

Situated Learning Theory e as comunidades de prática: subsídios para a reabilitação social de pessoas com estomias*

Situated Learning Theory and communities of practice: subsidies for the social rehabilitation of people with stomas (abstract: p. 18)

Situated Learning Theory y las comunidades de práctica: subsidios para la rehabilitación social de personas con estomias (resumen: p. 18)


Antonio Jorge Silva Correa Júnior^(a)

<antoniocorreajunior@usp.br> 


Mary Elizabeth de Santana^(b)

<marybete@ufpa.br> 


André Aparecido da Silva Teles^(c)

<andreteles@usp.br> 

Pedro Emílio Gomes Prates^(d)

<pedropratesmoreno@usp.br> 

Helena Megumi Sonobe^(e)

<megumi@eerp.usp.br> 

* O artigo é proveniente da tese qualificada no ano de 2022, intitulada "Avaliação do programa de assistência especializada às pessoas com estomias no Sistema Único de Saúde" no Programa de Enfermagem Fundamental, Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo.

continua pág. 13

Objetivou-se discutir trajetórias de aprendizagem situadas na reabilitação social em Comunidades de Prática (CoP) presenciais e *on-line* para pessoas com estomia. Foi realizada uma revisão narrativa compreensiva com linha temporal aberta e amostragem de 18 artigos internacionais. A interpretação culminou nos pilares conceituais da CoP em saúde partindo de identidades e trajetórias rumo à participação central, à periferidade legítima e à reificação; transferência educacional em cenários presenciais e *on-line* com artefatos; exemplos e dilemas de implantação de *designers* ou arranjos colaborativos para diversos tipos de adoecimento e premência da avaliação interprofissional da trajetória; e, por fim, sabendo da existência das comunidades éticas, foram propostos subsídios para comunidades de prática destinadas às pessoas com estomias no Sistema Único de Saúde, tencionando a participação social-cuidativa e a reabilitação.

Palavras-chave: Estomia. Estomaterapia. Sistema de aprendizagem em saúde. Aprendizado social. Reabilitação.

Introdução

A reabilitação social de pessoas com estomia (comunicação cirúrgica com o exterior para eliminação ou respiração) prevê estímulo ao enfrentamento da doença de base e da nova condição, reabilitação psicoemocional e facilitação da autorresponsabilidade diante dos cuidados inserindo ainda o familiar¹. Tais direitos da pessoa com estomia no Brasil são fundamentados no Decreto n. 5296 de 2 de dezembro de 2004, que os reconhece como deficientes garantindo amparo social, cotas e acesso a equipamentos e adjuvantes gratuitamente. São complementados pela Portaria n. 400 de 16 de novembro de 2009, sobre os cuidados especializados e interprofissionais no Sistema Único de Saúde (SUS) e uma Rede de Atenção própria com acompanhamento, avaliação e prevenção de agravos^{2,3}.

Portanto, esses usuários dependerão do suporte ofertado ao longo do tratamento para o melhor prognóstico e os cuidados, pois a reabilitação é processual e com o tempo ultrapassa as temáticas de autocuidado da estomia e manejo de equipamentos coletores e adjuvantes, culminando na reconquista da vida cotidiana e na reinserção social^{4,5}.

Existe literatura sobre validações e intervenções para a autogestão da estomia digestória e a adaptação em longo prazo, exigindo esforço cognitivo e comportamental^{6,7}. Exemplifica-se na construção e na validação de uma tecnologia para o autocuidado da saúde sexual e reprodutiva de mulheres estomizadas⁸, assim como o Objeto Virtual de Aprendizagem para graduandos de Enfermagem e para Educação Permanente sobre Estomia Intestinal⁹; Educação para Reforço no Manejo de Estomia durante a internação hospitalar sem a necessidade de muitas sessões de ensino¹⁰; Intervenção Baseada em Modelos Transteóricos promovendo autogestão de pacientes com câncer colorretal após estomização¹¹; treinamento para autogerenciamento de estomia com quatro elementos do Modelo de Atenção Crônica em Telessaúde: 1) identificação de recursos culturais; 2) promoção do bem-estar pelo planejamento do ensino da autogestão; 3) informações de autogerenciamento entre pares; e 4) educadores em grupos comunitários de apoio¹². Também fundamentado no Modelo de Atenção Crônica, o Treinamento de Autogestão de Cuidado Crônico em Estomias é utilizado por enfermeiros oncológicos^{6,13}.

Nos referidos estudos é reconhecida a importância da mediação profissional, contudo lança-se a hipótese de que as inúmeras tecnologias cuidativas podem não penetrar na cotidianidade e nas grupalidades devido à micropolítica de serviços de saúde. Dessa hipótese, provém a pertinência do aprendizado situado no microsocial, o conceito da Situated Learning Theory criada por Étienne Wenger e Jean Lave, designando o “aprendendo fazendo” nas práticas sociais em Comunidades de Prática (CoP). Embora tenha surgido nas Ciências Sociais, a correlação da teoria com os cuidados em saúde foi citada em dois contextos: no compartilhamento de práticas sobre cuidados pré-natais, partos difíceis e orientações nas visitas pós-parto entre parteiras mexicanas; e nos grupos de Alcoólicos Anônimos reconstruindo histórias de vida, Saúde Mental e padrões de comportamento quando se tornam abstêmios¹⁴.

Em saúde, conceitua-se conforme tradução nossa:



[...] um grupo de profissionais de saúde, que compartilham um domínio comum de interesse, que colaboram para aprimorar a prática, aprimorar a experiência profissional e aumentar o conhecimento institucional¹⁵. (p. 70)

Entretanto, as definições de uma CoP que congregue usuários permanecem escassas e, corroborando isso, uma recente revisão apontou a existência apenas de redes sociais e nenhuma CoP para pessoas com estomia¹⁶.

Em simultâneo, para explorar o tema, enfatiza-se introdutoriamente a efetivação do cuidado entre pares (outros significativos) como contraposição ao desengajamento e visando a comunidade na saúde, colocando-nos contrariamente à autorresponsabilização.

Suporte teórico

Cohn¹⁷ critica as formas de transferência da responsabilidade total sobre adoecimento e tratamento para o indivíduo; a autorresponsabilização surge pelo enfraquecimento da capacidade do Estado em prover e gerir o bem público e as necessidades gerais, bem como, concomitantemente, o fortalecimento do mercado transnacional defensor da saúde como um bem ofertado para ser consumido como necessidade privada. No âmbito da mobilização coletiva, existem Organizações Não Governamentais (ONGs), entidades filantrópicas e comunidades. Bauman¹⁸ afirma que o engajamento é disparado pelos laços de uma comunidade de interesses, oposta à noção de guetos.

