experiência profissional, permitiu durante a assistência aos recém-nascidos estomizados intestinais, verificar nos familiares, e principalmente na equipe de enfermagem, muitas dificuldades para realizar os cuidados com o manuseio da estomia, bolsas coletoras, adesivos, lesões periestomias, apresentaram ansiedade, medo e insegurança em relação ao cuidado. Em vários momentos, fui questionada pela equipe de enfermagem sobre quando e como higienizar a bolsa coletora, quando esvaziá-la, sua má adaptação ou a não utilização do equipamento coletor, como prevenir dermatite do periestomia, dificuldades de como colocar a bolsa, como cortar a parte adesiva, entre outras.

Diante do contexto, surgiu um questionamento: “Qual a realidade que cada profissional da equipe de enfermagem enfrenta ao cuidar de recém-nascidos estomizados?” Com base nesse questionamento, este trabalho objetivou por meio da pesquisa convergente assistencial – PCA desenvolver uma prática educativa como ferramenta para o cuidado da criança estomizada intestinal. Buscou-se também entender essa realidade, elucidar quais os fatores impactantes na assistência, além de analisar uma prática educativa estabelecida por meio de um espaço de reflexão, pesquisa e educação em saúde. Por fim, com base na reflexão e no processo educativo, construiu-se ainda, uma tecnologia cuidativo-educacional (TCE) destinada para subsidiar o cuidado a estes pacientes.

Esse relatório técnico apresentou o desenvolvimento do estudo estruturado a partir destas considerações iniciais, seguido da contextualização do tema, percurso metodológico, resultados e considerações finais. Cabe destacar que parte dos resultados e discussões estão apresentados no artigo intitulado “Prática educativa no cuidado da criança estomizada em um Hospital Universitário” que se encontra como apêndice desse relatório. ”

2. CONTEXTUALIZAÇÃO DO TEMA

2.1 ESTOMA: Conceito, classificação, causas

A estomia é um procedimento cirúrgico que consiste na exteriorização dos sistemas digestório, respiratório ou urinário através uma abertura externa que é denominada estoma (BRASIL, 2009).

Em 2004, a SOBEST – Associação Brasileira de Estomaterapia, optou pelo termo “estomia” contrapondo a ABRASO - Associação Brasileira de Ostomizados que mantém “ostomia” por questões de visibilidade nas políticas públicas. Sérgio Pachá, especialista e lexicógrafo-chefe relatam que o termo correto é “estoma” e “estomia” (ESTEVES, 2009). Ambos os termos são utilizados, mas para permitir uma homogeneidade de escrita e leitura, nesse estudo adotou-se o termo “estomia”.

A presença de um estoma em uma criança gera um grande impacto no seu dia a dia e em seus familiares, pois afeta sua capacidade funcional, integridade funcional, convívio social e, conseqüentemente, sua qualidade de vida (VALDES *et al.*, 2010). A confecção de um estoma intestinal (colostomia e ileostomia) que são intervenções cirúrgicas realizadas, tanto no cólon (intestino grosso) como no intestino delgado e consiste na exteriorização de um segmento intestinal, através da parede abdominal, criando assim uma abertura artificial para a saída do conteúdo fecal (BRASIL, 2009).

Segundo Yamada e seus colaboradores (2003), o cuidado com o estoma envolve higiene do local, observação das características da estomia e da região periestoma, além da utilização adequada do dispositivo coletor e dos adjuvantes. As complicações relacionadas ao estoma e a região periestoma mais comuns são a dermatite de contato, retração, separação cutaneomucosa, fístula, hérnia paraestomal, prolapso de alça e estenose.

Segundo Kayo *et al* (2015) nas crianças, a colostomia é o tipo de estomia intestinal comumente realizada para manejo de doenças congênitas ou adquiridas, como a doença de Hirschsprung, malformações anorretais (por exemplo, ânus imperfurado), enterocolite necrotizante, atresia intestinal e íleo meconial. Ainda para este autor, é importante considerar também as características da pele da criança, de acordo com sua idade, assim como o tamanho pequeno das estomias, proximidade da incisão cirúrgica com o coto umbilical, estomias múltiplas, complicações existentes, disponibilidade de equipamentos coletores e adjuvantes, entre outras, para que o cuidado seja prestado de maneira individualizada segundo as necessidades e particularidades de cada criança.

Sabe-se que a enterocolite necrotizante, doença de Hirschsprung também conhecida megacólon congênito são as principais indicações para uma confecção de estomia infantil. A enterocolite necrotizante é uma afecção cirúrgica mais frequente em berçários. Ela é ocasionada por seguimentos intestinais que evoluem com isquemia e necrose e conseqüentemente à perfuração. Essa área necrosada é retirada cirurgicamente e realizado um estoma na parte proximal do intestino. Após a realização desse procedimento o trato digestivo deve permanecer em repouso e o Recém-Nascido (RN) permanece em jejum e com nutrição parenteral e através desse procedimento evita-se a evolução da doença (ROCHA; VELHOTE, 2015).

Normalmente o megacólon congênito é diagnosticado no período neonatal e o bebê apresenta sinais e sintomas como passagem tardia do mecônio (por um período superior a 24 horas), abdome distendido e episódios de vômito (TJADEN; TRAINOR, 2013). Uma estomia é então confeccionada para restabelecer o trânsito intestinal e permitir que a criança cresça e se desenvolva adequadamente.

A anomalia anorretal conhecida como ânus imperfurado envolve o ânus e o reto, podendo estar associada a defeitos em outras estruturas ou sistemas, como por exemplo na coluna vertebral, trato urinário ou genital, condição em que a criança não apresenta a abertura anal que deveria. Geralmente uma colostomia é confeccionada ainda no período neonatal e, em média quatro a seis meses depois, uma fístula anal é confeccionada para posterior reabordagem cirúrgica e reconstrução do trânsito intestinal (MOENNE, 2003; MELO; KAMADA, 2011; ALAMO *et al.*, 2013).

2.2 Epidemiologia da estomia intestinal

De acordo com ABRASO (2009), a cada ano são realizados aproximadamente 1 milhão e 400 mil procedimentos cirúrgicos que resultam em estomias, o que representa uma verba de R\$ 153 milhões.

Discorrer sobre a epidemiologia das estomias no Brasil é um tanto trabalhoso tendo em vista que depende dos registros sistematizados das informações. Alguns aspectos interferem na sistematização desses dados e das informações na área da saúde, são eles: a dimensão continental, carência ou falhas de registros, dificuldades de comunicação e a disseminação dos meios eletrônicos (SANTOS, 2015).

Bezerra *et al.* (2017) relataram que a carência de dados a respeito de crianças com estomias interfere desfavoravelmente no delineamento das ações em saúde quanto a previsão e provisão de insumos e assistência. De acordo com seu estudo realizado em um serviço de referência no estado do Pará, Brasil, em outubro de 2013, o maior percentual de crianças com estomias foi do sexo masculino, os dados revelaram um predomínio de 83,33% das estomias de caráter temporário, 46,87% das estomias foram realizadas no quadrante inferior esquerdo, 31,26% das exteriorizações foram de duas bocas próximas ou terminal 31,26%; e diâmetro entre 20-29 milímetro; em 59,38% não tiveram complicações na pele do periestoma, entretanto 38,54% desenvolveram dermatite. Não foram evidenciadas complicações na estomia em 82,31% nas crianças.

Outro estudo realizado em um hospital público de referência à saúde da criança e do adolescente no estado do Piauí, Brasil, no período de 2012 a 2013, verificaram que do total de 59 crianças estomizadas, 49 estavam na faixa etária de 0 a 2 anos e que 33 eram do sexo masculino; seis crianças entre 3 a 5 anos e quatro na faixa etária entre 6 a 12 anos. Quanto à causa das estomias, 64,40% foram ocasionadas por malformações congênicas e 33,90% por patologias associadas, como insuficiência respiratória, neoplasias, obstruções uretrais. Foram também evidenciados sessenta e seis diagnósticos médicos relacionados à indicação da estomia nas 59 crianças, sendo que 26 dessas crianças foram estomizadas por anomalia anorretal, sete por megacólon congênito e insuficiência respiratória aguda; seis por doença do refluxo gastresofágico; três por perfuração intestinal e 14 crianças por outros diagnósticos (COSTA *et al.*, 2016).

Em convergência com estes resultados, outro estudo realizado no Distrito Federal, Brasil, no período de maio a julho de 2011, revelou que 51,9% dos estomizados são do sexo masculino, e desse total somente 3% eram crianças com faixa etária entre 0 a 12 anos; 2,1% apresentaram algum tipo de malformação congênita. No mesmo estudo, constatou-se ainda, que 74,2% das fichas analisadas não havia registro de complicações relacionadas às estomias e à pele periestoma. Entre as complicações registradas 8,6% eram de dermatite, seguida de prolapso (6,5%) e da hérnia (5,4%) (ALMEIDA; SILVA, 2015).

2.3 Cuidando das estomias

Os principais cuidados que a equipe de enfermagem deve realizar ao RN estomizados intestinal são: manter conforto, bem-estar, acolher a família, evitar complicações ou detectá-las precocemente, evitar lesões pelo uso inadequado dos equipamentos e adjuvantes para estomias e pela falta de informações do cuidador e por último, realizar orientações para o cuidador e/ou paciente para o autocuidado. O enfermeiro deve observar as características da estomia e seu efluente. A observação, o controle e a contenção do efluente eliminado de acordo com a víscera ou o segmento derivado. A variação constante do volume, consistência e pH deve também ser observado de forma contínua para melhorar as condições da pele e o estado geral do recém-nascido (PELLEGRINO, 2014).

Os avanços tecnológicos tornam-se obstáculos importantes a serem enfrentados pelos profissionais de saúde, visto que estão em contato constante com uma grande quantidade de informações e inovações, e por este motivo, uma necessidade de atualizações. No que diz respeito ao cuidado a criança estomizada, uma etapa importante para o processo de reabilitação, é que o enfermeiro deve ter conhecimento sobre quais equipamentos e adjuvantes estão disponíveis no mercado, suas indicações e optar pelo material adequado para cada tipo de estomia e conhecer as características da pessoa e do efluente (CESARETTI *et al.*, 2014).

Barreire *et al.* (2003) discorrem em sua pesquisa a importância do cuidado não somente para a criança estomizada, mas também ao binômio criança-família. Enfatiza também o estabelecimento precoce do vínculo e confiança entre criança-família e os profissionais de saúde otimizando o tratamento clínico e contribuindo para um crescimento mais saudável.

Poletto *et al.* (2011) relataram que cuidar de uma criança estomizada requer, por parte das famílias, aquisição de novos aprendizados e habilidades que antes não faziam parte da sua vida cotidiana e para tal fim, o apoio dos profissionais envolvidos nesse cuidado. Portanto após a definição do diagnóstico e realização da cirurgia, o binômio deve ser preparado para a nova realidade, o estoma. Nesse momento, como tudo é desconhecido, os sentimentos como medo e incerteza apareceram, cabendo aos profissionais as orientações adequadas.

2.3.1 Cuidando da pele periestomia e da estomia

Pellegrino (2014) discorre que na presença de uma estomia infantil, o enfermeiro deve observar constantemente as condições da pele através das características da estomia e seu efluente. A coloração normal da estomia é vermelho-brilhante e a pele mantém-se hidratada, elástica e corada. É um sinal de alerta a hiperemia persistente ao redor ou entre as duas bocas do estoma.

A mesma autora ainda relata que nos neonatos, devido às dificuldades para encontrar no mercado bolsas coletoras específicas, que pode ser usado como alternativa, hidratar as estomias que não apresentam risco à integridade da pele, com uso de solução fisiológica ou óleos de ácidos graxos essenciais. As estomias devem ser encobertas com fraldas descartáveis ou compressas absorventes. Os cuidados para manter a integridade da pele periestomia nos neonatos, prematuros ou crianças estomizadas são:

- Realizar lavagem das mãos antes e após o contato com a estomia, a pele periestomia e a bolsa coletora;
- Manter a bolsa coletora com base sintética por no mínimo 24 horas aderida à pele;
- Quando bem aderidas, realizar menor frequência de trocas e maior proteção, pois a pele do neonato possui menor coesão dermoepidérmica e número de camadas;
- Pode-se fazer banho de sol controlado, por 5 minutos até às 9 horas da manhã, não esquecer de encobrir apenas a estomia, não expor a mucosa;
- Não devem ser utilizados produtos químicos que causam irritação à pele, como iodo, benjoim, éter, álcool, clorexidina e benzina;
- Evitar produtos nas formas de pomadas, cremes ou óleos para aplicação na pele pois prejudicam a aderência da bolsa;

- Realizar a higiene e limpeza da incisão próxima ao estoma com solução fisiológica durante as duas primeiras semanas de pós-operatório, quando essa existir. A presença da ferida operatória impede a fixação da bolsa coletora. Pode-se aplicar ácidos graxos essenciais sobre a incisão.

- A pele deve ser higienizada sem fricção, com movimentos delicados e água limpa em temperatura corporal;

- Orienta-se uso de sabonete líquido neutro, seguido de enxágue abundante;

- O banho deve ser realizado após o esvaziamento e a higiene da bolsa; evitar banho demorado pois propicia o descolamento prematuro da base adesiva;

- Secar a pele periestomia com um tecido macio e limpo, sem friccionar;

- Lavar o interior da bolsa com água limpa e fria com o auxílio de uma seringa ou recipiente lavável, para evitar o amolecimento da base adesiva;

- Misturar a água ao efluente e drená-lo. Sempre observar o aspecto da estomia e do seu efluente drenado;

- Limpar, secar e fechar a bolsa com presilha. Lavar as mãos.

Cesaretti e Paula (2015) relataram que o objetivo principal da equipe de saúde é a prevenção de lesão na pele periestomia. Para isto, devem ser realizadas ações preventivas, como: preparo físico e emocional para a cirurgia, manutenção da integridade da pele periestomia e ensino de autocuidado. Dentre as principais complicações na pele periestomia, a dermatite é a mais comum, decorrente de alguns fatores como falta do cuidado adequado com a estomia e a pele periestomia e diminuição nas funções fisiológicas de proteção da pele. A perda da integridade da pele periestomia pode ser causada diretamente pela aplicação de substâncias irritantes, alergia aos componentes dos equipamentos para as estomias, fricção, cisalhamento e infecção.

Frente ao exposto, muitos profissionais não possuem capacitação específica para o cuidado e orientações aos pacientes estomizados, dificultou-se ainda mais o processo de recuperação da saúde destes clientes. Nesse sentido, é importante que eles passem por processos educativos sobre o tema, para promover a melhoria do cuidado para estes clientes.

2.3.2 Equipamento coletores e adjuvantes

O uso de equipamento coletor para as excreções restringe as atividades do usuário e por este motivo, o equipamento deve oferecer segurança e discrição. É relevante destacar que não existe um equipamento que se adapte perfeitamente a todas as pessoas e situações, em virtude de que existem variações nas estruturas das estomias. Basicamente, os coletores para as estomias intestinais são compostos pela bolsa coletora que recebe o efluente e, dos adesivos, que se fixa à pele periestomia (CESARETTI *et al.*, 2014).

A bolsa coletora possui uma base adesiva fixa, com recipientes hipoalergênicos e pode ser peça única ou dupla, com um intuito de proteger, absorver, realizar cicatrização de lesões superficiais, boa aderência à pele. As bolsas usadas em neonatos possuem aspectos diferenciados, tanto nas suas dimensões quanto na ausência do adesivo microporoso na base adesiva e da pré-abertura central, propiciou-se a utilização em prematuros (PELLEGRINO, 2014).

Assim, a bolsa coletora pode ser avaliada pelo tipo de material e pela sua apresentação. São fabricadas por um material polimérico sintético com características maleáveis, antiodor, não tóxico, hipoalergênicos, resistente ao rompimento, à abrasão e ao solvente e pode ser transparente ou opaco. Podem ainda, ser de uma peça ou de duas peças; a de uma peça por ser constituída de uma base adesiva de resina sintética ou mista, plana ou convexa, com ou sem adesivo microporosa, tem uma melhor adaptação aos contornos do abdome, podendo ser utilizada em mulheres grávidas e pessoas com abdome globoso. O sistema de duas peças é daquela que a base adesiva sintética se separa da bolsa coletora. Possui a mesma indicação da bolsa coletora de peça única, porém deve ser utilizada com cautela em estomias com prolapso de alça (SILVEIRA *et al.*, 2015).

