

**UNIVERSIDADE DO VALE DO RIO DOS SINOS – UNISINOS
UNIDADE ACADÊMICA DE PESQUISA E PÓS-GRADUAÇÃO
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM
MESTRADO PROFISSIONAL EM ENFERMAGEM**

MÁRCIA ELAINE COSTA DO NASCIMENTO

**ATENÇÃO AO PACIENTE COM ESTOMIA:
UM PERCURSO CARTOGRÁFICO POTENCIALIZANDO O PROCESSO DE
TRABALHO EM ENFERMAGEM**

PORTO ALEGRE

2016

Márcia Elaine Costa do Nascimento

**ATENÇÃO AO PACIENTE COM ESTOMIA:
UM PERCURSO CARTOGRÁFICO POTENCIALIZANDO O PROCESSO DE
TRABALHO EM ENFERMAGEM**

Dissertação apresentada como requisito parcial para a obtenção do título de Mestre, pelo Programa de Pós-graduação em Enfermagem da Universidade do Vale do Rio dos Sinos-UNISINOS.

Orientadora: Prof^a Dr^a Simone Edi Chaves

Porto Alegre

2016

Dados Internacionais de Catalogação na Fonte

- N244a Nascimento, Márcia Elaine Costa do
Atenção ao paciente com estomia: um percurso cartográfico
potencializando o processo de trabalho em enfermagem / Márcia Elaine
Costa do Nascimento ; orientação de Simone Edi Chaves. – Porto Alegre,
2016.
80 f. ; 30 cm.
- Dissertação (Mestrado Profissional em Enfermagem) – Programa de
Pós-Graduação em Enfermagem, Universidade do Vale do Rio dos Sinos,
2016.
1. Estomia. 2. Equipe de enfermagem. 3. Cuidados de enfermagem.
4. Pesquisa cartográfica. I. Chaves, Simone Edi, orientadora. II. Título.

CDU: 616-083

Márcia Elaine Costa do Nascimento

**ATENÇÃO AO PACIENTE COM ESTOMIA:
UM PERCURSO CARTOGRÁFICO POTENCIALIZANDO O PROCESSO DE
TRABALHO EM ENFERMAGEM**

Dissertação apresentada como requisito parcial para a obtenção do título de Mestre, pelo Programa de Pós-graduação em Enfermagem da Universidade do Vale do Rio dos Sinos-UNISINOS.

Aprovado em 16 de Dezembro de 2016

BANCA EXAMINADORA

Simone Edi Chaves – Orientadora – UNISINOS

Denise Antunes de Azambuja Zocche - UNISINOS

Maria de Fátima Ferreira Grilo - Hospital de Clínicas de Porto Alegre

Essa dissertação é dedicada à minha amada mãe, que com sua doçura, dignidade, bravura, espiritualidade e amor incondicional ensinou-me sobre caminhos certos a trilhar, desde sempre. Relembro uma de suas muitas lições de integridade: “Mas mãe... por que arrumar a casa, ninguém vai vir aqui? Não importa... eu saberei que a casa está limpa”!

AGRADECIMENTOS ESPECIAIS

À minha querida orientadora, Simone, que me “empurrou” pelos caminhos da pesquisa cartográfica, que me fez ficar sem ar durante suas aulas brilhantes e vibrantes(“cama molhada”? “mosaico mutante”?) - Só perdi uma aula dela durante todo o Mestrado e me arrependi!), que me encorajou na elaboração de uma “escrita de si” possibilitando uma eclosão de minhas marcas e uma reformulação de mim mesma, que foi uma parceira-amiga ao me conceder “todos os prazos”, respeitando meu tempo de escrita e de angústias e que é um exemplo de mestre, pois enxerga o invisível na gente!

Ao meu querido marido, Júlio, por seus cuidados, suas atenções, seus carinhos, suas caronas, seus “patrocínios”, suas compreensões de minhas ausências, seu amor suave e tranquilo e por ser o melhor filho do mundo para a sua mãe, Nadir.

Aos meus amados irmãos Alexandre e Cláudia, por serem como são, verdadeiros, honestos, trabalhadores e cheios de humor. Seus risos e amor, sempre alimentaram a minha alma.

À minha querida madrinha, Clélia, por ser sempre doce, acolhedora, cuidar de todos e continuar linda, como sempre foi.

À minha querida tia, Lúcia, que quase nunca vejo, mas que amo profundamente e que nos cuidou sempre com zelo, amor e com aquele coração de mãe que não tem “fundo”!

Às minhas amigas-irmãs, Andressa e Trinidad, por tudo de delicioso que representam para mim: amizade, parceria, cumplicidade, amor, devaneios, riso frouxo, brindes, alegria sem medida e segredos de shopping center!

À professora e colega Giselda Quintana Marques,
que orientou meu TCC na especialização em Estomaterapia e que sempre
será um exemplo de profissional e de orientadora, por sua postura ética impecável,
sua parceria e acolhimento cordial às minhas preocupações do dia a dia.

À professora Sandra Leal,
por sempre me contagiar com seu brilho no olho, por sempre acalmar meu
coração e suavizar as coisas .Também por ter me ensinado que :” Com a
especialização conquistamos outro espaço, no mesmo lugar”, nunca esqueci de
suas palavras e também por elas, me encorajei ao mestrado.

Ao meu novo amigo, na realidade um ex-paciente,
o qual vou dar o nome fictício de “Roberto”,
que com seu olho no olho, me ensinou sobre amor, ternura e vida.

AGRADECIMENTOS

Às colegas Zélia e Silvete, pela parceria de trabalho, pelas trocas e compartilhamentos de angústias e por suas conquistas profissionais exemplares.

À Cibeli e Vânia, eternas amigas amadas da UFRGS, por suas trajetórias profissionais das quais sempre me orgulhei e me espelhei (E a confraria, como ficou ?)!

Às amigas Rosmari e Leila por serem luz para mim: encontros de entrega sem compromisso, recheados de confidências, conversas inteligentes, "calientes" e cheias de doçura.

Aos professores do mestrado que me ensinaram coisas muito relevantes como disciplina intelectual, dedicação à escrita e instigaram um caminhar profissional com as próprias pernas.

Aos colegas de mestrado, por terem me dado colo, me fazerem rir muito, me proporcionarem discussões significativas e por permanecerem para sempre no meu coração.

Às colegas e chefias do Serviço de Enfermagem Ambulatorial (Minhas queridas Selambetes !)pois são pessoas singulares, inteligentes, responsáveis, amorosas e amigas de verdade: Amo todas vocês e o Edu também!

Às secretárias Jéssica e Denise da Associação dos enfermeiros do Hospital de Clínicas, por suas muitas manifestações de carinho, cuidado, "cafezinho com xícara escaldada", frutas cortadinhas, baguncinhas e todos os tipos de risos compartilhados.

Ao Programa de Pós Graduação de Enfermagem da Unisinos que me possibilitou estudar em uma área que era exatamente a que eu almejava o Mestrado Profissional em Enfermagem e a Educação em Saúde. Ter vivenciado esta experiência acadêmica me permitiu um verdadeiro crescimento profissional, ampliou minha rede de contatos e de interlocuções produtivas.

À secretária Daniela, da Pós Graduação de Enfermagem da Unisinos, por sua delicadeza, carinho, competência e ajuda valiosa em minhas atrapalhões.

À bibliotecária Marina, que já "salvou a minha vida" várias vezes, por sua presteza, agilidade, carinho e parceria "invisível"!

“Que mundo ajudamos a inventar e a fazer existir com nossos atos técnicos, com nossas ações de gestão, com nossas práticas de colaboração e de comunicação, com nossas atitudes de participação e de contribuição aos coletivos?”

Ricardo Burg Ceccim,
(2004, p. 12)

RESUMO

A dissertação apresenta o processo de trabalho produzido a partir de um estudo cartográfico ao paciente estomizado e à equipe de Enfermagem, no cenário hospitalar, a partir da implementação de uma intervenção educativo-assistencial, denominada apoiador local. Tal proposta baseou-se nos princípios da integralidade da atenção à saúde e na política de Educação Permanente em saúde. A metodologia utilizada foi a pesquisa cartográfica que permitiu e acompanhou a experiência de encontros significativos entre os atores assistenciais e os usuários, contribuindo na produção de conhecimento inovador, no sentido da problematização de uma prática de cuidados sustentada por uma escuta-sensível de construções coletivas. O trabalho de escrita foi original, uma vez que foi conduzido pelas afetações, reflexões e escutas singulares da autora, frente às vivências clínicas e acadêmicas. O estudo revela que o apoiador local constitui-se como um importante elemento junto à equipe de Enfermagem, ao engendrar ações promotoras de uma atenção mais qualificada em termos tecnoassistência e na mobilização de ações mais colaborativas nas relações de trabalho.

Palavras-chave: Estomia. Equipe de enfermagem. Cuidados de enfermagem. Processo de trabalho.

ABSTRACT

This thesis aims to present the work process produced from a cartographic study of the ostomized patient and the Nursing team in the hospital setting, from an implementation of an Educational assistance intervention, called local support. This proposal was based on the principles of integrality of health care and on the politics of Permanent Education in health. The method used in this thesis is the cartographic research, which allowed and guided the experience of significant meetings between the assistant actors and the users. This method contributes with the production of innovative knowledge by problematizing the care practice supported by a sensible listening of collective constructions. The written production is original since it was guided by affectations, reflections, and singular listening of the author in relation to clinical and academic experiences. This study reveals that the local support became an important element among member of the nursing team by engendering actions that promote a more qualified care in terms of technical-assistance and in the mobilization of more collaborative actions in work relations.

Keywords: Ostomy. Nursing team. Nursing care. Work process.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Tabela 1 – Caracterização demográfica e clínica dos pacientes estomizados	28
Figura 1 – Diagrama de interfaces do trabalho do apoiador local	52
Quadro 1 – Pesquisa na Revista Estima	59
Quadro 2 – Enfoques na abordagem sobre controle de odores.....	60
Quadro 3 – Roteiro para subsidiar a orientação sobre controle de odores ao usuário	60
Quadro 4 – Elementos gerais para a orientação sobre sexualidade à pessoa com estomia.....	63

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

CAPEs	Comissão de Aperfeiçoamento de Pessoal do Nível Superior
DC	Doença de Crohn
DII	Doenças inflamatórias intestinais
INCA	Instituto Nacional de Câncer
HCPA	Hospital de Clínicas de Porto Alegre
MEC	Ministério da Educação
ONU	Organização das Nações Unidas
PNEPS	Política Nacional de Educação Permanente em Saúde
POP	Procedimento Operacional Padrão
RCUI	Retocolite ulcerativa idiopática
SOBEST	Associação Brasileira de Estomaterapia: estomias, feridas e incontinências
UFRGS	Universidade Federal do Rio Grande do Sul

SUMÁRIO

NOTA DE ABERTURA: meus encontros de vida, trabalho e estudo	14
1 APRESENTAÇÃO	16
2 O CENÁRIO FORMATIVO-PROFISSIONAL DA AUTORA E A QUESTÃO DE PESQUISA	20
3 O LADO DURO DO MAPA: A PESSOA COM ESTOMIA.....	27
4 A CARTOGRAFIA COMO CAMINHO DE PESQUISA.....	32
5 UM SERVIÇO DE ALTA COMPLEXIDADE DEIXANDO-SE CARTOGRAFAR....	36
6 A ENFERMEIRA NO CUIDADO À PESSOA COM ESTOMIA:REVERBERAÇÃO E PROPOSIÇÃO.....	37
7 A PROPOSIÇÃO DO APOIADOR LOCAL: PRIMEIROS MOVIMENTOS E OS ENCONTROS	42
8 CARTOGRAFIA DOS ENCONTROS VIVIDOS: AFETOS REVISITADOS,AFETOS INÉDITOS E APRENDIZADOS	45
8.1 Encontros com os colegas da enfermagem	46
8.2 Encontros com os usuários e familiares.....	54
9 CONSTRUÇÕES COLETIVAS: OS PRODUTOS CONSTRUÍDOS AO LONGO DO CAMINHO	65
10 CONSIDERAÇÕES FINAIS	68
REFERÊNCIAS.....	74

NOTA DE ABERTURA: MEUS ENCONTROS DE VIDA, TRABALHO E ESTUDO

Meu primeiro dia de aula no Mestrado foi inesquecível. Começo nesta nova jornada com o coração cheio de alegria, expectativa e uma dose básica de angústia.

Num primeiro contato me deparo com uma linda sala de aula, uma turma pequena e simpática. Senti uma energia de entusiasmo e amor.

Nossa... eu estava muito feliz!

Entra a professora e após as primeiras palavras de boas vindas e de esclarecimentos, ela começa a nos descrever a cena de um filme. Ela nos conta sobre um personagem asmático que mergulha em um rio desconhecido em uma noite fria. E nos interroga: “O que faz uma pessoa lançar-se mesmo diante de adversidades? O que fez com que ele conseguisse se desprender da margem do rio, onde estava seguro?”

Além de nos apresentar esta cena do filme e de nos indagar a professora lança um pedaço de giz no meio da classe, “simulando” o movimento de lançar-se ao rio do personagem. Fui acompanhando o deslizar do giz no chão com meus olhos, naturalmente, mas também com todo o restante do meu corpo! Meu corpo entrou em outro estado sensível, uma vibração que eu não sabia o que era, não entendi bem o que ocorria, mas o fato é que eu já não me sentia mais a mesma pessoa de quando tinha entrado na sala de aula.

Como explicar ou compreender uma experiência, um encontro como esse que causou tamanha interferência na minha sensibilidade? Para entender busco meus aprendizados nestes tempos de estudo. A sensação vivida me remete ao termo intercessores, proposto pelos filósofos Deleuze e Guatarri:

O essencial são os intercessores. A criação são os intercessores. Podem ser pessoas – para um filósofo, artistas ou cientistas; para um cientista, filósofos ou artistas – mas também coisas, plantas, até animais, como em Castañeda. Fictícios ou reais, animados ou inanimados, é preciso fabricar seus próprios intercessores. (DELEUZE, 1988, p. 156).

Os intercessores são encontros que mobilizam o pensamento, fazem com que ele se desacomode. Segundo estes autores, sem os intercessores não há criação e nem pensamento.

Também aprendi com Ceccim (2004, p. 2) que “[...] os intercessores são interferências constituindo agenciamentos, convocações ou modos de sentir-pensar-querer”.

Esta foi minha primeira experiência intercessora no mestrado, provocando uma interferência no meu sentir, pensar e querer, contribuindo para modificar, inclusive e principalmente, minha proposta inicial de estudo e pesquisa. Conjuntamente com as leituras e demais aulas comecei a sentir outras coisas, a pensar coisas diferentes sobre o meu trabalho no hospital, sobre o sentido do cuidado na Enfermagem e o sentido do cuidado para mim. E também, a querer outras coisas inéditas em termos pessoais e profissionais!

A importância do registro deste relato é pelo fato de que esta aula “me causou um empurrão” do qual nunca mais me “recuperei”, sobretudo, ao encontro de mim mesma. A aula agenciou um desejo muito intenso de construir novas relações e práticas mais genuínas com as pessoas que encontro, e que me convocam a lançar-me na vida.

1 APRESENTAÇÃO

Apresento neste texto um ensaio reflexivo acerca dos encontros acadêmicos e profissionais vividos por uma enfermeira durante sua trajetória de estudo e pesquisa. Este texto *narra* a reflexão de pesquisa e transita entre as incoerências do mundo do trabalho em saúde, seus desdobramentos a partir do início da trajetória de pesquisa em saúde e, particularmente no campo da Enfermagem.

Este é um estudo cartográfico. De acordo com Houaiss, Villar e Franco (2009), a palavra cartografia significa, “[...] o conjunto de estudos e operações científicas, técnicas e artísticas que orienta os trabalhos de elaboração de cartas geográficas”.

No entanto, aqui adoto a conotação que nos apresenta Suely Rolnik (2014) ao nos explicitar outra construção teórico-conceitual de cartografia e nos expressar que:

[...] para os geógrafos, a cartografia-diferentemente do mapa: representação de um todo estático- é um desenho que acompanha e se faz ao mesmo tempo em que os movimentos de transformação da paisagem. Paisagens psicossociais também são cartografáveis. A cartografia, nesse caso, acompanha e se faz ao mesmo tempo que o desmanchamento de certos mundos –sua perda de sentido e a formação de outros: mundos que se criam para expressar afetos contemporâneos, em relação aos quais os universos vigentes tornaram-se obsoletos. (ROLNIK, 2014, p. 23).

A escolha pelo estudo cartográfico dá-se a partir de um novo movimento a que me proponho e ao qual fui convocada a mergulhar, pois outros mundos explicitaram-se, foram e estão sendo construídos pelo intermédio de uma profusão de afetos. A cartografia permite reconhecer os múltiplos em mim. Um movimento de pesquisa que nos permite viver os outros encontrados pelo caminho. Este é, portanto, meu desafio, cartografar um caminho de pesquisa e deixar vir os devires em mim.

Fuganti et al. (2015) conceitua devir: “Devir é tornar-se diferente de si. É potência de acontecer [...] é potência de mudar [...] é visitar e ser visitado por intensidades que brotam e se fabricam nos limiares ou nas zonas de passagem, por variações que se insinuam nos interstícios das formas [...]” (FUGANTI et al., 2015, p. 75).

Portanto, neste texto assumo meu devir-cartógrafa e me autorizo a navegar neste campo de estudo acadêmico revelando minhas descobertas científicas e as proposições construídas a partir de encontros que tive ao longo do caminho.

Início meu percurso cartográfico me apresentando. Minha experiência, formação e trajetória como enfermeira ao longo da vida e carreira profissional.

Por ser uma “viagem” que conta minha trajetória de vida e trabalho, escolho falar na primeira pessoa, uma vez que viajar neste estudo, significa cartografar um percurso acadêmico que ensina, provoca e indica possibilidades de mudança no mundo do trabalho em saúde.

Pretendo com este texto “amarrar” conceitos, proposições teóricas e metodológicas com temas importantes ao contexto de trabalho de enfermeira: cuidado, trabalho, aprendizados, desafios, integralidade. Palavras que compõe um percurso de trabalho e que agora neste texto são ancoradas e sustentadas por novas e outras ideias, onde foram utilizadas múltiplas ferramentas que me fizeram compreender melhor o mundo da saúde. Por assumir que este é um estudo cartográfico, é preciso anunciar que me propus embarcar e navegar por outros territórios, me permitindo refletir sobre novas posições e caminhos. Ouso a parar nos “recuos do texto” para observar e compreender tantos novos conceitos e aprendizados.

Proponho, neste novo movimento que assumo, olhar e sentir meu contexto de trabalho assistencial e de pesquisa acadêmica, de um modo em que eu possa considerar minhas próprias sensações e percepções. Ou seja, construir uma nova sensibilidade a partir deste novo percurso, o que significa, fundamentalmente, em um exercício diário de experimentar um outro olhar sobre as coisas, vivências, pessoas e exercitar/experimentar uma atenção particular às emoções e afetos envolvidos e, sobretudo, utilizar meus sentidos de modo mais apurado e, porque não dizer, mais amoroso para com a vida. Meu desejo foi de me permitir construir este estudo/texto com aquilo que mobiliza o que há de mais vibrante em mim.