[...] gueto quer dizer impossibilidade de comunidade. Essa característica do gueto torna a política de exclusão incorporada na segregação espacial e na imobilização de uma escolha duplamente segura e à prova de riscos numa sociedade que não pode mais manter todos os seus membros participando do jogo...¹⁸. (p. 171)

Pondo em foco o aprendizado, Wenger teorizou que com a área de Ciências da Computação conseguia gerir o processo da informação de uma CoP, porém para a análise e a explicação dos significados no mundo precisava da Antropologia. A Ciência da Computação tratava o aprendizado como biologicista – cérebro e seus impulsos elétricos em uma “máquina orgânica”, além de algoritmos que preveem o comportamento humano (e o futuro). No seu modelo multidisciplinar, Wenger buscou integrar isso à Antropologia, vista como relatora de histórias¹⁹.

Discutir problemas, para ele, é o início do compromisso mútuo e da qualificação; os papéis são o ponto de partida das inquietações grupais e das metas. Esse processo não está em um vácuo, norteia-se por políticas públicas e portarias na saúde²⁰ e no repertório baseado na prática e nas negociações. Implantar comunidades surge em um contexto no qual, frequentemente, a prática não favorece a reflexão, assoreada pela cotidianidade, dando respostas colaborativas aos problemas²¹.

Os três aspectos nevrálgicos são o domínio, a comunidade e a prática. O domínio não é apenas sobre conexões, há uma identidade implicada com adesão à(s) competência(s) compartilhada(s). Contudo, uma página da web não é uma CoP, pois as interações são mais importantes que alguns relatos *on-line* de problemas ou experiências ao lidarem com este; assim, CoP é diferente de uma comunidade de interesses^{22,23}.

São conceitos para sua compreensão²⁴:

- Engajamento: relação mais imediata com uma prática – atividades, fazer coisas, trabalhar sozinho ou em conjunto, conversar, usar e produzir artefatos. Possibilita uma identidade participativa ou não participativa.
- Imaginação: cria relações tão significativas quanto as do engajamento. As imagens do mundo localizam-nos, permitindo refletir sobre a sua situação e explorar novas possibilidades. O mundo fornece muitas ferramentas de imaginação (interpretação da pessoa sobre a sua participação), como linguagem, histórias, mapas, visitas, fotos, programas de TV, modelos, dentre outras.
- Alinhamento: o engajamento na prática raramente é eficaz se não tiver um grau mínimo de alinhamento com o contexto e a coordenação. Não se trata de submissão a uma autoridade externa ou de seguir uma prescrição, é um processo de duas vias de coordenação de perspectivas e ações.
- Atividade situada: atributo empírico da atividade diária; uma resposta para os que não acreditam no aprendizado informal e baseado nas experiências.
- Participação central: não é um movimento linear de aquisição de habilidades, admite um centro físico, político ou metafórico na comunidade em relação ao indivíduo.
- Participação completa: define a participação plena; sugere um domínio fechado de prática coletiva com graus mensuráveis de aquisição para os recém-chegados.
- Participação plena: diversidade de relações dos membros. A participação plena é o contrário da periféricidade e define a participação parcial.
- Periféricidade: considerando que pode não existir somente a participação central, sugere-se que existam múltiplas e inclusivas formas de se engajar. Também pode ser um ponto comum entre duas comunidades relacionadas.
- Periféricidade legítima: envolve poder especificamente na participação intensiva e posição empoderadora.

Conseqüentemente, a participação periférica legítima não é em si uma forma de educação, estratégia pedagógica ou uma técnica. Constitui uma perspectiva analítica que independe do formato educacional, do contexto ou da existência de alguma intencionalidade educacional. Não considera que a instrução intencional em si seja unicamente fonte ou ímpeto da aprendizagem, precisando considerar sempre três aspectos antagônicos: legítima *versus* ilegítima; periférica *versus* central; e participação *versus* não participação¹⁴.

Dessarte, o objetivo da revisão é discutir trajetórias de aprendizagem situada na reabilitação social em Comunidades de Prática presenciais e *on-line* para pessoas com estomia.

Método

Revisão narrativa de caráter compreensivo, diferenciando-se das revisões sistematizadas por não ser exaustiva em suas fontes de dados; pergunta de pesquisa ampla em busca de fundamentações teóricas e reformulações do conhecimento²⁵. O plano flexível de revisão perpefez sete etapas²⁶: questionamentos e possíveis eixos de debate; identificação das fontes bibliográficas; leitura do material; seleção de trechos; fichamentos; organização lógica do trabalho; e redação.

As perguntas norteadoras foram: Como a Situated Learning Theory é empregada para profissionais, usuários e familiares-cuidadores em um contexto de aprendizagem na saúde após rupturas biográficas? Quais introjeções da Situated Learning Theory e comunidades de prática presenciais e *on-line*, mesmo que teóricas, podem ser realizadas para a reabilitação social e o aprendizado das pessoas com estomia?

A combinação dos termos “*situated learning*” AND “*health*”, na base PUBMED em linha temporal aberta, gerou 131 resultados, com último carregamento no webaplicativo Rayyan em 10/11/2022. Os critérios de exclusão durante a triagem foram: não mencionar a área da Saúde, tratar unicamente de docência ou educação/formação de graduandos ou residentes sem focalização da reabilitação pelo objetivo ser o uso da teoria, congregando adocido-profissional-cuidador, e publicações que abordassem precariamente a teoria.

Posteriormente, identificaram-se 18 artigos teóricos e de pesquisas primárias. Menciona-se que nenhuma dessas publicações internacionais selecionadas detinha, como participantes, pessoas com estomia; assim, o material coletado foi complementado com textos da área de Estomaterapia e textos de Étienne Wenger. A análise qualitativa depreendeu-se com: análise textual da unidade de leitura em amplo corte temporal; análise temática à luz do problema de pesquisa e objetivo; interpretação verificando a coerência da ideia central; problematização da literatura; síntese²⁷ mediante reflexão na qual se encaixou o segundo problema de pesquisa.

