

UNIVERSIDADE FEDERAL DE PERNAMBUCO
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM
MESTRADO ACADÊMICO

ANDRESSA F. L. LADISLAU ALBUQUERQUE

TECNOLOGIA EDUCATIVA PARA PROMOÇÃO DO AUTOCUIDADO NA SAÚDE
SEXUAL E REPRODUTIVA DE MULHERES ESTOMIZADAS: ESTUDO DE
VALIDAÇÃO

RECIFE
2015

ANDRESSA F. L. LADISLAU ALBUQUERQUE



**TECNOLOGIA EDUCATIVA PARA PROMOÇÃO DO AUTOCUIDADO NA
SAÚDE SEXUAL E REPRODUTIVA DE MULHERES ESTOMIZADAS:
ESTUDO DE VALIDAÇÃO**

Dissertação apresentada ao Colegiado do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem do Centro de Ciências da Saúde da Universidade Federal de Pernambuco, para obtenção do título de Mestre em Enfermagem.

Linha de Pesquisa: Saúde da família nos cenários do cuidado de enfermagem.

Orientadora: Prof^a. Dr^a. Tatiane Gomes Guedes.

Coorientadora: Prof^a. Dr^a. Francisca Márcia P. Linhares.

RECIFE
2015

Ficha catalográfica elaborada pela
Bibliotecária: Mônica Uchôa, CRB4-1010

A345t Albuquerque, Andressa F. L. Ladislau.
Tecnologia educativa para promoção do autocuidado na saúde sexual e reprodutiva de mulheres estomizadas: estudo de validação / Andressa F. L. Ladislau Albuquerque. – Recife: O autor, 2015.
171 f.: il.; tab.; quadr.; 30 cm.

Orientadora: Tatiane Gomes Guedes.
Dissertação (Mestrado) – Universidade Federal de Pernambuco, CCS. Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, 2015.
Inclui referências, apêndices e anexos.

1. Estomia. 2. Enfermagem. 3. Educação em saúde. 4. Autocuidado. 5. Validação. I. Guedes, Tatiane Gomes (Orientadora). II. Título.

610.736 CDD (22.ed.) UFPE (CCS2015-058)

ANDRESSA F. L. LADISLAU ALBUQUERQUE

TECNOLOGIA EDUCATIVA PARA PROMOÇÃO DO AUTOCUIDADO NA SAÚDE
SEXUAL E REPRODUTIVA DE MULHERES ESTOMIZADAS: ESTUDO DE
VALIDAÇÃO

Dissertação apresentada ao Colegiado do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem do Centro de Ciências da Saúde da Universidade Federal de Pernambuco, para obtenção do título de Mestre em Enfermagem.

Linha de Pesquisa: Saúde da família nos cenários do cuidado de enfermagem.

Orientadora: Prof^a. Dr^a. Tatiane Gomes Guedes.

Coorientadora: Prof^a. Dr^a. Francisca Márcia P. Linhares.

Dissertação aprovada em 10 / 02 /2015.

Prof^a. Dr^a. Tatiane Gomes Guedes. (Presidente) – UFPE

Prof^a. Dr^a. Vânia Pinheiro Ramos- UFPE

Prof^a. Dr^a. Luciane Soares de Lima - UFPE

Prof^a. Dr^a Ana Karina Bezerra Pinheiro– UFC

RECIFE
2015

Aos meus queridos pais, pelo constante apoio e por não medir esforços em me proporcionar o melhor estudo.

AGRADECIMENTOS

À **Deus**, por seus lindos planos em minha vida. Por seus preciosos ensinamentos em cada experiência vivida. Por seu sublime amor e por estar ao meu lado incondicionalmente.

“Não desista não pare de lutar... Não pare de adorar... Levanta os teus olhos e vê... Deus está restaurando os teus sonhos”

Aos meus pais, **Zaira e Ladislau**, por acreditarem em mim, por me incentivarem a ser uma pessoa melhor a cada dia, por todos os valores e princípios que me ensinaram e por sua luta incessante para que meus sonhos pudessem se realizar. Devo-lhes tudo o que sou. Amo vocês mais do que possam imaginar.

Ao meu grande amor **Felipe**, meu esposo, amigo, companheiro para todas as horas, meu presente de Deus. Obrigada por fazer dos meus dias mais alegres, por cuidar de mim com tanto carinho, por me fazer sentir uma mulher tão especial, por me impulsionar a desbravar o mundo e conquistar cada um dos meus sonhos. Ao seu lado encontrei a felicidade!

À minha doce irmã **Hayane**, por sua companhia no estudo madrugada adentro. Por cada caneca de café, por me escutar nos meus momentos de cansaço, por cada vez que você disse “foco”. Te amo.

À minha orientadora **Tatiane Gomes Guedes**, pela compreensão em todo o tempo, por suas palavras de ternura nos momentos de ansiedade, por sua competência profissional em me ajudar a descobrir os melhores caminhos a trilhar, pela autonomia e confiança que me foi dada como pesquisadora e pela motivação em fazer a diferença. Ori querida e amiga pra toda vida, em você pude ver o exemplo de enfermeira e educadora que quero seguir. Tenho-lhe grande carinho e admiração!

À minha coorientadora **Francisca Márcia Pereira Linhares**, presente desde a graduação, grande incentivadora de uma Enfermagem mais humanizada e empoderada de seus diagnósticos, teorias e tecnologias. À você, prometo minha eterna dedicação a essa causa nobre de fazer mais ciência, na ciência da Enfermagem.

Aos meus queridos companheiros de mestrado, **neguinhas e neguinho da turma T4**, elementos tão importantes nessa caminhada. Minha gratidão à Deus pela vida de cada um, pela oportunidade de conhecê-los e partilhar dessa conquista juntos. Em especial à **Danielle**, um exemplo de humildade. À **Josueida**, por sua solicitude. À **Carolina**, por sua alegria e parceria. À **Nelson** por seu apoio e ensino nas revisões. À minha companheira de mestrado, amiga e irmã em Cristo, **Rosália**, que nos motivou desde o começo e nos fez acreditar no nosso melhor. Uma pessoa iluminada, um anjo do senhor aqui na terra, capaz de falar firme quando preciso e dizer as palavras mais doces nos momentos de conforto. À todos, meu carinho eterno.

“Juntos somos mais fortes... pra sempre”

Ao **Programa de Pós-graduação em Enfermagem e seus professores** pela oportunidade do aprendizado e pela contribuição na construção de uma Enfermagem cada vez mais forte e inovadora.

Ao **Programa de Apoio aos Estomizados do Recife**, em especial à enfermeira **Flaviana** e à psicóloga **Érica**, pela receptividade e apoio à essa iniciativa. Serei sempre uma admiradora do lindo trabalho de vocês!

Aos **enfermeiros e mulheres estomizadas**, participantes deste trabalho. Aos profissionais, pelo envolvimento e contribuição para melhoria da cartilha, compartilhando seu conhecimento na construção do saber em Enfermagem. Às queridas estomizadas, que tive o prazer de conhecer, por suas criteriosas avaliações, por partilharem suas experiências, histórias de vida e sentimentos permitindo não só a melhoria da cartilha, mas, também, meu crescimento pessoal e profissional. Um carinho todo especial à **Lígia** e **Madalena**, excelentes representantes dessas mulheres guerreiras!

À **Camilla Perazzo**, pelas contribuições técnicas de design. Só tenho a agradecer pelo compromisso, dedicação e competência!

À todos que direta ou indiretamente contribuíram para a realização de mais uma importante etapa da minha vida, meu muito obrigada!

“Mesmo quando tudo parece desabar, cabe a mim decidir entre rir ou chorar, ir ou ficar, desistir ou lutar; porque descobri, no caminho incerto da vida, que o mais importante é o decidir”

(Cora Coralina)

ALBUQUERQUE, A.F.L.L. **Tecnologia educativa para promoção do autocuidado na saúde sexual e reprodutiva de mulheres estomizadas: estudo de validação.** Recife-PE: UFPE, 2014. 171 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Programa de Pós-Graduação em Enfermagem – Universidade Federal de Pernambuco, Recife-PE, 2014.

RESUMO

Mulheres estomizadas podem apresentar, após a estomia, diversas alterações biopsicossociais na saúde sexual e reprodutiva, área de cuidado tão comumente esquecida nas orientações em saúde. O enfermeiro, como educador na promoção de cuidados, pode se utilizar das tecnologias educativas como ferramentas auxiliares na práxis assistencial, na medida em que facilitam o processo de construção do conhecimento dos clientes, numa perspectiva criativa, crítica, inclusiva e empoderadora. Nesse sentido, o estudo se propôs a construir e a validar uma cartilha educativa em saúde como tecnologia de Enfermagem para a promoção do autocuidado na saúde sexual e reprodutiva de mulheres estomizadas. Tratou-se de uma pesquisa metodológica do tipo validação de tecnologia educativa, que originou os três artigos científicos componentes da seção de resultados dessa dissertação. Para o desenvolvimento da cartilha, inicialmente foi realizado o levantamento dos conteúdos pertinentes à temática, incluindo-se a revisão integrativa de literatura, que representa o primeiro artigo do estudo. As bases de dados pesquisadas foram as nacionais LILACS, IBECs, MEDLINE, COCRHANE e a internacional CINAHL. Buscaram-se artigos publicados em português, inglês e espanhol, que remetesse às temáticas autocuidado, saúde sexual e saúde reprodutiva do indivíduo estomizado, analisados quanto a rigor metodológico e nível de evidência. Da análise na íntegra dos 11 artigos selecionados, emergiram duas categorias de orientações: “Orientações para o profissional de saúde na promoção do cuidado sobre a saúde sexual” e “Orientações para o estomizado no autocuidado da saúde sexual”. Após a seleção do conteúdo, procedeu-se o trabalho construção da cartilha segundo referencial metodológico de elaboração de materiais impressos em saúde, com montagem, definição de *layout*, arte gráfica, diagramação e editoração, constituindo o segundo artigo dessa dissertação. Finalizada a primeira versão da cartilha foi iniciado o processo de validação do material, que representa o terceiro artigo do estudo. O conteúdo da cartilha foi validado por onze enfermeiros juízes-especialistas segundo Índice de Validade de Conteúdo maior ou igual a 0,80. A aparência foi validada por nove mulheres estomizadas segundo avaliação da dificuldade e da conveniência do material educativo. A cartilha foi considerada válida quanto ao conteúdo, com média global de índice

de validade de conteúdo igual a 0,87 e, quanto à aparência, com 100% de concordância do público-alvo para avaliação da dificuldade e da conveniência da cartilha. A tecnologia educacional válida ao alcance de estomizadas contribuirá para a aquisição de conhecimentos e informações que permitam subsidiar a tomada de decisão por comportamentos de saúde seguros e ajustados às suas necessidades de autocuidado da saúde sexual e reprodutiva.

Palavras-chave: Estomia; Enfermagem; Educação em saúde; Autocuidado; Validação

ALBUQUERQUE, A.F.L.L. **Educational technology to promote self-care in sexual and reproductive health of women stomized: validation study.** Recife: UFPE, 2014. 171 p. Dissertation (Master of Nursing) - Graduate Program in Nursing - Federal University of Pernambuco, Recife, 2014.

ABSTRACT

Women stomized may show, after ostomy, various biopsychosocial changes in sexual and reproductive health care area so commonly overlooked in health guidelines. The nurse, as an educator in promoting care, can be used as educational technology aids in care practice, in that it facilitates the customers' knowledge of the construction process, a creative perspective, critical, inclusive and empowering. In this sense, the study aimed to construct and validate an educational booklet in health and nursing technology to promote self-care in sexual and reproductive health of women stomized. It was a methodological research for validation of educational technology, which originated the three components of the scientific articles results section of this dissertation. For the development of the booklet, was first surveyed the relevant articles on the theme, including the integrative literature review, which is the first article of the study. The databases searched were national LILACS, IBECs, MEDLINE, CINAHL COCRHANE and international. Sought to articles published in Portuguese, English and Spanish, which remetesse thematic self-care, sexual health and reproductive health of ostomy patients individual, analyzed the methodological rigor and level of evidence. The analysis in full of the 11 selected articles, emerged two categories of guidelines: "Guidelines for health professionals in the care promotion of sexual health" and "Guidelines for ostomy patients in self-care of sexual health." After selecting the content, we proceeded to work building the second methodological framework primer preparation of printed materials on health, assembly, layout definition, graphic, layout and editing, and is the second article in this dissertation. Finished the first version of the booklet started the process of validation of the material, which is the third article of the study. The content of the booklet was validated for eleven judges second-largest specialist nurses Content Validity Index or equal to 0.80. The appearance was validated for nine stomized women according to the evaluation of difficulty and the convenience of educational material. The booklet was considered valid in substance, with global media content validity index of 0.87 and, in appearance, with 100% of the audience agreed to evaluate the difficulty and the convenience of the booklet. A valid educational technology within reach of stomized contribute to the acquisition of knowledge

and information to enable support decision making by health behaviors and insurance tailored to your self-care needs of sexual and reproductive health.

Keywords: Ostomy; Nursing; Health education; Self-care; Validation.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

CAPÍTULO DE MÉTODO

- Figura 1 -** Diagrama da operacionalização elaboração da tecnologia educativa. Recife – PE, 2014. **42**
- Figura 2 -** Processo de amostragem empregado na revisão integrativa. Recife PE, 2013. **46**
- Quadro 1.** Temas centrais selecionados após levantamento bibliográfico para referencia e definição do conteúdo apresentado na cartilha educativa, Recife, 2014. **49**
- Quadro 2.** Critérios de seleção para profissionais de saúde juízes-especialistas. Recife, 2014. **53**

CAPÍTULO DE RESULTADOS

Artigo de Revisão Integrativa

“Orientações para o autocuidado na saúde sexual e reprodutiva de pacientes estomizados: revisão integrativa”

- Quadro 1.** Síntese dos estudos selecionados segundo autor, periódico, ano de publicação, base de dados indexada, nível de evidência científica e formação acadêmica dos autores. Recife, 2013. **66**
- Quadro 2.** Ações de autocuidado à saúde sexual e reprodutiva do estomizado conforme as categorias estabelecidas. Recife, 2013. **67**

Artigo Original 1

“Cartilha de orientação para o autocuidado na saúde sexual e reprodutiva de mulheres estomizadas”

- Figura 1 -** Capa da cartilha. Recife Recife-PE, 2014. **94**
- Figura 2 -** Representação ilustrativa das seções da cartilha. Recife-PE, 2014. **94**

LISTA DE TABELAS

Artigo Original 2

“Tecnologia educativa para promoção do autocuidado na saúde sexual e reprodutiva de mulheres estomizadas”

Tabela 1 - Índice de Validade de Conteúdo segundo o julgamento dos juízes-especialistas quanto à objetivo, a estrutura e apresentação e, a relevância em frequência absoluta e média percentual de concordância. Recife, PE, Brasil, 2014. **109**

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ABRASO	Associação Brasileira de Ostomizados
IOA	<i>Internacional Ostomy Association</i>
BDEF	Base de Dados de Enfermagem
CASP	<i>Critical Appraisal Skills Programme</i>
CINAHL	<i>Cumulative Index to Nursing and Allied Health Literature</i>
COCHRANE	Biblioteca Cochrane
CVI	<i>Content Validity Index</i>
DST	Doença sexualmente transmissível
EACAC	Escala para Avaliar a Capacidade de Autocuidado
HBL	Hospital Barão de Lucena
IBECS	Índice Bibliográfico Espanhol em Ciências da Saúde
LILACS	Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde
MEDLINE	<i>Medical Literature Analysis and Retrieval System Online</i>
PAER	Programa de Apoio ao Estomizado de Recife
PPGENF	Programa de Pós-Graduação em Enfermagem
PNAISM	Política de Atenção Integral à saúde da mulher
SOBEST	Sociedade Brasileira de Estomaterapia
SPSS	<i>Statistical Package for the Social Sciences</i>
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
TEDAC	Teoria de Enfermagem do Déficit de Autocuidado
UFPE	Universidade Federal de Pernambuco
UPE	Universidade de Pernambuco
UOA	<i>United Ostomy Association</i>

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	18
1.1	Justificativa.....	22
2	OBJETIVOS	24
2.1	Objetivo Geral	24
2.2	Objetivos Específicos	24
3	REVISÃO DE LITERATURA	26
3.1	Saúde Sexual e Reprodutiva do Indivíduo Estomizado	26
3.1.1	Aspectos conceituais e históricos das estomias.....	26
3.1.2	Saúde Sexual e Reprodutiva – Aspetos da Sexualidade do Estomizado	30
3.2	Autocuidado na Promoção da Saúde do Estomizado – Uma reflexão segundo os postulados teóricos de Dorothea Orem	34
3.3	Tecnologias Educativas em Saúde	38
4	MÉTODO	42
4.1	Tipo de estudo	40
4.2	Procedimentos Metodológicos	43
4.3	Metodologia do Artigo de Revisão Integrativa	44
4.3.1	Formulação do problema de pesquisa	44
4.3.2	Busca na literatura	44
4.3.3	Avaliação dos estudos incluídos na Revisão Integrativa	48
4.3.4	Análise dos resultados	48
4.4	Metodologia do Artigo Original 1	48
4.4.1	Linguagem da cartilha	49
4.4.2	Definição do conteúdo da cartilha	49
4.4.3	Seleção das ilustrações	51
4.4.4	Elaboração da versão preliminar – <i>layout</i> e design gráfico	51
4.5	Metodologia do Artigo Original 2	52
4.5.1	Delineamento do estudo	52
4.5.2	Validação de conteúdo	53
4.5.2.1	Identificação e seleção dos juízes especialistas	53
4.5.2.2	Coleta de dados	55
4.5.2.3	Tratamento e análise dos dados	56
4.5.3	Validação de aparência	57

4.5.3.1	Identificação e seleção do público-alvo	57
4.5.3.2	Coleta de dados	58
4.5.3.3	Tratamento e análise dos dados	59
4.5.4	Aspectos éticos	59
5	RESULTADOS	61
5.1	Artigo de revisão: Orientações para o autocuidado na saúde sexual e reprodutiva de pacientes estomizados: revisão integrativa	61
5.2	Artigo original 1: Cartilha de orientação para o autocuidado na saúde sexual e reprodutiva de mulheres estomizadas	78
5.3	Artigo original 2: Tecnologia educativa para promoção do autocuidado na saúde sexual e reprodutiva de mulheres estomizadas	101
5.4	A tecnologia educativa validada: cartilha versão final	124
6	CONSIDERAÇÕES FINAIS	126
	REFERÊNCIAS	129
	APÊNDICE A - Instrumento de coleta para revisão – Modelo Ursi adaptado	139
	APÊNDICE B - Carta convite aos Juízes Especialistas	140
	APÊNDICE C -Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Juízes Especialistas)	142
	APÊNDICE D – Questionário de Caracterização dos Juízes Especialistas	145
	APÊNDICE E - Instrumento de Validação de Conteúdo (Juízes Especialistas)	147
	APÊNDICE F - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Público-alvo)	151
	APÊNDICE G - Formulário de Validação de Aparência (Público alvo)	153
	ANEXO A - <i>Critical Appraisal Skills Programme (CASP)</i>	158
	ANEXO B – Cartilha de Orientações para o Autocuidado – Saúde Sexual e Reprodutiva de Mulheres Ostomizadas (versão pública)	159
	ANEXO C - Normas para submissão da Revisão Integrativa	160
	ANEXO D - Carta de Anuência	169
	ANEXO E - Termo Consubstanciado do Comitê de Ética em Pesquisa	170

1 Introdução

1 INTRODUÇÃO

O direito à saúde sexual e reprodutiva é parte constitutiva de um debate mais amplo sobre os direitos humanos fundamentais. A concretização, por meio das políticas públicas, dos princípios de igualdade, respeito às diferenças, promoção do pleno exercício da cidadania é um desafio para os governos dos países que se pautam pelos marcos teóricos, políticos e jurídicos no campo dos direitos sexuais e reprodutivos¹.

No Brasil em 2004, o Ministério da Saúde, elaborou a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher (PNAISM)², em parceria com diversos setores da sociedade, em especial o movimento de mulheres e os gestores do Sistema Único de Saúde (SUS). O PNAISM reflete o compromisso na implementação de ações de saúde que contribuam para a garantia dos direitos humanos das mulheres. Ademais, amplia as ações para grupos historicamente excluídos das políticas públicas nas suas especificidades e necessidades, pessoas portadoras de deficiências físicas. De acordo com a Política Nacional de Saúde da Pessoa Portadora de Deficiência³, estomizados são considerados pessoas com deficiência na medida em que uma doença prévia gerou uma deficiência do sistema respiratório, digestivo e/ou excretor, sendo necessário o desvio cirúrgico dessas vias, podendo resultar em limitações a várias esferas da vida, tanto social, quanto pessoal.

Na presença de ostomia/estomia, abertura abdominal, criada cirurgicamente para redirecionar as eliminações intestinais e/ou urinárias, estomizados podem apresentar dificuldades em aceitar sua nova condição de vida, com diferentes graus de intensidade e repercussões, inclusive, nos aspectos relativos aos cuidados com a saúde sexual e reprodutiva⁴⁻⁵.

Devido às alterações na imagem corporal, a maioria das pacientes estomizadas apresenta dificuldades relacionadas à sexualidade, conseqüentes de algumas disfunções fisiológicas, como a diminuição ou perda da libido, dispareunia, entre outras e, dos sentimentos de insegurança e vergonha causada pela nova condição da mulher estomizada, que pode resultar em sensação de vulnerabilidade, de distanciamento do parceiro e do isolamento social⁶⁻⁷.

Para minimizar tais dificuldades, a Associação Internacional de Ostomizados preconiza o direito ao aconselhamento pré-operatório. Devem ser apresentados os benefícios da cirurgia; o fornecimento de apoio médico e de cuidados de Enfermagem especializados nos períodos pré e pós-operatório, tanto no hospital como na sua

comunidade; o apoio e a informação para o benefício da família, cuidadores e amigos, a fim de aumentar o entendimento sobre as condições e adaptações necessárias para se alcançar um padrão de vida satisfatório com um estoma⁸.

Em conformidade, a Portaria n°400, de 16 de novembro de 2009⁹, que estabelece as diretrizes nacionais para a Atenção à Saúde das Pessoas Ostomizadas no âmbito do Sistema Único de Saúde – SUS e classifica os serviços de atenção à saúde desse público específico, define entre suas atribuições a oferta de assistência especializada que envolva a educação para o autocuidado e, a avaliação das necessidades biopsicossociais gerais da mulher.

Um atendimento de apoio profissional e tecnológico além dos aspectos físicos, com vistas no estabelecimento dinâmico de suas necessidades biopsicossociais, representa o rompimento dos paradigmas reducionistas da saúde e permite facilitar o processo de adaptação da mulher sob a condição de estomizada¹⁰⁻¹².

Os aspectos físicos são aqueles referentes às mudanças fisiológicas na forma de eliminação das fezes e com todas as implicações decorrentes desta alteração, como o odor e o uso e troca de dispositivos coletores, cuidados de higiene e manejo da pele. São questões importantes para a etapa de adaptação e reabilitação mas, não corresponde a totalidade de necessidades básicas de cuidado a estomizada. Deve-se considerar igualmente, os aspectos psicológicos e sociais, que repercutem sobre o autoconceito da mulher e sobre a alteração da imagem corporal, levando à sensação de mutilação e rejeição de si mesmas e, muitas vezes, a uma visão reducionista do “ser”, diante da bolsa coletora¹³.

Estudos apontam, no entanto, que as orientações de saúde abordadas na assistência a estomizados, têm sido limitadas às questões referentes ao material utilizado e as maneiras de evitar lesão de pele^{10,12,14-17}, evitando-se com frequência, temas como a atividade sexual e, conseqüentemente, a manutenção da integridade do ser biopsicossocial^{9,11}.

Ao se desconsiderar a assistência à saúde sexual, o paciente deixa de ser atendido em sua integralidade¹¹. Desta forma, faz-se necessária, uma assistência baseada numa abordagem holística, que objetive o atendimento à todas necessidades. Contudo, em serviços especializados, comumente, observa-se um distanciamento na relação cliente-profissional, diminuindo a possibilidade da compreensão do ser estomizado em todas as dimensões do cuidar^{11,18}, uma possível conseqüência de uma práxis não dialogada.

Ao reconhecer o enfermeiro como um profissional prestador de cuidados em todas as circunstâncias da vida, espera-se que sua atuação abranja não apenas os cuidados específicos do estoma, mas também cuidados que envolvam a promoção da saúde sexual e reprodutiva de mulheres estomizadas, contribuindo com a efetivação das políticas públicas voltadas para essa área do cuidado^{10,19}.

Na condição de educador em saúde, o enfermeiro assume o importante papel de conduzir a sua assistência à promoção da saúde e ao estímulo da realização do autocuidado. Para tanto, faz-se necessário conhecer a realidade em que se situam os usuários e utilizar-se do diálogo, como meio para a inserção e a participação ativa dos mesmos, em seu processo de cuidado, oferecendo-lhes assim, subsídios para a tomada de decisão por hábitos, atitudes e práticas de vida e saúde ajustadas às suas necessidades^{14,19-21}.

Nesse contexto, as tecnologias educativas tem sido consideradas ferramentas facilitadoras do diálogo, do fortalecimento da relação cliente-profissional, bem como da formação de uma consciência crítica/orientada para uma vida saudável, para aqueles a quem se destina²¹⁻²².

Destarte, a efetivação dos cuidados de Enfermagem, na perspectiva da saúde sexual e reprodutiva de mulheres estomizadas, pressupõe o uso das tecnologias educativas como um caminho inovador para a informação em saúde²¹.

Conforme institui a Portaria nº 793, de 24 de abril de 2012²², a Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência no âmbito do SUS, prevê como um de seus objetivos específicos a produção e oferta de informações sobre direitos das pessoas, medidas de prevenção e cuidado e os serviços disponíveis na rede, por meio de cadernos, manuais e cartilhas.

Estudo realizado com 89 cuidadores familiares, usuários da Estratégia Saúde da Família - ESF da cidade de São Paulo, para avaliação da efetividade de uma cartilha educativa sobre os cuidados com a criança, mostrou que do total de 83 respostas obtidas, 60 familiares afirmaram que a mesma serviu como elemento fortalecedor da relação com os profissionais da ESF e para melhorar os conhecimentos sobre os cuidados básicos para o desenvolvimento das crianças²⁴.

Ainda na cidade de São Paulo, estudo experimental realizado na UTI de um hospital universitário, com o objetivo de analisar os efeitos do uso de um manual informativo sobre a compreensão das informações e comportamentos dos familiares nas visitas aos pacientes, evidenciou que, os familiares que receberam o material educativo

demonstraram maior compreensão e coerência das informações comumente ofertadas pela equipe assistente, maior domínio de termos técnicos, assim como comportamentos mais ativos durante a visita. Para o estudo, o uso da informação escrita sistematizada no contexto hospitalar colaborou para o esclarecimento dos familiares, reforçando seu sentimento de confiança na relação profissionais-pacientes e diminuindo seu sofrimento²⁵.

Outro estudo experimental, realizado com 185 gestantes de comunidades urbanas de Recife-PE, concluiu que o uso da intervenção educativa, do tipo cartilha impressa, obteve impacto positivo no efeito do aumento do nível adequado do conhecimento, da atitude, e da prática das gestantes, com relação à utilização dos alimentos regionais no autocuidado para uma alimentação saudável²⁶.

Percebe-se que a utilização de materiais educativos constitui excelente apoio complementar na orientação em saúde sob a perspectiva do autocuidado²¹. Segundo a Teoria do Déficit do Autocuidado²⁷ da teórica de enfermagem Dorothea Orem, o autocuidado é definido como o desempenho de atividades que o próprio indivíduo executa a seu benefício, para manter a vida, a saúde e o bem-estar, ajudando dessa forma a conservar sua integridade e funcionamento.

Entre as três categorias de requisitos de autocuidado apresentados pela teórica, aqueles relacionados ao desvio de saúde melhor refletem as exigências das mulheres estomizadas por tratarem da modificação do autoconceito e autoimagem e da necessidade de aprender a viver com os efeitos de condições patológicas e as consequências do tratamento no estilo de vida. A teoria delinea as ações de enfermagem para auxiliar o indivíduo na promoção do cuidado de si próprio e aponta a orientação e o ensino como dois dos métodos para o alcance dessa meta.

Este estudo está ancorado no sistema de apoio-educação proposto por Dorothea Orem. Considera-se que as exigências de ajuda do público a que se destina a cartilha educativa estão atreladas à tomada de decisão, ao controle do comportamento e à aquisição do conhecimento e habilidades necessárias para o autocuidado de sua saúde sexual e reprodutiva²⁷⁻²⁸.

Face ao exposto levantou-se a seguinte questão: Qual a validade de uma cartilha impressa como tecnologia educativa na promoção do autocuidado na saúde sexual e reprodutiva de mulheres estomizadas?

Para responder a tal questão decidiu-se pela realização do presente estudo a fim de contribuir para o fomento de orientações de saúde úteis para a melhoria da qualidade de vida dessa população-alvo, no campo da saúde sexual e reprodutiva.

1.1 JUSTIFICATIVA

A confecção dos estomas abdominais pode gerar mudanças além de disfunções físicas, repercutindo na satisfação das necessidades psíquicas e sociais e, até mesmo, espirituais do indivíduo estomizado, afetando muitos aspectos da sua sexualidade. Estudos apontam que estas alterações, em geral, estão relacionadas a distorções na auto-imagem, baixa auto-estima, medo, insegurança, vergonha e discriminação por parte do parceiro/famíliares, podendo culminar no isolamento social^{10-11,20}.

Faz-se imprescindível, portanto, o desenvolvimento de ações educativas em saúde voltadas para o processo de reabilitação e adaptação da pessoa estomizada em sua capacidade funcional e desempenho humano, de modo a contribuir para a promoção do autocuidado²⁹. Nesse sentido o uso de cartilhas como tecnologias de educação em saúde aparece como ferramenta facilitadora do processo de construção do conhecimento, numa perspectiva criativa, transformadora e crítica³⁰.

Em geral, as cartilhas são tomadas como referência a respeito do tema abordado em seu conteúdo. Representam a verdade, a credibilidade informativa e têm a função normativa de mostrar ao indivíduo como se deve agir diante das relações e ações sociais³¹.

A partir do conceito da pedagogia da inclusão³² em atividades educativas de saúde, o uso das cartilhas educativas reforça uma postura humanista de respeito às diferenças, compreensão das singularidades e equidade da oportunidade de cuidado para todos, considerando ser um recurso tangível, atemporal, de fácil acesso e grande aplicabilidade para aquele a que se destina, com utilização possível até mesmo em seu domicílio.

Acredita-se, assim, que o desenvolvimento de uma cartilha educativa, em consonância com as diretrizes de cuidado à pessoa com estomia, poderá beneficiar o autocuidado desse público específico, visto que a comunicação em saúde escrita facilita o processo educativo ao permitir a decodificação e a assimilação da informação capaz de lhe possibilitar a superação de eventuais dificuldades no cuidado em saúde^{30,31,33}.

2 Objetivos

2 OBJETIVOS

2.1 Objetivo Geral

- Validar uma cartilha educativa como tecnologia de saúde para a promoção do autocuidado na saúde sexual e reprodutiva de mulheres estomizadas.

2.2 Objetivos específicos

- Construir uma cartilha educativa impressa direcionada para a promoção do autocuidado na saúde sexual e reprodutiva de mulheres estomizadas;
- Validar o conteúdo da cartilha educativa com juízes-especialistas;
- Validar a aparência da cartilha educativa com o público-alvo.

3 Revisão de literatura

3 REVISÃO DE LITERATURA

Esta revisão de literatura foi construída para explicitar os principais aspectos abordados na cartilha educativa, tendo também por finalidade, facilitar a compreensão e contextualizar os itens pesquisados no desenvolvimento desta dissertação.

3.1 Saúde Sexual e Reprodutiva do Indivíduo Estomizado

3.1.1 Aspectos conceituais e históricos das estomias

Os vocábulos estomia ou ostomia são utilizados para indicar a exteriorização de origem cirúrgica, de qualquer víscera oca através do corpo, podendo ser temporária ou definitiva³⁴.

A literatura aponta o termo ostomizado para designar a pessoa que é portadora de um ostoma e, mais recentemente, também é comum ser utilizando as palavras estoma e estomizado³².

O uso dos termos “estomia” ou “ostomia” foi indagado em 2004, pela Sociedade Brasileira de Estomaterapia (SOBEST) tendo em vista o uso corrente da palavra “ostomia” no meio assistencial e científico. Em consulta à Academia Brasileira de Letras (ABL), obtive o esclarecimento de que as expressões “estoma” e “estomia” provêm do grego *stoma*, que significa boca, abertura. Quando iniciam palavra, são feitas com “e” inicial (estoma), não “o” (ostoma). Desde então, a SOBEST passou a adotar e difundir no universo científico a palavra “estomia”, enquanto a Associação Brasileira de Ostomizados (ABRASO) permaneceu utilizando “ostomia”, devido ao uso freqüente e historicamente familiarizado entre pacientes e com isso, sua visibilidade na indicação para políticas públicas³³.

Para esse trabalho, optou-se pelos termos “estomia”, “estoma” e “estomizado(a)s” devido ao seu emprego estar mais comumente presente no meio científico e acadêmico.

Considerando que os estomas designam a exteriorização de uma víscera oca através do corpo, sua denominação depende do local de onde provêm. Para os estomas intestinais têm-se as jejunostomias (jejuno), ileostomias (íleo) e colostomias (cólon), previstas no tratamento de várias doenças que incluem o câncer colorretal, doença diverticular, doença inflamatória intestinal, incontinência anal, colite isquêmica,

polipose adenomatosa familiar, megacólon, infecções perineais graves, proctite actínica e a Doença de Crohn ou ainda devido a casos de traumas abdominais. As estomias intestinais são mais frequentes na prática clínica, havendo outros como as gastrostomias (estômago), traqueostomias (traquéia) e esofagostomias (esôfago) com diferentes funções e indicações³⁷⁻³⁸.

Os estomas urinários ou urostomias, compreendem as ureterostomias (ureter) e nefrostomias (rim) são realizadas com a finalidade de manutenção da filtração renal, ou quando por doença neoplásica ou destruição tecidual, os condutos urinários necessitam ser removidos³⁹.

Em nosso trabalho, demos ênfase aos cuidados de pessoas com estomias de eliminação intestinal e urinária, visto serem os mais comuns.

Ao longo da história, a criação de um estoma é a mais antiga operação realizada sobre o aparelho digestivo⁴⁰ e remonta desde os tempos bíblicos (em 350 a.C). Já naquela época, Praxógoras de Kos, curandeiro da cidade de Moab, teria realizado uma cirurgia de trauma abdominal no Rei Eglon, que foi ferido por um de seus empregados, que com uma adaga apunhalou o rei fortemente no ventre, expondo suas vísceras pela ferida. Praxógoras realizou uma técnica ainda desconhecida, em que criara uma abertura no local do ferimento e por essa abertura passavam dejetos, conseguindo assim salvar a vida do rei de Moab⁷.

Na história atual, o primeiro estoma, estritamente planejado foi uma cecostomia, realizado na França, em 1776, por Pilore, em um vendedor de vinho com obstrução total, secundária a um carcinoma do reto. O sucesso inicial foi dramático, no entanto o paciente morreu no seu décimo segundo dia de pós-operatório, devido uma alça de intestino delgado gangrenada³⁷.

Em 1793, na França, Duret, um cirurgião militar, descreveu a primeira estomia de sucesso. Ele realizou uma colostomia na fossa ilíaca esquerda, no cólon sigmóide, numa criança com 3 dias de idade, com ânus imperfurado. Ele baseou sua decisão por crer que era mais prudente empregar um método ainda não comprovado que deixar o paciente morrer. Após a cirurgia observou-se a primeira complicação, um prolapso, porém, o bebê sobreviveu à cirurgia e viveu por mais quarenta e cinco anos.

Alguns anos mais tarde, o Professor Fine, cirurgião em Genebra, realizaria a primeira colostomia transversa em alça, numa mulher com 63 anos, devido a câncer de reto, no entanto, não obteve o mesmo sucesso já que a paciente sobreviveu por apenas três meses.

A técnica da colostomia em alça com um suporte externo (bastão de borracha), passado através do mesentério a fim de fixar a estomia e auxiliar a sua estabilidade e cicatrização, foi introduzida por Maydl em 1884.

No final do século XIX, os cirurgiões passaram a realizar a colostomia como técnica de proteção para linhas de sutura em anastomose e ressecção de câncer de cólon⁴¹.

A partir do século XX a intervenção havia evoluído até o ponto em que o paciente podia ser curado da doença, mas, se exigia que vivesse com uma colostomia permanente. Desde então, ocorreram grandes desenvolvimentos das técnicas cirúrgicas, bem como de novas tecnologias a serem usufruídas pela pessoa estomizada, o que tem possibilitado uma melhoria significativa na qualidade de vida desses pacientes⁴².

Dentro do contexto histórico é relevante também relatar alguns dados sobre a criação dos núcleos e associações de estomizados. A primeira referência de uma associação data de 1951, na Dinamarca.

A construção de estomas ainda era tecnicamente fraca, não existindo uma infraestrutura de enfermagem. Em 1954, a enfermeira Norma N. Gill, após vivenciar dificuldades no seu autocuidado e experiências negativas durante a sua hospitalização após confecção de uma ileostomia, secundária a uma doença inflamatória crônica, decide entregar-se à nobre missão de educar os doentes na sua situação, contactando vários cirurgiões. Assim, em 1961, o Dr. Rupert Turnbull, cirurgião responsável por sua cirurgia a capacitou como a primeira terapeuta em estoma e com sua ajuda, no ano seguinte, criou a primeira associação para estomizados, a United Ostomy Association. A partir da qual diversas outras associações foram oficializadas, culminando com a criação da Internacional Ostomy Association (IOA), em 1974, nos Estados Unidos⁴³.

No Brasil, em 1975, o clube de colostomizados do estado do Ceará, criado pelo médico proctologista Pedro Henrique Saraiva Leão, deu origem a primeira associação do país, denominada Clube dos Ostomizados do Brasil. Alguns anos depois, foi criado o Centro Paulista de Assistência ao Colostomizado do Estado de São Paulo, hoje denominado Associação de Ostomizados do Estado de São Paulo.