O equipamento adjuvante é todo aquele material que se complementa ao equipamento coletor. São eles: guia para mensuração, disco e anel de convexidade e cinto elástico ajustável. O guia para mensuração é indispensável para obter as medidas e formas da estomia com o intuito para uma adequação do diâmetro do coletor utilizado. O disco e o anel de convexidade são usados em estomias rasas, retraídas ou localizadas em prega cutânea. O disco é indicado para uso no sistema de duas peças. O plástico utilizado nesse adjuvante é de alta densidade, promove-se assim, um maior contato entre a base adesiva e a pele periestomia. Já o cinto elástico ajustável é utilizado para aumentar a fixação do sistema no abdome, aumentando a eficácia. O cinto é composto de anéis nas extremidades

que se encaixam às hastes presentes no aro da bolsa coletora ou no flange da base adesiva (SILVEIRA *et al.*, 2015).

Em estomia complicada ocorre frequentemente a dificuldade da adesão e adaptação da bolsa coletora, por favorecer o vazamento do efluente ocasiona uma insatisfação, desconforto e insucesso no cuidado e reabilitação do estomizado. É de suma importância uma assistência de enfermagem planejada, sistematizada e individual (CESARETTI; PAULA, 2015).

Matsubara *et al.* (2012) discutiram que o uso correto dos equipamentos coletores e adjuvantes de proteção da pele possibilitam um maior conforto e qualidade de vida facilitando desta forma uma reabilitação da pessoa estomizada.

Em RN's a melhor opção é utilização de uma bolsa coletora transparente e drenável pois facilita a observação do efluente e da estomia, contribui para um cuidado de enfermagem mais efetivo. Essa bolsa deve ser colocada no sentido horizontal, porque os RN's permanecem na sua maioria no berçário. Considera-se a pele sensível do RN, deve-se evitar o uso de sabonete comum ou removedores de adesivos. Porém devem ser utilizados unguentos ou cremes fixadores de barreira, pois são de fácil remoção da pele e por balancear a pele do RN. O uso de barreiras sintéticas protetoras da pele também é recomendado e podem ser em formatos de placa adesiva, em pó ou em pasta e estas por sua vez devem ser recortadas ou moldáveis em tamanhos pequenos (CARVALHO *et al.*, 2015).

2.3.3 Complicações precoces e tardias e pele periestomia

De acordo com Matos e de Paula (2015) o aparecimento de complicações pode ser ocasionado por três fatores: falta da demarcação pré-operatória, a técnica cirúrgica e os cuidados pós-operatórios.

Algumas complicações da realização da estomia são evidenciadas de forma imediata, pois surgem nas primeiras 24 horas de pós-operatório (PO), como por exemplo sangramento ou hemorragia, isquemia e necrose, além do edema. O sangramento aparece de forma pouco frequente, sendo caracterizada pela perda de sangue na linha de sutura mucocutâneo acometida pela inadequada hemostasia. Por esta razão, podem surgir hematomas na parede abdominal que comprometem a vascularização do segmento exteriorizado. A isquemia e necrose são visivelmente identificadas na estomia por adquirirem uma coloração primeiramente pálida, e que progride para cor violácea. Já o edema na mucosa da estomia acomete de forma frequente, pode-se até ser considerada como uma

resposta fisiológica à cirurgia. Geralmente, o edema desaparece espontaneamente em duas semanas (MATOS; PAULA, 2015).

Os mesmos autores ainda discorrem que as complicações também podem ser classificadas como precoces, ocorreu-se entre o primeiro e o sétimo dia de pós-operatório, como afundamento/retração, descolamento mucocutâneo, evisceração periestomia e fístula da estomia. O afundamento é caracterizado pela penetração parcial ou total da estomia para dentro da parede abdominal, ocasionado pela tensão da alça intestinal, pela má fixação desta ou pela falta de sustentação do bastão da estomia em alça. O deslocamento é uma complicação pouco frequente sendo descrita pela deiscência parcial ou total da linha de sutura. Normalmente é antecedido por infecção ou celulite e edema. A evisceração periestomia é uma complicação grave e rara que aparece entre segundo e trigésimo dia de pós-operatório, caracterizada pela exteriorização das vísceras pela abertura na parede abdominal. A fístula periestomia é uma comunicação anormal entre a estomia e a pele periestomia.

As complicações tardias se manifestam após a alta hospitalar ou até meses após a cirurgia, como por exemplo as hérnias paraestomais, prolapso de alça, retração da estomia, estenose, lesões pseudoverrucosas, dermatite periestoma, entre outras (PAULA; CESARETTI, 2014).

Mendonça *et al.* (2007) relatam que para evitar complicações, os estomizados devem adotar cuidados, como a observação do estoma e da pele periestoma, higiene e cuidados com os coletores. Sendo necessário o apoio e cuidado educativo do enfermeiro.

2.4 Educação em saúde e os Pressupostos de Paulo Freire

A expressão educação em saúde vem sendo empregada desde século XX, a partir da expansão da medicina preventiva na década de 1940, através do Serviço Especial de Saúde Pública (SESP) que apresentava estratégias de educação em saúde (VASCONCELOS, 2001).

Entende-se como educação em saúde a prática transformadora do processo educativo para construção de conhecimentos em saúde, aliado as práticas do setor com o objetivo de aumentar a autonomia das pessoas nos cuidados, individual e coletivo. Nesse sentido, quando se iniciou a apresentação e discussão da educação em saúde, ainda era visível a distância entre o discurso e a prática (BRASIL, 2006).

Machado *et al.* (2007) afirmaram que a educação em saúde é um processo político pedagógico que desenvolve um pensar crítico e reflexivo promoveram intervenções transformadoras sobre a realidade e levando o indivíduo à sua autonomia e independência como sujeito histórico e social, capaz de sugerir e deliberar nas decisões de saúde para cuidar de si, de sua família e de sua coletividade.

Existem diversidades nos modelos de educação em saúde, porém todas evidenciam um objetivo em comum, que é a mudança de hábitos, atitudes, e comportamentos individuais, em grupos e no coletivo. Tal mudança de comportamento está atrelada a aquisição de novos conhecimentos e adoção de atitudes favoráveis à saúde (ALVES; AERTS, 2011).

O processo de educação na área da saúde pode ser representado pelas mais variadas atividades, as quais estão interligadas a partir de ações de educação correspondentes aos estímulos na busca por atrair o profissional a participar do processo de educação, seguido de formas práticas de aquisição e formação de hábitos em prol da assimilação, construção e reconstrução de experiências. Os mecanismos de orientação, didática e terapêutica também fazem parte de um enfoque entre os métodos de transmissão e veiculação de conhecimentos (WALDOW, 2009).

Segundo Oliveira, Andrade e Ribeiro (2009) a educação em saúde é entendida como uma combinação de ações e experiências de aprendizado planejado com o intuito de habilitar as pessoas a obterem controle sobre fatores determinantes e comportamentos de saúde. Obtendo resultados e melhorias na qualidade de vida e no fortalecimento do sujeito como um todo. Assim, toda e qualquer prática educativa, deve possibilitar ao indivíduo o ato de conhecer ou reconhecer a aquisição de suas habilidades a favor da tomada de decisões na busca do aperfeiçoamento.

Isto porque, a educação em saúde permite aos indivíduos envolvidos somar conhecimentos, desenvolverem habilidades e sobretudo tornarem-se conscientes do seu papel no contexto e realidade em que estão inseridos, buscam a transformação de atitudes e modos de viver (SILVA; RENOVATO; ARAÚJO, 2019).

Nesse contexto, o cuidado a saúde desenvolvido pelo enfermeiro, requer deste uma postura que influencie positivamente sua equipe com valores humanísticos, possa ser capaz de criar um ambiente favorável ao desenvolvimento da criatividade e do intelecto pela prática e pela pesquisa, proporcionou-se a educação em saúde e satisfação no cuidado ao paciente (MACHADO *et al.*, 2007).

Dessa forma, o enfermeiro como integrante de uma equipe multidisciplinar, em uma ação educativa seja ela individual, em grupo ou em massa deve se programar e preparar recursos diversos, tal como uma abordagem unificada e coerente para que se sintam respeitados e participativos nas ações de melhoria da qualidade de vida (MOROSINI *et al.*, 2008).

Maurício *et al.* (2017) ressaltaram a importância das atividades educativas sistematizadas realizadas pelos enfermeiros, garantindo a inclusão social e assistência à pessoa com estomia holisticamente. Estabeleceram a necessidade da sensibilização dos profissionais de saúde sobre a importância de um processo educativo efetivo. Sugeriram ainda, a formação de grupos de apoio, realização de pesquisas e projetos, para que em médio e longo prazo, possam ocorrer mudanças no processo de formação, nas ações governamentais e sociais através da reformulação da política, econômica e social.

Teixeira *et al.* (2014) discorreram que o enfermeiro aliado ao uso de tecnologias educacionais atua como mediador na educação em saúde e como facilitador na disseminação e aplicação de informações. Nesse sentido, as tecnologias são importantes no processo de educar em saúde, simplificando e intercedendo na aprendizagem, funcionando desta forma como um recurso disponível para a criança-família e profissionais de saúde.

A criança estomizada intestinal possui características particulares e singulares em cada fase, embora com diferenças biológicas, emocionais, sociais e culturais que as levam a um cuidado diferenciado, buscou-se atender suas necessidades reais e exigir da equipe de saúde buscar constantemente estratégias para sanar essas demandas, tornou-se a educação em saúde uma premissa.

A proposta de educação pensada por Freire ultrapassa os limites de uma teoria, pode ser entendida como forma de compreender o mundo, refletir sobre ele, transformando a realidade a partir de uma ação consciente. As ideias-forças se incorporam à Pedagogia de Educação em Saúde realizado pelo profissional enfermeiro, porquanto, no instante em que o educador reconhece a vocação ontológica do ser-sujeito histórico, temporal, criativo e cultural, utiliza a educação para a transformação e autonomia do educando, isto é, para ser mais.

Conforme o próprio Freire afirma caberia à educação problematizadora um importante papel: o de esclarecer e auxiliar na libertação da consciência humana, para que o sujeito tenha condições de assumir sua condição ontológica e social de modo a contribuir para a transformação da realidade (FREIRE, 2019).

Na luz de Freire uma educação libertadora, consiste em uma educação onde os educadores devem contribuir para que os alunos pensem, questionem os seus conhecimentos e parte desses conhecimentos e das suas experiências possam construir para gerar um novo conhecimento modificando assim a trajetória e realidade desses profissionais (FREIRE, 2019).

A busca pela coerência da relação entre a teoria e a prática defende como primeira virtude a coerência, mas nos adverte com frequência que a Didática e Prática de Ensino na relação com esses profissionais de maneira absoluta é burrice, pois torna as pessoas incapazes de mudar. E, para mudar, é preciso desrespeitar as verdades já adquiridas, os próprios preconceitos (FREIRE, 2019b).

Da mesma forma, o enfermeiro, em sua prática assistencial, mediatizada pelas ideias freireanas, pode-se considerar, junto com seu cliente, também um aprendiz, pois, quando visualiza o cuidado também como atividade de Educação em Saúde, não se percebe dono do cuidado e não tendo uma atitude verticalizada no ato holístico de cuidar. Assim ele poderá construir uma prática libertadora, crítica, valorizando o cliente (CABRAL, 2011).

2.5. Tecnologia em Enfermagem e a Tecnologia Cuidativo-educacional

O termo tecnologia sempre apresentou significados voltados para a construção e materialização de máquinas e produtos que perpassam o trabalho do ser humano, conquistas para a facilidade deste, bem como inovações eletrônicas, de informatização de cibernética e outros campos de produção (NIETSCHE, 2000; NIETSCHE; TEIXEIRA; MEDEIROS, 2012). Entretanto, esse termo deve ser interpretado por meio de processos que partem das vivências do dia a dia e da pesquisa, com o objetivo de fomentar as intervenções sobre uma dada situação prática, sobre um fazer específico (NIETSCHE, 2000).

A construção de uma tecnologia cuidativo-educacional (TCE), passa pelas discussões de tecnologias na enfermagem ocorridas nos últimos anos, as quais vem contribuindo para o aperfeiçoamento da prática do cuidado em atividades assistenciais e gerenciais. Essas podem ser classificadas em tecnologias de manutenção e tecnologias de informação (NIETSCHE; TEIXEIRA; MEDEIROS, 2012).

As tecnologias de manutenção são compreendidas por instrumentos que são utilizados para os hábitos de vida diários, que permitam gerar uma tecnologia de reparação tais como, instrumentos

utilizados para compensar uma disfunção, exigindo conhecimento do profissional para sua utilização, como por exemplo a Escala de *Waterlow* (utilizada para prevenir lesão por pressão em pacientes com lesão medular). Já a tecnologia de informação consiste no conjunto de informações sobre aspectos de saúde disponibilizados, como: *software* protótipo desenvolvido a Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE) (NIETSCHE, 2000).

Para Silva e Ferreira (2014) as tecnologias no âmbito da saúde ganharam amplas conotações na atualidade, perpassando tanto um nível teórico, sobretudo do ponto de vista conceitual, quanto aos impactos da incorporação de tecnologias na prática dos serviços de saúde. Como parte deste processo, a enfermagem vem investindo na produção de conhecimentos que contribuam para melhor compreensão desta temática, abarcando os múltiplos entendimentos das tecnologias na área da saúde, destacando os estudos sobre as estratégias para controlar o processo de trabalho.

No campo da enfermagem, as tecnologias constituem-se a partir do seu saber, no desenvolvimento de sua práxis que é o cuidar, e para tanto, torna-se necessário a busca pela construção do seu próprio conhecimento, o qual passa pela relação da qualidade de vida, pela existência das enfermidades e seus problemas consequenciais, bem como pelo modo de administrar e cuidar da saúde

Frente ao exposto, nesse estudo a educação em saúde foi realizada por meio da metodologia da problematização, com a aplicação do Arco de Maguerez, o qual também serviu como ferramenta de coleta de dados a partir da Pesquisa Convergente Assistencial (PCA). Os pressupostos da pedagogia da autonomia de Paulo Freire, fundamentaram todo o processo educativo, convergindo com a PCA e com o Arco de Maguerez uma vez que se pauta na reflexão crítica sobre a prática educativo-progressista, em busca da autonomia dos envolvidos e na transformação da realidade (FREIRE, 2018).

3 PERCURSO METODOLÓGICO

3.1 - Delineamento da pesquisa

Trata-se de uma Pesquisa Convergente Assistencial (PCA) ancorada na Metodologia de Problematização (MP) com o Arco de Maguerez e no Referencial Teórico Metodológico de Paulo Freire (2018).

A metodologia da PCA dá-se pelo interesse do pesquisador em conjunto com a equipe de renovar a prática assistencial. Essa proximidade fortalece um ambiente criativo-assistencial de cuidados á saúde. Partem de situações presentes no ambiente de trabalho que são denominados de problemas de pesquisa. Nestes, a PCA é usada intencionalmente com o intuito de modificar o ambiente de trabalho sob o desenvolvimento mútuo e convergente da pesquisa e da prática, gerando a construção de inovações no ambiente de trabalho (SILVA; PAIM; TRENTINI, 2015). Exige que o pesquisador e os atores envolvidos estejam imergidos no campo da pesquisa e em contato direto com o objeto do estudo (PAIM; NIETSCHE; LIMA, 2014).

Na PCA o desenvolvimento do estudo deve partir da prática assistencial de saúde e retornar com soluções teorizadas e tecnológicas, fruto de um processo educativo, que favoreçam a transformação do cuidado (TRETINI; PAIM; SILVA, 2014). O PCA possui quatro conceitos com características individuais e compatíveis com essa convergência entre a assistência e a pesquisa. A dialogicidade, instrumento primordial, responsável pela construção do conhecimento através da interlocução e compartilhamento de ideias pela percepção da unidualidade. A expansibilidade que permite a ampliação do objeto inicial pela dialogicidade e flexibilidade no desenvolvimento do processo assistencial-investigativo, resultando em uma evolução progressiva. O pesquisador deve está imergido na prática assistencial como um profissional de saúde durante a coleta de dados, denominando-se de imersibilidade. E por último, a simultaneidade, maior adversidade da PCA, visto a dificuldade em convergir a pesquisa enquanto se pratica a assistência, e vice-versa (PAIM; TRENTINI,2014).

3.2 Percurso da PCA

A PCA em seu processo operacional é implementada através de quatro diferentes fases: concepção, instrumentação, perscrutação e análise. A fase de concepção consiste na escolha do tema emergido pela prática profissional do pesquisador, nas questões norteadoras, nos objetivos, revisão de literatura sobre o tema e a escolha do referencial metodológico (TRENTINI, 2014). Nesse estudo, essa fase se deu a partir da experiência prática e assistencial da pesquisadora com crianças estomizadas intestinais, definindo o tema deste estudo a partir do cuidado com essas crianças, estabelecendo, assim, a questão norteadora a partir da realidade da equipe de enfermagem no cuidado às crianças estomizadas conforme apresentado nas considerações iniciais e contextualização do tema.

