

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA MARIA
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM
MESTRADO EM ENFERMAGEM**

**DESENVOLVIMENTO E VALIDAÇÃO DE VÍDEO
EDUCATIVO PARA FAMÍLIAS DE PESSOAS COM
COLOSTOMIA POR CÂNCER**

DISSERTAÇÃO DE MESTRADO

Bruna Vanessa Costa da Rosa

**Santa Maria, RS, Brasil
2015**

**DESENVOLVIMENTO E VALIDAÇÃO DE VÍDEO
EDUCATIVO PARA FAMÍLIAS DE PESSOAS COM
COLOSTOMIA POR CÂNCER**

Bruna Vanessa Costa da Rosa

Dissertação apresentada ao Programa de Pós Graduação em Enfermagem (PPGEnf), Área de Concentração: Cuidado, educação e trabalho em Enfermagem e Saúde, Linha de Pesquisa: Cuidado em Enfermagem e Saúde, Centro de Ciências da Saúde da Universidade Federal de Santa Maria (UFSM, RS), como requisito parcial para a obtenção do título de **Mestre em Enfermagem**

Orientadora: Prof^ª. Dr^ª. Nara Marilene Oliveira Girardon-Perlini

**Santa Maria, RS, Brasil
2015**

Ficha catalográfica elaborada através do Programa de Geração Automática da Biblioteca Central da UFSM, com os dados fornecidos pelo(a) autor(a).

Rosa, Bruna Vanessa Costa da
DESENVOLVIMENTO E VALIDAÇÃO DE VÍDEO EDUCATIVO PARA
FAMÍLIAS DE PESSOAS COM COLOSTOMIA POR CÂNCER / Bruna
Vanessa Costa da Rosa.-2015.
99 p.; 30cm

Orientadora: Nara Marilene Oliveira Girardon-Perlini
Dissertação (mestrado) - Universidade Federal de Santa
Maria, Centro de Ciências da Saúde, Programa de Pós-
Graduação em Enfermagem, RS, 2015

1. Câncer 2. Família 3. Educação em Saúde 4. Tecnologias
Educativas 5. Enfermagem I. Marilene Oliveira Girardon-
Perlini, Nara II. Título.

© 2015

Todos os direitos autorais reservados a Bruna Vanessa Costa da Rosa. A reprodução de partes ou do todo deste trabalho só poderá ser feita mediante a citação da fonte.

E-mail: bruninha_vcr@hotmail.com

Universidade Federal de Santa Maria
Centro de Ciências da Saúde
Programa de Pós-Graduação em Enfermagem
Mestrado em Enfermagem

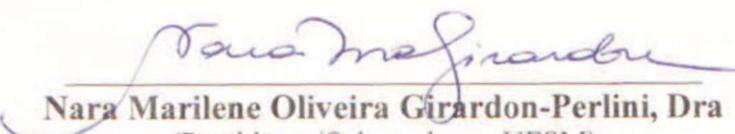
A Comissão Examinadora, abaixo assinada,
Aprova a Dissertação de Mestrado

**DESENVOLVIMENTO E VALIDAÇÃO DE VÍDEO EDUCATIVO
PARA FAMÍLIAS DE PESSOAS COM COLOSTOMIA**

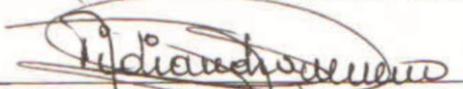
elaborada por
Bruna Vanessa Costa da Rosa

como requisito parcial para obtenção do grau de
Mestre em Enfermagem

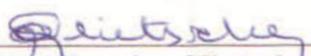
BANCA EXAMINADORA:



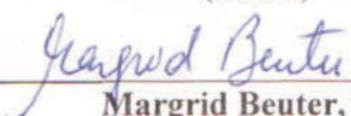
Nara Marilene Oliveira Girardon-Perlini, Dra
(Presidente/Orientadora - UFSM)



Nidia Sandra Guerrero Gamboa, Dra
(UNAL/Colombia)



Elisabeta Albertina Nietsche, Dra
(UFSM)



Margrid Beuter, Dra
(UFSM- Suplente)

Santa Maria, 20 de março de 2015.

*Dedico este trabalho ao meu querido tio Paulo Andres Costa (in
memoriam), por ter sido um exemplo para mim e, assim, me
incentivado a chegar até aqui.*

AGRADECIMENTOS

Agradeço,

A **Deus**, pela vida e por ter me acompanhado em todos os momentos. Agradeço por ter me dado sabedoria, perseverança e força para alcançar meus objetivos.

Ao **meu pai, Damásio**, por ter acreditado em mim e me apoiado em tudo que fiz até hoje. Obrigada pelo esforço, dedicação e comprometimento com a minha educação, pois sei que não foi fácil. Essa conquista não teria sido possível se não fosse pela tua existência na minha vida.

Da mesma forma, agradeço à **minha mãe querida, Ema**, por ter sido meu porto seguro, por me dar todo o carinho e amor que uma mãe pode dar a um filho e por nunca ter deixado de acreditar em mim e me incentivado em todos os momentos, principalmente nos mais difíceis, quando se acredita que não é mais possível prosseguir. Obrigada por nunca ter me deixado desistir.

Aos **meus avós, Raul e Eunice**, por todos os valores ensinados, por serem meus segundos pais e por me amarem incondicionalmente. Agradeço por todas as palavras de carinho, conforto, incentivo e força durante todos esses anos. Amo vocês.

Ao **meu namorado, Leon**, meu amor, por ter sido meu amigo, meu companheiro, por ter acreditado sempre em mim, me apoiando e incentivando. Agradeço pela paciência, pela força e, principalmente, por todo o amor e carinho. Obrigada pelos momentos especiais vividos até agora e pelos que ainda viveremos. Te amo!

À minha querida orientadora, **Nara**, por todos esses anos de parceria e amizade. Obrigada por ter compartilhado comigo tua imensa sabedoria, pois, de tudo o que eu sei e sou hoje, grande parte devo a ti. Obrigada também pela paciência, pelo incentivo, por ter acreditado em mim e me ajudado a chegar até aqui. És um exemplo de profissional e ser humano que carrego sempre comigo. Enfim, obrigada por tudo!

À minha família, que levo sempre comigo, **meu tios Enrique e Sandra, meu primos Vinícius e Fabrício**. Obrigada por todo o amor e carinho sempre. São essenciais na minha vida. Amo vocês.

À **minha tia Glória e meus primos Luís Henrique e Maria Isabel**. Amo vocês.

À **minha querida e fiel amiga Camila**, pela amizade verdadeira, pela parceria, pelo carinho, pelas palavras de incentivo e por ter acreditado em mim em todos os momentos. Tua amizade é algo que levo sempre comigo.

Às **minhas colegas e amigas Danusa e Bruna**, pela amizade e parceria nesses anos. Obrigada pelo carinho e por todos os momentos que dividimos.

Às **colegas do grupo das quintas-feiras**, por todos os momentos que compartilhamos, pelas discussões, pelo aprendizado e também pelas conversas informais que animavam ainda mais as nossas quintas. Obrigada a todas.

Às **colegas do grupo de pesquisa Cuidado, Saúde e Enfermagem**, pelo convívio e por todos os momentos de aprendizagem que compartilhamos.

Às **bolsistas de iniciação científica Manuela e Itagira**, pelo comprometimento e colaboração neste trabalho.

Aos **professores que aceitaram integrar a banca de defesa** desta dissertação, obrigada pelas contribuições para o aprimoramento deste trabalho.

Aos **participantes deste estudo**, por acreditarem neste trabalho e por contribuírem para que pudesse ser realizado.

À **UFSM**, por ter feito parte da minha vida acadêmica desde a graduação e por ter me possibilitado crescimento e conhecimento em todos esses anos.

Às **demais pessoas envolvidas** neste processo, que direta ou indiretamente tiveram sua contribuição para que esta conquista fosse possível.

*“A tarefa não é tanto ver aquilo que ninguém viu, mas pensar o que
ninguém ainda pensou sobre aquilo que todo mundo vê.”*

(Arthur Schopenhauer)

RESUMO

**Dissertação de Mestrado
Programa de Pós-Graduação em Enfermagem
Universidade Federal de Santa Maria**

DESENVOLVIMENTO E VALIDAÇÃO DE VÍDEO EDUCATIVO PARA FAMÍLIAS DE PESSOAS COM COLOSTOMIA POR CÂNCER

Autora: Enf. Md.^a Bruna Vanessa Costa da Rosa
Orientadora: Prof.^a Dr.^a Nara Marilene Oliveira Girardon-Perlini
Data e local da defesa: Santa Maria, 20 de março de 2015.

O diagnóstico de um câncer ocorre dentro de um contexto familiar e, em maior ou menor grau, afeta os membros da família e desencadeia mudanças em seu funcionamento. No caso do câncer de cólon e reto, o desafio pode ser maior, devido à necessidade de realização de uma colostomia. Nesse cenário, a forma de atuação da enfermagem torna-se importante para o desenvolvimento de ações que visem à melhoria da qualidade de vida, tanto para a pessoa portadora quanto para a família. Nesse sentido, intervenções por meio de tecnologias educativas visam fortalecer a família e dar subsídios para que possa desenvolver estratégias de enfrentamento, de convívio social e familiar, bem como as estratégias de cuidado que mais se assemelham ao funcionamento da família. Assim, o estudo teve por objetivo desenvolver e validar um vídeo educativo para as famílias de pessoas com colostomia por câncer. Trata-se de uma pesquisa de caráter metodológico, cujo cenário foi a cidade de Santa Maria, Rio Grande do Sul, Brasil. O desenvolvimento e a validação do vídeo ocorreram entre os meses de abril e outubro de 2014, após aprovação pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Santa Maria, com CAAE número 28062514.8.0000.5346. Os participantes do estudo foram sete juízes-especialistas e o público-alvo foi representado por duas famílias que possuem um membro portador de colostomia por câncer. O estudo foi desenvolvido em quatro etapas: construção do roteiro, validação do roteiro (instrumento tipo Escala Likert), desenvolvimento do vídeo educativo e validação do vídeo. Com a validação do roteiro, foi desenvolvido o vídeo, que teve uma duração de 8 minutos e 35 segundos. A validação do vídeo ocorreu por meio de entrevista e preenchimento de instrumento avaliativo. Considerando as respostas aos blocos dos itens avaliativos de cada instrumento de validação, foi realizada a análise quantitativa, de acordo com as valorações correspondentes, e também a análise da representação comportamental. Os dados coletados na fase de validação do vídeo, mediante entrevista, foram analisados por meio da proposta de análise qualitativa de Polit. Nos resultados, percebeu-se uma tendência pela concordância entre as respostas dos juízes-especialistas e público-alvo aos instrumentos de validação, obtendo-se uma avaliação positiva. Sendo assim, pôde-se deduzir que não houve indicação significativa de discordância entre os participantes. Tendo em vista que essas famílias vivem um momento de dúvidas e incertezas, principalmente relacionadas ao futuro, considera-se que o vídeo poderá contribuir significativamente para que possam compreender melhor o que estão vivendo e refletir quanto àquilo que poderá lhes ajudar nessa nova caminhada, bem como desenvolver habilidades e autonomia frente à nova realidade.

Palavras-chave: Câncer. Família. Educação em saúde. Tecnologias Educacionais. Enfermagem.

ABSTRACT

**Master's Dissertation
Graduate Program in Nursing
Federal University of Santa Maria**

DEVELOPMENT AND VALIDATION OF EDUCATIONAL VIDEO FOR FAMILIES OF PERSONS WITH COLOSTOMY BY CANCER

Author: Enf. Md.^a Bruna Vanessa Costa da Rosa
Advisor: Prof.^a Dr.^a Nara Marilene Oliveira Girardon-Perlini
Date and place of the defense: Santa Maria, March 20th, 2015

The diagnosis of a cancer occurs within a family context and, to a greater or lesser extent, affects family members and triggers changes in its functioning. In the case of colon and rectal cancer, the challenge may be greater due to the need to perform a colostomy. In this context, the form of nursing practice becomes important for the development of actions aimed at improving the quality of life for both the person with the colostomy as for the family. In this sense, interventions through educational technologies aim to strengthen the family and make allowances for them to develop coping strategies, social and family life and the care strategies that more closely resemble the family operation. Thus, the study aimed to develop and validate an educational video for families of people with a colostomy by cancer. It is a methodological research study, whose setting was the city of Santa Maria, Rio Grande do Sul, Brazil. The development and validation of the video occurred between april and october 2014, after approval by the Ethics Committee of the Federal University of Santa Maria, with CAAE number 28062514.8.0000.5346. Study participants were seven experts-judges and the target audience was represented by two families with a carrier of colostomy by cancer. The study was conducted in four stages: construction of the script, script validation (instrument type Likert Scale), educational video development and validation of the video. With the script validation, was developed the video, which lasted 8 minutes and 35 seconds. The video validation occurred through interviews and filling out an assessment tool. Given the answers to the blocks of each of the evaluation items of the validation instrument, quantitative analysis was performed according to the corresponding valuations, as well as analysis of behavioral representation. The data collected in the video validation phase, through interviews, were analyzed using the proposed of qualitative analysis of Polit. In the results, was perceived a tendency by the agreement between the responses of experts-judges and target audience to validation tools, obtaining a positive assessment. Thus, it could be deduced that there was no significant indication of disagreement between the participants. Considering that these families live a moment of doubt and uncertainty, mainly related to the future, it is considered that the video may contribute significantly so that they can better understand what they are living and reflect about what can help them in this new walk, as well as developing skills and autonomy in the new reality.

Keywords: Cancer. Family. Health education. Educational Technology. Nursing.

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 – Respostas dos juízes-especialistas aos três blocos de itens avaliativos: objetivos, estrutura e apresentação e relevância. Santa Maria – RS, 2014.....	52
Tabela 2 – Respostas do público-alvo aos três blocos de itens avaliativos: objetivos, organização e estilo da escrita. Santa Maria – RS, 2014.....	55
Tabela 3 – Respostas do público-alvo aos três blocos de itens avaliativos: conteúdo, audiovisual e personagens. Santa Maria – RS, 2014.....	59

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 - Fluxograma das etapas da pesquisa.....	38
--	----

LISTA DE APÊNDICES

Apêndice 1 - Artigos que compõe o corpus de análise do estudo de revisão integrativa.....	80
Apêndice 1 – Roteiro para a confecção do vídeo educativo.....	81
Apêndice 2 - Carta convite para os especialistas.....	84
Apêndice 3 - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.....	85
Apêndice 4 – <i>Checklist</i> para validação – Juízes-especialistas.....	87
Apêndice 5 – <i>Checklist</i> para validação – Público-alvo.....	89
Apêndice 6 – Declaração de consentimento para uso de imagem e voz.....	91
Apêndice 7 – Instrumento de validação do vídeo educativo.....	92
Apêndice 8 – Entrevista.....	94
Apêndice 9 – Parecer do CEP.....	95
Apêndice 10 – Termo de confidencialidade.....	99.

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO	15
1OBJETIVOS	20
1.1 Objetivo geral.....	20
1.2Objetivo específico.....	20
2FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA	21
2.1 Câncer: implicações do adoecer.....	21
2.2 O papel da enfermagem no cuidado à família que vivencia o câncer.....	23
2.3 Educação em saúde e tecnologias educacionais.....	25
2.3.1 Intervenções com famílias que vivenciam o câncer.....	28
3REFERENCIAL TEÓRICO-METODOLÓGICO – VALIDAÇÃO DE TECNOLOGIAS EDUCACIONAIS	32
4METODOLOGIA	37
4.1 Participantes do estudo.....	36
4.2 Local do estudo.....	37
4.3Procedimentos de produção e coleta de dados.....	37
4.4Análise dos dados.....	46
4.5 Aspectos éticos.....	46
5RESULTADOS	50
6DISCUSSÃO	68
7CONCLUSÃO	71
REFERÊNCIAS	73
APÊNDICES	80

INTRODUÇÃO

Durante a graduação em Enfermagem, visando ao conhecimento e aprimoramento, procurei inserir-me em um grupo de pesquisa, orientando-me pela afinidade relacionada a estudos com pessoas adultas. Foi a partir da oportunidade de aprofundar meus estudos, através de uma bolsa de iniciação científica e das atividades propostas, que tive maior aproximação com pessoas portadoras de câncer e suas famílias.

Nesse período, realizei também atividades práticas em unidades de internação oncológica e no Ambulatório de Quimioterapia do Hospital Universitário de Santa Maria (HUSM). No decorrer dessas experiências, pude observar e acompanhar as famílias na busca por diagnóstico e tratamento, bem como na realização do cuidado e nas orientações a pacientes com diagnóstico de câncer e sua família, no período pré e pós-operatório e durante o tratamento quimioterápico.

No contexto dessas experiências, foi possível interagir com pacientes que tinham diagnóstico de câncer de cólon e reto. Durante o cuidado prestado a esses pacientes e seus familiares, observei mais atentamente as relações estabelecidas por eles com esse tipo de câncer e seu tratamento. Essa experiência proporcionou a possibilidade de aproximação ao modo como as famílias vivenciam o contexto da doença crônica, permitindo olhar para a família e entendê-la como parte integrante do cuidado.

Nesse sentido, cabe destacar que o câncer caracteriza-se como uma doença crônica degenerativa e ocupa o segundo lugar entre as principais causas de morte por doença, ficando atrás apenas das doenças cardíacas (BRASIL, 2008), o que evidencia ser essa uma situação vivida por inúmeras famílias.

No Brasil, o Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva traz a estimativa para o ano de 2014, válida também para o ano de 2015, a qual aponta para a ocorrência de aproximadamente 576 mil casos novos de câncer. O câncer de pele do tipo não melanoma será o mais incidente na população brasileira, representando 182 mil casos novos, seguido pelos tumores de próstata, 69 mil, mama feminina, 57 mil, cólon e reto, 33 mil, pulmão, 27 mil, estômago, 20 mil e colo do útero, 15 mil. (BRASIL, 2014).

A temática sobre o câncer no Brasil tem conquistado um espaço significativo no cenário político e governamental. Como já apontado em estudo do Instituto Nacional de Câncer (BRASIL, 2011), o conhecimento sobre a situação dessa doença permite estabelecer

prioridades e alocar recursos de forma direcionada, para a modificação positiva desse cenário na população brasileira.

Entre os cânceres do intestino grosso, o de cólon e reto é uma neoplasia que se encontra entre as mais incidentes no país. O prognóstico pode ser considerado de moderado a bom, dado ser o segundo tipo de câncer mais prevalente no mundo (depois do câncer de mama), com uma estimativa de 2,4 milhões de pessoas vivas diagnosticadas nos últimos cinco anos (BRASIL, 2011).

A cirurgia é considerada o tratamento primário para o câncer de cólon e reto, sendo retirado o tumor, juntamente com parte do cólon ou reto e os linfonodos adjacentes. Após o tratamento cirúrgico, a quimioterapia e/ou radioterapia são utilizadas para diminuir a possibilidade de recidiva (BRASIL, 2008). Na maioria dos casos, é possível interligar novamente as porções sadias do cólon ou do reto. Em tumores da porção baixa do reto, muitas vezes, é necessária a realização de uma colostomia, um procedimento cirúrgico que consiste no desvio do trajeto intestinal para uma abertura criada na parede abdominal (estoma). Após sua realização, o paciente utiliza continuamente uma bolsa especial para a coleta do material fecal (BRASIL, 2003a).

A descoberta desse diagnóstico ocorre dentro de um contexto familiar, desencadeando mudanças na família como um todo, de forma que os familiares, em maior ou menor grau, são afetados pelas situações decorrentes da doença (SALCI; MARCON, 2010).

Nesse sentido, cabe considerar que é praticamente impossível assistir o indivíduo de forma completa quando não se considera pelo menos o seu contexto mais próximo, que é a família à qual ele pertence. Estudos como o de Bub et al. (1994) têm demonstrado que a família pode ser entendida tanto como fonte de saúde como de doença para seus membros.

A confirmação do diagnóstico e a realização do tratamento cirúrgico, da radioterapia e da quimioterapia, aliados aos significados atribuídos à doença, impõem à família a convivência com um processo gerador de sofrimento, pois o período é marcado pela dificuldade em realizar tarefas que antes eram realizadas com facilidade, devido aos possíveis efeitos colaterais da terapia antineoplásica e às incertezas em relação ao futuro. Assim, cabe considerar que a família também vivencia o cotidiano de adoecimento, passando pelo processo de aceitação da nova condição, de reorganização e de aprendizagem, pois o tratamento cirúrgico para esse tipo de câncer exige que tanto a pessoa portadora de colostomia quanto a sua família se reajustem, tendo em vista que a situação demanda cuidados específicos. Muitas vezes, a família é quem auxilia no cuidado, principalmente quando a pessoa portadora de colostomia não consegue realizá-lo.

Enfrentar o adoecimento de um dos membros da família causa certo impacto no grupo familiar. Com isso, as estratégias utilizadas nesse processo podem constituir-se em importante fonte para a compreensão do contexto vivido e, a partir disso, para a inclusão efetiva da família como sujeito das ações de cuidados (BERVIAN; GIRARDON-PERLINI, 2006).

Há anos, a enfermagem direciona sua prática com famílias à orientação e à busca de informações, ficando restrita a ser receptáculo e fonte de informações e oferecendo ações que são pouco efetivas, porque não atingem a experiência familiar (ÂNGELO, 1999). Dessa forma, as intervenções em saúde na família por parte da enfermagem visam alterar a “realidade” concebida pelos membros da família e ajudá-los a desenvolver novas formas de interação em família (WRIGHT; LEAHEY, 2012).

Nesse sentido, as pesquisas envolvendo famílias e doenças crônicas, em sua maioria, são de caráter descritivo, nas quais os pesquisadores não as desenvolvem, não as testam e não propõem intervenções, através das quais poderiam, possivelmente, apresentar resultados a indivíduos, famílias e comunidades. Assim, considerando que os investigadores não direcionam suas ações e pesquisas para intervenções, evidencia-se um aumento de novas pesquisas que acabam não gerando impacto na realidade (MELNYK; MORRISON-BEEDY, 2012).

Enfermeiros que investem em intervenções na família criam uma ponte necessária e importante entre pesquisa, teoria e prática clínica. As pesquisas sobre intervenções de enfermagem na família tornam-se mais congruentes, aliadas com o intuito da enfermagem de reduzir o sofrimento emocional, físico e espiritual dos pacientes e suas famílias (BELL; WRIGHT, 2007).

Estudo realizado por Rosa (2012) com famílias que vivenciam o adoecimento por câncer e o uso da colostomia relata que a família sofre um impacto inicial ao ser surpreendida pelo diagnóstico, porém entender o que a doença significa e o que esperar dela faz com que a família se fortaleça e tenha recursos para lidar melhor com a adversidade e o enfrentamento da doença. A necessidade da família está centrada, principalmente, nas questões relacionadas ao que é o câncer, quais as implicações do câncer de cólon e reto para os familiares e portadores, os tratamentos disponibilizados e de que forma são realizados, os cuidados necessários e a forma como lidar com a colostomia e a bolsa coletora, os cuidados com alimentação e as questões relacionadas ao convívio social.

Nesse sentido, é importante perceber que as ações de educação em saúde são de fundamental importância para a família. Por mais simples que possam ser essas práticas

educativas, não devem ser banalizadas pelos profissionais de saúde, em especial o enfermeiro, tendo em vista que a educação em saúde é intrínseca ao cuidado de enfermagem.

As práticas educativas podem ser formais, sendo desenvolvidas nos espaços convencionais dos serviços, com a realização de palestras e distribuição de cartilhas e folhetos, como também podem ser informais, desenvolvidas nas ações de saúde cotidianas (ALVES, 2005).

Ao receber as informações de que necessitam, a família e a pessoa portadora da colostomia por câncer podem realizar suas próprias relações com o contexto em que vivem e, assim, trazer à tona a troca de saberes entre profissionais e usuários, sentindo-se mais seguras e fortalecidas para seguir em frente.

L'Abbate (1994) e Smeke e Oliveira (2001) referem que todo profissional de saúde é um educador em saúde, sendo parte fundamental para o desenvolvimento de sua prática que se reconheça enquanto sujeito do processo educativo, bem como reconheça os usuários enquanto sujeitos em busca de autonomia.

Cesaretti et al. (2000) apontam que o cuidado de enfermagem para as pessoas portadoras de colostomia deve abranger as diferentes fases do tratamento cirúrgico: pré, trans e pós-operatório, com o intuito de que as pessoas adquiram as habilidades necessárias para realizar o autocuidado com a colostomia. Assim, estudos destacam a importância da estratégia educativa tanto para o portador de colostomia como para a família (ARÉVALOS, 1994; MEIRELLES, 2000).

A atuação dos profissionais não termina com a realização da colostomia, pois tal procedimento leva à dependência de dispositivos, como a bolsa coletora e suas particularidades. Os portadores de colostomia e seus familiares percebem as ações realizadas pela enfermagem como um apoio, quando os profissionais enfermeiros procuram mostrar que há pessoas em condições semelhantes, que existem dispositivos para minimizar os problemas decorrentes da incontinência e que eles podem ter uma vida saudável, conforme já apontado por Maruyama (2004). Para essa autora, os profissionais exercem um papel fundamental, demonstrando sua importância na biografia das pessoas e nas suas perspectivas de vida, principalmente após a realização da colostomia.

A partir do diálogo e intercâmbio de saberes, os profissionais e usuários podem construir, de forma compartilhada, um conhecimento sobre questões relacionadas ao adoecimento e suas particularidades. Esse compromisso e a vinculação com os usuários possibilitam o fortalecimento da confiança nos serviços e a construção de novos sentidos e significados individuais e coletivos sobre o processo saúde-doença-cuidado (ALVES, 2005).