A ordem de apresentação dos três eixos iniciais de debate atendeu aos conceitos intercomunicantes e não hierárquicos: domínio – reconhecimento de um problema particular de interesse para um grupo, inspirando participação, organização de conhecimento e identidades em transição; comunidade – elemento crítico da estrutura; conclama cenários, artefatos, interações evolutivas em camadas e reconhecimento das vozes centrais e periféricas; e prática – requer implantações de estilos de linguagem, princípios norteadores, estórias, *experts*, documentos, almejando chegar à aprendizagem situada^{14,28}.

No quarto eixo, acrescentaram-se como suporte os apontamentos sobre Sociedade Civil, preconizando que as comunidades vão além das organizações empresariais. Defende-se a gestão de profissionais *experts* e “campeões de prática” (veteranos) por multimeios, idealizando em última instância a composição de redes nacionais e/ou coalizões locais²⁸; ademais, aplicaram-se os conceitos de comunidades éticas e estéticas de Bauman¹⁸.

Resultados e discussão

As publicações foram provenientes da Austrália (n=2), Reino Unido (n=3), Dinamarca (n=3), Estados Unidos da América (N=4), Espanha, Alemanha, Holanda, Taiwan, Suécia e Noruega. Foram oito pesquisas teóricas e as pesquisas primárias (n=10) quantitativas foram: experimento em *blog*, estudo longitudinal, ensaio de cunho escalonado, longitudinal com exposição variável a uma intervenção, abordagem de avaliação responsiva, estudo randomizado de cluster. As pesquisas qualitativas foram: abordagem fenomenológica, abordagem hermenêutica em Gadamer (n=2) e qualitativo com dados do Facebook. As 18 publicações encontram-se detalhadas em Dataset²⁹, no Figshare: <https://doi.org/10.6084/m9.figshare.23653755.v2>.

Delimitação de uma comunidade de prática na saúde: identidades reificadas e trajetórias

A instrução tradicional inclui³⁰: o professor/instrutor, o que mais fala, totaliza uma classe; o tempo é cronometrado; organização em carteiras e fileiras; reparte-se em disciplinas; e a presença física é necessária. Já na aprendizagem situada *on-line* haveria: 1. Reflexão sobre como o conhecimento será usado; 2. Acesso a especialistas e modelagem de processos; 3. Múltiplos papéis; 4. Construção colaborativa; 5. Articulação; e 6. Avaliação. Portanto, a teoria das CoP é decorrente da interseção entre as teorias social e a da aprendizagem; entretanto, Wenger se viu mais influenciado por cientistas sociais, como Giddens e Bourdieu, do que pelos teóricos da aprendizagem¹⁹.

A CoP é um contexto para adquirir a identidade usando uma trajetória, dependendo de gestão do conhecimento e responsabilidades. Wenger chama a interação com a identidade de “cidadãos que aprendem”, pois a pessoa não é uma entidade insular e perfeita¹⁹; na comunidade, a transferência considera o conhecimento pessoal e a teorização cognitiva^{31,32}. Trajetórias e interações não são unicamente mentais, tampouco genéricas como ruídos, e sim atitudes fora da sala de aula; portanto, alunos cansados e professores pouco dinâmicos resultam em aprendizagem pouco significativa e alinear³³.

Encontrar uma rede de *experts* são os ganhos da comunicação horizontal das CoP digitais usando as Tecnologias de Informação e Comunicação (TICs), agregando discursos interativos fora da verticalidade, multidirecionalmente, pois antes uma entidade superior dava a mensagem e as pessoas ouviam passivamente. O facilitador precisará estimular a interprofissionalidade, gerir projetos, linguagens e a cocriação de regras^{34,35}, sendo um membro designado para orientações fora da CoP (presencial) ou em área restrita da CoP (*on-line*), quando dentre os saberes há algum de maior réverbero em um componente específico³⁵.

Na perspectiva sociocultural, essa mutualidade permite revisitar crenças e que a transferência ocorra por fatores identificáveis. Caso a aprendizagem aconteça em contexto institucional, a transferência mais factível é para esses mesmos espaços, pois as circunstâncias de aquisição ditam a cognição para tal prática; posto isso, formas de orientação da experiência proximal e distal precisam de co-construção e avaliação³¹. O *design* da interface *on-line* priorizará o aspecto familiar-instrucional e o professor não será a única fonte³⁰.

As participações negociam a troca de uma identidade estigmatizada para a de uma nova mulher, novo homem, mãe, pai, estudante, dentre outras. Há um conceito pouco explorado nas trajetórias: a reificação – transformação de eventos ruins em estratégias materiais (estratégias de tratamento após um diagnóstico ou “fazer algo com o que me foi dado”, devido ao rótulo de condição crônica), gerando novas identidades reificadas. Nesse ponto, há uma ressalva: identidades estigmatizadas não devem ser reificadas, pois uma experiência de participação legítima e de engajamento é dificultada com isso³⁶.

Logo, a CoP auxilia identidades em crise após rupturas biográficas quando as pessoas não são mais capazes de ser ou fazer e na incapacidade de adotar o novo papel. Verificou-se isso em pesquisa sobre a síndrome da fadiga crônica que desvelou o ceticismo profissional quanto aos sintomas, com marginalização na própria comunidade culminando em trajetória ilegítima, incapacitante e psicossomática; assim, quando essa reificação ocorre, a participação é inútil³⁶.

Não há transferência educacional sem conhecimento situado, artefatos e cenário

A participação periférica legítima envolve a cognição situada em uma atividade distribuída no socioambiental, conduzida por pares que saibam um pouco mais sobre o tópico, facilitando a evolução da identidade até a modificação do Eu³³. Com a Situated Learning Theory, a organização das instruções distribui-se, por exemplo, em um contínuo de tempo de 6 meses: no primeiro-segundo, uma instrução semanal; no terceiro-quarto, uma instrução a cada duas semanas; no quinto-sexto, a cada três semanas³⁷.

Na situatividade, cognição situada ou *sitcog*, o conhecimento e o pensamento integram-se evolutivamente em jogos, artefatos de um projeto ou escrita entre pares, dispondo de espontaneidade sem roteirização e pensamento-ação que não provém de um único participante nos conteúdos³³. As CoP prezam pela abstração e o conhecimento transpessoal (“pensar juntos”)³² durante a replicação, sabendo que a transferência para longe de onde a prática foi criada é rara, assim como a transferência de ambientes de educação formal para o popular. O termo conhecimento não foi abordado inicialmente na teoria; entretanto, seu papel estabelece “habitação” – conhecimento somado a aprendizagem, significado e identidade –, dessa forma, as participações totais e periféricas não podem ser artificiais³¹.