Posteriormente, outras associações foram surgindo pelo país afora. Atualmente os pólos de apoio à pessoas estomizadas estão hierarquicamente ligados as Associações Estaduais e Regionais dos estomizados, que se encontra filiada a Associação Brasileira de Ostomizados (ABRASO) e conseqüentemente, a International Ostomy Association (IOA)⁴⁰.

As associações de estomizados compõem as redes sociais de suporte da pessoa com estomia, somando-se ao parceiro, familiares, amigos e profissionais de saúde, são importantes como um sistema de apoio, onde elas possam compartilhar idéias e valores e articular interesses e objetivos em comum. Em Pernambuco, a Associação dos Ostomizados do Estado de Pernambuco - AOSPE existe em parceria como Programa de Assistência ao Estomizado do Recife desde 1984, e é gerenciada por pessoas estomizados que defendem e aproximam a vivência entre estomizados e com o grupo de profissionais de saúde do Programa, com o intuito de oferecer apoio, a partir de projetos, capacitação, palestras e cursos.

Por meio das associações, organismos nacionais ou internacionais, principalmente as associações como a ABRASO, a IOA e a United Ostomy Association (UOA) podem ser obtidos dados estatísticos diretos acerca da prevalência dos estomas. Publicações científicas sobre essa clientela em estudos de caracterização demográfica e clínica, corroboram para a obtenção dessas informações.

Informações indiretas provêm dos dados epidemiológicos das causas dos estomas, principalmente as neoplasias malignas, as doenças inflamatórias intestinais e as causas externas, como os traumas decorrentes de acidentes de trânsito e ferimentos por armas brancas ou de fogo. O crescente aumento de incidência das causas externas têm representado percentual importante como motivo da confecção de estomas, principalmente no meio urbano, alterando o perfil de pessoas estomizadas, que antes era predominantemente constituído por idosos, apresentando um número crescente de homens e mulheres adultos jovens⁴⁴.

Embora não existam dados definitivos sobre o número de estomizados no Brasil, algumas estimativas podem ser feitas a partir de informações disponibilizadas por estes órgãos. Segundo a IOA, no mundo, há cerca de 1 estomizado para cada 1000 habitantes, em países com um bom nível de assistência médica, podendo ser bem superior nos países menos desenvolvidos. Essa estimativa foi baseada em coleta de dados feita junto aos países membros da organização, constatando-se ausência de muitas respostas. Projetando-se essa estimativa para o nosso país e tendo-se como base o censo de 2000 - quando a população total era de 169799170 pessoas - teríamos cerca de 170 mil estomizados⁴⁵.

Segundo o levantamento da ABRASO, em 2003 havia 34262 pessoas estomizadas, em 23 estados brasileiros, cadastrados junto às associações estaduais, dos quais 53% eram mulheres. Número bastante abaixo não só das estimativas

internacionais quanto na comparação com outros países, com nível de desenvolvimento similar. Ainda que incipientes, dados recentes mostram um crescimento significativo nos últimos 10 anos. Em Pernambuco, a estimativa segundo a ABRASO, que era de 720 pessoas com estomia para o ano de 2003, quase dobrou nos últimos anos, sendo atendidos atualmente cerca 1200 estomizados conforme aponta o número de cadastros ativos do Programa de Atendimento a estomizados do estado de Pernambuco.

Embora os esforços das associações e os avanços de pesquisa na assistência a estomizados, ainda há grande escassez de informes epidemiológicos, tanto em estatísticas nacionais como internacionais, resultando em um déficit de dados atualizados, que possam ser utilizados como base sólida para o planejamento estratégico de cuidados a esse público-alvo⁴⁶.

Ademais, considerando o elevado número de pessoas portadoras de algum tipo de estomia, faz-se relevante o desenvolvimento de estudos que abordem as repercussões que essas cirurgias ocasionam, quanto aos hábitos alimentares, à falta de controle voluntário das eliminações de urina, fezes e gases, higiene pessoal e à atividade sexual⁴⁷⁻⁴⁸.

3.1.2 Saúde Sexual e Reprodutiva – Aspectos da Sexualidade do Estomizado

A pessoa que é submetida a uma estomia se depara com profundas mudanças na sua vida, pois a cirurgia da qual resulta uma ostomia, influencia nos conceitos sociais, tais como: beleza, corpo, sexualidade, higiene e autocontrole. Ao nível da sexualidade essas alterações podem ser psicológicas ou físicas⁴⁹⁻⁵⁰.

Em pacientes com colostomia, a ressecção do reto⁵¹ pode resultar em danos à nível dos nervos genitais, ocorrendo nos homens disfunção erétil ou impotência, e nas mulheres a dispareunia e diminuição da libido. A explicação para esta disfunção reside nas cicatrizes resultantes da cirurgia na região pélvica ou por consequência de tratamentos radioterápicos, que podem criar um espessamento da pele à volta da vagina e assim originar a constrição do canal vaginal e diminuição da lubrificação, resultando em dores durante a relação sexual. A diminuição de produção de estrogênios relacionada com a idade ou com a remoção cirúrgica dos ovários pode contribuir para a uma lubrificação insuficiente da parede vaginal⁵².

Boa parte das dificuldades sexuais também pode ter origem psicológica, relacionadas ao sentimento de vergonha, sensação de estar constantemente sujo,

autoconceituação como um ser mutilado e incompleto e, uma autopercepção de anormalidade resultando em grandes mudanças de atitudes consigo mesmo e para com o(a) parceiro(a). Surge ainda em mulheres, o medo e o tabu sobre a capacidade de engravidar e de manutenção de uma gestação na presença da estomia abdominal⁶.

Pode-se assim afirmar que uma pessoa que é submetida a uma estomia intestinal, passa por um processo de aquisição de uma deficiência. Esta, por sua vez, pode ser compreendida como um fenômeno, que embora se manifeste individualmente, é construído socialmente, pois em cada contexto social e histórico a que se está inserido, o indivíduo assume uma representação singular dos julgamentos sociais sobre as diferenças que consideram o corpo ou comportamento disfuncional, como algo atípico, tal qual ocorre em estomizados¹³.

Dadas as considerações acima, justifica-se o reconhecimento dado pelo Conselho Nacional da Pessoa com Deficiência - CONADE, pelo seu Decreto nº. 5.296 de 02 de dezembro de 2004⁵³ a indivíduos estomizados como pessoas com deficiência, legitimando que sejam garantidas a estes, condições gerais como, a acessibilidade em condição para utilização com segurança e autonomia, total ou assistida, dos espaços, mobiliários, equipamentos urbanos, edificações, serviços de transporte, dispositivos, sistemas, meios de comunicação, direitos e informação.

Assim, é possível entender a vulnerabilidade da pessoa estomizada em experimentar alterações de ordem física e emocional, ante a condição de deficiência decorrente da imagem corporal distorcida, o que faz com se sinta diferente, excluída e experimente um senso de rejeição³.

Repercussões na autoestima e no autoconceito, resultantes da alteração da imagem corporal, são frequentes. Muitas vezes o paciente incorpora o estigma social, tendo dificuldade na própria aceitação e no processo de adaptação⁵⁴. Além da estomia e da bolsa coletora, fenômenos sensoriais relacionados à eliminação involuntária dos flatos, ao odor, ao som, receio de derrame durante a relação sexual são situações influentes ocasionadoras de vergonha, embaraço e humilhação. Esses são identificados como símbolos de poluição e sujeira⁵⁵.

A imagem corporal é definida como a maneira como nos vemos e a maneira como os outros nos veem⁵⁶. O processo de construção de imagem corporal de uma pessoa com deficiência adquirida, assim como em estomizados, resulta na maioria dos casos, na percepção de inferioridade de si mesmo em relação ao outros que não possuem deficiência. O autoconceito de corpo desfavorável pode resultar numa baixa na

autoestima e provocar nos indivíduos a idéia de que são menos atrativos para os seus parceiros(as).

Estudo identificou que a preocupação com a alteração física e a percepção do parceiro é maior em mulheres estomizadas que em homens estomizados. A pessoa vivenciando a condição de estomizado sente necessidade de ser confortada, aceita, e acolhida pelo(a) parceiro(a), diante disso, a demonstração de desejo sexual por parte deste(a) pode significar um apoio à sua autoaceitação⁵⁷.

Nestes casos é importante que o casal mantenha a relação pautada no diálogo, para que sejam esclarecidos os medos e as dúvidas sobre a sexualidade, possibilitando aos companheiros(as) ajudar a lidar melhor com a nova condição, pois na maior parte dos casos é a falta de informação do parceiro(a) que o(a) inibe⁵².

Em conformidade, estudos reforçam a necessidade de informações a respeito da saúde sexual da pessoa estomizada e o(a) seu(a) parceiro(a) sexual, pois o período inicial de pós-estomia pode configurar-se como um período de crise, onde tanto o estomizado como o parceiro necessitam adaptar-se à nova condição⁵⁴.

No enfrentamento das mudanças e tentativa de procurar o seu bem-estar total, o indivíduo torna-se flexível, para poder adaptar-se e manter-se saudável, necessitando para isso contar, também, com a ajuda dos profissionais de saúde na aquisição de informações úteis para o resgate do autocuidado.

Nesse contexto, cabe ao enfermeiro, educador em saúde por excelência, sendo o profissional que comumente estabelece relação de maior aproximação com os clientes, a compreensão dessas mudanças, para desenvolver um plano de cuidados adequado ao preparo do cliente para o convívio com a estomia. Ações de educação em saúde de enfermagem no campo da saúde sexual e reprodutiva representam estratégias humanizadas de auxílio no enfrentamento desta problemática^{17,29}.

A saúde sexual e reprodutiva, por sua vez, relaciona-se com a formação estrutural e social das famílias, a medida que trata das questões inerentes à concepção e contracepção, das doenças ligadas aos aparelhos reprodutivos de mulheres e homens e, entre outras, da sexualidade propriamente dita.

Em 1994, na Conferência Internacional sobre População e Desenvolvimento⁵⁸, foram definidos os conceitos de saúde sexual e saúde reprodutiva atualmente reconhecidos pela Organização Mundial da Saúde - OMS:

A saúde sexual pressupõe uma abordagem positiva à sexualidade humana. Consiste na integração dos aspectos

somáticos, emocionais, intelectuais e sociais do ser sexual, de maneira a enriquecer positivamente e a melhorar a personalidade, a capacidade de comunicação com outras pessoas e o amor. O propósito dos cuidados da saúde sexual deveria ser o melhoramento da vida e das relações interpessoais, e não meramente orientação e cuidados relacionados à procriação e doenças sexualmente transmissíveis. A saúde reprodutiva é “um estado de completo bem-estar físico, mental e social em todas as matérias concernentes ao sistema reprodutivo, suas funções e processos, e não apenas mera ausência de doença ou enfermidade. A saúde reprodutiva implica, por conseguinte, que a pessoa possa ter uma vida sexual segura e satisfatória, tendo a capacidade de reproduzir e a liberdade de decidir sobre quando e quantas vezes deve fazê-lo”

Considerando que a atenção integral à saúde da mulher compreende o atendimento à mulher a partir de uma percepção ampliada de seu contexto de vida, do momento em que apresenta determinada demanda, assim como de sua singularidade⁵⁹, a Política de Atenção Integral à saúde da mulher – PAISM² contempla também outros aspectos da saúde sexual e reprodutiva: o planejamento familiar; a assistência clínico-ginecológica voltada para o aperfeiçoamento do controle pré-natal, do parto e puerpério; a abordagem dos problemas presentes desde a adolescência até a terceira idade; o controle das doenças sexualmente transmissíveis – DST, do câncer cervicouterino e mamário; e assistência para concepção e contracepção, além das questões concernentes à esfera da sexualidade.

Entende-se que atividades educativas voltadas para a promoção da saúde de mulheres estomizadas, com foco na informação de direitos e estímulo à adoção de comportamentos sexuais e reprodutivos seguros, corroboram com um dos objetivos gerais do PNAISM, de promover a melhoria das condições de vida e saúde das mulheres, mediante a garantia de direitos legalmente constituídos e ampliação do acesso aos meios e serviços de promoção, prevenção, assistência e recuperação da saúde em todo território brasileiro^{2,60}.

Diante desse cenário, em consonância com os direitos humanos fundamentais à saúde sexual e reprodutiva e com políticas públicas de saúde, como a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher (PNAISM), que incentivam a implementação de ações de saúde que contribuam para a garantia dos direitos humanos das mulheres, faz-se relevante a abordagem à saúde sexual e reprodutiva de mulheres estomizadas, tendo

em vista sua vulnerabilidade ante a escassez de informação para o autocuidado nos aspectos da vivência da sexualidade após a estomia.

3.2 Autocuidado na Promoção da Saúde do Estomizado – Uma reflexão segundo os postulados teóricos de Dorothea Orem

O autocuidado foi mencionado pela primeira vez, no campo da enfermagem, em 1958, quando a enfermeira Dorothea Elizabeth Orem passou a refletir acerca do porque os indivíduos necessitam do apoio da enfermagem e como podem ser ajudados por ela⁶¹.

Orem definiu o autocuidado como o cuidar de si mesmo, o desempenho ou a prática de atividades aprendidas, visto não ser uma habilidade instintiva, orientadas por metas que os indivíduos realizam em benefício próprio para manter a vida, a saúde e o bem estar⁶², garantindo assim a integridade estrutural e o bom funcionamento do corpo⁶³.

Podendo ainda ser compreendido como, a capacidade do indivíduo de realizar todas as atividades indispensáveis para viver e sobreviver, sendo estas necessidades físicas, psicológicas e espirituais¹⁶.

Seu postulado sobre o autocuidado é contemporâneo dos conceitos de promoção e manutenção da saúde e, comparável à saúde holística, à medida que, de igual forma, promove a responsabilidade do indivíduo pelo cuidado da saúde. Isto é especialmente relevante na atualidade, visto que a alta hospitalar vem sendo antecipada, aumentando a demanda de cuidados em casa e dos serviços ambulatoriais.

A partir de sua reflexão sobre o conceito de autocuidado, formulou a sua Teoria Geral de Enfermagem, a Teoria de enfermagem do Déficit de Autocuidado, composta por três construtos teóricos inter-relacionados: Teoria do Autocuidado, Teoria do Déficit do Autocuidado e Teoria dos Sistemas de Enfermagem. A idéia central dos três construtos resume-se como, respectivamente: definição do autocuidado e seus fatores condicionantes, avaliação da necessidade da enfermagem na provisão do autocuidado e a determinação de como essas necessidades podem ser supridas pela ação da enfermeira, do indivíduo, ou de ambos. Dessa forma, a essência de sua teoria consiste em ajudar o cliente a desempenhar o autocuidado⁶².

Uma das mais conhecidas e aplicadas teorias na prática da enfermagem nacional e internacional, a Teoria do Déficit de Autocuidado de Orem tem sido base de grande

utilidade no planejamento e execução do processo de enfermagem, tendo em vista o foco nas necessidades de indivíduos, famílias e comunidades^{16,64}, contribuindo para individualização, humanização e qualificação da assistência de enfermagem, além de promover o autoconhecimento, autocontrole e a participação dos clientes no próprio cuidado.

Segundo seu modelo teórico, o processo de Enfermagem consiste em uma estratégia para determinar quais e o porquê das necessidades de autocuidado do indivíduo, que cuidados são necessários para suprir essas necessidades, bem como o papel que o enfermeiro, o indivíduo, a família ou a comunidade desempenharão para suprir a demanda de autocuidado⁶⁵⁻⁶⁶.

Se referir ao ensino do autocuidado, na prática de enfermagem, é importante se reportar à Teoria do Déficit de Autocuidado de Orem. A autora considera a educação para o autocuidado um processo dinâmico que depende da vontade do cliente e da percepção dele sobre sua condição clínica⁶².

O seu primeiro constructo, a Teoria do Autocuidado refere-se à capacidade humana engajar-se no cuidado de si mesmo, às demandas terapêuticas de autocuidado e aos requisitos para o desempenho do autocuidado, abordando as práticas de cuidados realizados pelo indivíduo, com a finalidade de manutenção da saúde e do bem-estar⁶⁵⁻⁶⁸.

Os requisitos ou exigências de autocuidado são definidos como as ações dirigidas para a provisão de autocuidado, sendo classificados por Orem em três categorias: os universais (atividades de vida diária), os de desenvolvimento (associados aos efeitos do ciclo vital e das influências das relações humanas) e os de desvio de saúde (exigidos em condição de doença, lesão ou na reabilitação de seus efeitos)^{62,16}.

A complexidade e coerência dos postulados descritos nesta teoria podem ser aplicados como referencial teórico em diversos cenários do cuidar e do ensino para o autocuidado, dentre estes, destacamos a situação vivenciada por pacientes estomizados.

A presença da estomia abdominal, uma comunicação artificial entre os órgãos ou vísceras até o meio externo para drenagens, eliminações ou nutrição⁶⁷ como resultado da medida terapêutica utilizada, determina profundas alterações na autoimagem, autoconceito e autoestima da pessoa, as quais se expressam por desajustes físicos, psicológicos e sociais que, se não devidamente trabalhados, influenciarão a efetividade do processo de reabilitação⁶⁹. Dentre as mudanças enfrentadas pelo estomizado, a manutenção das relações interpessoais e da sexualidade costumam ser as mais evidentes e, em geral, estão associadas⁷⁰.

Neste contexto, o requisito de desvio de saúde ganha peculiar destaque, visto que compõe a modificação do autoconceito e autoimagem, o que implica a aceitação de um novo estado de saúde e um novo ou adaptado estilo de vida com a aquisição de específicas necessidades e formas de desempenhar o autocuidado e enfrentamento das mudanças decorrentes da doença ou tratamento⁶⁶.

O constructo da teoria do déficit do autocuidado é um dos conceitos chaves da teoria geral de enfermagem de Orem, pois delinea quando a enfermagem é necessária para auxiliar o indivíduo a providenciar o autocuidado, como por exemplo, em situações em que o indivíduo necessite de ajuda para se recuperar de uma doença ou lesão, ou reabilitar-se diante de seus efeitos. Para tanto, a teoria identifica cinco métodos de ajuda, sendo: agir ou fazer para o outro; guiar e orientar o outro; apoiar o outro; proporcionar um ambiente que promova o desenvolvimento pessoal, tornando-se capaz de satisfazer demandas futuras ou atuais de ação; e ensinar ao outro⁶⁸.

A enfermeira pode auxiliar o indivíduo usando um ou todos os métodos de apoio para o preenchimento da demanda de autocuidado⁶², no entanto, destacam-se os métodos relacionados ao ensino e orientação como recursos práticos para o desenvolvimento da autonomia, elemento fundamental à assistência e à educação em saúde.

O terceiro constructo de sua teoria, o sistema de enfermagem, consiste no planejamento do processo de trabalho do profissional baseado nas necessidades de autocuidado e na capacidade do paciente para a execução de atividades de autocuidado⁶². Para satisfazer os requisitos de autocuidado do indivíduo, Orem identificou três classificações de sistemas de enfermagem: o sistema totalmente compensatório, o sistema parcialmente compensatório e o sistema de apoio-educação.

Entende-se por sistema de enfermagem totalmente compensatório a situação em o indivíduo é incapaz de empenhar-se nas ações de autocuidado. O enfermeiro vai atuar dentro da limitação do paciente, conseguindo o autocuidado mediante a compensação de sua incapacidade através do apoio e da proteção ao paciente. O sistema de enfermagem parcialmente compensatório está representado por uma situação em que, tanto o enfermeiro, quanto o paciente, executa medidas ou outras ações de cuidado que envolve tarefas de manipulação ou de locomoção. Por sua vez, o sistema de enfermagem de apoio-educação ocorre quando o indivíduo pode e deve executar seu próprio autocuidado. Nele, o enfermeiro contribui oferecendo informações e orientações de cuidado úteis para que o indivíduo possa ser um agente capaz de se autocuidar⁷².

Ao considerar-se que a meta da enfermagem é aumentar a capacidade de autonomia em satisfazer suas necessidades, o ensino através do sistema de apoio-educação da teoria de Orem é um processo interativo de ensino-aprendizagem entre enfermeiro-cliente e que consiste em um conjunto de ações conscientes e deliberadas, que ajudam os indivíduos a ganhar novos conhecimentos, mudar atitudes, adotar novos comportamentos e realizar novas habilidades ou resgatar habilidades perdidas^{19,73}.

Nesse sentido, o ensino do autocuidado aos estomizados abdominais objetiva o seu aprendizado, para aquisição de novos conhecimentos, atitudes, comportamentos e habilidades ante a sua nova condição de vida, capazes de auxiliá-lo em seu processo de adaptação na vivência e desempenho de qualquer de suas necessidades básicas, tais como: a alimentação, a provisão de cuidados relativos aos processos de eliminação e os excrementos, como a troca da bolsa coletora, a manutenção do equilíbrio e interação social, estritamente influenciados pelo autoconceito e pela imagem corporal, com forte impacto na vivência da sexualidade⁶⁹.

Assim, a enfermeira (educador) identifica e avalia as necessidades do paciente estomizado (educando), por meio de uma comunicação dialógica e coparticipativa^{19,73} e do uso de métodos válidos para o preenchimento das demandas terapêuticas de autocuidado⁶².

Ao aplicar a teoria do autocuidado, do déficit do autocuidado e dos Sistemas de Enfermagem a pacientes portadores de estomias intestinais, Mendonça et al⁷⁴ observam, no período pós-operatório, a ocorrência de dificuldades em aceitar a nova condição de estomizado, e o déficit de conhecimentos sobre o cuidado com o estoma.

Na prática diária, os cuidados de enfermagem às pessoas portadoras de estomia intestinal pretendem estabelecer o resgate da autonomia do próprio corpo através de uma relação efetiva de cuidado, uma reflexão sobre essa vivência e a maneira pela qual é possível contribuir para melhorar a assistência, facilitando a reabilitação e estimulando o autocuidado eficiente. De uma maneira geral, a enfermagem determina as demandas terapêuticas de autocuidado junto ao cliente estomizado e o ensina a aprender a lidar com uma nova condição de anatomia e funcionamento de si mesmo, retomando sua identidade pessoal e coletiva¹⁹.

3.3 Tecnologias Educativas em Saúde

O termo tecnologia possui como definição etimológica “*tecno*” que vem de *techné*, que é o saber fazer, e “*logia*” que vem de logos razão, ou seja, significa a razão do saber fazer⁷⁶, podendo ainda ser compreendida como um conjunto de conhecimentos, pressupostos e fazeres relacionados a produtos e materiais aplicados a determinadas especialidades, que permitem aos indivíduos pensar, refletir, agir, tornando-os protagonistas de seu processo de existência⁷⁷⁻⁷⁸. A produção tecnológica nasce da necessidade (o porquê, pra que e para quem é importante solucionar um problema), da utilização do conhecimento (o saber que orienta uma nova alternativa para solucionar o problema) e da criatividade (capacidade de encontrar alternativas para a resolução do problema existente)⁷⁹.

Classificadas de acordo com seu conteúdo, natureza ou emprego, as tecnologias podem ser incorporadas a mercadorias (tecnologia de produto) e/ou fazer parte de um processo (tecnologia de processo). Nessa compreensão, podem se tratar de um processo que envolve diferentes dimensões, do qual resulta um produto, que pode ser um bem durável, uma teoria, um novo modo de fazer algo, em bens ou produtos simbólicos⁸⁰.

As tecnologias advindas do ato de cuidar baseiam-se no conhecimento técnico e científico, na observação do cotidiano e na manutenção do bem-estar do sujeito cuidado, a fim de definir terapêuticas e processos de trabalho, constituindo-se em instrumentos para realizar ações de promoção da saúde⁸¹⁻⁸².

A tecnologia como elemento constituinte do processo de trabalho em saúde foi discutida inicialmente por Gonçalves⁸³, ao analisar criticamente o pensamento contemporâneo e o significado reduzido do termo tecnologia como sendo um conjunto de instrumentos do trabalho em saúde, passando, então, a ser analisada tanto como a construção do saber, como por seus desdobramentos materiais e não materiais, aparecendo na forma como se estabelecem as relações e o modo como se dá o cuidado²⁸.

Na área da saúde, as tecnologias foram agrupadas em três categorias⁸⁴: leve, leve-dura e dura, a saber: leve, quando se retrata relações de vínculo e acolhimento; leve-dura, quando se refere aos conhecimentos bem estruturados, como o processo de enfermagem, as teorias e os modelos de cuidado; e dura, quando envolvem os equipamentos tecnológicos do tipo máquinas, normas, protocolos, instrumentos e recursos didáticos²⁸.

A apropriação de tecnologias, em particular aquelas entendidas como duras, é considerada como fundamental para cuidar e assistir, pois elas contribuem sobremaneira na ampliação da capacidade natural de sentir, embora exija da enfermagem um alto grau de qualificação profissional⁸⁵.

O cuidado de Enfermagem e a tecnologia estão interligados, uma vez que a enfermagem está comprometida com princípios, leis e teorias, e a tecnologia consiste na expressão desse conhecimento científico, e em sua própria transformação⁸⁶.

Dessa forma, o uso de tecnologia permeia todas as etapas de cuidado de enfermagem, sendo considerados, simultaneamente, processo e produto, não devendo ser vista apenas como algo concreto, como um produto palpável, mas como resultado de um trabalho que envolve um conjunto de ações abstratas ou concretas que apresentam uma finalidade, nesse caso, o cuidado em saúde. Faz-se necessário, saber qual a finalidade do cuidado de enfermagem em questão, para então, compreender que tipo de estratégia, recurso ou tecnologia deve ser empregada para o alcance do cuidado eficaz⁸⁷.

Na condição de ciência promotora do cuidado, a enfermagem deve apoderar-se das tecnologias e engajar-se no desenvolvimento ou aperfeiçoamento das já existentes para subsidiar as ações de cuidado e elevar a qualidade da assistência prestada⁸⁸⁻⁸⁹. O enfermeiro é um dos profissionais de saúde com competência técnico-científica para desenvolver e validar práticas educativas individuais e/ou coletivas a fim de promover melhorias na assistência da população⁹⁰.

O primeiro registro de exposição de desenvolvimento tecnológico realizado pela enfermagem ocorreu em Brasília, no ano de 1992 durante o Congresso Brasileiro de Enfermagem (CBEn) promovido pela Associação Brasileira de Enfermagem (ABEn), sendo a partir de então, um evento com espaço divulgador de tecnologias e inventos por enfermeiros⁹¹.

Atualmente, embora não seja majoritariamente composto por artefatos e inventos, o crescimento substancial da aplicação das tecnologias por enfermeiros, nos últimos anos^{86,92} inclui estratégias e estruturação de materiais didático-pedagógicos capazes de auxiliar o processo de trabalho na promoção do cuidado⁷⁹ tais como: álbum seriado, cartilha, manuais e folhetos informativos, recursos eficazes na transmissão da mensagem entre educador e educando⁹³ e dinamizadores das atividades educativas⁹⁴.

As tecnologias educativas em saúde têm a finalidade de contribuir com as ações de ensino-aprendizagem e mediar práticas educacionais em comunidade e/ou com tipos específicos de usuários. Para a produção e validação de novas tecnologias é necessário

que se desenvolvam estudos que possam conhecer os interesses da comunidade, a fim de atender melhor ao objetivo a que se pretende, sendo então adequados para a realidade local e as necessidades do público a quem se destina, podendo ser utilizados por um maior número de sujeitos de forma equivalente⁸⁷.

Os materiais educativos impressos, como cartilhas educativas, são reconhecidamente utilizados como tecnologias facilitadoras do processo de ensino-aprendizagem no processo de aquisição, aproveitamento e aprofundamento de conhecimentos, de domínio de habilidades e de tomada de decisão. Seu uso é justificado tendo em vista, o reforço às orientações verbais, servindo como guia de informações no caso de dúvidas posteriores e auxiliando o enfrentamento e solução de problemas de saúde pelo próprio usuário³⁰.

Considerando as prerrogativas das Diretrizes Nacionais para a Atenção à Saúde das Pessoas Ostmizadas no âmbito do Sistema Único de Saúde – SUS que definem, entre outras ações, a oferta de orientação qualificada, que envolva uma educação para o autocuidado, uma avaliação das necessidades biopsicossociais gerais do indivíduo e realização de atividades educacionais para a reabilitação da pessoa com estomia⁹, a adoção de iniciativas voltadas para a construção e validação de tecnologias educativas, baseadas nas necessidades de informação do público-alvo e respaldadas por pressupostos teóricos e metodológicos do conhecimento de enfermagem, contribui para o crescimento e fortalecimento de estratégias de cuidado dessa população.

4 Método

4 MÉTODO

4.1 Tipo de estudo

Trata-se de um estudo metodológico. Tal estudo possui foco no desenvolvimento, na avaliação e no aperfeiçoamento de instrumentos e estratégias metodológicas. Consiste na utilização de maneira sistemática dos conhecimentos existentes para elaborar um instrumento confiável e preciso, que possa ser utilizado por outros pesquisadores e pelo próprio público a que se destina⁹⁵. Refere-se ainda, a métodos para a obtenção, organização e análise dos dados por meio da elaboração e validação de instrumentos-técnicas de pesquisa⁹⁶.

Os estudos de validação são compreendidos pela verificação com precisão do grau em que um instrumento ou inferência encontra-se adequado para atender o que supostamente ele deveria atender, isto é, quando se submete um instrumento ao procedimento de validação, avalia-se o propósito pelo qual ele foi elaborado e está sendo usado e não propriamente ao instrumento em si⁹⁷.

A presente pesquisa metodológica consistiu na construção e validação quanto à conteúdo e aparência de uma tecnologia educativa, do tipo cartilha impressa sobre o autocuidado na saúde sexual e reprodutiva de mulheres estomizadas.

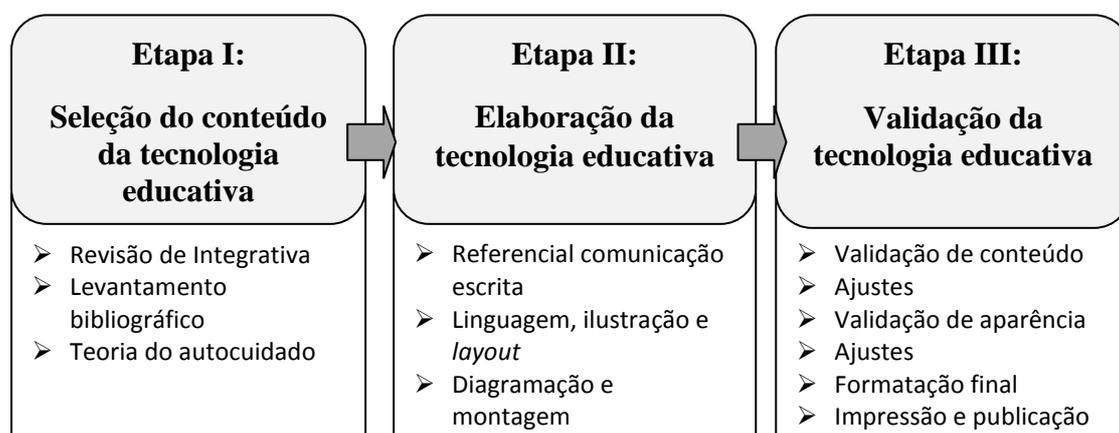
Validar conteúdo refere-se à análise minuciosa do conteúdo de um instrumento, com objetivo de verificar se os itens propostos constituem uma amostra representativa do assunto que se pretende medir. Os instrumentos são submetidos a apreciação de peritos no assunto, os quais podem sugerir, corrigir, acrescentar ou modificar os itens⁹⁸⁻⁹⁹.

A validade aparente, semântica ou de face é considerada uma forma subjetiva de validar um instrumento, constitui uma forma superficial de análise, pois consiste apenas da avaliação e julgamento por aqueles a quem se destina a tecnologia produzida. Tem por finalidade verificar quanto à clareza dos itens, facilidade de leitura, compreensão e forma de apresentação por aqueles que se utilizarão deste e a necessidade de modificação desses itens segundo sua percepção¹⁰⁰⁻¹⁰¹. Os dados de seu processo devem se apresentar de forma padronizada, por meio de instrumentos específicos de coleta de dados das opiniões e podem ser levantado individualmente ou em grupo¹⁰².

4.2 Procedimentos metodológicos

Os procedimentos realizados no estudo (Figura 1) ocorreram em três etapas distintas e contemplaram aspectos referentes à identificação e seleção das orientações relacionadas ao autocuidado na saúde sexual e reprodutiva por meio de revisão integrativa e levantamento bibliográfico; a elaboração do material educativo segundo o referencial de elaboração de comunicação escrita em saúde proposto por Moreira³⁰ e; a validação de conteúdo e de aparência do mesmo, segundo juízes especialistas e público-alvo, respectivamente. Além dos ajustes finais para a versão pública da cartilha impressa.

Figura 1 – Diagrama da operacionalização dos procedimentos metodológicos da pesquisa.



Fonte: autores.

Os achados dessa pesquisa serão apresentados sob forma de artigo científico do tipo revisão integrativa e artigos originais, na seção resultados desta dissertação.

Os artigos supracitados encontram-se formatados de acordo com as normas dos periódicos previamente selecionados (Anexo C). Cada um dos artigos possui uma nota de rodapé, onde consta o periódico selecionado para submissão.

A metodologia do artigo de revisão integrativa foi elaborada para atender o processo inicial de execução do primeiro objetivo específico, a construção da cartilha. Subsidiou teoricamente esta dissertação, por meio da análise e da síntese de publicações relacionadas às ações de educação em saúde voltadas ao autocuidado da saúde sexual e reprodutiva do paciente estomizado, possibilitadas por pesquisa em bases de dados eletrônicas.

Os artigos originais compreenderam o alcance de todos os objetivos específicos desta dissertação. Tratou-se de pesquisa original, apreciada eticamente pelos órgãos competentes, sendo desenvolvida a partir da elaboração e conseguinte validação da cartilha educativa com especialistas e público-alvo.

4.3 Metodologia do Artigo de Revisão Integrativa

A revisão integrativa é um método específico de revisão da literatura, que inclui diversas metodologias, e condensa a literatura empírica e a teórica. Tem o potencial para auxiliar na construção da ciência da Enfermagem, informando sobre pesquisa, prática e políticas desenvolvidas nessa área do conhecimento. Dessa forma a revisão integrativa contribui para a compreensão de um fenômeno particular⁹⁹.

Como o método utilizado analisa e sintetiza pesquisas de maneira sistematizada, foram seguidas seis etapas, a saber: 1) Identificação do tema e seleção da hipótese ou questão de pesquisa para a elaboração da revisão integrativa, 2) Estabelecimento de critérios para inclusão e exclusão de estudos/ amostragem ou busca na literatura, 3) definição das informações a serem extraídas dos estudos selecionados, 4) avaliação dos estudos incluídos na revisão integrativa, 5) interpretação dos resultados, 6) apresentação da revisão/síntese do conhecimento¹⁰³.

4.3.1 Formulação do Problema de Pesquisa

O problema de pesquisa desta revisão integrativa foi: Quais as evidências científicas sobre educação em saúde no autocuidado da saúde sexual e reprodutiva ao estomizado?

4.3.2 Busca na literatura

As publicações que fizeram parte do estudo foram selecionadas nas seguintes bases de dados eletrônicas:

- MEDLINE: Medical Literature Analysis and Retrieval System Online;
- CINAHL: Cumulative Index to Nursing and Allied Health Literature;
- LILACS: Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde;

- BDEF: Base de Dados Bibliográficos Especializada na Área de Enfermagem do Brasil.

- COCHRANE

Os estudos presentes nessas bases de dados eletrônicas foram selecionados por meio do emprego dos Descritores em Ciências da Saúde - DeCS/MeSH e suas respectivas traduções: Educação em saúde/Health Education/Educación em Salud; Autocuidado/Selfcare/Autocuidado; Sexualidade/ Sexuality/ la sexualidad; Saúde sexual/la salud sexual/ Sexual Health; Estomia/Ostomy/Estomía). Os cruzamentos foram feitos pelo uso do operador lógico booleano “AND” para combinação em 3 pares e 2 tríades entre todos os descritores.

Foram aplicados os seguintes critérios de inclusão e de exclusão, a partir das publicações selecionadas com a utilização dos referidos descritores:

- Critérios de Inclusão artigos escritos em língua portuguesa, inglesa e espanhola nas bases de dados escolhidas que remetessem as temática autocuidado, saúde sexual e saúde reprodutiva do individuo estomizado.

- Critérios de Exclusão: artigos de reflexão, teses, dissertações, editoriais de jornais sem caráter científico, artigos repetidos, outros idiomas e os que não atendiam ao objetivo dessa pesquisa.

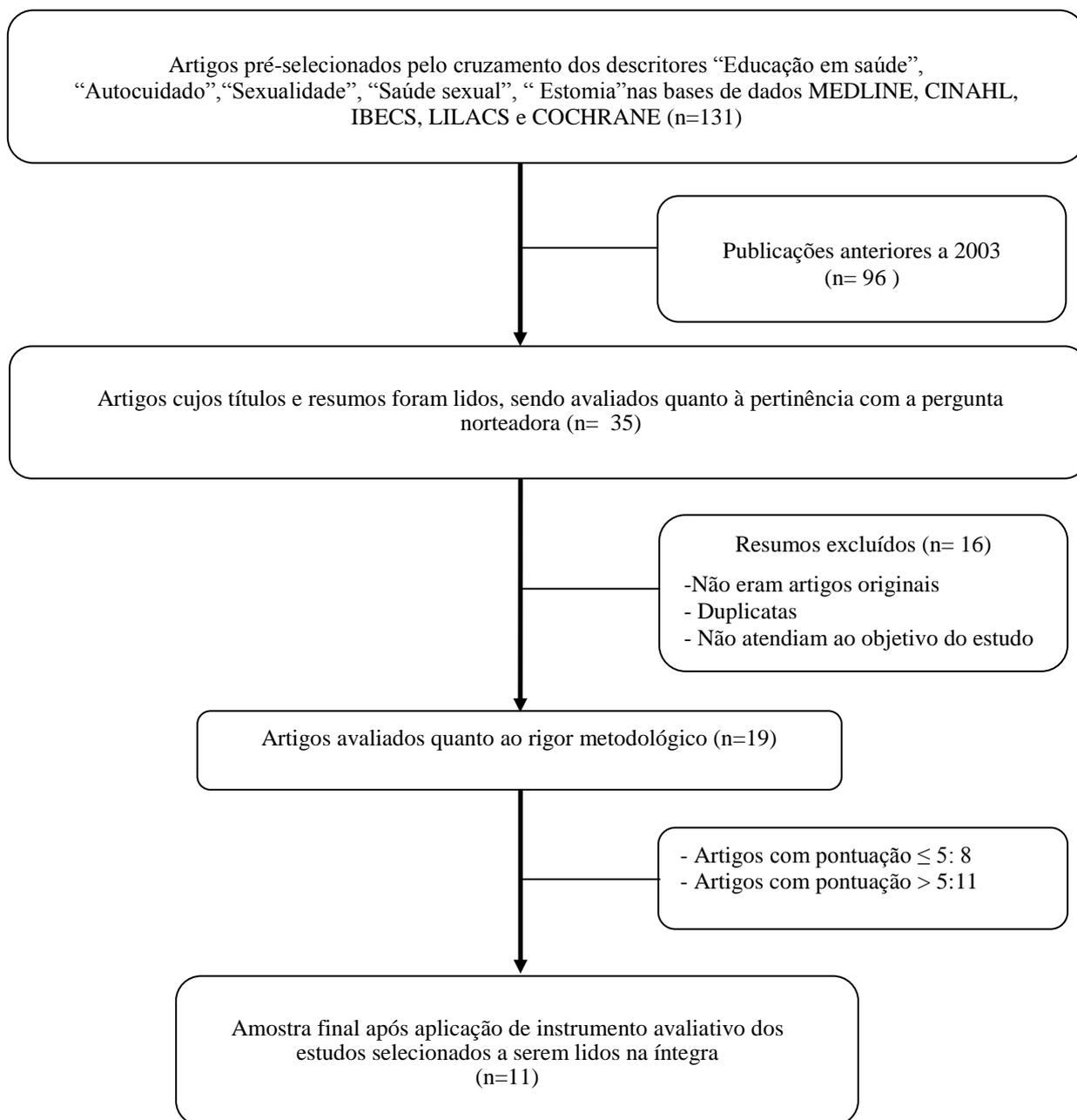
Os estudos foram selecionados nos meses de setembro e outubro de 2013.

