

AVALIAÇÃO DA IMPLANTAÇÃO DO SERVIÇO DE ATENÇÃO À SAÚDE DAS PESSOAS ESTOMIZADAS

EVALUATION OF IMPLANTATION OF OSTOMY PATIENT HEALTH CARE PROGRAM

EVALUACIÓN DE LA IMPLEMENTACIÓN DEL SERVICIO DE ATENCIÓN DE LA SALUD DE LAS PERSONAS OSTOMIZADAS

Juliano Teixeira Moraes¹
Carlos Faria Santos Amaral²
Eline Lima Borges³
Mauro Souza Ribeiro⁴
Eliete Albano de Azevedo Guimarães⁵

¹ Enfermeiro. Doutor em Ciências Aplicadas à Saúde do Adulto. Professor Adjunto. Universidade Federal de São João Del-Rey-UFSJ, Campus Centro-Oeste, Curso de Enfermagem. Divinópolis, MG – Brasil.

² Médico. Doutor em Medicina. Professor Associado. Universidade Federal de Minas Gerais – UFMG, Faculdade de Medicina. Belo Horizonte, MG – Brasil.

³ Enfermeira. Doutora em Enfermagem. Professora Associada. UFMG, Escola de Enfermagem. Belo Horizonte, MG – Brasil.

⁴ Enfermeiro. Especialista em Enfermagem em Estomaterapia. Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais, Referência Técnica da Atenção à Saúde da Pessoa Estomizada. Belo Horizonte, MG – Brasil.

⁵ Enfermeira. Doutora em Ciências da Saúde. Professora Adjunta. UFSJ, Campus Centro-Oeste, Curso de Enfermagem. Divinópolis, MG – Brasil.

Autor Correspondente: Juliano Teixeira Moraes. E-mail: julianotmoraes@ufsj.edu.br
Submetido em: 11/12/2016 Aprovado em: 20/06/2017

RESUMO

Objetivo: avaliar a implantação dos Serviços de Atenção à Saúde das Pessoas Ostomizadas em Minas Gerais. **Método:** estudo seccional realizado em 28 unidades de saúde do estado de Minas Gerais. Os dados foram coletados a partir de questionários que compõem a base do Sistema Integrado de Gerenciamento da Assistência Farmacêutica da Secretaria de Estado de Saúde. O grau de implantação foi definido por meio de uma matriz de análise e julgamento validada para o estudo com escores diferenciados para cada indicador avaliado. **Resultados:** foram analisados dados sobre estrutura e processo dos serviços de saúde. Observou-se que 11% atingiram o grau de implantação plena; 42% apresentaram implantação satisfatória; 36% incipientes e 11% foram classificados como não implantados. Na organização do programa, a estrutura foi mais bem avaliada que o processo. Destaca-se ausência de orientação e capacitação de profissionais, atendimento em grupo, organização da demanda de atendimento e escassez de enfermeiro qualificado. **Conclusão:** os serviços estão focados no fornecimento de equipamentos coletores em detrimento de serviços norteados para uma assistência integral, ampliada e em rede.

Palavras-chave: Estomia; Atenção à Saúde; Políticas Públicas de Saúde; Avaliação de Programas e Projetos de Saúde.

ABSTRACT

Objective: To evaluate the implementation of Health Care Services of Ostomized in Minas Gerais. **Methods:** a Cross-sectional study conducted in 28 health facilities in the state of Minas Gerais-Brazil. Data collected through questionnaires that form the basis of the Integrated Pharmaceutical Care Management System of State Health Department. The degree of implementation defined by an array of analysis and judgment validated in the study with different scores for each evaluated indicator. **Results:** Information on structure and process of health services were analyzed. It was observed that 11% reached the level of full deployment; 42% had satisfactory implementation; 36% incipient and 11% were classified as nondeployed. In the program's organization, the structure was better evaluated than process. It is noteworthy the absence of guidance and professional training, group care, the organization's demand for care and shortage of qualified nurses. **Conclusion:** Service is focused on providing collector equipment to the detriment of guided services for comprehensive health care, expanded and networked.

Keywords: Ostomy; Health Care; Health Public Policy; Program Evaluation and Health Projects.