Nas paisagens de práticas interativas, a sabedoria demonstrada repassando os conhecimentos¹⁹ não descarta os artefatos: dispositivos que ampliam as capacidades humanas, distribuindo a cognição nos módulos educativos que falam sobre a ação de melhoria nas atividades de vida diária, autocuidado, gerenciamento de alimentos e dinheiro. São, ainda, considerados artefatos um computador, materiais psicoeducativos, cadernos de exercícios diante da dificuldade na adaptação e atividades aplicadas, todos utilizados em benefício do grupo. O obstáculo existente é documentar e avaliar esse momento da adaptação e como incluir aqueles com experiências relevantes e com poucos anos de instrução formal^{33,38}.

As barreiras presenciais ou *on-line* são receptores passivos que sempre precisam de intermediários; mesmo com as TICs, a persistência em usar exclusivamente a pedagogia tradicional no cyberespaço, selecionar o membro veterano que checará as informações, a comunicação individualizada, a compreensão negativa sobre a doença, o comparecimento sempre dos mesmos e a sensação de monotonia, é fundamental refinar o tópico de discussão e a prática debatida^{15,30,34,35,39}. Por fim, para ocorrerem transferências educacionais, os profissionais devem indagar-se: Como os usuários priorizam sua participação em diferentes práticas?; Como conciliam diferentes regimes de responsabilidade?; Quais são os mecanismos de negociação de conhecimento e de obtenção de legitimidade?¹⁹

Implantações de comunidades de práticas assistenciais: situatividade na comunicação, na avaliação clínica e na reabilitação

Na busca por informações médicas *on-line*, os *sites* e mídias sociais vêm sendo pressionados para ter profissionais da saúde³⁹ como consultores. Esses ambientes não devem ser abstratos ou descontextualizados e ter uma avaliação responsiva³⁵. Para incrementá-los, o *designer* colaborativo de Instrução Ancorada (meios audiovisuais, estrutura narrativa e resolução de problemas) prevê:

- Modelagem – construção de modelos para a resolução de problemas⁴⁰.
- Processo de mentoria – um facilitador resolve as etapas iniciais do problema⁴⁰.
- “Andaime” – cooperações para resolução imputando responsabilidades⁴⁰ até uma possível participação central.
- Saída do especialista – o facilitador retira-se gradualmente⁴⁰.
- Articulação – os facilitadores elaboram perguntas disparadoras e o conhecimento é declarado nas respostas e na resolução do problema⁴⁰.
- Reflexão – O que foi retido individualmente? Qual foi a estratégia para resolver problemas?⁴⁰.
- Exploração – os aprendizes precisam continuar participando e interagindo⁴⁰.

Os grupos de debate-ação com artefatos³³, *blogs* ou plataformas com linguagem sobre os malefícios para a saúde, usando alertas de diferentes gravidades, são proposições³⁹. Compartilhar como está a vida, mediante os conhecimentos relacionados à colostomia/ileostomia e prevenção de complicações, oportuniza o compartilhamento de diários de autocuidado em grupos de mensagens instantâneas, permitindo que o programa se ajuste conforme os diários. Existem horários específicos para resposta por videochamada; a equipe lembra de horários e dias de retorno explicando o tratamento do câncer retal, postando dicas de saúde, textos engraçados e vídeos inspiradores⁴¹.

Presencialmente nos grupos, o momento “quebra-gelo” usa adesivos coloridos para que escrevam uma pergunta ou um comentário sobre o que foi dito, sendo cruciais observações positivas³⁵ e diálogo diretivo³⁴. Tais estratégias de reabilitação pelo vínculo são prementes, pois a falta de apoio leva à recusa das consultas de acompanhamento; assim, implantações oportunizam: triar casos, saber das dificuldades das pequenas práticas, conceber e gerir como conteúdos serão ministrados, atividades com avaliações da efetividade e apresentações abertas para comentários^{30,35,42}.

Os wikis, fóruns e *blogs* (redes informais) para as CoP ajudam pela comunicação “um para vários” e de “muitos para muitos” usando um alerta visível acionado sempre que alguém tem um problema, dando-lhe um conjunto de *links* informativos^{15,34}. A depender disso e do *designer* inspirador, alguns contextos aumentam ou reduzem capacidades para alcançar novos horizontes^{14,43}.

Dar orientações neurofisiológicas e neuropsicológicas em instruções curtas, auxiliou idosos com membros inferiores hipotônicos, movimentos descoordenados e equilíbrio reduzido a resolverem problemas como a desorientação, agressividade física e verbal, disfagia e afasia. No contexto fisioterápico de traumatismo craniano, estimulou a higienização, os curativos, o exercício para tossir, a escovação dos dentes, respeitando as limitações pessoais e a fadiga, pois eles terão diferentes habilidades nas fases de aderência às rotinas, adquirindo (ou não) uma participação plena. Essa reabilitação/neuroreabilitação lista alterações avaliando, com testes interprofissionais, os estímulos ambientais, a independência e a trajetória^{44,45}.

Implicações clínicas positivas, como pessoas com demência manuseando artefatos eletrônicos independentemente, deixam clara a adaptação ambiental proveniente das práticas habituais⁴⁶ ou, no caso de um domínio clínico para quem passou por ataque isquêmico transitório, o conteúdo sobre cuidados oportunos. Nesse exemplo, uma participação em *chats* do Meet atualiza os membros sobre artefatos, como um *site*, e discute casos com membros veteranos extraíndo perguntas para o engajamento ser mais palpável. Posteriormente, um *chat* forneceria avaliação rápida das práticas e sintomas em *kickoffs* (reunião com interessados definindo os elementos do caso) e/ou *hubs* (espaços para trabalhar com projetos)⁴⁷.

Por fim, apontam-se os mitos sobre implantações das CoP: nem todas são informais; auto-organização é raramente vista; não são centradas apenas na aquisição de conhecimento e resolução de problemas; não substituem redes de trabalho. Assevera-se que o domínio dará garantias de que estão obtendo algo em troca²².