Para garantir a uniformidade da busca nas bases de dados, empregou-se a busca por pares, em que duas pesquisadoras a fizeram de maneira independente. Escolheram-se inicialmente 131 artigos cujos resumos foram selecionados por ambas, com supressão de 120 artigos de acordo com os critérios de inclusão e exclusão estabelecidos, o que resultou em uma amostragem inicial de 19 artigos.

A amostragem inicial foi submetida a análise quanto ao rigor metodológico por meio do instrumento adaptado Critical Appraisal Skills Programme - CASP¹⁰⁴, composto por 10 questões, que contempla os seguintes conteúdos: clareza na identificação dos objetivos, adequação do destino metodológico, coerência do desenho metodológico, adequação da estratégia de seleção de amostra, detalhamento da coleta de dados e conformidade na relação entre pesquisador e participantes, cumprimento dos aspectos éticos, rigor na análise dos dados, clareza na apresentação dos resultados e relevância da pesquisa. Para cada questão foi atribuído o valor 0 (zero) para resposta negativa ou 1 (um) para resposta positiva, assim, o resultado final foi representado pela soma das pontuações que poderia chegar ao escore máximo de 10 pontos. Os artigos pré-

selecionados foram classificados de acordo com as pontuações: nível A - 6 a 10 pontos (boa qualidade metodológica e viés reduzido) ou nível B – até 5 pontos (qualidade metodológica satisfatória, porém com risco de viés aumentado).

Ao final da avaliação permaneceram apenas os estudos classificados em nível A, com uma amostragem final de 11 artigos.

Figura 2 - Processo de amostragem empregado na revisão integrativa. Recife-PE, 2013.

Fonte: Dados da pesquisa, 2013.

4.3.3 Avaliação dos estudos incluídos na Revisão Integrativa

A avaliação dos estudos incluídos na revisão foi realizada utilizando um instrumento para classificação hierárquica da qualidade das evidências, que inclui os estudos com abordagem quantitativa e/ou qualitativa, sendo a qualidade das evidências classificada em sete níveis progressivos¹⁰⁵.

Considerou-se o nível de evidência dos artigos selecionados, que foram classificados como de evidência forte (Nível I - Evidências oriundas de revisões sistemáticas ou metanálise de relevantes ensaios clínicos, e Nível II - Evidências derivadas de pelo menos um ensaio clínico randomizado controlado bem delineado), evidência moderada (Nível III - Ensaios clínicos bem delineados sem randomização, Nível IV - Estudos de coorte e de caso-controle bem delineados, e Nível V - Revisão sistemática de estudos descritivos e qualitativos); e evidência fraca (Nível VI - Evidências derivadas de um único estudo descritivo ou qualitativo, e Nível VII - Opinião de autoridades ou relatório de comitês de especialistas).

4.3.4 Análise dos resultados

A partir da leitura na íntegra dos artigos selecionados, foi possível caracterizá-los através de um instrumento adaptado do modelo proposto por Ursi¹⁰⁶ para extração dos dados pertinentes à questão desse estudo. Foram coletadas informações quanto a base de dados, autoria, ano de publicação, idioma, tipo de estudo, formação acadêmica dos autores, nível de evidência do estudo e tipo de ação educativa de autocuidado abordada.

4.4 Metodologia do Artigo Original 1

A cartilha foi construída, baseando-se no modelo processual proposto por Moreira³⁰ que elege três aspectos a serem considerados no desenvolvimento de um material educativo impresso bem planejado, correto, fácil de ler, compreensível e que atinja o público-alvo: linguagem, *layout* e ilustração.

4.4.1 Linguagem da cartilha

O vocabulário utilizado em materiais impressos deve ser coerente com a mensagem que se pretende transmitir e com o público alvo a que se destina. Espera-se que sua leitura seja fácil, convidativa e compreensível³⁰.

A fim de garantir a legibilidade e a compreensão do texto foram observados fatores como: emprego de palavras curtas, conhecidas e de formação simples; repetição de palavras importantes; articulação de frases; uso de voz ativa; apresentação de conceitos e ações em ordem lógica; inclusão da interação com perguntas curtas e espaço em branco no fim do material destinado a anotações pelo público alvo^{30,107}.

4.4.2 Definição do conteúdo da cartilha

Os conteúdos pertinentes à temática foram selecionados a partir das evidências na literatura sobre ações e políticas públicas de saúde sexual e reprodutiva, assistência de saúde e perspectiva educativa do cuidado de enfermagem a estomizados, promoção do autocuidado segundo modelo teórico de Dorothea Orem²⁷, autoestima, imagem corporal e impacto biopsicossocial da estomia na vida da pessoa com estomia, as diretrizes e normatizações de atenção à saúde das pessoas estomizadas. A consolidação da fundamentação teórica desta etapa se deu pela execução da revisão integrativa de literatura, com foco nas produções científicas de enfermagem sobre as ações de educação em saúde voltadas ao autocuidado da saúde sexual e reprodutiva do paciente estomizado. De forma complementar, foram consideradas dúvidas frequentemente apresentadas por pacientes estomizadas no Programa de Apoio ao Estomizado do Recife – PAER, relatadas pelas profissionais de enfermagem e psicologia assistentes no programa durante a visita da pesquisadora.

Considera-se como metodologia válida para a definição de temas-conteúdos de qualidade, as pesquisas às fontes formais e confiáveis como: revisão de literatura, grupos focais¹⁰⁸ recursos literários, artigos técnicos, registros de imagem, gravações, assim como relatos de experiência e observações diretas da realidade que se pretende apresentar¹⁰⁹.

Após o levantamento geral dos conteúdos pertinentes, optou-se por quatro temas centrais para construção da cartilha: autocuidado na saúde sexual e reprodutiva, saúde sexual da mulher estomizada, saúde reprodutiva da mulher estomizada e autoestima da

mulher estomizada. Foram destacados os conceitos de autocuidado, de saúde sexual e de saúde reprodutiva, os direitos sexuais e reprodutivos, dicas de cuidados para os momentos de intimidade, gravidez e planejamento familiar, mitos e verdades envolvendo os aspectos sexuais e reprodutivos do indivíduo estomizado, rede de apoio e cuidados com a autoestima. O **Quadro 1** agrupa os conteúdos selecionados e suas respectivas justificativas.

Quadro 1 - Conteúdos selecionados após levantamento bibliográfico para definição das orientações apresentadas na cartilha educativa, Recife, 2014.

CONTEÚDOS SELECIONADOS	JUSTIFICATIVA
Autocuidado na saúde sexual e reprodutiva	<ul style="list-style-type: none"> ➤ A assistência ao estomizado se fundamenta no processo de reabilitação direcionado ao autocuidado.
Saúde sexual da mulher estomizada	<ul style="list-style-type: none"> ➤ O impacto físico e psicológico de uma ostomia na expressão da sexualidade exige sua compreensão como parte integrante e fundamental da sua qualidade de vida. ➤ Muitos mitos e medos estão intimamente associados à sexualidade e à saúde sexual.
Saúde reprodutiva da mulher estomizada	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Um maior esclarecimento sobre s aspectos da gravidez na presença da estomia podem auxiliar a uma tomada de decisão mais consciente sobre as condições, os riscos e os cuidados necessários para uma gestação segura e tranquila. ➤ A impossibilidade de uma gravidez decorrente de limitações fisiológicas da cirurgia de estomia não sobrepuja o direito à informação.
Autoestima da mulher estomizada	<ul style="list-style-type: none"> ➤ A autoestima é parte integrante do autoconceito e sofre influência direta da alteração da imagem corporal decorrente da ostomia. ➤ A autoestima elevada facilita o processo de adaptação às mudanças do corpo.

Fonte: autores.

4.4.3 Seleção das ilustrações

As ilustrações são consideradas uma estratégia eficaz para aprimorar a comunicação em materiais educativos uma vez que são impreteríveis na comunicação de orientações de saúde à indivíduos com limitações de leitura ou alfabetização em saúde^{107,110}.

A imagens e ilustrações contribuem para o material educativo a medida que atraem a atenção do paciente e estimulam a leitura do texto¹¹¹. Para tanto, devem ser relevantes e melhorar a compreensão do texto sem sobrecarregá-lo^{107,112}.

Optou-se por uso de desenhos de linhas simples; ilustração de comportamentos esperados; ilustrações que enfatizassem pontos e idéias importantes; em número limitado e dispostas de forma fácil, a fim de conferir leveza ao material³⁰. Os desenhos foram desenvolvidos por profissional de design, mediante modelos de ilustrações selecionados da Internet pela pesquisadora. A contratação de profissionais especializados e capacitados em elaboração de arte gráfica, *layouts*, diagramação e editoração é recomendada e contribui para a melhoria do produto ao conferir maior qualidade final e um aspecto profissional à publicação¹⁰⁹.

As ilustrações elaboradas passaram por avaliação da pesquisadora e eram devolvidas a design, que realizava as alterações solicitadas, até que fossem consideradas adequadas (auto-explicativas, simples, objetivas e fáceis de entender) a fim de complementar as orientações propostas na cartilha¹⁰⁷.

As orientações escritas foram acompanhadas por ilustrações autoexplicativas e que reforçavam e representavam de uma forma simples a idéia central do cuidado a ser realizado.

4.4.4 Elaboração da versão preliminar – *layout* e design gráfico

Quanto às fontes, optou-se por utilização de fonte *Times New Roman*, em tamanhos 21, 18, 14 e 16 para títulos, subtítulos, corpo do texto e caixas de texto, respectivamente. Foram utilizadas a cor branca, vinho, rosa e violeta em diferentes nuances, com a intenção de deixar o material com aparência leve e expressar feminilidade. Optou-se por cor de fundo “branca” para facilitar a leitura. Foram utilizadas caixas de texto com informações de destaque.

A impressão da versão preliminar, versões em validação e versão final do

material educativo foi realizada por uma empresa especializada em comunicação e foram impressas em papel *couchê*, metade de uma folha A4 e em configuração de orientação de página “paisagem”.

4.5 Metodologia do Artigo Original 2

4.5.1 Delineamento do Estudo

Trata-se de um estudo de validação de tecnologia educativa, do tipo pesquisa metodológica.

A pesquisa metodológica tem o objetivo de elaborar um instrumento confiável e preciso, que possa ser utilizado por outros pesquisadores e pelo próprio público a que se destina¹¹³.

Estudos de validação são compreendidos como uma estratégia metodológica que utiliza de maneira sistemática os conhecimentos já existentes a fim de elaborar uma nova intervenção ou aprimorar uma já existente, como também elaborar ou melhorar um instrumento, dispositivo ou método de medição¹¹³. O termo validade significa um tipo especial de acurácia; grau em que a medida representa o fenômeno de interesse¹¹⁴.

A validade de conteúdo pode ser avaliada por diferentes técnicas, quando múltiplas medidas são utilizadas para verificação da validade de um instrumento ou inferência maior a confiabilidade dos achados e sua aplicabilidade na prática¹¹¹.

A validade aparente constitui uma forma superficial de validação de instrumento, pois consiste apenas da avaliação e julgamento por público-alvo a que se destina a tecnologia produzida. Tem por finalidade verificar quanto à clareza dos itens, facilidade de leitura, compreensão e forma de apresentação por aqueles que se utilizarão deste¹¹⁵.

A presente pesquisa de desenvolvimento metodológico consistiu na construção e validação quanto à conteúdo e aparência de uma tecnologia educativa, do tipo cartilha impressa sobre o autocuidado na saúde sexual e reprodutiva de mulheres estomizadas.

A população do estudo foi composta por profissionais da área da saúde (juízes especialistas) e por mulheres estomizadas (público-alvo). O processo de validação foi realizado em diferentes locais e com diferentes processos metodológicos de acordo com a viabilidade de acesso aos participantes e as características da etapa de validação em

questão e a produção geral de dados aconteceu no período de setembro a novembro de 2014.

4.5.2 Validação de Conteúdo

4.5.2.1 Identificação e seleção dos juízes especialistas

Uma das dificuldades encontradas na implementação do modelo de validação é a obtenção de peritos/especialistas no tema que está sendo testado e sugere a utilização de critérios que evidenciem a *expertise* de conhecimento específico em saúde sobre o tema de interesse, tais como anos de experiência na prática de enfermagem ou médica; pesquisa e artigos desenvolvidos ou publicados na área de interesse; eventos assistidos e cursos completos relevantes para o tema de interesse estudado¹¹⁶.

De acordo com adaptação do modelo Fehring¹¹⁶⁻¹¹⁷ de critérios para seleção de *experts* foram considerados juízes-especialistas, profissionais da área de saúde com alto grau de conhecimento e experiência em sua área de atuação, conforme os seguintes aspectos: titulação, produção científica e tempo de atuação com a temática em discussão. Fizeram parte deste comitê apenas os juízes cujo perfil atendeu a uma pontuação de no mínimo 5 pontos, conforme é apresentado no **Quadro2**.

Quadro 2 - Critérios de seleção para profissionais de saúde juízes-especialistas. Recife, 2014.

Critérios	Pontuação
Ter especialização em estomaterapia	3
Ter no mínimo três anos de experiência na área de estomaterapia (assistência/pesquisa)	2
Ter publicações na área de estomaterapia	2
Ter experiência anterior de assistência/pesquisa na área de saúde sexual e reprodutiva	2
Ter publicações na área da saúde sexual e reprodutiva	2
Ter experiência anterior na elaboração/avaliação de tecnologias educativas (assistência/pesquisa)	2
Ter publicações na área de tecnologias educativas	2
Ter experiência como docente	1

Fonte: autores.

Foram considerados dentro dos critérios de exclusão os profissionais da área de saúde com baixo grau de conhecimento e experiência em sua área de atuação, assim considerados por não alcançarem pontuação mínima de 5 nos critérios de inclusão estabelecidos de titulação, produção científica e tempo de atuação com a temática em discussão.

A seleção inicial dos juízes foi realizada por meio de busca pela Plataforma Lattes do Currículo Lattes de pesquisadores, disponível no portal Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico – CNPQ (www.cnpq.br) e por meio de amostragem do tipo “Bola de Neve” que consiste na seleção de sujeitos por meio de indicação ou recomendação de sujeitos anteriores⁹⁵.

O convite para participação em pesquisa (APENDICE B – CARTA CONVITE) direcionado aos juízes foi realizado por *e-mail* através de documento elaborado a partir de aplicativo de criação de formulários eletrônicos do serviço de armazenamento e sincronização de arquivos, *Google drive*.

Ao pesquisador contatado foi solicitada a indicação de um nome de outro pesquisador que supostamente atendesse aos critérios de elegibilidade do estudo. Caso o

endereço eletrônico do pesquisador indicado não fosse informado, buscou-se o mesmo em estudos publicados por ele ou através de busca pela Plataforma Lattes do Currículo Lattes. A partir daí foram enviadas novas cartas-convite, convidando desta vez, os pesquisadores que foram indicados a participar do estudo.

Em relação ao número de juízes especialistas ideal, optou-se pela recomendação de Bertonecello¹¹⁸ e Pasquali¹¹⁹ que sugerem mínimo de seis sujeitos. Determinou-se para esse estudo o número mínimo de nove juízes, sendo distribuídos em no mínimo de três por grupo de especialidade¹²⁰. Desta forma, ainda que houvesse alguma desistência seria mantido um número adequado para avaliação do conteúdo. Quanto ao número ímpar adotado, foi induzido, pois alguns estudos têm mostrado a importância desta condição para evitar questionamentos dúbios^{121,122}.

Foram contatados 32 especialistas e 12 aceitaram participar do processo de validação da cartilha. A estes, foram enviados por *e-mail* o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido – TCLE (APENDICE C), o questionário de caracterização profissional (APENDICE D) e o instrumento de validação de conteúdo (APENDICE E), todos em formato de preenchimento eletrônico, também elaborados a partir de aplicativo de criação de formulários do *Google drive*. O material educativo a ser avaliado, foi disponibilizado para visualização em formato *pdf* por meio de link de acesso virtual, incluído no instrumento de validação.

Após 32 dias da data de envio, 11 juízes devolveram o TCLE e o instrumento preenchidos atendendo a amostra final de especialistas avaliadores. Ao final do estudo os peritos receberam uma declaração de sua participação como Juíz-especialista em pesquisa de validação a fim de certificar sua participação.

4.5.2.2 Coleta de dados

A cartilha educativa elaborada foi avaliada por juízes especialistas por meio de formulário auto-aplicado de validação de conteúdo (APÊNDICE E), adaptado do modelo de Validação de Conteúdo Diagnóstico de Enfermagem¹²³, composto por 17 assertivas, organizado conforme modelo escala de Likert^{102,124-125} para obtenção da opinião de especialistas sobre adequação das orientações propostas na cartilha, quanto à objetivo (5 assertivas), estrutura e apresentação (9 assertivas), e relevância (3 assertivas). Foram consideradas opções de julgamento para cada aspecto: (1) Concordo

totalmente, (2) Concordo, (3) Nem concordo nem discordo, (4) Discordo e (5) Discordo totalmente.

Os aspectos avaliados pelo formulário compreendem: **objetivos** - propósitos, metas ou fins que se deseja atingir com a utilização da cartilha; **estrutura e apresentação** – forma de apresentar as orientações. Isto inclui sua organização geral, estrutura, estratégia de apresentação, coerência e formatação; **relevância** – grau de significação do material educativo apresentado¹²³.

Foi solicitado aos juízes que fizessem observações escritas acerca dos itens avaliados com discordância no espaço em branco chamado “**sugestões**”, abaixo de cada item. Ao final do formulário foi solicitado também o registro de algum erro identificado no material educativo ou a ausência de algum assunto que julgassem pertinentes. Foi ressaltada a importância desses registros para adaptação e melhoria da cartilha

4.5.2.3 Tratamento e análise de dados

Para análise dos dados foi utilizado o Índice de Validade de Conteúdo (*Content Validity Index*- CVI) que consiste na avaliação da concordância dos *experts* quanto à representatividade da medida em relação ao conteúdo estudado¹²⁰. Foi considerado como ponto de corte CVI¹²⁶ igual à 80% (0,80). No entanto, alguns autores indicam ser suficientemente válido a utilização a obtenção de coeficiente de validade igual a 70%(0,7) ou mais⁹⁵. Os itens que tiverem média inferior ao CVI estabelecido no estudo foram modificados e resubmetidos para uma nova avaliação.

O CVI¹²⁶ seguiu três abordagens: a) I-CVI (*item-level content validity index*): para cada item, o I-CVI foi computado pelo número de juízes que avaliaram o item de forma positiva, ou seja, concordo e concordo totalmente. b) S-CVI/ Ave (*scale-level content validity index, average calculation method*): média dos I-CVI's de todos os itens da escala. c) S-CVI/UA (*scale-level content validity index*): proporção dos itens avaliados como concordo e concordo totalmente, por todos os juízes.

Os dados gerados foram compilados, em base de dados numérica no programa *Statistical Package for the Social Science (SPSS) version 20.0 for Windows* de forma a serem agrupados, organizados em números absolutos e percentuais, permitindo sua interpretação e explanação quantitativa descritiva. A análise se deu a partir da leitura das frequências numéricas e do índice de validade de conteúdo entre os juízes de cada tipo de validação.

Após os ajustes necessários advindos da validação de conteúdo por especialistas, a cartilha foi então impressa e submetida à avaliação com o público-alvo.

4.5.3 Validação de Aparência

4.5.3.1 Identificação e seleção do público-alvo

Participaram mulheres com, no mínimo, um ano de estomia intestinal e/ou urinária, alfabetizadas e com idade igual ou superior a 18 anos. O tempo de estomia foi baseado em estudos que apontam que no primeiro ano pós-cirurgia os pacientes relatam menor grau de aceitação com a nova condição de vida^{11,29}. Assim, estando tais pacientes na fase de adaptação da estomia, provavelmente, estariam envolvidas com os aspectos fisiológicos e de manejo do equipamento, pois mudanças secundárias à estomia, impressas na vida do estomizado, requerem tempo para sua aceitação e para o aprendizado do autocuidado^{16,29,127}.

Foi utilizada amostragem não probabilística intencional cuja principal característica é não fazer uso de formas aleatórias de seleção. Nesta, o pesquisador está interessado na opinião de determinados elementos da população, mas não em sua representatividade numérica¹²⁸.

Para amostra do público-alvo, optou-se novamente pela recomendação de Bertoncetto¹¹⁸ e Pasquali¹¹⁹, sendo determinado o número mínimo de seis mulheres estomizadas, convidadas segundo atendimento dos critérios de inclusão estabelecidos. Como critério de exclusão encontram-se as mulheres estomizadas sem vida sexual ativa antes da cirurgia de estomia.

Realizou-se consulta ao banco de dados cadastrais do Programa de Apoio ao Estomizado de Recife (PAER), sediado no Hospital Barão de Lucena (HBL), localizado no município de Recife-Pernambuco. O local foi escolhido por se tratar de um hospital público de alta complexidade, referência estadual em atendimento a estomizados, único avaliado como pólo de assistência à pessoa com estomia do Recife.

O programa, fundado em 1984, funciona em parceria com a Associação de Estomizados do Estado do Recife, possui cerca de 1.200 pacientes cadastrados e o atendimento funciona semanalmente, das 8h00 às 12h00, com consultas de primeira vez, atendimento emergencial, cadastramento e dispensação de dispositivos e/ou adjuvantes de segunda à quinta-feira e somente atendimento administrativo nas sextas-

feiras.

As mulheres participantes foram contatadas por meio de ligação telefônica. Às nove mulheres, que aceitaram participar da pesquisa, solicitou-se o agendamento com dia e hora para a visita da pesquisadora em seu domicílio ou na própria sede do PAER, conforme sua conveniência. Após a assinatura do termo de consentimento livre e esclarecido da participante (APÊNDICE F), foi entregue a cartilha-piloto impressa para a apreciação por meio de leitura na íntegra e o formulário de validação de aparência para ser respondido de forma individual.

4.5.3.2 Coleta de dados

Utilizou-se um formulário auto-aplicado (APÊNDICE G) composto de duas partes. A primeira parte, consistiu em seis questões para caracterização das participantes e a segunda em 14 questões adaptadas do modelo proposto por Doak¹²⁷ para avaliação da dificuldade e da conveniência de materiais educativos, denominado Suitability Assessment of Materials (SAM), que busca a opinião do público-alvo sobre a adequação da cartilha quanto à organização, estilo da escrita, aparência e motivação.

No instrumento, para cada aspecto a ser avaliado, há itens com perguntas objetivas respondidas com sim ou não, além de uma justificativa com o porquê da avaliação.

Os aspectos avaliados pelo formulário compreendem: **organização** - forma de apresentar as orientações. Isto inclui a coerência, a estrutura e a estratégia de apresentação das informações; **estilo da escrita** - características linguísticas, compreensão e estilo da escrita do material educativo apresentado; **aparência** - a distribuição das informações, adequação de *layout*, fonte e ilustrações; **motivação** - capacidade do material em causar algum impacto, motivação e/ou interesse, assim como ao grau de significação do material educativo apresentado.

Ao final, indagou-se quanto à identificação de algum erro ou falta de algum assunto importante a ser abordado, assim como comentários gerais e sugestões, ressaltando-se a importância desses registros para adaptação e melhoria da cartilha.

4.5.3.3 Tratamento e análise dos Dados

A análise ocorreu por meio da consideração aos comentários realizados nos campos “sugestão” do instrumento de validação de conteúdo pelos especialistas e através das respostas abertas do instrumento de validação de aparência pelo público-alvo. As questões indagavam às mulheres estomizadas quanto à identificação de algum erro ou falta de algum assunto importante a ser abordado, assim como comentários gerais e sugestões. Os resultados obtidos contribuíram para a alteração e adequações do material, resultando na versão final da cartilha elaborada. Seguindo-se então, o processo de registro e publicação.

4.5.4 Aspectos Éticos

O estudo foi iniciado após a anuência do local de acesso ao público-alvo, participantes da etapa de validação de aparência (Anexo D) e posteriormente à apreciação pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Pernambuco (Anexo E) sob CAAE N°. 26889414.8.0000.5208.

Em atenção à Resolução 466/12¹²⁹, do Conselho Nacional em Saúde, que trata de pesquisas envolvendo seres humanos, respeitaram-se os quatros referenciais básicos da bioética: autonomia, não-maleficência, beneficência e justiça. Houve o compromisso em assegurar o sigilo e a privacidade das informações obtidas durante a pesquisa, a qual não ocasionou nenhum risco físico aos participantes.

As informações apenas foram coletadas quando houve o entendimento da finalidade do estudo e após assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) pelos participantes da pesquisa (Apêndice B e E). Os participantes tiveram a liberdade de se recusar a participar, de solicitar novos esclarecimentos e de retirar seu consentimento em qualquer fase do estudo.

5 Resultados

5 RESULTADOS

5.1 ARTIGO DE REVISÃO INTEGRATIVA*

Orientações para o autocuidado na saúde sexual e reprodutiva de pacientes estomizados: revisão integrativa**

Resumo

Ante as complexas alterações oriundas da estomização são necessárias estratégias de promoção de autocuidado na saúde sexual e reprodutiva da estomizada. Trata-se de uma revisão integrativa de artigos publicados em português, inglês e espanhol, nas bases de dados LILACS, MEDLINE, COCRHANE e CINAHL que remetessem às temáticas autocuidado, saúde sexual e saúde reprodutiva do indivíduo estomizado, analisados quanto a rigor metodológico e nível de evidência. Da análise na íntegra dos 11 artigos selecionados, emergiram duas categorias: "Orientações para o profissional de saúde na promoção do cuidado sobre a saúde sexual" e "Orientações para o estomizado no autocuidado da saúde sexual". Não foram encontradas orientações acerca da saúde reprodutiva. As orientações apresentadas podem auxiliar o estomizado na retomada das atividades sexuais de forma segura, na manutenção da integridade psicossocial e a reabilitação do paciente junto a seu parceiro(a).

Descritores: Educação em saúde; Sexualidade; Autocuidado; Estomia; Enfermagem.

Introdução

Palavra de origem grega, o termo estoma exprime a idéia de construção cirúrgica de uma nova abertura por meio da exteriorização de qualquer víscera oca através do corpo. Ante a necessidade de desviar, temporária ou definitivamente o trânsito normal da alimentação e/ou eliminações, a cirurgia de estomização contribui para cura ou sobrevida da pessoa que dela necessita.

*Artigo aguardando parecer de avaliação pela Revista Eletrônica de Enfermagem, formatado de acordo com as normas desta.

**Artigo extraído da dissertação de mestrado "Tecnologia educativa para promoção do autocuidado na saúde sexual e reprodutiva de mulheres estomizadas: estudo de validação" apresentada à Universidade Federal de Pernambuco, Recife, PE, Brasil.

Recebe denominação específica a depender do segmento corpóreo exposto, tal como: colostomia (colón) e ileostomia (íleo) ambas estomias abdominais de eliminação fecal⁽¹⁾.

Indivíduos submetidos à confecção de estomias abdominais podem apresentar, em seu modo de vida, diversas alterações que perpassam os aspectos biológico, psicológico e social e convergem para um complexo processo de adaptação à nova condição⁽²⁾. Dentre as dificuldades enfrentadas, as alterações no autocuidado, na autoimagem, nas relações interpessoais e na sexualidade costumam ser as mais evidentes e, em geral, estão associadas⁽³⁾.

As alterações no campo da saúde sexual e reprodutiva, da maioria dos estomizados, emergem da mudança na imagem corporal consequentes da confecção do estoma e das possíveis disfunções fisiológicas, como a redução ou perda da libido, a disfunção erétil, a dispaurenia, as dificuldades no intercusso sexual⁽⁴⁾, entre outras geradas após o procedimento cirúrgico. O medo de rejeição, sobretudo do parceiro, é outra mudança que afeta a saúde sexual e reprodutiva de mulheres estomizadas, pela dificuldade na adaptação e retorno às atividades sociais e afetivas⁽⁵⁾.

No processo de adaptação e enfrentamento do cliente estomizado, a prevalência do modelo biomédico na práxis da enfermagem revela um despreparo de grande parte dos profissionais⁽⁶⁾. Parte disso tem origem no período acadêmico, cuja formação valoriza os cuidados essencialmente físicos, dificultando a abordagem dos aspectos biopsicossociais do cuidado⁽⁷⁾.

Em contrapartida, a promoção da educação em saúde traduz-se como prática libertadora que diverge do modelo tradicional de assistência, cuja transmissão do conhecimento acontece de forma verticalizada e não inclusiva⁽⁸⁾. Com o propósito de aumentar a competência, independência, responsabilidade e confiança do cliente para a gestão de seu próprio cuidado, a educação em saúde torna-os participantes dos cuidados informados, com o potencial de melhorar sua qualidade de vida, promover a minimização das deficiências e diminuir os custos do cuidado⁽⁹⁾.

Quando se pensa em ações educativas voltadas ao autocuidado na saúde sexual e reprodutiva é importante considerar a multidimensionalidade do cuidado e o enfoque a partir das necessidades dos sujeitos⁽¹⁰⁾. Sua inclusão no processo de cuidar é imprescindível, pois favorece a crítica e a reflexão e, por conseguinte, a tomada de consciência sobre os caminhos que podem beneficiar a saúde e bem-estar diante da nova condição de vida⁽¹¹⁾.

Acredita-se que "formar" é muito mais do que puramente "treinar" a quem se pretende ensinar⁽¹²⁾. Desse modo, a equipe de saúde, sobretudo o enfermeiro em

seu papel de educador deve oferecer ao cliente a possibilidade de refletir, de questionar e de optar por novos hábitos, atitudes e modos de pensar a vida e a saúde⁽¹³⁾, o que torna necessária a implementação de ações educativas de saúde sistematizadas, dinâmicas, interativas e facilitadoras, de forma a contribuir com um autocuidado promotor da qualidade de vida⁽¹⁴⁾.

Ações interdisciplinares pautadas no diálogo esclarecedor com paciente e família auxiliam no conhecimento sobre as repercussões de viver com uma estomia e sobre as estratégias de enfrentamento aos possíveis impactos no modo de vida do indivíduo estomizado⁽¹⁵⁾, favorecem o processo de reabilitação, a aceitação da nova imagem e o restabelecimento do autocuidado⁽¹⁶⁾.

Do exposto, a fim de contribuir para a saúde sexual e reprodutiva de mulheres estomizadas, torna-se relevante evidenciar a produção científica sobre a educação em saúde para o autocuidado dessa população-alvo, subsidiando condutas profissionais emancipadoras e transformadoras.

Destarte, objetiva-se analisar as orientações de saúde sexual e reprodutiva abordadas no autocuidado de pacientes estomizados a partir da identificação, da caracterização e da discussão da produção científica acerca deste tema.

Método

Trata-se de uma revisão integrativa da literatura que consiste na elaboração de ampla análise da literatura, promove discussões sobre métodos e resultados de pesquisas de maneira sistemática e organizada, por meio da síntese e conclusões gerais do estado do conhecimento, e possibilita assim, apontar as possíveis lacunas que implicam na realização de novos estudos na área temática em questão⁽¹⁷⁾.

Para operacionalizar a construção dessa revisão foram seguidas seis etapas, a saber: 1) Identificação do tema e seleção da hipótese ou questão de pesquisa para a elaboração da revisão integrativa, 2) Estabelecimento de critérios para inclusão e exclusão de estudos/ amostragem ou busca na literatura, 3) definição das informações a serem extraídas dos estudos selecionado, 4) avaliação dos estudos incluídos na revisão integrativa, 5) interpretação dos resultados, 6) apresentação da revisão/síntese do conhecimento.

A coleta de dados ocorreu nos meses de setembro e outubro de 2013, por meio de busca *online* de artigos que respondesse a seguinte pergunta: Quais as evidências científicas sobre educação em saúde no autocuidado da saúde sexual e reprodutiva ao estomizado?

A captação dos artigos foi processada nas seguintes bases de dados: Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS), Medical

Literature Analysis and Retrieval System Online (MEDLINE), Índice Bibliográfico Espanhol em Ciências da Saúde (IBECS), na Biblioteca COCHRANE e na Cumulative Index to Nursing and Allied Health Literature (CINAHL). As bases indexadoras foram escolhidas por concentrarem a maior parte das publicações de impacto na interface da enfermagem e ciências da saúde.

Para a busca dos artigos utilizou-se os Descritores em Ciências da Saúde - DeCS/MeSH e suas respectivas traduções: Educação em saúde/Health Education/Educación em Salud; Autocuidado/Selfcare/Autocuidado; Sexualidade/Sexuality/ la sexualidad; Saúde sexual/la salud sexual/ Sexual Health; Estomia/Ostomy/Estomía). Os cruzamentos foram feitos pelo uso do operador lógico booleano "AND" para combinação em 3 pares e 2 tríades entre todos os descritores.

Definiram-se como critérios de inclusão artigos escritos em língua portuguesa, inglesa e espanhola nas bases de dados escolhidas que remetessem as temáticas autocuidado, saúde sexual e saúde reprodutiva do indivíduo estomizado.

Os critérios de exclusão determinados foram: artigos de reflexão, teses, dissertações, editoriais de jornais sem caráter científico, artigos repetidos, outros idiomas, artigos que não atendiam ao objetivo dessa pesquisa e que não estavam disponíveis na íntegra pelo acesso *online* pelo portal periódico da Capes. Essa escolha se deve ao entendimento de que essas modalidades, muitas vezes, contemplam estudos que podem não ter sido submetidos a um rigoroso processo de avaliação e muitos resumos não expressam o conteúdo exato dos trabalhos.

Para garantir a uniformidade da busca nas bases de dados, empregou-se a busca por pares, onde duas pesquisadoras a fizeram de maneira independente. Escolheram-se inicialmente os artigos cujos resumos foram selecionados por ambas, com supressão de 215 artigos de acordo com os critérios de inclusão e exclusão estabelecidos, o que resultou em uma amostragem inicial de 21 artigos.

A fim de avaliar a qualidade metodológica dos artigos pré-selecionados, aplicou-se o instrumento adaptado do Critical Appraisal Skills Programme (CASP)⁽¹⁸⁾. Tal instrumento, composto por 10 questões, contemplou os seguintes conteúdos: clareza na identificação dos objetivos, adequação do destino metodológico, coerência do desenho metodológico, adequação da estratégia de seleção de amostra, detalhamento da coleta de dados e conformidade na relação entre pesquisador e participantes, cumprimento dos aspectos éticos, rigor na análise dos dados, clareza na apresentação dos resultados e relevância da pesquisa. Para cada questão foi atribuído o valor 0 (zero) para resposta negativa ou 1 (um) para resposta positiva, assim, o resultado final foi representado pela soma das pontuações que poderia chegar ao escore máximo de 10 pontos. Os artigos

pré-selecionados foram classificados de acordo com as pontuações: nível A - 6 a 10 pontos (boa qualidade metodológica e viés reduzido) ou nível B - até 5 pontos (qualidade metodológica satisfatória, porém com risco de viés aumentado).

Ao final da avaliação permaneceram apenas os estudos classificados em nível A, com uma amostragem final de 11 artigos.

A partir da leitura na íntegra dos artigos selecionados, foi possível caracterizá-los através de um instrumento adaptado do modelo proposto por Ursi⁽¹⁹⁾ para extração dos dados pertinentes à questão desse estudo. Foram coletadas informações quanto a base de dados, autoria, ano de publicação, idioma, tipo de estudo, área de concentração, nível de evidência do estudo e tipo de ação educativa de autocuidado abordada.

Considerou-se o nível de evidência dos artigos selecionados, que foram classificados como de evidência forte (Nível I - Evidências oriundas de revisões sistemáticas ou metanálise de relevantes ensaios clínicos, e Nível II - Evidências derivadas de pelo menos um ensaio clínico randomizado controlado bem delineado), evidência moderada (Nível III - Ensaios clínicos bem delineados sem randomização, Nível IV - Estudos de coorte e de caso-controle bem delineados, e Nível V - Revisão sistemática de estudos descritivos e qualitativos), evidência fraca (Nível VI - Evidências derivadas de um único estudo descritivo ou qualitativo, e Nível VII - Opinião de autoridades ou relatório de comitês de especialistas)⁽²⁰⁾.

Resultados

Os dados oriundos do instrumento de coleta de dados evidenciaram que sete estudos foram publicados em periódicos nacionais, com seis manuscritos disponíveis em português e um em inglês; e os demais em periódicos internacionais, com três manuscritos disponíveis apenas em inglês e um em espanhol.

A base de dados LILACS destacou-se com a indexação de seis do total de estudos, seguida da CINAHL com três estudos e IBCES e MEDLINE com um estudo cada. A base de dados COCHRANE não foi representada na amostra selecionada. Entre o período de 2003 a 2013, o último triênio contemplou o maior número de publicações. Na maior parte dos artigos predominou o nível de evidência científica fraca (nível VI), ou seja, há poucos estudos clínicos envolvendo o tema. A área de concentração "Enfermagem" prevaleceu na autoria das publicações, sendo apenas um dos artigos de autoria multidisciplinar ("enfermagem" e "medicina") e um artigo de autoria médica. O Quadro 1 apresenta em resumo os dados preliminares da busca.