Nesse sentido, intervenções de enfermagem por meio de ações educativas, como por exemplo, vídeos educativos, visam fortalecer a família e, assim, dar subsídios para que possa desenvolver estratégias de enfrentamento e de convívio social e familiar, assim como as estratégias de cuidado que mais se assemelham ao funcionamento da família.

A construção de tecnologias e sua validação têm sido utilizadas para o cuidado de enfermagem e no ensino de Enfermagem (RAZERA et al., 2014; MOREIRA et al., 2014; OLIVEIRA; FERNANDES; SAWADA, 2008). A tecnologia é analisada tanto como saber como por seus desdobramentos materiais e não-materiais no que se refere aos serviços de saúde. As práticas do trabalho em saúde podem incluir diversas tecnologias, desde que utilizadas de maneira adequada, levando em conta as necessidades daqueles envolvidos nestas ações, sem prejuízo do atendimento que requer tecnologias materiais (COELHO; JORGE, 2009).

O adoecimento por câncer, aliado ao uso da colostomia, é um desafio tanto para a pessoa portadora quanto para a família. Saber quais as melhores formas de cuidar da família é um importante guia para as ações de enfermagem que objetivem a melhoria da qualidade de vida das famílias que vivenciam o adoecimento por câncer de cólon e reto e que precisam realizar uma colostomia. Assim, espera-se que o desenvolvimento de um vídeo educativo, bem como a sua validação, propicie novos conhecimentos para as famílias, capacitando-as de acordo com suas necessidades, bem como ofereça a possibilidade de questionar e refletir sobre o novo contexto.

A partir dos aspectos mencionados, percebe-se a importância da realização de estudos de desenvolvimento e validação de tecnologias, podendo ser utilizadas em intervenções de educação em saúde envolvendo famílias, principalmente no que diz respeito a doenças crônicas, como o câncer, em especial o de cólon e reto. Assim, estabelece-se a seguinte questão norteadora: como validar um vídeo educativo para famílias que possuem um membro com colostomia por câncer?

1 OBJETIVOS

1.1 Objetivo geral

Desenvolver e validar um vídeo educativo para as famílias que possuem um membro com colostomia por câncer.

1.2 Objetivos específicos

- Validar o roteiro do vídeo para famílias que possuem um membro com colostomia por câncer.
- Analisar os comentários/sugestões dos juízes-especialistas e público-alvo.
- Construir o vídeo educativo para famílias que possuem um membro com colostomia por câncer.
- Validar o conteúdo do vídeo educativo.
- Produzir versão final do vídeo educativo.

2 FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

2.1 Câncer: implicações do adoecer

O termo “câncer” é utilizado genericamente para representar um conjunto de mais de cem doenças, incluindo tumores malignos de diferentes localizações. Importante causa de doença e morte no Brasil, desde 2003, as neoplasias malignas constituem-se na segunda causa de morte na população, representando quase 17% dos óbitos de motivo conhecido, notificados em 2007, no Sistema de Informações sobre Mortalidade (BRASIL, 2008).

Pelas suas características, o câncer é considerado uma doença crônica e um dos maiores causadores de mortalidade e morbidade em nível mundial, constituindo-se em um grave problema de saúde pública (OMS, 2002).

O câncer, conhecido há muitos séculos, era uma doença dos países desenvolvidos e com grandes recursos financeiros. Entretanto, essa situação vem mudando nas últimas décadas e a maior parte dos acontecimentos de câncer pode ser observada em países em desenvolvimento, principalmente aqueles com poucos e médios recursos. Assim, o câncer ganhou uma dimensão maior, convertendo-se em um evidente problema de saúde pública mundial. A Organização Mundial da Saúde (OMS) estima que, no ano de 2030, sejam registrados 27 milhões de casos incidentes de câncer, 17 milhões de mortes por câncer e 75 milhões de pessoas vivas, anualmente, com câncer. O maior efeito desse aumento incidirá sobre países de baixa e média rendas (BRASIL, 2011).

Mesmo na tentativa de se criar padrões característicos de países ricos em relação aos de baixa e média rendas, a situação está mudando rapidamente e vem-se observando um aumento progressivo nos cânceres de pulmão, mama e cólon e reto, os quais, historicamente, não apresentavam essa importância e magnitude (BRASIL, 2011).

O câncer pode afetar, entre outros órgãos, o intestino grosso. Esse órgão é formado pelo ceco, cólon ascendente, cólon transversal, cólon descendente, sigmoide e reto. As funções do cólon são: absorção de água e eletrólitos e armazenamento de materiais fecais. Quanto aos materiais fecais, são armazenados no cólon e no reto e sua eliminação ocorre pelo ato da defecação. Assim, o câncer no intestino grosso prejudica a absorção e o armazenamento dos nutrientes e a eliminação do conteúdo intestinal (BRASIL, 2008).

Os principais fatores de risco para o câncer colorretal são: idade acima de cinquenta anos; história familiar de câncer de cólon e reto; história pessoal pregressa de câncer de ovário, endométrio ou mama; dieta com alto conteúdo de gordura, carne e baixo teor de

cálcio; obesidade e sedentarismo. Também são fatores de risco doenças inflamatórias do cólon, como retocolite ulcerativa crônica e Doença de Cronh; algumas condições hereditárias (Polipose Adenomatosa Familiar [FAP] e Câncer Colorretal Hereditário sem Polipose [HNPCC]) (BRASIL, 2003a).

O câncer de cólon e reto é uma das neoplasias mais frequentes na população brasileira, caracterizando-se como uma doença, na maioria das vezes, tratável e curável, principalmente quando diagnosticada precocemente. A cirurgia é considerada o tratamento primário para esse tipo de câncer, sendo necessária, muitas vezes, uma colostomia. Após sua realização, o paciente utiliza continuamente uma bolsa especial para a coleta do material fecal (BRASIL, 2003a).

A realização da colostomia é uma experiência que ocasiona inúmeras mudanças no dia a dia do portador, devido à mudança da função de eliminação intestinal causada pela realização do estoma, por onde começam a sair gases, fezes e odores. Com isso, existe a necessidade de adaptação, pois, em virtude da incontinência intestinal, os cuidados com a bolsa de colostomia, como desprezar o conteúdo e proceder à higiene adequada, devem ser realizados com mais frequência durante o dia (MARUYAMA, 2004).

A ostomia é considerada uma das mais importantes intervenções cirúrgicas para o tratamento dessa neoplasia, porque possibilita a sobrevivência da pessoa acometida por câncer colorretal. Apesar da aceitação e reconhecimento desse procedimento por parte dos profissionais de saúde, parece que, para o portador de colostomia, o processo se torna complexo (MARUYAMA; ZAGO, 2005).

O impacto do diagnóstico de câncer é, em geral, assustador, pois, apesar dos avanços no diagnóstico e tratamento, permitindo uma melhoria na taxa de sobrevivência e qualidade de vida, permanece o estigma de doença dolorosa, incapacitante e relacionada com a desesperança, dor, medo e morte (CAMARGO, 2000).

Assim, tanto o paciente quanto a própria família sofrem alterações em seu cotidiano, como conflitos relacionados a aspectos emocionais decorrentes da descoberta da doença, da mudança de hábitos, de rotina e de estilo de vida. Além disso, surge uma nova forma de viver, que pressupõe uma fase de adaptação, em que há a necessidade de aprender a conviver com a doença (MARUYAMA, ZAGO, 2005; MOLINA, 2005).

2.2 O papel da enfermagem no cuidado à família que vivencia o câncer

Família pode ser definida como um agrupamento de pessoas que mantêm relações de convívio, crescimento e desenvolvimento, em diferentes fases (WONG; WHALEY, 1989; LOWDERMILK; PERRY; BOBAK, 2002). Para Wright e Leahey (2012, p. 58), a família também pode ser definida como “um grupo de indivíduos ligados por fortes vínculos emocionais, com o sentido de posse e a inclinação a participar das vidas uns dos outros”. As autoras reforçam essa posição observando que família “é quem seus membros dizem que são”. Diante disso, considera-se importante para o cuidado em saúde assistir o indivíduo e a família à qual ele pertence.

No contexto da doença crônica, uma enfermidade que tem como característica ser de longo curso, podendo ser incurável e, na maioria das vezes, causando sequelas e limitações funcionais, a família passa por adaptações individuais e no próprio núcleo familiar (VIEIRA; MARCON, 2008).

Para entender o contexto de adoecimento nas famílias, pode-se recorrer ao exemplo de um móbile. A família é como se fosse um móbile, e cada membro é representado por uma peça. A soma das peças forma o todo, e todas elas, por mais diferentes que sejam, são feitas para ocupar um lugar cujo resultado comum é o equilíbrio. A doença crônica, como o câncer, constitui-se em um evento que desequilibra o sistema familiar (WRIGHT; LEAHEY, 2012).

As doenças crônicas com um início gradual apresentam-se como uma forma de estressor para o indivíduo ou a família, diferente daquele que ocorre numa crise súbita, como derrames e infartos do miocárdio. A vivência de um câncer exige um reajustamento na estrutura, papéis, solução de problemas e manejo afetivo da família, tendo um período para ajustamento mais prolongado quando relacionado a doenças de início agudo. Nesse sentido, algumas famílias estão mais bem preparadas para lidar com as mudanças, são capazes de tolerar estados afetivos altamente carregados, intercambiam papéis claramente definidos com flexibilidade, resolvem problemas eficientemente e utilizam recursos externos (CARTER; MCGOLDRICK, 1995).

A família que vivencia uma doença crônica enfrenta alterações provocadas pela doença em si e pela recorrência de internações hospitalares, sofre abalos no ciclo familiar, intercambia funções e reorganiza-se para adaptar-se e prestar auxílio, compartilhando perdas, limitações e cuidados (SOARES; KLERING; SCHWARTZ, 2009).

Sendo assim, cabe considerar a singularidade das famílias e as formas de expressão frente ao diagnóstico e tratamento de câncer. O modo como cada uma agirá dependerá de suas

pré-concepções em relação ao adoecimento. Uma família mais bem organizada para lidar com o adoecimento, mesmo que imersa em inúmeras dificuldades, ou seja, mesmo com suas vulnerabilidades individuais, transforma essa fusão em uma mola propulsora de atitudes na busca pela recuperação, pois um se constitui em suporte do outro (WALSH, 2005; PEDROSO; MOTTA, 2010).

Diante da situação de adoecimento, os recursos que a família possui para enfrentar os problemas e as redes de suporte disponíveis para a construção do seu bem-estar e qualidade de vida (FERREIRA et al., 2010) são conhecimentos imprescindíveis para o cuidado de enfermagem.

Entendendo como as famílias se percebem e percebem essa situação e o modo como agem diante do adoecimento contribuirá para que os profissionais de saúde, em especial os enfermeiros, direcionem a assistência prestada ao encontro das necessidades dos familiares, no sentido de fortalecê-los e ajudá-los a viver essa situação. Assim, o enfermeiro se constitui como um agente facilitador, auxiliando, orientando e encorajando a família nesse processo.

Os enfermeiros têm o compromisso e a obrigação ética e moral de envolver as famílias em seus cuidados de saúde (WRIGHT; LEAHEY, 2012), pois a família também precisa ser cuidada. Enfrentar o adoecimento de um de seus membros causa certo impacto no grupo familiar, e as estratégias utilizadas nesse processo podem constituir-se em importante fonte para a compreensão do vivido e, a partir disso, efetivamente, para a inclusão da família como sujeito das ações de cuidados (BERVIAN; GIRARDON-PERLINI, 2006).

No seu ato de assistir, o profissional de enfermagem orienta, faz, incentiva, provê, apoia, busca alternativas em conjunto, preocupando-se e convivendo com o portador de colostomia por câncer e sua família (MARUYAMA, 2004). Muitos termos foram utilizados para descrever o tratamento de enfermagem, como “intervenção”, “tratamento”, “terapêutica”, “ação” e “atividade” (BULECHEK; MCCLOSKEY, 1992b). No entanto, os autores preferem o termo “intervenção”, mostrando os esforços mais rigorosos para desenvolver uma linguagem padronizada para as intervenções de enfermagem até o momento (BULECHEK; MCCLOSKEY, 1992a, 1992b).

Nesse sentido, intervenção de enfermagem, segundo Wright, Watson e Bell (1990), é qualquer ação ou resposta do enfermeiro que inclua ações terapêuticas evidentes que ocorram no contexto de uma relação enfermeiro-cliente, para influenciar no funcionamento do indivíduo, família ou comunidade pelos quais é responsável.

As intervenções de enfermagem têm a intenção de influenciar a mudança, no entanto nunca se pode prever o resultado específico com antecedência (WRIGHT; LEVAC, 1992).

Para ser eficaz, deve haver um “ajuste” entre a intervenção oferecida pelo enfermeiro e a estrutura psico-biológico-espiritual da família (WRIGHT; LEAHEY, 2012).

Intervenções são normalmente intencionais e conscientes e geralmente envolvem comportamentos observáveis do enfermeiro. As intervenções de enfermagem só são realizadas mediante um relacionamento, ou seja, todas as intervenções de enfermagem são interacionais: as respostas de um enfermeiro (intervenções) são convidadas pelas respostas da família (resultado), que, por sua vez, são convidadas pelas respostas de uma enfermeira (WRIGHT; LEAHEY, 2005).

Estudos que implementam intervenções com as famílias que vivenciam o adoecimento vêm crescendo. Entretanto, nota-se que há a necessidade de os enfermeiros aprenderem mais sobre a importância das intervenções com as famílias e das interações familiares-alvo (DUHAMEL; TALBOT, 2004; GOUDREAU; DUHAMEL, 2003).

Com base nisso, o enfermeiro é historicamente considerado educador e informante por excelência (MARUYAMA, 2004). No entanto, Zago (1994) aponta que, para esse profissional, a orientação é ainda um processo ritualizado, não focalizando as reais necessidades dos pacientes e de suas famílias. Embora essas necessidades sejam valorizadas nas orientações, não são considerados os significados culturais dos pacientes e familiares.

O profissional enfermeiro desempenha um importante papel ao desenvolver ações educativas em saúde, juntamente com os pacientes e envolvendo a família nesse processo, principalmente no que diz respeito ao fortalecimento do paciente e sua família, tornando-os mais confiantes durante o processo de adoecimento, no tratamento e em relação ao futuro.

Nesse sentido, a educação em saúde constitui um conjunto de saberes e práticas orientados para a prevenção de doenças e a promoção da saúde (COSTA; LÓPEZ, 1996). A educação em saúde é caracterizada pela existência de uma relação de aprendizagem na qual não há “quem ensine” e “quem aprenda” de forma fechada e vertical, mas sim um relacionamento em que há reflexão e produção de conhecimento por meio da própria realidade vivenciada (BRASIL, 2001).

2.3 Educação em saúde e tecnologias educacionais

A educação em saúde é uma tendência pedagógica que pode ser definida como um campo de práticas que se dão no nível das relações sociais normalmente estabelecidas pelos profissionais de saúde, entre si, com a instituição e, sobretudo, com o usuário, no desenvolvimento cotidiano de suas atividades (L'ABBATE, 1994). Trata-se de um recurso

por meio do qual o conhecimento cientificamente produzido no campo da saúde, intermediado pelos profissionais de saúde, atinge a vida cotidiana das pessoas, oferecendo subsídios para a adoção de novos hábitos e condutas de saúde (ALVES, 2005).

A educação em saúde na vertente progressista desenvolve seu agir educativo valorizando a experiência vivida por cada indivíduo, por meio da aprendizagem participativa, do desenvolvimento da consciência crítica e da compreensão da realidade dos pacientes/clientes (TEIXEIRA; MOTA, 2011).

Assim, entende-se que, para o enfermeiro, educar é parte intrínseca de sua formação e, para os pacientes/clientes, é uma estratégia fundamental na busca de melhorias na qualidade de vida. Como o enfermeiro é considerado educador por natureza, as práticas educativas em saúde não devem se resumir ao repasse de informações, mas à congregação de conhecimentos que favoreçam a reflexão e a crítica, promovendo uma reorientação na vida dos sujeitos envolvidos, no que diz respeito, principalmente, ao autocuidado (TEIXEIRA; MOTA, 2011).

Os profissionais devem sentir-se o tempo todo sujeitos do processo educativo e, da mesma maneira, aprender a considerar sujeitos o usuário e os outros profissionais. Como sujeito, entende-se uma pessoa em busca de autonomia, disposta a correr riscos, a abrir-se ao novo, ao desconhecido, e na perspectiva de ser alguém que vive numa sociedade determinada, capaz de perceber seu papel pessoal/profissional/social diante dos desafios colocados a cada momento (L'ABBATE, 1994).

A educação em saúde apoia-se em ações ou recursos de informação, educação e comunicação, podendo envolver materiais elaborados que têm como finalidade subsidiar essa interação. O vídeo educativo pode ser um exemplo de instrumento utilizado como recurso didático e tecnológico (FONSECA; CRUZ, 2012).

A tecnologia pode ser entendida como o resultado de processos concretizados a partir da experiência cotidiana e da pesquisa, para o desenvolvimento de um conjunto de conhecimentos científicos para a construção de produtos materiais, ou não, com a finalidade de provocar intervenções sobre determinada situação prática. Todo esse processo deve ser avaliado e controlado sistematicamente (NIETSCHE, 2005).

Para Merhy (2005), as tecnologias podem ser classificadas como leve, leve-dura e dura. As tecnologias duras estão relacionadas aos dispositivos materiais utilizados pelos profissionais no trabalho em saúde, e as tecnologias leves estão vinculadas às relações. Já as tecnologias leve-duras estão relacionadas aos dispositivos intelectuais que subsidiam o agir dos profissionais.

Nesse sentido, as tecnologias podem ser de vários tipos. Entre elas, está a Tecnologia Educacional, que é do que uma forma sistemática de planejar, implementar e avaliar o processo total da aprendizagem e da instrução em termos de objetivos específicos, baseados nas pesquisas de aprendizagem humana, comunicação e materiais, de maneira a tornar a instrução mais efetiva (BRASIL). As tecnologias educacionais são dispositivos para a mediação de processos de ensinar e aprender, utilizadas entre educadores e educandos, nos vários processos de educação.

Entre as modalidades de tecnologias educacionais, pode-se destacar as audiovisuais, como, por exemplo, vídeos educativos. Para a elaboração dessas tecnologias educacionais, é necessário o desenvolvimento de pesquisas metodológicas para validá-las, sendo submetidas a apreciação por juízes-especialistas e público-alvo, visando a um processo participativo e inclusivo (TEIXEIRA; MOTA, 2011).

A validação de tecnologias educacionais é uma estratégia que busca elaborar uma nova intervenção/instrumento ou melhorar um já existente, a partir do uso sistemático dos conhecimentos disponíveis. A validação de conteúdo da Tecnologia Educacional deve ser avaliada por um grupo de juízes ou peritos com experiência na área do conteúdo, ao qual caberá analisar os itens e julgar se eles são abrangentes e representativos ou, ainda, se o conteúdo de cada item se relaciona com aquilo que se deseja medir (OLIVEIRA, FERNANDES, SAWADA, 2008; TEIXEIRA, MOTA, 2011).

Na área da saúde, em especial na enfermagem, vem crescendo o número de pesquisas que utilizam tecnologias educacionais audiovisuais para realizar atividades educativas com pacientes e familiares (STREVEL et al., 2007; BRENDIM, FILHO, SILVA). A utilização de recursos audiovisuais busca despertar a atenção, facilitar a compreensão e interpretação através da imagem visual, favorecer a observação e ajudar na melhor compreensão das relações existentes no adoecimento e no tratamento, tornando as orientações mais objetivas e proporcionando a oportunidade de uma melhor análise e interpretação. Os recursos gráficos em terceira dimensão, a multimídia e a internet são tecnologias que podem favorecer e inovar a qualidade das ações educativas da enfermagem, ajudando os pacientes e familiares a refletir e participar ativamente nas questões que envolvem a doença e seu tratamento (ÉVORA et al. 2008).

Nesse sentido, as intervenções de enfermagem com enfoque educativo têm como objetivo melhorar não somente o conhecimento, mas também os comportamentos que influem sobre a enfermidade (PELEGRINO; DANTAS; CLARK, 2011).

2.3.1 Intervenções com famílias que vivenciam o câncer

Embora a maioria das pesquisas de intervenção seja de caráter quantitativo, verificam-se um aumento e uma busca por mais estudos qualitativos que examinem a eficácia das intervenções, não focando somente nos resultados, mas também no processo das intervenções, ampliando, assim, o conhecimento sobre as intervenções clínicas e os resultados (MORSE; PENROD; HUPCEY, 2000; SANDELOWSKI, 1996).

Nesse sentido, por meio de uma busca sobre a produção científica da temática de intervenções em saúde, foi possível perceber que o tema, embora pertinente e atual, ainda encontra-se escasso no que diz respeito à produção nacional. A pesquisa tratou de uma revisão integrativa¹ que procurou responder à questão “Quais intervenções de saúde são realizadas com famílias que possuem um membro com câncer?”. A consulta nas bases de dados LILACS e Pubmed ocorreu em maio de 2013, com os descritores “family”, “neoplasms” e “health education” e, como palavra-chave, “intervention”, sendo selecionados 17 artigos (APÊNDICE 1). A análise permitiu o agrupamento dos resultados em: *com quem, por quem, qual a intervenção, estratégias de implementação, intervenções de comparação, tempo da intervenção e principais resultados*. A partir da análise dos 17 artigos que compõem o *corpus* deste estudo, evidenciou-se que todos estavam disponíveis em língua inglesa. Com relação à procedência dos estudos, 59% foram realizados nos Estados Unidos, 12% na Suécia, seguida de Portugal, Uganda, Indonésia, Malásia e Islândia, todos com 5,8%.

Em relação a *com quem* são realizadas as intervenções, evidenciou-se que os participantes dos estudos são pacientes e familiares em situações de adoecimento por diferentes tipos de câncer^(A2, A4, A10, A13, A16, A15), seguido de estudos com parceiros íntimos e pacientes com diagnóstico de câncer de próstata^(A3, A6, A12, A14), pais de crianças com câncer^(A5, A8, A9, A11) e familiares/parceiros íntimos de mulheres com câncer de mama^(A1) e ginecológico^(A7, A17).

Quanto a *por quem* são implementadas as intervenções em saúde com famílias, constatou-se o predomínio dos enfermeiros^(A2, A3, A6, A8, A10, A12, A13, A14, A15, A17), seguidos da equipe multidisciplinar^(A5, A11, A16), dos médicos^(A7, A9), dos psicólogos^(A4) e dos assistentes sociais^(A1).

¹ STAMM, B., ROSA, B. V. C., BEGNINI, D., GIRARDON-PERLINI, N. M. O. Intervenções de saúde com famílias que vivenciam o adoecimento por câncer: revisão integrativa da literatura. **Revenferm UFPE online**, Recife, 8(supl. 3):4139-49, nov., 2014.

As evidências quanto a *quais as intervenções* em saúde desenvolvidas com as famílias permitiram constatar que, entre as modalidades identificadas, a maioria das intervenções possui enfoque educativo sobre o câncer ^(A1, A5, A7, A9, A10, A13, A16, A17). As intervenções educativas são realizadas, geralmente, através de sessões educacionais que possibilitam acesso a e esclarecimento de informações relacionadas ao câncer, ao tratamento e à evolução da doença, às relações do cotidiano dos familiares que enfrentam o câncer e às redes sociais de apoio. Outro tipo de intervenção são aquelas realizadas com o intuito de implementar, avaliar e validar programas de intervenção com famílias ^(A6, A11, A12, A14). Nas intervenções de caráter psicoeducacional/psicossocial ^(A2, A3, A4, A8, A15), são abordadas questões como o aconselhamento sobre o câncer, o apoio e o desenvolvimento de estratégias emocionais, o manejo do estresse, as estratégias de enfrentamento, as expectativas e esperanças, a mobilização de recursos internos, o envolvimento da família, os relacionamentos, a comunicação interpessoal e a psicoterapia.

No que se refere às *estratégias de implementação* das intervenções, verificou-se que ocorreram por meio de telefone ^(A3, A8, A10, A12), através do qual os pesquisadores intervencionistas disponibilizavam uma linha telefônica para contato e desenvolvimento da intervenção com os participantes do estudo. Outra estratégia foram intervenções em grupo para apoio e esclarecimento ^(A4, A6, A11, A17), que se caracterizavam, principalmente, por viabilizar apoio a grupos de famílias, através de intervenções psicoeducacionais/psicossociais, visando esclarecer sobre o câncer e suas particularidades. Em algumas dessas intervenções, foram disponibilizados materiais escritos aos participantes dos grupos familiares, sendo posteriormente esclarecidos e discutidos. Intervenções utilizando recursos audiovisuais direcionados às famílias também foram estratégias empregadas nos estudos ^(A5, A9, A13, A16). As informações foram disponibilizadas por meio de CD e DVD-ROM, contendo vídeos informativos relacionados ao câncer. Também foram desenvolvidas abordagens educativas visando à utilização de recursos confiáveis na internet, para a obtenção de informações relativas ao câncer.

As intervenções realizadas por meio de sessões que contaram com a disponibilização de material educativo (folhetos/livretos explicativos e livros) ^(A1, A2, A7) continham, principalmente, informações sobre a patologia, diagnóstico, tratamento, evolução da doença, bem como questões relacionadas ao enfrentamento do câncer e sobre a morte e o morrer. Após a entrega, eram realizados encontros para o esclarecimento de dúvidas que pudessem surgir da leitura do material, visando garantir o entendimento dos assuntos abordados por parte das famílias participantes.