Possibilidades para a reabilitação social de pessoas com estomias com o subsídio das comunidades de prática e comunidades éticas

Tomando por base a literatura, a reabilitação social estabelece trajetória guiada pela aprendizagem situada, dependendo do acolhimento da Rede de Atenção, de iniciativas em pesquisas e do suporte material. Entretanto, no Brasil, realisticamente, o vínculo na Atenção Básica parece estar fragilizado, carecendo de participação de seus profissionais em cursos de capacitação, pesquisas das linhas de cuidado que preveem ações microsociais indutoras de tais comunidades ou da situatividade, para alcance da atenção oncológica integral e de cuidados com a estomia⁴⁸.

Nesse eixo, adotamos para as comunidades, na saúde, os conceitos de: comunidades éticas, aquelas que buscam compromissos em longo prazo; e as comunidades estéticas como fugazes e espontâneas. Um dilema para CoP é o estabelecimento de interesses em

comum – causa que defendem –, sem isso os vínculos não são duradouros (estéticos), resvalando em ocupação de espaços públicos cada vez mais restritos. A contestação e a aprendizagem social direcionadas a uma causa permitem uma apropriação crítica da realidade e, quiçá, resoluções (éticas). Já a desmobilização – a tônica predominante – não permite engajamento na cultura participativa^{18,49}.

O Decreto n. 5296 de 2 de dezembro de 2004 sobre a acessibilidade das pessoas com deficiência ou com mobilidade reduzida, mesmo tratando da acessibilidade como direito à cidadania, conceitua a estomia como deficiência física. Para adentrar a comunicação com os outros significativos, o capítulo III do Artigo 8º fala da superação das dificuldades de acesso à informação². Para dar resolubilidade, cenários de prática baseados em rede 4G de telefones celulares Android estariam centrados em impressões diagnósticas remotas sobre complicações dando orientações condizentes. Isso implicaria *upload* das imagens do estoma, comunicação instantânea entre pacientes e médicos. Tais informações seriam transmitidas na rede de diagnóstico 4G, na qual o médico especialista faz *login*, baixa e descompacta arquivos como prontuário e imagens no celular. Um profissional técnico ficaria encarregado da gestão da informação dos utilizadores⁵⁰.

Tal como exposto, a necessidade de programas de intervenção é um óbice; no Anexo 1 da Portaria 400/2009, quando se trata das atividades individuais de Serviços de Atenção às Pessoas Estomizadas 1 e 2, listam-se ações de consultas de enfermagem, médica e do serviço social, e as atividades em grupo³, o que interpela a Situated Learning Theory e os grupos operativos²⁸. Durante a reabilitação, o desenvolvimento da autonomia precisa ser iniciado na fase hospitalar e, mais que isso, em um programa de autogerenciamento na persistência da patologia-base⁵. Instruções coordenadas na Atenção Especializada avaliariam o progresso, a qualidade de vida e o status psicológico, reduzindo complicações após a alta⁴¹.

Entretanto, tecemos uma distinção: a cultura participativa requer compromissos para persistir em contextos líquidos e perniciosos como os do Capitalismo. A limitação da liberdade individual em escolhas, ações e códigos, erodiu a noção de coletividade. Defendendo-se que a Atenção Primária à Saúde é o campo da participação social em plenitude e o cenário macrossocial da individualização de massa é o causador de desintegração⁴⁹, nas interações evolutivas e reificações grupais, o aprendizado no micros social em práticas cuidativas vivificaria a participação social.

Wenger^{14,28} defende a mobilização em organizações sociais. Portanto, em uma CoP da saúde, referenciar usuários para tratarem problemas clínicos, compararem técnicas e debaterem os desafios do serviço coliga-se a uma estrutura de compreensão mútua³⁵ que lida com demandas subjetivas em relação a si e em relação à rede de apoio informal e formal na reabilitação/adaptação^{42,51}. Para que haja êxito, abarca-se não somente o sistema de saúde como também familiares⁵² na compreensão do padrão periestoma normal, diálogo sobre novas preocupações e nutrindo a percepção de controle do corpo^{42,52}.

Considera-se como ponto de partida teórico para a reabilitação de pessoas com estomias em CoP, no bojo do SUS, os Serviços de Atenção à Pessoa Estomizada nível II, devido a sua completude técnica e assistencial e à natureza interdisciplinar especializada, sendo o tipo de serviço responsável pela Educação Permanente das equipes da RAS³. A Atenção às Pessoas Estomizadas I oferta autocuidado apoiado,

prevenindo complicações, fornecendo equipamentos e adjuvantes; e a Atenção às Pessoas Estomizadas II agrega a capacitação profissional a tudo que é realizado nos serviços de Atenção às Pessoas Estomizadas I. Uma CoP *on-line* congregaria os atores sociais dos serviços I e II e, quiçá, iria dispor de capacitações em seus espaços privados para profissionais dos demais níveis assistenciais, como a Atenção Básica e as unidades hospitalares que atendam a pessoas com complicações periestomais.

Tratando-se da reabilitação, a Categoria 2 é responsável por: III) inclusão das pessoas com estomia na família e na sociedade; IV) planejamento da aquisição e fornecimento quantitativo e qualitativo dos equipamentos coletores e adjuvantes; V) educação permanente nos pontos da rede para o estabelecimento da referência de contrarreferência; e por fim VI), capacitação para técnicas especializadas aos profissionais das unidades hospitalares e equipes de saúde do Serviço de Categoria 1, o que seria facilitado na CoP.

O Decreto n. 5296 de 2 de dezembro de 2004, Artigo 8º, fala da ajuda técnica com “produtos, instrumentos, equipamentos ou tecnologia para a melhoria funcional da pessoa com deficiência ou com mobilidade reduzida, favorecendo a autonomia pessoal, total ou assistida”². Vale pensar no controle social exercido, caso essas informações estivessem no espaço privado da CoP *on-line*, dando transparência aos indicadores do serviço²⁸. No aspecto educacional, seria implantada uma sistematização da reabilitação compensatória de habilidades alteradas ou perdidas, com textos curtos sondando condições limitadoras ou potencializadoras da aprendizagem, repassando atividades, conteúdo, materiais e espaços para relato do que mudou na vida⁴⁵, ansiedades ou espiritualidade, esclarecendo o recebimento de equipamentos coletores e adjuvantes gratuitamente do SUS⁵¹ – conhecimentos tácitos e profissionais que geram *Indwelling* (Habitação)³².