Quadro 1: Síntese dos estudos selecionados segundo autor, periódico, ano de publicação, base de dados indexada, nível de evidência científica e área de concentração. Recife, 2013.

Id*	Autores (Ano)	Base de Dados	Periódico (Idioma**)	NE***	Área de concentração
E1	SILVA AL et al. (2006)	LILACS	Rev Latino-Am Enfermagem (PT)	(VI)	Enfermagem
E2	FARIAS DHR et al. (2004)	LILACS	Cogitare Enferm (PT)	(VI)	Enfermagem
E3	SILVA AL et al. (2013)	MEDILINE	Rev Enfer UFPE Online (PT)	(V)	Enfermagem / Medicina
E4	GOMES GC et al. (2012)	IBECS	Enfermería Global (ESP)	(VI)	Enfermagem
E5	MARTINS et al. (2011)	LILACS	Rev Bras Enferm (PT)	(VI)	Enfermagem
E6	POLETTO et al. (2013)	LILACS	Acta Paul Enferm (ENG)	(VI)	Enfermagem
E7	SAMPAIO et al. (2008)	LILACS	Rev Latino-Am Enfermagem (PT)	(VI)	Enfermagem
E8	NASCIMENTO et al. (2011)	LILACS	Texto & Contexto Enferm (PT)	(VI)	Enfermagem
E9	MANDERSON L. (2005)	CNAHL	Social Science & Medicine (ENG)	(VI)	Medicina
E10	BROWN H et al. (2004)	CNAHL	Journal of Clinical Nursing (ENG)	(V)	Enfermagem
E11	GOLIS ET AL. (2009)	CNAHL	JWOCN (ENG)	(V)	Enfermagem

*Id= Identificação do artigo; **Idioma: PT (português), ENG (inglês); ESP (espanhol); ***NE= Nível de Evidência científico. Fonte: Elaborado pelos autores, 2013.

Todos os estudos que contemplaram algum tipo de abordagem do profissional de saúde ao estomizado quanto à sua saúde sexual, tiveram foco central na educação em saúde, diálogo e estabelecimento de vínculo paciente-profissional, com ênfase na necessidade de capacitação específica para promoção de assistência integral e individualizada. Apenas seis dos estudos apresentaram no mínimo uma proposta para enfrentamento e adaptação no autocuidado à saúde sexual ao reforçar a importância do resgate da autoestima, da motivação pessoal e expressão de sentimentos, como exemplos de ações de suporte psicoemocional e, a utilização de recursos auxiliares, rede de apoio e assistência interdisciplinar como ações de suporte biológico no processo de adaptação.

A leitura minuciosa dos artigos e aplicação do instrumento de coleta de dados possibilitou o agrupamento dos dados em duas categorias de destaque comum: "Orientações e abordagens para o profissional de saúde na promoção do cuidado sobre a saúde sexual do estomizado" e "Propostas para o enfrentamento e adaptação no autocuidado à saúde sexual do estomizado".

O Quadro 2 apresenta o detalhamento de cada categoria com seus respectivos cuidados e conclusões pertinentes.

Quadro 2: Ações de autocuidado à saúde sexual e reprodutiva do estomizado conforme as categorias estabelecidas - Recife, 2013.

(continua)

CATEGORIA	Id
"Orientações e abordagens para o profissional de saúde na promoção do cuidado sobre a saúde sexual do estomizado"	E1, E2, E3, E4, E5, E6, E7, E8, E9, E10, E11
Capacitação e Interdisciplinaridade	
<ul style="list-style-type: none"> • Buscar capacitação profissional para abordagem a questões de sexualidade do paciente estomizado • Considerar a pertinência de utilização de inventários de satisfação sexual (Ex: GRIS) e modelo PLISSIT de terapia e aconselhamento sexual • Usar recursos didáticos de linguagem simples, ilustrativa para orientações e dinâmicas interativas para troca de experiências • Valorizar a percepção do paciente quanto suas habilidades funcionais • Minimizar dúvidas e medos dos parceiros(as), habilitando-os(as) a auxiliar suas(os) companheiras(os) na superação das dificuldades e sentirem-se queridas(os) e desejadas(os). 	

Quadro 2: Ações de autocuidado à saúde sexual e reprodutiva do estomizado conforme as categorias estabelecidas - Recife, 2013.

(continuação)

CATEGORIA	Id
“Orientações e abordagens para o profissional de saúde na promoção do cuidado sobre a saúde sexual do estomizado”	E1, E2, E3, E4, E5, E6, E7, E8, E9, E10, E11
Rede de Apoio	
<ul style="list-style-type: none"> • Identificar a dinâmica familiar e outras relações de confiança do paciente como rede de apoio • Preparar a(o) paciente com orientações claras no pré e pós operatório sobre as possíveis alterações na sexualidade – Luto antecipatório • Estimular a expressão de sentimentos e expectativas diante da nova condição de estomizado 	
Cuidado Individualizado	
<ul style="list-style-type: none"> • Estabelecer a escuta e fortalecer o diálogo com paciente e família, inteirando-se de seus conhecimentos prévios e valorizando o saber de senso comum • Avaliar as necessidades do estomizado e preparar plano de cuidados individualizados • Avaliar a necessidade de encaminhamentos a profissionais especialistas (Ex: estomaterapeutas, psicólogos) • Investigar a presença de disfunções fisiológicas secundárias ao procedimento cirúrgico (Ex: Dispauremia, redução ou perda da libido, dificuldade ou perda da ereção, alterações na ejaculação) 	
“Propostas para o enfrentamento e adaptação no autocuidado à saúde sexual do estomizado”	E1, E2, E3, E4, E9, E11
Ações de Suporte Psicoemocional	
<ul style="list-style-type: none"> • Buscar a adaptação à nova imagem corporal • Manter a vaidade e hábitos de cuidado de beleza • Conversar com o parceiro(a) sobre seus sentimentos, dúvidas, fantasias, dificuldades e medos • Fortalecer o amor, o respeito, a amizade com seu (a) parceiro(a) • Buscar a rede de apoio para suporte a motivação à adaptação e resgate de autoconfiança (família, amigos, associação de Ostomizados, profissionais de saúde) 	

Quadro 2: Ações de autocuidado à saúde sexual e reprodutiva do estomizado conforme as categorias estabelecidas - Recife, 2013.

(conclusão)

CATEGORIA	Id
“Propostas para o enfrentamento e adaptação no autocuidado à saúde sexual do estomizado”	E1, E2, E3, E4, E9, E11
Ações de Suporte biológicos	
<ul style="list-style-type: none"> • Estabelecer uma alimentação saudável para controlar a evacuação, diminuir a eliminação de gases e o cheiro das fezes • Identificar os ajustes necessários ao modo de vestir-se em busca do bem-estar, criando seu próprio estilo • Usar roupas confortáveis e adaptadas para o momento de intimidade que valorizem a sensualidade (Ex: camisetas, faixas de renda para mulher estomizada) • Reiniciar a atividade sexual assim que apresentar condições física e emocional • Usar dispositivos coletores e/ou oclusores que melhor se adaptem às suas necessidades e minimizem sons e odores • Esvaziar o dispositivo antes dos momentos íntimos • Utilizar músicas para encobrimento de sons embaraçosos • Despertar a intimidade com abraços, beijos, carícias, massagens, masturbação e itens de estimulação sexual (Ex: vibradores, fotos, filmes) • Considerar junto ao seu médico assistente possibilidade do método de irrigação intestinal • Buscar junto ao parceiro(a) formas criativas de adaptação do prazer sexual e novas posições 	

Fonte: Elaborado pelos autores, 2013.

As questões reprodutivas não foram abordadas nos artigos selecionados, exceto em um artigo que menciona as indagações frequentes do estomizado quanto à possibilidade de gravidez e parto normal na presença do estoma.

Discussão

Orientações e abordagens para o profissional de saúde na promoção do cuidado sobre a saúde sexual do estomizado

A sexualidade permeia todas as etapas da vida do ser humano e ultrapassa os aspectos puramente fisiológicos tendo relação direta com a subjetividade do desejo

e do prazer em relação a si mesmo, com seus pares e com o mundo⁽¹⁰⁾. É parte integrante da personalidade e, embora seja considerada uma necessidade humana básica, percebe-se que os cuidados com a sexualidade, dispensados aos pacientes estomizados, por parte dos profissionais, ainda estão limitados a superficialidade⁽²¹⁻²²⁾.

Ao ponderar o exposto, deve-se refletir sobre a necessidade de capacitação técnica dos profissionais que lidam com pacientes estomizados. Falar sobre os aspectos sexuais desses pacientes representa, muitas vezes, um desafio para equipe de saúde^(7,22-23), pois exige preparação para lidar com as alterações no modo de vida e habilidade no manejo de intervenções de suporte psicoemocional, como a imagem corporal alterada, a auto-estima e a participação do parceiro⁽²⁴⁻²⁵⁾, assim como as intervenções de suporte prático, como as estratégias de enfrentamento e adaptação no modo de vestir-se, na alimentação e na prática sexual⁽²⁶⁻²⁷⁾.

Estudos apontam o enfermeiro como o membro da equipe multidisciplinar de papel mais preponderante na abordagem da sexualidade de pacientes, visto ser a categoria profissional mais ligada à clientela e por apresentar maior facilidade de estabelecimento do diálogo durante suas atividades^(25,27). Sua participação como educador de saúde é fundamental no processo de adaptação do estomizado⁽²⁸⁾. Acredita-se que orientações ajustadas às necessidades identificadas nos diagnósticos de enfermagem favorecem a aceitação do estoma, despertam o sentimento de estar sendo bem cuidado e aproximam o paciente ao tratamento proposto, melhorando sua qualidade de vida^(22,29-30).

No Brasil, a capacitação para profissionais envolvidos no cuidado a pessoas estomizadas é oferecida por cursos de especialização nessa área, nomeada Estomaterapia. Classicamente exercida apenas por enfermeiros, chamados "estomaterapeutas", a especialização oferece conhecimento, treinamento e habilidade para o cuidado de qualquer tipo de estomizado e portadores de feridas, fístulas e incontinência anal ou urinária, além de promover o desenvolvimento de novas tecnologias de cuidado^(2,8).

A pequena quantidade de cursos de especialização disponíveis no país e o valor oneroso para esse investimento têm limitado o número de profissionais da enfermagem com acesso a essa capacitação⁽²⁾, sendo, portanto reforçado o papel do enfermeiro generalista no planejamento dos cuidados a partir da identificação das necessidades humanas básicas alteradas, dos diagnósticos de enfermagem e da implementação das intervenções práticas de enfermagem recomendadas pela literatura de cuidados ao paciente estomizado^(27-28,31).

As estratégias de promoção do autocuidado na saúde sexual e reprodutiva de portadores de estomia, sejam realizadas por enfermeiros estomaterapeutas ou generalistas, devem primar por um cuidado de qualidade^(8,25,27). Cuidado que incita atenção aos diferentes tipos de dispositivos coletores disponíveis no mercado, às adaptações desenvolvidas para minimizar odores, ruídos, cor e aderência da base adesiva^(22,24,26) e que considera a apropriação de instrumentos auxiliares que orientem o processo de educação em saúde^(21,28). Atividades educativas de interação, recursos tecnológicos didáticos ilustrativos somados a aplicação de inventários de satisfação sexual e modelos de assistência validados⁽²⁵⁾, como o instrumento PLISSIT⁽²⁹⁾ de terapia e aconselhamento sexual, são relatadas como estratégias de promoção do autocuidado na saúde sexual de portadores de estomia⁽³⁰⁻³¹⁾.

O modelo PLISSIT consta de quatro etapas de orientação e guiam o planejamento de enfermagem na abordagem dos aspectos sexuais gerais e específicos do estomizado⁽²⁹⁾. Para tanto, a necessidade de profissionais preparados implica na efetividade da estratégia.

Embora a atuação da Enfermagem seja bastante relevante na atenção à pessoa estomizada, sabe-se que diante da complexidade desse tipo de cuidado, é necessário o trabalho de uma equipe multidisciplinar articulada para a promoção de uma atenção integral, sistematizada e individualizada ao paciente^(27,30-31).

Ações interdisciplinares de saúde pautadas em estratégias educativas criativas e inovadoras junto à paciente e seus parceiros(as) auxiliam a superar as dificuldades físicas ou psicoemocionais^(2,3,25) geradas pela presença do estoma, tornando-os capazes de vivenciar sua sexualidade de maneira mais prazerosa^(23,27,30) como nos casos de indicação médica para o procedimento de irrigação intestinal. Sua utilização, relatada nos estudos encontrados, mostra satisfação dos usuários em retirar a bolsa coletora, em poder vestir-se com roupas mais justas e poder frequentar lugares públicos mais confortavelmente^(25,29-31).

Afora a apropriação de qualificação técnica, a equipe de cuidados deve se despir de tabus, mitos e conceitos formados a partir de suas próprias experiências pessoais e de padrões morais incutidos por influência sociocultural⁽²⁹⁾. É importante ampliar os olhares para além do biológico, para além do "corpo-objeto" e passar a perceber a pessoa como "sujeito" capaz de tomar suas próprias decisões e partilhar as ações de cuidado^(23,25,27,31). É preciso, portanto, buscar formas criativas de intervenção baseadas em evidências atualizadas, que se aproximem mais das necessidades encontradas na prática, sobretudo pela rapidez em que se inserem novas tecnologias de saúde.

A maior parte dos estudos selecionados assinala que a atuação baseada no diálogo, na valorização de conhecimentos anteriores e na informação compartilhada pela ação educativa, fortalece o relacionamento profissional-paciente-família e enriquece o planejamento de cuidados⁽²⁶⁻²⁸⁾. É importante identificar, nesse contexto, a rede de apoio em que se insere o paciente e estimular a integração desses como facilitadores do sistema de adaptação do paciente.

Considerada uma das redes de apoio, a unidade de cuidado "família" configura com o importante papel de motivação do paciente à aceitação de sua condição de estomizado e realização do autocuidado^(28-29,32). Quando os familiares permanecem unidos e solidários, o indivíduo com estomia se sente confortado e seguro no ambiente de cuidado. No entanto, em momentos de grandes mudanças e fragilidades decorrentes do adoecimento e suas sequelas, a unidade familiar pode desestruturar-se e não apresentar-se competente para esse apoio, sendo então deliberadas outras figuras de confiança do paciente, como amigos, vizinhos, outros profissionais da equipe de saúde e sobretudo outros estomizados^(24-25,31).

As associações de estomizados são consideradas uma das redes de apoio de mais próximas às necessidades dessas pessoas por oferecerem maior facilidade na criação de vínculos com a pessoa usuária do serviço e no estabelecimento de trocas de experiências e vivências entre outros indivíduos com estomia⁽³¹⁾.

Adquirir autonomia para o autocuidado tem um papel decisivo na adaptação fisiológica, psicológica e social da pessoa estomizada e seus familiares^(26-27,30-32). A apropriação de informações claras e simplificadas sobre as repercussões biopsicossociais da estomia na sexualidade contribui para a melhoria significativa da qualidade de vida do estomizado à medida que o conhecimento sobre o corpo e suas modificações permite a independência em relação a outras pessoas e subsidia a tomada de decisão por comportamentos de saúde seguros e ajustados às suas necessidades básicas e, entre essas, as necessidades sexuais e reprodutivas^(23,30).

Percebe-se que quando a equipe de saúde oferece oportunidade de abertura de comunicação ao paciente é mais provável que as necessidades de cuidado do indivíduo sejam mais facilmente identificadas e as intervenções sejam propostas a partir de um ponto de vista mais holístico⁽²⁹⁾.

A literatura sugere que a inclusão dos pacientes na tomada de decisão representa uma estratégia de ajustamento e apresenta melhores resultados de adaptação quando comparada aos indivíduos que não participam de sua trajetória de tratamento⁽²⁸⁻²⁹⁾.

Orientações e abordagens para o estomizado no autocuidado da saúde sexual

Parte das dificuldades sexuais enfrentadas possui origem psicológica^(2,3), com explicitação de sentimentos de vergonha frente ao parceiro, sensação de nojo, medo de ser rejeitado pelo outro, repugnância à nova imagem corporal, perda do poder de sensualidade e atração^(15,23-24,31). A concepção de corpo construída por cada indivíduo ao longo de sua vida e a imagem corporal ditada pelos padrões socioculturais e de ambiente pré-concebidos pela sociedade, em geral fundamentados nos conceitos de juventude, beleza, vigor e integridade física, definem as diferentes respostas à mudança na estética corporal após a estomização podendo levar ao isolamento social^(5,9,11,29-31). Estratégias de valorização da expressão de sentimentos, de busca pessoal da motivação para vida dentro de si mesmo e de outras manifestações da sensualidade como o amor, o carinho, a amizade e o diálogo influenciam positivamente mudanças comportamentais que favorecem a adaptação à nova imagem corporal de pessoas com estoma abdominal^(29,31).

Outras dificuldades para a manutenção da sexualidade são procedentes das disfunções fisiológicas passíveis de ocorrer após o procedimento cirúrgico de confecção do estoma, devido a lesões do sistema nervoso autônomo^(2,15-16). No sexo masculino, essas lesões podem acarretar a diminuição ou perda da libido, perda da ejaculação, distúrbios parciais de ereção ou mesmo a impotência. No sexo feminino podem ocorrer dificuldades no intercurso sexual em casos de ressecção do ânus e exposição a tratamentos anteriores como a radioterapia, além de dispauremia e diminuição ou perda da libido. Nesses casos, tratamentos clínicos farmacológicos e cirúrgicos podem ser indicados para minimização do comprometimento sexual^(22-23,29-30). O indivíduo estomizado deve se dedicar a valorização do senso de normalização, buscando compreender-se como um ser o mais próximo da normalidade e capaz de exercer a vida de forma saudável e de qualidade⁽²⁴⁾. A estratégia de normalização reforça adaptações no modo de vestir-se com criação de um estilo próprio que garanta bem-estar, manutenção da vaidade e hábitos de cuidado de beleza e ajustes na alimentação outras formas de expressão da sexualidade^(23-25,30-31).

Nessa perspectiva, a participação do companheiro deve ser valorizada desde o momento do diagnóstico e durante todo o período de adaptação pós-estomia de sua parceira^(24-25,30-31). A presença ativa do companheiro facilita tanto o esclarecimento de possíveis dúvidas e medos relacionadas às questões sexuais, quanto o suporte na elevação da auto-estima da parceira estomizada por sentirem-

se queridas e amparadas mesmo diante da alteração da imagem corporal⁽³⁰⁾. Deve-se estimular a sensualidade e o estabelecimento juntos de estratégias de enfrentamento criativas para as dificuldades encontradas, como novas posições para o ato sexual, diferentes carícias, recurso de estimulação sexual como vibradores, revistas, filmes e músicas, uso de aromas e perfumes, massagens e a expressão verbal de carinho^(28,31).

Conclusão

O estudo evidenciou que pacientes estomizados necessitam de diversas adaptações para que possam vivenciar os aspectos da sexualidade, incluindo o desempenho sexual. Para o alcance dessa adaptação, o enfermeiro desempenha um papel fundamental, com a possibilidade de diminuir inibições, mitos e tabus associados à sexualidade do estomizado, por meio da manutenção do diálogo, da escuta ativa, do estabelecimento de vínculos e da promoção de uma assistência individualizada e planejada. O resgate dos mecanismos motivacionais como a autopercepção positiva, a autoimagem, a autoconfiança, a autoestima e autonomia minimizam o tempo necessário para a aceitação e auxiliam o aprendizado do autocuidado.

Reforça-se, nesse sentido, a importância de abordagens profissionais que promovam o autocuidado do paciente na busca pela qualidade de vida, incluindo os aspectos, aqui discutidos, sobre a saúde sexual e reprodutiva. Para tanto, o autocuidado pode ser estimulado por meio de recursos didáticos como manuais, cartilhas, *folders*, *banners* e o desenvolvimento de atividades educativas que favoreçam a troca de vivências e experiências entre indivíduos com estomia e seus familiares.

Ademais, ressalta-se que a ausência de menção aos aspectos reprodutivos nos estudos apresentados, como a gravidez e o planejamento familiar, denota uma lacuna no conhecimento e na necessidade de investigações científicas que fomentem o planejamento de cuidados na área da saúde reprodutiva de pessoas com estomia.

Por fim, tornam-se necessários estudos de maior rigor metodológico, com enfoque estatístico, que possam nortear a equipe de saúde no desenvolvimento de um plano de cuidados eficaz, valorizando a integridade biopsicossocial na área da saúde sexual e reprodutiva.

REFERÊNCIAS

1. Oliveira G, Maritan CVC, Mantovanelli C, Ramalheiro GR, Gavilha TCA. Impacto da estomia: sentimentos e habilidades desenvolvidos frente à nova condição de vida. Rev Estima [Internet]. 2010 [acesso em: 11 dez 2013];8:19-25. Disponível em: http://www.revistaestima.com.br/index.php?option=com_content&view=article&id=19:artigo-original-2&catid=14:edicao-81&Itemid=25
2. Silva AL, Shimizu HE. Estomias intestinais: da origem à readaptação. 1 ed. São Caetano do Sul, São Paulo: Difusão Editora; Rio de Janeiro: Editora Senac Rio; 2012.
3. Borwell B. Rehabilitation and stoma care: addressing the psychological needs. Br J Nurs. 2009;18(4):20-2, 24-5.
4. Shuler MS. "No one said this would be an issue" Intimacy after ostomy surgery. Nursing (Auckl). 2013;43(9):1-4.
5. Ramirez M, McMullen C, Grant M, Altschuler A, Hornbrook MC, Krouse RS. Figuring Out Sex in a Reconfigured Body: Experiences of Female Colorectal Cancer Survivors with Ostomies. *Women Health* (Lond Engl). 2009;49(8):608-24.
6. Schwartz MP, Sá SP. Educational support for patients with intestinal provisional stoma: a descriptive study. Online Brazilian journal of nursing. [Internet]. 2012 [acesso em: 12 mar 2014];11(1):428-31. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.5935/1676-4285.2012S004>
7. Alves AR, Lopes MF, Barletto M, Bevilacqua PD. Integralidade do cuidado em saúde sexual e reprodutiva: Dificuldades da prática profissional. Revista Brasileira de Economia Doméstica. 2011;22(1):195-209.
8. Linhares AA, Souza NVDO, Penna LHG, Martins VV. Autonomia e liberdade no autocuidado do cliente estomizado e educação em saúde: revisão de literatura. Rev Estima. 2010;8(4):42-9.
9. Nascimento CMS, Trindade GLB, Luz MHBA, Santiago RF. Vivência do paciente estomizado: uma contribuição para a assistência de enfermagem. Texto Contexto Enferm 2011; 20(3):557-64.
10. Costa LHR, Coelho ECA. Enfermagem e sexualidade: revisão integrativa de artigos publicados na Revista Latino-Americana de Enfermagem e na Revista Brasileira de Enfermagem. Rev. Latino-Am. Enfermagem. 2011;19(3):[10 telas].
11. Boccara de Paula MA, Takahashi RF. Sexualidade humana: Resgatando aspectos de sua trajetória ao longo da história. Rev Estima 2009; 7(1):33-8.
12. Freire P. Pedagogia do oprimido. 50 ed. São Paulo: Paz e Terra; 2011.

13. Bastable SB. O enfermeiro como educador. Princípios de Ensino e Aprendizagem para a Prática de Enfermagem. 3 ed. Porto Alegre: Artmed; 2010.
14. Silva AN, Cordeiro BC. Use of technologies in programs of permanent education in health: an experimental study. Online Brazilian journal nursing. [Internet]. 2013 [acesso em: 04 jan 2014];12 Suppl: 680-82. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.5935/1676-4285.20134491>
15. Martins VV, Penna LHG, Paula MA, Pereira CDC, Leite HC. Sexualidade, estoma e gênero: Revisão integrativa da literatura. Rev Estima. 2011;9(1):39-46.
16. Paula MAB, Takahashi RF, Paula PR. Os significados da sexualidade para a pessoa com estoma intestinal definitivo. Rev Bras Coloproct. 2009;29(1):77-82.
17. Souza MT, Silva MD, Carvalho R. Revisão integrativa: o que é e como fazer? Einstein(São Paulo). [Internet]. 2010 [acesso em: 04 jan 2014];8(1):102-6. Disponível em: http://apps.einstein.br/revista/arquivos/PDF/1134-Einsteinv8n1_p102-106_port.pdf
18. Critical Appraisal Skills Programme (CASP) make sense of evidence. 10 questions to help you make sense of qualitative research. England. [Internet]. 2006 [acesso em 25 mar 2013]. Disponível em: <http://www.sph.nhs.uk/what-we-do/public-health-workforce/resources/critical-appraisals-skills-programme/>.
19. Ursi ES, Gavão CM. Perioperative prevention of skin injury: an integrative literature review. Rev. Latino-Am. Enfermagem. [Internet]. 2006 [acesso em: 09 jan 2014];14(1):124-31. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S0104-11692006000100017>
20. Melnyk BM, Fineout-Overholt E. Making the case for evidence-based practice and cultivating a spirit of inquiry. In: Melnyk BM, Fineout-Overholt E. Evidence-based practice in nursing & healthcare. A guide to best practice. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins; 2011.p.3-24.
21. Silva AL, Shimizu HE. O significado da mudança no modo de vida da pessoa com estomia intestinal definitiva. Rev Latino-am enfermagem. 2006;14(4):483-90.
22. Farias DHR, Gomes GC, Zappas S. Convivendo com uma estomia: conhecendo para melhor cuidar. Cogitare Enfermagem. 2004;9(1): 25-32.
23. Silva AL, Faustino AM, Oliveira PG. A sexualidade do paciente com estomia intestinal: Revisão integrativa. Rev. Enferm UFPE Online. [Internet]. 2013 [acesso em: 11 jan 2014];7:879-87. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.5205/01012007>
24. Gomes GC, et al. Ser mulher estomizada: percepções acerca da sexualidade. Enfermería Global. [Internet]. 2012 [acesso em: 11 jan 2014];27:34-44. Disponível em: <http://revistas.um.es/eglobal/article/viewFile/eglobal.11.3.134811/136131>
25. Martins PAF, Alvim NAT. Perspectiva educativa do cuidado de enfermagem sobre a manutenção da estomia de eliminação. Rev Bras Enferm. 2011;64(2): 322-

7.

26. Poletto D, Silva DMGV. Living with intestinal stoma: the construction of autonomy for care. *Rev. Latino-Am. Enfermagem*. 2013;21(2).

27. Sampaio FAA, Aquino OS, Araújo TL, Galvão MTG. Assistência de enfermagem a paciente com colostomia: aplicação da Teoria de Orem. *Acta Paul Enferm*. 2008;21(1): 94-100.

28. Nascimento CMS, Trindade GLB, Luz MHBA, Santiago RF. Vivência do paciente estomizado: uma contribuição para a assistência de enfermagem. *Texto Contexto Enferm*. 2011;20(3): 557-64.

29. Manderson LH. Boundary breaches: the body, sex and sexuality after stoma surgery. *Soc Sci Med*. 2005;61: 405-415.

30. Brown H, Randle J. Living with a stoma: a review of the literature. *J Clin Nurs*. 2004;14: 74-81.

31. Golis AM. Sexuo Issues for the Person Whith on Ostomy. *J Wound Ostomy Continence Nurs*. 2009;(1).

5.2 ARTIGO ORIGINAL 1*

Cartilha de orientação para o autocuidado na saúde sexual e reprodutiva de mulheres estomizadas**

RESUMO

A experiência de ter uma estomia conduz as mulheres a profundas mudanças nos aspectos relacionados à saúde sexual e reprodutiva. O estudo se destina a descrever o processo de construção de uma tecnologia educativa, do tipo cartilha educativa, destinada à promoção do autocuidado na saúde sexual e reprodutiva de mulheres estomizadas. Tratou-se de uma pesquisa metodológica, do tipo elaboração de tecnologia educativa. Utilizou-se o modelo processual de elaboração de materiais impressos em saúde. Foram atendidas as recomendações quanto à linguagem, ilustração e *layout*. O levantamento dos conteúdos pertinentes à temática ocorreu por meio de revisão integrativa de literatura. Em seguida, procedeu-se o trabalho de definição de arte gráfica, diagramação e editoração, realizado por um profissional de design. A elaboração da cartilha, segundo preceitos metodológicos e rigor didático, instrucional reforça a qualidade das estratégias educativas e respalda os profissionais na utilização de um material legível, compreensível e culturalmente relevante, favorecendo o alcance da comunicação eficaz na assistência em saúde.

Descritores: Estomia; Autocuidado; Educação em saúde; Enfermagem.

Keywords: Ostomy; Self Care; Health education; Nursing.

Palabras clave: Ostomía; Auto Care; Educación para la salud; Enfermería.

*Artigo formatado de acordo com as normas de um periódico Qualis A2.

**Artigo extraído da dissertação de mestrado “Tecnologia educativa para promoção do autocuidado na saúde sexual e reprodutiva de mulheres estomizadas: estudo de validação” apresentada à Universidade Federal de Pernambuco, Recife, PE, Brasil.

INTRODUÇÃO

Em função da mudança anatômica do corpo, a maioria das pessoas estomizadas apresenta profundas alterações em seu modo de vida atreladas a modificação da autoimagem, sobretudo na vivência da sexualidade¹.

Atualmente, a sexualidade compõe um dos pilares da qualidade de vida, com caráter multidimensional e influenciada por aspectos não somente anatômicos e psicológicos, mas, principalmente, por fatores psicossociais e culturais². No entanto, muitos estudos apontam que as orientações de saúde abordadas na assistência a estomizados, têm sido limitadas às questões referentes ao material utilizado e as maneiras de evitar lesão de pele³⁻⁶, evitando-se com frequência, temas como a atividade sexual e planejamento familiar. Recente levantamento bibliográfico a cerca da abordagem à sexualidade do indivíduo estomizado, constatou superficialidade dos estudos selecionados na discussão da temática, surgindo muitas vezes sobre uma ótica restrita relacionada à atividade sexual⁷.

Do exposto, a lacuna no conhecimento científico para o cuidado com a pessoa com estomia constitui-se em um desafio para enfermeiros, pesquisadores e demais profissionais de saúde, o que exige a realização de pesquisas, para o aprimoramento da assistência prestada as pessoas estomizadas, especialmente, no que diz respeito à utilização de ferramentas educativas⁸.

Nesse sentido, uma maneira de estimular as mulheres estomizadas a compreender as possíveis mudanças quanto à vivência da sexualidade, parte da utilização da educação em saúde, por meio de ferramentas educativas. Os materiais educativos assumem um papel importante no processo de educar, pois promovem a mediação de conteúdos de aprendizagem e funcionam como recurso disponível, para

que o paciente e sua família possam consultá-lo sempre que acharem necessário, inclusive em domicílio⁹.

A informação em saúde é um instrumento de socialização de conhecimentos, de promoção da saúde e de prevenção de doenças, pois contribui na valorização da autonomia, da autoestima, da autoconfiança e da coparticipação no cuidado, sendo capaz de transformar atitudes e práticas. Promover educação em saúde constitui-se em atividade inerente à práxis do enfermeiro, não somente por meio da comunicação e realização de intervenções assistenciais e educativas, mas, também, no desenvolvimento e na avaliação dos recursos educativos produzidos com foco na autonomia e autocuidado de seus clientes¹⁰.

No desenvolvimento de tecnologias educativas de qualidade deve-se levar em consideração, a seleção das informações realmente importantes para constar no conteúdo do material, exigindo assim, definições claras dos objetivos educacionais a serem alcançados pela população em questão. O material deve ser atrativo, acessível e claro, relevante, condizente com a realidade e as necessidades de informação do leitor, contudo, para ser eficaz, deve apresentar vocabulário coerente com a mensagem e com o público-alvo. O objetivo maior transcende a simples transmissão da informação, e deve estimular a reflexão e fomentar a instrumentalização para o cuidar¹¹⁻¹².

Para elaboração de material educativo impresso em comunicação em saúde, tem-se utilizado opções de tecnologias como os folhetos, os panfletos, o folder, o livreto, as cartilhas, o álbum seriado, com a proposta de informar sobre promoção da saúde, prevenção de doenças, modalidades de tratamento e ações de autocuidado¹². No formato cartilha, a clareza e o detalhamento dos temas abordados contribuem para que esse material auxilie o diálogo entre os profissionais e a população¹³.

As cartilhas educativas podem ser entendidas como um recurso dedicado a

informar a população sobre direitos, deveres, doenças, acidentes, dentre outros. Por meio do seu uso, o processo de aprendizado é facilitado, pois permite ao paciente e sua família uma leitura posterior, no momento de sua maior conveniência pela aquisição do conhecimento, reforçando as informações orais, servindo como guia de orientações para casos de dúvidas e auxiliando na tomada de decisões do cotidiano¹⁴.

Com isso, torna-se necessário buscar estratégias de cuidado empoderadoras, a fim de orientar mulheres estomizadas quanto aos cuidados à saúde sexual e reprodutiva após a confecção da ostomia, propiciando um material tangível e adequado às suas necessidades de informação para o enfrentamento do processo de adaptação da vida sexual¹⁵.

Do exposto, objetivou-se descrever o processo de desenvolvido na elaboração de uma cartilha educativa destinada a promoção do autocuidado na saúde sexual e reprodutiva de mulheres estomizadas.

MÉTODOS

Pesquisa metodológica de desenvolvimento de tecnologia educativa, do tipo cartilha impressa. Tal estudo possui foco no desenvolvimento, na avaliação e no aperfeiçoamento de instrumentos e estratégias metodológicas utilizando de maneira sistemática os conhecimentos existentes para elaboração de um novo dispositivo¹⁶. O processo de desenvolvimento da cartilha ocorreu em três etapas distintas: seleção de conteúdo, montagem e definição do design e arte final.

Os conteúdos pertinentes à temática foram selecionados a partir das evidências na literatura, sobre ações e políticas públicas de saúde sexual e reprodutiva, assistência de saúde e perspectiva educativa do cuidado de enfermagem a estomizados, promoção do

autocuidado, autoestima, imagem corporal e impacto biopsicossocial da estomia na vida da pessoa com estomia, além das diretrizes e normatizações de atenção à saúde das pessoas estomizadas.

A consolidação da fundamentação teórica desta etapa se deu pela execução da revisão integrativa de literatura, com foco nas produções científicas de enfermagem sobre as ações de educação em saúde voltadas ao autocuidado da saúde sexual e reprodutiva do paciente estomizado.

A cartilha foi construída baseando-se no modelo processual de elaboração de material educativo em saúde¹², que elege três aspectos a serem considerados no desenvolvimento de um material educativo impresso bem planejado, correto, fácil de ler, compreensível e que atinja o público-alvo: linguagem, ilustração e *layout*.

As considerações utilizadas em cada aspecto da confecção da cartilha contemplaram os seguintes critérios:

Linguagem

- Informações sobre os benefícios da cartilha;
- Apresentação de três a quatro ideias principais por seção, quando pertinente, a fim de otimizar o entendimento da leitora.
- Desenvolvimento de uma idéia por vez a fim de evitar a necessidade de retorno à leitura de páginas anteriores para completar o raciocínio;
- Conceitos e ações em ordem lógica, a fim de favorecer a construção do conhecimento;
- Exemplos esclarecedores de ideias e os conceitos abstratos;
- Voz ativa, enfatizando-se à leitora o que e como pode ser feito;
- Escrita em estilo conversacional para facilitar a leitura e compreensão;
- Termos com definições simples, além de analogias familiares ao público;

- Não foram utilizados jargões, abreviaturas, acrônimos e siglas e termos técnicos, como “irrigação intestinal”, foram explicados em linguagem acessível;
- Promoveu-se a interação por meio de questionamentos, utilizando-se como resposta a opção “verdadeiro e falso” e uso de espaço para anotações;

Ilustrações

- Emprego de ilustrações de traços simples, de boa qualidade e alta definição
- Ilustração das ações ou comportamentos esperados;
- Uso de símbolos e imagens familiares ao público-alvo, permitindo a identificação com a mensagem;
- Consideração às características raciais e étnicas do público-alvo na apresentação das ilustrações;
- Cada ilustração foi devidamente identificada com descrição em legenda;

Layout

- Fonte 14, no mínimo, pois o material destina-se ao público adulto;
- Títulos no mínimo dois pontos maiores que as do texto;
- Textos apenas com fontes estilizadas e maiúsculas foram evitados, pois dificultam a leitura;
- Negrito empregado apenas para os títulos ou destaques;
- Sensibilidade e cautela no emprego de cores deixando o material visualmente limpo.
- Impressão fosca (papel e tinta) para a redução do brilho e melhora da legibilidade;
- Uso de imagens, cores e textos atrativos para a capa;
- Destaque da mensagem principal e do público-alvo na apresentação da capa, permitindo que a leitora capte a ideia central do material, apenas por sua

visualização;

- Caixas de texto foram empregados para evidenciar informações-chave
- Ideias-chave no início das frases ou das proposições ou em destaque de cor no meio do texto;
- Quantidade de texto por página limitada, visto que nem todos os leitores terão capacidade de ler e interpretar apenas com palavras escritas.

O presente estudo compõe uma das etapas da Dissertação intitulada “Tecnologia educativa para promoção do autocuidado na saúde sexual e reprodutiva de mulheres estomizadas: estudo de validação” que seguiu os preceitos ético-legais da Resolução N°466/12, com aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Pernambuco sob CAAE N°. 26889414.8.0000.5208.

Resultados e discussão

Os resultados foram organizados de acordo com as etapas do processo de elaboração da cartilha.

Seleção do conteúdo

Do levantamento geral dos conteúdos pertinentes, emergiram dez seções de orientações, nas quais foram destacados os conceitos de autocuidado, de saúde sexual e de saúde reprodutiva e autoestima, bem como, os direitos sexuais e reprodutivos. Foram oferecidas dicas de cuidados para os momentos de intimidade e informações a cerca da gravidez, do planejamento familiar e da rede de apoio para o processo de adaptação.

Ademais, foram apresentados mitos e verdades envolvendo os aspectos sexuais e reprodutivos do individuo estomizado.

Finalizada a seleção dos conteúdos, iniciou-se a elaboração das ilustrações, a

diagramação do texto e a disposição do *layout* por profissional designer.