Intervenções utilizando estratégias combinadas, como disponibilização de recursos audiovisuais e telefone para acompanhamento ^(A14), e intervenções em que eram entregues recursos audiovisuais, juntamente com materiais escritos ^(A15), também foram identificadas nos estudos.

Nas *intervenções de comparação*, foram apresentados os estudos em que, na metodologia, utilizou-se um grupo-controle do tipo randomizado ^(A1, A3, A4, A7, A8, A9, A10, A11, A12, A14, A15, A17). Na maioria dos estudos desenvolvidos, o grupo-controle não sofreu intervenção ^(A4, A8, A12, A14, A15, A17), servindo de parâmetro para comparar a efetividade da intervenção implementada. Em outros estudos, o grupo-controle foi submetido a uma intervenção parcial ^(A1, A7, A11) ou diferente ^(A3) em relação ao proposto para o grupo de intervenção. Outra estratégia identificada nas pesquisas de intervenção foi o uso de grupo-controle histórico ^(A9, A10). Neste caso, os resultados das intervenções realizadas eram comparados com dados de amostras obtidas em estudos anteriores que compunham um banco de dados.

Quanto ao *tempo da intervenção*, identificou-se que as intervenções foram desenvolvidas num período de duas semanas até dois anos. A maioria dos estudos realizou intervenções com duração de quatro meses a um ano ^(A1, A2, A6, A7, A9, A11, A13, A14), seguida de intervenções com período inferior a três meses ^(A3, A4, A8, A12, A15) e com tempo superior a um ano ^(A10). Evidenciaram-se estudos em que o tempo da intervenção não estava descrito ^(A5, A16, A17).

Os *principais resultados* das pesquisas de intervenção apontam que todas as estratégias desenvolvidas com as famílias e os doentes por câncer foram avaliadas pelos participantes como positivas e com resultados eficazes, considerando os objetivos propostos nos estudos.

Esse estudo, que teve como objetivo avaliar as evidências disponíveis nos artigos científicos sobre as intervenções de saúde realizadas com famílias que possuem um membro com câncer, permitiu identificar que as intervenções, em sua maioria, são de caráter educativo sobre o câncer. Destaca-se, assim, a importância da educação em saúde voltada à obtenção de informações sobre a doença, como forma de potencializar o cuidado de enfermagem.

Salienta-se também que as evidências dos estudos selecionados revelaram intervenções com abordagem quantitativa e de caráter experimental randomizado, apontando para a necessidade de inserção da enfermagem nesse contexto, objetivando intervenções eficazes e de impacto na realidade e nas ações em saúde.

Diante disso, as intervenções realizadas pela enfermagem podem favorecer as famílias que vivenciam o adoecimento por câncer, influenciando positivamente, gerando mudanças e

dando subsídios para que possam enfrentar as adversidades. Além disso, os resultados elencados no presente estudo tiveram aspectos positivos quanto às intervenções realizadas com famílias que possuem um membro com câncer.

Através dos aspectos dessa pesquisa, por meio da avaliação dos artigos científicos sobre as intervenções de saúde realizadas com famílias que possuem um membro com câncer, identificou-se que a busca não contemplou produções científicas nacionais sobre a temática. Enfatiza-se a necessidade de a enfermagem realizar estudos de intervenções com famílias, de forma a contribuir para a prática baseada em evidências, proporcionando um cuidado eficaz e a melhoria da qualidade de vida. Assim, a intervenção torna-se uma estratégia fundamental para o desenvolvimento de práticas que visem ao bem-estar do indivíduo e sua família.

Com base nisso, pesquisas realizadas com recursos audiovisuais para o desenvolvimento de ações educativas, como CD e DVD-ROM, têm sido amplamente utilizadas, demonstrando a eficácia dessa ferramenta em prover informações, aumentar o conhecimento, estimular o questionamento e melhorar as habilidades para lidar com as condições de saúde (MOREIRA et al., 2014, MOSTERT et al., 2010; HAZEN et al., 2010; REIS; MCGINTY; JONES, 2003).

Acredita-se que o benefício mais importante de uma abordagem multimídia é a divulgação de informações sobre as opções de tratamento, pós-tratamento, expectativas e prestação de cuidados desde o diagnóstico inicial, através da completa e permanente recuperação (MURRAY et al., 2001; JENKINSON, 1998). Aliado a isso, essa estratégia de informações, através de recursos multimídia, fornece muitas respostas e alivia a carga do profissional como provedor único de informações (HAZEN et al., 2010).

Assim, tendo em vista que as intervenções mais realizadas tiveram finalidade educativa e que utilizam recursos audiovisuais como estratégia de implementação, observa-se que a utilização de um vídeo abordando questões educativas que visem à melhoria da qualidade de vida das famílias que vivenciam a colostomia por câncer é um importante instrumento para enfermeiros na realização do cuidado ao indivíduo e à família.

3 REFERENCIAL TEÓRICO-METODOLÓGICO - VALIDAÇÃO DE TECNOLOGIAS EDUCACIONAIS

Este tópico foi construído pelo fato de esta pesquisa buscar a produção e validação de tecnologias e pela necessidade de compreensão do processo metodológico para a construção da pesquisa. Assim, este trabalho teve como base/guia o estudo desenvolvido pelo Laboratório de Tecnologias Educativas do Grupo de Pesquisa e Práticas Educativas em Saúde e Cuidado na Amazônia (PESCA), o qual é ligado à Universidade do Estado do Pará (UEPA), na capital Belém, tendo como referência Teixeira e Mota (2011).

A experiência desse grupo tem se mostrado efetiva quanto à produção e validação de Tecnologias Educacionais (TEs) impressas, como manuais, cartilhas, guias, entre outros. As autoras relatam terem iniciado o trabalho tendo como referência o estudo de Oliveira, Fernandes e Sawada (2008), no qual foi realizada uma adaptação da teoria de Pasquali (1997) de elaboração de instrumentos de medida, porém utilizando apenas elementos teóricos. A teoria à qual se referem as autoras é composta por três conjuntos de procedimentos: teóricos, empíricos e analíticos. Para as autoras, os teóricos são considerados mais importantes, pois se referem à preocupação com a teorização sobre o construto de interesse.

Nesse sentido, como o presente estudo trata da produção e validação de uma TE audiovisual, também foi necessária uma adaptação do método adaptado e utilizado pelo grupo PESCA. Assim, a intenção deste capítulo é mostrar como podem ser realizados o desenvolvimento e a validação de TEs. Como as autoras dividem a explicação sobre o desenvolvimento de produção e validação de TEs em passos, dessa forma também se procederá neste capítulo.

1º passo – Produção da TE

Inicialmente, é necessária a produção da TE e, para isso, as autoras indicam dois modos. O primeiro se refere à realização de uma pesquisa de campo, e o segundo, a uma revisão de literatura. No primeiro, a pesquisa de campo é realizada visando identificar as representações, necessidades e interesses de um determinado público-alvo sobre um assunto-foco que se pretender estudar. Após a pesquisa, os resultados são discutidos com base na literatura existente, ao mesmo tempo que são levantadas nessa literatura as informações relevantes para o assunto-foco. Já para o segundo modo, as autoras destacam a realização de uma das pesquisas com referência na literatura, com vistas a identificar as informações relevantes sobre o assunto-foco.

Após a conclusão da pesquisa, procede-se à produção da TE em si. No caso de já existir uma TE, que vem sendo utilizada com um público-alvo, pode-se proceder aos passos seguintes e ao conseqüente processo de validação. É de fundamental importância para a conclusão deste passo ter em mãos uma TE sobre um assunto-foco voltada a um determinado público-alvo.

2º passo – Elaboração do projeto e encaminhamento ao CEP

Neste passo, as autoras relatam a necessidade de elaboração de um projeto de validação, que, após concluído, deve ser encaminhado a um Comitê de Ética em Pesquisa (CEP), para que possa ser analisado e emitido um parecer para a realização da pesquisa. Juntamente com o projeto, deve ser encaminhado um exemplar da TE a ser validada, os Termos de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) e os instrumentos de validação a serem utilizados.

Com a aprovação e emissão do parecer final, podem ser iniciados os procedimentos para validação.

3º passo – Seleção dos juízes-especialistas e aplicação do Instrumento I

Este passo refere-se ao primeiro grupo de avaliadores que realizarão a validação da TE e é integrado pelos juízes-especialistas. Esses juízes são profissionais que possuem conhecimento e especialização no assunto-foco da TE e são escolhidos segundo critérios de *expertise*. As autoras recomendam grupos com 9 a 15 participantes, sendo que, entre esses especialistas, estejam um pedagogo, um *design* gráfico e um profissional formado em Comunicação Social, se for possível.

Após a identificação e seleção do grupo de juízes-especialistas, são explicados os objetivos e os devidos procedimentos para a validação da TE. Se concordarem em participar, assinarão o TCLE e receberão um *kit* contendo uma via da TE e o instrumento a ser preenchido. As autoras recomendam que, após a entrega, solicite-se que os participantes façam também anotações e sugestões na própria TE.

O *kit* pode permanecer com os participantes, para ser retirado em outro dia, ou o pesquisador pode permanecer no local, aguardando a leitura e o preenchimento do instrumento.

As autoras apresentam ainda os instrumentos utilizados pelos juízes-especialistas para a validação, os quais foram adaptados pela equipe do PESCA para quaisquer TEs impressas nas modalidades cartilha, manual, guia, protocolos e similares.

4º passo – Seleção do público-alvo e aplicação do Instrumento II

Neste passo, ocorre a seleção do segundo grupo de avaliadores, os representantes do público-alvo, os quais são selecionados por apresentarem perfil convergente ao daqueles a que se destina a TE. As autoras recomendam que os grupos tenham de 9 a 12 integrantes e que estes tenham diferentes níveis de escolaridade (se possível).

Após a identificação e seleção do grupo de representantes do público-alvo, são explicados os objetivos, os devidos procedimentos para a validação da TE e a forma como preencher corretamente o instrumento. Se concordarem em participar, assinarão o TCLE e receberão um *kit* contendo uma via da TE e o instrumento a ser preenchido. Também é solicitado que os participantes façam anotações e sugestões na própria TE.

As autoras apresentam ainda os instrumentos utilizados pelo público-alvo para a validação, os quais foram adaptados pela equipe do PESCA para quaisquer TEs impressas.

5º passo – Análise e discussão

Primeiramente, as autoras trazem a análise das sugestões e anotações realizadas por ambos os grupos de participantes. Os participantes são orientados a indicar sugestões e fazer comentários, correções e recomendações que julgarem necessárias. As sugestões devem ser analisadas, classificadas segundo o conteúdo e discutidas, destacando-se os tipos de problemas apontados, bem como as contribuições feitas ao texto. Aquelas sugestões que forem consideradas pertinentes pelos pesquisadores devem ser acatadas, para o aperfeiçoamento da TE.

A análise também é feita sobre as respostas dos participantes, com base nos Instrumentos I e II, separadamente. A partir do preenchimento dos instrumentos, faz-se a análise quantitativa das respostas aos três blocos de itens avaliativos do instrumento segundo as diferentes valorações: o total de respostas para Totalmente Adequado (TA), para Adequado (A), para Parcialmente Adequado (PA) e para Inadequado (I).

É importante também, segundo as autoras, observar a tendência das respostas, as quais podem ser concordantes ou discordantes. Deve-se verificar qual é a valoração que obtém a maioria das respostas e, assim, inferir se houve ou não indicação significativa de discordância em cada um dos blocos de cada instrumento. Recomendam que a análise deve ser feita bloco a bloco, salientando-se os respectivos destaques.

Para finalizar este passo, é realizada a análise da representação comportamental dos participantes. As autoras observam que a designação dessa análise é o nome dado ao valor da

estatística calculada, que corresponde à média aritmética dos escores dos itens analisados pelos validadores: **1** é usado quando a avaliação é positiva, ou seja, TA ou A; **0** quando não é nem positiva nem negativa, ou seja, PA; e **-1** quando a avaliação é negativa, ou seja, I.

Os itens validados são aqueles que obtêm nas respostas índice de concordância entre os participantes maior ou igual a 70%.

6º passo – Produção da versão final da TE

As autoras recomendam que, na medida do possível, sejam analisadas e acatadas todas as sugestões, correções e comentários registrados nos instrumentos. Assim, todos os itens que não alcancem o índice de concordância de 70% devem ser corrigidos e modificados.

4 METODOLOGIA

O presente estudo é considerado do tipo metodológico, o qual consiste em uma pesquisa que se refere às investigações dos métodos de obtenção, organização e análise dos dados, recorrendo sobre a elaboração, validação e avaliação dos instrumentos e técnicas de pesquisa e tendo como objetivo construir um instrumento confiável, preciso e utilizável, podendo ser aplicado por outros pesquisadores (POLIT; BECK; HUNGLER, 2004).

A validação de tecnologias educacionais é caracterizada como uma pesquisa de desenvolvimento metodológico e pode ser entendida como uma estratégia que, mediante os conhecimentos disponíveis, pretende elaborar uma nova intervenção ou melhorar uma intervenção já existente, ou ainda elaborar ou melhorar um instrumento, um dispositivo ou um método de medição (CONTANDRIOPOULOS, 1997). Assim, uma pesquisa metodológica tem seu foco, principalmente, no desenvolvimento, avaliação e aperfeiçoamento de instrumentos e de estratégias metodológicas (POLIT; BECK; HUNGLER, 2004).

Neste estudo, buscaram-se o desenvolvimento e a validação de um vídeo educativo para famílias que vivenciam o adoecimento por câncer de cólon e reto e a colostomia. Assim, considerando o objetivo desta pesquisa, entende-se que o *design* de estudo apresentado configure-se no mais adequado.

4.1 Participantes do estudo

Participaram da pesquisa um total de 12 pessoas, sendo que sete eram profissionais da saúde e da comunicação social, considerados juízes-especialistas, e cinco faziam parte da população-alvo do estudo, pessoas portadoras de colostomia e familiares.

Os juízes-especialistas foram selecionados intencionalmente, segundo a sua *expertise* relacionada ao tema proposto pelo estudo. Inicialmente, foram distribuídos dez instrumentos de validação aos juízes-especialistas, porém apenas sete retornaram os instrumentos devidamente preenchidos. A população-alvo foi selecionada por apresentar perfil semelhante ao que se destina o vídeo educativo, no que se refere à experiência de conviver com a colostomia. Foram distribuídos instrumentos para duas famílias que se disponibilizaram a participar do estudo. Os participantes foram três familiares e dois portadores de colostomia, sendo que dois familiares pertenciam a uma família e um pertencia a outra.

4.2 Local do estudo

O estudo foi realizado na cidade de Santa Maria, Rio Grande do Sul, Brasil, a qual tem como referência o Hospital Universitário de Santa Maria² (HUSM).

Fundado em 1970, o HUSM é classificado como um hospital de grande porte e é referência em saúde para a região central do Rio Grande do Sul. É um órgão integrado à Universidade Federal de Santa Maria (UFSM), atuando como hospital-escola, com atenção voltada para o desenvolvimento do ensino, da pesquisa e da assistência à saúde. Os atendimentos prestados à comunidade são realizados nos 291 leitos da Unidade de Internação e nos 37 leitos da Unidade de Tratamento Intensivo, além de ambulatório e atendimento de emergência. Outro fator que ressalta a importância do HUSM é o fato de ser um dos únicos hospitais do centro do estado que atendem exclusivamente pelo Sistema Único de Saúde (SUS). São prestados diversos serviços especializados e de alta tecnologia, o que faz com que a demanda, muitas vezes, seja superior à sua capacidade física e de pessoal.

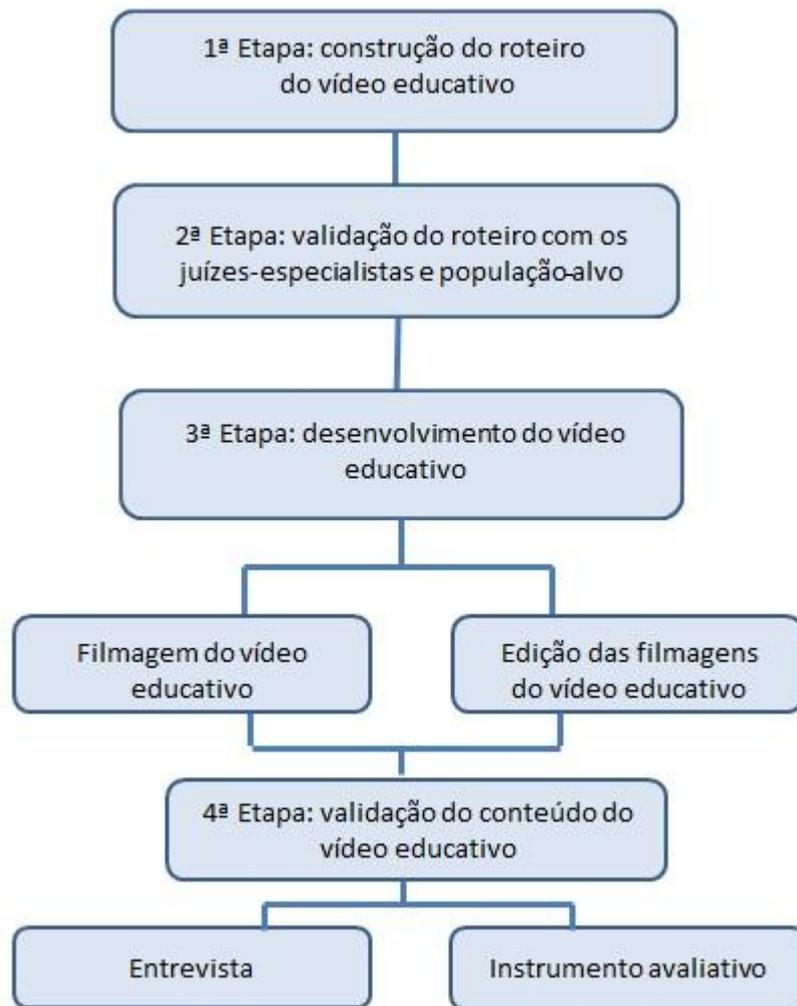
No que se refere à área oncológica, o HUSM é referência regional, contando com equipe especializada no diagnóstico, tratamento e acompanhamento de pessoas portadoras de câncer e oferecendo serviços de internação e ambulatoriais, com quimioterapia, radioterapia e cirurgia oncológica.

4.3 Procedimentos de produção e coleta de dados

O desenvolvimento do presente estudo ocorreu entre os meses de abril e outubro de 2014, após aprovação do protocolo de pesquisa pelas instâncias necessárias. O trabalho foi realizado em quatro etapas. Cada uma dessas etapas será descrita segundo o fluxograma a seguir.

² As informações relacionadas ao HUSM foram obtidas junto ao site da instituição. Acessado através do site www.husm.ufsm.br/index.php?janela=historico.html em 22 de outubro de 2013.

Figura 1 – Fluxograma das etapas da pesquisa



1ª etapa: desenvolvimento do roteiro do vídeo educativo

Ao planejar o desenvolvimento do vídeo educativo, foi elaborado, inicialmente, um roteiro contendo informações detalhadas que auxiliassem na visão inicial sobre o que seria apresentado no vídeo. Pode-se afirmar que o roteiro é uma ferramenta indispensável, por permitir a prévia avaliação dos especialistas em relação à qualidade do material a ser desenvolvido (RAZERA et al., 2014).

A elaboração do roteiro (APÊNDICE 2) foi embasada nos resultados do estudo de Rosa (2012) e nas recomendações do Instituto Nacional de Câncer (BRASIL, 2003b). Como destacado previamente neste trabalho, em estudo com famílias que vivenciam o adoecimento por câncer e o uso da colostomia, Rosa (2012) relata que a família sofre um impacto inicial ao ser surpreendida pelo diagnóstico, porém entender o que a doença significa e o que esperar dela faz com que a família se fortaleça e tenha recursos para lidar melhor com a adversidade e

o enfrentamento da doença. A necessidade da família está centrada, principalmente, nas questões relacionadas ao que é o câncer, quais as implicações do câncer de cólon e reto para os familiares e portadores, os tratamentos disponibilizados e de que forma são realizados, os cuidados necessários e a forma como lidar com a colostomia e a bolsa coletora, os cuidados com alimentação e as questões relacionadas ao convívio social.

No que se refere às recomendações do Inca, foram utilizadas algumas informações contidas na cartilha de orientação aos pacientes portadores de ostomias, principalmente no que diz respeito às orientações voltadas a como lidar com a ostomia e a bolsa coletora, cuidados com alimentação e convívio social e familiar.

Após a leitura cuidadosa do material a ser utilizado, foi realizada a seleção do conteúdo do roteiro para o vídeo. A estrutura do roteiro foi organizada por meio de uma tabela, a qual foi dividida em quatro momentos. O primeiro momento do roteiro conta com a introdução do vídeo, na qual são referidas algumas informações importantes, como o objetivo do material, as possibilidades para o convívio com a colostomia e questões de apoio social. No segundo momento, inicia-se o depoimento de uma pessoa portadora de colostomia, falando principalmente sobre sua experiência com a doença, como lidou com a situação, seus medos e angústias e como conseguiu compreender essa nova etapa da vida.

O terceiro momento compreende o relato de dúvidas, medos e incertezas que permeiam o uso da colostomia. Também são relatadas a forma como se realiza a troca da bolsa coletora, quais suas características e particularidades e os cuidados a serem tomados na hora da troca, bem como cuidados com a pele ao redor da ostomia, os produtos a serem utilizados e o tempo de permanência com a bolsa antes da troca. Ainda, é evidenciada a importância da alimentação, lembrando a necessidade de descobrir como o organismo reage a cada tipo de comida.

Ainda no roteiro, é apresentado um quarto momento, no qual o familiar é a personagem em evidência. Seu relato traz a família e os amigos como parte fundamental no apoio à pessoa portadora de colostomia, bem como apresenta sua experiência como familiar de pessoa portadora de colostomia por câncer.

Tendo em vista a intenção de produzir uma tecnologia que pudesse ser amplamente utilizada, esse roteiro foi submetido à avaliação e validação por juízes-especialistas e por famílias com perfil semelhante ao do público-alvo a que se destina o vídeo educativo. No roteiro, foi acrescentado um quadro logo após cada momento, para que os participantes pudessem expressar livremente sua opinião, por meio de sugestões e/ou anotações.

2ª etapa: validação do roteiro pelos juízes-especialistas e população-alvo

Para a validação do roteiro, após a aprovação no CEP, inicialmente foi realizado um convite aos profissionais (juízes-especialistas), a uma pessoa portadora de colostomia e a um familiar (público-alvo), que aceitaram participar da etapa. O convite foi realizado pessoalmente e, no momento, o pesquisador se apresentava e explicava sobre a pesquisa e seus objetivos. Caso a resposta fosse positiva para a participação no trabalho, os participantes recebiam uma pasta contendo o convite por escrito (APÊNDICE 3), juntamente com o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (APÊNDICE 4), o resumo do projeto, o roteiro e o instrumento para validação. O roteiro foi elaborado especialmente para guiar a posterior produção do vídeo educativo e o instrumento de validação, para ser preenchido conforme avaliação criteriosa.

No TCLE, entregue aos participantes, ficava claro que sua participação no estudo era voluntária. Também era elucidada a origem do material elaborado, bem como a importância da intervenção por meio de vídeos educativos, tanto para os profissionais como para as famílias, além da oportunidade de colaborar com o estudo ao realizar a validação do instrumento.

Assim, era esclarecido sobre como proceder para a validação do material. Primeiramente, explicava-se que o roteiro deveria ser previamente lido, para, logo após, realizar-se o preenchimento do material avaliativo. Explicou-se também sobre como preencher corretamente o formulário e sobre o fato de o roteiro e os instrumentos distribuídos possuírem um espaço para que o entrevistado expressasse sua opinião, através de anotações/sugestões. Foi relatada a importância em retornar o formulário completamente preenchido ao pesquisador, para poder ser utilizado na etapa de validação. Após, era estabelecido um prazo para retorno do instrumento, do TCLE assinado e do roteiro com as anotações/sugestões.

Na etapa de validação do roteiro para a produção do vídeo educativo, entre juízes-especialistas e público-alvo, representado por duas famílias, participaram 12 pessoas.

Os instrumentos apresentavam diferentes conteúdos e itens avaliativos para os dois grupos (juízes-especialistas – público-alvo), foram construídos e adaptados do estudo de Teixeira e Mota (2011) e caracterizaram-se por serem instrumentos de Escala Likert, com itens ou afirmativas a serem avaliadas pelos profissionais e público-alvo. Esses instrumentos eram diferenciados para cada grupo (APÊNDICES 5 e 6).

Após ser entregue o instrumento ao participante, era marcada uma data para retornar os documentos devidamente preenchidos. Observava-se que não existiam respostas certas ou

erradas, e sim que o importante era a opinião expressada por cada um. Era pedido também que todas as questões fossem respondidas, tendo em vista a necessidade de total preenchimento para que o instrumento pudesse ser utilizado na validação do roteiro. Mediante o retorno dos documentos, as contribuições foram analisadas e contribuíram para a versão final do roteiro.

1. Instrumento destinado aos juízes-especialistas

O instrumento de validação entregue para os juízes-especialistas foi construído com base em questões específicas que pudessem ser criteriosamente avaliadas com o conhecimento que esse grupo de participantes possui na área. Continha, em cada instrumento, blocos com frases afirmativas que deveriam ser analisadas segundo a valoração que melhor representasse a opinião: 1 para Totalmente Adequado (TA), 2 para Adequado (A), 3 para Parcialmente Adequado (PA) e 4 para Inadequado (I).