Como citar este artigo:

Moraes JT, Amaral CFS, Borges EL, Ribeiro MS, Guimarães EAA. Avaliação da implantação do Serviço de Atenção à Saúde das Pessoas Estomizadas. REME – Rev Min Enferm. 2017[citado em ____ ____];21:e-1017. Disponível em: _____ DOI: 10.5935/1415-2762.20170027

RESUMEN

Objetivo: Determinar la implementación de los servicios de atención de la Salud de las personas ostomizadas en Minas Gerais. **Métodos:** estudio transversal realizado en 28 centros de salud del estado de Minas Gerais – Brasil. Los datos fueron recogidos a partir de encuestas que forman la base del Sistema Integrado de Gestión de la Atención Farmacéutica de la Secretaría de Estado de Salud. El grado de implementación fue definido por medio de una matriz de análisis y juicio de valor, validada para el estudio con diferentes puntuaciones para cada indicador evaluado. **Resultados:** se analizaron los datos de estructura y proceso de los servicios de salud. Se observó que el 11% alcanzó el grado de implementación completa; 42% implementación satisfactoria; 36% incipiente y 11% se clasificó como no implementado. En la organización del programa, la estructura fue mejor evaluada que el proceso. Cabe destacar la ausencia de orientación y formación profesional, atención en grupo, organización de la demanda de atención y la escasez de enfermeros cualificados. **Conclusión:** Los servicios están enfocados en suministrar equipos colectores en detrimento de servicios dirigidos a la atención integral de la salud, amplia y en red.

Palabras clave: Ostomía; Cuidado de la Salud; Políticas Públicas de Salud; Evaluación de Programas y Proyectos de Salud.

INTRODUÇÃO

As diretrizes para a Atenção à Saúde da Pessoa Ostomizada vêm sendo implementadas nos serviços de saúde pública do Brasil. Arelada à Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência no âmbito do Sistema Único de Saúde, esses serviços têm passado por um período de reestruturação, uma vez que a política do Ministério da Saúde cria condições e possibilidades de se prestar atendimento à pessoa com estomas, num contexto organizado em rede.^{1,2}

A diretriz, por sua vez, define que a atenção à saúde das pessoas com estoma deve ser composta por ações desenvolvidas na atenção primária e nos Serviços de Atenção à Saúde das Pessoas Ostomizadas (SASPO). Determina ainda que, dependendo do tipo de SASPO (I ou II), é preciso um ambiente propício onde se darão as relações sociais de trabalho e que a assistência seja prestada por médicos, enfermeiros, assistentes sociais, psicólogos e nutricionistas. Atribui a essa equipe ações de orientação para o autocuidado, prevenção de complicações nas estomias, fornecimento de equipamentos coletores e adjuvantes de proteção e segurança e, em serviços mais especializados, tratamento de complicações e capacitação de profissionais. Os efeitos esperados desse serviço incluem a qualidade do cuidado às pessoas estomizadas, por meio de atenção integral à saúde, com intervenções especializadas de natureza interdisciplinar, além da prescrição e fornecimento de equipamentos coletores e adjuvantes de proteção e segurança adequados.²

Historicamente, percebe-se que são inegáveis os avanços dessa política. Entretanto, o aumento do número de serviços credenciados pelo Sistema Único de Saúde (SUS) não implica necessariamente uma alteração real das condições de assistência que é prestada a essa população. Sabe-se que esses serviços, em sua grande maioria, funcionam ainda com estrutura e processos característicos de cadastro, controle e dispensação de equipamentos coletores e adjuvantes de proteção e segurança para estomas intestinais e urinários.³

Em Minas Gerais (MG), a Secretaria de Estado de Saúde (SES-MG), por meio da Deliberação CIB-SUS/MG nº 363, de

19 de julho de 2007, e da Resolução SES-MG nº 1249, de 20 de julho de 2007, mesmo antes da Portaria nº 400/2009, criou as Unidades Prestadoras de Serviço (UPS) que foram habilitadas para a assistência aos estomizados integradas por Serviço de Referência Ambulatorial e Serviço de Referência Hospitalar. Dessa forma, constituiu-se a Rede Estadual de Assistência aos Pacientes Portadores de Derivação Intestinal ou Urinária.^{4,5}

Até o ano de 2011 haviam sido implantadas 28 UPS nas 13 macrorregiões de saúde de MG, com o total de 4.762 pessoas estomizadas cadastradas. Entretanto, a despeito do estabelecimento da política de atenção ao estomizado no Estado, não foram encontrados estudos na literatura científica que tenham avaliado a implantação desses serviços.

Ademais, a aplicação do conhecimento gerado em pesquisas avaliativas na perspectiva da análise de implantação de programas tem a propriedade de subsidiar a identificação de problemas quanto à organização de serviços e de apoiar decisões direcionadas à sua consolidação.⁶

Assim, este estudo propõe avaliar a implantação dos SASPOs em MG. Esta pesquisa poderá fornecer aos gestores, direta ou indiretamente, condições para decidir como enfrentar e resolver os problemas detectados no cotidiano desses serviços de saúde.