Assim, a redação em primeira pessoa faz sentido, por trazer minhas sensações, descobertas, ideias e, portanto, minha pesquisa nasce da minha trajetória, minhas histórias, minhas narrativas – propondo deste modo, uma reflexão acerca do cuidado de pacientes com estomias¹ num cenário hospitalar.

¹ Os termos ostomia, ostoma, estoma ou estomia são designativos oriundos do grego que significam boca ou abertura e são utilizados para indicar a exteriorização de qualquer víscera oca, através do corpo. Essas aberturas estão vinculadas, na maioria das vezes, a doenças crônicas intestinais e urinárias, como os cânceres e as doenças inflamatórias, além de traumas e enfermidades congênitas. (SANTOS; CESARETTI, 2015, p. 17). Neste texto adoto o termo “estomia/estoma” de acordo com as

Como cartografa deste percurso, revelo desde o início deste texto que o tema deste estudo versa sobre o campo do cuidado em enfermagem no contexto do cuidado de pacientes com estomias e as implicações destes cuidados para a garantia de uma vida com mais qualidade. Também ao revelar o percurso cartográfico e os encontros de uma enfermeira nas andanças por um serviço de saúde, também revelo desde já que o tema do trabalho em saúde é o cenário deste estudo. Pois pensar o trabalho no campo da saúde significa andar por múltiplos lugares, conviver com muitas pessoas e enfrentar muitos desafios – significa, portanto cartografar um campo e local de trabalho. O trabalho em saúde, neste percurso cartográfico, assume uma perspectiva conceitual que conforme Merhy (2002) é o que entendemos de trabalho vivo em ato. O trabalho vivo em ato sugere que o trabalhador da saúde centre suas ações de trabalho naquilo que é fundamental: o ato do cuidado.

Meu percurso cartográfico inicia-se pelo “meio do caminho”. Vou explicar: foi no meio do caminho da trajetória de trabalho como enfermeira que me deparei com outros sentidos, outros conceitos. Novos territórios que permitiram uma profunda reflexão acerca da minha prática profissional. Para me auxiliar com estes conceitos, busco novamente Rolnik (2014) quando a autora ensina que os novos territórios são quando atravessarmos fronteiras. Um movimento de desterritorialização, quando se rompe com territórios instituídos das práticas profissionais e deixamos produzir em nós novas possibilidades de territórios - consequentemente novos aprendizados.

Assim, foi no “meio do caminho” de minha vida profissional que novos aprendizados se fizeram e comecei a olhar, sentir e perceber que minha prática profissional poderia adentrar em outros territórios.

Frente ao desafio de adentrar num novo território, muitas novas experiências vivenciais e intelectuais foram modificando significativamente minha forma de ver o percurso que vinha construindo até então. Foram novas bifurcações do caminho cartográfico me fazendo navegar por outras rotas e com isto foi preciso rever minhas ferramentas para esta jornada e fazer a revisão de meus passos profissionais, escolhas de novas posições profissionais, abandonando outras.

Nesta jornada, fui tomada por sentimentos muito fortes e “enxerguei” coisas que nunca tinha visto. Redescobri-me como enfermeira, (re) signifiquei-me como

enfermeira. Descobri que não era o tipo de paciente, doença, patologia que me importava, e sim o quanto eu me sentia implicada no cuidado às pessoas e que este era o sentido mesmo de minha caminhada. Estas descobertas me ensinaram sobre conceitos importantes que já estavam adormecidos em mim como, por exemplo: a integralidade da atenção à saúde.

O texto constitucional não utiliza a expressão integralidade, ele fala em “[...] atendimento integral, com prioridade para as atividades preventivas, sem prejuízo dos serviços assistenciais” (BRASIL, 1988, online). Mas o termo integralidade tem sido utilizado correntemente para designar exatamente essa diretriz.

Ao refletir sobre o contexto hospitalar, encontro uma conotação sobre o termo integralidade que contribui para a construção intelectual e existencial que venho me debruçando: “[...] uma abordagem com integralidade implicaria garantir desde o consumo de todas as tecnologias de saúde disponíveis para melhorar e prolongar a vida, até a criação de um ambiente que resultasse em conforto e segurança para a pessoa hospitalizada” (CECÍLIO; MERHY, 2003, p. 195).

Esta cartografia está inserida no conceito da integralidade na medida em que se propõe a mudar realidades e cenários de trabalho para qualificar a prática de atenção a saúde. Deste modo, este estudo cartográfico tem como objetivo apresentar o caminho percorrido por uma enfermeira para criar a figura de apoiador para qualificar a atenção aos pacientes com estomias.

Busca-se compartilhar as dificuldades, equívocos, encontros, desafios, atores envolvidos, afetos vividos e os processos educativos gerados ao longo da implementação de uma novo ator institucional: o apoiador local para o cuidado de pacientes com estomia.

2 O CENÁRIO FORMATIVO-PROFISSIONAL DA AUTORA E A QUESTÃO DE PESQUISA

Trabalho como enfermeira desde o ano de 1993 e, desde então, sempre cuidei de pacientes clínicos e cirúrgicos adultos em unidades de internação. No ano de 2009, com a finalidade de realizar uma atividade em que pudesse renovar-me profissionalmente, realizei um processo seletivo interno na instituição hospitalar em que trabalho. Minha principal intenção era poder dedicar-me mais e melhor aos pacientes e familiares.

Em 2010, ao ser chamada para assumir este novo trabalho no ambulatório, fiquei surpresa e assustada ao saber que atenderia uma agenda de pacientes com estomias. Na realidade tinha muitos receios, insegurança e muito desconhecimento técnico neste ramo assistencial.

Não sei como explicar, mas depois de três meses de trabalho no ambulatório encontrava-me “apaixonada” por esta nova atividade que nunca pensara em dedicar-me na minha vida profissional. Devo confessar que, anteriormente, tinha reservas e importante desinteresse nesta área! Novos territórios se fizeram em mim e na minha trajetória de trabalho!

Para dar conta desta nova atividade fiz vários cursos específicos, estudei e discutia os casos com colegas mais experientes. Foi um aprendizado incrível: depois de dezessete anos de trabalho como enfermeira, eu me encontrava começando um “novo trabalho” e aprendendo um conhecimento técnico que não dispunha. Comecei a realizar consultas de Enfermagem no ambulatório, prática que desconhecia e estava me contagiando. A insegurança e o desconhecimento foram cedendo lugar para a curiosidade, interesses novos, exigência de novas habilidades e, evidentemente, novas angústias e preocupações.

Com o passar do tempo, vi-me envolvida com as questões relativas ao atendimento do paciente estomizado e sua família, bem como, a aspectos peculiares do cuidado de Enfermagem prestado nos setores do hospital: as dúvidas no pré-operatório, o receio de realizar a cirurgia, a falta de conhecimento dos materiais, o medo, o constrangimento, a negação e o sofrimento manifesto de diversas formas. Em relação à Enfermagem, identifiquei dificuldades e desconhecimento no cuidado dos equipamentos de estomia. Percebi a oportunidade, neste momento, de poder

ajudar o paciente e sua família através de um olhar acolhedor e, também de modo importante, de uma atenção qualificada.

Somado às atribuições da agenda ambulatorial, também comecei a realizar capacitações sobre cuidados com estomias às equipes de Enfermagem do hospital, bem como, a realizar consultoria interna de Enfermagem em estomias para todos os setores assistenciais, onde havia usuário com estomia internado.

A consultoria de Enfermagem é feita por um enfermeiro assistencial que a realiza como uma função colaborativa dentro de determinado serviço de Enfermagem. O enfermeiro é convidado ou designado para esta função e recebe um treinamento dentro da própria instituição para exercê-la e a executa dentro da sua jornada de trabalho.

Atualmente existem 16 Consultorias internas de Enfermagem no hospital, o qual consistem em atendimentos especializados realizados por enfermeiros apenas dentro do espaço hospitalar e tem o propósito de oferecer uma atenção qualificada de uma área específica da clínica (Por exemplo, há a Consultoria de Enfermagem psiquiátrica, Consultoria de Enfermagem em transplante de órgãos, etc.) e podem ser realizadas no ambulatório ou em qualquer setor que o paciente esteja internado. As consultorias são requeridas por meio eletrônico por um médico ou enfermeira que avalie a necessidade desta atenção específica por parte destes consultores. As consultorias são desenvolvidas sempre de modo presencial, ou seja, diretamente com o paciente no setor que estiver internado e na presença de uma familiar. Após a avaliação do enfermeiro consultor, este orienta o paciente/família e registra seu atendimento no prontuário eletrônico do usuário, sendo que, também neste momento, é definido o acompanhamento ao paciente pelo enfermeiro consultor após a alta hospitalar, no ambulatório.

A consultoria que realizo chama-se: Enfermagem Estomizados e destina-se a todos os pacientes internados no hospital. Hoje esta consultoria é realizada por mim e outras 2 colegas durante a semana. Em média dispomos de 3 à 4 horas por dia no atendimento às consultorias. Uma vez requerida por meio eletrônico, o enfermeiro consultor localiza o paciente e o setor onde está internado e desloca-se para atendê-lo no setor onde este se encontra. A grande maioria das consultorias é realizada em unidades de internação. O papel da Consultoria Enfermagem Estomizados tem os seguintes objetivos: esclarecer o paciente/familiar sobre a cirurgia, orientar sobre os tipos de bolsas e materiais acessórios, bem como, sobre os cuidados de

esvaziamento, limpeza, e troca da bolsa coletora, informar e encaminhar sobre o cadastramento do paciente no intuito de adquirir os materiais e bolsas coletoras. Também, neste momento, são realizadas orientações gerais sobre higiene corporal, alimentação, atividades de vida diária, exercícios físicos, lazer, prática sexual e vida laborativa.

Desde o ano de 1977 o Serviço de Enfermagem Ambulatorial, departamento em que estou alocada atualmente, realiza esta consultoria no hospital, no entanto, apenas em 2006 as consultorias passaram a ser requeridas pelas unidades de internação por meio eletrônico. O número de consultorias atendidas desde 2006 vem mantendo-se sem alterações significativas e correspondem a 30 consultorias novas por mês. Em média realizamos 250 consultorias novas por ano. (HOSPITAL DE CLÍNICAS DE PORTO ALEGRE – HCPA, 2015).

Desde o ano de 2010, ano em que iniciei a realizar a consultoria em estomias, conjuntamente com outras colegas, venho observando e procurando analisar as características das solicitações e as condutas das equipes de Enfermagem das unidades de internação relativas ao cuidado ao paciente estomizado.

No final do ano de 2011 dediquei-me a arquivar o registro de todas as consultorias de Enfermagem em estomias. Meu intuito era verificar, principalmente, as dificuldades mais frequentemente requeridas pela equipe de Enfermagem e pude identificar algumas peculiaridades como: dificuldades técnicas recorrentes na utilização dos materiais, solicitações pouco descritivas ou pouco claras, pouca ou nenhuma intervenção prévia na tentativa de resolver a dificuldade ou problema apontado.

Pensei: preciso estudar mais, realizar pesquisas, discutir com outros enfermeiros que praticam a atenção à pessoa com estomia e me dedicar à equipe de Enfermagem. Preciso conhecer melhor este universo assistencial e relacional. Decidi, então, tomar outros rumos, rever minha caminhada até então, descobrir outros territórios existenciais, ao mesmo tempo, queria integrar-me mais aos meus parceiros de caminhada (colegas, usuários, familiares de usuários).

O trabalho, praticamente diário, no atendimento ao paciente com estomia e sua família, me trouxe muitos questionamentos sobre o meu fazer técnico, ou seja, minha atuação procedimental parecia e parece sempre estar em “segundo plano”. Havia algo além a ser sentido, lido e acolhido, uma atenção a ser construída em cada encontro.

Minhas leituras e reflexões me conduziram a pensar sobre a necessidade de pensar sobre a saúde singular das pessoas, o impacto ou a repercussão que a condição de ser uma pessoa com estomia tomava para aquela pessoa, aquela família.

Me perguntei: o que é saúde? O que é saúde para os usuários e seus familiares?

Aproximar-me de um conceito ampliado de saúde se fez necessário. Segundo a VIII Conferência Nacional de Saúde:

Em seu sentido mais abrangente, a saúde é a resultante das condições de alimentação, habitação, educação, renda, meio ambiente, trabalho, transporte, emprego, lazer liberdade, acesso e posse de terra e acesso a serviços de saúde. É assim, antes de tudo, o nos níveis de vida, das formas de organização social da produção, aos quais podem ser grandes desigualdades nos níveis de vida. (CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE, 1987, p. 382 apud LUNARDI, 1999, p. 28).

Tais leituras contribuíram para a minha reflexão no sentido de pensar o cuidado ao paciente com estomia frente à necessidade de compreender a singularidade da sua saúde, ou seja, os elementos fundamentais ao seu pleno acolhimento para sua recuperação clínica, sua ida e readaptação em casa, bem como, de como promover um cuidado que atendesse a integralidade da atenção que esta pessoa única demandava.

Realizei o curso de Estomaterapia em Enfermagem na Unisinos em 2012, concluído em 2013. Onde pude reformular muitos conceitos sobre a prática de Enfermagem. Redescobri a importância, o sentido do meu trabalho como enfermeira no cuidado às pessoas (não só aos usuários!), a importância da qualidade técnica, mas também relacional, bem como, a necessidade de construir-se um trabalho em equipe com as pessoas, de fato. Para compreender este tema da importância relacional no trabalho em saúde uso o conceito de Merhy (2002) acerca das tecnologias. Onde o autor nos apresenta as tecnologias leves como sendo a nossa capacidade relacional e que ganham potencialidade por evidenciar algo que é relativo ao humano, ou seja, a possibilidade de produzir aprendizagem, terapêutica e diferença de si a partir da experimentação com o outro.

O curso de Estomaterapia me “reformulou” como profissional, me fez perceber “coisas” que jamais tinha visto. Não falo de “coisas” visíveis, mas questões e situações que muito mais se sente e do que se enxerga – tecnologia leve. Na realidade, me senti mais permeável para novos aprendizados e novos caminhos. Deixei entrar em mim

muitas outras percepções, me tornei mais permeável, para deixar entrar em mim, “coisas” novidades. (SILVA, 2003).

Fui sugada pelo trabalho, pelos estudos, pelos estágios e pelos novos desafios, pelos investimentos e vivi o momento de reencontro com a minha formação na área da saúde. No meu caso, me reencontrei como enfermeira no meu local de trabalho, resgatei a enfermeira que sempre quisera ser, pois no encontro com outros colegas, outros textos e outros conceitos vivenciais, não apenas teóricos, descobri possibilidades, brechas, desassossego!

Tomei duas decisões importantes, naquele momento:

A primeira foi iniciar a realização de capacitações sistemáticas às equipes de Enfermagem do hospital, que foram (ainda o são!) desenvolvidas em um módulo teórico e outro prático no ambulatório de Enfermagem destinado à pessoas com estomias.

No entanto, observei que as inúmeras capacitações realizadas de modo sistemático e repetidamente, em algumas equipes, não se revertiam em melhoria de atenção aos pacientes. Elaborei, então, em concomitância aos treinamentos, um material de orientação, um POP (procedimento operacional padrão) disponibilizado dentro do recurso eletrônico, para que as equipes de Enfermagem pudessem acessar nos casos de dúvidas. A qualidade da atenção ao paciente com estomia, apresentava alguns sinais de melhoria, mas não significativas, pois não havia compromisso das pessoas com a continuidade do cuidado prestado, não havia implicação, não bastava prescrever medidas, foi a minha descoberta. Ceccim (2004/2005) nos faz refletir sobre este ponto e nos argumenta que

[...] como se fosse possível apenas “prescrever” habilidades, comportamentos e perfis aos trabalhadores do setor para que as ações e os serviços sejam implementados com a qualidade desejada. As prescrições de trabalho, entretanto, não se traduzem em trabalho realizado/sob realização. (CECCIM, 2004/2005, p. 163).

A segunda decisão foi de aprofundar conhecimentos e ampliar os horizontes, “beber” de outras fontes e conviver com outras pessoas e colegas.

Assim, me dispus a outra experiência no ano de 2014 e comecei um novo desafio iniciando o mestrado profissional em Enfermagem, também na Unisinos. Durante o mestrado, no decorrer das disciplinas teóricas, e das construções

conceituais individuais, tive encontros com aprendizados significativos que me conduziram a estados inéditos em minha subjetividade.

Silva (2003) refere que estes encontros provocam cumplicidade com a gente mesma e isto permite que possamos expressar por meio da escrita sensações e novas descobertas:

O fluxo da escrita vem e inquieta, somos nós e o texto comendo devires que revelam as inquietações, as transformando em composições escritas muito especiais. O encontro com a escrita fez despertar em mim esta tempestade provocativa. Num embarque em ocidentais e orientais tão desconhecidos, que me desestabilizaram, mas, ao mesmo tempo foram envolventes e apaixonantes. (SILVA, 2003, p. 27).

A minha subjetividade então foi sendo re-sensibilizada e re-singularizada pelas leituras, reflexões, encontros, aflições, novas intuições e sensações aos quais me permiti e que são, “autorizadas” pela pesquisa cartográfica, pois esta possibilita deixar a razão ser contagiada e misturada com a intuição e as sensações e isto provocou uma leveza na minha alma.

Penso ser extremamente importante expressar que este projeto possui estes contornos, estes conceitos e proposições teóricas, pois outra “Márcia” foi constituindo-se, principalmente a partir das construções vivenciais e intelectuais que desenvolvi no mestrado. Estas experiências me convocaram, me capturaram e interferiram substancialmente, em minha subjetividade.

Portanto, esta escrita não trata-se apenas de um texto para dar conta de uma obrigatoriedade acadêmica, trata-se de um projeto-proposta, projeto-implicação que tem como compromisso compor entre e com as pessoas uma prática assistencial inovadora.

Convido Silva (2003), novamente, para contribuir nesta reflexão e na significação deste momento:

[...] significa ampliar o campo de possíveis, o que significa viver a dor e o desejo intensamente, significa estar envolvido e convocado. As formas/formatos/respostas ainda não estão claros neste novo tempo em meu viver. Talvez a maior resposta seja a ausência de respostas. Acho que ainda vou levar um tempo, o meu tempo, para compreender. (SILVA, 2003, p. 24).

Esta dissertação tem então o intuito de responder a estas exigências impostas, de responder a este estado inédito em que me encontro e que me convoca a dedicar-

me e existencializar a minha prática profissional de outra forma. Não mais querendo medir, representar e comparar as realidades dos cenários de trabalho, pois estas são diversas, complexas, heterogêneas.