Esse instrumento possuía uma primeira parte, na qual constava a identificação do juiz-especialista, contendo os seguintes dados: idade, sexo, área de formação, tempo de formação, função/cargo na instituição, tempo de trabalho, titulação e área referente à titulação. A parte seguinte do documento disponibilizado aos participantes descrevia as instruções para preenchimento, indicando a necessidade de leitura prévia do roteiro fornecido, para a posterior análise. Após, pedia-se que o sujeito analisasse o roteiro segundo os itens avaliativos do instrumento, marcando um “X” em um dos números à frente de cada afirmação, dando sua opinião de acordo com a valoração que melhor representasse o grau em cada critério. Caso o participante escolhesse as opções 3 ou 4 (PA ou I), deveria descrever o motivo pelo qual considerou esse item no espaço destinado para tal.

Quanto à estrutura do instrumento, este era formado por três blocos de afirmativas, consideradas como itens avaliativos. O primeiro bloco possuía cinco itens, que se referiam aos objetivos, propósitos, metas ou fins que se deseja atingir com a utilização da tecnologia. No que diz respeito ao segundo bloco, eram relacionadas a estrutura e a apresentação do instrumento e referia-se a forma de apresentar as orientações, incluindo organização geral, estrutura, estratégia de apresentação, coerência e formatação, o que constituía oito itens avaliativos. O terceiro e último bloco possuía cinco itens e trazia as questões de relevância, referindo-se às características que avaliavam o grau de significação da tecnologia.

Após cada bloco, era deixado espaço em linhas para que os juízes-especialistas pudessem se manifestar quanto às afirmativas, reforçar sua opinião quanto ao roteiro ou ainda sugerir alguma modificação.

O instrumento destinado ao preenchimento dos juízes-especialistas continha o total de 18 itens avaliativos (afirmativas) agrupados em três blocos. Assim, realizou-se a análise quantitativa das respostas aos três blocos de itens avaliativos do instrumento segundo as diferentes valorações: o total de respostas para Totalmente Adequado (TA), para Adequado (A), para Parcialmente Adequado (PA) e para Inadequado (I).

2. Instrumento destinado ao público-alvo

O instrumento de validação entregue para o público-alvo foi construído valorizando os conhecimentos e baseando-se na vivência da família que convive com o câncer e a colostomia. Semelhantemente ao destinado aos juízes-especialistas, cada instrumento continha blocos com frases afirmativas que deveriam ser analisadas segundo a valoração que melhor representasse a opinião do participante: 1 para Totalmente Adequado (TA), 2 para Adequado (A), 3 para Parcialmente Adequado (PA) e 4 para Inadequado (I).

Esse instrumento também possuía um espaço para a identificação e, no caso da população-alvo, continha os seguintes dados: escolaridade, procedência, familiar ou pessoa portadora de colostomia, idade e sexo. A parte seguinte também possuía a descrição das instruções para preenchimento, indicando a necessidade de leitura prévia do roteiro fornecido, para a posterior análise. Como no instrumento aos juízes-especialistas, pedia-se que o participante analisasse o roteiro, marcando um “X” em um dos números à frente de cada afirmação, dando sua opinião de acordo com a valoração que melhor representasse sua opinião. Caso o participante escolhesse as opções 3 ou 4 (PA ou I), deveria descrever no espaço destinado para tal o motivo pelo qual considerou esse item.

Quanto à estrutura, também era formado por três blocos de afirmativas, consideradas como itens avaliativos. Entretanto, nesse instrumento, o primeiro bloco possuía três itens, que se referiam aos objetivos, propósitos, metas ou fins que se deseja atingir. Já o segundo bloco, relacionado à organização, referia-se à forma de apresentar as orientações e incluía organização geral, estrutura, estratégia de apresentação e coerência, possuindo dois itens avaliativos. O terceiro e último bloco possuía quatro itens e trazia as questões relacionadas ao estilo de escrita, referindo-se principalmente à sua compreensão.

Após a finalização de cada bloco, era deixado espaço em linhas para que o público-alvo pudesse se manifestar quanto às afirmativas, reforçar sua opinião quanto ao roteiro ou ainda sugerir alguma modificação.

O instrumento destinado ao preenchimento do público-alvo continha o total de nove itens avaliativos (afirmativas), agrupados em três blocos. Assim, realizou-se a análise quantitativa das respostas aos três blocos de itens avaliativos do instrumento, segundo as diferentes valorações: o total de respostas para Totalmente Adequado (TA), para Adequado (A), para Parcialmente Adequado (PA) e para Inadequado (I).

3ª etapa: desenvolvimento do vídeo educativo

Após o recebimento de todos os formulários preenchidos e dos roteiros com as anotações/sugestões oferecidas pelos participantes, deu-se início à análise, tendo sido atentamente lidas e consideradas, desde que pertinentes ao estudo, todas as sugestões. Assim, o roteiro foi revisado e considerado adequado ao objetivo desta fase do estudo.

Com o roteiro já validado, iniciou-se a busca por um estúdio de produção, gravação e edição de áudio e vídeo que aceitasse o desafio e que entendesse o processo de criação e o objetivo do vídeo, para além da produção em si. Para isso, foram realizadas reuniões iniciais para discussão e planejamento.

Ocorreram duas reuniões iniciais, sendo que, na primeira reunião, foram discutidos o projeto, os objetivos do estudo, o roteiro, bem como ideias para o desenvolvimento do vídeo. A segunda reunião objetivou o acerto de detalhes quanto aos possíveis locais para gravação e a indicação de atores por parte do estúdio de produção. Após essas reuniões, foram escolhidos os atores que participariam das filmagens, os cenários e os dias disponíveis para a gravação. A escolha dos atores baseou-se na capacidade de atuação e na leitura e compreensão dos objetivos do vídeo, destinado a famílias que vivenciam o adoecimento por câncer e a colostomia. Os atores eram procedentes de Santa Maria, RS.

Após concluídas essas etapas de planejamento e organização, iniciou-se a gravação do vídeo propriamente dita. O local das filmagens foi a cidade de Santa Maria, Rio Grande do Sul, Brasil. Os textos do roteiro foram lidos e ensaiados previamente pela equipe de atores e de produção, para, então, serem iniciadas as filmagens. A gravação da parte introdutória foi realizada num local ao ar livre, com detalhes da natureza, como vasto campo e árvores, o qual foi escolhido com a intenção de proporcionar leveza ao vídeo educativo, oferecendo ao espectador informações introdutórias sobre o conviver com uma colostomia, sendo encenado por uma atriz. O segundo momento, que se refere ao depoimento inicial, representa a narrativa

da experiência de uma pessoa portadora de colostomia e foi gravado em uma sala ampla, onde foi montado um cenário especialmente para as filmagens. Essas cenas foram interpretadas por uma atriz.

Para a gravação do terceiro momento, foi necessário contar com a participação de uma pessoa voluntária, portadora de colostomia, que realmente pudesse demonstrar a troca da bolsa e a limpeza da pele, uma vez que a atriz, mencionada anteriormente, não era portadora de colostomia. A escolha dessa pessoa contou com o auxílio de uma enfermeira que atua na rede básica de saúde, que indicou e facilitou o contato com possíveis colaboradoras. Cabe destacar que a primeira convidada, após ser esclarecido que sua imagem facial não seria divulgada, mas somente a região do estoma, aceitou o convite e consentiu em participar, assinando a declaração de autorização de imagem (APÊNDICE 7).

As filmagens conduzidas buscaram demonstrar o cuidado na troca da bolsa e limpeza da pele. A cena inicia com a continuação da narrativa de experiência e segue com a demonstração da retirada da bolsa de colostomia, além do cuidado da pele e da troca da bolsa. Essa cena caracteriza-se por ser narrada por uma voz em *off*. Na sequência, o foco retorna para a pessoa que está realizando o depoimento, até este ser finalizado. As cenas foram mostradas intercalando imagens, com o intuito de permitir flexibilidade, manter o interesse e não causar cansaço e desatenção por parte de quem irá assistir ao vídeo.

O quarto momento do vídeo foi filmado com um ator que representou a família da pessoa portadora de colostomia. Nessa cena, o cenário muda e passa a mostrar somente a pessoa e uma parede logo atrás, numa espécie de *close*. A mensagem presente aborda a importância da família em aceitar esse novo jeito de ser e de viver. Na parte do final do vídeo, a atriz que iniciou a introdução aparece novamente, para fazer o encerramento do vídeo no mesmo local do primeiro momento.

Com as filmagens finalizadas, iniciou-se o processo de edição do vídeo, com a seleção das cenas a serem utilizadas, bem como das músicas de fundo. Esse processo foi feito e refeito várias vezes, até obter-se um consenso entre a pesquisadora e a equipe de produção. Ao finalizar a seleção do material, organizou-se a edição do vídeo e, após, esse material foi enviado para ser avaliado e validado pelos juízes-especialistas e público-alvo.

4ª etapa: validação do conteúdo do vídeo educativo

Para a validação do conteúdo do vídeo, realizaram-se duas etapas, a entrevista com os participantes e o preenchimento do instrumento de validação (APÊNDICE 8). A entrevista teve como objetivo conhecer como foi, para os juízes-especialistas e público-alvo, assistir ao

vídeo e relatar suas percepções, bem como sugestões de mudança, acréscimo ou exclusão de cenas. A entrevista (APÊNDICE 9) teve como pergunta inicial: “Como foi para você assistir ao vídeo educativo?”.

Inicialmente, os participantes eram contatados para esse momento do estudo, sendo que já tinham conhecimento prévio dessa fase de validação do vídeo. Assim, era realizado novamente o convite para a sua participação voluntária, sendo que, se não aceitassem, questionava-se sobre a intenção de excluir totalmente sua participação do estudo (fase de validação do roteiro e fase de validação do vídeo) ou apenas da fase de validação do conteúdo do vídeo. Caso o participante (juiz-especialista e público-alvo) aceitasse participar, era entregue, no momento, um DVD-ROM contendo o vídeo educativo e era explicada a sua participação. Ressaltou-se que a participação nessa fase compreendia assistir ao vídeo e, após, realizar uma entrevista, para que o participante pudesse comentar sobre o vídeo e apresentar sua opinião, bem como suas sugestões, fossem estas para acréscimo ou retirada de cenas do vídeo educativo.

Para a realização da entrevista, era informado que o pesquisador poderia aguardar o participante assistir ao vídeo e realizar a entrevista naquele momento ou o vídeo poderia permanecer com o participante em questão e seria marcada uma data para a posterior realização da entrevista. Entre os participantes, três optaram por assistir ao vídeo e realizar a entrevista logo após. Nesses casos, o pesquisador já possuía em mãos um aparelho (*notebook*) para que o participante pudesse assistir ao vídeo, sem que fosse necessário tempo para buscá-lo ou que o participante tivesse que providenciar um meio para assistir.

As entrevistas tiveram duração, em média, de 10 minutos, sendo que a mais longa foi de 36 minutos e foi realizada com uma família participante do grupo público-alvo. As entrevistas aconteceram no local de preferência dos participantes, sendo que as famílias optaram por ser entrevistadas em seus domicílios. Todas as entrevistas foram gravadas em meio digital, com o consentimento de cada participante, sendo logo após transcritas para posterior análise. Ao finalizar a entrevista, os participantes eram convidados a responder a um instrumento de validação relacionado ao conteúdo do vídeo educativo assistido por eles.

Quanto ao instrumento a ser preenchido, este continha o total de três blocos, nos quais foram avaliados conteúdo, audiovisual e personagens. Esse instrumento também foi construído com base no estudo de Teixeira e Mota (2011) e foi utilizado para ambos os grupos, juízes-especialistas e público-alvo. O bloco 1 tratava de questões referentes ao conteúdo do vídeo, à coerência e à clareza das informações; o bloco 2 referia-se às

características dos recursos audiovisuais e sonoros do vídeo; e o bloco 3 avaliava a expressão não verbal dos personagens no vídeo.

Semelhantemente ao instrumento preenchido na fase anterior de validação, cada instrumento continha blocos com frases afirmativas que deveriam ser analisadas segundo a valoração que melhor representasse a opinião do participante: 1 para Totalmente Adequado (TA), 2 para Adequado (A), 3 para Parcialmente Adequado (PA) e 4 para Inadequado (I), sendo que a escolha de 3 ou 4 (PA ou I) deveria ser justificada.

4.4 Análise dos dados

Considerando as respostas aos blocos dos itens avaliativos de cada instrumento, foi realizada análise quantitativa de acordo com as valorações correspondentes. Ainda em relação aos instrumentos de validação entregues, foi necessário observar a tendência dos participantes de acordo com suas respostas, as quais podem concordar ou discordar entre si. Para isso, foi realizada também a análise da representação comportamental, que é o nome dado ao valor da estatística calculada que corresponde à média aritmética dos escores dos itens analisados pelos juízes-especialistas e público-alvo: **1** é usado quando a avaliação é positiva, ou seja, TA ou A; **0** quando não é nem positiva nem negativa, ou seja, PA; e **-1** quando a avaliação é negativa, ou seja, I. São considerados validados os itens que obtêm nas respostas índice de concordância entre os participantes maior ou igual a 70%.

Os dados coletados na fase de validação do vídeo, mediante entrevista, foram analisados por meio da proposta de análise qualitativa de Polit, Beck e Hungler (2004), a qual envolve um método indutivo, ou seja, um processo de elaboração de generalizações a partir de observações específicas.

Assim, a autora relata que a análise qualitativa inicia com a busca de temas ou regularidades recorrentes nos dados. Temas conceitualmente significativos podem ser desenvolvidos em categorias de dados (em categorias do esquema de codificação utilizado para indexação de materiais), embora eles perpassem os demais materiais.

A busca de temas envolve não apenas a descoberta de assuntos partilhados pelos sujeitos, mas também uma busca de variação natural dos dados. O pesquisador precisa ficar atento aos temas que surgem e à maneira pela qual eles são padronizados. Nesse sentido, o analista qualitativo deve ter sensibilidade para captar as relações no âmbito dos dados.

No estágio final da análise, o pesquisador tenta unir as peças temáticas em um todo integrado. Os vários temas precisam ser inter-relacionados, de modo a oferecer uma estrutura geral à totalidade do corpo de dados.

4.5 Aspectos éticos

Durante a realização desta pesquisa, procurou-se preservar os direitos dos participantes, observando-se as orientações da Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012, do Conselho Nacional de Saúde, que trata das Diretrizes e Normas Regulamentadoras de Pesquisa Envolvendo Seres Humanos (BRASIL, 2013).

Inicialmente, o projeto de pesquisa foi enviado à Direção de Ensino, Pesquisa e Extensão do HUSM (DEPE), para análise, com vistas à obtenção de autorização institucional para a realização da coleta dos dados na Clínica Cirúrgica do referido hospital. Após autorização na DEPE, o protocolo de pesquisa foi encaminhado ao CEP da UFSM, para a análise dos aspectos éticos, tendo sido aprovado conforme.

A realização do estudo ocorreu entre os meses de abril e outubro de 2014, após aprovação do projeto pelo CEP, com o número do CAAE 28062514.8.0000.5346 (APÊNDICE 10). Inicialmente, foi realizado um convite aos profissionais (juízes-especialistas) e a pessoas portadoras de colostomia e familiares (público-alvo) para participar da análise e validação do roteiro do conteúdo e, posteriormente, da validação do vídeo educativo. O convite foi realizado pessoalmente. No momento, o pesquisador se apresentava e explicava sobre a pesquisa e seus objetivos, convidando-os à participação. Caso a resposta fosse positiva, era entregue aos participantes uma pasta contendo o convite por escrito, juntamente com o TCLE, o resumo do projeto, o roteiro e o instrumento para validação. No TCLE, ficava claro que a participação no estudo era voluntária. Também era elucidada a origem do material elaborado, bem como a importância da intervenção por meio de vídeos educativos, tanto para os profissionais como para as famílias, e a oportunidade de colaborar com o estudo ao realizar a validação do instrumento.

Assim, era esclarecido sobre como proceder para a validação do material. Primeiramente, explicava-se que o roteiro deveria ser previamente lido, para, logo após, realizar-se o preenchimento do material avaliativo. Explicou-se também sobre como preencher corretamente o instrumento e sobre o roteiro e os instrumentos distribuídos possuírem um espaço para que o entrevistado expressasse sua opinião, através de anotações/sugestões. Para isso, foi estabelecido um prazo para retorno do instrumento preenchido e do TCLE assinado.

Para a produção do vídeo, após a validação do roteiro, foi feito um convite também aos figurantes/atores, participantes do vídeo, explicando os objetivos do estudo, que sua participação era voluntária e que o vídeo seria utilizado para fins científicos e de orientação em saúde. Assim, mediante o aceite, os participantes eram convidados a assinar uma declaração de consentimento para uso de imagem (APÊNDICE 7), tendo em vista o atendimento dos aspectos éticos.

No momento em que os documentos relativos à validação do roteiro foram retornados, os participantes foram novamente consultados sobre a possibilidade de colaborar na fase de validação do vídeo educativo, a qual consistia em assistir ao vídeo e participar de uma entrevista falando das suas percepções do material. A entrevista tinha como pergunta inicial: “Como foi para você assistir ao vídeo educativo?”. Todos foram informados quanto à garantia do anonimato e do sigilo das informações em todas as etapas. Isso foi assegurado pela utilização de códigos de identificação de cada um nas entrevistas: juízes-especialistas (J1, J2, J3, J4, J5, J6 e J7) e público-alvo, representado por duas famílias (F1 – E1, E2 e E3; F2 – E1 e E2).

Para o atendimento da resolução referente aos aspectos éticos, foi solicitado aos participantes que assinassem o TCLE (APÊNDICE 4), após a sua leitura pelo entrevistador, em voz alta. O conteúdo do TCLE foi expresso em linguagem clara e acessível, abordando, entre outros aspectos, a finalidade do estudo, os riscos e benefícios e o fato de que a participação seria voluntária, ou seja, não haveria benefícios diretos, financeiros ou outras compensações. Os participantes foram informados de que poderiam sentir-se emocionados, cansados ou desconfortáveis com a leitura do roteiro e o preenchimento do instrumento, além do tempo despendido para assistir ao vídeo e realizar a entrevista, podendo solicitar a interrupção, retomar em outro momento ou mesmo encerrar sua participação. Caso a opção escolhida fosse cessá-la, as informações fornecidas até o momento fariam parte do estudo. Cabe ressaltar que não houve desistências e nenhuma interrupção no processo de validação/coleta de dados.

Como benefícios pela participação no estudo, consideram-se a reflexão e o processo de aprendizagem sobre a colostomia e o câncer, em que os participantes (juízes-especialistas e público-alvo) puderam expressar sua opinião e realizar o exercício de colocar-se no lugar do outro ao refletir sobre as famílias que vivenciam a colostomia por câncer. Como benefícios indiretos, os participantes colaboraram na produção de material educativo que poderá ser utilizado nas atividades de enfermagem com pacientes e famílias que vivenciam situação semelhante, contribuindo para qualificar as estratégias educativas e o cuidado prestado. O

vídeo poderá servir de subsídio para as famílias que necessitem conviver com o uso da colostomia, auxiliando no manejo dessa tecnologia de cuidado. Nesse sentido, ressalta-se que os resultados obtidos, depois de organizados, analisados e validados, poderão, além de ser divulgados e publicados no meio científico, ser utilizados por serviços de saúde.

Após a finalização da pesquisa, as entrevistas serão armazenadas em meio digital (CD-ROM) e mantidas em segurança pelo período de cinco anos, na sala 1339 do Centro de Ciências da Saúde da UFSM, sob responsabilidade da pesquisadora responsável. O vídeo educativo permanecerá no HUSM e na Secretaria de Saúde do Município, para ser divulgado aos pacientes e familiares. Conforme o Termo de Confidencialidade (APÊNDICE 11), os pesquisadores se responsabilizam pelos preceitos éticos que norteiam as pesquisas com seres humanos.

5 RESULTADOS

Os participantes do estudo foram divididos em dois grupos: juízes-especialistas e público-alvo. Inicialmente, foram distribuídos 11 instrumentos aos juízes-especialistas, porém apenas sete retornaram devidamente preenchidos. Quanto ao público-alvo, foram distribuídos instrumentos de validação para duas famílias, sendo que ambos retornaram devidamente preenchidos. Para a validação do roteiro e vídeo, participaram, no total, 12 pessoas, sete juízes-especialistas e cinco representantes do público-alvo, familiares e pessoas portadoras de colostomia por câncer.

Os juízes-especialistas eram de diferentes áreas e se caracterizavam por lidar atualmente ou já ter lidado com as pessoas que vivenciam a colostomia por câncer, como familiares e pacientes. Entre os juízes-especialistas, ressalta-se a participação de um profissional de comunicação social com *expertise* relacionada à elaboração de roteiros e vídeos. Sua *expertise* relacionada à colostomia por câncer e à comunicação social proporcionou ao estudo a possibilidade de aperfeiçoá-lo e validá-lo, de modo que o vídeo educativo pudesse ser utilizado pelas famílias. Quanto a estas, esperava-se que tivessem o perfil semelhante ao das famílias a que se destina o vídeo educativo, famílias que vivenciam a colostomia por câncer.

Inicialmente, foi realizada uma pré-lista com os possíveis participantes que tivessem conhecimento da área a que se destina o presente estudo e que fossem residentes na cidade de Santa Maria, Rio Grande do Sul, onde a validação seria alcançada posteriormente. Foram convidados 12 especialistas, entre eles enfermeiros, médicos, fisioterapeuta, psicólogo e profissionais da comunicação social. No entanto, apenas nove manifestaram disponibilidade e aceitaram participar do estudo de validação. Após a distribuição dos instrumentos e o contato com os participantes, apenas sete responderam completamente ao questionário e retornaram os documentos devidamente preenchidos, ou seja, todos os itens avaliativos continham resposta.

Entre esses juízes-especialistas, cinco eram do sexo feminino e dois do sexo masculino e tinham idade entre 26 e 53 anos. No que se refere à formação dos participantes, três eram enfermeiros, um era médico, um psicólogo, um fisioterapeuta e um comunicador social com formação em jornalismo. O tempo de formado variou entre três e 25 anos. Quanto à função atual que desempenham, um é docente, dois são enfermeiros assistenciais, um é médico, outro é roteirista, um desempenha a função de psicólogo e outro a de fisioterapeuta. O tempo de trabalho no cargo que desempenham é de cinco meses a 15 anos. Quanto à titulação, cinco

possuem especialização (Estomaterapia, Saúde Pública e Administração Hospitalar; Terapia Intensiva e CCIH; Coloproctologia; Fisioterapia Dermatofuncional; Cinema), um possui Doutorado e outro Mestrado.

No que se refere à família, público-alvo do estudo, foram convidadas duas famílias, as quais se disponibilizaram a participar voluntariamente e retornaram os instrumentos devidamente preenchidos. Ambas as famílias eram procedentes de Santa Maria. Na Família 1, participaram três pessoas, o esposo, a pessoa portadora de colostomia e uma amiga, considerada como parte da família. Na Família 2, participaram duas pessoas, a pessoa portadora de colostomia e a filha. A idade dos participantes variou entre 55 e 83 anos. Cabe ressaltar que ambas as pessoas portadoras de colostomia eram do sexo feminino e tinham idades de 59 e 83 anos. O tempo de uso da colostomia foi de 15 e 30 anos. Quanto ao nível de escolaridade questionado, obteve-se que três possuíam Ensino Médio, um possuía o Primário e outro tinha curso técnico.

Etapa de validação do roteiro para o vídeo educativo

Nesta etapa, apresentar-se-á a análise dos resultados obtidos por meio da validação do roteiro para o vídeo educativo. Ressalta-se novamente que cada instrumento (Escala Likert) continha blocos com frases afirmativas que foram analisadas segundo a valoração que melhor representou a opinião de cada participante. Os instrumentos disponíveis para os dois grupos (juízes-especialistas e público-alvo) eram diferenciados, portanto a análise foi realizada conforme o grupo de participantes e seu respectivo instrumento.

Análise das respostas dos juízes-especialistas

Nesta etapa, que compreende a análise das respostas dos juízes-especialistas, verificou-se a valoração que obteve a maioria das respostas. A análise foi realizada primeiramente com o total de respostas aos três blocos, em seguida foi feita a análise do total de respostas de cada bloco, salientando-se os respectivos destaques.

Tabela 1 – Respostas dos juízes-especialistas aos três blocos de itens avaliativos: objetivos, estrutura e apresentação e relevância. Santa Maria – RS, 2014.