Montagem

O processo de disposição do conteúdo informativo da cartilha será exposto segundo as seções de orientações:

- Apresentação

Reforçou-se o objetivo central da cartilha e os benefícios da aprendizagem, por meio do esclarecimento de possíveis dúvidas em relação à saúde sexual e reprodutiva enquanto mulher estomizada.

Entendendo-se que o vocabulário utilizado em materiais impressos deve ser coerente com a mensagem que se pretende transmitir e com o público-alvo a que se destina e, ainda, que sua leitura deve ser fácil, convidativa e compreensível¹², optou-se por utilizar as palavras “ostoma”, “ostomia” e “ostomizada” como forma de identificar o público-alvo pelos termos familiares adotados comumente pelo mesmo.

- Autocuidado

As atividades de autocuidado são definidas como habilidades humanas para engajamento em ações que o próprio indivíduo executa a seu benefício, para manter a vida, a saúde e o bem-estar, contribuindo, dessa forma, a conservar sua integridade e funcionamento^{17,18}.

O conhecimento do autocuidado permite ao indivíduo estomizado maior independência, uma vez que ele próprio realiza seus cuidados por meio da prática de técnicas adequadas e simplificadas, que promovem a segurança do mesmo na realização do cuidado e melhora significativa de sua qualidade de vida¹⁵.

Destarte, essa seção consistiu em conceituar o autocuidado, mostrando sua importância para a saúde sexual e reprodutiva. As informações foram escritas em forma de conversa, pois se entende que a linguagem informal facilita a compreensão, desperta

o interesse e a motivação pelo texto, atendendo a diferentes níveis de habilidade de leitura¹⁹.

Pessoas estomizadas que têm o conhecimento sobre o autocuidado se sentem seguras para cuidar do estoma²⁰ e de si mesmas, podendo assim alcançar a reabilitação, diminuir a ansiedade e o medo²¹, auxiliar na retomada da vivência da sexualidade, despertando a sua responsabilidade pela promoção de saúde, na adoção de comportamentos sexuais e reprodutivos seguros e estabelecimento de relacionamentos saudáveis²².

- Saúde sexual e reprodutiva

Como parte constitutiva dos direitos humanos fundamentais, o direito a saúde sexual e reprodutiva tem se concretizado, por meio de políticas públicas, como a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher – PNAISM, que prevê o atendimento à mulher a partir de uma percepção ampliada de seu contexto de vida, como o direito a ter controle de decidir livre e responsabilmente sobre questões relacionadas à sua sexualidade, incluindo a saúde sexual e reprodutiva²³.

Apesar de estarem intimamente relacionados entre si, os direitos sexuais e reprodutivos (DSR) diferenciam-se na essência de seus conceitos.

Os direitos sexuais referem-se ao potencial do indivíduo em desfrutar e expressar sua sexualidade de forma livre, sem nenhum tipo de coerção ou opressão, como também, ao acesso à educação sexual durante toda a vida²⁴, o desenvolvimento sexual saudável, estabelecimento de relacionamentos responsáveis e equitativos com prazer sexual, sem risco de doenças sexualmente transmissíveis, gestações não desejadas, violência e discriminação²⁵.

Já os direitos reprodutivos englobam a garantia de acesso a informação, a métodos eficientes, seguros, aceitáveis e financeiramente compatíveis de planejamento

familiar, que contribuem para a prevenção e resolução de problemas de saúde reprodutiva²⁶.

Entende-se, portanto, que o conhecimento dos DSR por mulheres estomizadas, lhes possibilitará experimentar uma vida sexual informada, agradável, segura e baseada na auto-estima, propiciando a melhoria de sua qualidade de vida e de suas relações pessoais, bem como a expressão de sua identidade própria como pessoa.

Desse modo, o acesso à informação sobre os DSR, por meio da cartilha proposta nesse estudo, em consonância com as propostas de elaboração e distribuição de manuais técnicos e cartilhas educativas sobre reprodução e sexualidade, do Ministério da Saúde²⁷, reforça uma postura de cidadania, de integralidade do cuidado à mulher e de empoderamento sobre os direitos, como exercício da autonomia e autocuidado.

O conceito e os direitos da saúde sexual e reprodutiva foram apresentados nessa seção a fim de introduzir a temática e contextualizar a leitora quanto aos aspectos da sexualidade a serem discutidos.

- Sexo seguro

Em 2010, estudo realizado no Recife, avaliou a vulnerabilidade às DST/aids por meio do conhecimento da população sobre DST/aids e o uso do preservativo e, identificou que o conhecimento incipiente aliado à prática sexual insegura coloca mulheres em união estável, de baixa escolaridade, menor renda, sobretudo acima dos 45 anos, em situação de maior vulnerabilidade às DST/aids²⁸.

Nesse contexto, outro estudo alerta sobre a necessidade de informação sobre práticas sexuais seguras à população feminina, visto que mulheres heterossexuais, casadas ou com parceiro fixo, pertencentes a algum grupo religioso, em geral, sentem-se imunes ao contágio pelo vírus HIV, atrelando a aquisição da infecção a comportamentos de promiscuidade e relacionamento homossexual²⁹. Essa desinformação traz sérios

prejuízos para a discussão de assuntos como sexualidade, prevenção e tratamento, contribuindo para o aumento considerável da infecção por DST/aids nas relações afetivo-sexuais fixas²⁸.

A abordagem do sexo seguro para mulheres estomizadas pode implicar no entendimento que a condição de ser estomizada não as exime de viver uma prática sexual saudável. Dessa forma, considerados os aspectos de vulnerabilidade para todas as mulheres, incluindo as estomizadas, foi abordada, nessa seção, a necessidade de incentivo à adoção das práticas sexuais seguras, ou seja, os benefícios da utilização dos preservativos feminino e masculino. A forma de colocação dos preservativos foi ilustrada a fim de reforçar a compreensão.

- Sexo e ostomia

Devido às alterações na imagem corporal, a maioria das pacientes estomizadas apresenta dificuldades relacionadas à sexualidade conseqüentes de algumas disfunções fisiológicas, como a diminuição ou perda da libido, dispareunia, ressecamento ou estreitamento vaginal e, de aspectos psicológicos, associados aos sentimentos de insegurança e vergonha causada pela nova condição da mulher estomizada³⁰.

Pesquisa com indivíduos estomizados buscou identificar suas representações sociais sobre a sexualidade e constatou significados atribuídos a necessidade física, emocional e de partilha de carinho, do gostar e do amor, não se limitando ao ato sexual e perpassando por momentos de sensação de satisfação, prazer e bem estar físico e emocional desfrutados com o outro. O diálogo foi reafirmado como um caminho para o fortalecimento do vínculo com o parceiro em busca do equilíbrio conjugal, sexual e do prazer³¹.

O apoio e envolvimento do parceiro em todo plano assistencial, do diagnóstico ao pós operatório, é essencial para o desenvolvimento de atitudes positivas da mulher

ostomizada frente à nova situação, tornando mais fácil e mais rápido o processo de adaptação e o retorno às atividades de vida diária, inclusive quanto à vivência da sexualidade³².

Estudos que investigaram a influência do apoio do parceiro no ajustamento dos aspectos da sexualidade ressaltam que estomizadas que receberam apoio positivo, com a relação alicerçada no respeito, amor e diálogo, relatam sentirem-se normais e inteiras, mais valorizadas enquanto mulher, sendo fundamental para sua adaptação psicossocial³¹⁻³³.

Assim, para essa seção, foram expostas as possíveis dificuldades enfrentadas para o intercurso sexual decorrentes de alterações físicas e devido a alterações psicoemocionais, como o ressecamento vaginal e a vergonha do novo corpo. Destacou-se a importância do compartilhamento de dúvidas e medos com o parceiro e sua contribuição na adaptação da vida sexual. Foram dispostas duas figuras ilustrativas: uso de lubrificantes vaginal para diminuição do desconforto durante a relação sexual e, relação de apoio com o parceiro.

- Dicas para os momentos de intimidade

A superação de tabus e preconceitos, bem como a adoção de estratégias para a superação das limitações físicas, precisam ser discutidas e aceitas pelo casal, de forma a facilitar o vivenciar pleno da sexualidade e da relação sexual da mulher estomizada^{1,34}.

Nessa seção foram oferecidos exemplos de ações que contribuem para despertar a vaidade e a autoestima elevada, auxiliando na adoção de estratégias que permitam desfrutar da relação íntima com prazer e minimizando situações constrangedoras, como a visualização da bolsa coletora pelo parceiro durante a relação sexual, o vazamento dos efluentes ou eliminação de odores.

As orientações contemplaram aspectos da sexualidade como a adaptação do

estilo de se vestir com valorização da sensualidade feminina, o despertar da intimidade e do prazer por meio de carícias, novas posições para o sexo, busca por pontos erógenos, masturbação mútua, uso da música para encobrimento dos ruídos de gases e aspectos relativos aos cuidados com o estoma, como por exemplo, o esvaziamento ou troca da bolsa antes da relação, o uso de dispositivos coletores ajustados às necessidades da mulher (bolsa opaca, uso de filtro de odores, tampões oclusores) e a possibilidade da irrigação intestinal como recurso alternativo ao uso da bolsa coletora.

A irrigação intestinal representa uma estratégia de autocuidado de maior autonomia e o empoderamento sobre o controle do corpo. A pessoa colostomizada à esquerda (cólon descendente ou sigmóide) pode usufruir dessa técnica específica, para a um maior “controle” da eliminação das fezes. Consiste em um enema intestinal, por meio da colostomia, a fim de controlar, de forma mecânica, as exonerações intestinais³⁵.

Tendo em vista o seguimento do referencial metodológico para o aspecto da linguagem, empregando-se definições simples e analogias familiares ao público, termos técnicos como “irrigação intestinal” foram explicados em linguagem acessível, fazendo alusão à “lavagem” do intestino por meio da ostomia para auxiliar em seu esvaziamento.

- Gravidez e ostomia

Diante do desejo de engravidar, os cuidados para uma mulher com uma ostomia idealmente devem começar com o planejamento da gravidez, por meio de uma equipe multidisciplinar especializada na assistência ao estomizado e a coparticipação ativa da mulher e seu parceiro, como componentes vitais do processo de tomadas de decisões.

A presença da ostomia implica em uma avaliação das condições médicas anteriores, o estado de doença que necessitou a ostomia, de seu estado de saúde atual e suas condições e riscos para a concepção, bem como o agendamento de consultas de

acompanhamento e avaliações mais frequentes³⁶.

Mulheres estomizadas grávidas precisam lidar não só com as mudanças normais associados com a gravidez, mas, também, com mudanças adicionais na imagem corporal, no autoconceito e no estresse de cuidados diários com o estoma, que muitas vezes é reforçado por complicações no estoma devido ao crescimento da barriga ou aos processos fisiológicos envolvidos na gestação³⁷.

É importante, pois, enfatizar a possibilidade de uma gestação para algumas mulheres estomizadas, considerando o tipo de doença que levou a fazer a estomia e os órgãos afetados pelos tratamentos ou procedimento cirúrgico. Assim sendo, foram salientados, nessa seção, os cuidados básicos para toda gestação como a alimentação, o controle do peso, a vacinação e a realização de exames e a manutenção dos cuidados com a higiene e troca da bolsa coletora.

Algumas das possíveis complicações decorrentes do crescimento da barriga durante a gestação foram apresentadas, destacando-se a importância do acompanhamento pré-natal especializado na condução de toda a gravidez.

- Autoestima no cuidado da saúde sexual e reprodutiva

Estudo que avaliou os motivos que levam mulheres estomizadas ao desinteresse sexual destacou os fatores psicoemocionais, o uso da bolsa coletora e a alteração da imagem corporal, interferindo conseguintemente, na autoestima feminina⁷.

Nessa seção, a utilização de uma definição simples para o entendimento sobre a maneira como cada um se aceita e se valoriza como pessoa, sugeriu a importância da autoestima elevada como facilitadora do processo de adaptação com as mudanças na aparência do corpo e aumento da confiança. Apresentou-se ainda, dicas do que fazer para elevar a autoestima.

- Onde buscar apoio

A pessoa estomizada busca uma rede de apoio durante o processo de adaptação, contribuindo para o enfrentamento dos desafios advindos da presença do estoma. Dentre elas, a família destaca-se pelo vínculo de afetividade com o compromisso de acalantar, confortar e ajudar na nova fase³⁷.

A participação ativa da equipe multiprofissional faz-se importante no desenvolvimento das habilidades do cliente estomizado e no aprendizado do autocuidado, tendo como resultado a segurança, reabilitação e convivência de forma harmônica com a nova condição. Nesse sentido, o enfermeiro, educador por excelência, se destaca na promoção da educação em saúde visto estar mais diretamente ligada a esta clientela¹⁵.

Em vista, as semelhanças e vivências em comum, a Associação de Ostomizados é compreendida como um local onde podem sentir-se “normais”, manifestar seus sentimentos reprimidos, trocar experiências e encontrar soluções para seus problemas³⁹.

Nessa seção, foi apresentada a importância da identificação de pessoas capazes de oferecer apoio e motivação para a adaptação com as mudanças na vida sexual e reprodutiva. Foram realçados os papéis dos familiares, profissionais de saúde e outros estomizados como essenciais nesse processo.

- Verdadeiro ou falso

A fixação das informações pelo leitor, requer, muitas vezes, técnicas para que os dados não sejam esquecidos. A melhor forma de lidar com a curva do esquecimento é a utilização de técnicas para recordação, como revisões periódicas⁴⁰. Assim sendo, a seção intitulada verdadeiro ou falso, consistiu numa forma de reforçar a codificação da mensagem, revisando as orientações já apresentadas e esclarecendo possíveis dúvidas. O uso de símbolos "universais" como sinal de “certo” e “errado” foram empregados como reforço da compreensão das situações consideradas corretas ou mito.

Definição do design e arte final

Quanto às fontes, optou-se por utilização de fonte *Times New Roman*, em tamanhos 21, 18, 13 e 16 para títulos, subtítulos, corpo do texto e caixas de texto, respectivamente. Foram utilizadas a cor branca, vinho, rosa e violeta em diferentes nuances, com a intenção de deixar o material com aparência leve e expressar feminilidade. Optou-se por cor de fundo “branca” para facilitar a leitura. Foram utilizadas caixas de texto com informações de destaque.

As cores das ilustrações da capa foram usadas com sensibilidade e cautela para não causar poluição visual, acompanhando as matizes de cor escolhidas como principais para a caracterização da cartilha. A capa foi desenvolvida com diversas ilustrações contidas no interior da cartilha a fim de representar seu conteúdo e mensagem principal da cartilha à leitora (Figura 1).



Figura 1 – Capa da cartilha.
Fonte: autores.

As orientações escritas foram acompanhadas por ilustrações autoexplicativas, que reforçam e representam, de uma forma simples, a ideia central do cuidado a ser realizado. Todas as ilustrações foram acompanhadas de suas respectivas legendas de identificação, conforme demonstra a figura 2 .

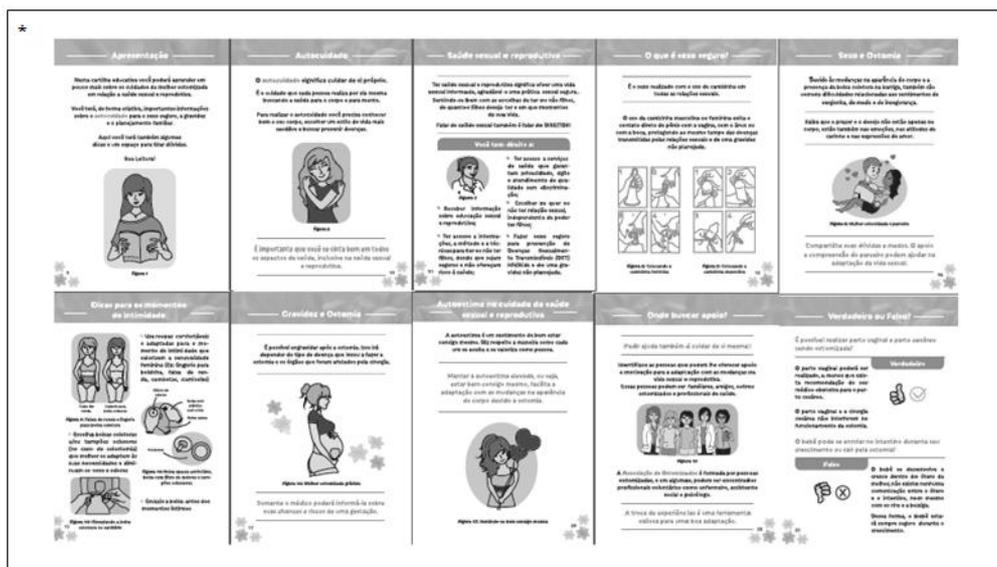


Figura 2 –Representação ilustrativa das seções da cartilha.

*Sequencia das seções da cartilha da esquerda para a direita: Página 9 (Apresentação). Página 10 (Autocuidado). Página 11 (Saúde sexual e reprodutiva). Página 12 (Sexo seguro). Página 13 (Sexo e ostomia). Página 15 (Dicas para os momentos de intimidade). Página 17 (Gravidez e ostomia). Página 20 (Autoestima). Página 22 (Rede de apoio). Página 23 (Verdadeiro e falso). Fonte: autores.

A impressão foi realizada por uma empresa especializada em comunicação, feita em papel *couchê*, metade de uma folha A4 (de 21 cm de altura por 15 cm de largura) e em configuração de orientação de página “paisagem”, papel e tinta fosca, pois reduz o brilho e melhora a legibilidade.

Após a confecção final, a cartilha constitui-se de 23 páginas, excluindo-se a capa, contracapa e mensagem da autora e a carta à leitora. Cada página teve no mínimo uma e no máximo três ilustrações, somando um total de 20 ilustrações.

Na última página da cartilha, retratou-se o autocuidado como mensagem principal do material. Destacou-se a valorização da feminilidade e do cuidado de si mesma, buscando o bem estar e a saúde para o corpo e para mente.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A saúde sexual e reprodutiva da pessoa estomizada pode ser afetada de forma expressiva, sendo a educação em saúde uma alternativa primordial para amenizar o impacto dos prejuízos que a presença da ostomia e da bolsa coletora aderida ao abdome pode causar nessa área do cuidado. Neste sentido, a cartilha educativa tem uma contribuição valiosa para se desenvolver habilidades e favorecer a autonomia do indivíduo.

Acredita-se que a utilização de preceitos metodológicos e rigor didático instrucional na elaboração de tecnologia educativa impressa reforça a qualidade das estratégias educacionais do enfermeiro e respalda o profissional na utilização de um material legível, compreensível e culturalmente relevante ao público-alvo, favorecendo o alcance da comunicação eficaz na assistência em saúde.

Dessa forma, o presente estudo contribuiu para fortalecer a prática educativa da enfermagem como foco na melhoria da qualidade de vida de mulheres estomizadas, destacando-se como uma tecnologia adequada às necessidades de informação sobre a saúde sexual e reprodutiva, no processo de aprendizagem sobre os cuidados do corpo na presença da estomia.

No intuito de conferir validade à tecnologia educativa, aqui apresentada, propõe-se avaliação da adequação do conteúdo e da aparência, por profissionais de saúde, considerados juízes especialistas para essa temática, bem como, por mulheres estomizadas, público-alvo dessa pesquisa, visto que a disponibilização de uma tecnologia educativa validada corrobora com o propósito pelo qual o material foi elaborado e reforça eficiência de sua utilização.

Por fim, ressalta-se que recursos educativos, produzidos com base nas

necessidades de seus clientes, constituem-se em uma estratégia inclusiva e emancipadora do plano terapêutico, reafirmando a Enfermagem como ciência.

REFERÊNCIAS

1. Gomes GC, et al. Ser mulher estomizada: percepções acerca da sexualidade. *Enfermería Global*. [Internet]. 2012 [acesso em: 11 dez 2014];27:34-44. Disponível em: <http://revistas.um.es/eglobal/article/viewFile/eglobal.11.3.134811/136131>
2. Alves RCP, et al. A percepção do paciente portador de ostomia com relação a sua sexualidade *R. Interd.* 2013;6(3): 26-35.
3. Galdino YLS, et al. O cotidiano da pessoa estomizada frente às Necessidades Humanas Básicas Alteradas. *Rev Est.* 2012;10(3):22-30.
4. Brown H, Randle J. Living with a stoma: a review of the literature. *Journal Clinical of Nursing*, 2004;14:74-81.
5. Sampaio FAA, Aquino OS, Araújo TL, Galvão MTG. Assistência de enfermagem a paciente com colostomia: aplicação da Teoria de Orem. *Acta Paul Enferm* 2008; 21(1): 94-100.
6. Nascimento CMS, Trindade GLB, Luz MHBA, Santiago RF. Vivência do paciente estomizado: uma contribuição para a assistência de enfermagem. *Texto Contexto Enferm*, Florianópolis, 2011; 20(3): 557-64.
7. Martins, PAF, Alvim, NAT. Perspectiva educativa do cuidado de enfermagem sobre a manutenção da estomia de eliminação. *Rev Brasileira de Enfermagem*, Brasília 2011; 64 (2): 322-7.

8. Coelho AR, Santos FS, Poggetto MT. A estomia mudando a vida: enfrentar para viver. *Rev Min Enferm.* 2013;17(2):258-267.
9. Grippo MLVS, Fracolli LA. A avaliação de uma cartilha educativa de promoção ao cuidado da criança a partir da percepção da família sobre os temas de saúde e cidadania. *Rev Esc Enferm USP.* 2008;42(3):430-6.
10. Bastable SB. O enfermeiro como educador. *Princípios de Ensino e Aprendizagem para a Prática de Enfermagem.* 3ª Edição. Artmed, 2010.
11. Freitas AAS, Cabral IE. O cuidado à pessoa traqueostomizada: análise de um folheto educativo. *Esc Anna Nery Rev Enferm.* 2008;12(1):84-9.
12. Moreira MF, Nóbrega MML, Silva MIT. Comunicação escrita: contribuição para a elaboração de material educativo em saúde. *Rev Bras Enferm.* 2003;56(2):184-8.
13. Santos AK, Monteiro S, Rozemberg B. Significados e usos de materiais educativos sobre hanseníase segundo profissionais de saúde pública do Município do Rio de Janeiro, Brasil. *Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro,* 25(4):857-867, 2009.
14. Torres HC, Candido NA, Alexandre LR, Pereira FL. O processo de elaboração de cartilhas para orientação do autocuidado no programa educativo em Diabetes. *Rev Bras Enferm.* 2009;62(2):312-6.
15. Nascimento CMS; Trindade GLB; Luz MHBA; Santiago RF. Vivência do paciente estomizado: uma contribuição para a assistência de enfermagem. *Texto Contexto Enferm, Florianópolis,* 2011 Jul-Set; 20(3): 557-64.
16. Polit DF, Beck CT, Hungler BP. Análise quantitativa. In: Polit DF, Beck CT, Hungler BP. *Fundamentos de pesquisa em enfermagem: métodos, avaliação e utilização.* 5a ed. Porto Alegre (RS): Artmed; 2004. p.167-98.

17. George JB e colaboradores. Teorias de enfermagem – Os fundamentos à prática profissional. 4ed. Porto Alegre: Artes Médicas; 2000.
18. Linhares AA, Souza NVDO, Penna LHG, Martins VV. Autonomia e liberdade no autocuidado do cliente estomizado e educação em saúde: revisão de literatura. *Rev Estima*. 2010;8(4):42-9.
19. Lauschner J, Dombrowski AL. Tecnologias da informação e da comunicação nas práticas educativas. *Unoesc & Ciência – ACHS*, 2013;4(1):123-132.
20. Souza CF, Brito DC, Branco MZPC. Depois da colostomia...vivências das pessoas portadoras. *Enfermagem em foco*. 2012. 3(1);12-15.
21. Burch J. Resuming a normal life: holistic care of the person with na ostomy. *British Journal Of Community Nursing*. 2011;16(8):366-373.
22. Silva IJ *et al*. Cuidado, autocuidado e cuidado de si: uma compreensão paradigmática para o cuidado de enfermagem. *Rev Esc Enf USP*. 2009;43(3) 697-703.
23. Brasil. Ministério da Saúde. Secretária de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher: Princípios e Diretrizes. Brasília:> Ministério da Saúde, 2011.
24. Lemos A. Grupos educativos em contracepção: narrativas e práticas de enfermeiras. *Cogitare Enferm*. [Internet]. 2011 [cited 2014 dec 10];16(1):36-42. Available from: <http://ojs.c3sl.ufpr.br/ojs2/index.php/cogitare/article/view/21109/13935>.
25. Alves AR, Lopes MF, Barleto M, Bevilacqua PD. Integralidade do cuidado em saúde sexual e reprodutiva: dificuldades da prática profissional. *Oikos: Revista Brasileira de Economia Doméstica*. 2011. 22(1); 195-209.

26. Programa de Ação do Cairo. Comissão Nacional de População e Desenvolvimento, 1996.
27. Departamento de Ações, Programáticas Estratégicas Ministério da Saúde. Direitos sexuais e direitos reprodutivos: uma prioridade do governo [Internet]. Brasília (Brasil): Ministério da Saúde; 2005 [cited 2014 dez 14]. Available from:<http://sistemas.aids.gov.br/feminizacao/index.php?q=system/files/cartilha2.pdf>.
28. Garcia F, Souza FM. Vulnerabilidades ao HIV/aids no Contexto Brasileiro: iniquidades de gênero, raça e geração. *Saúde Soc. São Paulo*. 2010. 19(2);9-20.
29. Aguiar RO. A violência doméstica e suas implicações para a crescente feminização da epidemia de hiv/aids. Congresso internacional da faculdade est. Anais do Congresso Internacional da Faculdade EST. São Leopoldo: EST,2012(1):1516-1520.
30. Souza PCM, Costa VRM, Maruyama SAT, Costa ALRC, Rodrigues AEC, Navarro. As repercussões de viver com uma colostomia temporária nos corpos: individual, social e político. *Rev Elet Enf. [Internet]*. 2011,13(1):50-9. Available from: <http://dx.doi.org/10.5216/ree.v13i1.7928>.
31. Paula MAB, Takahshi RF, Paula PR. Os significados da sexualidade para a pessoa cm estomia intestinal definitivo. *Rev Bras Coloproct*, 2009;29(1):077-082.
32. Silva AL, Shimizu HE. O significado da mudança no modo de vida da pessoa com estomia intestinal definitiva. *Rev. Latino-Am. Enfermagem* 2006. Jul-Ago; 14(4); 483-90.
33. Altschuler A, Ramirez M, Grant M, Wendel C, Hornbrook MC, Herrinton L, et al. The influence of husbands' or male partners' support on women's psychosocial adjustment to having an ostomy resulting from colorectal cancer. *J Wound*

- Ostomy Continence Nurs [Internet]. 2009 [cited 2014 dez 13];36(3):299-305. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2806676/pdf/nihms166568.pdf>
34. Oliveira G, Maritan CVC, Mantovanelli C, Ramalheiro GR, Gavilhia TCA, Paula AAD. Impacto da estomia: sentimentos e habilidades desenvolvidos frente à nova condição de vida. *Rev Estima*. 2008;8(1):19-25.
35. Maruyama SAT, Barbosa CS, Bellato R, Pereira WR, Navarro JP. Auto-irrigação - estratégia facilitadora para a reinserção social de pessoas com colostomia. *Rev. Eletr. Enf. [Internet]*. 2009;11(3):665-73. Available from: <http://www.fen.ufg.br/revista/v11/n3/v11n3a26.htm>.
36. Aukamp V, Sredl D. Collaborative care management for a pregnant woman with an ostomy. *Complementary Therapies in Nursing & Midwifery*. 2004;10: 5–12.
37. Pérez ARP, Pérez JDG, Neri-Ruz ES. Estomas durante El embarazo, caso clínico y revisión de La literatura. *Ginec Obstet Mex*. 2001;69:449.
38. Silva AI, Shimizu HE. A relevância da Rede de Apoio ao estomizado. *Rev. bras. enferm.* [online]. 2007, vol.60, n.3 [cited 2014-12-14],307-311 . Available from: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672007000300011&lng=en&nrm=iso>.
39. Poletto D, Silva DMGV. Viver com estoma intestinal: a construção da autonomia para o cuidado. *Rev. Latino-Am. Enfermagem*. 2013;21(2).
40. Santos WDR. Como passar em provas e concursos: tudo o que você precisa saber e nunca teve a quem perguntar. 21 ed. Rev. e atualizada. Rio de Janeiro: Elsevier, 2008:168.

5.3 ARTIGO ORIGINAL 2*

Tecnologia educativa para promoção do autocuidado na saúde sexual e reprodutiva de mulheres estomizadas**

Resumo

Objetivo: Validar uma tecnologia, do tipo cartilha impressa, para a promoção do autocuidado na saúde sexual e reprodutiva de mulheres estomizadas. **Método:** Estudo metodológico do tipo validação. Utilizou-se referencial metodológico para construção de material educativo em saúde impresso e, após a elaboração final, a cartilha foi submetida à validação de conteúdo e de aparência. O conteúdo da cartilha foi validado por 11 enfermeiros juízes especialistas, segundo o *Content Validity Index – CVI* (Índice de Validade de Conteúdo) maior ou igual a 0,80. A aparência foi validada por 9 mulheres estomizadas segundo avaliação da dificuldade e da conveniência do material educativo. **Resultados:** A cartilha foi considerada válida segundo os especialistas, com média global de índice de validade de conteúdo igual a 0,87 e, segundo o público-alvo, com 100% de concordância quanto a adequação da organização, estilo da escrita, aparência e motivação da cartilha. **Conclusão:** A tecnologia educacional válida ao alcance de mulheres estomizadas contribuirá para a aquisição de conhecimentos e informações que permitam subsidiar a tomada de decisão por comportamentos de saúde seguros e ajustados às suas necessidades de autocuidado da saúde sexual e reprodutiva.

Descritores: Estomia; Educação em saúde; Enfermagem; Autocuidado.

Keywords: Ostomy; Health education; nursing; Self Care

Palabras clave: ostomía; Educación para la salud; Enfermería; Autocuidado

*Artigo formatado de acordo com as normas de um periódico Qualis A2.

**Artigo extraído da dissertação de mestrado “Tecnologia educativa para promoção do autocuidado na saúde sexual e reprodutiva de mulheres estomizadas: estudo de validação” apresentada à Universidade Federal de Pernambuco, Recife, PE, Brasil.

Introdução

Ante a modificação da imagem corporal decorrente da confecção do estoma, a pessoa estomizada pode apresentar dificuldades em aceitar sua nova condição de vida, com diferentes graus de intensidade e repercussões, inclusive, nos aspectos relativos aos cuidados com a saúde sexual e reprodutiva^{1,2}. Sobre o corpo feminino, o impacto sobre a vivência da sexualidade pode ser ainda mais negativo, considerando o estereótipo de corpo perfeito socioculturalmente instituído pela sociedade, representado pela integridade e padronização da forma.

Somada à alteração na aparência do corpo, mulheres estomizadas apresentam dificuldades relacionadas à sexualidade, consequentes de possíveis disfunções fisiológicas secundárias à cirurgia, a exemplo, a diminuição ou perda da libido, a dispareunia, o ressecamento e a estenose vaginal ou, ainda, relacionada a sentimentos como insegurança ante o dispositivo aderido ao abdome, a autorepugnação e a vergonha de seu novo corpo, que comumente resultam no distanciamento do parceiro e em alguns casos, no isolamento social³.

Para algumas mulheres, as repercussões vivenciadas na vida sexual durante o processo de adaptação à estomia se manifestam de forma profunda e mutiladora, decorrem da perda do autoreconhecimento como um ser sexual e atraente para o(a) parceiro, da negação às necessidades básicas sexuais, da percepção da sexualidade como secundária, representando um alto grau de impacto sobre sua qualidade de vida⁴.

Para minimizar o impacto dessas mudanças, a Portaria nº400, de 16 de novembro de 2009⁵, que estabelece as diretrizes nacionais para a Atenção à Saúde das Pessoas Ostomizadas no âmbito do Sistema Único de Saúde – SUS define entre suas atribuições a oferta de assistência especializada que envolva a educação para o

autocuidado e a avaliação das necessidades biopsicossociais gerais da mulher, com foco no processo de adaptação sob a condição de estomizada^{6,7,8}. Estudos apontam, no entanto, que as orientações de saúde abordadas no atendimento a estomizados, têm sido limitadas às questões referentes ao material utilizado e as maneiras de evitar lesão de pele^{8,9, 10, 11, 12}. São abordadas situações práticas da vida, como a troca da bolsa e a alimentação, evitando-se com frequência, temas como a atividade sexual e, conseqüentemente, distanciando a práxis assistencial da equipe de saúde, do cuidado holístico e integral ao cliente^{13, 14}.

Sendo o enfermeiro profissional produtor de cuidados em todas as circunstâncias da vida e, sobretudo, educador em saúde, deve utilizar-se de estratégias inovadoras de cuidado que favoreçam a retomada e manutenção de atividades cotidianas da mulher estomizada, de forma inclusiva, participativa e empoderadora, para além dos aspectos físicos de cuidado^{15,16}.

A partir do conceito da pedagogia da inclusão, o uso de cartilhas, como tecnologia educativa em saúde, reforça uma postura humanista de respeito às diferenças, compreensão das singularidades e equidade da oportunidade de cuidado para todos¹⁷, ao considerar ser um recurso tangível, atemporal, de fácil acesso e de grande aplicabilidade para aqueles a que se destina, com utilização possível até mesmo em seu domicílio. Ademais, a comunicação em saúde escrita, facilita o processo educativo, permitindo a decodificação e a assimilação da informação por meio de linguagem clara, de exemplos e de ilustrações, sendo capaz de possibilitar ao leitor a formação de uma consciência crítica/orientada para uma vida saudável, maior autonomia e subsidiar o autocuidado^{18,19,20}.

Do exposto, este estudo objetiva descrever o processo de validação de uma tecnologia educativa, do tipo cartilha, com orientações para o autocuidado na saúde sexual e reprodutiva de mulheres estomizadas.

Método

Estudo metodológico, do tipo validação de tecnologia educativa. Refere-se a uma estratégia de pesquisa com foco no desenvolvimento, na validação e na avaliação de ferramentas e métodos de pesquisa²¹. Após a elaboração final da tecnologia educativa, a cartilha foi submetida ao processo de validação de conteúdo e de aparência.

O conteúdo da cartilha foi selecionado por meio de revisão da literatura científica e levantamento bibliográfico. Constituiu-se de uma breve apresentação, seguida de seções de orientações relacionadas à Autocuidado, Saúde sexual e reprodutiva, Sexo seguro, Sexo e ostomia, Dicas para os momentos de intimidade, Gravidez e ostomia, Autoestima no cuidado da saúde sexual e reprodutiva, Rede de apoio, bem como, de vinte ilustrações em traços simples acompanhadas de legenda.

Para a construção da cartilha foi seguido modelo processual de elaboração de materiais impressos em saúde com recomendações quanto à linguagem, *layout* e ilustração²². A elaboração das ilustrações, a diagramação do texto e a disposição do *layout* foram realizadas por profissional designer.

Considerando as recomendações de que os materiais educativos em saúde sejam escritos em linguagem de fácil leitura, entendimento e legibilidade, empregou-se o Índice de Legibilidade de Flesch (ILF)²³, que se refere ao grau de escolaridade exigido de um leitor para que possa entender uma determinada passagem escrita. As fórmulas para avaliar o ILF predizem o nível de escolaridade e medem a dificuldade estrutural do texto (palavras, sílabas e extensão das sentenças). Assim, quanto mais palavras e

sentenças longas, maior a dificuldade de leitura do texto e maior a exigência de nível de escolaridade para sua boa compreensão. No Brasil, a adaptação do ILF, para textos em português, classifica os textos com IFL maiores que 50, como compatíveis com níveis de escolaridade de seis a nove anos de estudo sendo, portanto, de fácil a muito fácil leitura²⁴.

Após a confecção final, a cartilha constitui-se em dimensão de 15x21 cm, 23 páginas, excluindo-se a capa, contracapa e mensagem da autora e a carta à leitora. Cada página teve no mínimo uma e no máximo três ilustrações, somando um total de 20 ilustrações.

Finalizada a primeira versão da cartilha, iniciou-se o processo de validação, realizado de agosto a novembro de 2014.

Validação de conteúdo

O termo validade significa um tipo especial de acurácia, considerado o grau em que a medida representa o fenômeno de interesse²⁵. A validação de conteúdo compõe a avaliação do universo de informações que fornece a estrutura e a base para formulação de questões que representem adequadamente o conteúdo.

A validação de conteúdo foi realizada com 11 enfermeiros²⁶, juízes especialistas, e ocorreu em ambiente virtual por meio de formulários eletrônicos. Para a seleção dos profissionais participantes, foi adaptado o modelo de critérios para a seleção de *experts*, proposto por Fehring²⁷. Foram convidados por carta-convite, 32 profissionais. Aos 11 juízes especialistas que aceitaram participar, foi encaminhado o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, o questionário de caracterização, o material

educativo em formato *pdf* e o instrumento de validação de conteúdo, que consistiu de uma adaptação do modelo de Validação de Conteúdo Diagnóstico de Enfermagem²⁸.

Para tanto, foi preparado um questionário semi-estruturado com 17 assertivas, organizado em formato de escala de Likert com cinco opções de julgamento: *concordo totalmente, concordo, nem concordo nem discordo, discordo e discordo totalmente*. Cada assertiva correspondeu a um item de avaliação, distribuídos em três aspectos avaliativos (objetivo, estrutura e organização, e relevância). Constaram, ainda, espaços destinados a sugestões e comentários gerais e, registro de algum erro identificado ou a ausência de algum assunto que julgassem pertinentes, ressaltando-se a importância desses registros para adaptação e melhoria da cartilha. As falas dos juízes especialistas participantes foram identificados pelas iniciais “JE”, seguido do número do instrumento preenchido (JE1, JE2, JE3 e etc).

O uso do Índice de Validade de Conteúdo (*Content Validity Index – CVI*) seguiu três abordagens: a) I-CVI (*Item-Level Content Validity Index*): para cada item, o I-CVI foi computado pelo número de juízes que avaliaram o item de forma positiva, ou seja, concordo e concordo totalmente; b) S-CVI/ Ave (*Scale-Level Content Validity Index, Average Calculation Method*): média dos I-CVI's de todos os itens da escala; c) S-CVI/UA (*Scale-Level Content Validity Index*): proporção dos itens avaliados como concordo e concordo totalmente, por todos os juízes. Empregou-se como ponto de corte, o Índice de Validade de Conteúdo (CVI) igual à 80% (0,80)²⁹. Os itens que tiverem média inferior ao CVI estabelecido no estudo foram modificados.