3 O LADO DURO DO MAPA: A PESSOA COM ESTOMIA

Mesmo sendo um estudo que compartilha caminhos, é importante contextualizar esta cartografia com o tema central deste estudo que é a atenção às pessoas com estomias. Principalmente para que possamos reconhecer as necessidades de cuidados destas pessoas que possuem uma condição de vida bastante peculiar.

1) Cenário epidemiológico:

Os termos ostomia, ostoma, estoma ou estomia são designativos oriundos do grego que significam boca ou abertura e são utilizados para indicar a exteriorização de qualquer víscera oca, através do corpo. Essas aberturas estão vinculadas, na maioria das vezes, a doenças crônicas intestinais e urinárias, como os cânceres e as doenças inflamatórias, além de traumas e enfermidades congênitas. Pela Organização das Nações Unidas (ONU) estima-se que 0,25 % da população mundial possuem algum tipo de estomia (BORGES et al., 2007; BRASIL, 2013; SILVA; SILVA; CUNHA, 2012).

O adoecimento por câncer se configura um grave problema de saúde pública, responsável por aproximadamente 12% de todas as causas de óbito no mundo. No Brasil, a incidência de neoplasias malignas vem acompanhando a tendência mundial na qual o aumento da expectativa de vida, com consequente envelhecimento populacional, atrelado às transformações fomentadas pela globalização, materializadas na urbanização e nos novos padrões de consumo e modificação do estilo de vida, contribuem para o cenário atual do perfil epidemiológico dos pacientes oncológicos (BRASIL, 2013; RAMOS et al., 2012; STUMM; OLIVEIRA; KIRSCHNER, 2008).

Nesse contexto, O Instituto Nacional do Câncer (INCA) estima, para 2016, no Brasil, 16.660 casos novos de câncer de cólon e reto em homens e de 17.620 em mulheres. Esses valores correspondem a um risco estimado de 16,84 casos a cada 100 mil homens e 17,10 para cada 100 mil mulheres. Sem considerar os tumores de pele não-melanoma, o câncer de cólon e reto em homens é o segundo mais frequente na região Sudeste (24,27/100 mil) e o terceiro nas regiões Sul (23,35/100 mil) e Centro-oeste (14,16/100 mil). Nas Regiões Nordeste (7,05/100 mil) e Norte (5,34/100 mil), ocupa a quarta posição. Para as mulheres, é o segundo mais frequente nas regiões Sudeste (22,66/100 mil) e Sul (23,27/100mil). Nas regiões Centro-Oeste (16,93/100

mil), Nordeste (8,77/100 mil) e Norte (5,89/100 mil), é o terceiro mais frequente (BRASIL, 2013).

No ano de 2013, minha pesquisa no curso de Estomaterapia objetivou caracterizar os pacientes atendidos em um período de 8 meses, sendo que foram analisadas 122 consultorias aos pacientes com estomias. Os dados encontrados nesta pesquisa institucional, os quais apresento a seguir, apontarem o câncer de cólon e reto como a causa mais prevalente que conduziu à cirurgia para a confecção de uma estomia.

Tabela 1 – Caracterização demográfica e clínica dos pacientes estomizados

Variáveis	n= 122
Feminino	54 (44,3)
Masculino	68 (55,7)
Idade (anos) – média ± DP [min – max]	51,5 ± 21,3 [1 mês – 81 anos]
Faixa etária – n (%)	
< 40 anos	25 (20,5)
40 – 59 anos	48 (39,3)
≥ 60 anos	49 (40,2)
Diagnóstico – n (%)	
Câncer de cólon e retossigmóide	73 (59,8)
Câncer de bexiga	16 (13,1)
Doença Inflamatória Intestinal	15 (12,3)
Outros: outros tipos de câncer, trauma, anomalias congênitas	18 (14,8)
Tipo de estoma – n (%)	
Colostomia	60 (49,2)
Ileostomia	39 (32,0)
Urostomia	16 (13,1)
Outros: gastrostomia, traqueostomia, etc	7 (5,7)

Fonte: Elaborado pela autora, 2013.

Para esses tipos de tumores, a cirurgia é o tratamento de escolha, podendo ser associado à adjuvância e à neoadjuvância. Evidências históricas apontam a cirurgia oncológica como a mais antiga modalidade de tratamento do câncer. Tais intervenções cirúrgicas, de maneira bastante frequente e mandatória nas abordagens do reto baixo e ânus, resultam na confecção de estoma intestinal (BRASIL, 2013; RAMOS et al., 2012; STUMM; OLIVEIRA; KIRSCHNER, 2008).

As estomias estão previstas na abordagem terapêutica de outras condições ou doenças crônicas como doença diverticular, incontinência anal, colite isquêmica, polipose, trauma abdominal com perfuração intestinal, entre outras, que podem igualmente ser realizadas de modo temporário ou definitivo (MORAES et al., 2009).

As estomias urinárias podem ocorrer na presença de neoplasia, sendo que a estimativa de câncer de bexiga para ano de 2012 foi de 8.900 novos casos, sendo 6.210 em homens e 2.690 em mulheres (BRASIL, 2013). Nos casos em que haja invasão da parede muscular e disseminação de células malignas aos órgãos próximos ou gânglios linfáticos, a remoção da bexiga e de estruturas anexas pode se fazer necessária. Em tais situações haverá a necessidade da confecção de urostomia (BRASIL, 2013; SANTOS; CESARETTI, 2015).

2) Cenário assistencial:

Após a cirurgia, a pessoa estomizada pensa em como conciliar suas preocupações relacionadas com os aspectos do cotidiano, com a possibilidade de realizar o autocuidado, manter as atividades sociais, interpessoais e de lazer (SANTOS; CESARETTI, 2015; SILVA; SILVA; CUNHA, 2012).

Os cuidados ao paciente com estomia, no que se refere ao esvaziamento, limpeza e troca do equipamento são realizados, quase que exclusivamente, pela Enfermagem no pós-operatório imediato e mediato. Portanto, as alterações do estoma e ou pele periestomal e, por consequência, a dificuldade em fixar a bolsa na estomia são identificados primeiramente pela equipe de Enfermagem.

Esta realidade aponta para constatações importantes, pois coloca a atenção de Enfermagem como o principal responsável pela avaliação e o atendimento a aspectos básicos do paciente, no tocante ao domínio dos cuidados específicos à pessoa com estomia. Esta consideração é reforçada ao identificarmos a recorrência de consultorias pelo mesmo motivo. Ou seja, setores e profissionais solicitando frequentemente e requerendo auxílios para as mesmas dificuldades anteriormente já

orientadas e atendidas. Um olhar mais próximo e atento a estas solicitações, identifica a dificuldade enfrentada por enfermeiras e técnicos de Enfermagem em lidar com o paciente estomizado em sua singularidade e demandas técnicas, bem como, com as complicações do estoma e pele, que irão requerer um tempo e conhecimento específico, além de postura atenta e tranquilizadora.

Gemelli e Zago (2002) destacam algumas dificuldades que a equipe de Enfermagem enfrenta no atendimento ao paciente com estomia como: falta de avaliação sistematizada do cuidado e da orientação para a alta, desconhecimento sobre os cuidados com a estomia e equipamentos, capacitações não eficazes, as informações compartilhadas não atualizadas e sem profundidade. As autoras anunciam que as capacitações dos profissionais da Enfermagem devem ter como base o conhecimento científico e que as deficiências a serem superadas devem considerar os níveis cognitivos, afetivo e psicomotor relacionados à esta área de atenção.

Hey e Krama (2012) corroboram nesta direção nos sinalizando que muitos enfermeiros ainda se encontram despreparados para assistir às pessoas estomizadas, o que demonstra a necessidade de uma educação permanente sobre o tema, bem como a necessidade da organização do processo de trabalho para que deem conta desta dimensão do cuidado.

A inserção do cuidado ao estomizado na sistematização da assistência de Enfermagem contribui, sobremaneira, para a melhoria da qualidade de vida do paciente e, conseqüentemente, para a qualidade dos cuidados a partir do pré-operatório e nas orientações de alta realizadas pela equipe de Enfermagem, como um todo.

A Enfermagem especializada em cuidados de estomias é apontada como a primeira especialidade de Enfermagem a desenvolver-se nos Estados Unidos e atualmente constitui-se em uma das áreas assistenciais mais amplamente estabelecidas e aprimoradas. O enfermeiro especialista em cuidados de estomas é considerado um membro significativo da assistência ao paciente nesta condição, tanto nos termos de educação para o autocuidado, como no apoio emocional (ROYAL COLLEGE OF NURSING, 2009; SANTOS; CESARETTI, 2015; WORLD COUNCIL OF ENTEROSTOMAL THERAPISTS, 2010).

Dentre as atividades realizadas pelo enfermeiro especialista em cuidados de estomias no ambiente hospitalar, as mais comumente executadas são a orientação

pré-operatória, acompanhamento e manejo no pós-operatório e as capacitações e orientações individuais aos integrantes da equipe de Enfermagem (ROYAL COLLEGE OF NURSING, 2009; SANTOS; CESARETTI, 2015; WORLD COUNCIL OF ENTEROSTOMAL THERAPISTS, 2010).

Neste cenário, ressalta-se a importância de estabelecerem-se ações que podem ser proporcionadas por todos os membros da equipe multiprofissional. Nessa composição, destaca-se o papel da equipe de Enfermagem que, buscando qualificar sua ação técnico-assistencial, articular condições para proporcionar o autocuidado ao estomizado e trabalhando de modo que possa mobilizar colegas para a construção de uma atenção sistemática, caminha para o desenvolvimento de um cuidado baseado na integralidade em saúde.

4 A CARTOGRAFIA COMO CAMINHO DE PESQUISA

A cartografia conforme Rolnik (2006) é sempre diferente de um mapa, pois o mapa é sempre estático, enquanto que um texto se faz ao mesmo tempo em que os encontros e aprendizados se constroem. Com esta autora, posso dizer que um aprendizado não se dá somente com aquilo que descobrimos observando, mas, também, com aquilo que é sentido, que é pulsação.

A pesquisa cartográfica foi a metodologia de escolha para acompanhar e desenvolver este percurso pois ela acompanha e se refaz ao mesmo tempo em que se constitui, está “interessada” na compreensão das experiências coletivas e em produzir realidades. Também por localizar forças e fragilidades nas construções coletivas, no sentido de contribuir com sua efetuação.

Para conceber-se a construção de uma nova prática assistencial que é realizada por pessoas e grupos de trabalho, deve-se considerar suas subjetividades, seus ponto de vista e localizar suas resistências e potências ao novo trabalho.

Neste contexto a pesquisa cartográfica configurou-se o percurso metodológico que vinha ao encontro destas compreensões, pois, como nos aponta Rolnik (2014), “[...] a cartografia é um desenho que acompanha e se faz ao mesmo tempo em que os movimentos de transformação da paisagem”.

Qual foi o cenário ao qual o método de pesquisa alinou-se?

Neste estudo cartográfico o cenário foi o processo de trabalho em saúde com pacientes estomizados. Trabalho que produz cuidado e é atravessado pela singularidade de cada um dos trabalhadores de saúde, com seus saberes, valores e implicações. Portanto, um estudo cartográfico justifica-se como método de pesquisa quando propomos refletir acerca de propostas que possam intervir na realidade do trabalho em saúde. Quando a cartografia se propõe a mapear e indicar percursos e os aprendizados deste percurso, vamos aprendendo e constituindo novos saberes em novos territórios (SILVA, 2003).

Podemos também convidar Franco e Merhy (2009) pra justificar o método cartográfico, segundo os autores, os trabalhadores da saúde, em suas ações cotidianas, definem em ato modos de cuidar. Escolhendo caminhos e propondo trajetos. Como se fosse uma cartografia cotidiana de escolhas de cuidado:

A produção subjetiva do meio em que se vive e trabalha é marcada por uma constante desconstrução e construção de territórios existenciais, segundo certos critérios que são dados pelo saber mas também e, fundamentalmente seguindo a dimensão sensível de percepção da vida, e de si mesmo, em fluxos de intensidades contínuas entre sujeitos que atuam na construção da realidade social. (FRANCO; MERHY, 2009, online).

Para estes autores ao propor o método cartográfico como método de pesquisa significa dar lugar a uma atuação subjetiva que ativa sensores com um grau elevado de sensibilidade para o estudo e compreensão da realidade social, percepção dos fenômenos que a cerca e, sobretudo a produção da vida no cotidiano, com base no protagonismo dos sujeitos em ato (FRANCO; MERHY, 2009).

Esta modalidade de pesquisa não pretende medir, comparar ou representar seu objeto de estudo (intervenção) e sim acompanhar e desenvolver este processo de produção coletiva desenvolvido com trabalhadores de Enfermagem. É importante sublinhar que a pesquisa cartográfica permitiu-me adentrar neste estado inédito de sensações e inquietações, ao mesmo tempo em que procurei me desprender de modelos pré-estabelecidos, mensuráveis e isto foi algo difícil para mim. Trata-se do transcorrer de um processo contado por meio de um percurso singular vivido por uma enfermeira. Este percurso ou caminho, a cartografia, apresentará os aprendizados vividos de uma pesquisadora frente aos seus processos de desconstrução, desassossego e aflição.

Escolher a cartografia como método de pesquisa é desafiador para o campo da saúde e, principalmente para o campo da enfermagem. Na verdade adentrar neste mundo é algo bastante difícil e exige uma disposição que não estamos acostumados, principalmente para nós, trabalhadores da saúde. A cartografia inquieta, pois não temos como prever o que será visto no caminho. Não há hipóteses pré-formatadas. A cartografia é algo que vai surgindo,

transformando e movimentando ao mesmo tempo o desenho metodológico, e o pesquisador.

Merhy (2010) nos fala da especificidade da pesquisa cartográfica em relação aos trabalhadores da saúde: a posta em uma cartografia, centrada nos próprios

[...] trabalhadores, dos serviços de saúde, os coloca no centro da análise como sujeitos implicados, permitindo que se resignifiquem, enquanto os vários sujeitos que são, remetendo-se de um para o outro, analiticamente, abrindo as possibilidades coletivas de darem novos sentidos para os seus vários agires, múltiplo, para o campo de saúde como, lugar de produção de capacidades de viver, e de todas as possibilidades que isto pode significar, socialmente. (MERHY, 2010, online).

Já os autores Figueiró et al. (2012), nos apresentaram pistas de como desenvolver a pesquisa cartográfica:

A cartografia está interessada em experimentar movimentos/territórios, novos modos de existência, sempre a favor da vida, dos movimentos que venham a romper com o instituído. Para tanto, é preciso estar atento aos discursos, gestos, funcionamento, o regime discursivo operante. [...] De uma maneira mais clara, colocamo-nos em campo não coletando dados, mas produzindo-os, não somente como pesquisadora, mas como inventores, sujeitos ativos que acompanham os processos de subjetividade, as linhas de força que compõe a paisagem psicossocial. Em outras palavras, produzimos intervenções, linhas de fuga, bifurcações, que permitam que a vida siga seu fluxo por caminhos mais potentes. (FIGUEIRÓ et al., 2012, p. 60).

A ferramenta usada para este estudo cartográfico foi o diário de campo. Este recurso possibilitou que se registrasse tudo que me movimentava, desassossejava e desacomodava. Ou seja, tudo aquilo que fui encontrando pelo caminho e que gerou aprendizado.

O registro no diário de campo serviu para registrar as descobertas e tudo que me afetou: reflexões, anotações, aproximações teóricas que necessitem aprofundamento, medos, sentimentos, gestos, fragilidades, comportamentos, encontros e desencontros, sensações inéditas, memórias, textos, músicas, obras de arte.

Bertussi et al. (2011), ao se referir ao este material nos dizem que:

O diário de campo deve ser utilizado para registrar movimentos, observações, devaneios, sentimentos, conversas e percepções, bem com, os apontamentos dos referenciais teóricos para dialogar com os achados da pesquisa. Foi o momento de análise das implicações, permitiu reconstruir, por meio das memórias dos afetos, as lembranças do outro, dos lugares percorridos, dos encontros conturbados com muitas vozes, reafirmando as relações de implicação produzidas no momento da pesquisa. (BERTUSSI et al., 2011, p. 314).

Os autores nos apresentam o que escreveram em seus diários de campo durante uma pesquisa e prosseguem indicando que no diário se fazem anotações sobre tudo o que se vive, se ouve e sente. O diário de campo permite produzir uma

escrita do dia-a-dia, onde se marca vários sinais das afecções, dúvidas, coisas que provocam o pensamento (BERTUSSI et al., 2011).

A pesquisa cartográfica constituiu-se pela produção e não pela coleta de dados. Estes dados são resultados das construções e desconstruções coletivas, a expressão dos afetos nas relações estabelecidas a partir da experiência, apoiador local, bem como das sensações “novinhas” advindas deste processo e das proposições teóricas, das vivências de tensão e inquietação.

Barros e Barros (2014) nos ensinam sobre a análise cartográfica e dizem que:

O que move a análise em cartografia, portanto, são problemas. É a um problema que ela se volta e são também problemas o seu resultado [...] Analisar é assim um procedimento de multiplicação de sentidos e inaugurador de novos problemas. Estes autores ressaltam que é na origem dos problemas que a análise cartográfica se volta e não no que é consenso ou incontroverso. A análise cartográfica quer dar visibilidade às implicações, aos contornos singulares das subjetividades, construídas em conjunto na prática de intervenção proposta. (BARROS; BARROS, 2014, p. 177).

Ainda, Barros e Barros (2014), contribuem ao nos destacar elementos para a análise cartográfica:

Na pesquisa cartográfica toda a análise é análise de implicação. Aqui se anuncia uma posição radical às pretensões de neutralidade analítica do pesquisador que está implicado no campo de pesquisa. O método analítico consiste, então, em dar visibilidade às relações que constituem uma dada realidade, na qual o pesquisador se encontra enredado. (BARROS; BARROS, 2014, p. 178).

Esta análise de implicação está mergulhada na experiência, só foi possível ser construída e conduzida a partir dela.

A análise cartográfica foi construída na sua concomitância com o desenvolvimento coletivo da implantação do apoiador local e suas práticas educativas, e foi ancorada nas diretrizes da educação permanente em saúde.

5 UM SERVIÇO DE ALTA COMPLEXIDADE DEIXANDO-SE CARTOGRAFAR

Esta cartografia foi realizada no HCPA. O hospital caracteriza-se por ser um hospital público, universitário, vinculado ao Ministério da Educação (MEC) e a Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS). Conta atualmente com 845 leitos, 45 especialidades médicas e 13 Serviços de Enfermagem, dentre eles, o Serviço de Enfermagem Cirúrgica.

A pesquisa cartográfica foi desenvolvida no Serviço de Enfermagem Cirúrgica, em decorrência deste congregar o maior contingente de pessoas com estomias. O serviço é composto por 7 unidades de internação. Cada uma das 7 unidades possui 6 turnos de trabalho (manhã, tarde, Noite 1, Noite 2, Noite 3 e 6º Turno). O 6º turno é composto pelos dias de final de semana e feriados, ou seja, existem profissionais, no caso, só enfermeiros, que trabalham unicamente no 6º turno.