MÉTODO

Trata-se de pesquisa avaliativa que analisou a implantação do SASPO no estado de MG, em 2011. A análise de implantação consiste em especificar o conjunto dos fatores que influenciam os resultados obtidos após a introdução de uma intervenção. Ou seja, procura saber até onde um programa poderia se afastar de sua “forma ideal”, permanecendo uma variante aceitável da forma original, sem se tornar um novo programa. Esse tipo de análise contribui para tornar as políticas e os programas mais coerentes, por abranger uma análise sistemática que descreve e explica as atividades, os efeitos, as justificativas e consequências sociais.⁶

O estudo limitou sua investigação às dimensões de estrutura (recursos empregados e sua organização) e de processo

(serviços ou bens produzidos).^{6,7} A avaliação da estrutura busca saber em que medida os recursos são empregados de modo adequado para atingir os resultados esperados, enquanto a avaliação do processo é uma maneira de saber em que medida os serviços são adequados para atingir os resultados esperados.⁶ Essa apreciação se faz comparando os serviços oferecidos pela intervenção, com critérios e normas predeterminadas, em função dos resultados esperados.

Para consecução da análise de implantação foi necessário construir o modelo lógico do SASPO, que permitiu visualizar graficamente a constituição dos componentes do serviço e da sua forma de operacionalização, sendo possível discriminar a estrutura e todas as atividades necessárias ao cumprimento das metas. O modelo subsidiou a definição das perguntas avaliativas e, a partir delas, os critérios utilizados na análise das dimensões estrutura e processo.^{3,6,8}

A pesquisa consistiu de duas etapas. Na primeira, organizada pelo pesquisador, foram elaborados dois questionários com o propósito de coletar dados referentes à estrutura e processo dos SASPOs em MG, possibilitando uma análise diagnóstica dos serviços.³ A segunda etapa consistiu na elaboração da matriz de análise e julgamento que possibilitou a definição dos indicadores.

Foram definidos para cada critério/indicador criado a descrição ou método de cálculo e os parâmetros, constituindo-se, assim, a matriz de medidas. As matrizes de medidas (análise e julgamento) são utilizadas como forma de expressar a lógica causal de uma intervenção em sua parte e no todo, traduzindo como os seus componentes contribuem na produção dos efeitos, favorecendo sínteses em forma de juízos de valor.⁹ Neste estudo, a matriz de análise e julgamento para avaliação dos SASPOs foi definida e validada (conteúdo e aparência) por meio da técnica de Delphi.¹⁰

O GI foi definido por meio de um sistema de escores, com pesos diferenciados para cada indicador, segundo nível de importância atribuído. Os itens mais valorizados (valor máximo – cinco pontos) foram aqueles considerados essenciais para a implantação do SASPO. No caso da estrutura, consideraram-se a existência de banheiro adaptado, consultório clínico, sala de reuniões, sala de estocagem, sala de inscrição e dispensação, consultórios equipados com maca revestida com impermeável, escada de dois degraus, balança antropométrica, balde para lixo com tampa, pia para lavagem de mãos, escrivaninha, cadeiras e espelho com dimensões de 120 x 50 cm, sala de inscrição/cadastro/dispensação equipada com mesa de escritório e cadeiras, telefone, computador, internet, impressora, armários, fichários ou arquivo e lixeira; presença de médico proctologista ou urologista, enfermeiro e assistente social, nutricionista, psicólogo e assistente administrativo.

No processo, os critérios avaliados foram: organização da demanda e do atendimento; cadastro e atualização de dados

dos pacientes atendidos no serviço; administração dos equipamentos coletores e adjuvantes de proteção e segurança desde a aquisição, o controle do estoque, as condições de armazenamento, avaliação e fornecimento para as pessoas com estoma; orientação e capacitação dos profissionais da atenção básica ou de outro serviço de Atenção às Pessoas Ostomizadas; capacitação nas unidades hospitalares e das equipes de saúde quanto à assistência nas etapas pré e pós-operatórias das cirurgias que levam à realização de estomias, incluindo as reconstruções de trânsito intestinal e urinários, assim como o tratamento das complicações pós-operatórias; programação com o paciente da periodicidade para entrega dos equipamentos coletores e adjuvantes de proteção e segurança; atendimento individual; atendimento em grupo; atendimento às famílias.

A pontuação máxima estabelecida foi de 80 pontos distribuídos entre as dimensões estrutura (30 pontos) e processo (50 pontos). A estrutura foi analisada em dois fatores: estrutura física (15 pontos) e profissional (15 pontos). A pontuação referente ao processo foi distribuída entre as atividades de atenção à saúde individual da pessoa estomizada (30 pontos) e atenção ampliada (20 pontos), que correspondem às atividades do SASPO I e II, respectivamente.

Para a construção do GI, inicialmente foram determinados os valores observados (Σ dos pontos dos indicadores) e calculado o GI, em termos percentuais (Σ observados / Σ das pontuações máximas x 100). A partir desses percentuais, foram definidas as categorias para a classificação dos SASPO, adotando-se os critérios: estrutura e processo com implantação plena, quando a pontuação obtida na realidade empírica em comparação aos parâmetros definidos para cada questão alcançou percentuais que variaram de 80,0 a 100,0%; implantação satisfatória (60,0 a 79,9%); implantação incipiente (40,0 a 59,9%) e não implantado (abaixo de 40,0%).