Após a validação de conteúdo, foram realizados os ajustes necessários e a cartilha foi impressa para a validação de aparência.

Validação de aparência

A validade aparente, também chamada de semântica ou de face, consiste na avaliação da facilidade da leitura, da compreensão e da aparência, por meio do julgamento pelo público-alvo a que se destina a tecnologia produzida²⁶.

Participaram dessa etapa, nove estomizadas cadastradas do Programa de apoio ao Estomizado do Recife – PAER, com a função de avaliar a cartilha quanto à organização, estilo da escrita, aparência e motivação. Para a seleção das participantes, consideraram-se os seguintes critérios de inclusão: ter no mínimo um ano de estomia intestinal e/ou urinária e idade igual ou superior a 18 anos.

As mulheres participantes foram contatadas por meio de ligação telefônica para agendamento com dia e hora para a visita da pesquisadora em seu domicílio ou na própria sede do PAER, conforme sua conveniência. Utilizou-se um formulário auto-aplicado para a caracterização das participantes e avaliação da dificuldade e da conveniência do material educativo, adaptação de *Suitability Assessment of Materials* (SAM)³⁰. Ao final, indagou-se quanto à identificação de algum erro ou falta de algum assunto importante a ser abordado, assim como comentários gerais e sugestões. As falas das estomizadas participantes foram codificadas pela vogal “E”, seguido do número do formulário preenchido (E1,E2,E3 e etc).

Todos os dados foram tabulados no programa *Microsoft Office Excell* e analisados segundo o CVI, a frequência absoluta e a concordância.

Conforme os preceitos éticolegais, a pesquisa atendeu às normas da Resolução N°466/12, com aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Pernambuco sob CAAE N°. 26889414.8.0000.5208.

Resultados

Dos 11 juízes especialistas participantes, sete eram estomaterapeutas, com tempo médio de experiência assistencial/pesquisa na área de estomias de 16,7 anos (Desvio-Padrão - dp= 10,6). Exerciam atividade de docência dez especialistas, com tempo médio de experiência docente entre 15,1 anos (dp= 10,5). Quatro relataram maior nível de formação atual em doutorado e cinco em mestrado. A experiência assistencial/pesquisa em saúde sexual e reprodutiva foi relatada por sete juízes, seis juízes possuíam experiência anterior na elaboração/validação de tecnologias educativas. Outros seis especialistas relataram publicações na área da estomaterapia ou na área da saúde sexual e reprodutiva ou na área de tecnologias educativas, independentemente. Apenas um especialista apresentou experiência assistencial/pesquisa igualmente nas três áreas de conhecimento abordadas no estudo.

A adequação e validade dos temas foram confirmadas no processo de validação de conteúdo. Os três aspectos avaliados da cartilha (objetivo, estrutura e organização, e relevância) foram considerados válidos, pois obtiveram média de concordância por aspecto maior ou igual a 80%. No entanto, alguns itens apresentaram I-CVI abaixo do valor estimado como ponto de corte, o que representou a necessidade de ajustes e adequações.

A **tabela 1** apresenta a distribuição da frequência absoluta de escores obtidos pelo julgamento dos juízes especialistas de acordo com os aspectos avaliados e a análise da concordância da adequação dos itens da validação de conteúdo.

Tabela 1 – Índice de Validade de Conteúdo segundo o julgamento dos juízes-especialistas quanto à objetivo, a estrutura e apresentação e, a relevância em frequência absoluta e média percentual de concordância. Recife, PE, Brasil, 2014.

Itens avaliados	Escores* (N=11)					I-CVI
	CT	C	NCND	D	DT	
Objetivo						
1.1 Coerência das informações com a promoção do autocuidado	5	5	1	0	0	0,90
1.2 Informações cientificamente corretas	3	7	0	1	0	0,90
1.3 As informações instigam à mudanças de comportamento e atitude	5	6	0	0	0	1,00
1.4 Atende às necessidades de informação das estomizadas	4	6	1	0	0	0,90
1.5 Atende a diferentes níveis sócio-culturais	4	5	1	1	0	0,81
Subtotal	21	29	3	2	0	
Percentual de concordância (S-CVI/Ave)						90,20% (0,90)
Estrutura e apresentação						
2.1 Clareza e objetividade da linguagem	5	3	1	2	0	0,72
2.2 Lógica na sequência de ideias	5	5	0	1	0	0,90
2.3 Concordância e ortografia	3	7	0	1	0	0,90
2.4 Tamanho da fonte e tipo de letra	4	3	1	2	1	0,63
2.5 Cores e layout	4	4	2	1	0	0,72
2.6 Coerência entre as ilustrações e o conteúdo	6	4	0	1	0	0,90
2.7 Quantidade de ilustrações	5	5	0	1	0	0,90
2.8 Desperta o estímulo à leitura do material	5	6	0	0	0	1,00
2.9 Número de páginas	4	6	1	0	0	0,90
Subtotal	41	43	5	9	1	
Percentual de concordância (S-CVI/Ave)						84,11% (0,84)
Relevância						
3.1 Pertinência para circulação em meio científico	5	6	0	0	0	1,00
3.2 Propõe construção de conhecimento	6	5	0	0	0	1,00
3.3 Atende às necessidades de cuidado na saúde sexual e reprodutiva	5	3	3	0	0	0,77
Subtotal	16	14	3	0	0	
Percentual de concordância (S-CVI/Ave)						90,66% (0,90)

*Escores: CT = concordo totalmente, C = concordo, NCND = Não concordo nem discordo, D = discordo, DT = discordo totalmente **I-CVI = *Item-Level Content Validity Index* S-CVI/UA global = 0,23; S-CVI/AVE global = 0,87. Fonte: dados da pesquisa, 2014.

Aspectos relativos a objetivo: Propósitos, metas ou fins que se deseja atingir com a utilização da cartilha. Na avaliação do percentual de concordância geral, obteve-se valor de 90,20%, com média de concordância (S-CVI/Ave) de 0,90. As informações apresentadas na cartilha foram avaliadas quanto à legitimidade científica, à sua adequação para a promoção do autocuidado na saúde sexual e reprodutiva, à motivação de mudanças de comportamento e atitude, ao atendimento às possíveis situações de esclarecimento/orientação de instituições, que acompanham mulheres estomizadas e, por fim, quanto à sua adequação aos diferentes níveis socioculturais do público-alvo do estudo.

Aspectos relativos à estrutura e apresentação: Forma de apresentar as orientações. Isto inclui sua organização geral, estrutura, estratégia de apresentação, coerência e formatação. O percentual de concordância foi de 84,11%, com média de concordância (S-CVI/ Ave) de 0,84.

Obteve-se três itens abaixo do índice de concordância. Apresentou julgamento de discordância significativo o item 2.1 (I-CVI 0,72) referente à clareza e à objetividade da linguagem e os itens 2.4 e 2.5 (I-CVI 0,0,63 e 0,72) referentes a tamanho e tipo da fonte, a cores e a *layout*, respectivamente.

Considerando o atendimento ao referencial teórico utilizado para elaboração da cartilha, a linguagem do texto, o tamanho e tipo da fonte foram mantidos para a etapa de validação de aparência pelo público-alvo.

Os itens 2.7 e 2.9 referentes, respectivamente, à quantidade de ilustrações e números de páginas, obtiveram I-CVI de 0,90, avaliação positiva e de adequação do *layout*.

Aspectos relativos à relevância: Representa o grau de significação do material educativo apresentado. Apesar de o item 3.3, referente à coerência entre as informações

apresentadas e as necessidades de cuidado da saúde sexual e reprodutiva de estomizadas, ter apresentado IVC abaixo do ponto de corte estabelecido (I-CVI 0,72), não recebeu quaisquer sugestões ou comentários pelos avaliadores. O percentual de concordância geral foi igual à 90,66%, com média de concordância (S-CVI/Ave) de 0,90.

A proporção dos itens do instrumento que atingiram total concordância (concordo totalmente ou concordo), por todos os juízes (S-CVI/UA), atingiu valor de 0,23. A média do I-CVI para todos os itens da cartilha, que representa a validade de conteúdo global da cartilha (S-CVI/AVE global), foi igual de 0,86, ou seja, acima do CVI desejável.

A análise dos comentários/sugestões dos especialistas, na validação de conteúdo, demonstrou a adequação da representação comportamental dos itens e destacou as modificações necessárias. Todos os juízes especialistas apresentaram algum tipo de comentário ou sugestão para o aprimoramento da cartilha.

Foi sugerida a retirada de figuras em excesso na capa, para uma maior clareza da idéia do que se trata a cartilha, e a substituição de alguns termos ou expressões como "gravidez indesejada", "ostomização", "encobrimento" e "alças intestinais" por equivalentes semânticos mais simples, como "gravidez não planejada", "cirurgia de ostomia", "disfarçar" e "intestino", respectivamente.

Os juízes solicitaram, também, um maior esclarecimento na especificidade de algumas orientações apresentadas, tendo em vista que a generalização poderia causar dúvidas e falsas expectativas às leitoras.

Três juízes especialistas destacaram a relevância da cartilha no meio científico e ao público-alvo: *Uma contribuição para a construção do conhecimento no cuidado ao estomizado*(JE7); *Uma iniciativa capaz de ajudar muitas mulheres a superarem seus medos e se autoafirmarem*(JE8); *Um material de colorido agradável e linguagem fácil de ser assimilada*(JE10).

Na validação de aparência, a idade mínima das participantes foi de 28 anos e máxima de 51 anos, com média de 38 anos. Quanto ao tempo de estudo, cinco anos de estudo foi o valor mínimo e 16 o valor máximo. A média foi de 9,6 anos de estudo (dp=3,8). Cinco mulheres possuíam estomia intestinal do tipo colostomia e quatro do tipo ileostomia, sendo seis definitivas e três temporárias. O tempo médio de estomia foi de 3 anos (dp= 6). Os motivos relatados para a confecção da estomia foram aborto, doença inflamatória intestinal, doença de Chron e câncer colorretal ou ginecológico. Cinco mulheres mantinham vida sexual ativa pós-estomia.

Segundo o formulário de avaliação da dificuldade e conveniência da cartilha, 100% das mulheres estomizadas avaliaram positivamente os aspectos organização, estilo da escrita, aparência e motivação, assinalando “sim” para todos os questionamentos levantados para a validação de aparência, conforme retratam os comentários a seguir: *O assunto chama bastante atenção na capa(E1); As figuras da capa mostram do que fala a cartilha... As informações deixam bem claro como devemos fazer... Mostra o passo a passo(E4); Existem coisas que não entendo e a cartilha explica bem... É fácil de entender... Não precisa de mais nada o texto é bem esclarecido(E1); Para mim está bem explicado(E9); As figuras mostram o que o texto fala... Os desenhos estão bem colocados(E1); A cartilha foi uma ótima idéia, existem pessoas que não tem muito entendimento e a cartilha explica bem(E1); É aplausível a idéia da cartilha, pois a ostomia deixa a maioria das mulheres constrangidas com relação ao sexo...ao lerem a cartilha, elas terão uma opinião diferente(E8); Muitas mulheres apresentam dificuldade em ter relações sexuais... precisa-se escrever mais para os ostomizados(E9).*

Discussão

Os estudos de validação se constituem em ferramenta importante para o constante aprimoramento e atualização das orientações de enfermagem, uma vez que os resultados produzidos por eles podem propiciar o refinamento das mesmas e favorecer o

exercício do pensamento crítico³¹⁻³².

A participação do profissional enfermeiro em processos de validação de tecnologias educativas de saúde se justifica por suas características de formação e atuação, assumindo o papel de educador com o paciente, a família e a comunidade. O fato de permanecer mais tempo ao lado do paciente permite uma observação mais atenta às suas necessidades de cuidado e estabelecer vínculos mais efetivos para a comunicação e interação³³.

Assim, o uso de tecnologias validadas por enfermeiros como estratégia facilitadora da assistência de enfermagem reforça a confiabilidade, a coerência e a qualidade de suas orientações e intervenções na prática clínica e contribui para o desenvolvimento e a construção do conhecimento específico, fortalecendo a enfermagem como ciência.

Considera-se que orientações de enfermagem, fundamentadas em bases sólidas de conhecimento científico especializado, são de grande importância ao cliente estomizado, tendo em vista serem capazes de ampliar-lhes o conhecimento sobre seu corpo e suas necessidades de cuidado, preparando-os para uma ação conscientizada e para o exercício da autonomia¹⁶.

Nesse sentido, destaca-se a relevância da participação de enfermeiros estomaterapeutas para esse estudo, considerando que o avançado domínio sobre o conhecimento, o treinamento e as habilidades de cuidado ao estomizado reforça o papel de educador em saúde, inerente à enfermagem, e ancora o levantamento e fornecimento de orientações específicas que auxiliem o processo de reabilitação e promoção do autocuidado³⁴.

A estomaterapia é a especialização que capacita e habilita o profissional enfermeiro a prestar e orientar, de forma ampla e integral, cuidados em saúde,

específicos, ao indivíduo estomizado. Dentre suas prerrogativas de cuidado, a função educativa ou docente do enfermeiro estomaterapeuta, abrange as atividades de orientação em saúde, de forma interdisciplinar¹, o desenvolvimento de pesquisas científicas e de novas tecnologias assistenciais³⁵.

Com concordância de 90,20% e média S-CVI/Ave de 0,90, entre os juízes especialistas, obteve-se a aceitação dos itens quanto ao objetivo de seu conteúdo, a capacidade das orientações apresentadas na cartilha despertarem, por meio da leitura, a mudança de comportamentos e atitudes.

Embora as tecnologias educativas impressas, a exemplo as cartilhas, vêm sendo amplamente utilizadas na comunicação em saúde, a fim de facilitar o processo de ensino-aprendizagem, sua aplicabilidade está passível a limitações relacionadas à habilidade de leitura e ao nível de escolaridade do leitor.

As pessoas com baixo nível de escolaridade podem desfrutar das vantagens da utilização de uma tecnologia educativa escrita desde que tenham sido respeitados, em todo o seu processo de elaboração, os princípios que favoreçam a motivação do leitor para iniciar e manter a leitura²².

Entre os diversos aspectos a serem considerados na transmissão de uma orientação, destaca-se a adequação da linguagem ao público-alvo, visto o consenso de que textos intensos reduzem a velocidade de leitura e prejudicam sua compreensão³⁰. Para o alcance da comunicação eficaz é, primordial, o uso de escrita simples, com menor nível de leitura³⁶.

A linguagem utilizada, na cartilha proposta por esse estudo, atendeu as recomendações para comunicação escrita. Empregou-se frases curtas, voz ativa, uma a duas ideias centrais por página, fonte usual, tamanho de letra no mínimo 13, emprego de definições simples e familiares ao público-alvo. Foram evitados jargões, termos

técnicos, abreviações e siglas.

Com um índice de legibilidade de Flesch (ILF) igual a 60, a cartilha foi classificada como de leitura *fácil*. O que converge com o resultado de 100% de concordância do público-alvo, com escolaridade entre 1 a 8 anos de estudo, quanto à legibilidade da cartilha.

Acredita-se, ainda, que o fato de o material ter sido avaliado pelos juízes em seu formato eletrônico, esteve passível a visualização em proporções de ajuste de tela menores que 100% e distorções das matizes de cor, não representando fidedignamente a aparência real do material impresso em 1/2 folha A4, orientação paisagem, dificultando, assim, sua leitura por alguns juízes.

Considerou-se, portanto, a possibilidade de a baixa concordância entre os juízes para o itens referentes à clareza e à objetividade da linguagem (I-CVI 0,72) e a tamanho, a tipo da fonte, a cores (I-CVI 0,63) e a *layout* (I-CVI 0,72), estar associada a uma inexperiência dos juízes especialistas, quanto aos aspectos a serem considerados para a composição de materiais educativos impressos, na comunicação em saúde.

Sobre o uso dos termos “estomia” ou “ostomia”, tendo em vista o uso corrente da palavra ostomia no meio assistencial e científico, a Associação Brasileira de Letras (ABL) esclarece que as expressões estoma e estomia provêm do grego *stoma*, que significa boca, abertura. Quando iniciam palavra, são feitas com “e” inicial (estoma), não “o” (ostoma). Assim, a SOBEST passou a adotar e difundir no universo científico a palavra “estomia”, enquanto a Associação Brasileira de Ostomizados (ABRASO) permaneceu utilizando “ostomia”, devido ao uso freqüente e historicamente familiarizado entre pacientes e, com isso, sua visibilidade na indicação para políticas públicas³⁸.

Informações de fácil entendimento, em linguagem familiarizada, melhoram o

conhecimento e a satisfação do paciente, auxiliam no esclarecimento de dúvidas e no desenvolvimento de suas habilidades e atitudes quando este não estiver interagindo com o profissional, facilitando-lhes a autonomia e a adesão. Para serem consideradas eficazes, as mensagens em saúde, escritas ou não, devem ser sucintas, relevantes, bem elaboradas e compreendidas e, para tanto, destaca-se a importância das ilustrações, do *layout* e do design de um material impresso, para atrair o leitor, instigar à leitura e reforçar a ideia transmitida²².

A sequência do conteúdo, a organização das ideias, o destaque dos trechos importantes, o uso de cores e espaço em branco e a qualidade do papel, são elementos chave de um bom *layout* para despertar a motivação do cliente ao uso do material educativo³⁹.

O uso de ilustrações é imprescindível na comunicação em saúde na medida em que ajudam na legibilidade e compreensão do texto²²⁻³⁰. Estudo concluiu que quando as ilustrações eram colocadas próximo ao texto escrito, a atenção, a assimilação e a capacidade de recordar a mensagem, aumentavam significativamente em comparação apenas com escrito⁴⁰, um benefício maior aos indivíduos de baixo nível de escolaridade e leitura.

Ilustrações simples ou em formas de desenho, como as utilizadas no presente estudo, podem simplificar situações complexas e ressaltar pontos importantes de uma ideia²². A validação da quantidade de ilustrações e números de páginas sugere o alcance da leveza visual do material e o entendimento de que uma maior quantidade de informações, não necessariamente, representaria um melhor aproveitamento da informação, como apontam os itens 2.7 e 2.9 referentes, respectivamente, à quantidade de ilustrações e números de páginas, que obtiveram I-CVI de 0,90, avaliação positiva e de adequação do *layout*.

Com percentual de concordância igual a 84,11% e com média de concordância (S-CVI/ Ave) de 0,84 a cartilha foi considerada válida quanto à sua estrutura e organização.

Aspectos como sexualidade, gênero e saúde reprodutiva, sobretudo de mulheres estomizadas, são pouco investigados no universo científico, o que retrata uma grande deficiência na área da saúde integral à mulher⁴¹.

Estudo destacou a falta de esclarecimento sobre a sexualidade como uma das limitações da vida do colostomizado⁴². Em Portugal, levantamento das necessidades de informação sobre a sexualidade, com 135 participantes estomizados, identificou que 50% não havia recebido qualquer informação antes ou após a cirurgia. Em relação ao tipo de informação que gostariam de obter, dos 48% que responderam, 17% referiram a sexualidade de forma geral e 11% as alterações da auto-imagem. A grande percentagem de não respondentes, pode estar relacionada ao fato dos ostomizados desconhecerem que tipo de informação podem receber. Destaca-se, ainda, que 63% dos entrevistados relataram algum tipo de problema à nível sexual após a estomia, destes 51% eram mulheres⁴³.

Dessa forma, as orientações da equipe interdisciplinar e do enfermeiro estomaterapeuta ou não, estabelecidas por meio da comunicação interativa e eficaz com o paciente e família, são fundamentais. É importante que os profissionais de saúde programem estratégias educativas no sentido de auxiliar as mulheres a superar seus traumas e se adaptar a sua condição de estomizada, podendo vivenciar sua sexualidade com prazer.

A pertinência da cartilha, diante da lacuna existente no meio científico obteve percentual de concordância geral igual à 90,66% e média de S-CVI/Ave de 0,90, atendendo às necessidades de informação de cuidado na saúde sexual e reprodutiva de

estomizadas e propondo a construção de conhecimento da enfermagem.

Do exposto e considerando-se o IVC global alcançado na avaliação por juízes especialistas (S-CVI/AVE global 0,87) e a total concordância do público-alvo (100%), a cartilha foi validada quanto à conteúdo e aparência como uma tecnologia em saúde na mediação do autocuidado.

Conclusão

A utilização de tecnologias educativas validadas confere maior qualidade ao processo de ensino-aprendizagem e comunicação na assistência em saúde, reforça a confiabilidade das orientações apresentadas e salienta o grau de coerência das informações em atender o objetivo proposto, sendo um ganho importante para o público-alvo e para o profissional educador.

A tecnologia educativa em saúde, intitulada “Cartilha de orientações para o autocuidado: saúde sexual e reprodutiva da mulher ostomizada” foi validada segundo conteúdo e aparência. O processo de avaliação incluiu profissionais de saúde (juízes) e mulheres estomizadas (público-alvo). As contribuições de juízes e de estomizadas foram consideradas para adequação do material até a sua versão final. Constitui-se, portanto, em um novo material de ensino nas atividades de educação em saúde de enfermeiros, com o objetivo de proporcionar o empoderamento dessas mulheres para a apropriação de atitudes e práticas de autocuidado que favoreçam a promoção da saúde sexual e reprodutiva.

A realização da validação clínica, em estudos posteriores, para a avaliação da eficiência da tecnologia como instrumento favorecedor de mudanças de atitudes e práticas de saúde sexual e reprodutiva das mulheres estomizadas, poderá reforçar o alcance dos objetivos do processo de educação em saúde.

Uma versão *on-line* da cartilha será disponibilizada ao público no acervo da

Biblioteca da Rede de Núcleos de Telessaúde de Pernambuco (RedeNUTES). Acredita-se que o acesso às orientações de autocuidado cientificamente validadas, no presente estudo, contribuirá para a aquisição de conhecimentos que permitam auxiliar estomizadas no processo de adaptação à nova condição de vida com estomia, seja ela temporária ou não, na ressignificação de sua autoimagem e autoconceito, na superação dos medos e tabus advindos da alteração da imagem corporal e vivenciar sua sexualidade de forma mais prazerosa.

Referências

1. Santos VLCG, Cesaretti IUR. Assistência em estomaterapia: cuidando do estomizado. São Paulo: Editora Atheneu, 2000.
2. Santos FS, Poggeto MTD, Rodrigues LR. A percepção da mulher portadora de ostomia a cerca de sua sexualidade. Revista Mineira de Enfermagem.2008;12(3): 355-362.
3. Cascais AFMV, Martini JG, Almeida PJS. O impacto da ostomia no processo de viver humano. Texto Contexto Enferm, Florianópolis, 2007.16(1): 163-7.
4. Souza PCM, Costa VRM, Maruyama SAT, Costa ALRC, Rodrigues AEC, Navarro. As repercussões de viver com uma colostomia temporária nos corpos: individual, social e político. Rev Elet Enf. [Internet]. 2011,13(1):50-9. Available from: <http://dx.doi.org/10.5216/ree.v13i1.7928>.
5. Brasil. Ministério da Saude. Secretaria de Atenção a Saúde. Portaria N° 400, DE 16 de novembro de 2009. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 16 nov. 2009. [Acesso em 12 de maio de 2013]. Disponível em: <http://www.brasilsus.com.br/legislacoes/sas/101365-400>.

6. Galdino YLS, et al. O cotidiano da pessoa estomizada frente às Necessidades Humanas Básicas Alteradas. *Rev. Estima*. 2012;10(3):22- 30.
7. Silva AI, Shimizu HE. O significado da mudança no modo de vida da pessoa com estomia intestinal definitiva. *Rev. Latino-Am. Enfermagem* 2006.14(4); 483-90.
8. Poletto D, Silva DMGV. Living with intestinal stoma: the construction of autonomy for care. *Rev. Latino-Am Enfermagem*. 2013; 21(2):[08 telas].
9. Brown H, Randle J. Living with a stoma: a review of the literature. *Journal Clinical of Nursing*, 2004;14:74-81.
10. Silva AL, Faustino AM, Oliveira PG. A sexualidade do paciente com estomia intestinal: Revisão integrativa. *Rev. Enferm UFPE Online*. 2003;7:879-87.
11. Sampaio FAA, Aquino OS, Araújo TL, Galvão MTG. Assistência de enfermagem a paciente com colostomia: aplicação da Teoria de Orem. *Acta Paul Enferm* 2008; 21(1): 94-100.
12. Nascimento CMS, Trindade GLB, Luz MHBA, Santiago RF. Vivência do paciente estomizado: uma contribuição para a assistência de enfermagem. *Texto Contexto Enferm*, Florianópolis. 2011; 20(3): 557-64.
13. Paula MAB, Takahashi RF, Paula PR. Os Significados da Sexualidade para a Pessoa com Estoma Intestinal Definitivo. *Rev Bras Coloproct*. 2009;29(1): 077-082.
14. Alves RCP, et al. A percepção do paciente portador de ostomia com relação a sua sexualidade R. *Interd*. 2013;6(3): 26-35.
15. Maruyana SAT. A experiência da colostomia por câncer como ruptura biográfica na visão dos portadores, familiares e profissionais de saúde: um estudo etnográfico [tese]. Ribeirão Preto: Escola de Enfermagem/USP, 2004.286.

16. Silva AL, Faustino AM, Oliveira PG. A sexualidade do paciente com estomia intestinal: revisão de literatura. Rev Enferm UFPE on line. 2013;(7):879-87.
17. Freire P. Pedagogia da Autonomia: saberes necessários à prática educativa. 35 ed. São Paulo: Paz e Terra, 2007.
18. Moreira MF, Nóbrega MML, Silva MIT. Comunicação escrita: Contribuição para a elaboração de material educativo em saúde. Ver Bras Enferm. Brasília, 2003, mar-abr; 56(2): 184-188.
19. Grupo de educación sanitária y promoción de la salud. Elaboración de folletos educativos. Barcelona: Almirall Prodesfarma; [s.d]. Disponível em <<http://WWW.almirallprodesfarma.com/guies/educ.html>>. Acessado em 13 de setembro de 2014.
20. Torres HC, Candido NA, Alexandre LR, Pereira FL. O processo de elaboração de cartilhas para orientação do autocuidado no programa educativo em Diabetes. Rev Bras Enferm. 2009;62(2):312-6.
21. Polit DF, Beck CT. Fundamentos de Pesquisa em enfermagem: avaliação de evidências para as práticas da enfermagem. 7a ed. Porto Alegre (RS): Artmed; 2011. 669 p.
22. Moreira MF, Nóbrega MML, Silva MIT. Comunicação escrita: contribuição para a elaboração de material educativo em saúde. Rev Bras Enferm. 2003;56(2):184-8.
23. Flesch R. Let's start with the formula. In: Flesch R . How to write plain english. 2nd. chap. [Acesso 2014 dez 22]. Disponível em: <http://mang.canterbury.ac.nz/courseinfo/AcademicWritting/Flesch.htm>
24. Martins TBF et al. Readability formulas applied to textbooks in brasilian portuguese. São Paulo: Universidade de São Paulo; 1996. Notas do ICMSC, n.

- 28.
25. Hulley SB, Newman TB, Cummings SR. Escolhendo os sujeitos do estudo: especificação, amostragem e recrutamento. In: Hulley SB, Cummings SR, Browner WS, Grady D, Hearst N, Newman TB. Delineando a pesquisa clínica: uma abordagem epidemiológica. Porto Alegre: Artmed; 2003. p. 43-52.
26. Pasquali L. Psicometria: teoria dos testes na psicologia e na educação. 2a ed. Petrópolis: Vozes; 2003.
27. Fehring R. Methods to validate nursing diagnoses. *Heart Lung*. 1987; 16(6):625-9.
28. Fehring RJ. The Fehring Model. In: Carroll-Johnson and Paquette: Classification of nursing diagnosis: proceedings of the tenth conference. Symposium on Validation Models. 1994.
29. Polit DF, Beck CT. the content validity index: are you sure you know what's being reported? critique and recommendations. *Research in Nursing & Health*. 2006;29: 489–497.
30. Doak CC, Doak LG, Root JH. Teaching patients with low literacy skills. 2. ed. Philadelphia: JB Lippincott. 1996.
31. Oliveira MS, Fernandes AFC, Sawada, NO. Manual educativo para o autocuidado da mulher mastectomizada: um estudo de validação. *Texto Contexto Enferm*. 2008;17(1):115-23.
32. Sousa CS, Turrini RNT. Construct validation of educational technology for patients through the application of the Delphi technique. *Acta Paul Enferm*. 2012;25(6):990-6.
33. Monteiro DR, Pedroso MLR, Lucena AF et al. estudos sobre validação de conteúdo em interface com os sistemas de classificação de enfermagem: revisão

- de literatura. Rev enferm UFPE on line. 2013(7):4130-7.
34. Gomes GC, et al. Ser mulher estomizada: percepções acerca da sexualidade. Enfermería Global. [Internet]. 2012 [acesso em: 11 dez 2014];27:34-44. Disponível em: <http://revistas.um.es/eglobal/article/viewFile/eglobal.11.3.134811/136131>
35. Sociedade Brasileira de Estomaterapia. Sobest. Ata da fundação da Sociedade Brasileira de Estomaterapia. Sobest. São Paulo, 1996.
36. Hoffmann T, Warrall L. Designing effective written health education materials: considerations for health professionals. Disabil Rehabil. 2004;26(9):1166-73.
37. Moreira MF, Silva MIT. Readability of the educational material written for diabetic patients. Online Braz J Nurs [online] 2005;4(2). Available in: www.uff.br/nepae/objn402moreiraetal.htm
38. Martins M, Pereira VC, Silva R, Fangier A. A Enfermagem, a pessoa com ostomia intestinal e seus familiares. In: Kalinowski CE. Sistema de Educação em Saúde Continuada à distância (SESCAD). Programa de atualização em Enfermagem Saúde do Adulto. Porto Alegre: Artmed, 2006.
39. Echer IC. Elaboração de manuais de orientação para o cuidado em saúde. Rev Lat Am Enferm. 2005;5(13):1-5.
40. Houts PS, Doak CC, Doak LG, Loscalzo MJ. The role of pictures in improving health communication: a review of research on attention, comprehension, recall, and adherence. Patient Educ Couns. 2006;61(2):173-90.
41. Martins VV, Penna LHG, Paula MAB, Pereira CDC, Leite HC. Sexualidade, estoma e gênero: revisão integrativa de literatura. Rev Estima. 2011;9(1):39-46.
42. Farias DHR, Gomes GC, Zappas S. Convivendo com uma estomia: conhecendo para melhor cuidar. Cogitare Enfermagem. 2004;9(1): 25-32.

43. Ferreira AC, et al. As necessidades de informação sobre sexualidade da Pessoa Ostomizada. Nursing. Lisboa. 2009;243:38-41.

5.4 A tecnologia educativa validada: cartilha versão final

Após todo o processo de validação, a cartilha foi ajustada conforme as sugestões apresentadas, no intuito de abranger as reais necessidades das mulheres estomizadas no campo da atenção sexual e reprodutiva, dando origem à sua versão-final.

Uma cópia impressa do material educativo foi submetida à Fundação da Biblioteca Nacional para solicitação do cadastramento do pesquisador e o código ISBN do material educativo, bem como, o registro dos direitos autorais sobre a obra.

Por fim, a tecnologia educativa intitulada “Cartilha de Orientações para o Autocuidado - Saúde Sexual e Reprodutiva da Mulher Ostomizada” foi disponibilizada publicamente (ANEXO B).

6 Considerações finais

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A saúde sexual e reprodutiva da pessoa estomizada pode ser afetada de forma expressiva, sendo a educação em saúde uma alternativa primordial para amenizar o impacto dos prejuízos que a presença da ostomia e a bolsa coletora aderida ao abdome podem causar, nessa área do cuidado. No presente estudo, a cartilha educativa representa uma estratégia inclusiva e emancipadora da educação em saúde, reafirmando a Enfermagem como ciência, por meio da elaboração de tecnologia de saúde com foco no desenvolvimento de habilidades, promoção do autocuidado e na melhoria da qualidade de vida de mulheres estomizadas.

Nesse sentido, o artigo de revisão integrativa ratificou a necessidade de orientações em saúde que auxiliem indivíduos estomizados no processo de adaptação dos aspectos relativos à sua sexualidade e, evidenciou que as ações de promoção do autocuidado na saúde sexual e reprodutiva de estomizados, em geral, devem reforçar a importância do resgate da autoestima, da motivação pessoal e da expressão de sentimentos, como exemplos de ações de suporte psicoemocional e, a utilização de recursos auxiliares, rede de apoio e assistência interdisciplinar como ações de suporte biológico no processo de adaptação da pessoa com estomia.

Identificou-se, também, uma lacuna no conhecimento e uma carência de estudos de maior rigor metodológico, que possam nortear a equipe de saúde no desenvolvimento de um plano de cuidados eficaz e uma assistência de qualidade, baseado em evidências científicas sólidas e atualizadas. A incipiência das publicações sobre autocuidado, especificamente, na saúde sexual e reprodutiva, sugere que as pesquisas científicas não têm dado a devida importância à temática, como área de necessidade em saúde, o que pode dificultar a adesão de estomizados a práticas sexuais informadas, seguras e saudáveis, como também, ao planejamento familiar.

Posteriormente ao levantamento bibliográfico e seleção dos conteúdos de orientação para o autocuidado, a etapa de construção da cartilha segundo os preceitos instrucionais de elaboração de tecnologia educativa impressa e, em conformidade com as necessidades de informação do público-alvo, reforçou sua qualidade como recurso educativo legível, compreensível e culturalmente relevante.

Da etapa de validação, concluiu-se que disponibilizar a cartilha educativa validada confere maior qualidade ao processo de ensino-aprendizagem e comunicação na assistência em saúde, reforçando a confiabilidade das orientações apresentadas em

auxiliar o empoderamento de mulheres estomizadas para a apropriação informações, que favoreçam a promoção de sua saúde sexual e reprodutiva e a vivência mais prazerosa da sexualidade após a estomia.

A tecnologia educativa validada contribuirá para o esclarecimento de possíveis dúvidas de mulheres estomizadas e seus parceiros sobre a estomia e suas repercussões na saúde sexual e reprodutiva, sendo um recurso informativo tangível, de fácil acesso e grande aplicabilidade, podendo ser utilizado até mesmo em seu domicílio, como suporte durante o processo de adaptação. A aquisição de conhecimentos sobre o autocuidado poderá oferecer maior segurança no enfrentamento da mudança da imagem corporal.

Ademais, a cartilha, pode fornecer subsídios para a implementação de atividades educativas de enfermagem voltadas para a saúde sexual e reprodutiva, atreladas a promoção do autocuidado, como uma das dimensões do processo de reabilitação do indivíduo estomizado. Trata-se, portanto, de uma extensão do processo de trabalho da enfermagem, como um instrumento didático de apoio e complementar à práxis dialógica, holística e individualizada do profissional enfermeiro na educação em saúde.

Após a validação, uma versão *on-line* da Cartilha de orientações para o autocuidado: Saúde sexual e reprodutiva da mulher ostomizada, será disponibilizada ao público no acervo da Biblioteca da Rede de Núcleos de Telessaúde de Pernambuco (RedeNUTES). Destaca-se, no entanto, que estudos posteriores, com a utilização da cartilha junto o público-alvo e avaliação de seus resultados, como instrumento favorecedor de mudanças de atitudes e práticas de saúde sexual e reprodutiva, reforçará o alcance dos objetivos do processo de educação em saúde para o autocuidado.

Por fim, acreditando-se que nenhum conhecimento é estático, propõe-se a realização de novos estudos científicos, com foco na elaboração e validação de diferentes tipos de tecnologias educativas, a fim de fortalecer a práxis da enfermagem na promoção do autocuidado, com a disposição de maiores possibilidades de recursos de educação em saúde especializados, de qualidade e úteis na prática.

Referências

REFERÊNCIAS

1. Brasil. Ministério da Saúde. Direção geral de Saúde. Programa Nacional de Saúde Reprodutiva. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2008-2012.
2. _____. Ministério da Saúde. Secretária de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher: Princípios e Diretrizes. Brasília: Ministério da Saúde, 2011.
3. _____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Política Nacional de Saúde da Pessoa Portadora de Deficiência. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2008.
4. Santos VLCG, Cesaretti IUR. Assistência em Estomaterapia. Cuidando do Ostimizado. São Paulo: Editora Atheneu, 2000.
5. Santos FS, Poggeto MTD; Rodrigues LR. A percepção da mulher portadora de ostomia a cerca de sua sexualidade. Revista Mineira de Enfermagem; 12(3): 355-362, jul.-set. 2008.
6. Souza PCM, Costa VRM, Maruyama SAT, Costa ALRC, Rodrigues AEC, Navarro. As repercussões de viver com uma colostomia temporária nos corpos: individual, social e político. Rev. Eletr. Enf. [Internet]. 2011 jan/mar;13(1):50-9. Available from: <http://dx.doi.org/10.5216/ree.v13i1.7928>
7. Cascais AFMV, Martini JG; Almeida PJS. O impacto da ostomia no processo de viver humano. Texto Contexto Enferm. 2007 Jan-Mar; 16(1):163-7.
8. IOA. International Ostomy Association. Comitê de Coordenação Da Associação Internacioal de Ostomia. [acesso em: 03 mai. 2013]; Disponível em: <http://www.ostomyinternational.org>
9. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção a Saúde. Portaria Nº 400, DE 16 de novembro de 2009. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 16 nov. 2009. [Acesso em 12 de maio de 2013]. Disponível em: <http://www.brasilsus.com.br/legislacoes/sas/101365-400>.
10. Galdino YLS et al. O cotidiano da pessoa estomizada frente às Necessidades Humanas Básicas Alteradas. Ver. Estima – vol 10 (3) 2012 p. 22- 30.
11. Silva AL, Shimizu HE. O significado da mudança no modo de vida da pessoa com ostomia intestinal definitiva. Rev. Latino-Am. Enfermagem 2006. Jul-Ago; 14(4); 483-90.
12. Poletto D, Silva DMGV, Living with intestinal stoma: the construction of autonomy for care. Rev. Latino-Am Enfermagem. Marc-Abr 2013; 21(2):[08 telas].