As unidades possuem números diferentes de leitos, entre si. As sete unidades são designadas por um número e uma localização, quais sejam: 9º Norte, 9º Sul, 8º Norte, 8º Sul, 7º Sul, 3º Norte, 3º Sul. Cada uma destas unidades possui uma chefia de Enfermagem local, o qual também desenvolvem atividades assistenciais.

6 A ENFERMEIRA NO CUIDADO À PESSOA COM ESTOMIA: REVERBERAÇÃO E PROPOSIÇÃO

Desde o ano de 2010, ano em que comecei a atender aos usuários com estomias, venho vivenciando inúmeras situações peculiares, desestabilizadoras, sufocantes. Também sentimentos de angústia, medo, dúvida e inúmeras sensações. Sinto coisas que nem sei verbalizar no encontro com os pacientes, familiares e a Enfermagem. São invasões de naturezas diversas, "coisas" que habitam e gritam em mim, me perturbando, fazendo tremer meus sentidos, estremecer minha subjetividade. Rolnik (1995) nos esclarece e amplia a compreensão sobre estes movimentos que provocam estes abalos estruturais:

Somos povoados por uma infinidade variável de ambientes, atravessados por forças/fluxos de todo tipo. Estes vão fazendo certas composições, enquanto outras se desfazem, numa incansável produção de diferenças. Quando a aglutinação destas novas composições atinge um certo limiar, eclode um acontecimento: imantação de uma multiplicidade de diferenças; necessariamente singular, que anuncia uma transformação irreversível de nosso modo de subjetivação. Isto nos coloca em estados de sensação desconhecidos que não conseguem expressar-se nas atuais figuras de nossa subjetividade, as quais perdem seu valor, tornando-se inteiramente obsoletas. [...] faz tremer nossos contornos e nos separa de nós mesmos em proveito do outro que estamos em vias de nos tornar. Perdem sentidos nossas cartografias, depauperam-se nossa consistência, nos fragilizamos. Tudo isso ao mesmo tempo. (ROLNIK, 1995, p. 97-98).

É impressionante como me senti fragilizada ao dar-me conta que apenas a "minha boa vontade", as capacitações e treinamentos realizados, minha dedicação e empenho, poderiam contribuir para melhorar a atenção aos pacientes com estomias, mas não eram elementos suficientes para erigir uma atenção qualificada coletivamente. Sofri muito com esta constatação vivenciada no dia a dia, por meio de queixas de atendimento inadequado, verbalizada por pacientes e familiares, e também pela observação de desinteresse neste cuidado, por parte de algumas equipes. Nos transcorrer dos dias, meses e anos fui encontrando "modos de acomodar" estas angústias, frustrações, inquietações, vontades e desejos. Eu as "sentia muito bem", mas não sabia nomeá-las e muito menos compreendia suas origens e "mecanismos próprios".

Durante o mestrado tive contato com o artigo da autora Suely Rolnik (1993) intitulado: "Pensamento, corpo e devir: uma perspectiva ético/estético/política no

trabalho acadêmico. Esta autora veio me ensinar, iluminar e provocar minhas “coisas”, até então, acomodadas. Suely “me apresentou” o conceito de marcas:

[...] marcas são estados inéditos que sem produzem em nosso corpo, a partir das composições que vamos vivendo. Cada marca tem a potencialidade de voltar a reverberar quando atrai e é atraída por ambientes onde encontra ressonância (aliás muitas de nossas escolhas são determinadas por esta atração). Quando isso acontece a marca se reatualiza no contexto de uma nova conexão, produzindo-se então uma nova diferença. E mais uma vez somos tomados por uma espécie de “desassossego”. [...] ou seja, a marca conserva vivo seu potencial de proliferação. (ROLNIK, 1993, p. 2-3).

A partir deste texto, pude compreender as sensações, vibrações, convocações, desconfortos, acomodações que estabeleci, desejos que escondi e reprimi. O texto lançou uma “luz” sobre estas intensidades e pude escutar minhas marcas com mais coragem e lucidez. Marcas estas “acordadas” pelo novos ambientes que eu circulava (especialização, estágios, mestrado), pelos encontros substantivos com colegas, a “conversa” com autores-instigantes e a provocação de professores-intercessores. Pensei... que posso eu fazer agora, diante desta compreensão reveladora, desta escuta lançada sobre mim mesma? O que posso fazer agora estando de “frente” às minhas marcas? Suely (1993, p. 3) novamente socorro-me: “O que o sujeito pode, é deixar-se estranhar pelas marcas que se fazem em seu corpo, é tentar criar sentido que permita sua existencialização – e quanto mais consegue fazê-lo, provavelmente maior é o grau com que a vida se afirma em sua existência”.

Ao ouvir minhas angústias, ineficiências, meus estados inéditos, minhas marcas genuínas compreendi que precisava reestruturar meu pensamento, sentidos e pensar em termos de uma construção mais plural. “Aproximei” minhas inquietações ao estudo sobre a educação permanente em saúde ² e ali encontrei um “oásis” para minhas dúvidas e esperanças. Perguntava-me: Como implicar as pessoas com suas práticas, como exercitar a implicação genuína? E o trabalho em equipe, como corporificá-lo de fato? Como construir uma ação coletiva assistencial em que as pessoas façam acontecer esta melhoria no dia a dia delas mesmas? A colaboração,

² “Educação Permanente em Saúde: É aprendizagem no trabalho, onde o aprender e o ensinar se incorporam ao cotidiano das organizações e ao trabalho[...] Propõe que os processos de Educação dos trabalhadores da Saúde se façam a partir da problematização do processo de trabalho, e considera que as necessidades de formação e desenvolvimento dos trabalhadores sejam pautadas pelas necessidades de saúde das pessoas e das populações”. (BRASIL, 2009, p. 20).

mais que a qualificação específica, parecia-me estar no coração desta proposta. Convido Ceccim (2005) que nos ilumina argumentando que:

A identificação educação permanente em saúde está carregando, então, a definição pedagógica para o processo educativo que coloca o cotidiano do trabalho, ou da formação em saúde, em análise que se permeabiliza pelas relações concretas que operam realidades e que possibilita construir espaços coletivos para a reflexão e avaliação de sentido dos atos produzidos no cotidiano. A Educação permanente em saúde [...] insere-se em uma necessária construção de relações e processos que vão do interior das equipes em atuação conjunta, implicando seus agentes. (CECCIM, 2005, p. 161).

A escuta às marcas que tenho procurado realizar tem me conduzido a um exercício diário de procurar, perseguir encontros-fecundos, com a seguinte proposição: sentir, refletir e compor. Tal empreendimento fez emergir em mim a necessidade de propor um novo processo de trabalho, um novo modo de assistir e relacionar-se na atenção ao paciente com estomia, "modo" este, fruto da reverberação daquelas marcas que "calei" e que agora me exigem e convocam às suas personificações, suas existencializações.

Surgiu-me, então, a ideia de propor um convite a "ajudantes", parceiros, colaboradores voluntários que estivessem presentes no interior de cada equipe de Enfermagem, uma vez que são 4 turnos de trabalho distintos e a demanda de pacientes com estomias é significativa.

Ceccim (2005) novamente vem ao nosso encontro e nos elucida este aspecto pontuando que:

[...] ou constituímos equipes profissionais, coletivos de trabalho, lógicas apoiadoras e de fortalecimento e consistência de práticas uns dos outros nessa equipe, orientados pela sempre maior resolutividade dos problemas de saúde das populações locais ou referidas ou colocamos em risco a qualidade de nosso trabalho, porque sempre seremos poucos, sempre estaremos desatualizados, nunca dominaremos tudo o que se requer em situações complexas de necessidades em direitos à saúde. (CECCIM, 2005, p. 163).

Portanto as leituras e novas compreensões me convocaram à esta proposição, um novo movimento na cena do trabalho em saúde que tivesse essa vibratilidade, que possuísse potência de vida e que nascesse desta urgência de construção de uma realidade possível e sensível às demandas subjetivas dos usuários com estomia e seus familiares.

A especificidade e multiplicidade do trabalho desenvolvido no hospital, a meu ver, constitui-se um grande desafio para a construção de uma prática que se pretende ser voltada para integralidade do cuidado. Segundo Merhy (2002), o cuidado nas organizações de saúde em geral, mas no hospital, em particular é, por natureza necessariamente multidisciplinar, isto é, depende da conjugação do trabalho de vários profissionais. A maior ou menor integralidade da atenção recebida resulta, em boa medida, da forma como se articulam as práticas dos trabalhadores.

Neste sentido e apoiada nestes conceitos propus a figura do apoiador local para um serviço de Enfermagem do hospital, com o propósito de qualificar a atenção de saúde, destinada ao cuidado de pacientes com estomias. O apoiador local, portanto, é um profissional da Enfermagem que se identifica com o paciente com estomia e sua família e diferenciadamente, por meio das práticas educativas e das discussões-reflexivas com os demais apoiadores, insere-se como uma “referência” na unidade ou setor o qual está alocado. Nesta proposição foi acordado que cada unidade de internação cirúrgica, ou seja, que cada unidade pudesse ter um apoiador local que pudesse atender de modo mais imediato aos pacientes com estomias. Atualmente este é um importante nó do serviço em estudo, pois somente 3 enfermeiras realizam este tipo de atendimento (a consultoria) em todo o hospital. Os dados identificados nas solicitações de consultoria revelam que a atuação mais imediata dos apoiadores locais pode atenuar, mais rapidamente, as demandas dos pacientes com estomia, abastecendo-se da “consultoria” como um apoio matricial das equipes de saúde nas unidades de internação.

Os apoiadores locais tem a tarefa de assumirem o protagonismo no ato do cuidado em relação à pessoa com estomias, podendo mobilizar e colocar em evidência o trabalhador da saúde para que ele opere mudanças no mundo do trabalho, pois são profissionais comprometidos com as pessoas com estomias e vivenciam ações educativas em uma perspectiva de aprendizagem significativa, no âmbito da educação permanente em saúde, e são aqueles que reinserem-se em seu grupo de trabalho guardando, vigiando, cuidando e observando os movimentos necessários ao cuidado singular a estes pacientes .

Desta forma, o apoiador local pode constituir-se como um profissional singular-qualificado no intuito de erigir-se uma ação de cuidado voltada para o cuidado de pessoas igualmente singulares.

No dizer de Cecílio e Merhy (2003) estas proposições podem contribuir para a construção de uma rede de cuidados implicada:

[...] a integralidade do cuidado só pode ser obtida em rede. Pode haver algum grau de "integralidade" focalizada" quando um equipe, em um serviço de saúde, através de uma boa articulação de suas práticas, consegue escutar e atender, da melhor forma possível as necessidades de saúde trazida por cada um. (CECÍLIO; MERHY, 2003, online).

Franco e Merhy (2009) realizam uma importante reflexão sobre a produção subjetiva do cuidado e que demandas de transformação são necessárias a partir desta compreensão:

Tendo por referência que os trabalhadores operam a partir de territórios existenciais, isto é, o território não é físico, mas se encontra dentro dele, organizado pela sua subjetividade, a mudança em caráter estrutural e duradoura dos processos de trabalho requer a produção de uma nova subjetividade deste trabalhador. [...] A mudança na produção do cuidado é marcada por novas subjetividades ativas na produção do cuidado, de u, modo de trabalhar em saúde que tem como centro o campo relacional, abrindo o encontro com os usuários para espaços de fala, escuta, olhares, signos que tem sentido para ambos, trabalhador e usuário e formam o centro do processo de trabalho. (FRANCO; MERHY, 2009, online).

Foi preciso mobilizar atores, convencer gestores e provocar ações educativas para que este novo processo de trabalho pudesse fazer parte do serviço de saúde. No próximo passo deste percurso descrevo as reflexões, os movimentos e as ações desenvolvidos até a implementação do apoiador local.

7 A PROPOSIÇÃO DO APOIADOR LOCAL: PRIMEIROS MOVIMENTOS E OS ENCONTROS

As consultorias realizadas nas diversas unidades do hospital, principalmente no Serviço de Enfermagem cirúrgica, e as inúmeras capacitações e treinamentos desenvolvidos, foram cruciais para mobilizar os atores locais para a noção de apoiador local. Nestes momentos sempre procurei estimular a compreensão de que a atenção qualificada (técnica e relacional) ao paciente e família, consistia no atendimento mais adequado ao paciente com estomia, pois este não necessitava aguardar o enfermeiro especialista para ter ser cuidado prestado.

Geralmente minha fala mobilizava os atores locais, mas muito ainda era preciso construir, sobretudo construir uma cultura valorizando as iniciativas já existentes. Em muitos setores já havia colegas/apoiadores locais que se prontificavam a colaborar “espontaneamente” com seus demais colegas, sentiam-se comprometidos, implicados com a qualidade assistencial. Com estes colegas, escutei o relato sobre a importância do exercício do cuidado qualificado conduzido pela Enfermagem, ou seja, o cuidado e o espírito de trabalho em equipe, sendo evidenciados como valores maiores da atenção da Enfermagem.

Gomes e cols. (2007) nos trazem considerações sobre este aspecto:

[...] as ações dos trabalhadores de cada equipe de saúde são direcionadas não apenas pelos diferentes saberes, métodos e técnicas provenientes da pluralidade de profissões e especialidades que as constituem, mas também por uma imensidão de valores produzidos dentro e fora dos ambientes de trabalho. Desta forma, as práticas de saúde estão vinculadas a valores difusos em nosso meio social, valores que podem se compartilhados pelos trabalhadores (GOMES et al., 2007, p. 21).

Perguntava-me: Qual é o meu papel como consultora na atenção à pessoa com estomia? Orientar técnica e assistencialmente? E a continuidade do cuidado? Como garantir que a orientação e os cuidados especializados realizados fossem adotados por toda a equipe de Enfermagem?

Compreendi, fundamentalmente, a partir da escuta de minhas marcas, da escuta aos incômodos e do que “gritava” em mim, pedindo passagem e me conduzindo à exigência de reformulação do cenário relacional, ali mesmo junto às pessoas e para isso precisava movimentar-me, desarmar-me e assumir o caráter coletivo do meu trabalho e o quanto de respaldo eu necessitava para construir este

cenário assistencial qualificado, mas, principalmente, precisava do apoio dos líderes locais para assumir as problemáticas identificadas e, de “mãos dadas” desenvolvermos um transformação na atenção local ao paciente com estomia. Pinheiro et al. (2007), nos apresentam uma valiosa referência sobre o papel da gestão em saúde:

No que se refere à gestão em saúde, é preciso democratizar o processo de trabalho na organização dos serviços, horizontalizando saberes, promovendo as atividades multiprofissionais e interdisciplinares, incorporando a renovação das práticas de saúde, numa perspectiva de integralidade em que a valorização da atenção e do cuidado desponta como dimensão básica para a política de saúde, que se desenvolve ativamente no cotidiano dos serviços. (PINHEIRO et al., 2007, p. 32).

Direcionei, então, minha atenção ao serviço de Enfermagem cirúrgica pois reúne o maior quantitativo de pacientes com estomia no hospital.

Marquei uma reunião com a chefia de serviço e expus minhas preocupações relativas ao cuidado do paciente com estomia e propus a presença do apoiador local nas unidades de internação, sendo que o convite e número de apoiadores locais ficaria a critério de cada chefia do setor. A chefia de serviço, prontamente, aceitou a proposta e marcou uma reunião com as 7 chefes de unidade. Nesta reunião estavam presentes todas as sete chefes de unidade, a chefia de Serviço e sua assessora de Enfermagem.

Neste encontro apresentei as argumentações para a presença de um apoiador local nas unidades, reunindo tanto aspectos técnicos, assistenciais, como, dados e políticas vigentes no hospital.

Após minha exposição, que ocorreu por 30 minutos a chefia de serviço solicitou que todas as chefes de unidade se pronunciassem sobre a proposta e com unanimidade acordou-se que cada chefia iria convidar dois profissionais da Enfermagem: um enfermeiro e um técnico de Enfermagem para participarem desta proposta e para pensarmos sobre a intervenção dos apoiadores nos seus cenários assistenciais acerca do cuidado dos pacientes com estomias.

Posteriormente as chefias de Enfermagem me enviaram por e-mail o nome dos colegas que se prontificaram a participar.

Organizei um encontro com todos os apoiadores locais convidados, onde, por 2 horas, pudemos discutir as práticas assistenciais vigentes e as melhorias para cada setor. Também, neste encontro, temas de ordem técnica e procedimental, foram trabalhos.

A comunhão de forças entre gestão dos serviços com a participação dos trabalhadores de saúde é refletida pelos autores como Cecílio e Merhy (2007):

Gestores e profissionais comprometidos com a melhor adequação das práticas sanitárias e com as necessidades dos usuários precisam lançar mão de Tecnologias que possam constantemente reavaliar suas práticas. A observação e discussão atenta de como se constrói o cotidiano das relações entre a equipe de saúde e seus usuários constitui campo promissor na possibilidade de mudanças do “fazer a saúde”. (CECÍLIO; MERHY, 2007, p. 128).

Atualmente os encontros com as chefias locais têm ocorrido praticamente semanalmente e sem a ocorrência de reuniões formais com todo o grupo de chefes.

Também, quase que diariamente, encontro os apoiadores locais onde realizamos discussões breves de quadros clínicos e sobre a condução de melhores condutas.

Em consonância com a proposta dos apoiadores locais, pretende-se definir uma agenda de reuniões com a chefia de serviço e as demais chefias locais, no sentido de avaliar-se, sistematicamente a experiência do apoiador local e qualificar as ações setorializadas dirigidas aos pacientes com estomia.

A partir destas compreensões vivenciais e das leituras em curso, ou seja, da necessidade de desenvolver atividades educativas e assistenciais que fossem impregnadas de valores que mobilizassem a reflexão sobre os papéis profissionais das equipes de Enfermagem, organizei inúmeras capacitações/treinamentos abordando, não somente aspectos técnicos e assistenciais, por meio, principalmente dos relatos pessoais dos profissionais, das discussões em grupo e utilização de recursos mais interativos e atraentes, não utilizados anteriormente. Tais atividades permanecem ocorrendo, até o presente dia, com o respaldo da totalização de chefias de serviço e chefias de unidade.

8 CARTOGRAFIA DOS ENCONTROS VIVIDOS: AFETOS REVISITADOS, AFETOS INÉDITOS E APRENDIZADOS

*“A ventania
Assovia o vento dentro de mim. Estou despido. Dono de nada, dono de
ninguém, nem mesmo dono de minhas certezas, sou minha cara contra o vento, a
contra-vento, e sou o vento que bate em minha cara.”*

Eduardo Galeano
(2002, p. 138)

A proposta de intervenção ocorreu nos diversos encontros vividos e experimentados com os gestores, nas práticas assistenciais que se desenvolvem diariamente e por meio da construção coletiva das atividades educativas com os apoiadores locais. Ou seja, a proposta de intervenção, o apoiador local, ocorreu neste plano comum de trabalho e de pesquisa. Nesta composição de subjetividades dispostas e implicadas a construir uma assistência transformada e transformadora de cenários de melhor e maior acolhimento aos pacientes com estomia.