Em seguimento, a comunicação via *blogs*, web 2.0, *videologs*, wikis, fóruns, *podcasts* e outros canais de retroinformação³⁴ convoca as CoP a não possuírem apenas compromissos estético-tecnológicos, mas sim ligados ao potencial de luta, contestação social⁴⁹ e situatividade.

Como limitações das evidências descritas: foram internacionais, com arranjos de rede de atenção e intervenções profissionais diversas do arranjo brasileiro, no qual a porta de entrada e o matriciamento é a Atenção Primária, a não utilização do descritor estomia pelo reconhecimento prévio da inexistência de estudos, não inclusão de estudos indexados em bases latino-americanas, e outra limitação é o acesso às TICs por parte das pessoas com estomia no caso de CoP *on-line*.

Outrossim, a possibilidade ainda inexplorada de translação das evidências sobre CoP *on-line* e presenciais para o Programa de Atenção aos Estomizados destaca-se como fortaleza. Portanto, construiu-se a Figura 1 que reporta familiares-cuidadores como uma das forças motrizes junto de “campões de práticas” e fornecedores de artefatos ou conhecimentos, como os componentes sênior²⁸.



Figura 1. Subsídios para comunidades de prática destinadas às pessoas com estomias.

Fonte: Elaborada pelos autores.

Considerações finais

Inferese-se que os serviços de saúde e os profissionais se beneficiariam do desenho interprofissional longitudinal que prioriza a experiência de veteranos, a trajetória de recém-chegados e a facilitação de especialistas. A Situated Learning Theory é uma das soluções para a transferência de conhecimento na educação em Saúde para reabilitação, por engendrar uma infraestrutura social para expansão de capacidades. Esta proposta teórica, que sintetiza estudos de diversas naturezas e de diversos países no ramo da reabilitação social, preza pelo arranjo comunitário e de participação social, trazendo à baila a provocação de que o programa de Atenção à Saúde das Pessoas Estomizadas no âmbito do SUS nos serviços I e II não se caracterize apenas como de consultas fragmentadas e mera dispensação de produtos.

A reabilitação social e o possível estabelecimento do autocuidado são uma cadeia de sentidos perpassando pela ocupação de identidades, reificações e expectativas. Portanto, “o caminhar” da periferia até a participação plena diz muito sobre a identidade daquele que está em recuperação, transição, adaptação e ajustamento. As abordagens situadas presenciais e *on-line* somente reverberariam por meio da participação comunitária cidadã no SUS e sabendo das dificuldades de coesão dos Grupos de Apoio, profissionais, gestores e dos Conselhos Locais de Saúde. Assomado a isso, inferese-se que a fluidez de relações e do próprio espaço político globalizado pugna profícuas interações, mas é um contexto que precisará ser confrontado por aparatos produtores de vida e de subjetividades.



Afiliação

^(a) Pós-graduando do Programa de Enfermagem Fundamental (Doutorado), Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto (EERP), Universidade de São Paulo (USP). Avenida Bandeirantes, 3900, Vila Monte Alegre. Ribeirão Preto, SP, Brasil. 14040-900.

^(b) Departamento de Ciências da Saúde, Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Universidade Federal do Pará. Belém, PA, Brasil.

^(c,e) Departamento de Enfermagem Geral e Especializada, EERP, USP. Ribeirão Preto, SP, Brasil.

^(d) Graduando do curso de Enfermagem, EERP, USP. Ribeirão Preto, SP, Brasil.

Contribuição dos autores

Todos os autores participaram ativamente de todas as etapas de elaboração do manuscrito.

Financiamento

Financiamento do Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (Processo CNPq 443021/2019-8).

Conflito de interesse

Os autores não têm conflito de interesse a declarar.

Direitos autorais

Este artigo está licenciado sob a Licença Internacional Creative Commons 4.0, tipo BY (https://creativecommons.org/licenses/by/4.0/deed.pt_BR).



Editor

Antonio Pithon Cyrino

Editor associado

Pedro José Santos Carneiro Cruz

Submetido em

22/03/23

Aprovado em

29/09/23



Referências

1. Sousa CF, Santos CB. O cuidado de enfermagem em estomaterapia: desenvolvimento de um programa de intervenção. *Enferm Foco*. 2019; 10(5):161-6.
2. Brasil. Decreto-lei nº 5.296 de 2 de dezembro de 2004. Regulamenta as Leis nos 10.048, de 8 de novembro de 2000, que dá prioridade de atendimento às pessoas que especifica, e 10.098, de 19 de dezembro de 2000, que estabelece normas gerais e critérios básicos para a promoção da acessibilidade das pessoas portadoras de deficiência ou com mobilidade reduzida, e dá outras providências. *Diário Oficial da União*. 03 Dez 2004. Sec. 1, p. 5.
3. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Portaria nº 400, de 16 de novembro de 2009 [Internet]. Brasília: Ministério da Saúde; 2009. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/sas/2009/prt0400_16_11_2009.html.
4. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Especializada em Saúde. Departamento de Atenção Especializada e Temática. Guia de atenção à saúde da pessoa com estomia. Brasília: Ministério da Saúde; 2021.
5. Sasaki VDM, Teles AADS, Lima MS, Barbosa JCC, Lisboa BB, Sonobe HM. Reabilitação de pessoas com estomia intestinal: revisão integrativa. *Rev Enferm UFPE*. 2017; 11 Suppl 4:1745-54.
6. Krouse RS, Grant M, McCorkle R, Wendel CS, Cobb MD, Tallman NJ, et al. A chronic care ostomy self-management program for cancer survivors. *Psycho-oncology*. 2016; 25(5):574-81. doi: 10.1002/pon.4078.
7. Hueso-Montoro C, Bonill-de-Las-Nieves C, Celdrán-Mañas M, Hernández-Zambrano SM, Amezcua-Martínez M, Morales-Asencio JM. Experiences and coping with the altered body image in digestive stoma patients. *Rev Latino Am Enferm*. 2016; 24:e2840. doi: 10.1590/1518-8345.1276.2840.
8. Albuquerque AFLL, Pinheiro AKB, Linhares FMP, Guedes TG. Tecnologia para o autocuidado da saúde sexual e reprodutiva de mulheres estomizadas. *Rev Bras Enferm*. 2016; 69(6):1164-71. doi: 10.1590/0034-7167-2016-0302.
9. Braga CSR, Andrade EMLR, Luz MHBA, Monteiro AKC, Campo MO, Silva FMS, et al. Construction and validation of a virtual learning object on intestinal elimination stoma. *Investig Educ Enferm*. 2016; 34(1):120-7. doi: 10.17533/udea.iee.v34n1a14.
10. Seo HW. Effects of the frequency of ostomy management reinforcement education on self-care knowledge, self-efficacy, and ability of stoma appliance change among Korean hospitalised ostomates. *Int Wound J*. 2019; 16 suppl 1:21-8. doi: 10.1111/iwj.13047.
11. Wen SL, Li J, Wang AN, Lv MM, Li HY, Lu YF, et al. Effects of transtheoretical model-based intervention on the self-management of patients with an ostomy: a randomised controlled trial. *J Clin Nurs*. 2019; 28(9-10):1936-51. doi: 10.1111/jocn.14731.
12. Sun V, Ercolano E, McCorkle R, Grant M, Wendel CS, Tallman NJ, et al. Ostomy telehealth for cancer survivors: design of the Ostomy Self-management Training (OSMT) randomized trial. *Contemp Clin Trials*. 2018; 64:167-72. doi: 10.1016/j.cct.2017.10.008.
13. Ercolano E, Grant M, McCorkle R, Tallman NJ, Cobb MD, Wendel C, et al. Applying the chronic care model to support ostomy self-management: implications for oncology nursing practice. *Clin J Oncol Nurs*. 2016; 20(3):269-74. doi: 10.1188/16.CJON.20-03AP.
14. Lave J, Wenger E. *Situated learning: legitimate peripheral participation*. Cambridge: Cambridge University Press; 1991.
15. Seibert S. The meaning of a healthcare community of practice. *Nurs Forum*. 2015; 50(2):69-74. doi: 10.1111/nuf.12065.