A segunda fase, de instrumentação, refere-se a escolha do espaço físico da pesquisa, dos participantes, instrumentos e técnicas de coleta de dados. Assim, esse estudo foi realizado na Unidade de Cuidados Intermediários Neonatal do Hospital Universitário da Universidade Federal da Grande Dourados (HU-UFGD-EBSERH) de Dourados-MS, com os técnicos de Enfermagem do período matutino. Foram excluídos, os técnicos da equipe de enfermagem que estavam de férias ou de atestado durante o período da coleta de dados.

Cabe destacar que o HU-UFGD-EBSERH, é referência para pacientes de Dourados e macrorregião para o atendimento à neonatologia. Tem como gestão o governo federal, sendo uma das filiais da EBSEH (Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares). Apresenta como missão promover a assistência à saúde de forma indissociável com o ensino, a pesquisa e a extensão, sendo 100% do Sistema Único de Saúde (SUS), referenciado com foco na média e alta complexidade, sendo também referência para o atendimento de 35 municípios da macrorregião de Dourados (HU/UFGD, 2016).

Os participantes do estudo foram os técnicos/auxiliar de enfermagem do matutino da Unidade de Cuidados Intermediários Neonatal, caracterizando uma amostra não probabilística intencional afim de permitir a imersibilidade do pesquisador e dos sujeitos envolvidos, uma vez que esta, é sua equipe de trabalho, bem como a simultaneidade em busca da convergência entre a pesquisa e a assistência, conforme descrito no item anterior.

Destaca-se que ao todo, a Unidade possui quarenta e quatro profissionais de enfermagem, sendo oito enfermeiros, dois para cada turno de trabalho. E trinta e seis técnicos/auxiliares de

enfermagem. Utilizou-se a técnica de coleta de dados, esse estudo utilizou o Arco de Maguerez proposto por Charles Maguerez, modificado por Berbel (2012).

A terceira fase da PCA, a perscrutação, ocorre pelo levantamento de informações que devem ser obtidas através da dupla intencionalidade: produção de conhecimentos científicos capazes de iniciar mudanças e inovações na prática assistencial; e construção do conhecimento teórico alusivo a esta prática assistencial (TRENTINI, 2014). Nesse estudo, esta fase da PCA, convergiu com as três primeiras etapas do arco, sendo a observação da realidade, a identificação dos pontos-chaves e a teorização desses.

Por último, a fase de análise a partir da PCA, composta por quatro processos: apreensão, síntese, teorização e transferência. No processo de apreensão, os dados foram coletados durante a rotina de trabalho. Esses dados foram registrados de forma organizada e por ordem cronológica. O processo de síntese foi realizado pela reunião, de forma coerente as informações concretas ou subjetivas. A fase de teorização foi desenvolvida a partir das fases de apreensão e de síntese de dados, envolvendo construções, desconstruções e reconstruções das concepções teórico-conceituais. E a fase de transferência, translação do conhecimento materializado para a prática assistencial, onde foram utilizadas estratégias como a aquisição e domínio da tecnologia de informática e tecnologias das relações humanas. Explica-se que para as idealizadoras da PCA, as fases desse método de pesquisa não são rigorosamente sequenciais, mas se sobrepõem, de maneira que a fase de análise inicia já na perscrutação, ou seja, momento em que foi identificada a realidade e sendo perscrutada, torna-se possível apreender, criar sínteses e teorizar (TRENTINI, 2014; TRENTINI; PAIM; SILVA, 2017).

3.3 O Arco de Maguerez no desenvolvimento da PCA

Conforme exposto acima, as fases da PCA, foram realizadas nesse estudo, a partir da aplicação do Arco de Maguerez, o qual até o momento tem sido utilizado como Metodologia de Problematização (MP), em práticas educativas, bem como em estudos da área de educação, saúde e enfermagem.

Criado por Charles Maguerez na década de 1960, estabeleceu-se como uma estratégia problematizadora tanto para a coleta de dados através de um recorte da realidade com a possibilidade de extrair e identificar o problema, como para o desenvolvimento de um processo educativo,

favoreceram a intervenção e construção de possibilidades de mudança (BERBEL,2012). Nesse estudo, foi desenvolvido para o desenvolvimento da PCA, bem como para a aplicação de uma prática educativa.

O Arco possui 5 etapas sucessivas ancoradas sobre a realidade como ponto de partida e chegada: a primeira etapa é a da observação da realidade e definição do problema. Nessa etapa, busca-se aprender com a realidade e identificar os problemas reais. A segunda etapa acontece após uma reflexão dos determinantes e são emergidos os pontos-chaves que são necessários para a construção da terceira etapa, que refere-se a teorização, momento de construção de respostas para os problemas. Os dados obtidos foram analisados e discutidos, trazendo um significado para eles. Na quarta etapa, denominada de hipóteses de solução, são refletidas as alternativas de solução. E por último, a aplicação à realidade das hipóteses, é o momento que oportuniza a intervenção/prática (BERBEL,2012).

O desenvolvimento do Arco, nesse estudo, conforme já mencionado permitiu a coleta de dados para as fases de perscrutação e análise (apreensão, síntese, teorização e transferência) da PCA, bem como instrumentalizou o processo educativo, o qual também garantiu a convergência entre assistência e pesquisa durante todo o processo. Dessa forma, o quadro abaixo sumariza os encontros educativos a partir do Arco de Maguerez e estabelece a congruência com as fases da PCA, os quais serão também detalhados.

QUADRO 1. Construção dos Encontros Educativos, Relação das Fases da PCA e Etapas do Arco de Maguerez. Dourados, MS, 2020.

ENCONTROS	FASE DA PCA	ETAPAS DO ARCO	ESTRATÉGIA EDUCATIVA
1º Encontro	Perscrutação e Análise (apreensão)	Observação da Realidade	Roda de conversa
2º Encontro	Perscrutação e Análise (apreensão e síntese)	Identificação dos Pontos Chaves	Construção da Árvore
3º Encontro		Teorização	Leitura de Texto

	Perscrutação e		Método da Cumbuca
4º Encontro	Análise (síntese e		Leitura de Texto e Discussão.
5º Encontro	teorização)		Roda de conversa
6º Encontro	Análise (teorização)	Hipótese de Solução	Roda de conversa
7º Encontro	Análise (transferência)	Aplicação a Realidade	Simulação da prática.

Fonte: pesquisadora

1º Encontro: Observação da realidade e elaboração da situação-problema

Essa etapa ocorreu de forma criteriosa realizada tanto por observação direta do dia a dia da equipe quanto por anotações no diário de campo no cuidado das crianças estomizadas, para o diagnóstico situacional, pela pesquisadora, em busca da convergência entre assistência e pesquisa, por meio de encontros no próprio local de trabalho desenvolvidos a partir das etapas do Arco de Magueréz, que permitiu a observação não apenas da equipe como já descrito, mas com a equipe que favoreceu a construção do caminhar em conjunto, conforme também estabelece-se a PCA.

Assim, no primeiro encontro da primeira etapa do Arco de Magueréz deu-se a apresentação da pesquisa e assinatura do TCLE. Teve como objetivo solidificar a observação da realidade por meio da identificação dos problemas a partir dos participantes do estudo. Estiveram presentes nesse momento cinco técnicos de enfermagem. A Roda de Conversa foi escolhida como estratégia para o desenvolvimento desse primeiro encontro a fim de permitir que os sujeitos expressassem simultaneamente seus sentimentos, suas impressões, conceitos, opiniões e concepções sobre o tema proposto contribuindo para a reflexão sobre a realidade do cuidar da criança estomizada. Como disparador da discussão, lançou-se um primeiro questionamento: “Como vocês se sentem diante de uma criança estomizada intestinal?”. Foi solicitado para que os participantes escrevessem em uma folha de papel A4 tudo aquilo que eles sentiam diante desta situação. Deu-se um tempo livre para essa primeira reflexão.

Após esse tempo da escrita, cada um dos sujeitos compartilhou suas respostas de forma que se iniciou a partir desta atividade as primeiras discussões sobre o tema proposto.

Em seguida, um segundo questionamento foi lançado: quais as dificuldades que você encontra ao cuidar de uma criança com estomia intestinal? Neste momento, da mesma forma que anteriormente, todos escreveram suas respostas em papel para depois compartilhar em grupo. Essa segunda pergunta permitiu identificar diversas reflexões sobre a assistência prestada a criança com estomia intestinal.

Por fim, a terceira e última pergunta foi: como você realiza os cuidados a criança estomizada? A reflexão desta questão desencadeou um processo de reflexão e identificação de dúvidas e anseios por parte dos participantes quanto ao que desenvolviam no cuidado e a forma correta da assistência de enfermagem a criança estomizada intestinal.

O primeiro encontro foi finalizado com a seguinte frase: *“A educação não muda o mundo. A educação muda as pessoas. E as pessoas mudam o mundo”*, permitindo assim o início do processo de reflexão e diálogo transformador, inserido os participantes na posição de protagonista, a partir da sensibilização de que a primeira mudança deve ocorrer em cada um, para que possam mudar o modo de assistir as crianças estomizadas.

No final do encontro, eles entregaram todas as respostas por escrito a pesquisadora. O diálogo permitiu o compartilhamento de experiências e, principalmente, dos seus sentimentos em relação a temática abordada e identificou-se as situações-problemas. Conforme exposto acima, essa etapa do Arco de Maguerez, convergiu com a terceira etapa da Pesquisa Convergente Assistencial, a perscrutação, que se caracteriza por uma procura minuciosa de informações para determinar mudanças e/ou inovações na prática assistencial.

2º Encontro: Identificação dos pontos chave

Participaram desse encontro seis técnicos de enfermagem, uma residente de enfermagem da materno-infantil e uma enfermeira que ficou responsável pelos registros do diário de campo. Nessa segunda etapa os pontos chave foram levantados e problematizados sobre a realidade observada no cuidado dispensado a criança estomizada.

Esse encontro foi dividido em dois momentos: no primeiro foi realizado um acolhimento com a equipe através de uma dinâmica chamada de coração para coração. Para cada sujeito foi entregue um coração de papel identificado com seu nome e em sentido horário os corações foram repassados

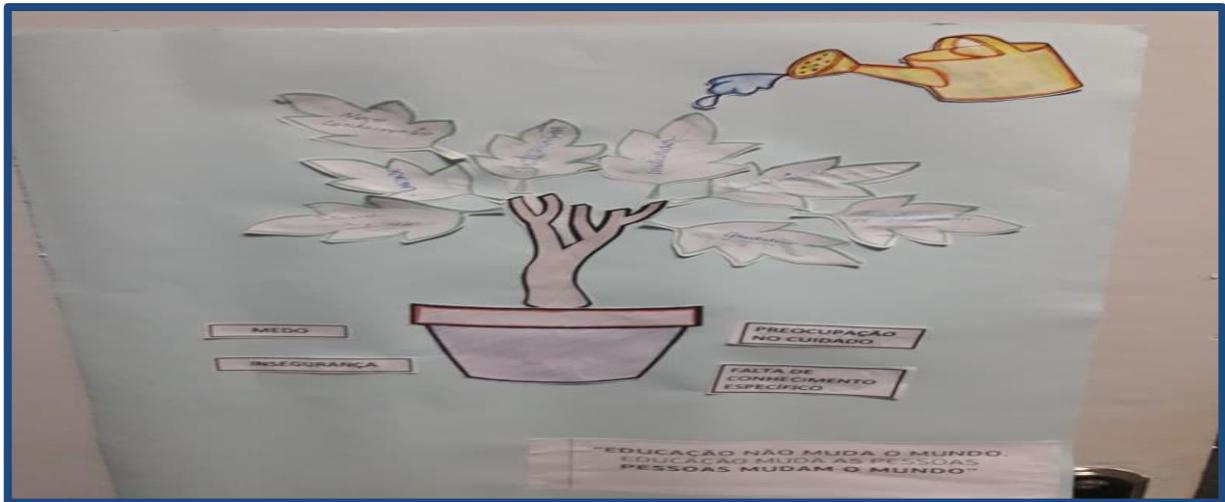
de um por um. Cada participante conseguiu identificar de quem era o coração e registrar uma qualidade importante do seu ponto de vista. Ao final, dentro de cada coração tinham sete qualidades de cada participante. Cada coração retornou ao seu dono e todos leram suas qualidades. Esta técnica oportunizou um momento de troca sobre a rotina, o dia a dia e a sobrecarga de trabalho, que muitas vezes os impedem de olharem e externalizarem o que pensam do outro. Esse acolhimento teve o intuito de aumentar os laços entre os participantes, a fim de fortalecê-los enquanto grupo, equipe e contribuir para uma postura de mudança.

Posterior ao acolhimento, no segundo momento do encontro, foi fixado na parede um desenho de uma árvore incompleta, somente com tronco. Foi solicitado aos sujeitos que pensassem sobre as dificuldades/problemas sobre a realidade observada dos cuidados de enfermagem a criança estomizada intestinal. Foram citados o medo, a insegurança e o despreparo, sendo esses pontos fixados na árvore.

Após essa síntese e um breve momento de observação e de análise, foi perguntado aos sujeitos se a árvore estava completa com “aqueles três pontos frágeis” e imediatamente foi respondido por quatro participantes que faltava UM outro fator, o mais importante, segundo eles: a falta de conhecimento insuficiente específico sobre esse assunto, o qual todos entendiam ser decisivo para o medo, a insegurança e o desespero relatado como problemas ao cuidar da criança estomizada. Este então, seria o ponto – chave identificado pelo grupo, atendendo a segunda etapa do Arco de Maguerez, permitindo ainda a perscrutação e apreensão dos dados, fases da PCA.

Em seguida, foi entregue a cada sujeito um papel em formato de folha e foram orientados a escrever dentro da mesma uma palavra sobre o que o encontro representou para eles. Foram escritas palavras como gratidão, novo conhecimento, interação, motivador (Figura 1).

Figura 1: Técnica de Construção da Árvore



Fonte: Própria, Dourados -MS, 2020.

3º Encontro: Teorização

No terceiro encontro iniciou a terceira etapa do Arco de Magueréz, chamada de teorização, momento em que torna-se necessário discutir sobre os problemas, sobre o (s) ponto (s) chave, sintetizar e criar possíveis hipóteses a partir das reflexões dos partícipes e fundamentadas em autores e literatura que possam permitir a construção e fundamentação das sínteses e hipóteses (BERBEL, 2012).

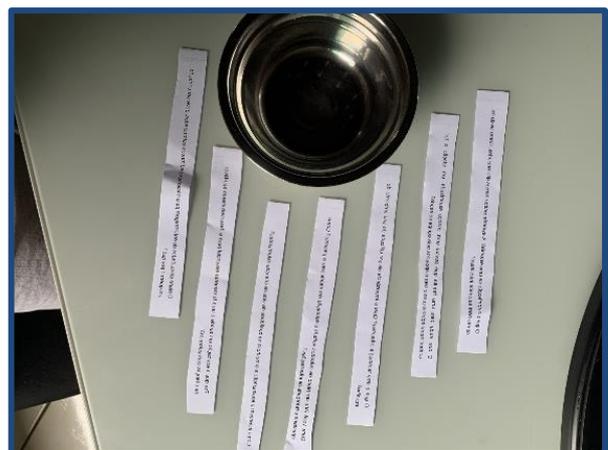
Nessa lógica, buscou-se, por meio do grupo, sintetizar a partir das reflexões sobre a realidade vivenciada dos dois primeiros encontros, tanto na observação da realidade como o levantamento dos pontos chave, o conhecimento e a fundamentação necessária para a construção de hipóteses e aplicação da realidade. Esse momento também permitiu o desenvolvimento da teorização como parte da análise da PCA, uma vez que imergidos na realidade, identificado o problema da mesma, pesquisadora e participantes se voltam agora a entender a assistência a partir dos estudos científicos, em busca de teorizar sobre os dados apreendidos. Destaca-se ainda que a teorização foi desenvolvida no quarto e quinto encontros.

Assim, a partir da discussão desenvolveu-se o aprofundamento no estudo da estomia intestinal infantil e os cuidados de enfermagem. Participaram desse encontro seis técnicos de enfermagem e

uma enfermeira responsável pelo registro do diário de campo. O encontro aconteceu logo após o término do trabalho.

Previamente ao encontro, foi entregue aos sujeitos o artigo “Educação em saúde para crianças com estomias intestinais: o enfermeiro como mediador do cuidar” (MONTEIRO *et al.*, 2018). Esse artigo abordou de forma generalizada o conceito de estomia intestinal e da importância da educação em saúde para crianças estomizadas.

A pesquisadora, nesse momento na função de facilitadora, explicou que o encontro seria desenvolvido a partir do “método da cumbuca” modificada (PASCHOAL; NARDI, 2017, p.174). Oito perguntas referentes ao artigo foram colocadas dentro da cumbuca e de forma aleatória cada sujeito escolheu uma pergunta e respondeu. Logo após cada resposta, os outros sujeitos discutiram sobre a pergunta. Esse método promoveu discussão sobre o tema escolhido, com o intuito de incentivar os sujeitos a estudar/aprender (Figuras 2 e 3).