Franco e Merhy (2009) contribuem pontuando e esclarecendo aspectos relevantes para compreender a importância do método cartográfico neste contexto e para esta proposta de intervenção:

[...] os trabalhadores agem de modo singular na produção do cuidado, isto é, de forma diferente entre eles, mesmo que estejam sob a mesma diretriz normativas. O processo de trabalho não segue um padrão, pois as práticas de cuidado se dão pela singularidade de cada um. (FRANCO; MERHY, 2009, online).

Portanto, foi a partir da atenção-cartográfica a este plano comum de acontecimentos que foi analisada e construída a proposta de intervenção, sempre considerando as manifestações de afetos envolvidos, as alegrias e tristezas, as dificuldades, fragilidades e potencialidades percebidas.

Como a produção de dados principalmente foi composta pelos encontros ratificados que nenhuma fala será reproduzida textualmente nesta pesquisa e sim a reflexão produzida pela pesquisadora a partir destas experiências. Estes dados uma vez compostos foram refletidos por meio de uma narrativa sensível-vivencial.

8.1 Encontros com os colegas da enfermagem

As práticas educativas foram construídas a partir das problematizações advindas do grupo de apoiadores locais e foram desenvolvidas a partir do conceito da aprendizagem significativa, no qual se ancora a PNEPS.

Ao iniciar os encontros educativos com os apoiadores locais e as equipes de Enfermagem, fui invadida por inúmeros medos e preocupações, pois não queria que estes momentos fossem apenas de “capacitação”, de “treinamento”. Pois, como nos apresenta a PNEPS:

nem toda ação de capacitação implica um processo de educação permanente. Embora toda capacitação vise à melhoria do desempenho do pessoal, nem todas estas ações representam parte substantiva de uma estratégia de mudança institucional, orientação essencial nos processos de educação permanente (BRASIL, 2009, p. 40).

Queria poder construir com as pessoas um encontro que mobilizasse sentido, “vontade de fazer bem feito”, comprometimento. Perguntava-me, como desenvolver com os colegas, ali no dia a dia, uma aprendizagem que tivesse significado para eles? Como contribuir para manter os apoiadores locais “querendo fazer” o cuidado adequado, diariamente?

Como desenvolver uma ação educativa que me dê segurança para a condução de uma assistência implicada?

A autora Preciosa (2011) amplia os questionamentos nesta direção e significa esta reflexão:

[...] uma pergunta inevitável que a gente deve se fazer é: mas como criar uma atmosfera de acolhimento para pensamentos em processo, gente em processo, com todos os atrapalhamentos e fragilidades que isso implica [...] Como um professor pode dar suporte a essa subjetividade em processo? [...] afinal, ele também vive na própria pele inquietações, desestabilizações, produzidas por essa abertura às múltiplas vozes que o habitam. Inexiste um lugar neutro e a salvo das turbulências. (PRECIOSA, 2011, p. 5).

Portanto, eu percebi que não tinha “receita de bolo”, não havia garantias e sim um caminho a perseguir, um território novo a explorar e muito desejo de que “desse certo” tal empreendimento. Como construir com as pessoas? Ouvindo-as, sentindo-as e as encontrando onde elas queriam se deixar encontrar, física e afetivamente. Este foi um aprendizado extremamente importante para seguir neste percurso, pois

tive que abandonar saberes instituídos, bastante arraigados em mim, para poder e conseguir compor com muitas pessoas.

O que eu descobri?

Descobri que, mesmo depois das capacitações formais, os colegas gostavam mesmo era de me abordar em locais inusitados: nos corredores do hospital, dentro dos elevadores, nos locais de lanche, dentro do vestiário. Ali me faziam suas perguntas, tiravam suas dúvidas, discutiam casos de pacientes e “abriam seus corações” sobre alguns atendimentos angustiantes. Percebi que as capacitações ou treinamentos podiam ocorrer em qualquer lugar, em quaisquer 5 ou 10 minutos, e estes constituíam-se atividades educativas advindas dos colegas, eu não as tinha agendado previamente, não dispunha de recursos materiais nas mãos. No texto da PNEPS há uma importante consideração sobre este cenário, enfocando a importância de se conceber e se desenvolver as capacitações aos trabalhadores, “mudando a lógica do processo: ampliando os espaços educativos fora da aula e dentro das organizações” (BRASIL, 2009, p. 44).

Os colegas aproximavam-se sozinhos ou em duplas e ali compúnhamos um encontro educativo muito rico, leve e cheio de significados. Significados estes que percebi por meio dos tons de voz, do olhar atento e cheio de lágrimas, algumas vezes, pela fala cheia de preocupação com os pacientes ou familiares. Como se avalia isto? Como se mede implicação e afetação das pessoas? Como se descreve um olho cheio de emoção genuína? Como se mensura um sorriso feliz por ter compreendido uma orientação?

Nas falas destas pessoas identifiquei desejos e vontades de querer realizar, assim como eu, um trabalho de qualidade e de responsabilização.

Chegavam-me falas com o seguinte teor: “Nossa equipe está mais responsável com a presença do apoiador local, estamos mais comprometidos com os cuidados dos pacientes com estomia e há um sentimento de mais parceria entre nós”. As equipes também trouxeram que se ampliou o espaço para escutar as angústias dos colegas e também para compartilhar conhecimentos, inclusive com os demais apoiadores dos outros setores.

No início, isto me incomodou, pois eu estava acostumada às salas de aula, aula deveria ser dada em espaços formais: pensava eu. Mas as pessoas adoravam propô-las em locais informais, descontraídos, comuns. Elaborei isto em mim, pois percebi a espontaneidade das pessoas ao me abordar, percebi que as pessoas possuem seus

“movimentos” próprios, e tais momentos significavam que elas estavam à vontade para querer tirar uma dúvida “fresquinha” que, talvez, surgira naquela manhã de trabalho ou, também, compartilhar uma preocupação, uma angústia. Também compreendi que “o trabalho em sala de aula é apenas uma parte do processo” (BRASIL, 2009, p. 52) e que as pessoas me traziam aquilo que tinha realmente sentido à elas, aquilo que tinha mobilizado suas sensibilidades, pois seus novos entendimentos e aprendizados agora tinham mais significado. A política nacional de educação permanente em saúde nos aponta esta direção para a construção de práticas transformadoras.

A Educação permanente se baseia na aprendizagem significativa e na possibilidade de transformar as práticas profissionais. [...] A educação permanente pode ser entendida como aprendizagem-trabalho, ou seja, ela acontece no cotidiano, das pessoas e das organizações. Ela é feita a partir dos problemas enfrentados na realidade e leva em consideração os conhecimentos e as experiências que as pessoas já tem. (BRASIL, 2009, p. 20).

Dei-me conta, como nos ensina Preciosa (2011), que um encontro comum poderia “criar uma atmosfera de acolhimento” e ser educativo, ser significativo. A partir disso, o termo capacitação da equipe de Enfermagem teve, então, outra compreensão para mim pois, por meio deste encontros inusitados, incomuns, não planejados, foi onde eu tive minhas mais profícuas afetações, sensações e intuições. Descobri singularidades de colegas, pormenores de gestos e discursos, era um encontro de “quereres”, era eu querendo sentir as razões dos questionamentos e o colega querendo também sentir minha implicação e ampliar seu entendimento.

Merhy (2013) nos apresenta este cenário de vivência que experimentei:

[...] ali, no dia a dia do fazer as práticas de saúde, pode ser que um grupo de trabalhadores esteja conversando sobre como agir com a dona Isaura ou o senhor Antônio José e troquem ideias sobre isso. Essa conversa pode estar ocorrendo ali no café, em um espaço dentro do estabelecimento [...] uma sala de refeições de um hospital ou ambulatório [...] ou qualquer outro tipo de lugar. (MERHY, 2013, p. 1).

O autor prossegue nos revelando a potência, a vibratibilidade destes encontros e seus sentidos atribuídos pelos grupos:

Nessa conversa há grande chance de alguns que estão ali se afetarem com o que está sendo papeado e passarem a ver e agir de outro modo em relação aos casos. Pode ser que alguém pense que [...] talvez formar um grupo com profissionais responsáveis por eles; como uma equipe de cuidadores; possa ser uma oferta de vínculo interessante. Vale ressaltar que esta roda de conversa não pede licença para nenhum organograma oficial do serviço, nem para nenhuma hierarquia da organização. Ela vai acontecendo no agir do trabalho vivo em ato de cada um e de todos, nos espaços informais da organização que os próprios trabalhadores [...] vão fabricando com suas ações conversacionais. (MERHY, 2013, p. 1).

Neste sentido procurei me dedicar mais às capacitações ou treinamentos nos próprios locais de trabalho dos grupos, ou mesmo individuais, ou em duplas. As capacitações locais agendadas ou mesmo surgidas no dia da realização das consultorias, tinham (ainda tem !) um “calor” único, um chama especial, pois geralmente surgiam do atendimento ali mesmo sendo realizado, o qual também permitia uma interação com o paciente, transformando-se em consultoria-aula, no próprio ambiente de atendimento. Estes momentos tem sido bastante desafiantes para mim pois penso e procuro avaliar o quanto esta prática educativa mostra-se, de fato significativa, educativa, democrática e singular, bem como se esta “modalidade” não interfere com a privacidade do paciente. Temos sentido muita reciprocidade e aceitação dos pacientes que colaboraram em todas às vezes, em que fizemos esta aula de “beira de leito”, pois verbalizam que sentem-me cuidados e podem mais, demoradamente, esclarecer dúvidas. Desta forma se produz uma aula viva, uma aula que denominei de “aula-cuidado-escutas”, pois é cheia de sentidos e potência. Merhy (2013) vem nos encontrar e lançar um brilho sobre este espaço,

E, acontece que nesse acontecer vai se produzindo conhecimento para a ação de um modo efetivo e isso impacta o mundo tecnológico do cuidado, sem dúvida. Acontece que aí há não só produção de novos conhecimentos construídos coletivamente, mas há também novos processos de formação, sem que se tenha formalmente designado esse como lugar de formação ou capacitação do trabalhador para o exercício de suas funções. Acontece que esse movimento pode ser visto por um olho que tenha possibilidade de vê-lo, como um movimento de Educação permanente, que rola, ocorre ali no dia a dia, entre os vários atores institucionais, sem pedir licença para ninguém e sem nominá-lo como tal. (MERHY, 2013, p. 1).

Outro importante aprendizado que tive no desenvolvimento das equipes de apoiadores locais, refere-se às falas de vários colegas, principalmente técnicos de Enfermagem que verbalizam sobre a satisfação em fornecerem uma melhor atenção ao paciente e familiar, por terem mais domínio técnico e psicológico no atendimento aos pacientes com estomia. Percebem-se mais autônomos, integrando-se mais com

os outros colegas, pois ao orientá-los, na prática destes cuidados, sentem-se colaboradores e exercendo um tipo de liderança técnico-assistencial.

O autor Gastão Wagner Campos (1998), discorre sobre esta temática e nos aponta as vantagens potenciais do estabelecimento de metodologias de trabalho com participação ativa dos trabalhadores, o qual denomina co-gestão e nos enumera que há:

[...] melhoria no grau de envolvimento e de compromisso das equipes com a instituição como um todo e particularmente, com os projetos que eles foram ajudando a inventar. A maior parte do pessoal sentindo-se criadora dos modelos testados e, com isto, potencializando-se um aumento da sua taxa de felicidade e de realização profissional. [...] multiplicação dos espaços onde se trocam informações, se intercambiam saberes e se discutem problemas [...] potencializando-se um amadurecimento da maioria do pessoal [...] e finalmente melhoria sensível da relação equipes de saúde com os usuários e seus familiares, graças a instituição de sistemas de referência com responsabilização e cuidados mais bem definidos [...] (CAMPOS, 1998, p. 6).

Algo que é extremamente relevante registrar como aprendizado foi e tem sido observar os movimentos das pessoas, dos apoiadores locais em especial, mas também de alguns colegas mobilizados pela implementação do apoiador local. Há mais acolhimento entre alguns grupos, há um brilho no olho diferente, um cumprimento mais atencioso no elevador ou nos corredores, que sinto como um abraço, é um cumprimento-abraço, é um olho no olho com vontade de olhar, entre os apoiadores locais, que se conversam e me trazem relatos de seus êxitos de forma orgulhosa e feliz, que tal técnica “deu certo”, e que o paciente/familiar sentiram-se mais confiantes e confortáveis. Fico verdadeiramente emocionada e afetada com alguns destes relatos, que geralmente são acompanhados por um par de olhos cheios de vida que vejo nas pessoas dos apoiadores locais e que me “ensinam” sobre estes sinais corporais e comportamentais, que “denunciam” implicação e comprometimento.

Percebi, visivelmente, que nos locais onde o apoiador local mostra-se mais protagonista e colaborativo com os colegas há mais criação de caminhos de ajuda e dedicação a soluções técnico-assistenciais mais originais. Há, nestes espaços, construído pelo apoiador local e seus colegas, uma dedicação diferente, um desejo de compartilhar mais vivo e duradouro. As trocas de aprendizagem e conhecimentos são realizadas por eles mesmos no seu dia a dia, e se efetuam por combinações feitas por eles mesmos. Ceccim (2007) nos descreve estas ações como constituintes do

âmbito da Educação Permanente em saúde que são o que a educação possibilita, mobiliza, faz existir, seu devir, o devir da Educação:

[...] o devir da educação: conduzir as aprendizagens, construir conhecimento, compartilhar experiências de problematização, organizar práticas educativas, compor coletivos de aprendizagem, círculos de cultura, produzir o desenvolvimento por desafios sócio-interacionistas, fazer emergir novos saberes e fazeres pela exploração problematizadora dos saberes- e fazeres vigentes. (CECCIM, 2007, p. 360).

Pensava: Como esta prática foi possível ser concretizada? Como o apoiador local tornou-se uma realidade em alguns espaços assistenciais?

Porque responder e compreender estas respostas, se faziam necessárias para poder se pensar no processo de implementação da proposta como um todo. Como nos ensina Bondía (2002, p. 2) “pensar não é somente ‘raciocinar, ou calcular ou argumentar’, como nos tem sido ensinado algumas vezes, mas é sobretudo dar sentido ao que somos e ao que nos acontece)”.

A partir destes aprendizados, os visíveis e os invisíveis, apenas uma resposta me ocorria, me atravessava, me ocupava e esta era, sem sombra de dúvidas, a percepção de que houve uma mudança no tipo de escuta em relação ao usuário e aos colegas, mudança esta também minha e de todos nós envolvidos. Pois o cenário de trabalho era o mesmo, a demanda de atenção especializada era a mesma e as pessoas eram as mesmas. Os horários de trabalho também eram os mesmos, o tempo de atendimento aos pacientes, igualmente.

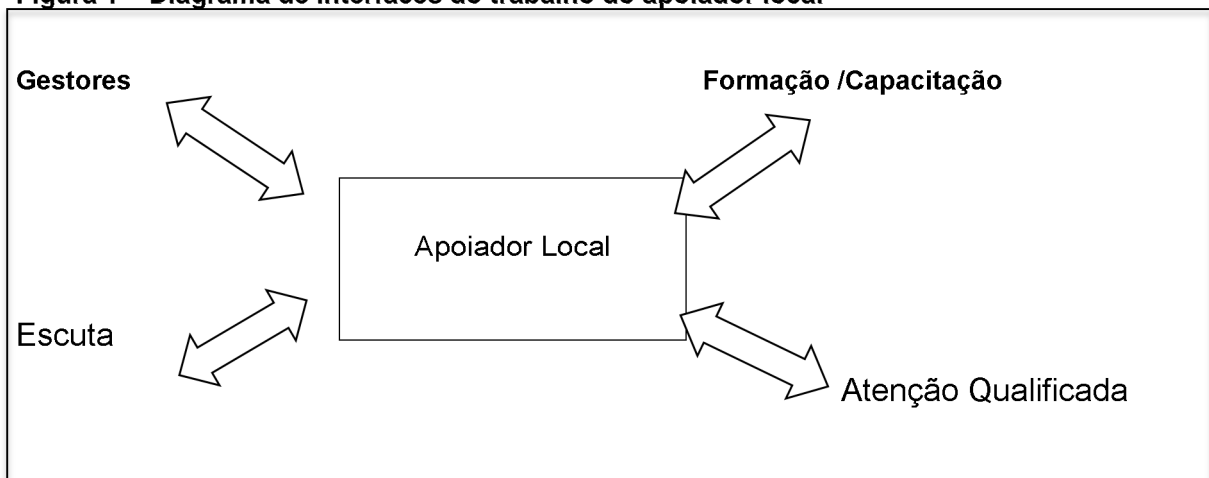
Estávamos acostumados, capturados pelo trabalho protocolar que apenas nos sufoca de atribuições a realizar, fazer e mais fazer. E o tempo para pensar juntos, compartilhar mais e melhor, ouvir mais os usuários e colegas fora deixado de lado.

A vivência implicada dos apoiadores locais permitiu (ainda permite !) que nós possamos nos dedicar também à nós, aos nossos questionamentos, as nossas dúvidas e angústias, a termos mais tempo para um cumprimento mais longo e afetivo. Algo então aconteceu nos afetou e significou substancialmente, modificando nosso querer-estar-junto, querer construir junto e melhor. Vivenciamos uma experiência como nos conceitua Bondía (2002, p. 21) ao dizer que: “[...] a experiência é o que nos passa, o que nos acontece, o que nos toca. Não o que se passa, não o que acontece ou o que toca. A cada dia se passam muitas coisas, porém, ao mesmo tempo, quase nada nos acontece”.

A experiência diária de acompanhar e construir com os apoiadores locais tem me ensinado, sobretudo, a importância de escutar as sutilezas, os cumprimentos das pessoas, a atenção ao brilho nos olhos, aos gestos e comportamentos de acolhimento, ao silêncio que ouve e observa, mas que também “fala” ao calar-se. Em cada encontro, descobria algo novo, um encontro também poderia ser uma “aula”, pois aula é potência de afetação, de abertura, de entrega e possibilidade de dedicação e convite ao outro.

Outro aspecto relevante refere-se à algo que depreendeu-se da experimentação com o apoiador local, algo do qual eu não tinha “vislumbrado” nos meus estudos e movimentos iniciais, e que as leituras subsequentes e as discussões com os professores da qualificação desta proposta me foi lançado e convocado a pensar: Compreender o apoiador local como uma modalidade de formação em serviço. Parece-me que ao elaborar questões nesta direção, há um entendimento melhor desta temática. Fui estabelecendo esta construção “teórica” dentro de mim, por meio de perguntas. Vamos à elas: Por que trabalhar na atuação de atores locais nos setores de saúde, que sejam mais sensíveis às demandas específicas de usuários é importante? Como se pode propor atores locais que protagonizem ações mais qualificadas e construídas de modo coletivo? Aventurei-me a pensar em um diagrama que possa, primeiro de tudo, pensar na experiência do apoiador local em termos mais “macros”, no intuito de pensar seu processo e de como é desenvolvido na instituição hospitalar de saúde hoje (Figura 1).