13. Alves RCP et al. A percepção do paciente portador de ostomia com relação a sua sexualidade. *R. Interd.*2013;6(3):26-35.
14. Brown H, Randle J. Living with a stoma: a review of the literature. *Journal Clinical of Nursing*, 2004, vol.14, 74-81.
15. Silva AL, Faustino AM, Oliveira PG. A sexualidade do paciente com estomia intestinal: Revisão integrativa. *Rev. Enferm UFPE Online*, Recife, 7(esp): 879-87, Março, 2003.
16. Sampaio FAA, Aquino OS, Araújo TL, Galvão MTG. Assistência de enfermagem a paciente com colostomia: aplicação da Teoria de Orem. *Acta Paul Enferm* 2008; 21(1): 94-100.
17. Nascimento CMS, Trindade GLB, Luz MHBA, Santiago RF. Vivência do paciente estomizado: uma contribuição para a assistência de enfermagem. *Texto Contexto Enferm*, Florianópolis, 2011 Jul-Set; 20(3): 557-64.
18. Maruyana SAT. A experiência da colostomia por câncer como ruptura biográfica na visão dos portadores, familiares e profissionais de saúde: um estudo etnográfico [tese]. Ribeirão Preto: Escola de Enfermagem/USP, 2004.286.
19. Bastable SB. O enfermeiro como educador. *Princípios de Ensino e Aprendizagem para a Prática de Enfermagem*. 3ª Edição. Artmed, 2010.
20. Amorim EF. Estoma e câncer: desafio do enfrentamento. In: Santos VLCG, Cesaretti IUR. *Assistência em estomaterapia: cuidando do ostomizado*. São Paulo (SP): Atheneu; 2000. p. 355-66.
21. Martins PAF, Alvim NAT. Perspectiva educativa do cuidado de enfermagem sobre a manutenção da estomia de eliminação. *Rev Brasileira de Enfermagem*, Brasília 2011, mar-abr; 64 (2): 322-7.
22. Queiroz MVO et al. Tecnologia do cuidado ao paciente renal crônico: enfoque educativo-terapêutico a partir das necessidades dos sujeitos. *Texto Contexto Enfermagem*, Florianópolis, 2008. Jan –Mar; 17(1):55-63.
23. Brasil. PORTARIA Nº 793, DE 24 DE ABRIL DE 2012. [Acesso em 12 de maio 2013]. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2012/prt0793_24_04_2012.html.
24. Gripo MLVS, Fracolli LA. Avaliação de uma cartilha educativa de promoção ao cuidado a criança a partir da percepção da família sobre os temas de saúde e cidadania. *Rev Esc Enferm USP*. 2008;42(3):430-6.
25. Casarini KA, Martins MA, Basile-Filho A, Gorayeb Ricardo. Análise qualitativa do uso de manual informativo para familiares em UTI. *Rev. SPAGESP [periódico na Internet]*. 2013 [citado 2014 Nov 10] ; 14(2):55-72. Disponível em:

http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S167729702013000200005&lng=pt

26. Oliveira SC. Efeito de uma intervenção educativa na gravidez para alimentação saudável com os alimentos regionais. 2014. 152 f. Tese (Doutorado em Enfermagem) - Universidade Federal do Ceará. Faculdade Farmácia, Odontologia e Enfermagem, Fortaleza, 2014.
27. George, J.B. e colaboradores. Teorias de enfermagem – Os fundamentos à prática profissional. 4ed. Porto Alegre: Artes Médicas; 2000.
28. Rocha PK, et al. Cuidado e tecnologia: aproximações através do Modelo de Cuidado. Rev Bras Enferm, Brasília, 2008 jan-fev; 61(1): 113-6.
29. Farias, D.H.R; Gomes, G.C. Convivendo com uma estomia: Conhecendo para melhor cuidar. Rer. Cogitare Enferm. vol 9, 91:25-32, jan – jun. 2004.
30. Moreira, MF; Nóbrega, MML; Silva, MIT. Comunicação escrita: Contribuição para a elaboração de material educativo em saúde. Rev Bras Enferm. Brasília, 2003, mar-abr; 56(2): 184-188.
31. Grupo de Educación Sanitária y Promoción de la Salud. Elaboración de folletos educativos. Barcelona: Almirall Prodesfarma; [s.d]. Disponível em <<http://WWW.almirallprodesfarma.com/guies/educ.html>>. Acessado em 13 de setembro de 2013.
32. Freire, P. Pedagogia da Autonomia: saberes necessários à prática educativa. 35 ed. São Paulo: Paz e Terra, 2007.
33. Vanoyde, F. Usos da linguagem: problemas e técnicas na produção oral e escrita. 11ª ed. São Paulo: Martins Fontes; 1998. 327 p.
34. Stumm EMF, Oliveira ERA, Kirschner RM. Perfil de pacientes ostomizados. Scientia Medica, Porto Alegre, v. 18, n. 1, p. 26-30, jan/mar, 2008.
35. Cesaretti IUR, Filippin MJ, Santos VLCG. Tendências da Estomaterapia In: Santos VLCG, Cesaretti IUR. Assistência em estomaterapia: cuidando do estomizado. São Paulo: Ateneu, 2005. P.335-53.
36. Martins M, Pereira VC, Silva R, Fangier A. A Enfermagem, a pessoa com ostomia intestinal e seus familiares. In: Kalinowski CE. Sistema de Educação em Saúde Continuada à distância (SESCAD). Programa de atualização em Enfermagem Saúde do Adulto. Porto Alegre: Artmed, 2006.
37. Kretschmer KP. Estomas Intestinais. Rio de Janeiro, Interamericana, 1980.
38. Habr-Gama A, Araújo SEA. Estomas intestinais: Aspectos conceituais e técnicos. In: Santos VLCG, Cesaretti IUR. Assistência de Enfermagem em estomaterapia: Cuidando do ostomizado. São Paulo. Atheneu, 2000, p. 39-54.

39. Rodrigues P. Estomas urinários: aspectos conceituais e técnicos. In: Santos VLCCG, Sales CA et. A existencialidade da pessoa com neoplasia em tratamento quimioterápico. *Acta Scientiarum. Health Sciences*. 2003;25(2):177-182
40. Crema E, Silva R. Estomas: uma abordagem interdisciplinar. Uberaba: Pinti; 1997.
41. Cataldo PA. History of Stomas. In: MacKeigan JM, Cataldo PA, editors. *Intestinal Stomas. Principles, techniques, and Management*. St. Louis: Quality Medical Publishing, Inc., 1993. P. 3-37.
42. Lázaro SA. Estomias. In: Lázaro da Silva, editor. *Roteiro em Cirurgia Geral*. São Paulo: Roca; 2007. p. 550-554.
43. Turnbull RB Jr. Intestinal stomas. *Surg Clin North Am*. 1958; 38: 1361-1372.
44. Associação Brasileira de Ostomizados (ABRASO). Giro pelo mundo: ações pelo mundo. *Rev ABRASO*. 2005;(5):1921.
45. Associação Brasileira de Ostomizados (ABRASO). Política pública: a saúde da pessoa ostomizada. *Rev ABRASO*. 2004;(3):12.
46. Santos VLCCG. Aspectos epidemiológicos dos estomas. *Rev. Estima*. São Paulo, v. 5, n. 1, p. 32, jan/fev/mar, 2007. (BELLATO et al., 2006;
47. Mota MS, Gomes GC. Mudanças no processo de viver do paciente estomizado após a cirurgia. *Rev enferm UFPE on line*. 2003;7:7074-81.
48. Lucia SC. Sexualidade do ostomizado. In: Santos VLCCG; Cesaretti IUR. *Assistência em estomaterapia cuidado do ostomizado*. São Paulo (SP): Atheneu; 2005.
49. Melo ASAF, Santana JSS. Sexualidade: concepções, valores e condutas entre universitários de biologia da UEFS. *Rev baiana de Saúde Púb*. 2005;29(2):149-59.
50. Sprunk E, Alteneider RR. The impact of an ostomy on sexuality. *Clin J Oncol Nurs*. 2000;2(4):85-88.
51. Carlsson E, JWOCN, Berglund B, Nordgren S. Living with an ostomy and short bowel syndrome: practical aspects and impact on daily life. 2001;28(2):96-2001.
52. Silva AL, Shimizu HE. *Estomias intestinais: da origem à readaptação*. 1 ed. São Caetano do Sul, São Paulo: Difusão Editora; Rio de Janeiro: Editora Senac Rio, 2012 .
53. Maia ACB. *A Importância das Relações Familiares para a Sexualidade e a Autoestima de Pessoas com Deficiência Física*. São Paulo, 2009. [acesso em 9 Set. 2014]. Disponível em www.psicologia.com.pt.

54. Oliveira C. Assistência de enfermagem aos pacientes colostomizados. *Rev Bras Enferm.* 1971;24(6):107-17.
55. Barbutti RCS, Silva MCP, Abreu MAL. Estomia, uma difícil adaptação. *Rev.SBPH* 2008;11(2):27-9.
56. Cassero PAS, Aguiar JE. Percepções Emocionais Influenciadas Por Uma Estomia. *Revista Saúde e Pesquisa* 2009;2(2):23-7.
57. Salter MJ. What are the differences in body image between patients with a conventional stoma compared with those who have had a conventional stoma followed by a continent pouch? *Journal of Advanced Nursing* 1992; 17(7): 841-848.
58. Conferência Internacional Sobre População e Desenvolvimento, 1994, Cairo, Egito. Relatório final. [S.l.]: CNPD; FNUAP, 1994. Publicação em português.
59. Osis MJMD. PAISM: um marco na abordagem da saúde reprodutiva no Brasil. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, 2010. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102311X1998000500011&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 17 maio 2014.
60. Lindner SR, Coelho EBS, Büchele F, Soares C. Direitos reprodutivos: o discurso e a prática dos enfermeiros sobre planejamento familiar. *Cogitare Enferm.* 2006; 11(3): 197-205.
61. Eben JD, Gasthi NN, Hayes SE, Marriner-Tomey A, Nation MJ, Nordmeyer SB. Teoría del deficit de autocuidado. In: Marriner-Tomey. *Modelos teorias en enfermería*. 3 ed. Madrid: Harcourt Brace; 1994. P 63-85.
62. Foster PC. Janssens NP. Dorothea E. Orem. In: George J.B. *Teorias de enfermagem os fundamentos para prática Profissional*. Porto Alegre: Artes Médicas; 1993.
63. Silva IJ, Oliveira MFV, Silva SÉD, Polaro SHI, Radünz V, Santos EKA et al . Cuidado, autocuidado e cuidado de si: uma compreensão paradigmática para o cuidado de enfermagem. *Rev esc enferm USP*. 2009 Sep;43(3):697-703.
64. Vitor AF, Lopes MVO, Araujo TL. Teoria do déficit de autocuidado: análise da sua importância e aplicabilidade na prática de enfermagem. *Esc Anna Nery Rev Enferm.* 2010 Set;14(3):611-6.
65. Taylor SG, Renpenning K. *Self-care science, nursing theory, and evidence-based practice*. New York: Springer Publishing; 2011.
66. Orem DE, Taylor S. *Nursing: concepts of practice*. 6thed. New York: Mosby-Year Book; 2001.
67. Smeltzer SC, Bare BG. *Brunner & Suddarth: tratado de enfermagem médico cirúrgica*. 9a ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2002.

68. Costantini L, Beanlands H, Horsburgh ME. Development of the Self-Care for Adults on Dialysis tool (SCAD). *CANNT J.* 2011 Apr-Jun;21(2):38-43.
69. Cezaretti IUR. Osstomizado: reabilitação sem fronteiras? Ponto de vista do enfermeiro. *Acta Paul Enf.* 1995;8(1):11-17.
70. Borwell B. Rehabilitation and stoma care: addressing the psychological needs. *Br J Nurs.* 2009;18(4):20-2, 24-5.
71. Simmons L. Dorthea Orem's self care theory as related to nursing practice in hemodialysis. *NephrolNurs J.* 2009 Jul-Aug;36(4):419-21.
72. Landim CAP, Milomens KMP, Diógenes MAR. Déficits de autocuidado em clientes com Diabetes mellitus gestacional: uma contribuição para enfermagem. *Rev. Gaúcha Enferm.* 2008; 29(3): 374-81.
73. Potter PP, Perry AG. Fundamentos de enfermagem. Rio de Janeiro : Elsevier, 2009.
74. Mendonça RS, Valadão M, Castro L, Camargo TC. A importância da consulta de enfermagem em pré-operatório de ostomias intestinais. *Rev. Bras. Cancerol.* 2007; 53(4): 431-5.
75. Silva VM, Murai HC. Aplicabilidade da Teoria do Autocuidado: evidências na bibliografia nacional. *Rev Enferm UNISA.* 2012; 13(1): 59-63.
76. Rodrigues AMM. Por uma Filosofia da Tecnologia. In: Grinspun MPSZ, organizador. *Educação Tecnológica: desafios e perspectivas.* 2a ed. São Paulo (SP): Cortez; 2001.
77. Nietzsche EA, Dias LP. M, Leopardi MT. Tecnologias em Enfermagem: um saber em compromisso com a prática. In: SEMINÁRIO NACIONAL DE PESQUISA EM ENFERMAGEM, 10., 1999, Gramado. *Anais...Brasília: ABEn Nacional; Porto Alegre: ABEn-RS, 1999.*
78. Houaiss A, Villar MS. Dicionários Houaiss da língua portuguesa. Rio de Janeiro: Objetiva, 2001.
79. Mendes IAC, Leite JL, Trevizan MA, Trezza MCSF, Santos RM. A produção tecnológica e a interface com a enfermagem. *Revista Brasileira de Enfermagem.* 2002;55(5):556-561.
80. Correa MB. Tecnologia In: Cattani AD, organizador. *Trabalho e Tecnologia: dicionário crítico.* 2a ed. Petrópolis (RJ): Vozes; 1999. p. 251-57.
81. Meier MJ. Tecnologia em enfermagem: desenvolvimento de um conceito [tese]. Florianópolis: Universidade Federal de Santa Catarina. Programa de Pós-Graduação em Enfermagem; 2004.

82. Nietzsche EA. Tecnologia emancipatória: possibilidade para a práxis de enfermagem. Ijuí: UNIJUÍ; 2000.
83. Mendes GRB. Tecnologia e organização das práticas de saúde: características tecnológicas do processo de trabalho nos na rede estadual de Centros de Saúde de São Paulo. São Paulo: Hucitec-Abrasco, 1994.
84. Merhy EE. et al. Em busca de ferramentas analisadoras das tecnologias em saúde: a informação e o dia a dia de um serviço, interrogando e gerindo trabalho em saúde. In: MERHY, E. E. Praxis en salud un desafío para lo publico. São Paulo: Hucitec, 1997.
85. Barbosa IA, Silva MJP. Cuidado humanizado de enfermagem: o agir com respeito em um hospital universitário. Rev Bras Enferm. 2007; 60(5): 546-51.
86. Marques IR, Souza AR. Tecnologia e humanização em ambientes intensivos ecnologia e humanização em ambientes intensivos. Rev Bras Enferm, Brasília 2010 jan-fev;63((1):141-4.
87. Teixeira E. Tecnologias em enfermagem: produções e tendências para a educação em saúde com a comunidade. Rev Eletrônica Enferm [internet]. 2010 [cited 2014 Dec 01];12(4): 598. Available from: http://www.fen.ufg.br/revista/v12/n4/v12n4_a01.htm.
88. Barra DCC, Nascimento ERP, Martins JJ, Albuquerque GL, Erdmann AL. Evolução histórica e impacto da tecnologia na área da saúde e da enfermagem. Revista Eletrônica de Enfermagem.2006;8(3):422-430. Disponível em http://www.fen.ufg.br/revista/revista8_3/v8n3a13.htm.
89. Aquino OS, Melo RP, Lopes MVO, Pinheiro AKB. Análise do conceito de tecnologia na enfermagem segundo o método evolucionário. Acta Paul de Enfer. 2010;23(5):690-6.
90. Góes FGB, Cava AML. Práticas educativas em saúde do enfermeiro com a família da criança hospitalizada. Rev Eletrônica Enferm [internet]. 2009 [cited 2014 Dec 01]; 11(4):942-51. Available from: http://www.fen.ufg.br/fen_revista/v11/n4/pdf/v11n4a20.pdf.
91. Mancia JR, Leal SMC, Machado CS. Tecnologias e inventos de enfermeiras: cuidando com criatividade. Rev Téc Cient Enferm. 2003;1(1):18-21.
92. Lopes EM, Pinheiro AKB, Pinheiro PNC, Vieira NFC. Technology and nursing practice – a bibliographical research. Online Braz J Nurs (Online) [Internet]. 2009 [citado 2014 Jul 22]; 8(1). Disponível em: <http://www.uff.br/objnursing/index.php/nursing/article/view/j.1676-4285.2009.1883/446>.
93. Dodt RCM, Ximenes LB, Oriá MOB. Validação de um álbum seriado para a promoção do aleitamento materno. Acta Paul Enferm. 2012;25(2):225-30.

94. Fonseca LMM, Leite AM, Mello DF, Silva MAI, Lima RAG, Scochi CGS. Tecnologia educacional em saúde: contribuições para enfermagem pediátrica e neonatal. *Esc Anna Nery Rev Enferm* [internet]. 2011 Jan/mar [acesso em outubro de 2014 Dec 01]; 15(1):190-6. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/ean/v15n1/27.pdf>
95. Polit DF, Beck CT, Hungler BP. Análise quantitativa. In: Polit DF, Beck CT, Hungler BP. *Fundamentos de pesquisa em enfermagem: métodos, avaliação e utilização*. 5a ed. Porto Alegre (RS): Artmed; 2004. p.167-98.
96. Contradiopoulos AP, Champagne F, Louise DJ; Potvin LD. *Saber preparar uma pesquisa*. São Paulo: hucitec, 1997.
97. Alexandre NMC, Coluci MZO. Validade de conteúdo nos processos de construção e adaptação de instrumentos de medidas. *Ciência e Saúde Coletiva*, 16 (7): 3061-3068, 2011.
98. Braga CG. *Construção e validação de um instrumento para avaliação do "Sentimento de impotência"*. [tese]. São Paulo: Universidade de São Paulo; 2004.
99. Polit DF, Beck CT. *Fundamentos de Pesquisa em enfermagem: avaliação de evidências para as práticas da enfermagem*. 7a ed. Porto Alegre (RS): Artmed; 2011. 669 p.
100. Perroca MG; Gaidzinski R.R. Sistema de Classificação de Pacientes: construção e validação de um instrumento. *Rev Esc Enferm USP*. 1998;32(2):153-68.
101. Schmidt S, Bullinger M. Current issues in cross-cultural quality of life instrument development. *Arch Phys Med Rehabil*. 2003; 84 (Suppl 2): S29-34.
102. Sampieri RH, Collado CF, Lucio MPB. *Metodologia de Pesquisa*. 5ed. Porto Alegre, Penso, 2013.141p.
103. Souza MT, Silva MD, Carvalho R. Revisão integrativa: o que é e como fazer? *Einstein*(São Paulo). [Internet]. 2010 [acesso em: 04 jan 2014];8(1):102-6. Disponível em: http://apps.einstein.br/revista/arquivos/PDF/1134-Einsteinv8n1_p102-106_port.pdf
104. Critical Appraisal Skills Programme (CASP) make sense of evidence. 10 questions to help you make sense of qualitative research. England. [Internet]. 2006 [acesso em 25 mar 2013]. Disponível em: <http://www.sph.nhs.uk/what-we-do/public-health-workforce/resources/critical-appraisals-skills-programme/>.
105. Melnyk BM, Fineout-Overholt E. Making the case for evidence-based practice and cultivating a spirit of inquiry. In: Melnyk BM, Fineout-Overholt E. *Evidence-based practice in nursing & healthcare. A guide to best practice*. Philadelphia: Lippincot Williams & Wilkins; 2011.p.3-24.

106. Ursi ES, Gavão CM. Perioperative prevention of skin injury: an integrative literature review. *Rev. Latino-Am. Enfermagem*. [Internet]. 2006 [acesso em: 09 jan 2014];14(1):124-31. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S0104-11692006000100017>
107. Doak C, Doak L, Root J. Teaching patients with low literacy skills. Philadelphia (PA): J.B.Lippincott; 1996.
108. Moraes R. Análise de conteúdo. *Revista Educação*, Porto Alegre, v. 22, n. 37, p. 7-32, 1999.
109. Bacelar S, Galvão CC, Alves E, Tubino P. Expressões médicas errôneas: erros e acertos. *Acta Cir. Bras.*, v. 19, n. 5, p. 582-584, set./out. 2004.
110. CENTERS FOR DISEASE CONTROL AND PREVENTION (CDC). US Department of Health and Human Services. Division of Communication Services. Simply Put. A guide for creating easy-to-understand materials. 3 ed. April 2009. Atlanta, 43p.
111. Houts PS, Doak CC, Doak LG, Loscalzo MJ. The role of pictures in improving health communication: a review of research on attention, comprehension, recall, and adherence. *Patient Educ Couns.* 2006 May;61(2):173-90.
112. Ivnik M, Jett MY. Creating written patient education materials. *Chest.* 2008 Apr;133(4):1038-40.
113. Polit DF, Beck CT. Fundamentos da Pesquisa em Enfermagem: avaliação de evidências para a prática de Enfermagem. 7. ed. Porto Alegre: Artes Médicas, 2011.
114. Hulley SB, Newman TB, Cummings SR. Escolhendo os sujeitos do estudo: especificação, amostragem e recrutamento. In: Hulley SB, Cummings SR, Browner WS, Grady D, Hearst N, Newman TB. Delineando a pesquisa clínica: uma abordagem epidemiológica. Porto Alegre: Artmed; 2003. p. 43-52.
115. Williamson MY. Research methodology and its application to nursing. New York: John Wiley & Sons, 1981.
116. Fehring R. Methods to validate nursing diagnoses. *Heart Lung.* 1987; 16(6):625-9.
117. Melo RP, Moreira RP, Fontenele FC, Aguiar ASC, Joventino ES, Carvalho EC. Critérios de seleção de experts para estudos de validação de fenômenos de enfermagem. *Rev Rene, Fortaleza*, 2011 abr/jun; 12(2):424-31.
118. Bertoncello KCG. Qualidade de vida e a satisfação da comunicação do paciente após laringectomia total: construção e validação de um instrumento de medida. 2004. 247 f. Tese (Doutorado em Enfermagem Fundamental) - Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto,

- 2004.
119. Pasquali L. *Psicometria: teoria dos testes na psicologia e na educação*. 2a ed. Petrópolis: Vozes; 2003.
 120. Rubio DM, Berg-Weger M, Tebb SS, Lee ES, Rauch S. Objectifying content validity: conducting a content validity study in social work research. *Soc. Work Res.* 2003; 27(2):94-111.
 121. Sawada NO. *A dimensão não verbal da interação enfermeiro-paciente em situação pré-operatória*. 1990. Dissertação (Mestrado) - Escola de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 1990.
 122. Lopes A, Rossi BM, Nakagawa W. *Oncologia cirúrgica*. In: Kowalski, L. P, Anelli A, Salvajoli JC, Lopes LF. *Manual de condutas diagnósticas e terapêuticas em oncologia*. 2. ed. São Paulo: Âmbite Editores, 2002. Parte II tratamento.
 123. Fehring RJ. The Fehring Model. In: _____. *Carroll-Johnson and Paquette: Classification of nursing diagnosis: proceedings of the tenth conference. Symposium on Validation Models*. 1994.
 124. Gomes SR. *Cadernos de Pós-Graduação, São Paulo, v. 4, Educação*, p. 39-45, 2005.
 125. Lobiondo-Wood G, Haber J. *Pesquisa em Enfermagem*. 4 ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2001.
 126. Polit DF, Beck CT. the content validity index:are you sure you know what's being reported? critique and recommendations. *Research in Nursing & Health*. 2006;29: 489–497.
 127. Borges EL, CARvalho DV. Portador de estoma gastrointestinal: Perfil de uma clientela. *Rev. Nursing*. 2002;5(46):15-21.
 128. Lakatos EM, Marconi MA. *Técnicas de pesquisa: planejamento e execução de pesquisas, amostragens e técnicas de pesquisas, elaboração, análise e interpretação de dados*. 5a ed. São Paulo (SP): Atlas; 2002.
 129. Resolução nº 466/2012. Diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. Brasília (DF): Conselho Nacional de Saúde; 2012. Disponível em: <http://conselho.saude.gov.br/resolucoes/2012/Reso466.pdf>.



UNIVERSIDADE FEDERAL DE PERNAMBUCO
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM
MESTRADO ACADÊMICO

APÊNDICE A – Instrumento de coleta para a revisão

Modelo Ursi adaptado

ID*: _____ IDIOMA **: _____

TÍTULO: _____

AUTORES: _____

PERIÓDICO: _____

TIPO DE ESTUDO: _____

ANO DE PUBLICAÇÃO: _____ NE***: _____

FORMAÇÃO ACADÊMICA DOS AUTORES: _____

AÇÃO EDUCATIVA PARA O AUTOCUIDADO DA SAÚDE SEXUAL E
REPRODUTIVA:

REFERÊNCIA: _____

*Id= Identificação do artigo; **Idioma: PT (português), ENG (inglês), ESP (espanhol);

***NE= Nível de Evidência científico.



UNIVERSIDADE FEDERAL DE PERNAMBUCO
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM
MESTRADO ACADÊMICO

APÊNDICE B - Carta convite aos Juízes Especialistas

CARTA CONVITE

Prezado (a)

Sou aluna do curso de Mestrado do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem do Centro de Ciências da Saúde da Universidade Federal de Pernambuco. Juntamente com a Prof.^a Dr.^a Tatiane Gomes Guedes estou realizando o estudo intitulado: **“Tecnologia educativa para promoção do autocuidado na saúde sexual e reprodutiva de mulheres estomizadas: estudo de validação”**, que propõe a elaboração e validação de uma cartilha educativa para a promoção do autocuidado da saúde sexual e reprodutiva de mulheres estomizadas (mulheres com aberturas cirúrgicas abdominais para eliminação urinária ou intestinal).

Diante do reconhecimento de sua experiência profissional e a fim de se alcançar a validade do conteúdo da tecnologia educativa convido (a) a colaborar com esta pesquisa, como juiz especialista, respondendo a um instrumento de julgamento específico sobre o conteúdo apresentado na cartilha.

A tecnologia educativa foi elaborada com a intenção de disponibilizar um recurso adequado, relevante, de fácil compreensão, boa apresentação, acessível e de grande aplicabilidade na aquisição de conhecimentos sobre o autocuidado na vida sexual e reprodutiva da mulher ostomizada. A cartilha foi elaborada segundo referencial teórico de produção de material educativo impresso, levantamento bibliográfico pertinente a temática, fundamentação teórica no autocuidado e segundo consideração de dúvidas e inquietações frequentemente apresentadas pelo público-alvo em experiências assistenciais da pesquisadora.

Para o julgamento dos conteúdos abordados na cartilha, solicito sua contribuição para leitura e assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido; visualização do material educativo no endereço de acesso ao seu formato virtual (formato exclusivo para validação); e preenchimento do questionário de caracterização dos juízes especialistas. Após a avaliação da versão inicial, as considerações fornecidas pelo grupo de juízes serão ponderadas e, com base nisso, feitos os ajustes necessários a cartilha até que se atinja o índice de concordância esperado sobre a adequação de seu conteúdo.

Finalizada esta etapa de validação, a cartilha, ora enviado, será posteriormente impressa na forma de brochura para ser submetida a avaliação pelo público alvo do estudo. Após as considerações levantadas, caso necessário, o material será novamente ajustado, para então ser reproduzido em sua versão final.

Desde já apresentamos votos de elevada estima e agradecemos a sua disponibilidade em compartilhar a experiência e conhecimento para a emissão de parecer sobre o material educativo. Para o atendimento aos prazos de execução da pesquisa, solicitamos que a avaliação seja feita no prazo máximo de dez dias.

Estamos à disposição para maiores esclarecimentos.

Atenciosamente,

Andressa F. L. L. Albuquerque
Mestranda do PPGEnfermagem/UFPE
E-mail: Andressa.leite_enf@yahoo.com

Profa Dra. Tatiane Gomes Guedes
Orientadora, docente do PPGEnfermagem/UFPE
e professora titular do Departamento de
Enfermagem/UFPE
E-mail: tatiguedes@yahoo.com.br



UNIVERSIDADE FEDERAL DE PERNAMBUCO
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM
MESTRADO ACADÊMICO

**APÊNDICE C - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Juízes
Especialistas)**

Prezado (a),

Estou desenvolvendo no Curso de Mestrado em Enfermagem da Universidade Federal de Pernambuco um estudo intitulado **“TECNOLOGIA EDUCATIVA PARA PROMOÇÃO DO AUTOCUIDADO NA SAÚDE SEXUAL E REPRODUTIVA DE MULHERES ESTOMIZADAS: ESTUDO DE VALIDAÇÃO”**.

O estudo propõe a elaboração e validação de uma cartilha educativa para a promoção do autocuidado da saúde sexual e reprodutiva de mulheres estomizadas (mulheres com aberturas cirúrgicas abdominais para eliminação urinária ou intestinal).

O referido estudo está sob minha responsabilidade como pesquisadora principal Andressa Ferreira Leite Ladislau Albuquerque, residente na Rua Manoel Felipe Santiago, nº257 casa B térreo – Barra de Jangada - CEP: 54460-110 – Jaboatão dos Guararapes-PE - Fone: 88798063- email: andressa.leite_enf@yahoo.com e sob a orientação da professora Dr^a Tatiane Gomes Guedes - residente na Rua Dr. José Bonifácio, 1356 - Ap: 304 Bloco A - Torre - CEP: 50170-00 - Recife-PE - Fone: 9735-4878 - email: tatiguedes@yahoo.com.br . Saliento que também participa desta pesquisa a acadêmica de enfermagem Muanna Jéssica Batista Ludgério (Fone: 8656-7430) que estrá sob a orientação da pesquisadora responsável e auxiliará nos procedimento de coleta de dados.

Deste modo, gostaria de convidá-lo(a) a colaborar como juiz(a) na validação de conteúdo da referida tecnologia, na sua área de especialidade, através do preenchimento do Instrumento de Validação de Conteúdo (Juízes-Especialistas).

Após ser esclarecido sobre as informações a seguir, no caso de aceitar a fazer parte do estudo, rubrique as folhas e assine ao final deste documento, que está em duas vias. Uma delas é sua e a outra é da pesquisadora responsável. Em caso de recusa o Sr (a). não será penalizada de forma alguma.

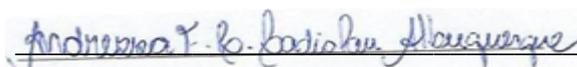
INFORMAÇÕES SOBRE A PESQUISA:

Após ser elaborada a cartilha será avaliada por mulheres estomizadas (validação de aparência) e por profissionais especialistas (validação de conteúdo) através do uso de um formulário de julgamento específico.

Como juiz especialista, você participará dessa pesquisa somente no momento da validação de conteúdo, sendo garantido seu anonimato, o que significa dizer que seu nome e as informações que você prestar durante a entrevista, não serão identificadas. Mesmo tendo aceitado participar da pesquisa, se por qualquer motivo, durante o seu andamento, resolver sair do estudo, terá inteira liberdade para retirar o seu consentimento, sem nenhum prejuízo. Os dados coletados serão registrados por instrumento auto-aplicado de avaliação e armazenados em pastas de arquivos, no endereço da pesquisadora principal, acima citado, pelo período de 5 (cinco) anos.

Como participante você terá riscos mínimos de constrangimento ou desgaste oriundo da participação nas etapas de construção da tecnologia educativa. Os benefícios diretos advindos do estudo estão relacionados à troca de conhecimentos entre os participantes ou entre esses e a pesquisadora durante a coleta de dados e a contribuição para o desenvolvimento de um material educativo válido, segundo os preceitos metodológicos de validação. Como benefício indireto terá contribuído para a disponibilização de um material educativo adequado ao público a que se destina, pela fácil compreensão, boa apresentação e relevância de seu conteúdo permitindo sua utilização como ferramenta de apoio para as orientações de saúde sexual e reprodutiva.

Em caso de dúvidas relacionadas aos aspectos éticos deste estudo, você poderá consultar o Comitê de Ética em Pesquisa Envolvendo Seres Humanos da UFPE no endereço: **(Avenida da Engenharia s/n – 1º Andar, sala 4 - Cidade Universitária, Recife-PE, CEP: 50740-600, Tel.: (81) 2126.8588 – email: cepccs@ufpe.br).**



(assinatura da pesquisadora)

Andressa F.L.L. Albuquerque

Estomaterapeuta. Mestranda do PPGEnfermagem UFPE.

CONSENTIMENTO DA PARTICIPAÇÃO DA PESSOA COMO SUJEITO

Eu, _____, RG/CPF/_____,
abaixo assinado, concordo em participar como voluntário (a) do estudo citado acima.
Fui devidamente informado (a) e esclarecido (a) pela pesquisadora sobre a pesquisa, os
procedimentos nela envolvidos, assim como os possíveis riscos e benefícios decorrentes

de minha participação. Foi-me garantido que posso retirar meu consentimento a qualquer momento, sem que isto leve a qualquer prejuízo.

Recife, ___/___/___

(assinatura do (a) juiz especialista)



UNIVERSIDADE FEDERAL DE PERNAMBUCO
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM
MESTRADO ACADÊMICO

APÊNDICE D – Questionário de Caracterização dos Juízes Especialistas

1. Área de formação(graduação): _____
2. Maior nível de formação atual:
 1. Especialização () 2. Residência () 3. Mestrado () 4. Doutorado ()
3. Tem especialização em estomaterapia (cuidados de saúde a indivíduos ostomizados)?
 1. Sim () 2. Não ()
4. Tem experiência assistencial a indivíduos ostomizados? 1. Sim () 2. Não ()
5. Tempo de experiência na assistência a indivíduos ostomizados (se aplicável):
(em anos completos) _____
6. Experiência de pesquisa sobre a assistência a indivíduos ostomizados?
 1. Sim () 2. Não ()
7. Tem publicações na área da estomaterapia (cuidados de saúde a indivíduos ostomizados)? 1. Sim () 2. Não ()
8. Experiência anterior na área de saúde sexual e reprodutiva? 1. Sim () 2. Não ()
9. Tem publicações na área de saúde sexual e reprodutiva? 1. Sim () 2. Não ()
10. Experiência anterior com elaboração/avaliação de tecnologias educativas (assistência/pesquisa)? 1. Sim () 2. Não ()

11. Tem publicações na área de tecnologias educativas? 1. Sim () 2. Não ()

12. Tem experiência como docente? 1. Sim () 2. Não ()

13. Anos de docência (se aplicável): _____



UNIVERSIDADE FEDERAL DE PERNAMBUCO
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM
MESTRADO ACADÊMICO

APÊNDICE E – Instrumento de Validação de Conteúdo

Parte II- Instruções

Leia minuciosamente a cartilha. Em seguida analise o material educativo utilizando esse formulário para marcar com um X os números que estão após cada afirmação. Dê sua opinião de acordo com a opção que melhor represente o ponto de vista sobre cada critério abaixo:

Valoração: (1) **Discordo totalmente** (2) **Discordo** (3) **Nem concordo nem discordo**
(4) **Concordo** (5) **Concordo totalmente**

Para as opções “**Discordo totalmente**” e “**Discordo**”, justifique no espaço de “**sugestões**” o motivo pelo qual assim considerou o item do aspecto avaliado da cartilha. Não existem respostas corretas ou erradas. **O que importa é a sua opinião.** Por favor, responda a todos os itens.

1-OBJETIVOS – Referem-se aos propósitos, metas ou fins que se deseja atingir com a utilização da cartilha.

	Concordo totalmente	Concordo	Nem concordo nem discordo	Discordo	Discordo totalmente
1.1 As informações/conteúdos são adequadas para a promoção do autocuidado na saúde sexual e reprodutiva das mulheres estomizadas	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
1.2 As informações apresentadas estão cientificamente corretas	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
1.3 As informações/conteúdos convidam e/ou instigam à mudanças de comportamento e atitude das mulheres estomizadas frente sua saúde sexual e reprodutiva	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
1.4 A cartilha atende à possíveis situações de esclarecimento/orientação de instituições que acompanham mulheres estomizadas	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
1.5 O material está apropriado aos diferentes níveis sócio-culturais das mulheres estomizadas	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)

Sugestões _____

2- ESTRUTURA E APRESENTAÇÃO – Refere-se a forma de apresentar as orientações. Isto inclui sua organização geral, estrutura, *layout* e formatação.

	Concordo totalmente	Concordo	Nem concordo nem discordo	Discordo	Discordo totalmente
2.1 As mensagens estão apresentadas de em linguagem clara e objetivas	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
2.2 Há uma seqüência lógica de conteúdo proposto	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
2.3 As informações estão bem estruturadas em concordância e ortografia	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
2.4 O tamanho da fonte e o tipo de letra favorecem a leitura	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
2.5 As cores e o layout viabilizam a leitura	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
2.6 As ilustrações estão expressivas e condizem com o conteúdo	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
2.7 As ilustrações estão em quantidade suficiente	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
2.8 O leitor é incentivado a prosseguir a leitura pelo conteúdo	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
2.9 O número de páginas está adequado.	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)

Sugestões _____

3- RELEVÂNCIA –Refere-se as características que avalia o grau de significação do material educativo apresentado.

	Concordo totalmente	Concordo	Nem concordo nem discordo	Discordo	Discordo totalmente
3.1 A cartilha é pertinente para circulação no meio científico da área	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
3.2 A cartilha propõe à construção de conhecimento	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
3.3 As informações/conteúdos estão coerentes com as necessidades básicas de cuidado com a saúde sexual e reprodutiva das mulheres estomizadas	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)

Sugestões

Prezada avaliador (a), caso tenha identificado algum erro no material educativo ou a ausência de algum assunto que julgue pertinente , por favor deixe suas sugestões e comentários no espaço abaixo e no verso desta folha:



UNIVERSIDADE FEDERAL DE PERNAMBUCO
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM
MESTRADO ACADÊMICO

APÊNDICE F -Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

(Público-alvo)

Prezada Senhora,

Estou desenvolvendo no Curso de Mestrado em Enfermagem da Universidade Federal de Pernambuco um estudo chamado **“TECNOLOGIA EDUCATIVA PARA PROMOÇÃO DO AUTOCUIDADO NA SAÚDE SEXUAL E REPRODUTIVA DE MULHERES ESTOMIZADAS: ESTUDO DE VALIDAÇÃO”**.