Itens	N=7			
	TA	A	PA	I
1 – Objetivos				
1.1 As informações/conteúdos são ou estão coerentes com as necessidades cotidianas do público-alvo da tecnologia.	7	0	0	0
1.2 As informações/conteúdos são importantes para a qualidade de vida e/ou o trabalho do público-alvo da tecnologia.	6	1	0	0
1.3 Convida e/ou instiga à mudança de comportamento e atitude.	6	1	0	0
1.4 Pode circular no meio científico da área	6	1	0	0
1.5 Atende aos objetivos de instituições que atendem a/trabalham com o público-alvo da tecnologia.	5	2	0	0
2 – Estrutura e apresentação				
2.1 A tecnologia é apropriada para o público-alvo.	5	2	0	0
2.2 As mensagens estão apresentadas de maneira clara e objetiva.	5	2	0	0
2.3 As informações apresentadas estão cientificamente corretas.	6	1	0	0
2.4 O material está apropriado ao nível sociocultural do público-alvo.	6	1	0	0
2.5 Há uma sequência lógica do conteúdo proposto.	6	1	0	0
2.6 As informações estão bem estruturadas.	7	0	0	0
2.7 As informações estão bem estruturadas em concordância e ortografia.	3	4	0	0
2.8 O estilo da redação corresponde ao nível de conhecimento do público-alvo.	3	3	1	0
3 – Relevância				
3.1 Os temas retratam aspectos-chave que devem ser reforçados.	5	2	0	0
3.2 A tecnologia permite generalização e transferência do aprendizado a diferentes contextos.	5	2	0	0
3.3 A tecnologia propõe a construção de conhecimentos.	6	1	0	0
3.4 A tecnologia aborda os assuntos necessários para o saber do público-alvo.	5	2	0	0
3.5 A tecnologia está adequada para ser usada por qualquer profissional com o público-alvo.	6	1	0	0

Abreviações: TA= Totalmente Adequado, A= Adequado, PA= Parcialmente Adequado, I= Inadequado.

O instrumento destinado aos juízes possui 18 itens divididos em três blocos, como mencionado anteriormente, sendo que o somatório de todos os itens avaliativos do total de sete instrumentos (sete juízes) é de 126 itens (100%). Assim, as respostas aos três blocos

foram: 98 ou 77,8% para Totalmente Adequado (TA), 27 ou 21,4% para Adequado e 1 ou 0,8% para Parcialmente Adequado. Verificou-se que as valorações que obtiveram a maioria das respostas foram TA e A, com destaque para TA, cuja valoração é maior que 70%. Percebe-se uma tendência pela concordância entre as respostas dos juízes aos instrumentos de validação referentes ao roteiro, obtendo-se uma avaliação positiva (1), ou seja, maioria TA ou A. Sendo assim, pode-se deduzir que não há indicação significativa de discordância entre os participantes. A seguir, apresenta-se a avaliação de cada bloco desse instrumento.

Bloco 1 – Possui cinco itens avaliativos, que avaliam os objetivos, propósitos, metas ou fins que se deseja atingir com o vídeo educativo. A pontuação máxima para a validação deste bloco é 35 (100% das opções de resposta), pois o número de participantes foi de sete pessoas, ou seja, 5 (itens) x 7 (juízes-especialistas) = 35 pontos. As respostas dos juízes-especialistas foram: 30 ou 85,7% para TA e 5 ou 14,3% para A; PA e I não pontuaram.

Ao avaliar os itens individualmente, percebe-se que o item referente às informações/conteúdos serem ou estarem coerentes com as necessidades cotidianas do público-alvo da tecnologia obteve 100% de aprovação, ou seja, sete opções de respostas para TA. Quanto ao item que relata se as informações/conteúdos são importantes para a qualidade de vida e/ou o trabalho do público-alvo da tecnologia, obteve-se a porcentagem de 85,7% para TA e 14,3% para A. O item que diz respeito à tecnologia, se esta convida e/ou instiga à mudança de comportamento e atitude, obteve 6 ou 85,7% para TA e 1 ou 14,3% para A. Ainda neste bloco, obteve-se validação do item que se refere ao fato de o vídeo poder circular no meio científico da área, com 85,7% para TA e 14,3% para A. O último item do bloco, que avaliava se a tecnologia atende aos objetivos de instituições que atendem a/trabalham com o público-alvo do estudo, obteve 5 ou 71,4% para TA e 2 ou 28,6% para A. Vale ressaltar que PA e I não pontuaram neste bloco. Assim, considera-se que todos os itens do bloco foram validados, pois obtiveram índice de aprovação superior a 70%, somando as respostas de TA e A.

Bloco 2 – É referente à estrutura e apresentação e possui oito itens avaliativos, de modo que a pontuação máxima para validação seja 56 (8 itens x 7 juízes-especialistas = 56 pontos). As respostas dos juízes-especialistas foram: 41 ou 73,2% para TA, 14 ou 25% para A e 1 ou 1,8% para PA; I não pontuou.

Neste bloco, o primeiro item validado, quanto à tecnologia ser apropriada para o público-alvo, obteve pontuação igual a 5 ou 71,4% para TA e 2 ou 28,6% para A. O item seguinte também obteve 5 ou 71,4% para TA e 2 ou 28,6% para A e se referiu às mensagens, se estas estão apresentadas de maneira clara e objetiva. O item a respeito das informações

apresentadas, se estão cientificamente corretas, foi validado e obteve 6 ou 85,7% para TA e 1 ou 14,3% para A. No que se refere ao material, se este está apropriado ao nível sociocultural do público-alvo, teve pontuação de 6 ou 85,7% para TA e 1 ou 14,3% para A, sendo então validado. No que diz respeito ao item sobre se há uma sequência lógica do conteúdo proposto, este foi validado com 6 ou 85,7% para TA e 1 ou 14,3% para A. Quanto às informações estarem bem estruturadas, obteve-se a validação com a pontuação de 7 ou 100% para TA. No penúltimo item do bloco 2, as informações foram consideradas bem estruturadas em concordância e ortografia, obtendo pontuação igual a 3 ou 42,9% para TA e 4 ou 57,1% para A. O último item, referente ao estilo da redação e à adequação ao nível de conhecimento do público-alvo, obteve 3 ou 42,9% para TA, 3 ou 42,9% para A e 1 ou 14,2% para PA. A justificativa para o uso de Parcialmente Adequado foi a necessidade de modificar um termo presente no roteiro.

Com isso, considera-se que todos os itens deste bloco foram validados, pois obtiveram índice de aprovação superior a 70%, somando as respostas de TA e A.

Bloco 3 – É referente à relevância e às características que avaliam o grau de significação da tecnologia e possui um total de cinco itens, de forma que a pontuação máxima seja de 35, ou seja, 5 (itens) x 7 (juízes-especialistas) = 35 pontos. O total de respostas para este bloco foi: 27 ou 77,1% para TA e 8 ou 22,9% para A; PA e I não pontuaram nos itens relativos ao bloco 3.

Ao avaliar cada item separadamente, observa-se que o primeiro item, sobre os temas, se retratam ou não aspectos-chave que devem ser reforçados, obteve pontuação igual a 5 ou 71,4% para TA e 2 ou 28,6% para A. O item seguinte afirma que a tecnologia permite a aprendizagem em diferentes contextos e foi validado, obtendo-se 5 ou 71,4% para TA e 2 ou 28,6% para A. O item que questiona se a tecnologia propõe a construção de conhecimentos foi validado com a pontuação 6 ou 85,7% para TA e 1 ou 14,3% para A. No que diz respeito ao item que indaga se a tecnologia aborda os assuntos necessários para o saber do público-alvo, foi validado e obteve pontuação 5 ou 71,4% para TA e 2 ou 28,6% para A. No último item, quanto à adequação da tecnologia para ser usada por qualquer profissional com o público-alvo, obteve-se a pontuação de 6 ou 85,7% para TA e 1 ou 14,3% para A.

Assim, pode-se considerar que todos os itens deste bloco foram validados, pois obtiveram índice de aprovação superior a 70%, somando as respostas de TA e A.

Análise das respostas do público-alvo

Nesta etapa, verificou-se a valoração que obteve a maioria das respostas. A análise foi realizada primeiramente com o total de respostas aos três blocos, em seguida foi feita a análise do total de respostas de cada bloco, salientando-se os respectivos destaques.

Tabela 2 – Respostas do público-alvo aos três blocos de itens avaliativos: objetivos, organização e estilo da escrita. Santa Maria – RS, 2014.

Itens	N= 5			
	TA	A	PA	I
1 – Objetivos				
1.1 Atende aos objetivos do público-alvo do vídeo.	3	2	0	0
1.2 Ajuda no cotidiano do público-alvo.	3	2	0	0
1.3 Está adequada para ser usada por qualquer profissional que trabalhe com o público-alvo.	4	1	0	0
2 – Organização				
2.1 As informações estão apresentadas de maneira clara e objetiva.	4	1	0	0
2.2 Os temas são importantes e adequados às necessidades.	4	1	0	0
3 – Estilo da escrita				
3.1 A escrita está adequada.	3	2	0	0
3.2 O texto é interessante. O tom é amigável.	2	3	0	0
3.3 O texto está claro.	5	0	0	0
3.4 A escrita corresponde ao nível de conhecimento do público-alvo	4	1	0	0

Abreviações: TA= Totalmente Adequado, A= Adequado, PA= Parcialmente Adequado, I= Inadequado.

Quanto ao instrumento entregue ao público-alvo, este possui nove itens divididos em três blocos, como mencionado anteriormente, sendo que o somatório de todos os itens avaliativos do total de cinco instrumentos (cinco representantes do público-alvo do vídeo) é de 45 itens (100%). Assim, as respostas aos três blocos, considerando o somatório de todos os itens, foram: 32 ou 71,1% para Totalmente Adequado (TA) e 13 ou 28,9% para Adequado. Verificou-se que as valorações que obtiveram a maioria das respostas foram TA e A, com destaque para TA, com valoração maior que 70%. As valorações Parcialmente Adequado (PA) e Inadequado (I) não pontuaram entre os participantes do público-alvo.

Com isso, percebe-se uma tendência pela concordância entre as respostas do público-alvo aos instrumentos de validação referentes ao roteiro, obtendo-se uma avaliação positiva

(1), ou seja, maioria TA ou A. Sendo assim, pode-se inferir que não há indicação significativa de discordância entre os participantes. A seguir, apresenta-se a avaliação de cada bloco deste instrumento.

Bloco 1 – Possui três itens avaliativos, que avaliam os objetivos, propósitos, metas ou fins que se deseja atingir com o vídeo educativo. A pontuação máxima para a validação deste bloco é 15 (100% das opções de resposta), pois o número de participantes é de cinco pessoas, ou seja, 3 (itens) x 5 (público-alvo) = 15 pontos. As respostas do público-alvo foram: 10 ou 66,7% para TA e 5 ou 33,3% para A; PA e I não pontuaram.

Ao realizar a avaliação dos itens individualmente, observa-se que o primeiro item deste bloco, que questiona se a tecnologia atende aos objetivos do público-alvo do vídeo, obteve 3 ou 60% para TA e 2 ou 40% para A. Quanto ao item que indaga se a tecnologia ajuda no cotidiano do público-alvo, obteve-se 3 ou 60% para TA e 2 ou 40% para A, sendo assim validado. O item que diz respeito à adequação do instrumento, para ser usado por qualquer profissional que trabalhe com o público-alvo, obteve 4 ou 80% para TA e 1 ou 20% para A. Vale ressaltar que PA e I não pontuaram neste bloco. Assim, considera-se que todos os itens do bloco foram validados, pois obtiveram índice de aprovação superior a 70%, somando as respostas de TA e A.

Bloco 2 – É referente à organização e possui dois itens avaliativos, de forma que a pontuação máxima para validação seja 10 (2 itens x 5 público-alvo = 10 pontos). As respostas do público-alvo foram: 8 ou 80% para TA e 2 ou 20% para A; PA e I não pontuaram.

O primeiro item do bloco 2, que questiona se as informações estão apresentadas de maneira clara e objetiva, foi validado e teve pontuação igual a 4 ou 80% para TA e 1 ou 20% para A. O item seguinte também obteve 4 ou 80% para TA e 2 ou 20% para A e se referiu aos temas, se são importantes e adequados às necessidades. Com isso, considera-se que todos os itens deste bloco foram validados, pois obtiveram índice de aprovação superior a 70%, somando as respostas de TA e A.

Bloco 3 – É referente ao estilo da escrita e sua compreensão e possui o total de quatro itens, de modo que a pontuação máxima seja de 20 pontos, ou seja, 4 (itens) x 5 (público-alvo) = 20 pontos. O total de respostas para este bloco foi: 14 ou 70% para TA e 6 ou 30% para A; PA e I não pontuaram nos itens relativos ao bloco 3.

Ao avaliar cada item separadamente, observa-se que o primeiro item, o qual trata da escrita (se está adequada), obteve pontuação igual a 3 ou 60% para TA e 2 ou 40% para A. O item seguinte deste bloco afirma que o texto é interessante e o tom é amigável, sendo validado com 2 ou 40% para TA e 3 ou 60% para A. O item que questiona se o texto está claro foi

validado com a pontuação 5 ou 100% para TA. As opções A, PA e I não pontuaram neste item. No que diz respeito ao item 3.4, se a escrita corresponde ao nível de conhecimento do público-alvo, foi validado e obteve pontuação 4 ou 80% para TA e 1 ou 20% para A.

Assim, pode-se considerar que todos os itens deste bloco foram validados, pois obtiveram índice de aprovação superior a 70%, somando as respostas de TA e A.

Análise das sugestões e anotações dos juízes-especialistas e público-alvo na validação do roteiro

Com os instrumentos devidamente preenchidos pelos participantes e os roteiros com as sugestões/anotações, iniciou-se o processo de leitura, análise e organização das sugestões e alterações que foram consideradas necessárias pelos participantes para o aperfeiçoamento do roteiro para o vídeo educativo. Ao analisar os instrumentos de ambos os grupos de participantes, observou-se que, além de questões a serem modificadas, foram apontadas, também, importantes contribuições e sugestões para a versão final do roteiro.

Uma das alterações sugeridas pelos grupos foi a substituição de termos que foram considerados inadequados no contexto inserido. Além da substituição, também foram sugeridos acréscimos de palavras necessárias para a melhor compreensão do texto.

No que diz respeito às sugestões de acréscimos de informações, estas foram em grande número, sendo a parte mais destacada do material. Uma das contribuições realizadas pelo público-alvo foi “tendo fé e esperança tudo se aceita, o importante é viver”. Outras sugestões foram, por exemplo, “é muito importante saber que as bolsinhas são de graça, pois tem muitas pessoas que acham que tem que pagar”, “eles também dão os produtos que precisamos usar na pele e também os produtos para irrigação”, “é importante sempre perguntar, isso ajuda”, “para que não haja contato com as fezes é preciso recortar o orifício do tamanho do estoma”. Tendo em vista que o público-alvo foi escolhido por vivenciar a colostomia, entendeu-se que essas informações fossem pertinentes ao roteiro e ao posterior vídeo.

Uma das sugestões dadas pelo grupo dos juízes-especialistas foi: “importante orientar que existem serviços de apoio nos municípios, basta realizar um cadastro para adquirir os materiais”. Essa foi considerada uma importante informação, já que complementa uma das sugestões fornecidas pelo público-alvo no que diz respeito a pessoas que acreditam ser necessário comprar os materiais a serem utilizados. Outras sugestões dos juízes-especialistas foram: “é necessário esvaziar a bolsa no vaso sanitário para depois desprezá-la no lixo”, “a limpeza pode ser feita no banho”, “outro sinal para a troca da bolsa é o vazamento do conteúdo” e “existem produtos especiais para cuidado fornecidos pelas secretarias”. Tais

informações foram consideradas importantes ao estudo, visto que podem ser dúvidas recorrentes para as famílias e pessoas portadoras de colostomia.

Também surgiram sugestões para a composição de imagens do vídeo educativo, como, por exemplo, “podem ser acrescentadas imagens que ilustrem algumas partes do vídeo”, “possibilitar visualização das etapas para a troca da bolsa de ostomia”. Essas considerações trouxeram clareza para a posterior produção do vídeo, uma vez que as imagens despertam maior interesse por parte de quem assiste ao vídeo, principalmente quanto à visualização das etapas de troca, importante para o vídeo e para quem assiste.

Os termos apontados como incorretos foram substituídos pelos indicados pelos participantes. A questão trazida pelo público-alvo sobre a fé e esperança foi acrescentada no vídeo, bem como a importância do relato sobre a gratuidade das bolsas e produtos para colostomia. Entretanto, no que se refere à irrigação, este é um procedimento específico e, embora muito importante para a qualidade de vida da pessoa portadora de colostomia, é necessário atender a algumas exigências e especificidades para poder realizá-la, por isso, nesse momento, não foi acrescentada. Outra questão trazida pelo público-alvo e incluída no vídeo foi a possibilidade de questionar aquilo de que se tem dúvidas e recortar o orifício do tamanho do estoma para não haver contato com as fezes.

As sugestões dadas pelo público-alvo, desde que pertinentes ao estudo, foram analisadas e acrescentadas, visando à qualificação do material a ser utilizado para guiar a elaboração do vídeo. Todas as observações sugeridas pelos juízes-especialistas foram atendidas.

Etapa de validação do conteúdo do vídeo

Nesta etapa, apresentar-se-á a análise dos resultados obtidos por meio da validação do vídeo educativo. Ressalta-se que esta etapa foi dividida entre as entrevistas realizadas com os participantes e também com um instrumento (Escala Likert) semelhante ao utilizado na primeira etapa, que, da mesma forma, continha blocos com frases afirmativas que foram analisadas segundo a valoração que melhor representasse a opinião de cada participante. Entretanto, nesta etapa, os instrumentos disponíveis para os dois grupos (juízes-especialistas e público-alvo) não eram diferenciados, pois entendeu-se que o vídeo deveria estar claro para ambos os grupos, igualmente.

Análise das respostas dos juízes-especialistas e público-alvo

Para a análise, verificou-se a valoração que obteve a maioria das respostas. A análise foi realizada primeiramente com o total de respostas aos três blocos e, em seguida, com o total de respostas de cada bloco, salientando-se os respectivos destaques.

Tabela 3 – Respostas do público-alvo aos três blocos de itens avaliativos: conteúdo, audiovisual e personagens. Santa Maria – RS, 2014.

Itens	N= 12			
	TA	A	PA	I
1 – Conteúdo				
1.1 As informações/conteúdos são ou estão coerentes.	9	3	0	0
1.2 As informações/conteúdos são apresentadas de forma clara e compreensível.	9	3	0	0
1.3 A forma de apresentação do conteúdo no vídeo é convidativa para quem assiste.	10	2	0	0
1.4 Pode circular no meio científico da área.	9	3	0	0
1.5 Atende aos objetivos do projeto.	8	4	0	0
1.6 Há uma sequência lógica do conteúdo.	8	4	0	0
1.7 As informações apresentadas estão cientificamente corretas.	8	4	0	0
1.8 O conteúdo não se repete.	6	5	1	0
1.9 O conteúdo reflete o roteiro validado.	9	3	0	0
2 – Audiovisual				
2.1 O áudio do vídeo está adequado e colabora na compreensão do conteúdo.	9	3	0	0
2.2 As músicas estão adequadas ao momento em que são utilizadas.	8	4	0	0
2.3 As imagens que compõem o vídeo são adequadas ao conteúdo trabalhado.	10	2	0	0
2.4 O cenário está apropriado.	10	2	0	0
2.5 As ilustrações utilizadas estão adequadas ao conteúdo do trabalho.	9	3	0	0
2.6 A iluminação e o enquadramento das imagens estão adequados.	9	3	0	0
3 – Personagens				
3.1 Os participantes do vídeo falam com clareza.	8	4	0	0
3.2 A forma com que se apresentam está adequada.	9	3	0	0
3.3 As falas estão adequadas e refletem a realidade.	9	2	1	0

Abreviações: TA= Totalmente Adequado, A= Adequado, PA= Parcialmente Adequado, I= Inadequado.

Nesta etapa, os instrumentos entregues aos juízes-especialistas e público-alvo foram compostos de 18 itens, divididos em três blocos, como mencionado anteriormente, sendo que o somatório de todos os itens avaliativos do total de 12 instrumentos (cinco representantes do público-alvo e sete juízes-especialistas) é de 216 itens (100%). Assim, as respostas aos três blocos, considerando o somatório de todos os itens, foram: 155 ou 71,8% para Totalmente Adequado (TA), 59 ou 27,3% para Adequado e 2 ou 0,9% para Parcialmente Adequado (PA). Verificou-se que as valorações que obtiveram a maioria das respostas foram TA e A, com destaque para TA, com valoração maior que 70%. Observa-se também que Inadequado (I) não pontuou entre os participantes.

Assim, pode-se perceber uma tendência pela concordância entre as respostas dos participantes aos instrumentos de validação referentes ao roteiro, obtendo-se uma avaliação positiva (1), ou seja, maioria TA ou A. Com isso, pode-se inferir que não há indicação significativa de discordância entre os participantes. A seguir, apresenta-se a avaliação de cada bloco desse instrumento.

Bloco 1 – Possui nove itens avaliativos, que avaliam o conteúdo do vídeo, quanto à coerência e clareza das informações. A pontuação máxima para a validação deste bloco é 108 (100% das opções de resposta), pois o número de participantes é de 12 pessoas, ou seja, 9 (itens) x 12 (público-alvo e juízes-especialistas) = 108 pontos. As respostas do público-alvo foram: 76 ou 70,4% para TA, 31 ou 28,7% para A e 1 ou 0,9% para PA; I não pontuou.

Ao realizar a avaliação dos itens individualmente, tem-se que o primeiro item deste bloco, que questiona se as informações/conteúdos são ou estão coerentes, obteve 9 ou 75% para TA e 3 ou 25% para A. Já o item que indaga se as informações/conteúdos são apresentadas de forma clara e compreensível obteve 9 ou 75% para TA e 3 ou 25% para A, sendo assim validado. O item que diz respeito à forma de apresentação do conteúdo do vídeo, se é convidativa para quem assiste, obteve 10 ou 83,3% para TA e 2 ou 16,7% para A. O item seguinte validado, sobre se o vídeo pode circular no meio científico, obteve 9 ou 75% para TA e 3 ou 25% para A. Os participantes concordaram entre si ao afirmar que o vídeo atendeu aos objetivos do projeto, item que obteve 8 ou 66,7% para TA e 4 ou 33,3% para A. O item que afirma haver uma sequência lógica do conteúdo foi validado com 8 ou 66,7% para TA e 4 ou 33,3% para A. No item seguinte deste bloco, a afirmativa foi validada quanto às informações estarem cientificamente corretas, obtendo-se 8 ou 66,7% para TA e 4 ou 33,3% para A. Quanto ao conteúdo não estar repetido, foi validado com 6 ou 50% para TA, 5 ou 41,7% para A e 1 ou 8,3% para PA. Neste caso, o PA foi justificado pelo fato de uma parte do

vídeo apresentar informações que se repetiam. O último item deste bloco, quanto ao conteúdo refletir o roteiro validado, obteve 9 ou 75% para TA e 3 ou 25% para A. Vale ressaltar que I não pontuou neste bloco.

Assim, considera-se que todos os itens deste bloco foram validados, pois obtiveram índice de aprovação superior a 70%, somando as respostas de TA e A.

Bloco 2 – É referente aos recursos audiovisuais do vídeo e possui seis itens avaliativos, de modo que a pontuação máxima para validação seja 72 (6 itens x 12 participantes = 72 pontos). As respostas dos participantes foram: 55 ou 76,4% para TA e 17 ou 23,6% para A; PA e I não pontuaram.

O primeiro item do bloco 2, que questiona se o áudio do vídeo está adequado e colabora na compreensão do conteúdo, foi validado e teve pontuação igual a 9 ou 75% para TA e 3 ou 25% para A. O item seguinte, referente às músicas, se estão adequadas ao momento em que são utilizadas, obteve 8 ou 66,7% para TA e 4 ou 33,3% para A. A afirmativa que indaga se as imagens que compõem o vídeo são adequadas ao conteúdo trabalhado foi validada e obteve pontuação igual a 10 ou 83,3% para TA e 2 ou 16,7% para A. Os participantes concordaram entre si ao considerar o cenário apropriado, sendo que esse item obteve 10 ou 83,3% para TA e 2 ou 16,7% para A. O item seguinte, que questiona se as ilustrações utilizadas estão adequadas ao conteúdo do trabalho, foi validado e obteve 9 ou 75% para TA e 3 ou 25% para A. No que se refere ao último item, sobre a iluminação e o enquadramento das imagens, se estão adequados, foi validado com pontuação igual a 9 ou 75% para TA e 3 ou 25% para A.

Com isso, considera-se que todos os itens deste bloco foram validados, pois obtiveram índice de aprovação superior a 70%, somando as respostas de TA e A.

Bloco 3 – É referente aos personagens participantes do vídeo e possui o total de três itens, de forma que a pontuação máxima seja de 36 pontos, ou seja, 3 (itens) x 12 (participantes) = 36 pontos. O total de respostas para este bloco foi: 26 ou 72,2% para TA, 9 ou 25% para A e 1 ou 2,8 para PA; I não pontuou nos itens relativos ao bloco 3.

Ao avaliar cada item separadamente, observa-se que o primeiro item, sobre a clareza da fala dos personagens, obteve pontuação igual a 8 ou 66,7% para TA e 4 ou 33,3% para A. O item seguinte deste bloco afirma que o modo como os personagens se apresentam está adequado, sendo validado com 9 ou 75% para TA e 3 ou 25% para A. O item que questiona se as falas estão adequadas e refletem a realidade foi validado com a pontuação 9 ou 75% para

TA, 2 ou 16,7% para A e 1 ou 8,3% para PA. Neste caso, a escolha de PA foi justificada pelo fato de a família ser referenciada de modo idealizado. A opção I não pontuou neste bloco.

Assim, pode-se considerar que todos os itens deste bloco foram validados, pois obtiveram índice de aprovação superior a 70%, somando-se as respostas de TA e A.

Análise da entrevista com os participantes

Após a transcrição das entrevistas, estas foram lidas e analisadas. Entre os assuntos que permearam a fala dos participantes, está a opinião que tiveram ao assistir ao vídeo educativo.