Figura 1 – Diagrama de interfaces do trabalho do apoiador local



Fonte: Elaborado pela autora, 2016.

O exercício a que me propus ao realizar este “diagrama-conceitual” foi também de pensar como engendrar, como desenvolver a figura do apoiador local em todos os

serviços de Enfermagem. Tal processo não poderá jamais existencializar-se sem o respaldo das gerências locais que apoiaram esta proposta e que também podem obter dele elementos para suas definições administrativas. A atenção qualificada só será possível pela composição coletiva de capacitações específicas e participativas e, principalmente, pelo desenvolvimento de uma escuta-sensível implicada com o bem estar dos usuários.

Convido Heckert (2007) a contribuir na reflexão para esta compreensão ao nos falar sobre as iniciativas desta ordem:

[...] as mudanças nas práticas vinculam-se às apostas que podemos efetivar no sentido de criar ações de formação problematizadoras das evidências que os constituem como sujeitos (Foucault, 1984) do cuidado em saúde como prática que se efetua em meio ao compartilhamento de experiências. (HECKERT, 2007, p. 204).

Esta autora enfatiza a formação como uma possibilidade de intervenção efetiva e substantiva na construção de uma atenção qualificada e nos ilumina dizendo que:

[...] tomar a formação, a produção do saber, como efeito de processos de luta nos abre a possibilidade de fazê-la funcionar como um dispositivo potente de intervenção, como usina de produção. É neste sentido que temos afirmado a formação como potência disruptiva [...], o que nos lança num campo de análise e interrogação permanente do estado de coisas instituído (as formas) a da abertura ao imponderável e imprevisível campo dos movimentos de criação. Ao ressaltar o caráter intervencionista do conhecimento, recusa-se a falsa dicotomia saber-fazer, formar-intervir, teoria-prática, afirmando que formar é intervir. (HECKERT, 2006, p. 206).

A partir das experiências que venho vivenciando na construção coletiva com os apoiadores locais e bastante influenciada pelas leituras aqui apresentadas, penso que a próxima etapa deste percurso é pensar medidas conjuntas de como expandir a proposta do apoiador para as demais unidades do hospital e, igualmente importante, pensar em como avaliar-se os seus “efeitos”, tomando-se o diagrama como um modo de pensar sua formação e constituição no cenário de trabalho.

8.2 Encontros com os usuários e familiares

Tudo foi acontecendo ao mesmo tempo, a proposição e implementação da proposta de intervenção do apoiador local, os encontros com os colegas e chefias da Enfermagem, o meu trabalho assistencial junto aos usuários e familiares e a redação da dissertação.

Perguntava-me o tempo todo: Para que foram convidados os apoiadores locais em seus cenários de trabalho? Para que se propõe pensar os espaços coletivos na busca de uma prática mais singular e inventiva?

Para se qualificar a atenção às pessoas com estomia. Esta qualidade almejada está sendo construída por cada um de nós envolvido na consecução desta proposta, todos os dias, em cada um dos setores onde foi implementada, mas em um lugar especialmente mais importante, dentro de cada um de nós.

Fiz esta descoberta a partir de uma decisão-convocação provocada por minhas marcas, ou seja, de fazer prevalecer “um tipo de sensibilidade” nos encontros com as pessoas, principalmente, uma atenção cartográfica, afetiva por natureza.

Nos encontros com os usuários e familiares fui envolvida e afetada por suas inúmeras falas e expressões de toda ordem, utilizadas por eles, durante as orientações da consultoria, nas conversas informais de “corredor” com os familiares mas também nos silêncios de muitos pacientes. Eles permaneciam em silêncio em muitas ocasiões, mas, geralmente, me olhando nos olhos o tempo todo.

Muitos destes relatos de usuários, que aqui reúno com uma síntese de falas, eram carregados de uma questão recorrente, o quanto eles sentiam-se mais seguros e tranquilos por poder contar com um profissional especialista e por terem uma equipe mais qualificada para atendê-los, o quais tinham os seus nomes sempre pronunciados pelos usuários. Os usuários destacaram que a atenção dispensada por estes profissionais fazia toda a diferença, pois sentiam uma ajuda singular aos seus processos de sofrimento emocional e físico, e que este cuidado representava um excelente apoio na direção da aceitação da atual condição. Salientaram, principalmente, o tempo de “conversa” e de escuta dos profissionais da enfermagem em relação a outras equipes de saúde, com a qual se sentiam acolhidos e respeitados como pessoas.

A partir destas falas e da importância atribuída dos pacientes e familiares em relação à escuta da Enfermagem, pensei no meu próprio movimento de escuta em

relação a eles. Fui invadida por muitos afetos ao rever estes movimentos, ao refletir e debruçar-me sobre a escuta de minha própria escuta. Revisitei então sentimentos adormecidos sobre este assunto e dei-me conta, do quanto eu podia até ver-me como uma profissional atenciosa, mas minha escuta era objetivada, objetivante, pré-formatada e eu só percebi isto neste novo olhar que lancei ao escutar a fala dos usuários e familiares.

Procurei, então, parceiros que me ajudassem a compreender este processo em mim e que nos esclarecessem e discutissem sobre a escuta.

Segundo Durães-Pereira et al. (2007, p. 466):

[...] a escuta faz parte da natureza humana, podendo ser facilmente identificada até em passagens bíblicas. Todos nós temos, para sermos reconhecidos como sujeitos, a necessidade de sermos legitimados pelo outro, o que é possibilitado pela escuta e pelo diálogo. Além disso, o exercício de ouvir o outro traz um dos melhores benefícios: ouvir a nós mesmos.

Neste movimento de ouvir à mim mesma, procurei então pontuar, descrever-me com objetividade, o que identificara como minhas fragilidades de escuta no contato com usuários e familiares, e estes frequentemente eram: apressar as falas, procurando interromper o usuários e concluir por eles, antecipar respostas antes mesmo do usuário ou familiar concluir a pergunta (adivinhar respostas ou perguntas) e abrir pouco espaço para que fizessem perguntas. Dei-me conta de quanto minha escuta estava "contaminada" de objetividade, de vícios tecno-informacionais, protocolares, seletivos e prescritivos.

Madeira et al. (2007) nos introduz a noção de diálogo neste momento de encontro com o usuário e nos mobiliza na direção de que

[...] há que se considerar que a possibilidade do diálogo está potencialmente presente nos encontros entre usuários e trabalhadores, da saúde, mas para que ele se estabeleça, faz-se necessário a existência de um autêntico interesse em ouvir o outro, em que, a partir de um legítimo diálogo, torna-se possível dar voz aos sujeitos envolvidos nessa interação. (MADEIRA et al., 2007, p. 186).

Meu modo de ouvir os pacientes e familiares era mesmo uma escuta "surda", pois não se deixava afetar pela fala do outro, uma escuta que ouvia pouco o silêncio do outro e que não criava um encontro singular, não criava uma composição inédita com eles.

O conceito de escuta “surda” nos é apresentado por Heckert (2007) que enuncia seu significado e origem:

[...] estamos chamando de escuta surda aquelas que ouvem sem escutar. Tal escuta ocorre como efeito de práticas de formação intimidadoras, pautadas nos preceitos cientificistas de neutralidade que, no lugar de se contaminar pelos movimentos da vida, os afasta em nome da rigorosidade e objetividade e contribui para a repetição dos modos de existência Instituídos. (HECKERT, 2007, p. 346-347).

Conjuntamente a estas constatações, comecei a atentar para algumas manifestações emocionais de muitos usuários e estas estavam atreladas a conteúdos familiares. Os usuários e familiares ficavam muito mobilizados emocionalmente e mostrava-se mais descontraídos ao falarem de seus familiares, principalmente netos. Havia sempre um olho vibrante, cheios de lágrimas durante as falas. Percebi que quanto mais me “aproximava” de temas familiares, de um modo geral os pacientes suavizam a face, sentiam-se mais confortáveis e receptivos.

Madeira et al. (2007) nos ensinam que:

[...] ouvir o outro implica uma escuta para além da lógica tecnocientífica, com o reconhecimento da subjetividade dos sujeitos envolvidos no processo, possuidores de histórias e vivências singulares, onde os profissionais e usuários, ao se colocarem em uma atitude de escuta, se dispõem a transformar e a transformarem o outro. (MADEIRA, 2007, p. 186).

O desafio é mesmo diário, constante e eterno, pois nem sempre será possível estabelecer espaços de escuta em que se possa contemplar todas estas compreensões. Mas é fundamental pensar e perceber que os pacientes e familiares tem seus tempos psicológicos, emocionais e nós profissionais também. As inúmeras obrigações do dia a dia acabam por nos imprimir ritmos de trabalho que nem sempre conseguem compor estes movimentos de maior encontro com os pacientes e familiares. Uma reflexão importante é pensar e escolher melhores momentos de escuta para cada paciente e acordar com seus familiares sobre este encontro, procurando já realizar algumas combinações prévias, sobretudo em termos de horários mais confortáveis e adequados para ambos. Penso que a postura de acolhimento a eles e o desejo de escuta devam ser o mais importante neste momento, no qual este deve participar também da orientação, por meio das suas intervenções, questionamentos e sugestões e não apenas ser um mero ouvinte.

Ceccim (2007) nos sintetiza este cenário ao nos falar da urgência de um

[...] espaço de acoplamento profissional-usuário, resultado do encontro em que ocorrem a escuta de sintomas, o perscrutar possibilidades diagnósticas e terapêuticas, o conectar-se ao outro para detectar seus sentidos e oferecer guarida, tratamento e orientações que toquem o próprio viver. (CECCIM, 2007, p. 359).

Antes de dar seguimento sobre os aprendizados que obtive sobre a escuta aos pacientes e familiares, penso ser de grande contribuição, reproduzir o trecho da descrição de um psicanalista que, ao descrever um momento de escuta durante o atendimento a um usuário, nos oferece elementos que caminham nas direções das conceituações e reflexões aqui apresentadas. Tal relato tem o propósito de nos dar uma “imagem” pois tocam o viver singular do encontro.

A também psicanalista Elisa Maria de Ulhôa Cintra (1997) nos apresenta uma resenha do livro *Outr’em-mim-ensaios, crônicas, entrevistas*, do autor Alfredo Naffah Neto no qual este autor fala do seu estilo de escuta com o usuário:

[...] sutil e pacientemente se deixar afetar pela multiplicidade metamorfoseante do discurso do analisado, suspender a interpretação precipitada, esperar que o corpo próprio ecoe e responda, e que os afetos emergentes deem forma e sentido à fala interpretante. [...] Às vezes, no meio de uma sessão, quando me percebo seduzido pela tentação desses hábitos (ficar preso às malhas da linguagem representativa) suspendo todo o conteúdo da fala do analisado e permaneço longos minutos escutando apenas a música do seu discurso: suas melodias, seus ritmos, seus timbres e todas as mudanças e flutuações que se seguem. Geralmente, quando volto às palavras, tenho um novo ângulo de interpretação, deixei-me afetar de uma outra forma, posso com a minha fala, criar passagem para um novo sentido (CINTRA, 1997, p. 129).

Nos diversos encontros com os usuários, principalmente, alguns questionamentos foram recorrentes e foram expressos, de um modo geral, de forma angustiante por eles.

Sem sobre de dúvidas os temas relativos ao controle de odores da bolsa coletora e sobre a sexualidade, foram mais frequentemente questionados, por meio de abordagens diferentes e demonstrando preocupações, temores e notáveis constrangimentos.

Devo admitir que no momento da consultoria, no qual realizo as orientações aos usuários e familiares, as questões relativas ao manejo da bolsa coletora, que são o esvaziamento, a limpeza e a troca são, evidentemente, o principal foco de atenção,

uma vez que representam cuidados básicos que irão repercutir na segurança física e emocional dos pacientes, principalmente. Também são abordadas orientações relativas à alimentação, atividades de vida diária, lazer e alguns aspectos da lei que respalda a atenção ao estomizado. Com mais brevidade, os temas referentes ao controle de odores e a sexualidade, também são abordados.

Mas o que ocorreu? Por que os conteúdos odor e sexualidade, agora, estavam ressoando diferente para mim? Por que tais temáticas estavam invadindo o meu sono, me fazendo “olhá-los” de um modo diferente ?

Porque eu percebi que estes assuntos me causavam também constrangimentos e até alguma inquietação, não por desconhecê-los, mas por não saber como abordá-los em muitos momentos, como desenvolvê-los com o usuário, e neste sentido procurava abreviá-los e até não mencioná-los durante algumas orientações.

Dei-me, então, um desafio: Como, a partir de agora, desta nova percepção e compreensão, e deste exercício de estabelecer uma escuta mais sensível e ampliada tratar destas temáticas com os usuários e familiares?

Como compor com isto que vejo, pois existe uma necessidade real e um constrangimento identificado?

Não havia outro caminho, que não a dedicação ao estudo mais sistemático destas temáticas e também a mudança de postura, de escuta, em relação às pessoas, ou seja, primeiro ouvir com “o corpo todo” suas dúvidas e preocupações e, só, posteriormente construir com eles uma orientação mais individualizada e menos protocolar, menos prescritiva.

Decidi pela escolha de 2 caminhos, neste primeiro momento: Localizar literaturas científicas sobre ambas as temáticas e identificar páginas eletrônicas construídas por pessoas com estomia na internet (blogs).

A revista Estima foi o periódico de escolha, pois é o único periódico especializado em Enfermagem em Estomaterapia da América Latina. Classificada como Qualis B2 pela Comissão de Aperfeiçoamento de Pessoal do Nível Superior (CAPES) e está indexada no momento em 5 bases de dados. Seu escopo contempla as três áreas de abrangência da especialidade: estomias, feridas e incontinências, além de artigos relacionados ao desenvolvimento profissional do especialista. É editada e produzida pela Associação Brasileira de Estomaterapia: estomias, feridas e incontinências (SOBEST), sendo que seu primeiro número foi publicado em 2003, com

periodicidade trimestral regular (4 números anuais). Desde sua primeira edição a revista já publicou 14 volumes .

É importante registrar que a temática sobre odores é identificada em algumas pesquisas de enfoque qualitativo, onde os usuários relatam preocupações sobre este assunto, quando questionados sobre as situações de maior dificuldade no dia a dia, no entanto, não há nenhuma literatura que aborde especificamente este enfoque na revista Estima.

No Quadro 1, apresentado à baixo, sintetizo os achados, a partir da pesquisa na Revista Estima, onde localizei 77 artigos sobre estomias de eliminação, sendo 2 artigos sobre sexualidade e nenhum artigo sobre controle de odores.

Quadro 1 – Pesquisa na Revista Estima

Total de Publicações (Estomias de Eliminação)	Artigos com o tema controle de odores no título	Artigos com o tema controle sexualidade no título
-Artigos originais -Relato de Caso -Artigos de revisão -Resumo de Dissertação e de Tese (2003 -2016) Total de volumes: 14		-Representações sociais sobre a sexualidade de pessoas estomizadas: Conhecer para transformar Resumo de tese (n. 1, 2008)- -Sexualidade, estoma e gênero: revisão integrativa da literatura (n. 2, 2011)
77	Não há	2

Fonte: Revista Estima, elaborado pela autora, 2016.

Somado à revista pesquisei a página eletrônica de 5 pessoas com estomia³ na internet e também um manual de orientações elaborado por uma pessoa estomizada (MORAIS, 2013) onde a temática, controle de odores é abordada em todos. Este tema é particularmente abordado pelas pessoas com estomia, pois com a cirurgia o que

³ Portal Ostomizados (2016), Ostomia Sem Fronteiras (2016), Ostomizados e Cia (2016), Viver Bem com Ostomia (2016), e Além da Ostomia (2016).

ocorre é o desvio do trajeto intestinal para o abdômen, onde há a presença da estomia que não possui controle de saída de fezes e gases, como na sua condição anterior à cirurgia onde havia o controle pelos músculos esfínterianos. Portanto, nesta nova condição, o paciente tem saída de fezes ou gases de modo irregular e involuntário, a qualquer momento do dia.

A partir desta breve investigação junto à revista estima e às páginas eletrônicas, realizei um quadro-resumo com meus principais achados e sintetizei as orientações mais objetivas e relevantes para oferecer ao usuário. Ao se trabalhar com a temática, controle de odores, 3 enfoques precisam ser abordados: alimentação, produtos redutores de odor e cuidados na higiene (Quadro 2):

Quadro 2 – Enfoques na abordagem sobre controle de odores

Alimentação	Produtos ou Medidas redutoras/ controladoras de odor	Cuidados na higienização
<ul style="list-style-type: none"> - alimentos que produzem mais gases - alimentos que produzem menos gases - alimentos que reduzem o cheiro das fezes. 	<ul style="list-style-type: none"> - Filtro de carvão (avulso ou fixado à bolsa) - Detergentes para higienizar a bolsa - Spray anuladores de odor - Medidas domésticas seguras - Tipos de bolsas - Uso de sistema de irrigação da estomia 	<ul style="list-style-type: none"> - Esvaziar a bolsa com 1/3 de preenchimento - Limpeza com água morna e/ou papel higiênico - Limpeza do grampo de fechamento da bolsa

Fonte: Elaborado pela autora, 2016.

Conjuntamente ao quadro com as informações sintéticas, elaborei um pequeno roteiro para ajudar o profissional na sua orientação sobre controle de odores, o qual apresento no próximo quadro (Quadro 3).

Quadro 3– Roteiro para subsidiar a orientação sobre controle de odores ao usuário

- Identificar o que o usuário já sabe sobre o controle de gases
- Conhecer os hábitos alimentares prévios e as preferências alimentares
- Conhecer os alimentos que a pessoa não gosta
- Quais são as principais atividades do dia a dia e no que ele trabalha (Local, condições do ambiente e banheiros)

Fonte: Elaborado pela autora, 2016.

A partir deste estudo tomei 2 decisões, incorporar estas orientações, sobre o manejo de gases, no atual manual ofertado aos pacientes do hospital e elaborar um artigo onde constam os principais temas sobre o controle de gases, no intuito de também contribuir para a orientação dos profissionais de saúde. A intenção é publicar esta revisão na revista Estima.

No tocante ao tema da sexualidade foram localizados 2 artigos na revista Estima (Quadro 1) que correspondem a um resumo de tese e uma revisão integrativa de literatura. Há ainda dentro da Estomaterapia 2 literaturas clássicas, utilizadas nas Pós Graduações do país (SANTOS; CESARETTI, 2015; BOCCARA DE PAULU; PAULA; CESARETTI, 2014), onde constam igualmente um total de 2 capítulos sobre sexualidade, 1 capítulo em cada livro. Os capítulos são intitulados: Sexualidade de pessoas com estomia (SANTOS; CESARETTI, 2015) e estomia e sexualidade (BOCCARA DE PAULU; PAULA; CESARETTI, 2014).