Para avaliar a validade da matriz foi realizada análise descritiva de todos os itens. O coeficiente alfa de Cronbach foi utilizado para avaliar a consistência interna das escalas propostas e, após, procedeu-se à análise fatorial com estimação dos índices “teste KMO” e “teste de Bartlett ou esfericidade”. Por meio dessa análise buscou-se desenvolver um modelo cujos fatores contemplassem boas características, tanto de consistência interna (com valores de alfa de Cronbach > 0,70), quanto de validade (com boas propriedades na análise fatorial).¹¹ Por isso, foram testados diversos modelos, com diferentes números de fatores e itens, a fim de tornar o modelo fatorial mais adequado e, por isso, optou-se por excluir alguns itens da escala original.

Também foi avaliada a correlação entre cada item que compunha determinado fator da matriz, com seu escore global. Em todas as análises, considerou-se nível de 5% de significância. Foi utilizado o *software Statistical Package for the Social Sciences (SPSS)*, versão 15.0 e R versão 2.14.0.

O trabalho foi desenvolvido após autorização da Coordenação da Atenção à Saúde da Pessoa com Deficiência da Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais, que concedeu acesso aos documentos, e aprovação pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Minas Gerais, a partir do parecer nº 35643/2012.

RESULTADO

Do total das unidades de análise elegíveis, 26 (93%) retornaram os questionários avaliativos referentes aos itens de estrutura e 20 (71%) retornaram os questionários avaliativos de processo. Verificou-se que 19 (68%) unidades tiveram sua estrutura e processo avaliados. Um município se recusou a participar e não respondeu os questionários e oito (29%) não participaram por insuficiência de dados necessários na avaliação da implantação.

Em relação ao grau de implantação do SASPO em MG, este estava plenamente implantado em apenas duas unidades (11%) e oito (42%) delas apresentaram implantação satisfatória. GI incipiente e não implantado foram observados em sete (36%) e dois (11%) serviços, respectivamente.

A dimensão estrutura foi mais bem avaliada que o processo, quando analisadas separadamente. Os SASPOs apresentaram estrutura com implantação plena em cinco unidades (19%) e implantação satisfatória em oito unidades (42%), enquanto a análise do processo mostrou que 10 serviços (50%) tiveram implantação incipiente e três serviços (15%) não tinham o programa implantado (Tabela 1).

Tabela 1 - Avaliação do grau de implantação dos SASPOs do estado de Minas Gerais, 2011

Grau de implantação	SASPO		Estrutura		Processo	
	n	%	n	%	n	%
Implantação plena	2	11	5	19	3	15
Implantação satisfatória	8	42	11	42	4	20
Implantação incipiente	7	36	6	23	10	50
Não implantado	2	11	4	16	3	15
Total	19		26		20	

Especificamente no tocante à avaliação da estrutura, o item equipamentos materiais – sala de inscrição/cadastro/dispensação foi aquele que apresentou maior escore médio (3,7), entre os avaliados. Os menores escores foram obtidos no item presença de recursos humanos, com destaque para aqueles vinculados à equipe de enfermagem (1,8).

Destaca-se na avaliação do processo que os critérios orientação e capacitação dos profissionais da atenção básica ou de outro serviço de atenção às pessoas ostomizadas e capacitação nas unidades hospitalares das equipes de saúde quanto à

assistência pré e pós-operatórias não estão implantados em 40 e 70% dos SASPOs, respectivamente. Ainda no que diz respeito à avaliação de processos educativos desenvolvidos pela unidade, evidenciou-se que 40% das unidades não possuem o atendimento em grupo ou possuem de maneira insuficiente, assim como também os atendimentos em família não estão implantados ou estão com insuficiência (35%).

A organização da demanda e do atendimento e o cadastro e atualização de dados dos pacientes no serviço não foram bem avaliados, tiveram seus escores médios avaliados em 2,5 e 2,3.

A análise estatística confirmou que a matriz de estrutura (Tabela 2) teve boa consistência interna (alfa de Cronbach = 0,771), cujos resultados da análise fatorial consideram um modelo com dois fatores e o total de seis itens na escala. Ressalta-se que o modelo proposto pela análise fatorial apresentou bom ajuste de acordo com as estatísticas avaliadas (KMO=0,562, teste de Bartlett<0,001) e percentual da variância = 64,82%. A escala resultante da análise fatorial teve boa consistência interna para cada um dos dois fatores: fator 1 (alfa = 0,696) e fator 2 (alfa=0,726).