O estudo pretende construir uma cartilha educativa com orientações para ajudar na promoção do autocuidado (cuidado de si mesma) da saúde sexual e reprodutiva de mulheres ostomizadas. **Ou seja, elaboramos uma cartilha educativa para mulheres ostomizadas, com figuras e textos simples de orientações de saúde, sobre como você mesma pode cuidar de sua saúde sexual e reprodutiva.**

Será necessário que mulheres ostomizadas avaliem a cartilha, para que ela seja ajustada ao seu melhor entendimento. Dessa forma, gostaria de convidá-la a colaborar como uma das avaliadoras dessa cartilha. A participação no processo de avaliação é livre. Precisarás além da disponibilidade de tempo, responder as perguntas com a sua opinião sobre a organização e aparência geral da cartilha, o estilo de escrita do texto e também sobre a motivação que a cartilha desperta.

INFORMAÇÕES SOBRE A PESQUISA:

Ao participar da pesquisa a senhora terá o risco mínimo, de constrangimento por se tratar do tema saúde sexual e reprodutiva que remete à sua intimidade e/ou mesmo pela lembrança de experiências ou situações vividas que possam lhe causar desagrado.

Por ser elaborada para a mulher ostomizada, a cartilha lhe trará diretamente os benefícios de poder obter conhecimentos sobre as possíveis mudanças na vida sexual e reprodutiva após a realização da ostomia, podendo ser de extrema utilidade em seu processo de adaptação, esclarecendo dúvidas suas ou de seu parceiro. Além disso, a cartilha trará indiretamente outros benefícios, pois poderá ser utilizada nas consultas de enfermagem à ostomizada, como um material de apoio para as orientações de saúde sexual e reprodutiva.

Caso aceite participar, dou-lhe a garantia de que:

- Participará dessa pesquisa somente no momento da entrevista.

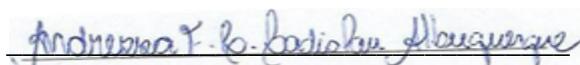
- As respostas obtidas na sua entrevista serão usadas apenas para a realização da pesquisa.
- Seu nome não será revelado em nenhum momento da pesquisa.
- Mesmo tendo aceitado participar da pesquisa, se por qualquer motivo, durante o seu andamento, resolver sair do estudo, terá inteira liberdade para retirar o seu consentimento, sem nenhum prejuízo.
- Os dados coletados serão registrados por formulário de avaliação e armazenados em pastas de arquivos, no endereço da pesquisadora principal, pelo período de 5 (cinco) anos.

Este estudo está sob minha responsabilidade como pesquisadora principal, me chamo Andressa Ferreira Leite Ladislau Albuquerque, moro na Rua Juiz Orlando Caldellas, 162 – Ap: 201 Bloco 1 - Parque das Palmeiras - CEP: 23906470 – Angra dos Reis - RJ - Fone: 24 9812795110- email: andressa.leite_enf@yahoo.com e estou disponível para esclarecimentos de quaisquer dúvidas que possam surgir.

O estudo está sob a orientação da professora Dr^a Tatiane Gomes Guedes – que mora na Rua Dr. José Bonifácio, 1356 - Ap: 304 Bloco A - Torre - CEP: 50170-00 - Recife-PE - Fone: 9735-4878 - email: tatiguuedes@yahoo.com.br . Saliento que também participa desta pesquisa a estudante de enfermagem Muanna Jéssica Batista Ludgério (Fone: 8656-7430) que está sob a orientação da pesquisadora responsável e ajudará nos procedimentos de coleta de informações do estudo.

Após receber as informações acima, se você aceitar a fazer parte do estudo, assine as folhas e também ao final deste documento, que está em duas vias. Uma das vias é sua e a outra é da pesquisadora responsável. Em caso de recusar participar você não terá nenhuma penalização ou prejuízo.

Em caso de dúvidas sobre aos aspectos éticos deste estudo, você poderá consultar o Comitê de Ética em Pesquisa Envolvendo Seres Humanos da UFPE no endereço: **(Avenida da Engenharia s/n – 1º Andar, sala 4 - Cidade Universitária, Recife-PE, CEP: 50740-600, Tel.: (81) 2126.8588 – email: cepecs@ufpe.br).**



(assinatura da pesquisadora)

CONSENTIMENTO DA PARTICIPAÇÃO DA PESSOA COMO SUJEITO

Eu, _____, RG _____ ou
CPF/_____, após ter sido devidamente informada e esclarecida
sobre os termos para o processo de avaliação, concordo em participar como voluntária do
estudo citado acima. Recife, ___/___/___

(assinatura da ostomizada)



UNIVERSIDADE FEDERAL DE PERNAMBUCO
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM
MESTRADO ACADÊMICO

APÊNDICE G - Formulário de Validação de Aparência
(Público-alvo)

Rodada _____ Data __/__/__

N°

Parte 1 – Identificação

Idade: 1. () 18 a 29 anos 2. () 30 a 40 anos 3. () maior que 40 anos

Escolaridade:

1. () Sem instrução
2. () Fundamental incompleto
3. () Fundamental completo e ensino médio incompleto
4. () Ensino médio completo e superior incompleto
5. () Superior completo

Você possui uma ostomia urinária ou intestinal? Qual o tipo? _____

Qual foi o motivo de ter feito a ostomia?

Há quanto tempo tem a ostomia (em anos): _____

Possui vida sexualmente ativa após a ostomia (mantém relações sexuais após a ostomia): 1. () Sim 2. () Não

Parte II- Instruções

Senhora avaliadora, por favor, leia com atenção toda a cartilha e em seguida responda esse formulário, marcando um **X** na opção de resposta que melhor representa sua opinião sobre alguns itens da cartilha. **Suas opções de respostas serão “sim” ou “não”.**

Quando você marcar a opção “**não**”, por gentileza escreva o porquê de ter discordado desse item no espaço em branco que fica após cada item. Ao final, deixe suas sugestões e comentários sobre sua avaliação. **Sua opinião é muito importante para nos ajudar a melhorar a cartilha!**

Atenção: Não existem respostas corretas ou erradas. **O que importa é a sua opinião.**
Por favor, responda a todos os itens.

1- Dê sua opinião sobre a ORGANIZAÇÃO da Cartilha

1.1 A capa chama sua atenção para a leitura do material? Fica claro do que se trata a cartilha e para que público ela foi elaborada?	Sim ()	Não ()
Por que?		
1.2 As informações da cartilha sugerem o que e como fazer para realizar o cuidado da vida sexual e reprodutiva após a ostomia? As principais informações estão destacadas no texto?	Sim ()	Não ()
Por que?		
1.3 A quantidade de informações por página está adequada?	Sim ()	Não ()
Por que?		
1.4 A cartilha mostra as informações de maneira organizada e com repetição das informações importantes?	Sim ()	Não ()
Por que?		

2- Dê sua opinião sobre o ESTILO DA ESCRITA da Cartilha

2.1 A forma como foi escrito o texto deixa você a vontade durante a leitura, como uma conversa?	Sim ()	Não ()
Por que?		
2.2 Quando você lê a cartilha logo consegue entender as informações escritas? A forma como foi escrita está de fácil compreensão?	Sim ()	Não ()
Por que?		
2.3 O conteúdo da cartilha é interessante?	Sim ()	Não ()
Por que?		

3- Dê sua opinião sobre a APARÊNCIA da cartilha

3.1 A cartilha apresenta os textos de forma bem distribuída e com espaço em branco suficiente em cada página?	Sim ()	Não ()
Por que?		
3.2 O tamanho da letra usada está bom? O número de páginas está suficiente?	Sim ()	Não ()
Por que?		
3.3 As figuras são simples e adequadas?	Sim ()	Não ()
Por que?		
3.4 As figuras ajudam a compreender os textos?	Sim ()	Não ()
Por que?		
3.5 É fácil de entender o que as figuras querem dizer?	Sim ()	Não ()
Por que?		

4- Dê sua opinião sobre a MOTIVAÇÃO que desperta a Cartilha

4.1 A cartilha é apropriada para mulheres ostomizadas de diferentes idades e diferentes níveis de entendimento?	Sim ()	Não ()
Por que?		
4.2 As informações da cartilha estimulam a realizar o cuidado com a saúde sexual e reprodutiva?	Sim ()	Não ()
Por que?		

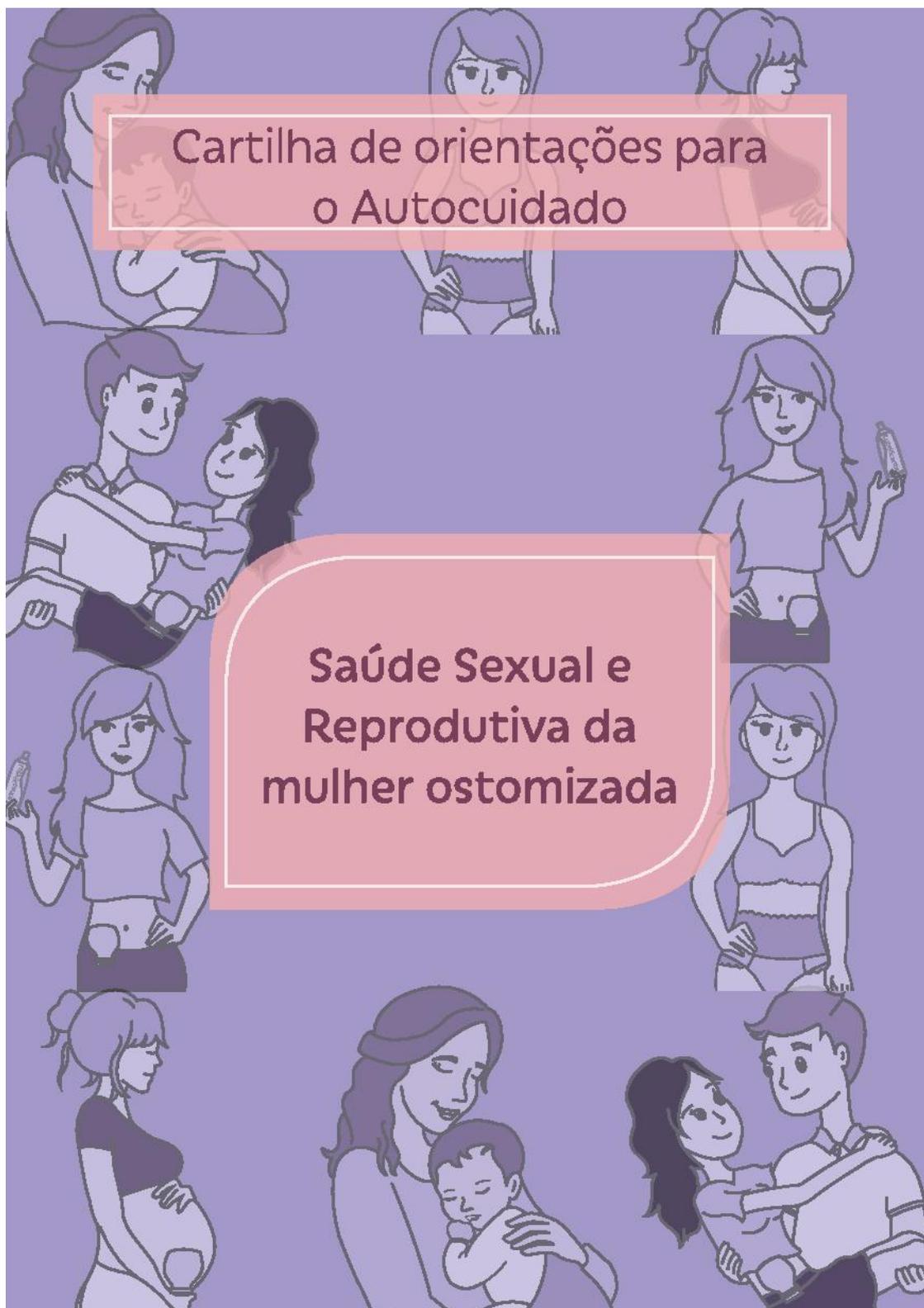
Prezada avaliadora,

Caso tenha identificado algum erro ou sinta que faltou ser apresentado algum assunto que você acha importante sobre esse tema, por favor, deixe suas sugestões e comentários no espaço abaixo:

ANEXO A – *Critical Appraisal Skills Programme (CASP)*

Questões	Considerações	
1) O objetivo esta claro e justificado?	<input type="checkbox"/> Explícita objetivo <input type="checkbox"/> Explícita relevância do estudo Comentários:	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
2) Há adequação do desenho metodológico?	<input type="checkbox"/> Há coerência entre os objetivos e o desenho metodológico Comentários:	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
3) Os procedimentos teórico-metodológicos são apresentados e discutidos?	<input type="checkbox"/> Há justificativa de escolha do referencial, método <input type="checkbox"/> Explícita os procedimentos metodológicos Comentários:	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
4) A amostra do estudo foi selecionada adequadamente?	<input type="checkbox"/> Explícita os critérios de seleção (inclusão e exclusão) da amostra de estudo Comentários:	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
5) A coleta de dados está detalhada?	<input type="checkbox"/> Explícita a forma de coleta de dados (entrevista, grupo focal, ...) <input type="checkbox"/> Explícita o uso de instrumentos de coleta (questionário, formulário, ...) Comentários:	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
6) A relação entre pesquisador e pesquisados foi considerada?	<input type="checkbox"/> O pesquisador examina criticamente a sua atuação como pesquisador, reconhecendo o potencial de viés (na seleção da amostra, na formulação de perguntas) <input type="checkbox"/> Descreve ajustes e suas implicações no desenho da pesquisa Comentários:	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
7) Os aspectos éticos de uma pesquisa foram respeitados?	<input type="checkbox"/> Há menção de aprovação por comitê de ética <input type="checkbox"/> Há menção do termo de consentimento autorizado Comentários:	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
8) A análise dos dados é rigorosa e fundamentada? Especifica os testes estatísticos?	<input type="checkbox"/> Explícita o processo de análise <input type="checkbox"/> Explícita como as categorias de análise foram identificadas <input type="checkbox"/> Os resultados refletem os achados Comentários:	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
9) Resultados são apresentados e discutidos com propriedade?	<input type="checkbox"/> Explícita os resultados <input type="checkbox"/> Dialoga os seus resultados com o de outros pesquisadores <input type="checkbox"/> Os resultados são analisados à luz da questão do estudo Comentários:	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
10) Qual o valor da pesquisa?	<input type="checkbox"/> Explícita a contribuição e limitações da pesquisa (para a prática, construção do conhecimento, ...) <input type="checkbox"/> Indica novas questões de pesquisa	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não

ANEXO B – Cartilha de Orientações para o Autocuidado – Saúde Sexual e Reprodutiva de Mulheres Ostmizadas (versão pública)



ANEXO C - Normas para Submissão da Revisão Integrativa



Instruções para publicação de manuscritos

POLÍTICA EDITORIAL

A Revista Eletrônica de Enfermagem (REE), disponível no site <http://www.fen.ufg.br/revista/>, é um periódico de acesso aberto, gratuito e trimestral, destinado à divulgação da produção científica na área de Ciências da Saúde com ênfase em Enfermagem.

São aceitos manuscritos originais e inéditos, destinados exclusivamente à REE, que contribuam para o crescimento e desenvolvimento da produção científica da Enfermagem e de áreas correlatas.

A REE publica artigos em português, inglês ou espanhol, destinados à divulgação de resultados de pesquisas originais, artigos de revisão sistemática, revisão integrativa.

As opiniões e conceitos emitidos pelos autores são de exclusiva responsabilidade dos mesmos, não refletindo, necessariamente, a opinião da Comissão de Editoração Editorial da Revista.

PROCESSO DE AVALIAÇÃO

Os manuscritos são analisados em uma primeira etapa, pela Comissão Editorial, que leva em consideração a observância do atendimento das normas editoriais, o texto, pertinência do conteúdo do manuscrito à linha editorial do periódico e contribuição para a inovação do conhecimento na área. O resultado dessa análise indica o manuscrito no processo de avaliação ou recusa. Manuscritos encaminhados fora das normas são recusados sem análise do seu conteúdo.

Uma vez aprovados na etapa preliminar, os manuscritos são encaminhados para apreciação do seu conteúdo. Para tanto, utiliza-se o modelo *peer review*, de forma cega sobre a identidade dos consultores e dos autores. A análise do texto é feita com base no instrumento de avaliação da Revista. Os pareceres encaminhados pelos avaliadores são analisados pela Comissão Editorial que atenta para o cumprimento das normas de publicação, conteúdo e pertinência. Após todo esse processo, os manuscritos são enviados aos autores com indicação de aceitação, reformulação ou recusa. Em caso de reformulação, cabe à Comissão Editorial o acompanhamento das alterações.

As pesquisas que envolvem seres humanos, obrigatoriamente, devem explicitar no corpo do trabalho o atendimento às normas da Resolução 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde - CNS, ou

órgão equivalente no país de origem da pesquisa. Para pesquisas realizadas no Brasil indicar o número de aprovação emitido por Comitê de Ética reconhecido pela Comissão Nacional de Ética em Pesquisa (CONEP) do Conselho Nacional de Saúde (CNS). Além disso, o comprovante de aprovação do Comitê de encaminhado como documento suplementar no processo de submissão do manuscrito.

Não serão admitidos acréscimos ou alterações após o envio para a composição editorial e fechamento do número.

PROCESSO DE SUBMISSÃO

Os manuscritos devem ser submetidos à REE exclusivamente pelo Sistema Eletrônico de Editoração de Revistas, disponível no endereço: <http://revistas.ufg.br/index.php/fen/author/submit/1>, que emitirá um protocolo numérico de identificação.

No momento da submissão o autor precisa anexar no sistema:

- Arquivo do manuscrito no formato.doc;
- Formulário de submissão para cada um dos autores (conforme modelo)
- Aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa (autores brasileiros) ou declaração informando que a pesquisa não envolveu seres humanos. Para autores de out procedimentos no texto são os mesmos, porém devem atender as orientações do país de origem para o desenvolvimento de investigações com seres human (<http://www.wma.net/e/policy/b3.htm>).

Os formulários individuais, aprovação do Comitê de Ética ou declaração informando que a pesquisa não envolveu seres humanos devem ser digitalizados em form com tamanho máximo de um megabyte (1 MB) para cada arquivo, e enviados pelo sistema de submissão como “Documentos suplementares”.

No recebimento do manuscrito é feita a conferência do texto e da documentação. Havendo pendências serão solicitadas correções. O não atendimento dessas corr cancelamento imediato da submissão.

CATEGORIA DOS ARTIGOS

Artigos Originais: são trabalhos resultantes de pesquisa original, de natureza quantitativa ou qualitativa, que agregam inovações e avanços na produção do conh Máximo de 15 laudas.

Artigos de Revisão: Estudos que sintetizam de forma crítica e sistematizada a literatura sobre o conhecimento produzido acerca de um determinado tema. O mé ser descrito de forma minuciosa, indicando o processo de busca em base de dados, os critérios utilizados para a seleção e a classificação dos estudos primários inc condução da investigação deve ser norteado por pergunta relevante para a área de enfermagem e/ou áreas afins e refletir na produção de conhecimento inovador entre métodos recomendados: revisão sistemática com ou sem metanálise, e revisão integrativa com ou sem metassíntese.

Na elaboração de revisões sistemática recomenda-se o uso do checklist e fluxograma conforme os critérios PRISMA - Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses (disponível em <http://www.prisma-statement.org/>).

Revisões narrativas apenas serão aceitas se motivadas por temáticas inovadoras ou emergentes a critério do corpo editorial. Não serão aceitas revisões desatualiz pesquisas que incluem estudos de revisão que tratem dos resultados da própria revisão, uma vez que revisões não são estudos primários. Máximo de 20 laudas.

Editorial: destina-se à publicação da opinião oficial da revista sobre temas relevantes da área de Enfermagem e Saúde.

ESTRUTURA DO ARTIGO

Os manuscritos devem ser estruturados de forma convencional, contemplando os seguintes itens: introdução, métodos, resultados, discussão e conclusão. O conte expressar contribuições do estudo para o avanço do conhecimento na área da enfermagem.

Introdução: texto breve que apresente de forma clara e objetiva o problema estudado, fundamentado em referencial teórico pertinente e atualizado. Deve ser em relevância da pesquisa em razão de lacunas do conhecimento identificadas, e a sua justificativa. Ao final, devem-se apresentar os objetivos da pesquisa.

Métodos: definir tipo de estudo, local e período em que a pesquisa foi realizada. Apresentar fonte de dados, delimitando, no caso da população estudada, os crité exclusão e seleção do número de sujeitos. Detalhar procedimentos de coleta e fundamentos da análise de dados, incluindo o conteúdo dos instrumentos de coleta Pesquisas realizadas no Brasil devem explicitar cuidados éticos, informando aplicação do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido para pesquisas com seres hu de aprovação da pesquisa em comitê de ética em pesquisa. Autores estrangeiros devem informar os procedimentos adotados no país de origem da pesquisa.

Resultados: devem ser apresentados de forma clara e objetiva, sem incluir interpretações ou comentários pessoais. Resultados expressos em tabelas e figuras sã deve-se evitar a repetição das informações em forma de texto. Em pesquisas quantitativas devem ser, necessariamente, apresentados separadamente da discuss qualitativas o autor pode optar, tendo em vista os desenhos metodológicos utilizados.

Discussão: deve ser concebida a partir dos dados e resultados obtidos, enfatizando as inovações decorrentes da investigação e evitando a repetição de informaçõ em seções anteriores (introdução, método e resultados). Todos os resultados devem ser discutidos, tendo como apoio em referencial teórico estritamente pertinen permita identificar diálogo com outras pesquisas já publicadas.

Conclusão: texto articulado a partir dos objetivos do estudo, fundamentado nas evidências encontradas com a investigação. Deve mostrar claramente o alcance d de conclusões gerais que possam ser detalhadas e fundamentadas ao longo do item. Se pertinente, podem ser

apresentadas limitações identificadas e lacunas de realização da investigação. Generalizações, quando pertinentes, são incentivadas. FORMATAÇÃO DO MANUSCRITO

- Formato .doc;
- Papel tamanho A4;
- Margens de 2,5 cm;
- Letra tipo Verdana, tamanho 10;
- Espaçamento 1,5 entre linhas em todo o texto;
- Parágrafos alinhados em 1,0 cm.

INSTRUÇÕES PARA O PREPARO DOS MANUSCRITOS

Título: deve ser apresentado no idioma que foi escrito o texto na íntegra, em alinhamento justificado, em negrito, conciso, informativo, com até 15 palavras. Usar somente na primeira letra do título. Não utilizar abreviações.

Autoria:

- Os autores devem ser identificados após o título, por ordem de autoria (se houver mais de um), com credencial na sequência do nome. Devem constar as seguintes informações: nome completo, formação universitária, titulação, instituição de origem e e-mail – preferencialmente, institucional.
- A autoria dos manuscritos deve expressar a contribuição de cada uma das pessoas listadas como autor no que se refere à concepção e planejamento do trabalho ou obtenção ou análise e interpretação dos dados, redação e revisão crítica.

Resumo: deve ser apresentado na primeira página do trabalho, com no máximo 150 palavras, apenas no idioma que foi escrito o texto na íntegra. As orientações dos títulos e resumos (português, inglês e espanhol) será encaminhada pela Secretaria da REE, após a aprovação do artigo para publicação.

Descritores: ao final do resumo devem ser apontados de 3 (três) a 5 (cinco) descritores que servirão para indexação dos trabalhos. Para tanto os autores devem “Descritores em Ciências da Saúde” da Biblioteca Virtual em Saúde (<http://decs.bvs.br/>), usando o descritor exato.

Siglas e abreviações: para o uso de siglas e abreviações, os termos por extenso, correspondentes devem preceder sua primeira utilização no texto, com exceção medidas padronizadas.

Notas de rodapé: devem ser indicadas por asteriscos, iniciadas a cada página e restritas ao mínimo indispensável.

Ilustrações: são permitidas tabelas, gráficos e/ou figuras que devem estar inseridas no corpo do texto logo após terem sido mencionadas pela primeira vez. As figuras devem conter informações precisas, indicando local do estudo e ano a que se referem os dados. As ilustrações e seus títulos devem estar centralizados e s

Citações: para citações “ipsis literis” de referências devem-se usar aspas na sequência do

texto. As citações de falas/depoimentos dos sujeitos da pesquisa devem em letra tamanho 10, em estilo itálico e na sequência do texto.

Referências:

- Não ultrapassar 25 referências, exceto para artigos de revisão. Devem representar e sustentar o estado da arte sobre o tema, ser atualizadas e procedentes preferencialmente, de periódicos qualificados.
- Deve-se evitar o uso de dissertações, teses, livros, documentos oficiais e resumos em anais de eventos. A exatidão das informações nas referências é de res autores.
- Quando são enviadas fora das normas, acarretam em atraso o processo de avaliação do manuscrito.
- No texto devem ser numeradas consecutivamente, de acordo com a ordem em que forem mencionadas pela primeira vez, identificadas por números arábico parênteses, sem espaços da última palavra para o parêntese, sem menção aos autores.
- Ao fazer a citação sequencial de autores, separe-a por um traço ex. (1-3); quando intercalados utilize vírgula ex. (2,6,11).
- As regras de referência da REE têm como base as normas adotadas pelo Comitê Internacional de Editores de Revistas Médicas (estilo Vancouver), publicada Uniform Requirements for Manuscripts Submitted to Biomedical Journals (<http://www.icmje.org/index.html>).

Agradecimentos e Financiamentos: agradecimentos e/ou indicação das fontes de apoio da pesquisa, devem ser informados ao final do artigo.

EXEMPLOS DE REFERÊNCIAS

Orientações gerais:

Nos artigos publicados em periódicos, o nome do periódico deve aparecer preferencialmente abreviado. Os títulos abreviados devem ser obtidos na PubMed Journa título abreviado usado na Scielo.

Em referências com mais de seis autores a expressão et al deve ser usada após o sexto autor.

Artigo pulicado em periódico científico:

Almeida GCM, Ferreira MAF. Saúde bucal no contexto do Programa Saúde da Família: práticas de prevenção orientadas ao indivíduo e ao coletivo. Cad Saude Publi 2008;24(9):2131-40.

Mussi CM, Ruschel K, Souza EN, Lopes ANM, Trojahn MM, Paraboni CC, et al. Visita domiciliar melhora conhecimento, autocuidado e adesão na insuficiência cardíaca randomizado HELEN-I. Rev Lat Am Enfermagem. 2013;21(esp):20-8

Artigo pulicado em periódico científico, volume com suplemento

Geraud G, Spierings EL, Keywood C. Tolerability and safety of frovatriptan with short- and long-term use for treatment of migraine and in comparison with sumatr 2002;42 Suppl 2:S93-9.

Artigo publicado em periódico científico, número com suplemento

Glauser TA. Integrating clinical trial data into clinical practice. *Neurology*. 2002;58(12 Suppl 7):S6-12.

Artigo publicado em periódico científico, número sem volume

Banit DM, Kaufer H, Hartford JM. Intraoperative frozen section analysis in revision total joint arthroplasty. *Clin Orthop*. 2002;(401):230-8.

Artigo publicado em periódico científico, sem volume ou número

Outreach: bringing HIV-positive individuals into care. *HRSA Careaction*. 2002:1-6

Artigo publicado em periódico científico de língua inglesa:

Pereira M, Lunet N, Azevedo A, Barros H. Differences in prevalence, awareness, treatment and control of hypertension between developing and developed countries 2009;27(5):963-75.

Artigo publicado em periódico científico de língua espanhola:

Montes SF, Teixeira JBA, Barbosa MH, Barichello E. Aparición de complicaciones relacionadas con el uso del catéter venoso central de inserción periférica (PICC) en Enferm. glob. [Internet]. 2011 [acesso em: 30 mar 2013];10(24). Disponível em: <http://dx.doi.org/10.4321/S1695-61412011000400001>.

Artigo publicado em periódico científico de outras línguas:

Hirayama T, Kobayashi T, Fujita T, Fujino O. [A case of severe mental retardation with blepharophimosis, ptosis, microphthalmia, microcephalus, hypogonadism a difference from Ohdo blepharophimosis syndrome]. *No To Hattatsu*. 2004;36(3):253-7. Japanese.

Artigo publicado em periódico científico, sem dados do autor

21st century heart solution may have a sting in the tail. *BMJ*. 2002;325(7357):184.

Artigo publicado em periódico científico eletrônico:

Reis LN, Carmo BP, Miasso AI, Gherardi-Donato ECS. Probabilidade de internação psiquiátrica e características sociodemográficas de portadores de depressão. *Rev [Internet]*. 2013 [acesso em: 10 fev 2014];15(4):862-9. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.5216/ree.v15i4.18905>.

Artigo aceito para publicação em periódico científico eletrônico:

Santana FR, Nakatani AYK, Freitas RAMM, Souza ACS, Bachion MM. Integralidade do cuidado: concepções e práticas de docentes de graduação em enfermagem d Ciênc. saúde coletiva. In press 2009.

Livro, com único autor:

Demo P. Autoajuda: uma sociologia da ingenuidade como condição humana. 1st ed. Petrópolis: Vozes; 2005.

Livro, com organizador, editor, compilador como autor:

Brigh MA, editor. Holistic nursing and healing. Philadelphia: FA Davis Company; 2002.

Capítulo de livro:

Medeiros M, Munari DB, Bezerra ALQ, Alves MA. Pesquisa qualitativa em saúde: implicações éticas. In: Ghilhem D, Zicker F, editors. Ética na pesquisa em saúde: Brasília: Letras Livres UnB; 2007. p. 99-118.

Livro, com autoria de instituição:

Ministério da Saúde. Sistema Único de Saúde (SUS): princípios e conquista. Brasília (Brasil): Ministério da Saúde, 2000. 44 p.

Livro com tradutor:

Stein E. Anorectal and colon diseases: textbook and color atlas of proctology. 1st Engl. ed. Burgdorf WH, translator. Berlin: Springer; c2003. 522 p.

Livro disponível em formato eletrônico:

Ministério da Saúde. Por que pesquisa em saúde? Textos para tomada de decisão [Internet]. Brasília: Ministério da Saúde; 2007 [acesso em: 10 fev 2014]. Dispon http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/pesquisa_saude.pdf.

Monografia

Pazzini LT. Caracterização genotípica de microrganismos isolados de infecções da corrente sanguínea relacionadas a cateteres em recém-nascidos [monografia]. S 2010.

Dissertação:

Coelho MA. Planejamento e execução de atividades de enfermagem em hospital de rede pública de assistência, em Goiânia/GO [dissertação]. Goiânia: Faculdade d Enfermagem/UFG; 2007. 119 p.

Tese:

Souza ACS. Risco biológico e biossegurança no cotidiano de enfermeiros e auxiliares de enfermagem [tese]. Ribeirão Preto: Escola de Enfermagem/USP; 2001. 65

Trabalhos em anais de evento científico:

Munari DB, Medeiros M, Bezerra ALQ, Rosso, CFW. The group facilitating interpersonal competence development: a brazilian experience of mental health teaching. the 16th International Congress of Group Psychotherapy [CD-ROM], 2006, São Paulo, Brasil. p. 135-6.

Rice AS, Farquhar-Smith WP, Bridges D, Brooks JW. Canabinoids and pain. In: Dostorovsky

JO, Carr DB, Koltzenburg M, editors. Proceedings of the 10th World Co 2002, San Diego, CA. Seattle (WA): IASP Press; c2003. p. 437-68.

Trabalhos em anais de evento científico:

Centa ML, Oberhofer PR, Chammas J. A comunicação entre a puérpera e o profissional de saúde. In: Anais do 8º Simpósio Brasileiro de Comunicação em Enferma Paulo, Brasil [Internet]. 2002 [acesso em: 10 fev 2014]. Disponível em: <http://www.proceedings.scielo.br/pdf/sibracen/n8v1/v1a060.pdf>.

Trabalho apresentado em evento científico:

Robazzi MLCC, Carvalho EC, Marziale MHP. Nursing care and attention for children victims of occupational accident. Conference and Exhibition Guide of the 3rd Int Conference of the Global Network of WHO Collaborating Centers for Nursing & Midwifery, 2000, Manchester; UK. Geneva: WHO; 2000.

Base de dados online:

Shah PS, Aliwalas LI, Shah V. Breastfeeding or breast milk for procedural pain in neonates. 2006 Jul 19 [acesso em: 10 fev 2014]. In: The Cochrane Database of [Internet]. Hoboken (NJ): John Wiley & Sons, Ltd. c1999 – . Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1002/14651858.CD004950.pub3>. Record No.: CD004950.

Legislação:

Resolução Nº 466 do Conselho Nacional de Saúde, de 12 de dezembro de 2012 (BR). Aprova as diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo se Diário Oficial da União. 13 jun. 2013.

Legislação, disponível na internet:

Resolução Nº 466 do Conselho Nacional de Saúde, de 12 de dezembro de 2012 (BR) [Internet]. Aprova as diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas env humanos. Diário Oficial da União. 13 jun. 2013 [acesso em: 10 fev 2014]. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/cns/2013/res0466_12_12_2

Matéria de jornal:

Souza H, Pereira JLP. O orçamento da criança. Folha de São Paulo. 1995 maio 02; Opinião: 1º Caderno.

Artigo de jornal , disponível na internet:

Deus J. Pacto visa o fortalecimento do SUS em todo estado de Mato Grosso. Diário de Cuiabá [Internet]. 25 abr 2006 [acesso em: 10 fev 2014]. Saúde. Disponível <http://www.diariodecuiaba.com.br/detalhe.php?cod=251738>.

Texto / Homepage da Internet:

Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística [Internet]. Brasília: Ministério do Planejamento,

Orçamento e Gestão (BR) [acesso em: 10 fev 2014]. Pesquisa Nacio Domicílios. Síntese de Indicadores 2005. Disponível em: <http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/trabalhoerendimento/pnad2005/default.shtm>

DATASUS [Internet]. Brasília: Ministério da Saúde (BR) [acesso em: 10 fev 2014]. Departamento de Informática do SUS – DATASUS. Disponível em: <http://www.>

 A Revista Eletrônica de Enfermagem foi licenciada sob uma Licença Creative Commons Atribuição 3.0 Não Adaptada.

Faculdade de Enfermagem / Universidade Federal de Goiás - Rua 227, Qd. 68, Setor Leste Universitário - Goiânia, GO, Brasil.

ANEXO D - Carta de Anuência

SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO DE PERNAMBUCO
Hospital Barão de Lucena - SUS/PE

Termo de Anuência

Eu Carla de Albuquerque Araújo, Diretora do Hospital Barão de Lucena, estou ciente e de acordo com a realização da pesquisa intitulada "TECNOLOGIA EDUCATIVA PARA O CUIDADO À SAÚDE SEXUAL E REPRODUTIVA DE MULHERES ESTOMIZADAS", que será desenvolvida por Andressa Ferreira Leite Ladislau, com início após aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa.

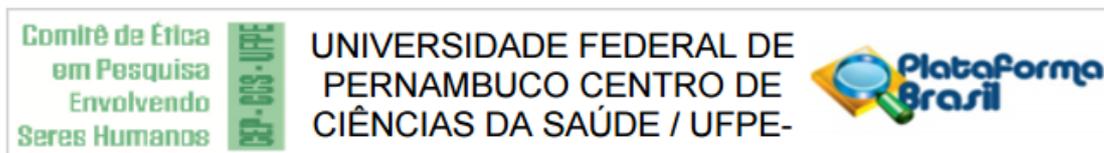
Recife, 06 de março de 2014.

CARLA DE ALBUQUERQUE ARAÚJO
DIRETORA GERAL
MATRÍCULA 2088149

Hospital Barão de Lucena

Hospital Barão de Lucena
AV. Caxangá, 3860 Iputinga – Recife PE
Fone: 3184-6400 / fax: 3184-6409

ANEXO E - Termo Consubstanciado do Comitê de Ética em Pesquisa



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: TECNOLOGIA EDUCATIVA PARA PROMOÇÃO DO AUTOCUIDADO NA SAÚDE SEXUAL E REPRODUTIVA DE MULHERES ESTOMIZADAS: ESTUDO DE

Pesquisador: Andressa Ferreira Leite Ladislau Albuquerque

Área Temática:

Versão: 4

CAAE: 26889414.8.0000.5208

Instituição Proponente: CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DA NOTIFICAÇÃO

Tipo de Notificação: Envio de Relatório Final

Detalhe:

Justificativa: Envio do relatório final.

Data do Envio: 04/02/2015

Situação da Notificação: Parecer Consubstanciado Emitido

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 953.031

Data da Relatoria: 11/02/2015

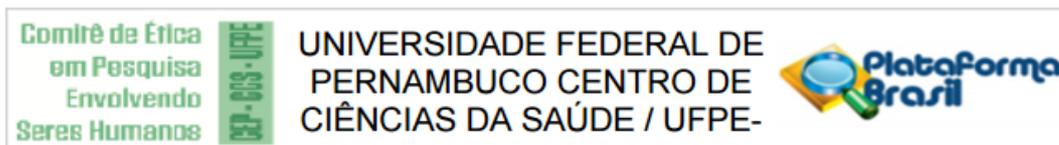
Apresentação da Notificação:

A notificação foi apresentada para avaliação do relatório final da pesquisa

Objetivo da Notificação:

O pesquisador solicita a aprovação do relatório final da pesquisa.

Endereço: Av. da Engenharia s/nº - 1º andar, sala 4, Prédio do CCS
Bairro: Cidade Universitária **CEP:** 50.740-600
UF: PE **Município:** RECIFE
Telefone: (81)2126-8588 **E-mail:** cepccs@ufpe.br



Continuação do Parecer: 953.031

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

O TCLE foi apresentado no projeto inicial com Riscos e Benefícios e devidamente utilizados pelo pesquisador.

Comentários e Considerações sobre a Notificação:

A notificação foi apresentada com o relatório e o mesmo está adequado e indicou resultados e conclusão.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Os termos foram considerados adequados.

Recomendações:

s/recomendação

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

aprovado

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

Considerações Finais a critério do CEP:

O Colegiado aprova o parecer da notificação do relatório final da pesquisa, tendo o mesmo sido avaliado e aprovado de forma definitiva.

Endereço: Av. da Engenharia s/nº - 1º andar, sala 4, Prédio do CCS
Bairro: Cidade Universitária **CEP:** 50.740-600
UF: PE **Município:** RECIFE
Telefone: (81)2126-8588 **E-mail:** cepccs@ufpe.br

Página 02 de 03

Continuação do Parecer: 953.031

RECIFE, 12 de Fevereiro de 2015

Assinado por:
GERALDO BOSCO LINDOSO COUTO
(Coordenador)