A partir destas leituras, reuni alguns aspectos que me pareceram fundamentais para ampliar o conhecimento sobre o assunto e contribuir para minha própria reflexão sobre a temática, com o propósito de contribuir na construção de uma orientação mais direcionada às necessidades dos usuários. O objetivo da reunião destes tópicos é também elaborar um guia prático, que será incorporado ao atual manual de orientações aos pacientes e também ao guia dirigido aos profissionais da Enfermagem na intenção de facilitar a abordagem e a conversa sobre este tema.

Antes de apresentar os elementos de destaque desta investigação breve, realizada apenas com literaturas de Enfermagem, apresento algumas conceituações trazidas por estes autores e que nos auxiliam a pensar sobre o teor destas orientações.

É importante diferenciar sexo, ato sexual e sexualidade. Sexo é definido como impulso primário, sub-cortical, modulado por influências corticais normalmente

inibitórias que determinam a ocasião, o modelo e a intensidade da manifestação sexual. O ato sexual é o comportamento assumido, envolve as áreas erógenas secundárias, jogos preliminares, contato corporal e a relação genital. Já a sexualidade corresponde a soma de impulso sexual, ato sexual e todos os aspectos da personalidade envolvidos na comunicação e no relacionamento interpessoal: diálogos, atividades e interesses partilhados, bem como, outras formas de expressar afeto e amor (BOCCARA DE PAULU; PAULA; CESARETTI, 2014).

Na intenção de contribuir com uma orientação sobre sexualidade à pessoa com estomia, estes autores pontuam a necessidade de procurar dominar alguns tópicos iniciais que são: pensar nas suas próprias habilidades para abordar este tema, investigar aspectos gerais sobre a doença, a cirurgia e as repercussões orgânicas, identificar comportamentos que nos “falem” sobre os processos psicossociais singulares das pessoas (BOCCARA DE PAULU; PAULA; CESARETTI, 2014). Abaixo apresento um quadro sintético que contém elementos gerais para auxiliar na abordagem e orientação à pessoa com estomia.

Quadro 4 – Elementos gerais para a orientação sobre sexualidade à pessoa com estomia

Habilidades profissionais	Conhecer aspectos da doença/cirurgia	Identificar aspectos psicossociais	Conhecer equipamentos/medidas que podem facilitar a prática sexual
-Ouvir e observar como a pessoa percebe o seu corpo, sem emitir opiniões. -Oferecer informações coerentes e reais -Avaliar o impacto da doença sobre a esfera sexual	-Diagnóstico médico e tipo de estomia -Consequências gerais sobre o organismo e necessidade de tratamentos complementares -Eventuais efeitos de medicamentos/tratamentos	-Mitos e credíncias sobre sexualidade -Expectativas pessoais e do casal -comportamento sexual do casal antes da cirurgia -estratégias de enfrentamento em uso pelo usuário -identificar doença emocional prévia -conhecer a imagem que pessoa tem de si mesma	-Uso de irrigação e sistema oclusor -Uso de bolsa descartável -Manejo alimentar e de controle de odores

Fonte: Elaborado pela autora, 2016, baseado em Boccara de Paula e Cesaretti, 2014.

As leituras referentes ao controle de odores e sobre a sexualidade da pessoa com estomia me provocaram um movimento interno diferente, um fluxo de sensações iniciou-se e fez germinar uma sensibilidade nova sobre estas questões, existencializada na escuta mais sensível a qual me dedico e que me ajuda a elaborar uma melhor percepção à pessoa com estomia: Era o “mesmo” usuário, mas estava diferente e eu também era uma mesma-diferente.

A pessoa com estomia possui uma condição real de alteração corporal, em termos anatômicos e precisam aprender a conviver com algo também muito real, que é a perda do controle dos esfínteres, o que lhe acarreta a necessidade do uso de

uma bolsa coletora que lhe requer cuidados diários. Tal condição acaba conduzindo a que muitos pacientes não queiram mais sair de casa, não queiram ou não consigam mais trabalhar, alguns restringem muito suas atividades de lazer e seus relacionamentos e anulem a retomada da vida sexual, por não sentirem-se mais atraentes para seus parceiros.

Como compor com as pessoas com estomias no tocante ao assunto sexualidade, no sentido de construir uma proposta de orientação?

As leituras, as vivências e os sentimentos que percebo ao realizar uma orientação sobre sexualidade ao usuário e seu familiar são, fundamentalmente, construídas com eles, a partir do que eles nos “abrem”, perguntam e propõe. Perguntar ao usuário se ele quer falar sobre o assunto é um ótimo começo depois devolver-lhe a pergunta: O que você já pensou ou vem pensando sobre a sua vida sexual a partir de agora? Também tem me mostrado e direcionado a caminhos de orientação bastante tranquilizadores e seguros. Nestes encontros a tarefa principal do profissional, a meu ver, é ouvir as angústias, acolher as dúvidas, dar colo e abrir-se aos afetos.

9 CONSTRUÇÕES COLETIVAS: OS PRODUTOS CONSTRUÍDOS AO LONGO DO CAMINHO

As construções coletivas referem-se, objetivamente, aos produtos advindos, produzidos durante este percurso cartográfico e nascidos da confluência de minhas marcas e dos encontros-experiências, vividos com o coletivo de trabalhadores.

São produtos-coletivos, e não poderiam ser diferente, pois foram desenvolvidos por diversos atores/interlocutores em momentos, igualmente, diferentes.

Meio intuito ao descrevê-los foi de dar visibilidade ao que realmente tem sido realizado em termos concretos nos espaços educativo-assistenciais que tenho procurado construir nos setores da Enfermagem do hospital com as equipes e alguns outros que venho desenvolvendo em termos de produção científica, na tentativa de contribuir para com os demais colegas da Enfermagem, principalmente que atuem nesta área:

- a) atualmente há 2 apoiadores locais em cada um das 7 unidades do serviço de Enfermagem cirúrgica do hospital, totalizando 14 profissionais da Enfermagem. Os encontros educativos tem ocorrido praticamente semanalmente com os apoiadores locais e ocorrem nos próprios setores de trabalho, onde discute-se os casos dos pacientes e implementam-se escolhas em conjunto, principalmente nos casos de maior dificuldade. Como perspectiva, o grupo planeja elaborar uma agenda sistemática, até o final deste ano, para que todos os integrantes possam, além de atualizar conteúdos técnico-assistenciais, também discutir casos especiais compartilhando questões de ordem emocional-relacional sobre o trabalho desenvolvido, bem como, pensar em compor o apoiador local para outros setores do hospital;
- b) elaboração de um projeto de pesquisa denominado: **Observatório da Consultoria: Enfermagem Estomizados** em co-autoria com a chefia de serviço cirúrgica, o qual está em fase de finalização de sua redação. Tal projeto tem o intuito de caracterizar os pacientes atendidos na consultoria, procurando identificar elementos objetivos que nos sinalizem a necessidade de proposições colaborativas e educativas. Por exemplo, o observatório pode nos orientar quanto às localidades de origem dos pacientes, nos

direcionando para pensarmos em uma perspectiva de comunicação com estas localidades, em termos de elaboração de um planejamento conjunto para pensar as demandas do paciente, antes de sua alta hospitalar. O observatório também pode contribuir para direcionar a necessidade de elaboração de atividades educativas pontuais para o colega da Enfermagem, uma vez que este se utiliza da solicitação da consultoria para solicitar apoio à alguma demanda de dificuldade, desta forma, pode-se pensar ações mais interativas e efetivas em termos de apoio especializado;

- c) o POP (Procedimento Operacional Padrão) relativo aos cuidados com as estomias de eliminação foi atualizado no início deste ano. Neste POP constam todos os materiais necessários e os procedimentos corretos para a troca de uma bolsa coletora. A revisão do POP é realizada a cada 3 anos;
- d) foi elaborado um POP específico orientando a seleção de bolsas coletoras e uso de material adjuvante em Outubro de 2016, o qual encontra-se em processo de análise pela equipe de revisão dos POPs. O próximo passo será realizar treinamentos em conjunto com os apoiadores locais e os demais integrantes das equipes de Enfermagem;
- e) o atual manual sobre troca de bolsas coletoras está em revisão e conterà orientações sobre os temas de controle do odor e sexualidade da pessoa com estomia;
- f) foi criado um guia rápido orientando a troca de bolsa coletoras, intitulado: **Os 5 Certos para a Troca de Bolsa Coletora**, o qual pretende-se imprimir e ser distribuído em termos de um guia de bolso às equipes de Enfermagem. Nossa intenção é divulgá-lo por meio de um pôster no Congresso Brasileiro de Estomaterapia de 2017, que ocorrerá em Minas Gerais. Atualmente o guia está sendo revisado à luz da literatura de específica;
- g) publicar um artigo de revisão sobre os achados da pesquisa sobre o controle de odores. Neste momento estamos realizando uma revisão nas literaturas específicas, no intuito de ampliar e refinar os dados encontrados. A previsão de conclusão é Dezembro de 2016;
- h) concluir a elaboração do guia de orientações aos profissionais da Enfermagem do hospital, no intuito de oferta-se mais um recurso específico nesta área que possa contribuir na qualificação da assistência. Atualmente

este guia, também encontra-se em fase de revisão de literatura e a previsão de conclusão é Dezembro de 2016.

10 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Durante a escrita desta dissertação permaneci (permaneço!) sendo invadida por inúmeros sentimentos, angústias, temores, alegrias, medos e vontades várias. Impossível sentir, pensar e escrever sobre algo que movimenta nossa sensibilidade e não deixar “encharcar-se” por sensações. A vida comum, ordinária, o trabalho, a pesquisa, os encontros com os pacientes e familiares, os encontros com os colegas e amigos de trabalho, as leituras, os textos, os autores, as palavras, os livros, as músicas, as obras de arte e filmes experimentados, tinham sentidos e formas diferentes agora, neste adentrar na pesquisa cartográfica.

A pesquisa cartográfica tem esta natureza, pois acompanha processos de abandono e conquista de novos mundos, novos corpos, novos sentidos, novas afetações. Segundo Silva (2003, p. 32):

A verdade é que adentrar em um mundo em cartografia é algo bastante difícil e exige uma disposição que não estamos acostumados a ter nesta jornada veloz do dia-a-dia. [...] Então, como ser um cartógrafo e dar passagem, na forma de escrita, para desejos e afetos que vivem assombrando e cutucando as idéias? [...] até porque nem sempre é fácil conseguir dar forma e sentido a tudo aquilo que é capaz de afetar nossas sensações e desejos.

Olhava (olho) a vida e tudo que me cerca, de uma maneira mais acolhedora, receptiva, “mergulhativa”. Explico-me: Eu queria mesmo era poder “mergulhar” nas coisas que me provocam sensações novas, nos livros, nas pessoas e nos autores, principalmente. Eu queria poder conversar com todos eles, pois suas singularidades, seus contornos me habitam, e suas consistências, seus sabores e texturas me deliciavam a alma.

Durante o mestrado, realizamos uma atividade da qual fiquei apaixonada, no qual consistia na escrita de um memorial como atividade para conclusão de uma disciplina. Fato que permitiu ampliar minha percepção e compreensão de mundo, de pessoas e de mim mesma, pois foi um exercício de escrita sobre si, de dobrar-se. Pude dizer-me, pude expor minhas reflexões, angústias, equívocos e descobertas. Quanta intensidade pôde ser externada e, o que me causou forte alegria e alívio, é que estas “podiam” agora ser expressas, pois o memorial “autoriza” a fala em primeira pessoa. Nunca havia escrito um memorial... amei tê-lo realizado.

O que estou querendo anunciar é que conjuntamente às reflexões e aprendizados advindos deste percurso cartográfico, oriundos dos encontros com colegas, pacientes e familiares, me percebi inevitavelmente sendo invadida, capturada e instigada a criar, o que chamei de meus “encontros invisíveis”. São encontros que tive com alguns autores (poetas, escritores e intelectuais) que me mobilizaram conversas internas muito ricas para mim. Fui então, dando passagem e lugar à estas convocações e escrevi mini textos, para mim mesma, procurando externar os sentidos e provocações destes textos em mim, em uma tentativa de dar visibilidade a este convite-sensível, àquela vibração corporal singular e significá-los para minha vida, meu trabalho e minhas relações. Fui escrevendo estes textos e os guardando para mim, para que os fosse refinando com o tempo e também para “roubar-lhes” as sensações deliciosas, as intuições inspiradoras e as reflexões produtivas que ensejavam.

Os mini textos que elaborei a partir de autores e seus textos contribuíram com uma matéria de natureza diferente, pois não são colaborações pontuais, identificáveis “à olho nú”, ou seja, não são contribuições de “conteúdos”, textuais, gramaticais, mas sim, em termos de amplificação e reverberação de sensações inéditas os quais foram misturando-se, infiltrando-se nas reflexões, compreensões, conceituações que fui elaborando ao longo deste percurso.

Teixeira (2001) nos fala sobre estes encontros e sobre o caráter de construção “coletiva” que vamos realizando com estes autores, com estas várias vozes:

É claro que nossos pontos de vista e nossas falas também são, em outra boa medida, moldados “de fora”, no entrecchoque com outros discursos, no diálogo com outros pontos de vista, nas conversas reais e imaginárias que mantemos com possíveis interlocutores. (TEIXEIRA, 2001, p. 6).

Me permiti, então, trazer um destes encontros invisíveis que tive e exercitar meu desejo de entrega às sensações ao redigir, nesta vibração, sobre um encontro, dos muitos que tive, “paralelamente” às leituras cartográficas. Foi um autor que fui “encontrando” durante esta caminhada e que me convidou à uma conversa “interna”, muito rica para mim, uma conversa-parceira, uma conversa-companheira mesmo, conversa que trouxe elementos novos, misturados, à esta composição cartográfica, chama-se: Manoel de Barros.

Convido novamente Silva (2003) que contribui com sua própria compreensão e vivência sobre a pesquisa cartográfica e nos diz que

A cartografia é assim, vai acompanhando, transformando e movimentando ao mesmo tempo o desenho, nós mesmos [...] Por isso, ela permite tudo. Permite, inclusive, a imaginação. Entendo, portanto, que a pesquisa cartográfica dá visibilidade ao sensível, o que nos torna (ou me torna) pesquisadores em busca do sensível [...] (SILVA, 2003, p. 32).

O encontro com Manoel de Barros foi “verdadeiro”, no sentido do contato textual-sensível, e será descrito por meio de uma “conversa-reflexão” inventada, no intuito de tentar retratar suas “chamas” afetivas e dar visibilidade ao “calor” provocado por ela em mim.

Meu intuito ao revelar este encontro, que ocorreu assim, sem “agendamento” ou mesmo intenções prévias, é de dar voz às sensações, intensidades, incômodos, mas também a muitos desejos, vontades de ser e estar no mundo.

Rosane Preciosa (2011) contribui ao nos significar estes momentos, também experimentados por ela e nos fala das suas intensões ao apresentar autores na sua escrita e nos diz que “[...] reuni algumas vozes, com suas sonoridades singulares, as manipulei, cruzei lógicas, procurando um jeito de dar passagem a algumas questões insistentes, e que estão em elaboração”. (PRECIOSA, 2011, p. 3).

Portanto, ao existencializar este encontro, o sentido é reelaborar “algumas coisas em mim”, também meus pensamentos recorrentes e “violentos”, sensações corporais e fortalecer a potência do que está acontecendo, meu devir-enfermeira, devir-cartógrafa.

Rosane Preciosa (2011) vem novamente ao nosso encontro e esclarece que, o que ocorre nestes encontros, “[...] é essa possibilidade de abocanhar, sempre de modo criterioso, o que não é nosso, e transvalorar isso. O que implica, penso eu, um modo de criação, que no encontro com o outro gera potência” (PRECIOSA, 2011, p. 4).

Vamos então ao relato deste encontro:

Meu primeiro encontro com o poeta Manoel de Barros foi durante a leitura de uma epígrafe em uma dissertação. Fiquei encantada... a citação do autor dizia simplesmente: “Poesia é voar fora da asa”.

Pensei... nossa... voar na asa já deve ser inebriante, mas o autor está afirmando que a poesia é voar fora dela. Como descrever esta sensação?

Decididamente, poesia não é algo para se pensar e sim, para sentir-se, vivê-la na imaginação, lá onde “ninguém nos vê” e onde podemos sentir este vôo, ser este vôo...!

Não resisti e vasculhei alguns textos da internet e também assisti a um documentário lindo sobre este autor. Em uma destas procuras, encontrei verdadeiramente duas frases suas que me invadiram e trouxeram luz, “boniteza”, leveza e força. São elas:

Que a importância de uma coisa não se mede com fita métrica nem com balanças, nem barômetros etc. Que a importância de uma coisa há que ser medida pelo encantamento que a coisa produza em nós. (BARROS, 2003, p. 10).

Cresci brincando no chão, entre formigas. De uma infância livre e sem comparamentos. Eu tinha mais comunhão com as coisas do que comparação. (BARROS, 2010, p. 187).

Fiquei emocionada com estas frases, e deixei que suas doçuras me acariciassem o coração por muitos dias, e me fizessem um afago em minhas angústias, medos, inseguranças, em uma sensação muito semelhante ao ventar na praia, em um final de tarde quente. Senti algo visceral..., a poesia de Manoel, ao reunir afluentes de antigas memórias sensoriais, devolveu-me ao que realmente eu me sentia. Que sensação gostosa de sentir-me devolvendo-me a mim mesma!

Mas, depois de algum tempo, também permiti que as forças das frases, me “beliscassem” a alma, pois elas fizeram-me pensar sobre a minha própria figura, sobre mim mesma-de-agora, na minha atual “forma”.

Pensei sobre o encantamento dos encontros que tive na vida, sobre como poderia ter “saboreados-os” muito mais, e do quanto me encheram de amor, alegria, inspiração, inquietação. Também pensei no modo como, inevitavelmente, me via comparando as coisas, as pessoas, ao invés de estabelecer mais comunhão com estes, assim como eu sentia mesmo, na minha infância feliz, onde eu brincava muito no chão, de verdade.

Não sei o porquê, mas lembrei até de minha primeira comunhão na Igreja Católica (Nunca tinha pensado no sentido de, “primeira comunhão”?) ... mas queria mesmo era ter podido lembrar de minhas primeiras “comunhões” com as pessoas na escola, local que eu adorava estar, sempre!

Amo dicionários... tenho 6 ao total... amo palavras e não resisti em rever o conceito de comunhão em um deles! Lá estava escrito: “Comunhão: ato ou efeito de comungar. 1-realização de algo em comum. 2-sintonia de sentimentos, de modo de pensar, agir ou sentir, identificação. 3-Comparticipação, união, ligação. (HOUAISS; VILLAR; FRANCO, 2009, p. 508).