Tabela 2 - Análise fatorial da escala de avaliação da estrutura dos serviços de atenção à saúde da pessoa estomizada em Belo Horizonte, Minas Gerais – Brasil 2011

Avaliação de Estrutura	Fator 1: Recursos físicos e Materiais	Fator 2: Recursos Humanos
Estrutura física	0,791	
Equipamentos materiais – consultórios clínicos	0,816	
Equipamentos materiais – sala de inscrição/cadastro/dispensação	0,669	
Recursos Humanos – médicos		0,703
Recursos Humanos – equipe de enfermagem		0,776
Recursos Humanos – outros profissionais		0,807

Escore total Alfa = 0,771 / IC 95%=[0,609; 0,881]
KMO=0,562 Valor-p teste de Bartlett<0,001
Percentual da variância explicada pelo modelo=64,82%

A matriz de processo (Tabela 3) também obteve boa consistência interna (alfa = 0,809). Os resultados da análise fatorial consideraram também um modelo com dois fatores e o total de 10 itens na matriz e o item “principal atividade realizada na unidade” teve carga fatorial < 0,40. O modelo proposto pela análise fatorial também apresentou bom ajuste, demonstrando KMO=0,605, teste de Bartlett=0,022 e percentual da variância=55,77%. Assim, a análise dos dados resultante da análise fatorial teve boa consistência interna, tanto quando se avaliou a escala global (alfa = 0,813), quanto para cada um dos dois fatores: fator 1 (alfa = 0,762) e fator 2 (alfa=0,688).

Tabela 3 - Análise fatorial da escala de avaliação de processo dos serviços de atenção à saúde da pessoa estomizada em Belo Horizonte, Minas Gerais – Brasil, 2011

Avaliação de processo	Fator 1: Gestão do Serviço	Fator 2: Assistência
Organização da demanda e do atendimento	0,801	
Cadastro e atualização de dados dos pacientes atendidos no serviço	0,724	
Administração dos equipamentos coletores e adjuvantes de proteção e segurança	0,684	
Orientação e capacitação dos profissionais da atenção básica		0,865
Capacitação nas unidades hospitalares e equipes de saúde quanto à assistência		0,586
Programação com o paciente da periodicidade para entrega dos equipamentos		0,745
Atendimento individual		0,417
Atendimento em grupo		0,663
Atendimento às famílias		0,545
Principal atividade realizada na unidade	-	-

Escore total Alfa = 0,809 / IC 95%=[0,655; 0,913]

KMO=0,605 valor-p teste de Bartlett=0,022

Percentual da variância explicada pelo modelo=55,77%

DISCUSSÃO

Este estudo avaliou o grau de implantação de 19 SASPOs em MG e a sua relação com os contextos estruturais e de processo. A avaliação permitiu demonstrar que os SASPOs apresentam graus de implantação diferenciados no estado.

A realidade observada não ressalta mudanças expressivas no atendimento clínico, predominando no cotidiano o conceito original "centro de distribuição de dispositivos". Esse fato se contrapõe às recomendações estabelecidas pelo Ministério da Saúde e Secretaria de Estado de Saúde de MG, que asseguram o direito não só ao dispositivo coletor como também à assistência prestada pelos profissionais de saúde para ações de orientação para o autocuidado, prevenção e tratamento de complicações nas estomias. Nesse propósito, os serviços deveriam ser norteados para uma assistência integral, ampliada e em rede.^{1,2,4,5} Essa contradição é marcada pela compreensão, interesse e desempenho das políticas públicas por parte daqueles que a implementam. Isso permite dizer que as políticas públicas nem sempre são percebidas como ações governamentais idealizadas, formuladas e desenhadas frente às necessidades locais, permeadas e intercambiadas com os anseios e demandas de grupos da sociedade, resultando, assim, programas, estratégias, planos ou serviços de impacto, possibilitando transformações e resultados positivos e benéficos para pessoas numa dada realidade.¹²

Nessa perspectiva, a implementação de uma política, como o SASPO, não deve ser consequência somente de uma di-

retriz formal jurídico-normativa.² Espera-se com a organização desses serviços um investimento para melhorar a eficácia e a efetividade da assistência às pessoas estomizadas e, consequentemente, a qualidade de vida com a inserção social desses indivíduos. Tal prática é fundamental para promover mais qualidade de vida para o paciente e, do ponto de vista gerencial, otimizar a utilização do erário, na medida em que menos pacientes serão mensalmente atendidos, possibilitando, portanto, o investimento em tecnologias de cuidado (dispositivos coletores e acessórios) de alto custo, o que beneficia maior número de usuários.¹³

Impulsionada pelo processo de descentralização e apoiada por programas relevantes, a atenção em saúde no SUS propõe oferecer acesso universal e serviços abrangentes, coordenar e expandir a cobertura para níveis mais complexos de cuidado, bem como implementar ações intersetoriais de promoção de saúde e prevenção de doenças.¹⁴ Contudo, a implantação dos SASPOs em MG não implicou necessariamente uma alteração real das condições de assistência que é prestada às pessoas estomizadas no sistema público.