16. Correa Júnior AJS, Paraizo-Horvath CMS, Russo TMS, Camargo AMS, Teles AAS, Aguiar JC, et al. Redes sociais, aplicativos e vídeos para pessoas com estomia intestinal, traqueostomia e cuidadores: das redes informais para as comunidades de prática. *Glob Acad Nurs*. 2022; 3(3):e268. doi: 10.5935/2675-5602.20200268.
17. Cohn A. O estudo das políticas de saúde: implicações e fatos. In: Campos GWS, Minayo CS, Akerman M, Drumond Júnior M, Carvalho YM, organizadores. *Tratado de Saúde Coletiva*. São Paulo: Hucitec; 2006. p. 231-58.
18. Bauman Z. *Comunidade: a busca por segurança no mundo atual*. Rio de Janeiro: Zahar; 2022.
19. Omidvar O, Kislov R. The evolution of the communities of practice approach: toward knowledgeability in a landscape of practice - an interview with Etienne Wenger-Trayner. *J Manag Inquiry*. 2013; 23(3):266-75. doi: 10.1177/1056492613505908.
20. Zamproga KM, Backes VMS, Menegaz JDC, Souza SDS. Comunidade de prática docente-assistencial: análise do compromisso mútuo, objetivo comum e repertório compartilhado. *Acta Scientiarum Educ*. 2022; 44:e53705. doi: 10.4025/actascieduc.v44i1.53705.
21. Menegaz JC, Backes VMS, Medina Moya JL. Communities of practice: influences on pedagogical reasoning and action of nursing professors. *Invest Educ Enferm*. 2018; 36(2). doi: 10.17533/udea.iee.v36n2e02.
22. Wenger-Trayner E, Wenger-Trayner B. Comunidades de práctica una breve introducción [Internet]. *Proyecto Educación y Nuevas Tecnologías - Área Educación*. 2015 [citado 20 Mar 23]. Disponível em: <http://www.pent.org.ar/institucional/publicaciones/comunidades-practica-una-breve-introduccion>
23. Wenger E. Communities of practice and social learning systems. *Organization*. 2000; 7(2):225-46. doi: 10.1177/135050840072002.
24. Wenger E. Communities of practice and social learning systems: the career of a concept. In: Blackmore C, editor. *Social learning systems and communities of practice*. London: Springer; 2010. p. 179-98. doi: 10.1007/978-1-84996-133-2_11.
25. Brum CN, Zuge SS, Rangel RF, Freitas HMB, Pieszak GM. Revisão narrativa da literatura: aspectos conceituais e metodológicos na construção do conhecimento da enfermagem. In: Lacerda MR, Costenaro RGS. *Metodologia de pesquisa para a enfermagem a saúde: da teoria à prática*. Porto Alegre: Moriá; 2015. p. 123-42.
26. Gil AC. *Métodos e técnicas de pesquisa social*. 7a ed. São Paulo: Atlas; 2019.
27. Severino AJ. *Diretrizes para a leitura, análise e interpretação do trabalho científico*. São Paulo: Cortez; 2007.
28. Wenger E, McDermott R, Snyder WM. *Cultivating communities of practice: a guide to managing knowledge*. Boston: Harvard Business Review Press; 2002.
29. Correa Júnior AJS. DATASET - Situated Learning Theory e as comunidades de prática: subsídios para a reabilitação social de pessoas com estomias. *Figshare*; 2023. doi: 10.6084/m9.figshare.23653755.v2.
30. Herrington J, Oliver R, Herrington A, Sparrow H. Towards a new tradition of online instruction: using situated learning to design web-based units [Internet]. In: *ASCILITE 2000 Conference*; 09 – 14 Dez 2000; Coffs Harbour [citado 30 Nov 2022]. Disponível em: <https://researchportal.murdoch.edu.au/esploro/outputs/conferencePaper/Towards-a-new-tradition-of-online/991005540687807891>
31. Billett S. Situated learning: bridging sociocultural and cognitive theorising. *Learning and instruction*. 1996; 6(3):263-80.