Em relação ao vídeo, a sequência dele, as entrevistas foram também bacanas, foram muito esclarecedoras. (J2)

É uma coisa que é bem comum, que tem pessoas que não sabem, não entendem e é só um passo, só uma coisinha a mais para aquele horizonte se ampliar e conseguir enxergar melhor as coisas. (F1 – E1)

O paciente fica totalmente fora do assunto, não sabe por que tem dor de barriga, o que tá saindo, como é que tá funcionando, como é que troca, é um pânico total né, vai mudar o corpo dele... Acho que o vídeo traz isso. É uma motivação. (J3)

É possível constatar que os participantes consideraram o vídeo como apropriado e esclarecedor para as famílias, tornando-se importante ferramenta para aproximar a família da convivência com a colostomia. Relacionaram também a possibilidade de o vídeo ser parte de uma nova visão para a família que está vivendo a necessidade do uso da colostomia, podendo auxiliá-la nessa nova etapa, dando sentido à experiência e à motivação para continuar a caminhada.

Ainda em relação ao vídeo, alguns participantes fizeram menção à parte técnica, como imagens e locais escolhidos para a gravação.

A parte técnica tá ótima, dá pra ver que está muito bom, muito bem captado, a parte de vídeo também. Tecnicamente foi super bem feito assim, super bem produzido, o vídeo. Eu acho que no começo dele já ficou, já teve um clima bem bacana, o local escolhido pra gravação, a apresentação. (J2)

Acho que principalmente a parte técnica, sabe, tá muito bom, olhando assim tu percebe. (J5)

Considerando que se trata de um vídeo destinado às famílias que vivenciam a colostomia por câncer, acredita-se que este necessita ter uma parte técnica de qualidade, que realmente mostre aquilo que se pretende, no caso, a experiência daqueles que já passaram pela situação. Assim, os participantes fizeram menção à qualidade técnica do vídeo, quanto à sua produção, às imagens presentes no vídeo, ao ambiente, ao local da gravação, bem como à apresentação do vídeo.

Outra importante questão relacionada ao vídeo é a fala dos personagens. Nesse sentido, os participantes relataram sua opinião ao assistir ao vídeo educativo.

Uma fala pausada, uma fala acessível, não percebi uma fala de forma que a pessoa não entenda algumas palavras científicas, um palavreado muito do dia a dia, bem tranquilo, achei bom isso. (J1)

A fala com a câmera ela foi bem condizente com o tema, uma fala mais direta, mas ela é acolhedora né, não é aquela coisa dura, não é aquela coisa fria, então foi bem bacana. (J2)

A fala é que faz essa ligação. Eles realmente tão falando sobre o tema com as pessoas, isso chama a atenção, tu pode ter certeza. (J7)

Ao comentarem sobre a fala presente no vídeo, percebe-se a importância que os participantes dão à forma como o tema é abordado nas falas dos personagens, considerando-as de fácil compreensão para quem assistirá ao vídeo. Os participantes do estudo consideraram ainda que o estilo da fala e a linguagem dos personagens estão apropriados e permitem que as famílias se identifiquem com a situação e se sintam acolhidas ao assistir ao vídeo.

Nesse sentido, outro importante comentário dos participantes foi relacionado ao que acreditam que o vídeo trará às famílias, quais as repercussões para aqueles que assistirão e o que poderá ser transmitido através da sua reprodução.

Pacientes jovens é mais complicado ainda. Tem uns que fazem isolamento social, não vão numa festa, não vão em nada. Acho que vai ser importante ver esse lado. Serve pra mostrar que existe o depois, né? (J3)

Me chamou muita atenção, esses dias eu vi uma matéria dum cara que teve que fazer a colostomia, e ao invés de ele ficar deprimido e trancado em casa, ele resolveu virar fisiculturista, ele tira fotos, todo musculoso, com o saquinho da colostomia do lado né. Então ele quis daquele jeito, daquela forma tirar o tabu da doença. Eu acho que quando tu repartes o vídeo em experiência assim, tu consegues isso, porque aí a pessoa sabe que não é só ela, que tem muita gente junto, muita gente, muitos passando pela mesma coisa, repartindo aquela experiência, acho que ficou bacana por esse sentido. (J2)

Tu vê claramente que alguns não recebem a informação que precisam. Eles chegam aqui sem nada, muitas vezes. (J4)

Eu acho que vai ser muito bom pra quem ver o vídeo. Vai poder se identificar, dizer, bom, se eles conseguiram, eu também posso. (J7)

Eles não davam a informação correta, sabe? Tu se sentia desamparada quando saía do hospital, desamparada, não sabia pra onde apelar sabe? Teria sido bom ter isso sabe. (F1 – E2)

A mãe chegou a comprar umas bolsinhas. Daí parece que foi a assistente social que disse que a mãe poderia ganhar a bolsinha. (F2 – E2)

Eu acho que, pra quem está escutando, pensa, ah legal, ela já passou por isso, ela resolveu assim, assim. Acho bom as pessoas falarem como é que elas estavam se sentindo naquele momento, acho que é bem interessante, ficou muito bom. (J1)

Eu acho que o vídeo e todas as orientações que foram prestadas ali irão ajudar as famílias. (J6)

Devido ao conhecimento que possuem e ao contato prévio com as pessoas que passam por essa vivência, como também à vivência das próprias pessoas com a colostomia diariamente, percebe-se que os participantes acreditam que o vídeo poderá ajudar as famílias a passar por essa experiência. Ao verem como outras pessoas enfrentam a mesma situação, que já se sentiram inseguros em relação ao futuro, como fazer as trocas, como ajudar o familiar, tudo isso poderá levar os familiares a acreditar que não são os únicos a passar por esse momento novo em suas vidas. Acreditam também que saber como outros lidaram, nas mesmas circunstâncias, poderá ajudar a refletir sobre sua experiência e a encontrar formas de lidar com a sua própria vida, agora com a colostomia.

Destaca-se também a fala da família trazendo a sua vivência com a colostomia e relatando que o vídeo teria auxiliado no momento em que realizaram a colostomia, tornando a experiência menos sofrida para todos os envolvidos.

Tá certíssimo tudo o que diz! Os primeiros tempos a gente tem o medo de sair de casa que Deus o livre. Eu me perguntava assim: como é que eu vou ir na missa? Eu me perguntava como que eu ia ir na missa. (F2 – E1)

Eu acho que se tivesse toda essa informação logo que eu saísse do hospital, acho que estaria mais tranquila, não sabia nada, o médico não sabia te disse onde consegui a bolsinha. A questão da alimentação também... É... Eu cuido o que me dá gases, o que eu posso e o que eu não posso comer. (F1 – E1)

Isso do apoio é tudo que vocês falaram. Eu acho que aqui em casa também foi por esse lado mesmo que todo mundo queria passa junto aquilo ali, sempre teve muita força. (F1 – E2)

Ainda no que se refere à fala da família, foi possível identificar que, ao assistir ao vídeo, as famílias reviveram a experiência inicial com a colostomia, recordando como foi, o que sentiam, suas dúvidas e como poderia ter sido diferente se tivessem a informação necessária. Reafirmaram ainda questões consideradas importantes no vídeo, como o apoio da família e a relação com a alimentação.

Assim, todos os participantes acreditam que, de alguma forma, o vídeo poderá ajudar as famílias que começarão essa nova caminhada em suas vidas. É nesse sentido que acreditam que o vídeo atingiu o objetivo inicial do trabalho, o desenvolvimento de um material educativo.

Ele contempla o objetivo do trabalho, com toda certeza. Ele não só contempla como eu estava imaginando que instrumento interessante pra ser entregue nas secretarias de saúde, sabe, pra auxiliar mesmo sabe, se a pessoa não pode ir lá, porque de repente não pode sair de casa, aí leva o DVD pra casa, coloca na televisão, toda a família assiste junto, ahh fica bem legal. (J1)

Acredito que ele alcançou o objetivo sim, com toda certeza. (J5)

Ainda sobre o vídeo, os participantes apontaram questões que necessitavam ser modificadas, para torná-lo ainda mais qualificado e, assim, poder ser assistido pelas famílias que vivenciam a colostomia por câncer.

Pode tirar aquela partezinha de botar a sacola plástica no banho. Não, não desgruda não. Não tem necessidade nenhuma. Até porque tu toma banho e a água corre aqui. Embaixo aquilo já tá firme, eu não sei, acho que não tem. Não tem por quê. Não descola porque se tu vai na praia tu usa e quantas vezes eu fui. Nunca tirei e nunca fiz nada. (F2 – E1)

A parte relativa aos cuidados poderia ser um pouquinho mais ampliada, entendeu? Acho que essa é uma parte que poderia ser um pouquinho mais enfatizada. [...] O que a pessoa de repente pode ter de direito, né, que são, que ela pode conseguir as bolsas em tal lugar. [...] É, que pode dar lesão na pele, mas que pra isso tem alguns produtos, por isso que é importante este vínculo com a secretaria de saúde. (J1)

Só uma coisa que eu fiquei me perguntando. E as pessoas que não têm família? Porque tem gente que não tem mesmo, sabia? Acho que de repente cortar um pouco aquela parte final, não deixar tão longa. Acho que já ajuda. (J4)

Percebe-se que as questões trazidas pelos validadores do estudo foram em relação a alterações relacionadas à parte da demonstração dos cuidados, principalmente no que se refere ao uso de sacolas plásticas para proteger a bolsa de colostomia durante o banho. Nesse sentido, apontam que não é necessário o uso de proteção, pois não há perigo de descolar ao molhar a região. Com isso, entende-se novamente que a experiência da família veio à tona ao assistir o vídeo.

Ainda no que diz respeito às críticas recebidas, os participantes mencionaram a possibilidade de aumentar a parte dos cuidados com a bolsa, enfatizando um tempo a mais para a demonstração da troca e limpeza. Mencionaram ainda a necessidade de explicar sobre os direitos que as pessoas portadoras de colostomia têm de receber, gratuitamente, as bolsas coletoras e os produtos para cuidado, através de cadastro nas secretarias de saúde. Outra importante questão trazida foi sobre a ausência da família em alguns casos, porém entende-se que família é quem a pessoa considera que o seja. Assim, a pessoa pode não ter família consanguínea, mas pode ter amigos, vizinhos, pessoas de sua convivência, pessoas do seu círculo social etc.

Para finalizar, os participantes sentiram a necessidade de expor sua opinião, recomendando a ampliação do trabalho e também futuros trabalhos nesse mesmo tema, tendo em vista a importância da vivência da colostomia por câncer no cotidiano das pessoas.

É, esses, no caso, ele passa por temáticas assim, né, tem aquele período que o vídeo fala sobre logo após a cirurgia e vai até a readaptação e aquela chegada, aquela volta ao convívio social, aí quem sabe se vocês forem expandir, as vozes, ou no caso as fontes, vocês trabalhem a questão multiplicidade de vozes, várias pessoas falando sobre o mesmo assunto. Mas aí, pra o que tu tinha como objetivo, mostrar que é uma coisa que as pessoas aprendem a conviver. O vídeo com certeza está bom, está muito bom. [...] Tem a questão da inclusão social também, caso algum paciente seja surdo, nós trabalhamos com isso também, estou te falando no caso de tu colocar legendas no vídeo, é de se pensar. (J2)

Só que eu acho... Tu tá fazendo só sobre as bolsinha, né? Tu deve ir mais adiante, que nem a irrigação ali, leva mais adiante o teu conteúdo, né? Sobre prevenção também. (F1 – E2)

Quando nós tivermos nosso espaço aqui, eu pensei que esse vídeo poderia estar numa sala de espera, sabe. (J5)

Os participantes do estudo sugeriram um número maior de depoimentos e uma maior participação de pessoas que vivenciaram essa mesma situação, para que possam trazer mais questões relacionadas à vivência da colostomia, tornando o vídeo mais amplo em relação ao que foi assistido. Ainda como sugestão, foi citada a questão da inclusão social, tendo em vista que o vídeo será assistido por diversas famílias, recomendando-se a inserção de legendas no material, para que todos possam acompanhá-lo. Outra sugestão indicada pelos participantes foi a ampliação do estudo para o tema da irrigação da colostomia e a utilização do vídeo em salas de espera.

6 DISCUSSÃO

Este estudo buscou compreender todas as etapas necessárias para a validação do material produzido, as quais foram importantes para cada passo seguinte na construção do material educativo.

Estudos de validação de tecnologias educacionais, como vídeos, jogos e manuais educativos, têm sido utilizados tanto no que se refere à educação em saúde como em relação ao ensino, como, por exemplo, por estudantes de Enfermagem. Esses estudos mostram a importância e a necessidade da criação de novas tecnologias pela Enfermagem, tendo em vista que não somente a criação é suficiente, mas também a validação desses instrumentos torna-se indispensável para que possam ser utilizados. Assim, a criação dessas novas tecnologias permite obter maior visibilidade sobre o que cerca a Enfermagem, além de registrar e divulgar a produção de seu conhecimento (RAZERA et al., 2014; MOREIRA et al., 2014; OLIVEIRA; FERNANDES; SAWADA, 2008).

A fase de validação de roteiro, dividida em dois grupos, permitiu conhecer como cada participante leu, analisou e expôs sua opinião e sugestões que culminaram em um instrumento validado. Ao avaliar cada bloco de itens presentes nos instrumentos dos grupos de participantes, compreendeu-se como cada um percebeu o estudo, como foi validado e de que forma cada bloco obteve sua importância na construção do caminho para a elaboração do vídeo. Cada item dos instrumentos, ao ser cuidadosamente analisado, foi validado através das respostas, havendo concordância entre os participantes, e colaborou na construção de um instrumento sólido e capaz de atender às demandas na criação de um vídeo educativo.

As sugestões e anotações realizadas pelos juízes-especialistas e público-alvo contribuíram para complementar os dados referentes ao roteiro, sendo que a possibilidade de escrever livremente suas opiniões, sem ater-se somente a responder numericamente no instrumento, trouxe aproximação ao trabalho, proporcionando uma perspectiva diferenciada e uma contribuição real para o estudo. As anotações feitas pelos participantes no próprio roteiro e instrumento avaliativo têm se mostrado muito proveitosas e positivas (TEIXEIRA; MOTA, 2011).

Essas sugestões foram principalmente questões relacionadas a modificações necessárias, bem como contribuições importantes para a versão final do roteiro. As anotações foram analisadas e permitiram a visualização do que precisava ser acrescentado e do que precisava ser retirado, procurando a qualificação do estudo.

Após a validação do roteiro, foi produzido o vídeo e sua validação contemplou duas etapas: instrumento avaliativo e entrevista. O instrumento avaliativo continha os blocos

referentes ao conteúdo, às questões de audiovisual e aos personagens. Esse material auxiliou na qualificação do vídeo produzido, pois permitiu uma visão da forma como as imagens foram produzidas, da apresentação, da relação do que foi visto com o cotidiano das famílias que vivenciam a colostomia, do conteúdo do vídeo, da coerência e clareza das informações, dos recursos visuais e sonoros e da atuação dos personagens. Devido à concordância entre os participantes, o vídeo foi validado. Nesse sentido, tem-se que um vídeo educativo, quando devidamente construído, pode ser uma ferramenta no suporte à compreensão e reflexão eficaz (RAZERA et al., 2014).

As entrevistas realizadas com todos os participantes do estudo foram essenciais para complementar a validação do vídeo educativo, pois permitiram a aproximação com os validadores e também de suas opiniões, proporcionando um momento de troca de saberes e colaborando diretamente com a qualificação do vídeo. Esse momento de troca foi percebido especialmente no que diz respeito às entrevistas feitas com as famílias que vivenciam a colostomia por câncer, quando foi observado que, ao assistirem ao vídeo, puderam relembrar seus momentos e suas experiências e sentiram-se confortáveis para relatar o que lhes pareceu pertinente ao estudo. Ambas as contribuições foram consideradas importantes para a qualificação do material desenvolvido.

Percebeu-se a importância que os participantes deram ao estilo do vídeo, sendo este acolhedor, sem a presença da questão “fria” com que muitas vezes assuntos como estes são trazidos à tona, além de ser compreensível em suas questões científicas. Nesse sentido, estudo que analisou vídeos educativos traz que, ao contrário do que prega o discurso “pedagógico”, a maioria dos vídeos analisados assemelha-se a “aulas gravadas” ou a “reportagens”, tendo linguagem essencialmente televisiva ou jornalística, abstraindo-se da vida dos personagens, tornando-os meros casos clínicos, meras feridas, exibidas em *close* (PIMENTA; LEANDRO; SCHALL, 2007). A comunicação é sempre mais eficaz quando se utiliza uma linguagem clara, simples e direta, fundamentada em códigos e de fácil compreensão por quem assiste (BRASIL, 1998).

Os participantes relataram que, ao assistirem ao vídeo, ficou claro que este poderá trazer muitas contribuições para as famílias que vivenciam a colostomia por câncer. Nesse sentido, Nichols (1991) afirma que as imagens educam pela emoção ao internalizarem valores morais muito complexos para serem expostos apenas em texto. O comportamento das pessoas pode ser alterado pelo discurso, cuja construção de significados está na formação, na narração junto às diversas expressões e na imagem transmitida pelo vídeo (MORAES, 2008).

Os participantes relataram ainda que é possível as famílias se identificarem com os relatos presentes no vídeo educativo, associando-os com a sua própria realidade e podendo acreditar que também serão capazes de seguir em frente e encontrar sentido na vivência com a colostomia. Dessa forma, a tecnologia deve ser utilizada de modo a favorecer a participação dos sujeitos no processo educativo, contribuindo para a construção da cidadania e o aumento da autonomia dos envolvidos. Os materiais educativos devem explorar recursos que vão ao encontro dos significados reconhecidos e valorizados no contexto dos usuários e da comunidade (MARTINS et al., 2011). Sendo assim, o vídeo educativo reconhece a importância do contexto social em que a família se insere e a forma como lida com cada situação, baseada na vivência com a colostomia.

Após a validação do vídeo e verificada a consonância com o roteiro e as sugestões fornecidas pelos participantes, bem como a finalização e adequação do material aos objetivos iniciais, foi produzida a versão final do vídeo educativo para que pudesse ser autorizada a sua reprodução do modo como foi pretendido inicialmente no projeto.

7 CONCLUSÃO

Ao finalizar este estudo, pode-se afirmar que o seu objetivo, desenvolver e validar um vídeo educativo para famílias que vivenciam a colostomia por câncer, foi alcançado, sendo que foi analisado por juízes-especialistas e público-alvo. Com isso, considera-se que é uma tecnologia educativa estatisticamente válida, conforme os participantes deste estudo.

Os validadores do trabalho consideraram o vídeo educativo adequado para ser assistido pelas famílias que vivenciam a colostomia por câncer. Tendo em vista que essas famílias vivem um momento de dúvidas e incertezas, principalmente relacionadas ao futuro, o vídeo poderá contribuir significativamente para que possam compreender melhor o que estão vivendo e refletir quanto àquilo que poderá lhes ajudar nessa nova caminhada, bem como desenvolver habilidades e autonomia frente à nova realidade.

Com a criação e validação do vídeo, pode-se perceber a importância e a necessidade de tecnologias educativas, como a audiovisual, trazida neste estudo, para a melhoria da qualidade da assistência de enfermagem, possibilitando o processo de construção de conhecimentos, troca de saberes e acesso a informações que venham ao encontro das reais necessidades das famílias em situação de adoecimento. Com isso, o enfermeiro pode favorecer, valorizar e incentivar a autonomia e a participação ativa de cada família e seus membros diante da sua própria realidade.

Ao realizar o processo de validação do vídeo com os participantes, foi possível perceber a recepção entusiasmada que teve o projeto de desenvolvimento de um vídeo educativo para famílias que vivenciam a colostomia por câncer. Acredita-se que isso se deve ao fato de esta ainda ser uma área em construção na saúde em geral. Assim, é preciso incentivar cada vez mais a utilização de novas estratégias de cuidado, como as tecnologias educacionais, no trabalho em enfermagem, principalmente com famílias, pois, além visar à melhoria da qualidade de vida, podem contribuir significativamente no aprimoramento da atenção à saúde no Brasil.

Assim, o desenvolvimento e a validação de uma tecnologia educativa permitiram compreender a importância da enfermagem como uma ciência, em que é possível aliar conhecimentos científicos com os procedimentos técnicos, a prática, e exercer a arte do cuidar com criatividade. Com isso, acredita-se que a enfermagem precisa construir, validar e avaliar materiais educativos e tecnologias que lhe permitam exercer suas atividades de forma ágil, criativa e comprometida com a saúde e as reais necessidades daqueles a quem presta cuidado.

Conclui-se também, que, no que diz respeito às famílias que vivenciam a colostomia por câncer, existem outros temas que precisam ser abordados e trazidos à tona nesse contexto. Entre os assuntos que surgiram durante a validação do estudo, estão principalmente a questão da irrigação da colostomia e a prevenção do câncer de cólon e reto. Considera-se de extrema importância que assuntos como esses possam ser trabalhados futuramente com as famílias, principalmente por meio da criação e validação de tecnologias educativas, tendo em vista sua importante contribuição para a educação em saúde.

Como limitações do estudo, pode-se destacar a demora dos participantes em validar o roteiro, o que causou atraso no início da gravação do vídeo. Entretanto, todo o processo de construção do vídeo educativo foi facilitado pelo constante trabalho conjunto com a produtora, a qual se mostrou competente e comprometida com a realização do vídeo em todas as etapas. Foram necessárias algumas adaptações durante as filmagens do material, como a troca de cenários e a refilmagem de uma cena. Tem-se claramente que, como se trata de um vídeo educativo, este deverá passar periodicamente por revisões, a fim de torná-lo atualizado, para que possa ser continuamente utilizado com as famílias que vivenciam a colostomia por câncer.

REFERÊNCIAS

ALVES, V. S. Um modelo de educação em saúde para o Programa Saúde da Família: pela integralidade da atenção e reorientação do modelo assistencial. *Interface - Comunic., Saúde, Educ.*, v.9, n.16, p.39-52, set.2004/fev.2005. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/icse/v9n16/v9n16a04>>. Acesso em: 22 de out. 2013.

ÂNGELO, M. Abrir-se para a família: superando desafios. *Família, Saúde e Desenvolvimento*, Curitiba, v. 1, n. 1/2, p. 7-14, jan/dez. 1999. Disponível em: <<http://ojs.c3sl.ufpr.br/ojs2/index.php/refased/article/view/4882/3729>>. Acesso em: 21 out. 2013.

ARÉVALOS, E.E. **O processo adaptativo do paciente colostomizado**: um estudo de enfermagem. Rio de Janeiro. 1994. 141f. Dissertação (Mestrado)- CCBS, Universidade do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 1994.

BELL, J. M.; WRIGHT, L. M. **La recherche sur la pratique des soins infirmiers a la famille** [Research on family interventions]. 2ª ed. Montreal, Quebec, Canada: Gaetan Morin editeur, Chenelière Éducation, 2007.

BERVIAN, P. I.; GIRARDON-PERLINI, N.M.O. A família (con)vivendo com a mulher/mãe após a mastectomia. *Revista Brasileira de Cancerologia*, Rio de Janeiro, RJ, v. 52, n. 2, p. 121-128, abr/mai/jun. 2006. Disponível em: <http://www.inca.gov.br/rbc/n_52/v02/pdf/artigo1.pdf>. Acesso em: 19 out. 2013.

BRASIL. Ministério da Educação. **Tecnologias e Tecnologias Educacionais**. Disponível em: <<http://www.avaliacao.fae.fi.ufu.br/index.php?id=10>>. Acesso em: 19 out. 2013.

BRASIL. Ministério da saúde. Secretarias de políticas de saúde. Coordenação Nacional de DST e AIDS. **Guia de produção e uso de Materiais Educativos**. Brasília, 1998. Disponível: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/guia_de_producao1.pdf>. Acesso em: 10 out. 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Manual para operacionalização das ações educativas no SUS**. São Paulo, 2001.

BRASIL. Ministério da Saúde. Instituto Nacional de Câncer. **Falando sobre câncer do intestino** / Instituto Nacional de Câncer. Rio de Janeiro: INCA, 2003a. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/Falando_sobre_Cancer_de_Intestino.pdf>. Acesso em: 22 out. 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. Instituto Nacional de Câncer. **Orientações sobre ostomias**. Rio de Janeiro: INCA, 2003b. Disponível em: <http://www.ans.gov.br/images/stories/noticias/pdf/cartilha_folder_Inca.pdf>. Acesso em: 22 out. 2013

BRASIL. Ministério da Saúde (MS). Instituto Nacional de Câncer. **Ações de enfermagem para o controle do câncer**: uma proposta de integração ensino-serviço. Rio de Janeiro: INCA, 2008. Disponível em: <

http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/acoes_enfermagem_controle_cancer.pdf>. Acesso em: 10 out. 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Normas para pesquisa envolvendo seres humanos (**Resolução, n. 466/2012**). Brasília, DF, 2013. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/cns/2013/res0466_12_12_2012.html>. Acesso em 15 set. 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde (MS). Instituto Nacional de Câncer (INCA). **Estimativa 2014: incidência de câncer no Brasil**. Rio de Janeiro: INCA, 2014. Disponível em: <<http://www.inca.gov.br/estimativa/2014/index.asp?ID=2>>. Acesso em 14 out. 2013.

BRENDIM, M.P., FILHO, L.A.C.R., SILVA, A.L.P. **Entre a informação e a motivação: uma análise de vídeos educativos para prevenção e detecção precoce do câncer de cabeça e pescoço**. Núcleo de Tecnologia Educacional para a Saúde, Centro de Ciências da Saúde, Universidade Federal do Rio de Janeiro. Disponível em: <<http://www.nutes.ufrj.br/abrapec/vienpec/CR2/p426.pdf>>. Acesso 04 jun. 2013.