Nesta avaliação os critérios relacionados ao grau de implantação de estrutura e processo dos SASPOs no estado informam que os serviços possuem estrutura física e recursos materiais para a dispensação de equipamentos coletores e adjuvantes de proteção e segurança para estomias intestinais e urinárias, mas o funcionamento desses serviços não está em conformidade com o proposto pelas diretrizes do SASPO no Brasil.² Nesse aspecto, mais da metade dos serviços teve a avaliação da estrutura com implantação plena ou satisfatória, enquanto apenas 35% dos serviços tiveram o processo bem avaliado.

Sabe-se que, historicamente, esses serviços foram orientados para o fornecimento de equipamentos vinculados ao programa de órtese e prótese, conforme Portaria nº 116 de 09 de setembro de 1993. Nela foi incluída no Sistema de Informações Ambulatoriais do Sistema Único de Saúde (SIA/SUS) a concessão dos equipamentos de órteses, próteses e bolsas de colostomia. Apenas com a Política Nacional de Saúde da Pessoa com Deficiência, instituída pela Portaria MS/GM nº 1.060, de 5 de junho de 2002, de forma incipiente, criou-se um programa de saúde para a pessoa com deficiência, com vistas à reabilitação de sua capacidade funcional e desempenho humano, além de se prevenir agravos que determinam o aparecimento da deficiência.^{1,15}

Atualmente essa assistência foi ampliada pela Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência no âmbito do Sistema Único de Saúde, a qual tem por objetivos ampliar o acesso e qualificar o atendimento às pessoas com deficiência temporária ou permanente, promover a vinculação das pessoas com deficiência e suas famílias aos pontos de atenção e garantir a articulação e a integração dos pontos de atenção das redes de saúde no território.¹

Embora as diretrizes estabelecidas tenham marcado um avanço no que diz respeito à assistência às pessoas estomizadas no Brasil, ainda não se têm evidenciado mudanças nesse cená-

rio, o que retrocede os serviços ao já assegurado pelas Portarias MS n. 116/1993, quando pelo Programa de Órtese e Prótese eram feitas as distribuições de dispositivos e bolsas coletoras nos centros de saúde especializada.¹⁵

Nessa conjuntura, para além das condições estruturais, a presença de profissionais de saúde para a realização das práticas nos serviços fundamenta-se na garantia do acesso e da qualidade do cuidado de que necessitam as pessoas estomizadas. Os principais desafios para a efetivação como diretrizes se dão no sentido de se atribuir, aos profissionais desses serviços, competências clínicas para que possam prestar uma assistência com vistas à integralidade do cuidado e à construção da rede de serviços para assegurar o acesso aos beneficiários do SUS. Assim, os SASPOs devem estar cada vez mais em conformidade com os princípios norteadores do SUS.

A escassez de profissional de saúde qualificado, principalmente o enfermeiro, pode ter sido um dos fatores que influenciaram o processo de trabalho dos SASPOs de MG. Os piores critérios avaliados na dimensão processo – como a orientação e capacitação dos profissionais da atenção básica ou de outro serviço de atenção às pessoas estomizadas e a capacitação nas unidades hospitalares das equipes de saúde quanto à assistência pré e pós-operatórias – são geralmente desenvolvidos pelo profissional de enfermagem. O atendimento em grupo e atendimento às famílias são critérios que também não foram bem avaliadas, sendo estes relacionados à presença ou não de profissionais de saúde nos serviços.

Cabe ressaltar ainda que o treinamento e a capacitação do estomizado, durante o pré e pós-operatórios, contribuem para melhor adaptação e diminuição da ocorrência de complicações e reduzem o tempo de internação.¹⁶

Os serviços avaliados desempenham de maneira insuficiente seu papel de centro de referência para a formação de outros profissionais e isso se reflete no conhecimento e, conseqüentemente, no cuidado prestado a essas pessoas. Como exemplo, cita-se um estudo que revela que os enfermeiros da Atenção Primária da Saúde estão científica e tecnicamente despreparados para assistir e orientar as pessoas com estomias.¹⁷ Essa condição influencia sobremaneira a integralidade do cuidado, já que essas pessoas necessitam de uma rede de apoio e de suporte social que inclua não só a família, mas também grupos de apoio e os profissionais de saúde para desenvolver as práticas necessárias.^{2,18}

Atividades que promovam a educação em saúde do estomizado são fundamentais para a reabilitação. O profissional de saúde desempenha importante papel no empoderamento do usuário para um cuidado promotor de saúde, uma vez que a educação destina-se a formar a consciência crítica e da autonomia.¹⁹