Figuras 2 e 3: Técnica da Cumbuca

Fonte: Própria, Dourados -MS, 2020.

4º Encontro: Teorização

No quarto encontro deu-se continuidade com a etapa de teorização do arco, sendo desenvolvida dentro do ambiente de trabalho em uma roda na sala de banho dos RNs da unidade e deu-se por meio da entrega previa de uma cópia do capítulo “Tecnologia no cuidar de pessoas com estomia: a questão de equipamentos e adjuvantes (SILVEIRA *et al.*, 2015). Esse capítulo descreveu

sobre o processo de seleção dos equipamentos coletores e adjuvantes adequados ao uso da pessoa com estomia e sobre a importância de uma avaliação das necessidades de cada estomizado.

Os sujeitos envolvidos foram dispostos em uma roda na sala de banho dos RNs da unidade. Os equipamentos e adjuvantes usados na assistência à criança estomizada estavam expostos na mesa. Foi dado um tempo para que os sujeitos sentissem curiosidade em “ver e pegar” os equipamentos e adjuvantes. Esses materiais foram disponibilizados pela Comissão de Pele do hospital no qual a facilitadora é integrante. Em seguida, a facilitadora iniciou o encontro com perguntas de acordo com texto lido e equipamentos disponíveis, criando um espaço de discussões e reflexões entre os sujeitos.

No fim do encontro foi entregue um material impresso sobre: “Cuidando de pessoas com complicações nas estomias intestinais e pele periestomia (CESARETTI; PAULA, 2015) e um questionário com perguntas subjetivas sobre o assunto abordado a qual os sujeitos levaram para casa. A última pergunta do questionário (Apêndice C) foi avaliativa e indagava se eles gostaram desse método de levar o conteúdo e um questionário para casa. A partir desse questionário foi solicitado para listarem os pontos positivos e negativos desse método e foi acordado o prazo de devolução das questões e a entrega de novo material para aprofundamento de conhecimento sobre como cuidar de uma criança estomizada.

5º Encontro: Teorização

Esse encontro finaliza a etapa de teorização do Arco de Maguerez. Foi realizado no plantão de 12 horas na sala de banho dos RNs da unidade onde participaram seis sujeitos. Nesse encontro não foi possível contar com a presença da enfermeira que era responsável pelos registros do diário de campo, entretanto não houve prejuízo em relação aos registros, já que tínhamos o áudio e os registros do observador.

Foi criado um espaço de discussão e reflexão através da roda de conversa sobre o material impresso entregue no encontro anterior, o mesmo focou nos cuidados específicos e dispensados pela equipe de enfermagem à criança estomizada. Foram lançadas perguntas disparadoras de como deveria ser realizada a avaliação da estomia intestinal, forma correta de manipulação, higienização da estomia e da pele, como e quando realizar troca da bolsa coletora, o que pode ou não utilizar nas estomias e, principalmente, a importância do acolhimento da família. O encontro foi muito produtivo, como

pesquisadora ficou claro que foi um dos melhores encontros, os sujeitos estavam engajados, participativos e empolgados.

6º Encontro: Hipótese de solução

Esse foi o momento de correlacionar as informações teorizadas com as reflexões das etapas anteriores e construção das hipóteses de soluções aos problemas encontrados através de alternativas viáveis, de maneira crítica. Estavam presentes cinco sujeitos e o encontro na sala de banho dos RNs da unidade. Todos de maneira unânime afirmaram que a existência de um material que orientasse de maneira prática e rápida o cuidado da criança estomizada poderia ser uma solução. Essa afirmação convergiu com um dos objetivos do estudo, ou seja, a construção de um material educativo, uma tecnologia cuidativo-educacional (TCE), do cuidado à criança estomizada, que orientasse a equipe na assistência de maneira direta.

Esse momento possibilitou a consolidação e ampliação dos conhecimentos adquiridos. Ressaltaram que TCE deveria conter informações como: realizar higiene da estomia e pele periestomia, troca e escolha da bolsa coletora, as principais complicações e, principalmente, a importância do familiar/cuidador participarem dos cuidados de enfermagem. Nesse sentido, o grupo sugeriu a construção de um material semelhante ao POP (Procedimento Operacional Padrão) uma vez que a unidade ainda não dispunha desse material.

A idealização do POP, iniciou-se de maneira coletiva, em busca de subsidiar os cuidados de enfermagem a criança estomizada de forma prática e simples. Idealizou-se a partir desse encontro uma simulação prática de cuidado que pudesse também subsidiar a construção coletiva e ser uma prévia da aplicação da realidade. A partir dessa construção inicial, deu-se o aprimoramento da TCE inserindo o POP no contexto de um manual educativo que oriente o cuidado fundamentado nos rigor científico e fundamentado na literatura, bem como a organização por parte da pesquisadora e facilitadora da simulação prática.

Destaca-se que identificação da hipótese de solução relaciona-se com a etapa de análise da PCA, entre as ações de teorização e transferência, que se completará na próxima etapa do arco.

7º Encontro: Aplicação à realidade

Nesse encontro desenvolveu-se a última etapa do arco e foi possibilitada a aplicação da hipótese de solução, como uma forma de intervenção na prática observada. Foi construída com o grupo no decorrer da pesquisa, de maneira a respeitar os pressupostos da PCA e da Metodologia da Problematização.

O encontro foi desenvolvido com seis participantes, deu-se por meio da simulação da realidade a partir da construção de uma cena de cuidado, na qual um dos participantes representou a mãe de uma criança estomizada e outro o técnico de enfermagem quem dispensaria o cuidado. Havia ainda, um boneco representando ser uma criança com uma estomia intestinal com uma extensa dermatite. A partir disso, foi solicitado que “o técnico de enfermagem” realizasse as orientações para a “mãe” sobre os cuidados dispensados a essa criança. Os técnicos foram divididos em duplas de maneira que cada dupla realizou uma vez a atividade.



Figura 4: Boneco representando criança estomizada e equipamentos adjuvantes

Fonte: Própria, Dourados -MS, 2020.

3. 4 Análise de dados

Esse estudo apresentou dois momentos de análise. O primeiro realizou-se a partir dos dados levantados pelo Arco de Maguerez nos encontros de observação da realidade, levantamento de pontos chave, utilizados como fontes para a etapa de perscrutação da PCA, os quais foram analisados

conforme o referencial da PCA, sendo apreensão, síntese, teorização e a transferência dos dados finalizando a convergência, que estão descritos nesse relatório.

O segundo momento de análise deu-se do processo educativo desenvolvido por meio do Arco de Maguerez, em busca de atingir o objetivo geral desse estudo a partir do referencial metodológico da análise de conteúdo por Bardin (2016) e referencial teórico pautado na pedagogia libertadora de Paulo Freire, que como já sinalizado estabelece coerência com a PCA uma vez que se apoia na reflexão crítica conduz a prática e com a metodologia problematizadora por favorecer o desenvolvimento do raciocínio crítico e na transformação dos atores-autores envolvidos, apresentado no artigo intitulado “Prática educativa no cuidado da criança estomizada em um Hospital Universitário.”

3.5 Aspectos éticos da pesquisa

A pesquisa atendeu os preceitos Éticos, de acordo com a Resolução N° 466/12 do Conselho Nacional de Saúde/Ministério da Saúde. O projeto foi encaminhado a CAPE (Comissão de Avaliação de Pesquisa e Extensão) do HU, bem como para autorização e ao Comitê de Ética em Seres Humanos da Universidade Estadual do Mato Grosso do Sul, CESH/UEMS, via Plataforma Brasil e aprovado pelo parecer de número 3.204.877.

3.6 Construção da Tecnologia Cuidativo-Educacional (TCE)

Um dos objetivos desse estudo foi construir uma tecnologia cuidativo-educacional que partisse do processo de ação e reflexão estabelecido com os atores envolvidos. A escolha pelo desenvolvimento desta tecnologia pautou-se na busca da coerência entre o delineamento do estudo por meio da aplicação da PCA apoiada no Arco de Maguerez, e ainda, das estratégias de pesquisa e ensino que buscam a ação – reflexão – ação, que problematizam a realidade em busca da transformação e nos pressupostos de Paulo Freire por permitir aos participantes do estudo a ação de protagonista na construção do educar e na prática do cuidar.

A Tecnologia Cuidativo-Educacional (TCE) vem nesse sentido completar a ideia de transformação da prática, apresentar-se enquanto potencial emproderador do ser humano, partindo de

uma atividade programada, planejada para a busca do conhecimento da prática para a mudança da mesma (SALBEGO, 2016).

Cabe aqui destacar que o termo “Tecnologia Cuidativo-Educacional” apresenta-se como um termo em construção que vem sendo apresentado e discutido por importantes pesquisadores e grupos de pesquisas da enfermagem, que despontam no desenvolvimento de pesquisas voltadas para o conceito de tecnologias na enfermagem, a saber o Grupo de Estudos e Pesquisas em Enfermagem e Saúde (GEPES) da Universidade Federal de Santa Maria, Grupo de Pesquisa Práticas Educativas em Saúde e Cuidado na Amazônia (PESCA) da Universidade do Estado do Pará, liderados pelas professoras Dra. Elizabeta Albertina Nietzsche e Dra. Elizabeth Teixeira, respectivamente, e por todos os pesquisadores da Rede de Estudos em Tecnologias Educacionais – RETE. Dessa forma, pautados nos conceitos de autores e pesquisadores desses grupos, apresentados no referencial desse estudo, procurou-se ancorar a construção dessa tecnologia.

Böck *et al* (2017) definem que uma TCE é um conjunto de saberes e habilidades humanas provenientes da experiência cotidiana e que promovam/auxiliem a autonomia dos sujeitos no ato de cuidar-educar e educar-cuidar. Portanto, essa prática cuidativa e educativa, entrelaçam-se nesse ato de cuidar-educar e educar-cuidar, fortalecendo a autonomia, bem-estar e empoderamento dos sujeitos inseridos nesse processo prático.

Nietzsche, Teixeira e Medeiros (2014), afirmaram que as TCE subsidiam os atores - autores envolvidos no processo de construção das mesmas na transformação da realidade, favorecendo o desenvolvimento de processos de trabalhos mais humanizados com conquista da autonomia dos envolvidos.

A partir disso, entende-se que o ensino-aprendizagem permeado pela TCE aproxima-se dos princípios de autonomia do indivíduo, delineado por Freire (2018) que considera que os educandos junto com seu educador ao longo do seu processo educativo transformam-se em reais sujeitos da construção e reconstrução do saber aprendido. Discorre ainda que o pensar não pode ser transferido, mas coparticipativo.

Nesse sentido, o presente estudo pretendeu, a partir da PCA, desvelar o cuidado do recém-nascido estomizado, intervir por meio da educação em saúde, buscar a autonomia do profissional envolvido nesse cuidado e construir, a partir dessa vivência, uma TCE que corrobore para a manutenção dessa autonomia e estabeleça uma práxis mais segura.

Assim, a construção da TCE partiu dos encontros de teorização desenvolvidos no processo educativo que buscaram entender e ancorar a realidade, solidificando o conhecimento no desenvolvimento da simulação da prática.

Ressalta-se que a partir das discussões nos encontros, os participantes do estudo sinalizaram a construção de uma tecnologia que orientasse o cuidado da criança estomizada e fosse de fácil acesso e uso por parte da equipe. A partir da simulação da prática no último encontro, observou-se que o cuidar da criança passa também por orientar o cuidado à mãe, que tem papel fundamental nessa prática. Nesse contexto, a tecnologia deixou de ser pensada em apenas um Procedimento Operacional Padrão (POP) por parte dos participantes e passou a ser entendida como uma tecnologia cuidativo – educacional capaz de instrumentalizar o profissional para uma ação mais completa em seu objetivo de cuidar e educar, definindo-se assim a construção de um manual educativo que oriente o cuidar da criança estomizada intestinal.

Sobre o conceito de manual educativo, optou-se nesse estudo, pautar-se na definição de Teles (2014) apresentada no dicionário crítico de tecnologias educacionais em saúde de Silva *et al* (2019), que o definem como uma tecnologia educacional que favorece a memorização de conteúdos a que se propõe e contribui ainda para o direcionamento das atividades relacionadas à educação em saúde.

Para o desenvolvimento do manual buscou-se manter o rigor científico proposto pela pesquisa, apresentar o teor científico do que tange os cuidados com a criança estomizada, com referenciais atualizados e diretivos sobre o tema, bem como procurou-se manter o visual atrativo, uso de linguagem clara e voltada para a equipe de enfermagem, a qual fará uso dessa tecnologia, como proposto por Silva *et al.*, (2019). Além disso, as fontes utilizadas foram materiais do Ministério da Saúde, livros e artigos científicos sobre o tema. As imagens contidas foram elaboradas por um profissional habilitado seguindo modelos de livros e websites já existentes. A diagramação foi realizada pelo mesmo profissional especializado, seguindo as recomendações da Norma nº 6029 (ABNT, 2006).

4. RESULTADOS E DISCUSSÃO

Esse estudo objetivou analisar uma prática educativa como ferramenta para o cuidado da criança estomizada intestinal, para isso buscou-se inicialmente identificar a realidade desse cuidado na UCINCO HU/UFGD e elucidar quais os fatores impactantes na assistência ao recém-nascido estomizados. Na sequência desenvolver uma prática educativa, estabelecer um espaço de reflexão, pesquisa e educação em saúde e construir uma tecnologia cuidativo-educacional que subsidie esse cuidado.

Assim, os resultados estão apresentados em três momentos. Inicialmente estão descritos os dados coletados a partir do processo educativo por meio do Arco de Maguerez, que permitiram a discussão e reflexão técnico científica, a convergência entre a prática e a pesquisa com vistas transformação da realidade conforme estabelece a PCA. Esses resultados referem-se ao que foi levantado na observação da realidade e descrição dos pontos chaves, a fim de entender a realidade e elucidar os fatores impactantes na assistência da criança com estoma intestinal.

Os resultados que permitiram a análise da prática educativa estão apresentados e discutidos no artigo científico já citado, que se encontra como apêndice desse relatório. Encontra-se também nos apêndices, a tecnologia cuidativo-educacional construída a partir do desenvolvimento da pesquisa.

4.1 Caracterização dos participantes

Os sujeitos desse estudo foram sete profissionais, os quais integravam a equipe de enfermagem do período matutino de uma Unidade de Cuidados Intermediários Neonatal em um Hospital Universitário da região Centro-oeste. Sendo seis técnicos de enfermagem e um auxiliar em enfermagem. Quanto a faixa etária, dois estavam entre 30-36 anos e o restante, entre 37-47 anos. Apenas dois eram do sexo masculino. Com relação ao tempo de formação, terminaram seus cursos técnicos no período entre 2003 a 2011. Quanto ao tempo de trabalho dentro da Unidade Intermediária em Neonatologia, cinco atuavam entre um a três anos na unidade e os outros dois profissionais atuavam há mais de quatro anos. Ao fazer uma retrospectiva de sua formação profissional relataram que cursaram a disciplina de materno-infantil, mas não tiveram em sua grade curricular aulas teóricas sobre assistência de enfermagem a criança com estomias intestinais.

4.2. Identificando o problema e o ponto chave

Considerando a análise a partir da PCA, a primeira etapa, apreensão, se deu pela coleta de dados, que foi desenvolvida pela perscrutação a partir do Arco de Magueréz. As anotações desses dados, foram denominadas notas de observação (NO) e notas de discussão (ND), extraídas do diário de campo, e das gravações de áudio, que permitiram o desenvolvimento da segunda etapa da análise, a síntese, descrita e teorizada nesse tópico a partir da essência percebida no processo de desenvolvimento do Arco. Destaca-se que para garantir o anonimato dos participantes, as falas são representadas pela letra “R” e um número sequencial.

O primeiro encontro deu início ao desenvolvimento do Arco de Magueréz e objetivou identificar a realidade e os problemas da prática no cuidado da criança com estoma, identificados a partir dos participantes. Os sujeitos refletiram e realizaram uma autocrítica sobre o seu cuidado à criança estomizada. A estratégia adotada foi uma roda de conversa que permitiu aos sujeitos externalizarem todas suas emoções e opiniões sobre o tema, além dos questionamentos que nortearam toda a discussão, o que foi relevante para as reflexões. Os sentimentos de medo e insegurança foram evidentes conforme expressam as falas abaixo.