BUB, L. I. R., et al. **Marcos para a prática da enfermagem com famílias**. Florianópolis: UFSC, 1994. 195 p.

BULECHEK, G.M.; MCCLOSKEY, J. C. Defining and validating nursing interventions. **Nursing Clinics of North America**, v. 27, n. 2, p. 289-297, jun. 1992a. Disponível em: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/1584692>>. Acesso em: 22 out. 2013.

BULECHEK, G. M.; MCCLOSKEY, J. C. **Nursing interventions: Essential nursing treatments**. Philadelphia: W. B. Saunders. 1992b.

CAMARGO, T.C. **O ex-sistir feminino enfrentando a quimioterapia para o câncer de mama: um estudo de enfermagem na ótica de Martin Heidegger**. [Tese]. Rio de Janeiro: Universidade Federal do Rio de Janeiro; 2000.

CARTER, B.; MCGOLDRICK, M. **As mudanças no ciclo de vida familiar: uma estrutura para terapia familiar**. 2ª d. Porto Alegre: Artes Médicas; 1995.

CESARETTI, I. U. R. et al. O cuidar da enfermagem na trajetória do ostomizado: pré, trans e pós-operatórios. In: SANTOS, V. L. C. G.; CESARETTI, I.U.R. **Assistência em estomaterapia: cuidando do ostomizado**. São Paulo: Atheneu, 2000. Cap. 9, p. 113-131.

COELHO, M. O.; JORGE, M. S. B. Tecnologia das relações como dispositivo do atendimento humanizado na atenção básica à saúde na perspectiva do acesso, do acolhimento e do vínculo. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v.14, supl.1, Set./Out. 2009. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1413-81232009000800026&script=sci_arttext>. Acesso em: 30 out. 2013.

CONTANDRIOPOULOS, A.P. **Saber preparar uma pesquisa: definição, estrutura, financiamento**. 2ed. São Paulo (SP): Hucitec; 1997.

COSTA, M.; LÓPEZ, E. **Educación para la salud**. Madrid: Pirámide, 1996. p.25-58.

DUHAMEL, F.; TALBOT, L.A. A constructivist evaluation of family interventions in cardiovascular nursing practice. **Journal of Family Nursing**, v. 10, n. 1, p. 12-32, Feb. 2004. Disponível em: < <http://jfn.sagepub.com/content/10/1/12.short>>. Acesso em: 22 out 2013.

ÉVORA, Y. D. M.; MELO, M. R. A. C.; BERNARDES, A.; SEIXAS, C. A. O Uso da Tecnologia Interativa no Ensino de Administração Aplicada à Enfermagem. In: Congresso Brasileiro de Informática na Saúde (CBIS), 11, 2008, São Paulo. Anais eletrônicos... São Paulo: SBIS, 2008. Disponível em: <<http://www.sbis.org.br/cbis11/arquivos/979.pdf>>. Acesso em: 02 nov. 2013.

FERREIRA, N.M. L.; DUPAS, G.; COSTA, D. B.; SANCHEZ, K.O.L. Câncer e família: compreendendo os significados simbólicos. **CiencCuidSaude**, Maringá, v. 9, n. 2, p. 269-277, Abr/Jun. 2010. Disponível em: < <http://eduem.uem.br/ojs/index.php/CiencCuidSaude/article/viewFile/8749/6076>>. Acesso em: 17 out. 2013.

FONSECA, P.M.; CRUZ, I. O ensino na enfermagem: relato de experiência sobre a construção de uma videoaula. **Boletim NEPAE-NESEN**, v. 10, n. 2, p. 581-593, 2012. Disponível em: <<http://www.uff.br/jsncare/index.php/bnn/article/view/2581>>. Acesso em: 04 nov 2013.

GIL, A.C. **Método e técnicas de pesquisa social**.6. Ed. São Paulo: Atlas, 2010.

GOUDREAU, J.; DUHAMEL, F. Interventions in perinatal family care: A participatory study. **Families, Systems & Health**, v. 21, n. 2, p. 165-180, 2003. Disponível em: < <http://psycnet.apa.org/index.cfm?fa=buy.optionToBuy&id=2003-99888-005>>. Acesso em: 22 out. 2013.

HAZEN, R. A.; EDER, M.; DROTAR, D. et al. A Feasibility Trial of a Video Intervention to Improve Informed Consent for Parents of Children With Leukemia. **Pediatr Blood Cancer**, v. 55, n. 1, p. 113–118, Jul, 2010. Disponível em: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/20063423>>. Acesso em: 21 out. 2013.

JENKINSON, J. Development of a hypermedia program designed to assist patients with localized prostate cancer in making treatment decisions. **J. Biocommun**, v. 25, n. 2, p. 2–11, 1998. Disponível em: < <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/9700546>>. Acesso em: 02 out. 2013.

L'ABBATE, S. Educação em saúde: uma nova abordagem. **Cad. Saúde Pública**, v.10, n.4, p.481-90, out./dez., 1994. Disponível em: < <https://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/imagem/2090.pdf>>. Acesso em: 02 out. 2013.

LOWDERMILK, D.L.; PERRY, S.E.; BOBAK, I.M. **O cuidado em enfermagem maternal**. 5 ed. Porto Alegre: Artmed, 2002.

MARUYAMA, S.A.T. **A experiência da colostomia por câncer como ruptura biográfica na visão dos portadores, familiares e profissionais de saúde: um estudo etnográfico**. [Tese de Doutorado]. Ribeirão Preto: Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo; 2004.

MARUYAMA, S.A.T.; ZAGO, M.M.F. O processo de adoecer do portador de colostomia por câncer. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, v. 13, n. 2, p. 216-222, mar./abr. 2005. Disponível em: < http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-11692005000200013>. Acesso em: 22 out. 2013.

MARTINS, A.K.L.; NUNES, J.M.; NÓBREGA, M.F.B.; PINHEIRO, P.N.C.; SOUZA, A.M.A.; VIEIRA, N.F.C. et al. Literatura de cordel: tecnologia de educação para saúde e enfermagem. **RevEnfermUERJ**, v. 19, n. 2, p. 324-9, abr./jun. 2011. Disponível em: < <http://www.facenf.uerj.br/v19n2/v19n2a25.pdf>>. Acesso 15 jun. 2013.

MELNYK, B.M.; MORRISON-BEEDY, D. **Designing, Conducting, Analyzing and Funding Intervention Research, A Practical Guide for Success**. New York, NY: Springer Publishing Company, 2012.

MERHY, E.E. **Saúde: a cartografia do trabalho vivo**. 2ª ed. São Paulo: Hucitec; 2005.

MOLINA, S.M.A. **Enfrentando o câncer em família** [dissertação]. Maringá: Departamento de enfermagem, Universidade Estadual de Maringá; 2005.

MORAES, A.F. Cultural diversity in health-related videos. **Interface - Comunic., Saúde, Educ.**, v.12, n.27, p.811-22, out./dez. 2008. Disponível em: < http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1414-32832008000400011&script=sci_arttext>. Acesso em: 22 out. 2013.

MOREIRA, A.P.A.; SABÓIA, V.M.; CAMACHO, A.C.L.F.; DAHER, D.V.; TEIXEIRA, E. Jogo educativo de administração de medicamentos: um estudo de validação. **RevBrasEnferm**, v. 67, n. 4, p. 528-34, jul-ago, 2014. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/reben/v67n4/0034-7167-reben-67-04-0528.pdf>>. Acesso em: 20 out. 2013.

MORSE, J. M.; PENROD, J.; HUPCEY, J. E. Qualitative outcome analysis: Evaluating nursing interventions for complex clinical phenomena. **Journal of Nursing Scholarship**, v. 32, n. 2, p. 125-130, 2000. Disponível em: < <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/10887710> >. Acesso em: 20 out. 2013.

MINAYO, M.C.S. **Pesquisa Social. Teoria, método e criatividade**. 30.76d. Rio de Janeiro: Vozes, 2011.

MEIRELLES, C. A. **Avaliação de resultados dos processos de demarcação do estoma intestinal e de orientações para o autocuidado**. 2000, 133f. Dissertação (Mestrado) – Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2000.

MURRAY, E. et al. Randomised controlled trial of an interactive multimedia decision aid on benign prostatic hypertrophy in primary care. **Br. Med. J.** 323:1–6, set. 2001. Disponível em: < <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/11532845> >. Acesso em: 02 out. 2013.

MOSTERT, S.; SITARESMI, M.N.; GUNDY, C.M., et al. Comparing childhood leukaemia treatment before and after the introduction of a parental education programme in Indonesia.

Arch Dis Child, v. 95, n. 1, p. 20-5, jan, 2010. Disponível em:
<<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/19679573>>. Acesso em: 21 out. 2013.

NICHOLS, B. Representing reality: issues and concepts in documentary.
Bloomington/Indianápolis: Indiana University Press; 1991.

NIETSCHE, E.A. et al. Tecnologias educacionais, assistenciais e gerenciais: uma reflexão a partir da concepção dos docentes de enfermagem. **Rev. Latino-Am. Enfermagem** [online], v.13, n.3, p. 344-352, 2005. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0104-11692005000300009&script=sci_arttext>. Acesso em: 22 out. 2013.

OLIVEIRA, S.L. **Tratado de metodologia científica**. São Paulo: Pioneira, 2002.

OLIVEIRA, M.S., FERNANDES, A.F.C., SAWADA, N.O. Manual educativo para o autocuidado da mulher mastectomizada: um estudo de validação. **Texto Contexto Enferm**, Florianópolis, v. 17, n. 1, p. 115-23, Jan./Mar. 2008. Disponível em:
<http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-07072008000100013>. Acesso em: 20 out. 2013.

PASQUALI, L. **Psicometria: teoria e aplicações**. Brasília (DF): UnB; 1997.

PEDROSO, M. L. R.; MOTTA, M. G. C. Cotidianos de famílias de crianças convivendo com doenças crônicas: microssistemas em intersecção com vulnerabilidades individuais. **Rev Gaúcha Enferm.**, Porto Alegre (RS), v. 31, n. 4, p. 633-9, dez. 2010. Disponível em:
<http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1983-14472010000400004&script=sci_arttext>. Acesso em: 20 out. 2013.

PELEGRINO, V. M.; DANTAS, R.A. S.; CLARK, A.M. Health-related quality of life determinants in outpatients with heart failure. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, v. 19, n. 3, p. 451-7, Mai-Jun, 2011. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rlae/v19n3/02.pdf>>. Acesso em: 26 out. 2013.

PIMENTA, D.N.; LEANDRO, A.; SCHALL, V.T. A estética do grotesco e a produção audiovisual para a educação em saúde: segregação ou empatia? O caso das leishmanioses no Brasil. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 23, n. 5, p. 1161-1171, mai. 2007. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csp/v23n5/18.pdf>>. Acesso em: 02 out. 2013.

POLIT, D.F.; BECK, C.T.; HUNGLER, B.P. **Fundamentos de pesquisa em enfermagem: métodos, avaliação e utilização**. 5. ed. Porto Alegre (RS): Artmed; 2004.

RAZERA, A. P.R.; BUETTO, L.S.; LENZA, N.F.B.; SONOBE, H. M. Vídeo educativo: estratégia de ensino-aprendizagem para pacientes em tratamento quimioterápico. **CiencCuidSaude**, Maringá, v. 13, n. 1, p. 173-178, Jan./Mar. 2014. Disponível em:
<http://www.periodicos.uem.br/ojs/index.php/CiencCuidSaude/article/view/19659/pdf_156>. Acesso em: 22 out. 2013.

REIS, J.; MCGINTY, B.; JONES, S. An e-Learning Caregiving Program for Prostate Cancer Patients and Family Members. **Journal of Medical Systems**, v. 27, n. 1, p. 1-12, fev, 2003.

Disponível em: < <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/12617194>>. Acesso em: 21 out. 2013.

ROSA, B.V.C. **Crenças de famílias de pessoas portadoras de colostomia por câncer na perspectiva da resiliência**. [Monografia]. Santa Maria: Departamento de Enfermagem, Universidade Federal de Santa Maria; 2012.

SALCI, M.A., MARCON, S.S. A convivência com o fantasma do câncer. **Rev. Gaúcha Enferm.**, Porto Alegre (RS), v. 3, n. 1, p.18-25, mar. 2010. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1983-14472010000100003>. Acesso em 13 jun. 2013.

SANDELOWSKI, M. Focus on qualitative methods. Using qualitative methods in intervention studies. **Research in Nursing & Health**, v. 19, p. 359-364, aug. 1996. Disponível em: < <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/8773558>>. Acesso 14 jun. 2013.

SMEKE, E. L. M.; OLIVEIRA, N. L. S. Educação em saúde e concepções de sujeito. In: VASCONCELOS, E. M. (Org.) **A saúde nas palavras e nos gestos: reflexões da rede educação popular e saúde**. São Paulo: HUCITEC, p.115-36, 2001.

SOARES, L.; KLERING, S.; SCHWARTZ, E. Cuidado transcultural a clientes oncológicos em tratamento quimioterápico e a seus familiares. **CiencCuidSaude**, Maringá, v. 8, n. 1, p. 101-8, 2009. Disponível em: <<http://eduem.uem.br/ojs/index.php/CiencCuidSaude/article/viewFile/7783/4415>>. Acesso em: 14 jun. 2013.

STREVEL, E. L.; NEWMAN, C.; POND, G. R.; MACLEAN, M.; SIU, L. L. The impact of an educational DVD on cancer patients considering participation in a phase I clinical trial. **Supportive Care in Cancer**, v. 15, n. 7, p. 829-840, Jul. 2007. Disponível em: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/17177040>>. Acesso 15 jun. 2013.

TEIXEIRA, E., MOTA, V.M.S.S, organizadoras. **Tecnologias educacionais em foco**. São Paulo (SP): Difusão; 2011.

TRIVIÑOS, A.N.S. **Introdução à pesquisa em ciências sociais: a pesquisa qualitativa em educação**. São Paulo: Atlas, 2010.

VIEIRA, M. C. U.; MARCON, S. S. Significados do processo de adoecer: o que pensam cuidadoras principais de idosos portadores de câncer. **RevEscEnferm USP**, v. 42, n. 4, p. 752-60, 2008. Disponível em: < <http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v42n4/v42n4a18.pdf> >. Acesso em: 15 jun. 2013.

WALSH, F. **Fortalecendo a Resiliência Familiar**. LOPES, Magda França (Trad.). São Paulo: Roca, 2005.

WONG, D; WHALEY, L. **Enfermagem Pediátrica: elementos essenciais a intervenção efetiva**. 2 ed. Rio de Janeiro: Guanabara, 1989.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (Switzerland). **National cancer control programmes: policies and managerial guidelines**. 2ª 78d. Geneva: WHO, 2002.

WRIGHT, L.M.; LEAHEY, M. **Enfermeiras e Famílias: guia para avaliação e intervenção na família.** 5ª Ed. São Paulo: Roca, 2012.

WRIGHT, L. M.; LEAHEY, M. **Nurses and families. A guide to assessment and intervention** (4th ed.). Philadelphia: F.A. Davis. 2005

WRIGHT, L. M.; LEVAC, A. M. The non-existence of non-compliant families: The influence of Humberto Maturana. **Journal of Advanced Nursing**, v. 17, n. 8, p. 913-917, aug. 1992. Disponível em: < <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/1506541>>. Acesso em: 22 out. 2013.

WRIGHT, L.M., WATSON, W.L., BELL, J.M. **The Family Nursing Unit: A unique integration of research, education and clinical practice.**1990. In BELL, J. M.; WATSON, W. L.; WRIGHT, L.M. (Eds.), *The cutting edge of family nursing* (pp. 95-109). Calgary, Alberta, Canada: Family Nursing Unit Publications.

ZAGO, M.M.F. **Ritual de orientação de pacientes pelos enfermeiros cirúrgicos: um estudo etnográfico.** 1994. 154f. Tese (Doutorado) – Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 1994.

APÊNDICE 1 – Artigos que compõe o corpus de análise do estudo de revisão integrativa

Código	Referência
A1	Mokuau N, Braun LK, Daniggelis E. Building Family Capacity for Native Hawaiian Women with Breast Cancer. <i>Health Soc Work.</i> 2012 Nov; 37(4):216-24.
A2	Cooke L, Gemmill R, Grant M. Creating a Palliative/Educational Session for HCT Patients at Relapse Clin J Oncol Nurs. 2011 Aug; 15(4): 411–417.
A3	Badger TA et al. Psychosocial interventions to improve quality of life in prostate cancer survivors and their intimate or family partners. <i>Qual Life Res.</i> 2011 Aug; 20(6):833-44.
A4	Chiquelho R, Neves S, Mendes Á, Relvas AP, Sousa L. proFamilies: a psycho-educational multi-family group intervention for cancer patients and their families. <i>European Journal of Cancer Care Eur (Engl).</i> 2011 May; 20(3):337-44.
A5	Hazen RA et al. A Feasibility Trial of a Video Intervention to Improve Informed Consent for Parents of Children With Leukemia. <i>Pediatr Blood Cancer.</i> 2010 Jul 15;55(1):113-8.
A6	Harden J et al. Factors Associated with Prostate Cancer Patients' and their Spouses' Satisfaction with a Family-based Intervention. <i>Cancer Nurs.</i> 2009 Nov-Dec; 32(6):482-92.
A7	Mutyaba T, Mirembe F, Sandin S, Weiderpass E. Male partner involvement in reducing loss to follow-up after cervical cancer screening in Uganda. <i>Int J Gynaecol Obstet.</i> 2009 Nov;107(2):103-6.
A8	Santacroce SJ, Asmus K, Kadan-Lottick N, Grey M. Feasibility and Preliminary Outcomes From a Pilot Study of Coping Skills Training for Adolescent - Young Adult Survivors of Childhood Cancer and Their Parents. <i>J Pediatr Oncol Nurs.</i> 2010 Jan-Feb; 27(1):10-20.
A9	Mostert S, Sitaresmi MN, Gundy CM, Janes V, Sutaryo; Veerman AJP. Comparing childhood leukaemia treatment before and after the introduction of a parental education programme in Indonesia. <i>Arch Dis Child.</i> 2010 Jan; 95(1):20-5.
A10	Roshanai AH, Rosenquist R, Lampic C, Nordin K. Does enhanced information at cancer genetic counseling improve counselees' knowledge, risk perception, satisfaction and negotiation of information to at-risk relatives? – a randomized study. <i>Acta Oncol.</i> 2009; 48(7):999-1009.
A11	Othman A, Blunden S, Mohamad N, Hussin ZAM, Osman ZJ. Piloting a psycho-education program for parents of pediatric cancer patients in Malaysia. <i>Psychooncology.</i> 2010 Mar; 19(3):326-31.
A12	Northouse LL et al. Randomized Clinical Trial of a Family Intervention for Prostate Cancer Patients and Their Spouses. <i>Cancer.</i> 2007 Dec 15; 110(12):2809-18.
A13	Sigurdardottir KE, Sigurdardottir A. The feasibility of offering a family level intervention to parents of children with cancer. <i>Scand J Caring Sci.</i> 2005 Dec; 19(4):368-72.
A14	Giesler RB et al. Improving the Quality of Life of Patients with Prostate Carcinoma - A Randomized Trial Testing the Efficacy of a Nurse-Driven Intervention. <i>Cancer.</i> 2005 Aug 15; 104(4):752-62.
A15	Keefe FJ et al. Partner-Guided Cancer Pain Management at the End of Life: A Preliminary Study. <i>J Pain Symptom Manage.</i> 2005 Mar; 29(3):263-72.
A16	Reis J, Mcginty B, Jones S. An e Learning Caregiving Program for Prostate Cancer Patients and Family Members. <i>J Med Syst.</i> 2003 Feb; 27(1):1-12.
A17	Carlsson ME, Strang PM. Educational Support Programme for Gynaecological Cancer Patients and Their Families. <i>Acta Oncol.</i> 1998; 37(3):269-75.

APÊNDICE 2 – Roteiro para a confecção do DVD-Rom contendo um vídeo educativo.

1º MOMENTO	Introdução	<p>Estamos aqui hoje para falar com você e sua família. A partir de agora a colostomia faz parte do cotidiano da família e saber como lidar com as situações que estão vivendo, lhes ajudarão a passar por esta fase com segurança.</p> <p>Este é o começo de uma nova etapa da sua vida e a colostomia é a oportunidade desse novo início. Assim, como irão viver a partir deste momento e quais decisões irão tomar depende somente de você e sua família. É importante que possam compreender o que essa nova vivência significa para a família. Para isso é necessário que perguntem, questionem e entendam aquilo que poderá lhes ajudar a passar por este momento. É importante saber também que existem serviços nas secretarias municipais disponíveis para apoiá-los, bem como o fornecimento de bolsas para colostomia, basta fazer o cadastro nestes locais.</p> <p>Assim, mostraremos alguns depoimentos que irão falar um pouco da realidade de quem passou pela mesma situação. Esperamos que este vídeo possa ajudar a refletir e encontrar algo para se identificar e auxiliar a reorganizar a vida, para que seja o mais semelhante possível a anterior a colostomia.</p>
2º MOMENTO	Depoimento I	<p>Eu gostaria de contar um pouco da minha história. Tudo começou quando eu e a minha família descobrimos que eu tinha câncer. A partir desse momento tive que fazer uma cirurgia e o médico disse que eu teria fazer uma colostomia e ficar com uma bolsinha. Quando eu fiz a colostomia, tinha muitas perguntas e dúvidas toda hora. Como ia colocar essa bolsinha, como iria cuidar da pele, como me alimentar, como eu iria conseguir as bolsinhas, se eu poderia sair de casa novamente, ou pelo menos viver bem.</p> <p>Assim, eu sempre estava perguntando e muitos me ajudaram nessa caminhada para que eu pudesse chegar até aqui e aprender tudo que eu precisava. No começo não conseguia trocar a bolsa sozinha, meu familiar me ajudava. Com o tempo tudo foi ficando mais fácil, já estava acostumando a fazer sozinho. É importante poder continuar se cuidando quando pode. O apoio que recebi de todos foi importante para chegar até aqui.</p>
3º MOMENTO	Depoimento II	<p>No começo eu não sabia muito como trocar, qual o melhor lugar, qual o melhor momento e o que eu iria usar pra fazer a troca. Com o tempo eu percebi que precisava encontrar um lugar que eu me sentisse confortável e pudesse ter todos os objetos necessários ao alcance das mãos para fazer a troca. Em primeiro lugar, sempre procuro deixar tudo que vou precisar à mão, para não ter que levantar toda hora quando estiver trocando. Assim, coloco uma roupa mais confortável para que eu possa</p>

	<p>trocar com mais facilidade a bolsa.</p> <p>Antes de retirar a bolsa para a troca é preciso saber o tamanho do estoma, para poder cortar o orifício e adaptá-la e assim poder colar a bolsa no abdome. Antes de trocá-la, esvazio o conteúdo no vaso sanitário e após coloco a bolsa vazia no lixo. Para retirar a bolsa é preciso cuidado para não machucar a pele e ir umedecendo à medida que retira. Após retirar é preciso limpar envolta e deixar a pele sempre seca antes de colocar a bolsa nova. Assim evita-se que a bolsa descole da parede abdominal. Para colocar a nova bolsa pode-se utilizar uma toalha sobre as pernas para evitar sujar a roupa caso haja um vazamento no momento da troca.</p> <p>A troca da bolsa pode ser feita no banho também, e, geralmente, é forma mais utilizada, pois, fica mais fácil para descolar a bolsa, podendo utilizar água e sabão neutro para a limpeza da pele ao redor. Durante a semana, no banho, pode-se proteger a bolsa com uma sacola plástica e fitas adesivas para não molhar a bolsa.</p> <p>O tempo para trocar depende da bolsa que é utilizada, mas o que pode dizer é a cor da placa que envolve o estoma, aquela parte que cola no abdome, sua cor é amarela, porém quando começa a ficar quase completamente branca é um dos sinais que precisa ser trocada para que não haja risco de vazamento. Outro sinal para a troca da bolsa é o vazamento do conteúdo.</p> <p>Eu sempre tive medo que vazasse para fora da bolsa e acabasse sujando a roupa. Entretanto, existem algumas possibilidades para que não aconteça, como por exemplo as pastas protetoras de ostomia. Assim é sempre importante que converse com o Enfermeiro ou profissional de sua confiança para saber qual a melhor forma para você de evitar que isso aconteça.</p> <p>A pele ao redor da colostomia requer um cuidado especial porque o contato prolongado com as fezes pode causar irritação. É importante sempre lembrar para não utilizar produtos que possam agredir a pele ou o estoma, como álcool, benzina, colônias, tintura de benjoim, mercúrio, merthiolate, pomadas e cremes. Estes produtos ressecam a pele, favorecendo o aparecimento de feridas e reações alérgicas. Não é necessário esfregar com força ou usar esponjas ásperas.</p> <p>Quanto à alimentação é necessário lembrar que cada alimento tem um efeito no organismo e pode ser diferente de pessoa pra pessoa. Alguns produzem gases, outros produzem cheiros fortes e outros até neutralizam esses odores. Procure descobrir como seu organismo reage a cada tipo de comida.</p>
--	--

		<p>No começo eu pensava que não iria mais sair de casa por causa disso, mas com o tempo eu entendi como meu organismo funcionava e isso me permitiu sair de casa com mais segurança. Pra isso, também levava comigo um kit de higiene pessoal, contendo bolsas de reserva, toalha de mão, sabonete neutro, um recipiente contendo água limpa e um saco plástico. Quando era necessário levava também materiais de limpeza para o banheiro, como desinfetantes, que eram ser colocados em frascos menores e fáceis de carregar. Depois que consegui isso, nunca mais deixei de fazer o que gostava, ir à casa dos meus filhos, dos meus amigos. Levou um tempo, mas hoje posso dizer que aprendi, com a ajuda da minha família, a viver com a colostomia. E hoje ela faz parte do meu dia-a-dia.</p>
4º MOMENTO	Depoimento do familiar	<p>No começo eu achei que não ia conseguir ajudar. Não sabia como fazer, em que eu poderia ajudar. Inicialmente, procurei auxiliar ele no que não conseguia fazer, fazia as trocas, a comida, ajudava nas tarefas. Apesar de estar sempre de pronta pra tudo que ele precisasse, nunca deixei de incentivar que ele aprendesse como fazer, que não deixasse de fazer aquilo que fazia antes e que gostava, sempre dentro da possibilidade que ele tinha. Eu sempre estava presente quando podia e acredito que o apoio que nossa família deu, foi fundamental pra que ele pudesse aceitar essa situação, aceitar a colostomia. Muitos não estavam presentes no momento, mas de alguma forma ou de outra procuraram oferecer apoio, mesmo que distantes. É difícil no começo, nem todos entendem, nem todos ajudam, mas à medida que vão compreendendo o que significa a colostomia na vida do familiar, vai ficando mais fácil de conviver, de conversar e compartilhar esse momento na vida da família.</p>
5º MOMENTO	Finalização	<p>Este é um momento em que todos necessitam de apoio, de incentivo, de fé e o mais importante de tudo, não perder a esperança, sempre confiando e acreditando no futuro.</p>

APÊNDICE 3 - Carta convite para os especialistas

Prezado (a) _____

Vimos por meio desta convidá-lo (a) a participar da pesquisa de mestrado “DESENVOLVIMENTO E VALIDAÇÃO DE VÍDEO EDUCATIVO PARA FAMÍLIAS DE PESSOAS COM COLOSTOMIA POR CÂNCER” como membro do comitê de especialistas, desenvolvido pela Mestranda Bruna Vanessa Costa da Rosa e orientado pela Profa. Dra. Nara Marilene Oliveira Girardon-Perlini vinculadas ao Programa de Pós-graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Santa Maria. O objetivo desta pesquisa é identificar os efeitos da implementação de uma intervenção de caráter educativo por meio de um DVD-Rom para as famílias que possui um membro portador de colostomia por câncer. O interesse em lhe convidar partiu do reconhecimento de sua expertise e relação teórica/prática com a temática da colostomia. A sua participação se dará a partir da sua resposta quando do recebimento desta. Caso aceite participar, você receberá um instrumento para avaliação do estudo.