No que diz respeito ao funcionamento dos serviços em rede, é esperado um fluxo de referência e contrarreferência bem definido, em que estão envolvidos os serviços de baixa,

média e alta complexidade (Atenção Básica ↔ SASPO I ↔ SASPO II ↔ Hospital). Assim, entre suas atribuições, os SASPOs devem favorecer a interligação entre esses serviços, por meio de capacitação dos profissionais envolvidos nos diversos níveis da rede. A inexistência de fluxos bem definidos nos serviços de saúde pode significar deficiências relacionadas ao planejamento e regulação, gestão clínica, acesso aos serviços, recursos humanos, sistemas de informação e comunicação, além de facilidades para apoio logístico.¹⁸ Um item avaliado pela matriz “principal atividade realizada na unidade” apresentou carga fatorial inferior a 0,40 e, portanto, foi excluído da análise, já que esse resultado indica que o item não é importante para compor o construto formado pela matriz em questão. Tal limitação se justifica pelo fato de que o questionário utilizado descrevia as principais atividades desses serviços para que fosse marcado qual ou quais delas se destacavam na unidade. Por ser um questionário autoaplicado, não se pode tecer conclusões, uma vez que os serviços se manifestaram, em sua maioria, como executores de todas as atividades propostas. Contudo, ressalta-se que o modelo proposto pela análise fatorial apresentou bom ajuste de acordo com as estatísticas avaliadas.

Outra limitação do estudo está na coleta de dados obtidos durante a avaliação da estrutura e processos dos serviços, em diferentes momentos. Sabe-se que o termo processo refere-se aos elementos constitutivos das práticas propriamente ditas que intermedeiam a relação profissional-usuário. E que a avaliação de processo descreve, portanto, as atividades do serviço e está, então, direcionada para a análise da competência da assistência prestada.^{6,7} Tal apontamento remete à reflexão de que, durante a avaliação dos processos, pode haver mais dificuldade em materializar suas ações e serviços num questionário.

CONCLUSÃO

Ao se instituir o SASPO, o principal desafio foi no sentido de se oferecer assistência de qualidade com vistas à construção de um modelo de atenção compatível com os princípios do SUS, voltado para uma assistência integral, ampliada e em rede.

Partindo desse princípio, foi possível demonstrar, com a presente pesquisa, que existem lacunas nos SASPOs que os afastam de seus propósitos. A avaliação dos âmbitos estruturais e de processo no grau de implantação do SASPO permitiu verificar que, entre os municípios estudados, ainda persiste a vocação desses serviços para o fornecimento de equipamentos, como na sua função histórica original.

Destaca-se, ainda, a necessidade de reorientar os profissionais que estão nos SASPOs para as atividades e competências de cada serviço para melhor operacionalizar os processos organizacionais. Assim, há possibilidades de se garantir que as pessoas estomizadas recebam as informações e cuidados que os capaci-

tem a viver uma vida autônoma e independente, como proposto pela Declaração Internacional dos Direitos dos Ostomizados.

Ao longo do estudo, os dados preliminares já puderam influenciar o processo de implantação de novos serviços no estado. Foram implementados outros 12 serviços, sendo seis deles na região oeste de Minas. Nessa região, antes desprovida de serviços de referência, foi implantado um SASPO, tipo II, no município-sede da macrorregião de saúde e outros cinco SASPOs, tipo I, naqueles municípios sede de microrregionais de saúde.

A avaliação dos serviços subsidiou também o processo de capacitação a que a CASPD/SES-MG deu início em 2013, em que foram realizadas oficinas formativas nos SASPOs das macrorregiões de saúde, além de um curso via sistema de Educação à Distância (EAD), produzido pelo Canal Minas Saúde. Pressupõe-se que muitos dos problemas vinculados à assistência clínica e ao fornecimento de equipamentos coletores e adjuvantes de proteção e segurança sejam minimizados a partir dessa intervenção.

Por fim, a elaboração e a operacionalização de modelos capazes de avaliar os SASPOs permitem acompanhar as práticas de saúde, suas relações com as necessidades da população, bem como as possíveis modificações ocorridas em contextos históricos determinados e, então, contribuir para a sua efetivação. Novos estudos devem ser realizados a fim de se avaliar possíveis diferenças culturais que possam ter ocorrido durante a construção dos instrumentos avaliativos.