“...me sinto triste, preocupada com o bem-estar da criança...” “... não me sinto preparada, todas às vezes que fui cuidar, eu pedi ajuda aos meus colegas...” R1

“...me sinto despreparada...não sei se estou fazendo certo...” R2

“...tenho muitas dúvidas...” R4

Para Vilar; Andrade e Alves (2013) o enfermeiro deve facilitar o ato de cuidar, e, mesmo na presença de situações difíceis a credibilidade do seu trabalho trará mais conforto para o recém-nascido e seus familiares. Destacaram que esse cuidado deve ocorrer através da aquisição de novos aprendizados e habilidades que antes não faziam parte da sua vida profissional e, ainda, que deve envolver os familiares nesse processo de cuidado dando segurança para o familiar após a alta desse recém-nascido.

O estudo de Anders *et al.* (2011) evidenciaram que a ausência de profissionais capacitados reflete diretamente na assistência prestada à criança estomizada. Portanto, é importante que este profissional seja capacitado para poder para prestar uma assistência segura e longe de imperícias podendo causar algum dano a essa criança por falta de conhecimento sobre esse cuidado prestado.

Para Oliveira *et al.* (2018) foram imprescindível que o enfermeiro esteja familiarizado com os dispositivos utilizados durante o período intraoperatório de acordo com as necessidades e características de cada recém-nascido, em busca da reabilitação e melhoria da qualidade de vida dessa clientela e acesso aos recursos disponíveis. Esse cuidado de enfermagem deve ser centrado na programação de ações sistematizadas em todas as fases da vida do recém-nascido com estomia para que esse profissional preste uma assistência de qualidade a esse recém-nascido.

Ao final do primeiro encontro, toda a equipe tinha claro que o medo e a insegurança estavam relacionados com o problema do cuidar. A partir dessa clareza deu-se o segundo momento que por meio da roda de conversa e o método de construção coletiva da árvore, permitiu identificar o conhecimento insuficiente da equipe, sobre estomias intestinais em criança, como o principal ponto chave para o medo e a insegurança, conforme observam-se nas falas do participante:

“...você não sai preparado...falta informação...potencializa as dificuldades...” R3

“O conhecimento que tenho hoje é vago e pouco ...” R2

“É muito triste passar informações erradas para o paciente se ele está confiando totalmente em você...tem que ter conhecimento e segurança no assunto” R1

“É através da educação em saúde que serão sanadas as dúvidas referentes a enfermidade e ao cuidado que deverá ser prestado ao paciente, diminuindo a possibilidade de agravos” R4

“A educação em saúde é o pilar para termos mais conhecimento e confiança nas informações que viermos passar a mãe, a família, ao cuidador desse paciente estomizado” R5

O processo de ensino-aprendizagem em saúde deve ser efetuado por meio da socialização do saber e das experiências de vida, por parte dos profissionais da área e da clientela, tornando a construção do conhecimento mútua e dinâmica. Essa aprendizagem deve ser contínua, pois é através dela que o profissional constrói os seus alicerces para prestar uma assistência de qualidade e

humanizada, não apenas para essa condição de saúde, mas de maneira integral a esse recém-nascido estomizado (MENDONÇA *et al.*, 2015).

O enfermeiro deve ter capacitação e habilidade para realizar a técnica correta para cuidar do estoma. Ele também deve realizar o planejamento da assistência de enfermagem em todo o período da internação. O planejamento dessa assistência tem como objetivo alcançar a recuperação e a reabilitação desse recém-nascido (MARTINS *et al.*, 2010).

Para Silva e Shimizu (2010) além da habilidade técnica que é exigido desse profissional é necessário planejamento e aplicação da assistência de enfermagem ao recém-nascido estomizado em relação às diferentes dimensões do cuidado que esse recém-nascido irá precisar de forma holística, voltada para a melhora do seu quadro de saúde.

Para realização da terceira etapa do Arco, denominada teorização, foram realizados três encontros em forma de rodas de conversa e aplicação de um questionário para responder em casa. Os materiais utilizados para construção do conhecimento nessa etapa foram cópias de capítulos de livros e artigos acerca do tema proposto, e a partir disso chegamos na hipótese de solução.

Conforme verificado nas falas seguintes podemos comprovar que nessa etapa de teorização os sujeitos já começaram a mostrar segurança e conhecimento teórico sobre os cuidados a serem dispensados à criança com estomia intestinal.

“Na cor (referindo-se a bolsa coletora), normalmente no pós-operatório imediato preferência à bolsa transparente”. R2

“E posteriormente pode ser opaca ou se a pessoa preferir pode continuar transparente. Ai vai definir o produto, mas a princípio a inicial é a transparente”. R1

“...temos que envolver a família porque eles têm que entender que vão cuidar em casa...”
“A estomia é vermelha, clara e brilhante” R5

“A estomia não dói porque ela não tem inervação” R2

“Temos que observar as complicações frequentes, como sangramento, inchaço” R1

“Não se usa álcool, e nem clorexidina, lava com SF ou água” R3

“Usa sabonete com pH neutro, aquele de recém-nascido mesmo” R2

“A bolsa dever ser esvaziada quando atingir 1/3 da bolsa, você “divide” a bolsa em três partes” R5

“A bolsa é trocada de 7 a 10 dias, ou se ela descolar antes ou vazar” R2

“Usa o pozinho branco (referindo-se ao hidrocolóide em pó) para retirar a umidade da estomia e também serve para cicatrizar” R1

“Você vai poder limpar, vai poder manusear, mais tranquilamente porque não dói” R3

“Olha, esse cavilon é uma película protetora, você vai borrifar em volta ou hidrocolóide em pó também” R4

A educação permanente em saúde na visão de Paulo Freire configura um desdobramento da educação popular que provém da noção de aprendizagem significativa. Essa aprendizagem gera uma noção de coletivo de produção, propondo a criação de dispositivos para que o coletivo se reúna e discuta, reconhecendo que a educação se compõe necessariamente com a reformulação da estrutura e do processo produtivo em si nas formas singulares de cada tempo e lugar provendo assim a noção de autoanálise e autogestão (FREIRE, 2019).

O papel das práticas educativas deve ser crítica e incisivamente revista para que almeje a possibilidade de pertencer aos serviços, profissionais ou estudantes a que se dirigem, de forma que os conhecimentos que veiculam alcancem significativo cruzamento entre os saberes formais previstos pelos estudiosos ou especialistas e os saberes operadores das realidades devem construir novas práticas de saúde, tendo em vista os desafios da integralidade, da humanização e da inclusão da participação dos usuários no planejamento terapêutico da relação ensino em saúde (FREIRE, 2019).

Para Lameira e Mendonça (2013) a educação em saúde é importante para a formação do profissional e fomenta na formação de profissionais conscientes e livres para fazer escolhas a respeito de seu cuidado. A troca de experiências entre os profissionais de saúde torna-se uma importante forma de aquisição e multiplicação de saberes, favorecendo o aumento da confiança, autoestima e consequente melhoria na qualidade da assistência.

A quarta etapa do Arco consiste na hipótese de solução, essa foi realizada em um encontro tendo com estratégia de ensino uma roda de conversa em que participaram cinco sujeitos. Os sujeitos discutiram e refletiram que a TCE deveria ser de acesso fácil e com linguagem simples e direcionada. Assim, o grupo optou pelo manual de normas e condutas da enfermagem ao recém-nascido com estomia.

“Eu quero um material de fácil acesso...” R2

“Tem que ser algo bem específico, sem muita enrolação de informações...” R4

“Quando aparecer uma dúvida, vou lá olhar e já acho rapidinho as respostas” R5

“Tem que ser uma (tecnologia) que fique na unidade o tempo todo... R1

“Tem que ter informações simples, como deve ser a limpeza da estomia, quando trocar a bolsa...” R2

“Importante falar da participação da mãe... de como a gente deve ensiná-la...o que pode ou não usar na estomia...cuidados com a pele do bebezinho” R3

O papel das práticas educativas em saúde deve ser crítica e incisivamente revisto para que almeje a possibilidade de pertencer aos serviços, aos profissionais e estudantes a que se dirigem, de forma que esses conhecimentos que veiculam alcancem significativo cruzamento entre os saberes formais previstos pelos estudiosos ou especialistas e os saberes operadores da realidade (CECCIM, 2005).

O processo que permita incorporar tecnologias e referenciais necessários para mudar a realidade se faz necessário. Além de implementar espaços de discussão, análise e reflexão da prática no cotidiano do trabalho e dos referenciais que orientam essas práticas, com apoiadores matriciais de outras áreas, ativadores de processos de mudança institucional e facilitadores de coletivos organizados para a produção. Tomar as relações como produção, como lugar de problematização, como abertura para a produção e não como conformação permite praticar contundentemente a educação permanente em saúde (PINHEIRO; MATTOS, 2004).

A aplicação na realidade estudada demorou em média dois meses para ser realizada, pois não apareceu no serviço estudado nenhum recém-nascido estomizado intestinal, sendo necessário utilizar como metodologia de estratégia escolhida uma simulação da realidade/clínica. Nesta atividade participaram seis sujeitos do serviço simulando seus cuidados com um boneco com estomia intestinal, sendo possível fixar todos os conhecimentos adquiridos através das rodas de conversas diante de uma situação que simula a realidade do cuidado com o recém-nascido estomizado intestinal.

Esse tipo de estratégia de aprendizado foi abordado no estudo de Oliveira *et al.* (2018) que descreveu que esse tipo de estratégia traz insegurança inicialmente, e que neste caso é bem compreensível, porque não segue o modelo tradicionalista, professor-aluno, mas a simulação clínica desenvolve criticidade, reflexão e autonomia aos estudantes, permitindo atender casos críticos sem

riscos para si ou para o paciente. Simular uma realidade gera no aluno a oportunidade de não só revisar todos os conhecimentos adquiridos ao longo da sua jornada em busca de conhecimentos, mas também lhe oferece a segurança de poder visualizar em uma situação real como deve ser realizada a assistência de maneira correta gerando a oportunidade de compartilhar dúvidas através do compartilhamento dos saberes adquiridos de maneira prática (OLIVEIRA *et al.*, 2018).

Para Freire a prática docente crítica que implica em pensar certo, envolve um movimento dinâmico, entre o fazer e o pensar. O pensar certo consiste não apenas em transferir conhecimento - é uma postura exigente, difícil, às vezes penosa, que temos de assumir diante dos outros e com os outros, em face do mundo e dos fatos, ante nós mesmo. Construir novas práticas de saúde, deve ter em vista os desafios da integralidade e da humanização e da inclusão da participação dos usuários no planejamento terapêutico (FREIRE, 2018).

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

O estudo permitiu visualizar as dificuldades encontradas pelos profissionais de enfermagem durante a assistência prestada aos recém-nascidos com estomia intestinais. A partir disso e por meio das rodas de conversa, os participantes se tornaram atores ativos no cenário de formação e trabalho. Os mesmos tiveram a oportunidade de visualizarem os eventos, problemas, pessoas e equipes reais, e, assim, durante a simulação da situação/realidade no prestar cuidado a esse recém-nascido estomizado puderam apreender melhoria na assistência, situação que permitiu segurança desses profissionais.

Notou-se que mudanças ou incrementos na formação auxiliam por si só, mas quando essa mudança se instaura como política, o lugar de trabalho fica em acoplamento de captura da educação permanente em saúde. Tanto a incorporação crítica de tecnologias materiais, como a eficácia da clínica produzida, os padrões de escuta, as relações estabelecidas com os usuários e entre os profissionais representam a captura da educação permanente em saúde e, por conseguinte, dos processos de mudança.

Neste sentido entende-se que a educação permanente em saúde é um desafio ambicioso e necessário, sobretudo, uma educação conscientizadora, na medida em que além de conhecer a

realidade, busca transformá-la, ou seja, tanto educador quanto educando aprofundam seus conhecimentos em torno do objeto para poder intervir sobre ele.

A realização desse trabalho permitiu incrementar a assistência aos recém-nascidos estomizados intestinais, por ter proporcionado capacitação da equipe de enfermagem. Pois, no início das atividades e intervenção os mesmos demonstraram dificuldades/medos para realizar os cuidados com o manuseio da estomia, bolsas coletoras, adesivos, lesões periestomias, mencionaram sentir ansiedade, medo, o que gerava insegurança em relação ao cuidado.

Pode-se verificar que mesmo em dias atuais e com toda as tecnologias em saúde, muito ainda pode ser feito para melhorar a qualidade da assistência por meio da utilização da educação permanente entre profissionais que estão atuando diariamente nesse processo de cuidado.

Para produzir mudanças de práticas de gestão e de atenção, torna-se fundamental que sejamos capazes de dialogar com as práticas e concepções vigentes, de problematizá-las – não em abstrato, mas no concreto do trabalho de cada equipe e de construir novos pactos de convivência e práticas, gerando algo que seja utilizado como fonte de pesquisa.

Neste sentido destaca-se que a construção, junto aos participantes, do manual de normas e condutas de enfermagem no cuidado com o recém-nascido estomizado servirá de fonte de pesquisa para outros profissionais que atuam na unidade, podendo ser utilizado para que possa ser realizado um serviço de saúde dentro dos conceitos da atenção integral, humanizada e de qualidade ajudando a modificar a realidade através desse processo de mudança e através da qualificação dos profissionais de enfermagem que atuam nessa unidade.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Associação Brasileira de Normas Técnica- ABNT, **ABNT NBR 6029**, 2006.

ALAMO, L. Anorectal malformations: finding the pathway out of the labyrinth. **Radiographics**. v.33, n.2, p. 491-513, 2013.

ALMEIDA, E.J; SILVA, A.L. caracterização do perfil epidemiológico dos estomizados em hospitais da secretaria de estado de saúde do Distrito Federal. **Estima**. v.13, p.11-6. 2015.

ANDERS, J.C. *et al.*, A criança com estoma intestinal e sua família: implicações para o cuidado de enfermagem. **Texto Contexto Enferm**, Florianópolis, v.20, n.2, p.319-27, 2011.

ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE OSTOMIZADOS (ABRASO). Ostomia: a cirurgia da vida. 2009. Disponível <http://www.abraso.org.br/ostomias.html>. Acesso em 20 de setembro 2017.

ALVES, G.G, AERTS, D. As práticas educativas em saúde e a Estratégia Saúde da Família. **Cien Saude Colet**, v. 6, n.1, 2011.

BARDIN, Laurence. **Análise de Conteúdo**. Tradução: Luís Augusto Pinheiro. São Paulo: Ed.70, 2016.

BARRIERE, S.G.; OLIVEIRA, O.A.; KAZAMA, W.; KIMURA, M.; SANTOS, V. L.C.G. Qualidade de vida de crianças ostomizadas na ótica das crianças e das mães. **J. Pediatr. Rio J**, Porto Alegre, jan-fev, v.79, n.1, 2003.

BERBEL, N.A.N. **A metodologia da problematização com o Arco de Maguerz: uma reflexão teórico-epistemológica**. Londrina, 2012.

BEZERRA, P.D.*et al.* Perfil sociodemográfico e clínico de crianças com estomia atendidas em um serviço de referência, Belém (PA). **Estima**, v.15 n.4, p.214-221, 2017.

BÖCK, A. *et al.* Tecnologias Cuidativo-Educacional: um conceito em desenvolvimento. In: TEIXEIRA, E. **Desenvolvimento de tecnologias cuidativo-educacionais**. Porto Alegre: Moriá, 2017.

BRASIL. Ministério da 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, e dá outras providências [Internet]. Diário Oficial da União. Brasília (DF); 2009.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Departamento de Gestão e da Regulação do Trabalho em Saúde. Câmara de Regulação do Trabalho em Saúde. Brasília: MS; 2006.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas. **Atenção à saúde do recém-nascido: guia para os profissionais de saúde** / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas. – Brasília: Ministério da Saúde, 2011. 2 v.: il. – (Série A. Normas e Manuais Técnicas). Disponível em: <http://www.redeblh.fiocruz.br/media/arn_v2.pdf>. Acesso em: 01 jun.2017.

_____. **Portaria nº 400**, de 16 de novembro de 2009. Institui Diretrizes Nacionais para a Atenção à Saúde das Pessoas Estomizadas no Sistema Único de Saúde – SUS, 2009. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/sas/2009/prt0400_16_11_2009.html. Acesso em setembro de 2017.

CABRAL, I.E. A contribuição da crítica sensível à produção do conhecimento de Enfermagem. **Anais do 16 Seminário Nacional de Pesquisa em enfermagem**. Belém-PA, 2011.

CARVALHO, W.A.F *et al.* Cuidando de criança com estomia. IN: **Assistência em estomaterapia: Cuidando de pessoas com estomias**. SANTOS, V.L.C.G.; CESARETTI, I.U.R. Atheneu. 2.ed, São Paulo, 2015.

CECCIM, R.B. Educação Permanente em Saúde: desafio ambicioso e necessário. **Interface**. Botucatu, v.9, n.16, 2005.

CESARETTI, I.U.R. *et al.* Cuidando de pessoas no período pré, trans e pós-operatório de cirurgias geradoras de estomias. In: SANTOS, V.L.C.G.; CESARETTI, I.U.R. **Assistência em Estomaterapia: cuidando de pessoas com estomia**. Editora Atheneu. São Paulo, 2. ed, 2015.