Santa Maria, _____ de 2014

Bruna Vanessa Costa da Rosa

Nara Marilene Oliveira Girardon- Perlini

APÊNDICE 4 - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA MARIA – UFSM PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM

MESTRADO EM ENFERMAGEM

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Título do projeto: Desenvolvimento e validação de vídeo educativo para famílias de pessoas com colostomia por câncer

Prezado (a) Senhor (a)

Estamos convidando você a participar como voluntário de um estudo que será desenvolvido pela com Enfermeira Mestranda em Enfermagem Bruna V. Costa da Rosa juntamente com a Professora Nara Marilene O. Girardon-Perlini (pesquisadora responsável). Neste estudo pretendo desenvolver e validar um vídeo educativo para famílias que vivenciam a colostomia por câncer.

Assim, solicitamos sua permissão para que responda um instrumento com itens avaliativos relacionados à elaboração do vídeo. Você receberá uma cópia do roteiro, o resumo do projeto, uma carta convite, o instrumento avaliativo, bem como o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. Após a participação na validação do roteiro será desenvolvido o vídeo educativo, sendo assim, novamente solicitamos permissão para que você possa realizar a validação do vídeo assistindo-o e realizando de uma entrevista para falar sobre o vídeo e também o preenchimento de instrumento avaliativo.

Caso aceite participar dou-lhe a garantia de que as informações obtidas serão usadas apenas para realização da minha pesquisa, também lhe asseguro que a qualquer momento terá acesso às informações sobre o projeto, inclusive para responder dúvidas que possam ocorrer. Você também tem liberdade de retirar seu consentimento a qualquer momento e não participar do estudo. Finalmente lhe informo que quando apresentar o trabalho, não usarei seu nome e nem darei nenhuma informação que possa identificá-lo. O estudo não lhe trará nenhuma despesa. Este Termo de Consentimento Livre e Esclarecido será impresso em duas vias, sendo que uma ficará com as pesquisadoras e a outra, com você.

Caso haja necessidade de maiores informações ou mesmo interesse pelos resultados obtidos, você poderá entrar em contato com Enfermeira Mestranda em Enfermagem Bruna V. Costa da Rosa, com a Professora Nara Marilene O. Girardon-Perlini (pesquisadora

responsável), bem como com a Comissão de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Santa Maria nos endereços no final deste Termo³.

Este documento foi revisado e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Santa Maria e será apresentado em duas vias, uma para o pesquisador e outra via para o participante da pesquisa, estando em conformidade com a Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012 do Conselho Nacional de Saúde que regulamenta a pesquisa com seres humanos.

Nesses termos e considerando-me livre e esclarecido (a), consinto em participar da pesquisa proposta, resguardando as autoras do projeto o direito sobre as informações para a divulgação dos resultados na forma de trabalho científico.

Santa Maria/RS _____, _____ de 2014.

Assinatura do(a) participante

Enf. Mda. Bruna V. Costa da Rosa

Profa. Dra. Nara Marilene Girardon-Perlini
(Pesquisadora responsável)

³ **Comitê de Ética em Pesquisa da UFSM:** Av Roraima, 1000 – prédio da Reitoria – 7º andar – Campus Universitário – 97105-900 – Santa Maria/RS. Fone: (55) 3220-9362. E-mail: comiteeticapesquisa@mail.ufsm.br. Enfermeira. Mestranda. **Bruna V. Costa da Rosa** pelo fone (55) 91786467
Pesquisadora responsável: Nara Marilene Girardon-Perlini: UFSM – Departamento de Enfermagem. Fone: (55) 3220-8263.

APÊNDICE 5 – Checklist para validação

INSTRUMENTO DE VALIDAÇÃO

QUESTIONÁRIO (JUÍZES-ESPECIALISTAS)

Data: ___/___/___

Identificação

Idade: _____

Gênero: M () F ()

Área de formação: _____

Tempo de formação: _____

Função/cargo na instituição: _____

Tempo de trabalho: _____

Titulação: Especialização () Mestrado () Doutorado ()

Especificar a área: _____

INSTRUÇÕES

Leia minuciosamente o roteiro. Em seguida analise-o marcando um X em um dos números que estão na frente de cada afirmação. Dê a sua opinião de acordo com a valoração que melhor represente o grau em cada critério abaixo:

1 – Totalmente Adequado

2 – Adequado

3 – Parcialmente adequado

4 – Inadequado

Para as opções 3 e 4, descreva o motivo pelo qual considerou esse item. Não existem respostas corretas ou erradas. O que importa é sua opinião.

Por favor, responda todos os itens.

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

1.1 As informações/conteúdos são ou estão coerentes com as necessidades cotidianas do público-alvo da tecnologia.	1	2	3	4
1.2 As informações/conteúdos são importantes para a qualidade de vida e/ou o trabalho do público-alvo da tecnologia.	1	2	3	4
1.3 Convida e/ou instiga a mudanças de comportamento e atitude.	1	2	3	4
1.4 Pode circular no meio científico da área	1	2	3	4
1.5 Atende aos objetivos de instituições que atendem/trabalham com o público-alvo da tecnologia.	1	2	3	4

2 - ESTRUTURA E APRESENTAÇÃO – Refere-se à forma de apresentar as orientações. Isso inclui organização geral, estrutura, estratégia de apresentação, coerência e formatação.

2.1 A tecnologia é apropriada para o público-alvo.	1	2	3	4
2.2 As mensagens estão apresentadas de maneira clara e objetiva.	1	2	3	4
2.3 As informações apresentadas estão cientificamente corretas.	1	2	3	4
2.4 O material está apropriado ao nível sociocultural do público-alvo.	1	2	3	4
2.5 Há uma sequência lógica do conteúdo proposto.	1	2	3	4
2.6 As informações estão bem estruturadas em concordância e ortografia	1	2	3	4
2.7 O estilo da redação corresponde ao nível de conhecimento do público-alvo.	1	2	3	4

3 – RELEVÂNCIA – Refere-se às características que avaliam o grau de significação da tecnologia.

3.1 Os temas retratam aspectos-chave que devem ser reforçados.	1	2	3	4
3.2 A tecnologia permite generalização e transferência do aprendizado a diferentes contextos.	1	2	3	4
3.3 A tecnologia propõe a construção de conhecimentos.	1	2	3	4
3.4 A tecnologia aborda os assuntos necessários para o saber do público-alvo.	1	2	3	4
3.5 A tecnologia está adequada para ser usada por qualquer profissional com o público-alvo.	1	2	3	4

APÊNDICE 6 – Checklist para validação

INSTRUMENTO DE VALIDAÇÃO

QUESTIONÁRIO (PÚBLICO-ALVO)

Data: ___/___/___

Identificação

Escolaridade: _____

Idade: _____

Gênero: M () F ()

INSTRUÇÕES

Leia minuciosamente o roteiro. Em seguida analise-o marcando um X em um dos números que estão na frente de cada afirmação. Dê a sua opinião de acordo com a valoração que melhor represente o grau em cada critério abaixo:

1 – Totalmente Adequado

2 – Adequado

3 – Parcialmente adequado

4 – Inadequado

Para as opções 3 e 4, justifique a valoração dada no espaço destinado após o item. Não existem respostas corretas ou erradas. O que importa é a sua opinião. Por favor, responda a todos os itens.

1 – OBJETIVOS – Referem-se a propósitos, metas ou fins que se deseja atingir.

1.1 Atende aos objetivos do público-alvo da tecnologia.	1	2	3	4
1.2 Ajuda durante o cotidiano do público-alvo.	1	2	3	4
1.3 Está adequada para ser usada por qualquer profissional que trabalhe com o público-alvo.	1	2	3	4

2 – ORGANIZAÇÃO – Referem-se à forma de apresentar as orientações. Isso inclui organização, estrutura, estratégia de apresentação e coerência.

2.1 As informações estão apresentadas de maneira clara e objetiva.	1	2	3	4
2.2 Os temas são importantes e adequados às necessidades.	1	2	3	4

3 – ESTILO DA ESCRITA – Refere-se a compreensão e estilo da escrita.

3.1 A escrita está em estilo adequado.	1	2	3	4
3.2 O texto é interessante. O tom é amigável.	1	2	3	4
3.3 O texto está claro.	1	2	3	4
3.4 A escrita corresponde ao nível de conhecimento do público-alvo.	1	2	3	4

APÊNDICE 7 – DECLARAÇÃO DE CONSENTIMENTO PARA USO DE IMAGEM E VOZ

Eu, _____, declaro que autorizo a utilização de minha imagem e voz na produção do vídeo educativo produzido pela mestrande Bruna Vanessa Costa da Rosa e sua orientadora, Nara Marilene Oliveira Girardon-Perlini, relacionado ao projeto de pesquisa de mestrado intitulado, vinculado ao Programa de Pós Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Santa Maria. Declaro também que minha participação é voluntária sem qualquer tipo de ônus para os pesquisadores e que tenho ciência de que os mesmos utilizarão o vídeo para fins científicos e de orientação em saúde, sem intenção comercial.

Santa Maria, _____ de 2014

Participante

Bruna Vanessa Costa da Rosa

Nara Marilene Oliveira Girardon-Perlini

APÊNDICE 8 – Instrumento de validação do vídeo educativo

INSTRUMENTO DE VALIDAÇÃO

INSTRUÇÕES

Assista atentamente ao vídeo. Em seguida analise-o marcando um X em um dos números que estão na frente de cada afirmação. Dê a sua opinião de acordo com a valoração que melhor represente o grau em cada critério abaixo:

- | | |
|---------------------------|----------------|
| 1 – Totalmente Adequado | 2 – Adequado |
| 3 – Parcialmente adequado | 4 – Inadequado |

Para as opções 3 e 4, descreva o motivo pelo qual considerou esse item. Não existem respostas corretas ou erradas. O que importa é sua opinião.

Por favor, responda todos os itens.

1- CONTEÚDO – Refere-se ao conteúdo do vídeo, quanto a coerência e clareza das informações.

1.1 As informações/conteúdos são ou estão coerentes.	1	2	3	4
1.2 As informações/conteúdos são apresentadas de forma clara e compreensível.	1	2	3	4
1.3 A forma de apresentação do conteúdo no vídeo é convidativa para quem assiste.	1	2	3	4
1.4 Pode circular no meio científico da área	1	2	3	4
1.5 Atende aos objetivos do projeto.	1	2	3	4
1.6 Há uma sequência lógica do conteúdo.	1	2	3	4
1.7 As informações apresentadas estão cientificamente corretas.	1	2	3	4
1.8 O conteúdo não se repete.	1	2	3	4
1.9 O conteúdo reflete o roteiro validado.	1	2	3	4

2 - AUDIOVISUAL – Refere-se aos recursos visuais e sonoros do vídeo.

2.1 O áudio do vídeo está adequado e colabora na compreensão do conteúdo.	1	2	3	4
2.2 As músicas estão adequadas ao momento em que são utilizadas.	1	2	3	4

2.3 As imagens que compõe o vídeo são adequadas ao conteúdo trabalhado.	1	2	3	4
2.4 O cenário está apropriado.	1	2	3	4
2.5 As ilustrações utilizadas estão adequadas ao conteúdo do trabalho.	1	2	3	4
2.6 A iluminação e enquadramento das imagens estão adequados.	1	2	3	4

3 – PERSONAGENS – Refere-se aos participantes do vídeo

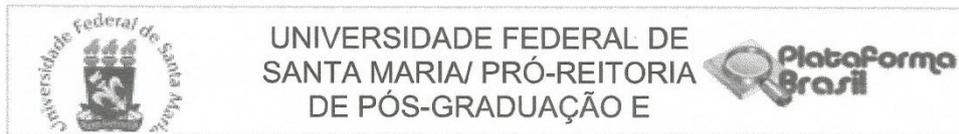
3.1 Os participantes do vídeo falam com clareza.	1	2	3	4
3.2 A forma como que se apresentam está adequada.	1	2	3	4
3.3 As falas estão adequadas e refletem a realidade.	1	2	3	4

APÊNDICE 9 – Entrevista

Questões norteadoras da entrevista:

1. Como foi para você assistir ao vídeo educativo?
2. Com a sua experiência, como você descreveria o vídeo?
3. Existe algo que você acredite que precisa ser modificado?
4. Existe algo que você acredite que precisa ser acrescentado?
5. Você acredita que o vídeo pode ser assistido pelas famílias que vivenciam a colostomia?
6. Há mais alguma consideração que gostaria de fazer?

APÊNDICE 10 – Parecer do CEP



UNIVERSIDADE FEDERAL DE
SANTA MARIA/ PRÓ-REITORIA
DE PÓS-GRADUAÇÃO E



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: DESENVOLVIMENTO, IMPLEMENTAÇÃO E AVALIAÇÃO DE VÍDEO EDUCATIVO COM FAMÍLIAS DE PESSOAS PORTADORAS DE COLOSTOMIA POR CÂNCER

Pesquisador: NARA MARILENE OLIVEIRA GIRARDON-PERLINI

Área Temática:

Versão: 1

CAAE: 28062514.8.0000.5346

Instituição Proponente: Universidade Federal de Santa Maria/ Pró-Reitoria de Pós-Graduação e

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 612.746

Data da Relatoria: 08/04/2014

Apresentação do Projeto:

É uma pesquisa qualitativa, descritiva, exploratória e de intervenção. Será realizada no Hospital Universitário de Santa Maria (HUSM). Os sujeitos serão famílias que possuam um membro portador de colostomia por câncer. O número de famílias participantes do estudo será definido de forma intencional e por conveniência. Considerando-se que o número de cirurgias eletivas mensais realizadas no HUSM é de 2 procedimentos, estima-se a participação de 8 famílias totalizando 16 sujeitos.

Como critério de inclusão define-se que os participantes sejam maiores de 18 anos de idade, o que lhes confere legalmente maioridade e maturidade para refletir e contribuir com o estudo, que estejam em condições físicas e mentais de participarem do estudo: sem dor ou outros desconfortos, com plena capacidade de compreensão e comunicação

verbal e que a cirurgia tenha sido realizada a menos de um mês. Optou-se pelo recorte temporal menor que menos de um mês, pois, esse pode ser considerado o período em que ocorre o processo de adaptação e onde surgem mais dúvidas.

Serão considerados como critérios de exclusão pacientes cuja colostomia não tem origem

Endereço: Av. Roraima, 1000 - prédio da Reitoria - 2º andar

Bairro: Camobi

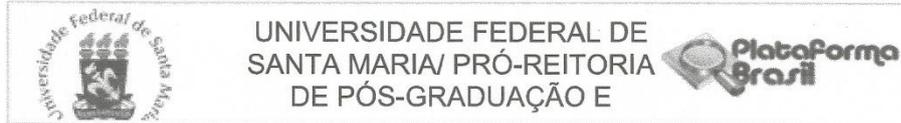
CEP: 91.059-900

UF: RS

Município: SANTA MARIA

Telefone: (55)3220-9362

E-mail: cep.ufsm@gmail.com



Continuação do Parecer: 612.746

neoplásica. A intervenção será realizada em três etapas: desenvolvimento do vídeo educativo, implementação e avaliação da intervenção. Primeiramente planeja-se o desenvolvimento de um vídeo educativo para a família que possui um membro portador de colostomia por câncer. Será construído um roteiro de texto (script) para a confecção do DVD-Rom no qual serão abordadas questões relacionadas ao câncer e a colostomia. Este script será submetido a avaliação de profissionais especialistas na área (duas enfermeiras e um médico), uma pessoa portadora de colostomia e um familiar, para que o conteúdo teórico abordado possa ser analisado quanto à congruência, a pertinência e a linguagem dos conteúdos abordados, sendo validado e adaptado conforme as sugestões, para então dar-se continuidade ao processo de construção do DVD-Rom. Após a confecção do DVD-Rom será necessário validar, também, o seu conteúdo visual. Assim ele será encaminhado novamente para os profissionais especialistas da área, a pessoa portadora de colostomia e o familiar, para que a edição do vídeo seja analisada e validada. Após será realizada a implementação da intervenção educativa por meio do DVD-room. A intervenção, que consiste em assistir ao vídeo educativo, será realizada após a cirurgia de retirada de tumor e que resultou em colostomia, ressaltando que seja após sete dias da realização, caracterizando o fim do período pós-operatório mediato, e até 30 dias, pois acredita-se que esse seja o momento em que mais surgem as dúvidas. A intervenção com o vídeo educativo será realizada ainda na internação. Para avaliação da intervenção será realizada uma entrevista aberta com as famílias e as pessoas portadoras de colostomia por câncer dentro de 30 dias após a implementação da intervenção. A entrevista abordará questões abertas sobre a experiência de participação na intervenção educativa por meio de DVD-Rom. Cabe destacar que a entrevista será gravada através de um gravador digital, se assim for permitido pelos participantes, do contrário o pesquisador irá anotar estas informações.

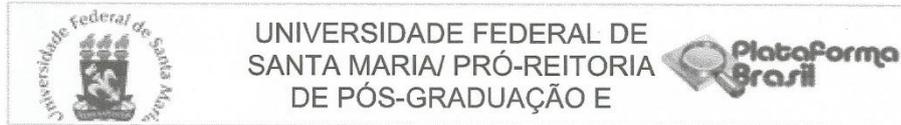
Posteriormente será transcrita na íntegra e então analisada. A análise de dados será por meio da análise de conteúdo temática. Respeitando os preceitos da Resolução 466/2012, projeta-se a realização desta pesquisa para os meses de março a junho de 2014, após aprovação pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP).

Objetivo da Pesquisa:

Objetivo Primário:

Desenvolver um DVD-Rom educativo para as famílias que possuem um membro portador de colostomia por câncer e implementá-lo.

Endereço: Av. Roraima, 1000 - prédio da Reitoria - 2º andar
 Bairro: Camobi CEP: 91.059-900
 UF: RS Município: SANTA MARIA
 Telefone: (55)3220-9362 E-mail: cep.ufsm@gmail.com



Continuação do Parecer: 612.746

Objetivo Secundário:

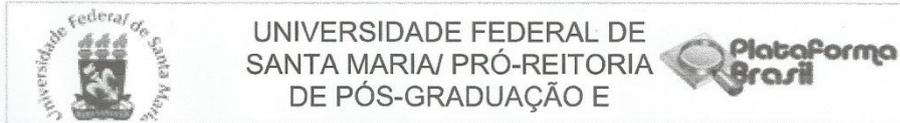
- Identificar os efeitos da implementação de uma intervenção com enfoque educativo por meio de um DVD-Rom às famílias que possuem um membro portador de colostomia por câncer.- Validar o conteúdo do DVD-Rom- Implementar a intervenção com enfoque educativo às famílias que possuem um membro portador de colostomia por câncer.- Avaliar os efeitos da implementação de uma intervenção com enfoque educativo por meio de um DVD-Rom para as famílias que possuem um membro portador de colostomia por câncer.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Os participantes serão informados de que poderão sentir-se emocionados e vulneráveis ao falar sobre a situação que a família está vivendo podendo, também, sentirem-se cansados e desconfortáveis com o tempo despendido para assistir ao DVD-room e a entrevista, podendo solicitar a interrupção do DVD e da entrevista e retomá-los em outro momento, ou mesmo encerrá-los. Caso a opção escolhida seja cessá-la, as informações fornecidas não farão parte do estudo sendo inutilizadas. Aos que se perceberem emocionados, serão consultados sobre o desejo de suspender a entrevista sendo oferecido conforto e a possibilidade de escuta, sem fins científicos.

Como benefícios diretos, os participantes participarão de um processo de aprendizagem sobre a situação que estão vivenciando e assim capacitando-os para lidar nesse contexto, poderão falar sobre a colostomia e sobre como está sendo esta experiência. Como benefícios indiretos, os participantes estarão colaborando na produção de material educativo que poderá ser utilizado nas atividades de enfermagem com pacientes e famílias que vivenciam situação semelhante, melhorando o cuidado prestado. O conhecimento de quais as intervenções que possam ajudar as famílias a passarem pelos momentos difíceis que envolvem o adoecimento por câncer e o uso da colostomia poderá contribuir para que os profissionais da saúde, em especial os enfermeiros, possam garantir que as famílias tenham suporte para continuar a caminhada. Nesse sentido, ressaltaremos que os resultados das informações obtidas, depois de organizadas e analisadas, poderão, no seu conjunto, ser divulgados e publicadas no meio científico.

Endereço: Av. Roraima, 1000 - prédio da Reitoria - 2º andar
Bairro: Camobi **CEP:** 91.059-900
UF: RS **Município:** SANTA MARIA
Telefone: (55)3220-9362 **E-mail:** cep.ufsm@gmail.com



Continuação do Parecer: 612.746

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Presentes e satisfatórios.

Recomendações:

.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

.

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

SANTA MARIA, 11 de Abril de 2014

Assinador por:
CLAUDEMIR DE QUADROS
(Coordenador)

Endereço: Av. Roraima, 1000 - prédio da Reitoria - 2º andar
Bairro: Camobi CEP: 91.059-900
UF: RS Município: SANTA MARIA
Telefone: (55)3220-9362 E-mail: cep.ufsm@gmail.com

APÊNDICE 11 – Termo de confidencialidade

Título do projeto: Desenvolvimento e validação de vídeo educativo para famílias de pessoas com colostomia por câncer.

Pesquisador responsável: Profa. Dra. Nara Marilene Oliveira Girardon-Perlini.

Instituição: Universidade Federal de Santa Maria – Programa de Pós-graduação em Enfermagem - Mestrado em Enfermagem

Telefone para contato: (55) 3220-8263 e (55) 9973-5986

Local da coleta de dados: Hospital Universitário de Santa Maria (HUSM).

Os pesquisadores do presente projeto se comprometem com o cumprimento das questões éticas que envolvem as pesquisas com seres humanos, preservando a privacidade dos participantes cujos dados serão coletados por meio de entrevistas com pacientes da Clínica Cirúrgica do Hospital Universitário de Santa Maria.

Firmam compromisso referente à confidencialidade, privacidade e segurança dos dados, no que diz respeito ao uso exclusivo das informações obtidas com a finalidade científica e garantia de preservação da identidade das pessoas pesquisadas quando da divulgação. O anonimato dos participantes da pesquisa será mantido através da utilização de códigos para a identificação dos mesmos. Os documentos oriundos do estudo, tais como, as avaliações dos especialistas e as transcrições das entrevistas utilizados nas entrevistas ficarão sob a posse da pesquisadora responsável Profa. Dra. Nara Marilene Oliveira Girardon-Perlini, em armário com chave, na sala 1339, do prédio 26 da Universidade Federal de Santa Maria, por um período de cinco anos. Após este período, os dados coletados serão destruídos. O DVD permanecerá na unidade de Clínica Cirúrgica para ser divulgado para pacientes e familiares.

Este projeto de pesquisa foi revisado e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da UFSM (CEP/UFSM) com o número do CAAE 28062514.8.0000.5346.

Santa Maria, RS, de de 2014.