REFERÊNCIAS

1. Ministério da Saúde (BR). Portaria nº 793, de 24 de abril de 2012. Institui a rede de cuidados à pessoa com deficiência no âmbito do sistema único de saúde. Brasília: MS; 2012. [citado em 2016 mar. 31]. Disponível em: <http://eduardobarbosa.com/sitedata/filesdt/legislacao/316/portaria793de24-04-2012.pdf>
2. Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Assistência à Saúde. Portaria nº 400, de 16 de novembro de 2009. [Internet]. Brasília: MS, 2009. [citado em 2016 mar. 31]. Disponível em: http://www.ans.gov.br/images/stories/noticias/pdf/p_sas_400_2009_ostomizados.pdf
3. Moraes JT, Amaral CFS, Borges EL, Ribeiro MS, Guimarães EAA. Serviços de atenção ao estomizado: análise diagnóstica no estado de Minas Gerais, Brasil. *Cad Saúde Coletiva*. 2014[citado em 2016 jan. 19];22(1):101-8. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-462X2014000100101
4. Secretaria de Estado de Saúde (MG). Deliberação CIB-SUS-MG n. 363, de 19 de julho de 2007. Aprova critérios, normas operacionais e procedimentos para a assistência a portadores de derivação intestinal ou urinária no SIA/SUS/MG e no SIH/SUS/MG, nos termos da minuta de Resolução SES. Belo Horizonte; 2007. [citado em 2013 dez. 10]. Disponível em: http://www.saude.mg.gov.br/atos_normativos/deliberacoes/2007/363.pdf
5. Secretaria de Estado de Saúde (MG). Resolução n. 1249, de 20 de julho de 2007. Define critérios, normas operacionais e procedimentos para assistência a portadores de derivação intestinal ou urinária no SIA/SUS/MG e no SIH/SUS/MG. Belo Horizonte; 2007. [citado em 2013 dez. 10]. Disponível em: http://www.saude.mg.gov.br/atos_normativos/resolucoes/2007/resolucao1249.pdf
6. Brousselle A, Champagne F, Contandriopoulos AP, Hartz Z, organizadores. *Avaliação em saúde: conceitos e métodos*. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2011.
7. Donabedian A. Basic approaches to assessment: structure, process and outcome. In: Donabedian A. *Explorations in quality assessment and monitoring*. Ann Arbor: Health Administration; 1980. p.77-125.
8. Cassiolato M, Gueresi S. Como elaborar modelo lógico: roteiro para formular programas e organizar avaliação. Brasília: IPEA; 2010.
9. Samico I, Felisberto E, Figueiró AC, Frias PG. *Avaliação em saúde: bases conceituais e operacionais*. Rio de Janeiro: Medbook; 2010.
10. Dalkey NC. The Delphi method: an experimental study of group opinion. Santa Monica (CA): Rand Corporation; 1969.
11. Tavakol M, Dennick R. Making sense of Cronbach's alpha. *Inter J Med Educ*. 2011[citado em 2013 dez. 10];2:53-5. Disponível em: <http://www.ijme.net/archive/2/cronbachs-alpha.pdf>
12. Fernandes FMB, Ribeiro JM, Moreira MR. Reflexões sobre avaliação de políticas de saúde no Brasil. *Cad Saúde Pública*. 2011[citado em 2013 dez. 10];27(9):1667-77. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2011000900002&lng=en
13. Ramos RS, Barros MD, Santos MM, Gawryszewski ARB, Gomes AMT. O perfil dos pacientes estomizados com diagnóstico primário de Câncer de reto em acompanhamento em programa de reabilitação. *Cad Saúde Coletiva*. 2012[citado em 2016 maio 23];20(3):280-6. Disponível em: http://www.iesc.ufrj.br/cadernos/images/csc/2012_3/artigos/CSC_v20n3_280-286.pdf
14. Paim J, Travassos C, Almeida C, Bahia L, Macinko J. The Brazilian health system: history, advances and challenges. *Lancet*. 2011[citado em 2016 maio 23];377(9779):1778-97. Disponível em: <http://www.thelancet.com/series/health-in-brazil> [http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736\(11\)60054-8](http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736(11)60054-8)
15. Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Assistência à Saúde. Portaria nº 116, de 09 de setembro de 1993. Brasília: MS; 1993. [citado em 2015 jan. 14]. Disponível em: http://www.lexmagister.com.br/doc_3996372_portaria_n_116_de_9_de_setembro_de_1993.aspx
16. Rashidi L, Long K, Hawkins M, Menon R, Bellevue O. Stoma creation: does onset of ostomy care education delay hospital length of stay? *Am J Surg*. 2016[citado em 2016 jan. 18];211:954-7. Disponível em: http://ac.els-cdn.com/S0002961016301131/1-s2.0-S0002961016301131-main.pdf?_tid=b0b0f8a0-1c6f-11e6-b38c-00000aab0f02&acdnat=1463517851_3ca35f04830fd0631e012ff9da9f91
17. Moraes JT, Oliveira RC, Reis LH, Silva MN. Conhecimento do enfermeiro da Atenção Primária de Saúde de um município de Minas Gerais sobre o cuidado em estomias. *Rev Estima*. 2012;10(4):12-21.
18. Taddeo PS, Gomes KWL, Caprara A, Gomes AMA, Oliveira GC, Moreira TMM. Acesso, prática educativa e empoderamento de pacientes com doenças crônicas. *Ciênc Saúde Coletiva*. 2012[citado em 2016 jan. 19];17(11):2923-30.
19. Mendes EV. *As redes de atenção à saúde*. 2ª ed. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde; 2011.