CESARETTI, I.U.R.; *et al.* Equipamentos coletores e adjuvantes usados no cuidado das estomias. Cap.10. IN: PAULA, M.A.B.; PAULA, P.R.; CESARETTI, I.U.R. **Estomaterapia em foco e o cuidado especializado**. Yendis, São Caetano do Sul, 2014.

CESARETTI, I.U.R.; PAULA, M.A.B. Cuidando de pessoas com complicação nas estomias intestinais e pele periestomia. In: SANTOS, V.L.C.G.; CESARETTI, I.U.R. **Assistência em Estomaterapia: cuidando de pessoas com estomia**. 2. ed. Editora Atheneu, São Paulo, 2015.

COSTA, E.C.L.; *et al.* Perfil das crianças estomizadas em um hospital público de Teresina. **Estima.**, v14 n.4, p.169-174, 2016.

FREIRE, P. **Pedagogia da Autonomia: Saberes necessários á prática educativa**. 56.ed, Paz e Terra, Rio de Janeiro, 2018.

_____. **Educação como prática da liberdade**. 1. ed, Paz e Terra, Rio de Janeiro, 2019.

_____. **Pedagogia do oprimido**. 1.ed. Paz e Terra, Rio de Janeiro, 2019b.

HOSPITAL UNIVERSITÁRIO DA GRANDE DOURADOS (HU/UGD). **Missão, Visão e Valores**. Disponível em: < <http://www.ebserh.gov.br/web/hu-ufgd/missao-visaoe-valores>>. Acesso em 20 set. 2016.

KAYO, C.M.M. *et al.* Cuidando de crianças com estomia. In: SANTOS, V.L.C.G.; CESARETTI, I.U.R. **Assistência em Estomaterapia: cuidando de pessoas com estomia**. 2. ed. Editora Atheneu, São Paulo, 2015.

LAMEIRA, C.C; MENDONÇA, S.N. As orientações de enfermagem e suas repercussões na qualidade de vida dos clientes estomizados **Rev enferm**. Rio de Janeiro: UERJ; 2013.

MACHADO, M.F.A.S. *et al.* Integralidade, formação de saúde, educação em saúde e as propostas do SUS - uma revisão conceitual. **Cien Saude Colet**, v.12, n.2, p.335-342, 2007.

MAURICIO, V.C.; COSTA, C.C.P; DIAS, M.O. Práticas educativas de enfermeiros as pessoas estomizadas. **Esc Anna Nery**, Rio de Janeiro, 2017.

MATOS, D.; PAULA, P.R. Complicações precoces e tardias nas estomias intestinais e pele periestomia. In: SANTOS, V.L.C.G.; CESARETTI, I.U.R. **Assistência em Estomaterapia: cuidando de pessoas com estomia**. 2. ed. Editora Atheneu, São Paulo, 2015.

MATSUBARA, M.G.S. *et al.* **Feridas e estomas em oncologia: uma abordagem interdisciplinar**. Lemar, São Paulo, 2012.

MARTINS, M.L, *et al.* A enfermagem, a pessoa com ostomia intestinal e seus familiares. **Artmed**. 2010.

MELO, M.C.; KAMADA, I. Anomalia anorretal e cuidados maternos. **Rev. Bras. Enferm**, Brasília, v.64, n.1, p.176-179, jan-fev, 2011.

MENDONÇA, R. S. *et al.* A importância da consulta de enfermagem em pré-operatório de ostomias intestinais. **Revista Brasileira de Cancerologia**, v.53, n.4, p.431-35, 2007.

MENDONÇA, S.N. *et al.* Orientações de enfermagem e implicações para a qualidade de vida de pessoas estomizadas. **Rev enferm UFPE on line.**, Recife, v.9, n. 1, p.296-304, jan., 2015.

MOENNE, K.B. Imagenes en anomalias anorectales. **Rev. Chil Radiol.**, 2003; Santiago, 9(1): 13-18.

MONTEIRO, S.N.C *et al.*, Educação em saúde para crianças com estomias intestinais: o enfermeiro como medicador do cuidar. **Revista Pesquisa Qualitativa**, v.2, 2018.

MOROSINI, M.V *et al*, Educação em Saúde. In: Pereira IB, Lima JCF, organizadores. **Dicionário de Educação Profissional em Saúde**. Rio de Janeiro, 2008.

MURAGAKI, W.H.; RAICHER, C.A. Estomias na criança. Cap.5. IN: PAULA, M.A.B.; PAULA, P.R.; CESARETTI, I.U.R. **Estomaterapia em foco e o cuidado especializado**. Yendis, São Caetano do Sul, 2014.

NIETSCHE, E.A. **Tecnologia emancipatória: possibilidade ou impossibilidade para práxis de Enfermagem?** Ijuí (RS): UNIJUÍ, 2000.

NIETSCHE, E.A; TEIXEIRA, E. MEDEIROS, H.P. **Tecnologias cuidativo-educacionais: uma possibilidade para o empoderamento do(a) enfermeiro (a)?**. MORIÁ, Porto Alegre, 2014.

OLIVEIRA, D. E; ANDRADE M. I; RIBEIRO, S. R. Educação em Saúde: uma estratégia da Enfermagem para mudanças de comportamento. **Conceitos e Reflexões**. 2009.

OLIVEIRA, S.N; MASSOLINI, A; MARTIINI, J.G; RODRIGUES, J. Da teoria à prática, operacionalizando a simulação clínica no ensino de Enfermagem. **Rev. Bras. Enferm.** vol.71; supl.; Brasília, 2018.

OLIVEIRA, L.A.M, *et al.*; Cuidados de enfermagem dispensados ao recém-nascido com estomia de eliminação: revisão integrativa. **BJSCR**. Paraná, v.24, n.1, set – nov, 2018.

PAIM, L., M., D.; NIETSCHE, E. A.; LIMA, M. G.R. História da Tecnologia e sua Evolução na Assistência e no Contexto do Cuidado de Enfermagem. IN. NIETSCHE, E. A.; TEIXEIRA, E.; MEDEIROS, H. P. **Tecnologias cuidativo-educacionais**. MORIÁ, Porto Alegre, 2014.

PAIM, L; TRENTINI, M. A pesquisa convergente assistencial em seus atributos. IN: **Pesquisa Convergente assistencial: delineamento provocador de mudanças nas práticas de saúde**. 3 ed. Porto Alegre: Moriá, 2014.

PAULA, P.R.; CESARETTI, I.U.R. **Estomaterapia em foco e o cuidado especializado**. Yendis, São Caetano do Sul, 2014.

PASCHOAL, V.D, NARDI, S.M.T. Técnicas e dinâmicas de grupo para a prática de educação em saúde. In: Santos, AS, Paschoal, VD (Orgs.). **Educação em Saúde e Enfermagem**. Barueri, SP: Manole; 2017.

PELLEGRINO, D.M.S. **Como cuidar de criança estomizada**. Cap 13. IN: PAULA, P.R.; CESARETTI, I.U.R. **Estomaterapia em foco e o cuidado especializado**. Yendis, São Caetano do Sul, 2014.

PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A. (Orgs.). Cuidado: as fronteiras da integralidade. **Hucitec**, São Paulo, 2004.

POLETTI, D.; GONÇALVES, M.I.; BARROS, M.T.T.; ANDERS, J.C.; MARTINS, M.L. A criança com estoma intestinal e sua família: implicações para o cuidado de enfermagem. **Texto Contexto Enferm**, Florianópolis, v.20, n.2, p.319-27, abr-jun, 2011.

ROCHA, R.F.C.; VELHOTE, M.C.P. Estomias na criança. IN: **Assistência em estomaterapia: Cuidando de pessoas com estomias**. SANTOS, V.L.C.G.; CESARETTI, I.U.R. Atheneu. 2.ed, São Paulo, 2015.

SALBEGO, C. **Tecnologias Cuidativo-educacional: a práxis de enfermeiros em um hospital universitário**. Dissertação (mestrado) – Universidade Federal de Santa Maria, Centro de Ciências da Saúde, Programa de Pós-graduação em enfermagem, Rio Grande do Sul, 2016.

SANTOS, V.L.C.G. Epidemiologia das estomias. In: SANTOS, V.L.C.G.; CESARETTI, I.U.R. **Assistência em Estomaterapia: cuidando de pessoas com estomia**. 2. ed. Editora Atheneu, São Paulo, 2015.

SILVA, A.L; SHIMIZU, H.E. O significado da mudança no modo de vida da pessoa com estomia intestinal definitiva. **Rev Latino-am Enferm**, 2010.

SILVA, L.A.R.; *et al.* **Dicionário Crítico de Tecnologias Educacionais em Saúde**. 1.ed, Dourados, MS: UEMS, 2019.

SILVA, R.C.; FERREIRA, M.A. Tecnologia no cuidado de enfermagem: uma análise a partir do marco conceitual da Enfermagem Fundamental. **Rev. bras. enferm.** v.67, n.1, Brasília, 2014.

SILVEIRA, N.I *et al.* Tecnologia no cuidar de pessoas com estomia: a questão dos equipamentos e adjuvantes. IN: **Assistência em estomaterapia: Cuidando de pessoas com estomias**. SANTOS, V.L.C.G.; CESARETTI, I.U.R. Atheneu. 2.ed, São Paulo, 2015.

SIQUEIRA, N.N; *et al.* **Perfil dos recém-nascidos admitidos na unidade de cuidados intermediários neonatais em maternidade pública no interior do estado da Paraíba**. Anais.sbp, 21º Congresso Brasileiro de Perinatologia, Nov, 2012.

SOUZA, P. D. S. *et al.* Estoma e vida laborativa. **Rev. Estima**, São Paulo, v 5, n 1, p 13 – 20, 2007.

TEIXEIRA, E. *et. al.* **Tecnologias cuidativo-educacionais: uma possibilidade para o empoderamento do(a) enfermeiro (a)?**. MORIÁ, Porto Alegre, 2014.

TJADEN, N.E.B.; TRAINOR, P.A. The developmental etiology and pathogenesis of Hirschsprung disease. **Transl Res.** v.162, n.1, p.1–15, 2013.

TRENTINI, M.; PAIM, L.; SILVA, D. M. G.V. **Pesquisa convergente assistencial: delineamento provocador de mudanças nas práticas de saúde**. 1. ed. Porto Alegre: Moriá, 2014.

TRENTINI, M.; PAIM, L.; SILVA, D. M. G. V. **A convergência de concepções teóricas e práticas de saúde: uma reconquista da Pesquisa Convergente Assistencial**. 1. ed. Porto Alegre: Moriá, 2017.

VALDES, A.G.*et al.* Experiência de crianças com estomias: estudo qualitativo. **Rev. Estima**, v. 8, n.3, p.19-26, 2010.

VASCONCELOS, E. M. Participação popular e educação nos primórdios da saúde pública brasileira. In: Vasconcelos, E.M, organizador. **A saúde nas palavras e nos gestores: reflexões da Rede de Educação Popular nos Serviços de saúde**. São Paulo: Editora Hucitec; 2001.

VILAR, A.M.A; ANDRADE, M.; ALVES, M.R.S. Alta de crianças com estoma: uma revisão integrativa da literatura. **Rev. Enf. Ref.**, Coimbra, v. 3, n.10, 2013.

WALDOW R. V. Reflexão sobre Educação em Enfermagem: ênfase em um ensino centrado no cuidado. **O Mundo da Saúde**, São Paulo, 2009.

YAMADA, B.F.A.; CESARETTI, I.U.R.; MARCONDES, M.G.S.G.; MORAIS, J.F.; PRADO, A.A.B. Ocorrência de complicações no estoma e pele periestoma: estudo retrospectivo. **Rev. Estima**, v. 1, n.3, p.16-24, 2003.

APÊNDICE A -ARTIGO

Prática Educativa no cuidado da criança estomizada em um Hospital Universitário

RESUMO

As estomias na infância são classificadas quanto a sua localização, ao seu uso, temporário ou definitivo. A assistência de enfermagem na criança estomizada deve ser especializada e individual, sendo que os primeiros cuidados devem ser executados de forma tranquila e na presença dos pais. Trata-se de um estudo de intervenção educativa apoiada no Arco de Maguerez desenvolvido com a equipe de enfermagem de uma Unidade de Cuidados Intermediários Neonatal em um Hospital Universitário da região Centro-oeste. Como resultado nesse estudo as categorias temáticas finais foram: o aperfeiçoamento do técnico de enfermagem para o cuidado da criança estomizada, a educação problematizadora: caminho para autonomia e o conhecimento: a emancipação e a reconstrução das práticas. Esse estudo, problematizou uma reflexão sobre a formação inicial dos sujeitos e trouxe ao contexto a importância da educação em saúde para a formação permanente dos profissionais envolvidos, e por fim evidenciou a educação problematizadora como uma estratégia potente para a mudança individual e transformação da realidade, com vistas aqui, no cuidado da criança estomizada.

Palavras-Chave: estomia; cuidado; prática educativa.

ABSTRACT

Childhood ostomies are classified according to their location, use, temporary or permanent. Nursing care for ostomized children must be specialized and individual, and the first care must be performed in a calm manner and in the presence of the parents. The present study is an educational intervention study supported by the Arco de Maguerez developed with the nursing team of a Neonatal Intermediate Care Unit in a University Hospital in the Midwest region. As a result of this study, the final thematic categories were: the training of nursing technicians to care for ostomized children, problematic education: the path to autonomy and knowledge: the emancipation and reconstruction of practices. This study, problematized a reflection on the initial training of the subjects, contextualized the importance of health education for the permanent training of the professionals involved, and finally showed problematizing education as a powerful strategy for individual change and transformation of reality, with a view here, in the care of ostomized children.

Key words: ostomy; Careful; educational practice.

Introdução

As estomias intestinais de eliminação são decorrentes de tratamentos cirúrgicos realizados no intestino grosso e delgado e consistem na exteriorização de um segmento intestinal, através da parede abdominal, com o intuito de desviar o efluente (fezes e flatos) para o meio exterior (BRASIL, 2009).

A ileostomia é caracterizada pela exteriorização do íleo terminal através da parede abdominal. Já a colostomia é a abertura na parede cólica e exteriorização na parede abdominal, que pode ser terminal ou em alça (PAULA; SPERANZINI, 2014).

Nas crianças, a colostomia é o tipo de estomia intestinal comumente realizada por afecções congênitas ou adquiridas, como a doença de Hirschsprung, malformações anorretais, enterocolite necrotizante, atresia intestinal e íleo meconial (KAYO *et al.*, 2015).

As estomias na infância são classificadas quanto a sua localização, ao seu uso, temporário ou definitivo; quanto seu modo de confecção, em alça, em dupla boca, terminal ou fístula; quanto sua função em alimentação, evacuação, descompressão ou administração de medicamentos e quanto a continência, continente ou incontinente (MURAGAKI; RAICHER, 2014).

A assistência de enfermagem na criança estomizada deve ser especializada e individual, sendo que os primeiros cuidados devem ser executados de forma tranquila e na presença dos pais. As explicações devem ser objetivas e claras, envolvendo sobre as características da estomia e como devem ser realizados a higienização e proteção. Essas orientações são importantes pois tem objetivo de reduzir ansiedade dos pais, bem-estar e desenvolvimento da criança (PELLEGRINO, 2014).

As crianças estomizadas precisam de cuidados pontuais e especializados, situação desafiadora à equipe de enfermagem. Nessa perspectiva, a educação em saúde tem papel importante de empoderamento, estimulando os indivíduos para uma autonomia através da realização de cuidados direcionados a promoção de saúde, prevenção de agravos, reabilitação e cura (SILVA, RENOVATO, ARAUJO, 2017).

A educação em saúde pode ser entendida como o desenvolvimento de procedimentos e práticas educativas que possibilitem que os indivíduos envolvidos

adquiram conhecimentos, desenvolvam habilidades e tornem-se conscientes do seu papel no contexto social, ao qual está inserido, contribuindo para a transformação de hábitos e modos de viver (SILVA, RENOVATO, ARAUJO, 2017).

Apresenta-se assim como um processo político pedagógico que estabelece a necessidade de um pensar crítico e reflexivo entre os envolvidos, propondo ações transformadoras que levem os indivíduos à autonomia e emancipação (FALKENBERG, *et al.*, 2014).

Nesse sentido, este estudo objetivou analisar uma prática educativa como ferramenta para o cuidado da criança estomizada intestinal, desenvolvida na Unidade de Cuidados Intermediários Neonatal de um Hospital de Ensino.