32. Pyrko I, Dörfler V, Eden C. Thinking together: what makes communities of practice work? *Hum Relat.* 2017; 70(4):389-409. doi: 10.1177/0018726716661040.
33. Durning SJ, Artino AR. Situativity theory: a perspective on how participants and the environment can interact: AMEE Guide no. 52. *Med Teach.* 2011; 33(3):188-99. doi: 10.3109/0142159X.2011.550965.
34. Toledo PF, Ferreira IO. Horizontalidad discursiva en comunidades de práctica digitales. *Círc Linguíst Apl Comun.* 2009; 39:35-55.
35. Bindels J, Cox K, Widdershoven G, van Schayck CP, Abma TA. Stimulating program implementation via a Community of Practice: a responsive evaluation of care programs for frail older people in the Netherlands. *Eval Program Plann.* 2014; 46:115-21. doi: 10.1016/j.evalprogplan.2014.06.001.
36. Murray R, Turner L. Using communities of practice theory to understand the crisis of identity in chronic fatigue syndrome/myalgic encephalomyelitis (CFS/ME). *Chronic Illn.* 2023; 19(1):56-64. doi: 10.1177/17423953211064989.
37. Overgaard C, Bøggild H, Hede B, Bagger M, Hartmann LG, Aagaard K. Improving oral health in nursing home residents: a cluster randomized trial of a shared oral care intervention. *Community Dent Oral Epidemiol.* 2022; 50(2):115-23. doi: 10.1111/cdoe.12638.
38. Helfrich CA, Fogg LF. Outcomes of a life skills intervention for homeless adults with mental illness. *J Prim Prev.* 2007; 28(3-4):313-26. doi: 10.1007/s10935-007-0103-y.
39. Lee YC, Wu WL. The effects of situated learning and health knowledge involvement on health communications. *Reprod Health.* 2014; 11:93. doi: 10.1186/1742-4755-11-93.
40. Pieter A, Fröhlich M, Emrich E, Stark R. Situated health promotion: reflections on implementing situated learning approaches in health promotion. *J Prim Care Community Health.* 2010; 1(2):93-9. doi: 10.1177/2150131910365161.
41. Huang Q, Zhuang Y, Ye X, Li M, Liu Z, Li J, et al. The effect of online training-based continuous nursing care for rectal cancer-patients undergoing permanent colostomy. *Am J Transl Res.* 2021; 13(4):3084-92.
42. Lopes APAT, Decesaro MN. The adjustments experienced by persons with an ostomy: an integrative review of the literature. *Ostomy Wound Manage.* 2014; 60(10):34-42.
43. Rosenberg L, Nygård L. Learning and knowing technology as lived experience in people with Alzheimer's disease: a phenomenological study. *Aging Ment Health.* 2017; 21(12):1272-9. doi: 10.1080/13607863.2016.1222347.
44. Aadal L, Kirkevold M. Integrating situated learning theory and neuropsychological research to facilitate patient participation and learning in traumatic brain injury rehabilitation patients. *Brain Inj.* 2011; 25(7-8):717-28. doi: 10.3109/02699052.2011.580314.
45. Aadal L, Kirkevold M. A model for neurorehabilitation after severe traumatic brain injury: facilitating patient participation and learning. *Adv Nurs Sci.* 2011; 34(1):E1-E17. doi: 10.1097/ANS.0b013e318209b01a.
46. Jentoft R, Holthe T, Arntzen C. The use of assistive technology in the everyday lives of young people living with dementia and their caregivers. Can a simple remote control make a difference? *Int Psychogeriatr.* 2014; 26(12):2011-21. doi: 10.1017/S1041610214001069.



47. Penney LS, Homoya BJ, Damush TM, Rattray NA, Miech EJ, Myers LJ, et al. Seeding structures for a community of practice focused on transient ischemic attack (tia): implementing across disciplines and waves. *J Gen Intern Med.* 2021; 36(2):313-21. doi: 10.1007/s11606-020-06135-z.
48. Nascentes CC, Moreira MC, Oliveira NVD, Palasson RR, Ghelman LG, Souza MHN. Rede social no cuidado à pessoa estomizada por câncer colorretal. *Rev Enferm UFPE.* 2019; 13:e239569. doi: 10.5205/1981-8963.2019.239569.
49. Miwa M, Ventura C. O (des)engajamento social na modernidade líquida: sobre participação social em saúde. *Saude Debate.* 2020; 44(127):1246-54. doi: 10.1590/0103-1104202012722.
50. Xu X, Cao Y, Luan X. Application of 4G wireless network-based system for remote diagnosis and nursing of stomal complications. *Int J Clin Exp Med.* 2014; 7(11):4554-61.
51. Mota MS, Gomes GC, Petuco VM, Heck RM, Barros EJJ, Gomes VLO. Facilitators of the transition process for the self-care of the person with stoma: subsidies for nursing. *Rev Esc Enferm USP.* 2015; 49(1):82-8. doi: 10.1590/S0080-623420150000100011.
52. Nam KH, Kim HY, Kim JH, Kang KN, Na SY, Han BH. Effects of social support and self-efficacy on the psychosocial adjustment of Korean ostomy patients. *Int Wound J.* 2019; 16 suppl 1:13-20. doi: 10.1111/iwj.13038.



The objective was to discuss situated learning trajectories for social rehabilitation in face-to-face and online Communities of Practice (CoP) for people with a stoma. A comprehensive narrative review was carried out with an open timeline, with a sample of 18 international articles. The interpretation culminated in the conceptual pillars of the healthcare CoP, starting from identities and trajectories towards central participation, legitimate peripherality and reification; educational transfer in face-to-face and online settings with artifacts; examples and dilemmas of implementing collaborative designs or arrangements for different types of illness and the urgency of an interprofessional evaluation of the trajectory; finally, knowing about the existence of ethical communities, subsidies were proposed for communities of practice targeted at people with a stoma in the Brazilian National Health System, aiming at social-care participation and rehabilitation.

Keywords: Ostomy. Enterostomal therapy. Healthcare learning system.
Social learning. Rehabilitation.

El objetivo fue discutir sobre trayectorias de aprendizaje situado para la rehabilitación social en Comunidades de Práctica (CoP) presenciales y online para personas con estomía. Se desempeñó una revisión narrativa comprensiva con línea de tiempo abierta para el muestreo de 18 artículos internacionales. La interpretación culminó en los pilares conceptuales de la CoP en salud, partiendo de las identidades y trayectorias rumbo a la participación central, perifericidad legítima y reificación. Transferencia educativa en escenarios presenciales y online con artefactos, ejemplos y dilemas de implantación de diseñadores o arreglos colaborativos para diversos tipos de enfermedad y la urgencia de la evaluación interprofesional de la trayectoria y, finalmente, conociendo la existencia de las comunidades éticas, se propusieron subsidios para comunidades de práctica destinadas a las personas con estomías en el Sistema Brasileño de Salud, con la intención de la participación social-cuidadora y la rehabilitación.

Palavras-chave: Estomia. Estomaterapia. Sistema de aprendizaje en salud.
Aprendizaje Social. Rehabilitación.