Pensei que quanto mais nos propusermos a nos encontrar com as coisas (pessoas, livros, obras de arte, músicas, conversas, poesias, textos, filmes, amores...) e sentir seus encantamentos genuínos, suas intensidades, mais podemos compor relações de verdadeira comunhão com as pessoas. Comunhão que, agora, posso dizer, e assumir, tem “cheiro” e força de potência na construção de práticas mais participativas que podemos fazer prevalecer em um esforço diário, tem “gosto” de satisfação ao vir afirmar a vida inventiva e singular que pode nascer das nascentes de nosso devir-trabalhador e tem “som” de alegria de pessoas reais, de um mundo real, que desejam significar seu fazer por meio de uma escuta sensível, de seus protagonismos, construção valorativa de algo em comum e de um fazer existir espaços de sintonia-coletiva.

Aproximando estas reflexões ao meu cenário de trabalho e principalmente no tocante a equipes, onde identifiquei fragilidades, pouca receptividade, dei-me conta de que nunca havíamos tido um verdadeiro momento de encontro e conversa, onde pudéssemos nos ouvir, e também compartilhar nossas próprias demandas, sugestões ou dificuldades pontuais. Tanto em termos das atividades educativas como nos encontros com algumas equipes, havia mesmo pouca “comunhão” com algumas pessoas. Comunhão esta que eu mesma não promovia, por não saber como lidar com as hostilidades, as indiferenças, as despreocupações. Fiz um movimento de mais observar e aguardar algum “sinal verde”, alguma abertura. Fiquei meio “imóvel” e anestesiada, por algum tempo. Machado e Lavrador (2007) nos falam deste movimento e das ações que se podem efetuar diante destas percepções:

Talvez instalar-se na linha de fronteira e ter prudência, paciência e insistência para acompanhar um dado processo e criar zonas de interlocução pontuais em cada situação. Defrontar-se com tudo que se mostra intolerável e, no entanto, não ser capturado pelas intolerâncias.(MACHADO; LAVRADOR, 2007, p. 93).

Como compor (pôr com as pessoas) diante de fragilidades? Como não ser capturado pelas intolerâncias? E as zonas de interlocução, como compor na prática? Como construir espaços de mais comunhão com as pessoas?

O apoiador local, implementado em apenas um serviço de Enfermagem do hospital, tem se mostrado um componente fértil na pavimentação de práticas profissionais mais efetivas, afetivas e colaborativas e, vem ao encontro, desta comunhão e interlocução com as pessoas, pois inaugura uma estética multiprofissional na qual as relações de trabalho engendram-se pela participação de seus atores. Tal prática renovada só ocorre pelo assumir-se como co-partícipe de um processo, que é coletivo por natureza e que só pode efetua-se por sua atitude ética, que significa comprometida e implicada, de todos os atores envolvidos.

Penso que este percurso prosseguirá por um caminho que é de muita luta “contra as forças que obstruem em nós as nascentes do devir” (ROLNIK, 1993, p. 7). Luta esta que, penso eu, deverá ser travada diariamente por meio de uma atenção qualificada técnica e relacionalmente, com insistência e escuta singular-sensível entre as pessoas e pela construção de espaços multidisciplinares (educativo-assistenciais) mais amorosos, alegres e democráticos nas suas interlocuções.

REFERÊNCIAS

ABRAHÃO, Ana Lúcia; MERHY, Emerson Elias. Formação em saúde e micropolítica: sobre conceitos-ferramentas na prática de ensinar. **Interface**, Botucatu, v. 18, n. 49, p. 313-324, 2014.

ALÉM DA OSTOMIA. [2016]. Disponível em: <<http://alemdaostomia.blogspot.com.br/>>. Acesso em: 11 nov. 2016.

ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE ESTOMATERAPIA (SOBEST). **Estomaterapia: competências do enfermeiro estomaterapeuta TI SOBEST ou do enfermeiro estomaterapeuta**. 2009. Disponível em: <<http://www.sobest.com.br/texto/11>>. Acesso em: 16 fev. 2017.

BARROS, Letícia Maria Renault; BARROS, Maria Elizabeth. O problema da análise em pesquisa cartográfica. In: PASSOS, Eduardo; KASTRUP, Virgínia; TEDESCO, Sílvia. **A experiência da pesquisa e o plano comum**. Porto Alegre: Sulina, 2014. v. 2.

BARROS, Manoel de. **Memórias inventadas: as infâncias de Manoel de Barros**. São Paulo: Planeta do Brasil, 2010.

_____. Sobre importâncias. In: _____. **Memórias inventadas: a infância**. São Paulo: Planeta Editorial, 2003.

BERTUSSI, Débora et al. Viagem cartográfica: pelos trilhos e desvios. In: BAPTISTA, Tatiana Wargas de Faria; MATTOS, Rubem Araújo. **Caminhos para análise das políticas de saúde**. Rio de Janeiro: Instituto de Medicina Social, 2011. p. 306-324.

BOCCARA DE PAULU, Maria Angela; PAULA, Pedro Roberto de; CESARETTI, Isabel Umbelina Ribeiro. **Estomaterapia em foco e o cuidado especializado**. São Caetano do Sul: Yendis, 2014.

BONDÍA, Jorge Larrosa. Notas sobre a experiência e o saber da experiência. **Revista Brasileira de Educação**, Rio de Janeiro, n. 19, p. 21-28, jan./abr. 2002.

BORGES, Eliete Cristina et al. Qualidade de vida em pacientes ostomizados: uma comparação entre portadores de câncer colorretal e outras patologias. **Revista do Instituto de Ciências da Saúde**, São Paulo, v. 25, n. 4, p. 357-363, 2007.

BRASIL. **Constituição da República Federativa do Brasil de 1988**. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Constituicao/Constituicao.htm>. Acesso em: 01 jun. 2016.

_____. Ministério da Saúde. Instituto Nacional de Câncer (INCA). **Site**. [2013]. Disponível em: <<http://www2.inca.gov.br/wps/wcm/connect/-inca/portal/home>>. Acesso em: 15 jun. 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do trabalho e da Educação na Saúde. Departamento de Gestão da Educação em Saúde. **Política Nacional de Educação Permanente em Saúde**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2009. (Série B, Textos Básicos de Saúde; Série Pactos pela Saúde 2006, v. 9). Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_educacao_permanent_e_saude.pdf>. Acesso em: 01 jun. 2016.

CAMPOS, Gastão Wagner de Souza. O anti-Taylor: sobre a invenção de um método para co-governar instituições de saúde produzindo liberdade e compromisso. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 14, n. 4, p. 863-870, 1998.

CECCIM, Ricardo Burg. Educação permanente em saúde: desafio ambicioso e necessário. **Interface Comunicação, Saúde, Educação**, Botucatu, v. 9, n. 16, p. 161-177, set. 2004/fev. 2005.

_____. Equipe de saúde: a perspectiva entre-disciplinar na produção dos atos terapêuticos. In: PINHEIRO, Roseni; MATTOS, Ruben Araujo de. **Cuidado: as fronteiras da integralidade**. Rio de Janeiro: Hucitec, 2004.

_____. Um sentido muito próximo ao que propõe a educação permanente em saúde: o devir da educação e a escuta pedagógica da saúde. **Interface Comunicação, Saúde, Educação**, Botucatu, v. 11, n. 22, p. 345-363, maio/ago., 2007.

CECÍLIO, Luis Carlos de Oliveira; MERHY, Emerson Elias. A integralidade do cuidado como eixo da gestão hospitalar. In: PINHEIRO, Roseni; MATTOS, Ruben Araújo (orgs). **Trabalho em equipe sob o eixo da integralidade: valores, saberes e práticas**. Rio de Janeiro: ABRASCO, 2007.

_____. A integralidade do cuidado como eixo da gestão hospitalar. In: PINHEIRO, Roseni; MATTOS, Ruben Araujo de. (Orgs.). **Construção da integralidade: cotidiano, saberes e práticas em saúde**. Rio de Janeiro: ABRASCO, 2003. p. 197-210.

CINTRA, Elisa Maria de Ulhôa. Escutar com o corpo inteiro. **Revista Percurso**, Maringá, p. 129-130, [1997]. Disponível em: <http://revistapercurso.uol.com.br/pdfs/p21_leitura06.pdf>. Acesso em: 10 nov. 2016.

CRUZ, Valter do Carmo. Uma proposta metodológica para o uso/operacionalização dos conceitos da pesquisa em Geografia. In: ENCONTRO NACIONAL DOS GEÓGRAFOS, 16., de 25 a 31 de julho de 2010, Porto Alegre, RS. **Anais...** Porto Alegre, 2010.

DELEUZE, G. **Diferença e repetição**. Tradução de Luiz Orlandi e Roberto Machado. Rio de Janeiro: Graal, 1988.

DURÃES-PEREIRA, Boldrin et al. A escuta e o diálogo na assistência ao pré-natal, na periferia da zona Sul, no município de São Paulo. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 12, n. 2, p. 465-476, mar./abr. 2007.

FIGUEIRÓ, Rafael de Albuquerque et al. Transpondo limites: o cinema na pesquisa-intervenção e o documentário enquanto estratégia de empoderamento em saúde mental. *Revista científica das escolas de comunicação, e artes e educação. Quipus*, Natal, v. 1, n. 2, p. 57-66, jun./nov. 2012.

FRANCO, Túlio Batista; MERHY, Emerson Elias. **O reconhecimento de uma produção subjetiva do cuidado**. 2009. Disponível em: <<http://www.professores.uff.br/tuliofranco/textos/reconhecimento-producao-subjetiva-cuidado.pdf>>. Acesso em: 01 jun. 2016.

FUGANTI, Luiz et al. (Org.) **Pesquisar na diferença**: um abecedário. Porto Alegre: Sulina, 2015.

GALEANO, Eduardo. **O livro dos abraços**. Tradução de Eric Nepomuceno. 9. ed. Porto Alegre: L&PM, 2002.

GEMELLI, Lorena Moraes Goetem; ZAGO, Márcia Maria Fontão. A interpretação do cuidado com o ostomizado na visão do enfermeiro: um estudo de caso. **Revista Latino Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 10, n. 1, p. 34-40, 2002.

GOMES, Rafael da Silveira et al. Integralidade como princípio ético e formativo: um ensaio sobre os valores éticos para estudos sobre o trabalho em equipe de saúde. In: PINHEIRO, Roseni; MATTOS, Ruben Araújo (orgs). **Trabalho em equipe sob o eixo da integralidade**: valores, saberes e práticas. Rio de Janeiro: ABRASCO, 2007.

HECKERT, Ana Lúcia C. Escuta como cuidado: o que se passa nos processos de formação e de escuta? In: PINHEIRO, Roseni; MATTOS, Rubem Araújo (orgs.). **Razões públicas para a integralidade em saúde**: o cuidado como valor. Rio de Janeiro: ABRASCO, 2007. p. 199-212.

HEY, Ana Paula; KRAMA, Laís. Orientações de alta a estomizados sob a ótica da equipe de Enfermagem. **Revista Estima**, São Paulo, v. 10, n. 4, p. 22-29, 2012.

HOSPITAL DE CLÍNICAS DE PORTO ALEGRE (HCPA). **Informações gerenciais**: banco de dados. Porto Alegre, 2015.

HOUAISS, Antônio; VILLAR, Mauro de Salles; FRANCO, Francisco Manoel de Mello. **Dicionário Houaiss da língua portuguesa**. Curitiba: Objetiva, 2009.

LUNARDI, Valéria Lerch. Problematizando conceitos de saúde, a partir do tema da governabilidade dos sujeitos. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, Porto Alegre, v. 20, n. 1, p. 26-40, jan. 1999.

MACHADO, Leila Domingues; LAVRADOR, Maria Cristina Campello. Subjetividade e loucura: saberes e fazeres em processo. **Vivência**, Natal, n. 32, p. 79-95, 2007.

MADEIRA, Lélia maria et al. Escuta como cuidado: é possível ensinar? In: PINHEIRO, Roseni; MATTOS, Rubem Araújo (orgs.). **Razões públicas para a integralidade em saúde**: o cuidado como valor. Rio de Janeiro: ABRASCO, 2007. p. 185-198.

MERHY, Emerson Elias. **Educação permanente em movimento**: uma política de reconhecimento e cooperação, construindo encontros no cotidiano das práticas de saúde. Porto Alegre, 2013. Disponível em: <<http://eps.otics.org/material/entrada-outras-ofertas/artigos/ep-uma-politica-de-reconhecimento-e-cooperacao-construindo-encontros-no-cotidiano-das-praticas-de-saude>>. Acesso em: 25 out. 2016.

_____. **O conhecer militante do sujeito implicado**: o desafio em reconhecê-lo como saber válido. 2010. Disponível em: <<http://www.uff.br/saudecoletiva/professores/merhy/capitulos-02.pdf>>. Acesso em: 01 jun. 2016.

_____. **Saúde**: a cartografia do trabalho vivo em saúde. São Paulo: Hucitec, 2002.

MORAES, Juliano Teixeira et al. Caracterização dos estomizados atendidos pela Secretaria Municipal de Saúde de Divinópolis-MG. **Revista Estima**, São Paulo, v. 7, n. 3, p. 31-37, 2009.

MORAIS, Damaris. **Cartilha da mulher ostomizada**. 6. ed. Goiânia, 2013. Disponível em: <<http://www.abraso.org.br/Cartilha%20da%20Mulher%20Ostomizada%206ª%20edição.pdf>>. Acesso em: 5 nov. 2016.

NASCIMENTO, Márcia Elaine C. **Caracterização das solicitações à consultoria enfermagem ostomizados do Hospital de Clínicas de Porto Alegre**. 2013. 20 f. Trabalho de Conclusão de Curso (Pós-Graduação em Estomaterapia) – Universidade do Vale do Rio dos Sinos, São Leopoldo, 2013.

OSTOMIA SEM FRONTEIRAS. [2016]. Disponível em: <<http://ostomiasemfronteiras.blogspot.com.br/>>. Acesso em: 13 nov. 2016.

OSTOMIZADOS E CIA. [2016]. Disponível em: <<http://www.ostomizadosecia.com/>>. Acesso em: 12 nov. 2016.

PASSOS, Eduardo; BARROS, Regina Benevides. A Construção do plano da clínica e o conceito de transdisciplinaridade. **Psicologia Teoria e Pesquisa**, Brasília, DF, v. 16, n. 1, p. 71-79, jan./abr. 2000.

PINHEIRO, Roseni et al. Práticas eficazes x modelos ideais: ação e pensamento na construção da integralidade. In: PINHEIRO, Roseni; MATTOS, Rubem Araújo (orgs.). **Trabalho em equipe sob o eixo da integralidade**: valores, saberes e práticas. Rio de Janeiro: ABRASCO, 2007.

PORTAL OSTOMIZADOS. [2016]. Disponível em: <http://www.ostomizados.com/paginas_diversas/noticias.html>. Acesso em: 13 nov. 2016.

PRECIOSA, Rosane. Pensar o texto acadêmico como produção de Subjetividade: Anotações preliminares. In: COLÓQUIO DE MODA, 7., 11 a 14 de set. 2011, Maringá/PR. **Anais...** 2011. Disponível em: <http://www.coloquiomoda.com.br/anais/anais/7-Coloquio-de-Moda_2011/GT12/GT/GT_89740_Pensar_o_texto_academico_como_producao_de_subjetividade_annotacoes_preliminares_.pdf>. Acesso em: 25 out. 2016.

RAMOS, Raquel de Souza et al. O perfil dos pacientes estomizados com diagnóstico primário de câncer de reto em acompanhamento em programa de reabilitação. **Cadernos de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 3, p. 280-286, 2012.

ROLNIK, Suely. **Geopolítica da cafetinagem**. São Paulo, 2006. Disponível em: <<http://www.pucsp.br/nucleodesubjetividade/Textos/SUELY/Geopolitica.pdf>>. Acesso em: 01 jun. 2016.

_____. O mal-estar na diferença. **Anuário Brasileiro de Psicanálise**, Rio de Janeiro, n. 3, p. 97-103, 1995.

_____. Pensamento, corpo e devir: uma perspectiva ético/estética/política no trabalho acadêmico. **Cadernos de Subjetividade**, São Paulo, v. 1, n. 2, p. 241-244, 1993.

_____. **Transformações contemporâneas do desejo**. Porto Alegre: Editora da UFRGS, 2014.

ROYAL COLLEGE OF NURSING. **Clinical nurse specialists: stoma care**. London: Royal College of Nursing, 2009. Disponível em: <http://www.rcn.org.uk/__data/assets/pdf_file/-0010/272854/003520.pdf>. Acesso em: 10 jul. 2013.

SANTOS, Vera Lucia Conceição de Gouveia; CESARETTI, Isabel Umbelina Ribeiro. **Assistência em estomaterapia: cuidando de pessoas com estomia**. 2. ed. São Paulo: Atheneu, 2015.

SILVA, Adileida Costa e; SILVA, Giselle Nazaré de Sousa e; CUNHA, Regina Ribeiro. Caracterização de pessoas estomizadas atendidas em consulta de enfermagem do serviço de estomaterapia do município de Belém-PA. **Revista Estima**, São Paulo, v. 10, n. 1, p. 20-27, 2012.

SILVA, Simone Chaves Machado da. **Confecções cartográficas de um mosaico mutante: a potência de encontros da educação profissional em saúde**. 2003. 189f. Dissertação (Mestrado em Educação) – Universidade Federal Do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2003.

SOUZA, Mardem Machado de; BELASCO, Angélica Gonçalves Silva; AGUILAR-NASCIMENTO, José Eduardo de. Perfil epidemiológico dos pacientes portadores de doença inflamatória intestinal do estado de Mato Grosso. **Revista Brasileira de Coloproctologia**, Cuiabá, v. 28, n. 3, p. 324-328, 2008.

STUMM, Eniva Miladi Fernandes; OLIVEIRA, Eliane Roberta Amaral de; KIRSCHNER, Rosane Maria. Perfil de pacientes ostomizados. **Scientia Medica**, Porto Alegre, v. 18, n. 1, p. 26-30, jan./mar. 2008.

TEIXEIRA, Ricardo Rodrigues. Agenciamentos tecnosemiológicos e produção de subjetividade: contribuição para o debate sobre a transformação do sujeito na saúde. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 6, n. 1, p. 49-61, 2001.

VIVER BEM COM OSTOMIA. [2016]. Disponível em: <<http://viverbemcomostomia.blogspot.com.br/>>. Acesso em: 14 nov. 2016.

WORLD COUNCIL OF ENTEROSTOMAL THERAPISTS (WCET). **Role descriptives of a stoma care nurse specialist**. Mount Laurel: WCET, 2010. Disponível em: <<http://www.wcetuk.org.uk/downloads/Role-Descriptives.pdf>>. Acesso em: 2 jul 2013.