Método

Trata-se de um estudo de intervenção educativa, apoiada no Arco de Maguerez, desenvolvido com a equipe de enfermagem de uma Unidade de Cuidados Intermediários Neonatal em um Hospital Universitário da região Centro-oeste. Participaram do estudo sete técnicos de enfermagem e uma enfermeira, trabalhadores do turno matutino. Entre os critérios de inclusão, foram definidos profissionais da equipe de enfermagem do período matutino e como critérios de exclusão, os profissionais que estavam de férias ou de atestado durante o período da coleta de dados.

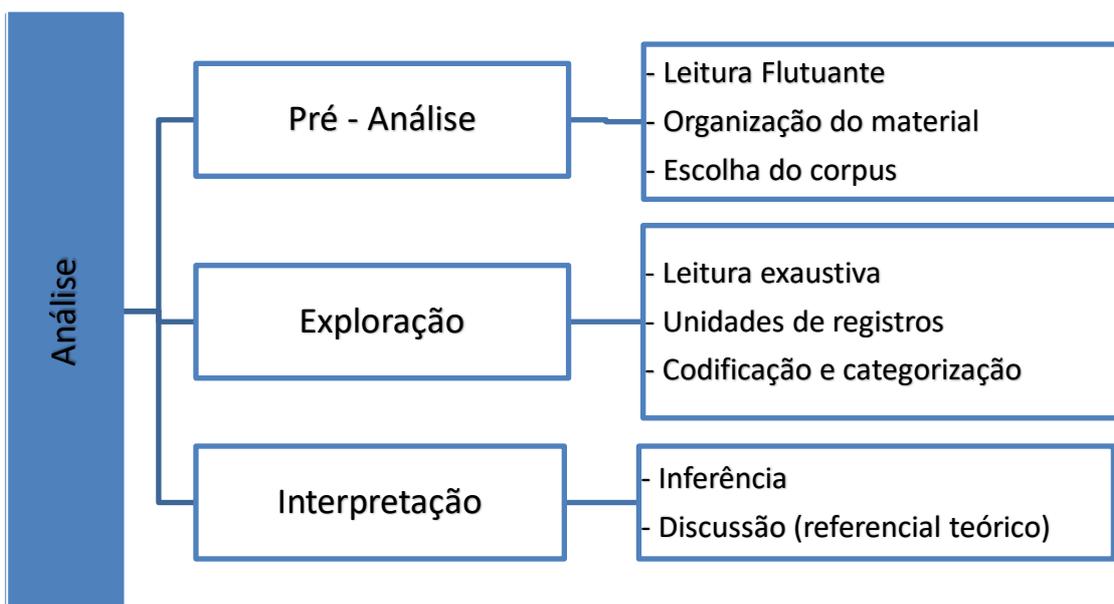
A prática educativa desenvolveu-se no período de maio a agosto de 2019, sendo realizados sete encontros, pautados no Arco de Maguerez e nos pressupostos da Pedagogia libertadora de Paulo Freire. Os encontros foram áudio gravados e também descritos em um diário de campo com a ajuda de uma auxiliar de pesquisa. Tais procedimentos permitiram melhor interpretação das falas dos sujeitos, assegurando fidedignidade das informações e enriqueceram a produção de dados. Para a análise dos dados utilizou-se como referencial metodológico a análise de conteúdo de Bardin (2016) e como referencial teórico os pressupostos de Paulo Freire.

No ponto de vista de Bardin (2016), a análise de conteúdo é um conjunto de técnicas que analisa as comunicações utilizando métodos sistemáticos e objetivos de descrição de conteúdo das mensagens. A análise de conteúdo está organizada em três fases

cronológicas. A pré-análise, a primeira fase, tem por objetivo operacionalizar e sistematizar as ideias iniciais através da organização do material. A fase exploratória, uma etapa mais longa e com leituras exaustivas composta essencialmente de operações de codificação, decomposição ou enumeração. A terceira fase envolve o refinamento dos resultados, inferência e interpretação.

Nesse sentido, a pré- análise foi iniciada com a leitura flutuante, que permitiu a ordenação do material, a escolha das entrevistas e o diário de campo como o corpo do estudo para a análise. Em seguida, na fase exploratória foi realizada a leitura minuciosa e exaustiva para a identificação das unidades de registros, codificação e categorização. Por fim foi efetuada a interpretação dos dados a partir das falas relacionadas com cada categoria, apoiado nos pressupostos de Paulo Freire (FIGURA 1).

FIGURA 1. Esquema da análise de conteúdo desenvolvida no estudo.



FONTE: Própria, Dourados -MS, 2020.

Destaca-se que a codificação permitiu a identificação de categorias iniciais que formadas pelos temas correlatos, foram posteriormente agrupadas por temas, originando as categorias intermediárias, conforme mostra o Quadro 1.

QUADRO 1. Categorias Iniciais, Conceitos Norteadores e Categorias Intermediárias construídos a partir da codificação na exploração dos dados. Dourados -MS, 2020.

Categoria Inicial	Conceito Norteador	Categoria Intermediária
Insegurança/Conhecimento insuficiente	Salienta inicialmente que a formação do profissional é incipiente.	Problematização da realidade.
Busca do conhecimento	Relata a importância da educação em saúde.	Reflexão
Importância da aula prática	Indica a importância do alinhamento da teoria com prática.	Aprofundamento e participação dos sujeitos.
Importância da Metodologia Ativa	Salienta as dificuldades de um modelo tradicionalista. Ações direcionadas.	O processo de aprendizagem é dinâmico.
Conhecimento/Segurança	Produção de conhecimento dos sujeitos.	Ampliação de significados.

FONTE: Própria, Dourados -MS, 2020.

Após a construção das categorias intermediárias, foi possível observar a aproximação de algumas categorias pelos conceitos norteadores, possibilitando o agrupamento de categorias, chegando às categorias finais.

QUADRO 2. Categorias Intermediárias, Conceitos Norteadores e Categorias Finais. Dourados -MS, 2020.

Categoria Intermediária	Conceito Norteador	Categoria Final
Problematização da realidade.	Criação de conflito cognitivo	Formação do técnico de enfermagem para o cuidado da criança estomizada
Reflexão	Reflexão- ação	A Educação problematizadora: caminho para autonomia
Aprofundamento e participação dos sujeitos.	Educação humanizadora comprometida com a transformação	
O processo de aprendizagem é dinâmico.	Reconstrução das práticas	O Conhecimento promove a emancipação e a reconstrução das práticas
Ampliação de significados.	Reflexão- ação	

FONTE: Própria, Dourados -MS, 2020.

Esse estudo desenvolveu-se respeitando os aspectos éticos de pesquisa com seres humanos, pautado na Resolução 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde, sendo aprovado pelo Comitê de Ética em Seres Humanos da Universidade Estadual de Mato Grosso do Sul, com o parecer 3.204.877.

Com a intenção de manter o anonimato dos sujeitos participantes do estudo, as falas foram designadas pela letra R, seguida de algarismos consecutivos que foram de um a sete (R1-R7).

Resultados e Discussões

Caracterização dos sujeitos

Os participantes desse estudo foram sete trabalhadores, integrantes da equipe de enfermagem do período matutino de uma Unidade de Cuidados Intermediários Neonatal em um Hospital Universitário da região Centro-oeste. Destes, seis eram técnicos de enfermagem e um auxiliar em enfermagem. Sendo dois eram do sexo masculino e o tempo de integralização dos cursos de formação (técnico e auxiliar de enfermagem) foram entre os anos de 2003 e 2011, o que representa que todos possuíam mais de 5 anos de conclusão do curso técnico ou auxiliar.

Ao fazer uma retrospectiva de sua formação profissional terem cursado a disciplina de materno-infantil, mas não tiveram em sua grade curricular aulas teóricas sobre assistência de enfermagem a criança com estomias intestinais. O primeiro contato com essas crianças foi durante os estágios supervisionados ou quando já estavam inseridos no ambiente de trabalho.

Nesse estudo as categorias temáticas finais, que foram objeto de análise a partir do referencial teórico foram: *a formação do técnico de enfermagem para o cuidado da criança estomizada, a educação problematizadora: caminho para autonomia e o conhecimento: a emancipação e a reconstrução das práticas.*

A formação do técnico de enfermagem para o cuidado da criança estomizada.

Ao pensar na formação inicial de qualquer profissional, espera-se que a mesma não se esgote em si mesma, mas que seja contínua, desenvolvida no processo do fazer consciente e transformador. Nessa mesma direção, Freire (2018) afirma que a conscientização é necessária ao ser humano e torna-se um dos caminhos para a prática epistemológica da construção do conhecimento. Afirma ainda, que a consciência inacabada torna o ser humano mais responsável e que essa consciência sobre si e sobre o mundo

estabelece um movimento permanente de busca. Assim, nessa inconclusão do ser, alicerça-se a educação como um processo permanente.

Nessa categoria, ficou evidente o reconhecimento da inconclusão da formação dos profissionais envolvidos, seja pela necessidade nata do ser – humano de incompletude e formação constante da consciência, seja pela formação fragilizada, como mostram algumas falas dos participantes abaixo.

“ ... Insegurança pela manipulação, se estamos fazendo certo...” - R1

“... Me sinto triste, preocupado ...” - R2

“... Me sinto despreparada...”- R3

“... O conhecimento que tenho hoje é muito vago ...” - R4

“... A gente sai do curso técnico sem esse conhecimento, não sai preparado, falta informação, potencializa as dificuldades ...” R5

“... Falta conhecimento teórico...” R6

Estas falas, mostraram que os participantes nesse momento, possuem a conscientização individual inconclusiva (FREIRE, 2016), provavelmente porque a prática educativa problematizadora, desenvolvida durante o estudo, permitiu a identificação da história dos participantes, ou seja, quando se permitiram pensar e rebuscar na consciência e experiência de cada um, o que é o cuidado, como se sentem ao cuidar da criança com estomia e como foram preparados para esse cuidado.

Entretanto, as falas também evidenciaram a fragilidade na formação inicial destes profissionais, o que vem sendo discutido em outros estudos. Camargo *et. al* (2015) avaliaram a formação dos técnicos de enfermagem a partir da visão dos enfermeiros da área hospitalar, os quais apontam que a formação inicial destes, permite apenas que os mesmos realizem atividades simples e possuem deficiência no conhecimento cognitivo, procedimental e atitudinal, não atendendo as expectativas do cuidado em saúde.

Rodrigues e Andrade (2017), afirmaram que o crescente aumento dos cursos de formação rápida para técnicos de enfermagem, contribuiu para a inclusão de profissionais pouco qualificados. Os mesmos autores, analisaram os Projetos Pedagógicos de cursos de técnicos de enfermagem de quatro escolas técnicas, e mostraram a influência do modelo

biomédico, do fazer por fazer, sem a livre consciência reflexiva e processos que estabeleçam possibilidades de discussões em diversas dimensões.

Essa realidade é percebida na maior parte dos currículos das escolas técnicas, os quais apresentam estruturas fixas, fechadas com metodologias que estimulam a educação bancária, que não favorecem o pensar, refletir, criar e transformar realidades (GOES *et al.*, 2015).

O Conselho Nacional de Educação, através da Resolução nº 06 de 20 de setembro de 2012, institui as Diretrizes Curriculares Nacionais para a Educação Profissional de Nível Técnico, que permitem a organização em módulos, com terminalidade como as qualificações profissionais de nível técnico ou sem terminalidade, objetivando estudos subsequentes. A estrutura curricular destes cursos é organizada a partir de eixos tecnológicos do Catálogo Nacional de Cursos Técnicos, instituído pelo Ministério da Educação (BRASIL, 2012).

Considerando o curso de Técnico de Enfermagem, este deve ter no mínimo 1.200 horas e desenvolver um perfil de profissional capaz de assistir o indivíduo desde os cuidados de higiene, administração de medicamentos e vacinas, inaloterapia, realização de curativos, atuar na promoção, recuperação e prevenção no processo saúde-doença, na assistência ao paciente gravemente enfermo (BRASIL, 2007).

Observa-se a partir das Diretrizes Curriculares Nacionais para a Educação Profissional de Nível Técnico, bem como a descrição no Catálogo Nacional de Cursos Técnicos, a possibilidade de currículos diversificados na formação do Técnico de Enfermagem, o que muitas vezes pode favorecer a deficiências identificadas na formação deste profissional. Nesse sentido, faz-se necessário voltar a olhar não apenas para a formação inicial destes profissionais, mas para o desenvolvimento da Educação Permanente em Saúde, com vistas a um processo dialógico reflexivo, que não apenas complemente a formação, mas favoreça a transformação dos profissionais envolvidos.

O conhecimento: a emancipação e a reconstrução das práticas

Freire (2018) relata que os seres humanos são os únicos capazes de apreender, no sentido de não apenas nos adaptar, mas de transformar a realidade, intervindo-a e recriando-a. Esse apreender para nós, seres humanos, é a construção, reconstrução com o intuito de solidificar mudanças. Ele disserta que toda prática educativa necessita da existência de sujeitos, um que ensina e aprende e outro, que aprende e ensina.

Ao desenrolar dos encontros, ficou perceptível nas falas dos sujeitos as mudanças:
“...Eu não digo que estou totalmente preparada porque não lidei com a situação, mas, estou mais preparada” R2

“...Mas hoje eu posso dizer que estou mais segura, eu consigo visualizar, antigamente eu não conseguia” R4

Nos últimos encontros ficou evidente a transformação da realidade, os sujeitos relataram como eram dispensados os cuidados a criança estomizada intestinal antes da prática educativa:

“... Porque antes a gente usava uma coisa no curativo, tinha que ser de um jeito, agora li aqui que tem que usar outra...” R1

“... Eu era da época do benjoim, que já caiu por terra...quando vi aqui, falei: meu Deus...” R3

“...Eu sou tão velha, que sou da época da seringa de vidro...” R4

Freire (1999) a partir do seu modelo de educação conscientizadora torna o homem agente de sua própria transformação em que o elemento norteador seja o diálogo do pesquisador com os sujeitos do estudo numa relação horizontal. Ele ainda realça que a teoria e a prática não podem ser dissociáveis e que essa relação se completa.

Nessas falas se percebeu que os encontros educativos realmente foram eficientes:

“... No primeiro encontro eu não sabia de nada, agora me sinto mais segura...” R7

“... Hoje eu tenho condições de cuidar de um bebê com estomia...” R5

“... Claro que dúvidas vão surgir, mas eu estou preparada...” R4

Freire (2018) discorre que somos capazes de intervir na realidade, o que é uma tarefa extremamente complexa, não apenas nos adaptando-a, mas gerando novos saberes.

Ainda afirma que o ser humano quando reflete sobre si e sobre sua realidade simultaneamente, aumenta o campo de percepção e identifica, desvela, o que antes não era conhecido, desvelado e percebido. Dessa maneira, as falas acima retratam exatamente essa possibilidade, de identificar, desvelar um cuidado novo, uma prática diferenciada, bem como perceber dúvidas que antes não eram conhecidas.

A educação problematizadora: caminho para autonomia

Do ponto de vista sobre educação problematizadora, Freire (2011) discorre que o educador e educandos são sujeitos do processo educativo e ambos ensinam e aprendem. Os educandos são vistos como pesquisadores críticos e os educadores refletem sobre suas práticas.

Desta forma, ao final de cada encontro foram realizadas avaliações formativas em grupo de maneira escrita e oral. Estas avaliações fizeram parte da estratégia de ensino-aprendizagem e foram escolhidas por permitirem avaliar de forma contínua, informal, dinâmica, não julgadora auxiliando também no aprendizado.

As avaliações formativas podem ser utilizadas naturalmente durante todas as oportunidades de interação entre professores e alunos, e em diferentes cenários, permitindo ajustes durante o curso, corrigindo os eventuais obstáculos enfrentados pelos alunos na aquisição dos objetivos (BOLLELA *et al.*, 2014).

Esse processo avaliativo pode ser percebido nas falas abaixo:

“.... Acho que esse momento foi proveitoso...” R7

“.... Agregou muito conhecimento...” R4

“.... Esse encontro foi esclarecedor...” R2

“..... Encontro foi muito produtivo...” R3

Freire (2018) elucida que no momento que o professor se conscientiza que pensar certo e que ensinar não é apenas transferir o conhecimento, e que este precisa ser apreendido por ele e pelos educandos ocorrerá a transformação da educação tornando-se problematizadora.

Em um dos encontros, foi realizado uma aula prática de apresentação de tecnologias utilizadas no referido hospital ao cuidado das estomias intestinais. Foram apresentadas aos sujeitos os equipamentos coletores e adjuvantes usados em crianças com estomias intestinal. Esse encontro ficou evidente através das falas a importância de aproximar a teoria com a prática.

“... Eu achei esse momento bom, porque para quem não tem ideia, como eram os equipamentos... R6

“... Muito bom, eu acho que para quem não tem conhecimento, e nunca viu, e não trabalha no dia a dia com isso, já é uma realidade. É um contato maior do que a gente tem disponível no mercado e no hospital também...” R5

Ao mesmo tempo, houveram no decorrer do processo avaliativo da prática educativa, estratégias de ensino que pouco contribuíram para grupo, como a atividade de dispersão por meio de leitura de material textual sobre complicações nas estomias intestinais e pele periestomia e resolução. Isso porque, na devolução da atividade e avaliação da estratégia e do aprendizado alcançado por meio dela, ficou evidente que a estratégia de ensino não apresentou potência para a satisfação dos participantes e significação do conhecimento proposto por meio da atividade.

“... Não gostei dessa forma que você usou...” R1

“... Prefiro a gente sentar e conversar...” R4

“...Eu acho que poderia ter feito com os dois...questionário e depois conversar...” R3

“... Não tive tempo para ler toda o material que você entregou...pensei que íamos conversar, letras eram pequenas...” R2

“... Parece dinâmica de escola... levar material para responder em casa. Não gostei...” R5

“... É mais interessante todos discutirem na roda... não gostei de só ler e responder o questionário...” R1

Tal fato, contribui diretamente necessidade de que o educador desenvolva a característica do educador realmente problematizador, que refaz constantemente seu ato

cognoscente, na cognoscitividade dos educandos. Isto porque, os educandos tomam uma postura de investigadores críticos, mantendo uma dialogicidade com o educador e não apenas meros recipientes de informações (FREIRE, 2018).

Silva; Bagnato; Renovato (2017) as práticas educativas em saúde possibilitam aos indivíduos não só a transformação da realidade, mas também autoconhecimento e mudanças de comportamento, tendo como objetivo a autonomia e participação ativa dos sujeitos. Nesse estudo, ao avaliar a educação em saúde puderam evidenciar a potencialidade da mesma para a formação profissional, bem como para a transformação do sujeito e da realidade, conforme observa-se nas falas abaixo.

“... É através da educação em saúde que serão sanadas as dúvidas...” R4

“ Por isso é importante a capacitação profissional...” R1

“... A educação em saúde é o pilar para termos conhecimento e confiança nas informações que devemos passar a mãe, ao cuidador de estomizada...” R5

Entretanto, para que a prática de educação em saúde, possa realmente ser transformadora, precisa partir de uma situação presente, concreta e refletir o conjunto de necessidades e anseios dos sujeitos envolvidos. Essa prática transformadora pode ser alcançada pela problematização (FREIRE, 2018).

Esse estudo partiu de uma realidade concreta que envolvia o cuidado da criança estomizada, propôs o desenvolvimento de uma prática problematizadora de ensino, a partir do Arco de Maguerez. Assim, procurou-se a todo momento desenvolver uma postura dialógica entre os participantes, sendo estes os profissionais, aqui como educandos, e a pesquisadora, aqui como educadora, para o alcance de uma prática libertadora, que ao final acredita-se que de maneira ainda restrita e sutil, foi alcançada.

Considerações Finais

A educação em saúde deve ser entendida como um processo pedagógico emancipatório e não apenas como uma transmissão de informações. Essas estratégias pedagógicas contribuem para a reflexão da realidade. Ela tem um grande papel

favorecendo a autonomia e emancipação do indivíduo através da articulação entre ensino e pesquisa e, desta forma, garantir uma consolidação de conhecimentos pelo pensamento crítico e reflexivo.

Esse estudo, problematizou uma reflexão sobre a formação inicial dos sujeitos contextualizou a importância da educação em saúde para a formação permanente dos profissionais envolvidos, e por fim evidenciou a educação problematizadora como uma estratégia potente para a mudança individual e transformação da realidade, com vistas aqui, no cuidado da criança estomizada.

REFERÊNCIAS

BARDIN, L. **Análise de Conteúdo**. Edição revista e ampliada. São Paulo: Edições 70, 2016.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº400 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, e dá outras providências [Internet]. Diário Oficial da União. Brasília (DF); 2009.

_____. CONSELHO NACIONAL DE EDUCAÇÃO. CÂMARA DE EDUCAÇÃO BÁSICA. Resolução CNE/CES nº 6, de 20 de setembro de 2012. **Institui Diretrizes Curriculares Nacionais para a Educação Profissional Técnica de Nível Médio**. Diário Oficial da União: Brasília, 21 de setembro de 2012. Seção 1. p 22.

_____. CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM. **Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem**. 2007. Disponível em <<http://novo.portaldocofen.gov.br/>>.

BOLLELA, V.R; *et al*. Avaliação formativa e feedback como ferramenta de aprendizado na formação de profissionais da saúde. **Revista Medicina (Ribeirão Preto)**; v.47, n.3, p.324-31, 2014.

CAMARGO, R.A.A, *et al*. Avaliação da formação do técnico de enfermagem por enfermeiros da prática hospitalar. **Rev Min Enferm**. v.19, n.4, p.951-957, 2015.

FALKENBERG, M.B., *et al*. Educação em saúde e educação na saúde: conceitos e implicações para a saúde coletiva. **Ciência & Saúde Coletiva**, v.19, n.3, p.847-852, 2014

FREIRE, P. **Pedagogia da Autonomia: Saberes necessários á prática educativa**. 56ªed, Rio de Janeiro/São Paulo: Paz e Terra, 2018.

FREIRE, P. **Educação como prática da liberdade**. 2 ed. Rio de Janeiro: Paz e Terra; 2011.

FREIRE, P. **Pedagogia do oprimido**. 50. ed. rev e atual :Rio de Janeiro: Paz e Terra, 2016.

GÓES, F.S.N., et al. Necessidades de aprendizagem de alunos da Educação Profissional de Nível Técnico em Enfermagem. **Rev Bras Enferm**. v.68, n.1, p.20-5, 2015.

KAYO, C.M.M. et al. Cuidando de crianças com estomia. In: SANTOS, V.L.C.G.; CESARETTI, I.U.R. **Assistência em Estomaterapia: cuidando de pessoas com estomia**. 2. ed. São Paulo: Editora Atheneu, 2015.

MURAGAKI, W.H.; RAICHER, C.A. Estomias na criança. Cap.5.IN: PAULA, M.A.B.; PAULA, P.R.; CESARETTI, I.U.R. **Estomaterapia em foco e o cuidado especializado**. Yendis, São Caetano do Sul, 2014.

PAULA, P.R.; SPERANZINI, M.B. Colostomias e ileostomias. Parte 1. IN: PAULA, M.A.B.; PAULA, P.R.; CESARETTI, I.U.R. **Estomaterapia em foco e o cuidado especializado**. Yendis, São Caetano do Sul, 2014.

PELLEGRINO, D.M.S. **Como cuidar de criança estomizada**. Cap 13. IN: PAULA, P.R.; CESARETTI, I.U.R. **Estomaterapia em foco e o cuidado especializado**. Yendis, São Caetano do Sul, 2014.

SILVA, E.A.; BAGNATO, M.H.S; RENOVATO, R. **Fundamentos pedagógicos para as práticas de educação em saúde**. Barueri, SP: Editora Manole, 2017.

APÊNDICE B CAPA DA TCE DESENVOLVIDA

UNIVERSIDADE ESTADUAL DE MATO GROSSO DO SUL

PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENSINO EM SAÚDE, Mestrado Profissional

Cuidando de crianças com estomias intestinais de eliminação infantil

Orientações ao profissional de enfermagem



APÊNDICE C- QUESTIONÁRIO APLICADO NA PESQUISA

QUESTIONÁRIO – CUIDANDO DE PESSOAS COM COMPLICAÇÃO NAS ESTOMIAS INTESTINAIS E PELE PERIESTOMIA

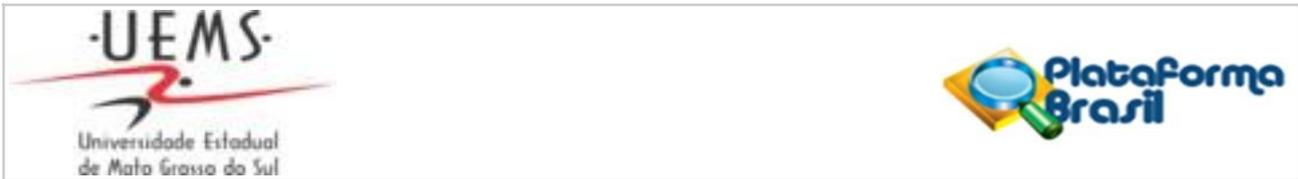
Esse questionário faz parte de mais uma etapa do nosso curso “Assistência de enfermagem em criança com estomias intestinais” e tem o objetivo de aprofundar os conhecimentos sobre as complicações nas estomias intestinais e periestomias.

- 1) O aparecimento de complicações nas estomias e periestomia podem ser prevenidas. Elas são classificadas de acordo o tempo pós cirúrgico: imediata, precoce e tardio. Relacione as colunas sobre as complicações imediatas.

a) Hemorragia	()	morte do tecido devido diminuição sanguínea
b) Edema	()	a mucosa torna-se escurecida, sem brilho.
c) Necrose	()	resposta fisiológica ao trauma.
	()	hemostasia inadequada de vasos sanguíneos.
	()	essa complicação é inevitável.
	()	usa-se compressa gelada para tratar essa complicação.
- 2) As complicações precoces aparecem do primeiro ao sétimo dia de pós-operatório. Cite quais são essas complicações.
- 3) A dermatite é a causa mais comum de complicação na pele periestomia. Ela envolve lesões da pele, com ou sem ruptura da integridade da pele. Manifestando-se através dos sinais flogísticos. Caracterize cada uma delas.
- 4) Quais os fatores causais que acomete perda da integridade da pele?
- 5) Quais as diferenças entre uma dermatite irritativa e dermatite alérgica.
- 6) Recém-nascido é admitido na UCI com diagnóstico de ânus imperfurado. No dia seguinte, é encaminhado ao centro cirúrgico para a confecção de estomia intestinal. No seu pós-operatório, você, como colaborador da saúde, o que faria

para prevenir lesão periestomia?

- 7) Criança de 20 dias vida é admitida na UCI com história de enterocolite necrotizante vinda da UTI-neo, com colostomia em flanco esquerdo. Veio sem bolsa coletora, hiperemia extensa ao redor da estomia intestinal. Essa lesão estende-se do orifício da estomia, região inguinal até região perineal, com pontos sangrantes. O que você faria para tratar essa dermatite?
- 8) Nos últimos meses, estamos nos aprofundando no mundo das estomias intestinais infantis. Passamos por algumas etapas, desde momentos de leituras, discussões em grupo e aula prática. O que você achou desse método de levar a apostila para casa e responder o questionário? Você acha que conseguimos alcançar nosso objetivo de aprofundar conhecimento? Cite pontos positivos e negativos.

ANEXO A PARECER DO CEP**PARECER CONSUBSTANCIADO DO
CEP****DADOS DO PROJETO DE PESQUISA**

Título da Pesquisa: Estomias Intestinais Infantis:problematizando o cuidado.

Pesquisador: RAVENA VAZ FEITOSA CASTELO BRANCO

Área Temática:

Versão: 2

CAAE: 03906618.1.0000.8030

Instituição Proponente: FUNDACAO UNIVERSIDADE ESTADUAL DE MATO GROSSO DO SUL

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 3.204.877

Apresentação do Projeto:

Trata-se de um estudo de intervenção educativa, pautada na Pesquisa Convergente Assistencial (PCA) com o uso da Metodologia de Problematização (MP) com o Arco de Magueres. O projeto pretende desenvolver uma atitude reflexiva do cuidar entre os atores envolvidos (técnicos de enfermagem), a partir de um processo de ensino aprendizagem problematizador, que possibilite a transformação da realidade contribuindo para um cuidar mais crítico e efetivo à criança com estomia intestinal.

Objetivo da Pesquisa:

Objetivo Primário:

Analisar uma prática educativa como ferramenta para o cuidado da criança estomizada

intestinal. Objetivo Secundário:

- Identificar o conhecimento da equipe de enfermagem sobre o cuidado com a criança estomizada intestinal;
- Estabelecer um espaço de reflexão sobre o cuidado da criança estomizada intestinal;
- Elaborar uma tecnologia cuidativo-educacional para a assistência da criança estomizada.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Apresentou a descrição conforme as normas.

ANEXO B (TCLE)

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO – TCLE

Prezado (a) Senhor (a),

O senhor (a) está sendo convidado (a) a participar da pesquisa intitulada “**ESTOMIAS INTESTINAIS INFANTIS: PROBLEMATIZANDO O CUIDADO**” desenvolvida por Ravena Vaz Feitosa Castelo Branco, pesquisadora responsável e mestranda da Pós-Graduação Stricto Sensu em Ensino em Saúde, Mestrado Profissional 2018 da Universidade Estadual de Mato Grosso do Sul, sob a orientação da Prof^a. Dr^a. Fabiana Perez Rodrigues Bergamashi. O objetivo geral do estudo é analisar uma prática educativa como ferramenta para o cuidado da criança estomizada intestinal. Os participantes da pesquisa serão os profissionais da Unidade de Cuidados Intermediários em Neonatologia – UCI/neo do Hospital Universitário da Grande Dourados – UFGD da equipe de enfermagem.

A pesquisa será desenvolvida a partir da observação direcionada e sistematizada da prática assistencial por meio de encontros educativos em grupo para estabelecer um espaço de reflexão sobre as estomias intestinais infantis. Esses encontros também subsidiarão a construção de uma tecnologia cuidativo-educacional voltada para o cuidado das crianças com estomias. Todos os encontros serão gravados em sua totalidade com uso de gravador digital, após os entrevistados aceitarem participar da pesquisa assinando o TCLE previamente esclarecido pela pesquisadora. As discussões e reflexões dos encontros subsidiarão a construção de uma tecnologia educacional voltada para o cuidado da criança com estomia intestinal. A quantidade de encontros será definida com a equipe e terá duração de no máximo uma hora.

Sua participação no estudo é voluntária e, portanto, o(a) senhor(a) não é obrigado(a) a fornecer as informações e/ou colaborar com as atividades solicitadas pelo Pesquisador(a). É possível que senhor (a) sinta algum desconforto físico ou constrangimento nos momentos de discussão desenvolvidos nos encontros, devido à exposição de suas experiências. Fica-lhe assegurado o direito de interromper sua participação na pesquisa em qualquer fase do estudo, no momento em que julgar necessário, assim como negar-se a responder qualquer pergunta deste estudo. E ainda garantimos que daremos a assistência necessária frente à situação desencadeada. Não sofrerá nenhum dano, nem haverá modificação na assistência que vem recebendo na Instituição. Os pesquisadores estarão a sua disposição para qualquer esclarecimento que considere necessário em qualquer etapa da pesquisa.

Como benefícios diretos tem-se a possibilidade de crescimento intelectual, troca de experiência, aprofundamento teórico e aprendizagem científica e certificação pela mesma. Como benefício indireto desta pesquisa, a participação na construção de uma tecnologia educativa que possibilite orientação às equipes quanto ao tema, mas, principalmente, auxilie no modo de ensino-aprendizagem dessas equipes em relação aos cuidados aos recém-nascidos com estomias intestinais, e ainda, obter a melhoria da assistência no ambiente hospitalar.

Solicitamos também sua autorização para apresentar os resultados deste estudo em eventos da área de saúde e publicar em revista científica nacional e/ou internacional. Por ocasião da publicação dos resultados, seu nome será mantido em sigilo absoluto.

Se você aceitar participar desta pesquisa, precisará escrever sua assinatura no TCLE em duas vias. Uma via será sua e a outra ficará com as pesquisadoras e será arquivada por cinco anos pelas mesmas, juntamente com o conteúdo das entrevistas.

AUTORIZAÇÃO

Considerando, que fui informado(a) dos objetivos e da relevância do estudo proposto, de como será minha participação, dos procedimentos e riscos decorrentes deste estudo, declaro o meu consentimento em participar da pesquisa, como também concordo que os dados obtidos na investigação sejam utilizados para fins científicos (divulgação em eventos e publicações). Estou ciente que receberei uma via desse documento.

Eu, _____, RG nº _____
 _____ declaro ter sido informado (a) e concordo em participar, como voluntário (a),
 do projeto de pesquisa acima descrito.

Dourados/MS, ____ de _____ de 20____.

Assinatura do participante ou responsável legal

Contato com o Pesquisador (a) Responsável:

Caso necessite de maiores informações sobre o presente estudo, favor ligar para a pesquisadora Ravena Vaz Feitosa Castelo Branco, telefone: (67) 99962-5320 ou para a Secretaria do CESH da Universidade Estadual de Mato Grosso do Sul, no Fone (67) 3902-2699 ou por e-mail: cesh@uems.br para recursos ou reclamações em relação ao presente estudo.

Declaro que obtive de forma apropriada e voluntária o Consentimento Livre e Esclarecido deste participante de pesquisa para participação neste estudo.

Mestranda Pesquisadora
Enfª. Ravena Vaz Feitosa Castelo Branco