

ESCOLA SUPERIOR DE ENFERMAGEM DO PORTO
Curso de Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica

DESENVOLVIMENTO DA COMPETÊNCIA DE AUTOUIDADO
DA PESSOA COM OSTOMIA DE ELIMINAÇÃO INTESTINAL:
VALIDAÇÃO DO FORMULÁRIO

Dissertação de Mestrado

Igor Emanuel Soares Pinto

Porto, 2014

ESCOLA SUPERIOR DE ENFERMAGEM DO PORTO
Curso de Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica

DESENVOLVIMENTO DA COMPETÊNCIA DE AUTOUIDADO
DA PESSOA COM OSTOMIA DE ELIMINAÇÃO INTESTINAL:
VALIDAÇÃO DO FORMULÁRIO

Dissertação de Mestrado

Dissertação académica orientada pela Professora Doutora Célia Samarina
Vilaça de Brito Santos e co-orientada pela Professora Doutora Maria Alice
Correia de Brito

Igor Emanuel Soares Pinto

Porto, 2014

AGRADECIMENTOS

Agradeço a todas as pessoas que contribuíram para a concretização deste projeto, para o meu sucesso e para o meu crescimento como pessoa e como enfermeiro, nomeadamente:

À Professora Doutora Célia Santos pela sua disponibilidade, apoio e confiança em mim depositada ao longo de todo o meu percurso;

À Professora Doutora Maria Alice Brito pelo estímulo, pelo tempo despendido e pelas sugestões sempre pertinentes;

À minha família por acreditar em mim, pelo apoio, carinho e dedicação constantes;

Aos meus amigos por toda a cooperação e incentivo, em especial à Sílvia, ao Sérgio, ao Ismael e à Ana, pela ajuda, paciência e dedicação;

À Teresa Cardoso e à Carla Silva, pela coadjuvação e apoio;

Aos enfermeiros que no dia-a-dia colaboraram comigo, especialmente à Enf^a Maria Manuel, à Enf^a Susana e à Enf^a Emília, sem os quais a concretização deste trabalho não teria sido possível;

E a todas as pessoas com ostomia que aceitaram participar no estudo, possibilitando a sua realização e contribuindo para uma evolução na prestação de cuidados às imensas pessoas que anualmente vivem esta transição;

O meu sincero obrigado!

ABREVIATURAS E SIGLAS

ACES - Agrupamento dos Centros de Saúde

CIPE® - Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem

Cit. – citado (*opus citatum*)

DP – desvio padrão

ESEP – Escola Superior de Enfermagem do Porto

et al. - e outros (*et alii*)

N/n - frequência

GI – graus de liberdade

ICN - International Council of Nurses (Conselho Internacional de Enfermeiros)

Máx. – máximo

Med – mediana

Mín. – mínimo

MMSE - Mini-Mental State Examination

Mo – moda

NMC - Nursing and Midwifery Council

p – valor de significância

RNAO - Registered Nurses' Association of Ontario

SPSS - Statistical Package for Social Sciences

% - Percentagem

\bar{x} - média

ÍNDICE

INTRODUÇÃO	15
CAPÍTULO I – ENQUADRAMENTO TEÓRICO.....	17
1.1. Viver com uma Ostomia: Um Processo de Transição	17
1.2. Reaprender o Autocuidado.....	24
1.3. Novos Paradigmas e suas Implicações: Uma Necessidade de Mudança	31
1.4. Registo e Transmissão da Informação: Uma Obrigação	35
CAPITULO II – ENQUADRAMENTO METODOLÓGICO	39
2.1. Pertinência, Finalidade e Objetivos do Estudo	39
2.2. Tipo de Estudo	40
2.2.1. Variáveis em Estudo.....	41
2.3. População e Amostra	42
2.3.1. Critérios de Inclusão.....	43
2.3.2. Caracterização da Amostra	44
2.4. Procedimento de Recolha e Tratamento de Dados.....	48
2.4.1. Instrumento	49
2.4.2. Processo de Colheita de Dados.....	51
2.4.3. Aspetos Éticos	52
2.4.4. Análise e Tratamento de Dados.....	52
CAPÍTULO III – APRESENTAÇÃO E ANÁLISE DOS RESULTADOS.....	61
3.1. Validação do Formulário	61
3.1.1. Estudo da Fidelidade do Instrumento.....	61
3.1.2. Estudo da Validade do Instrumento	65
3.1.3. Estudo das Propriedades Clinimétricas do Instrumento	66
3.2. A Competência de Autocuidado da Pessoa com Ostomia de Eliminação Intestinal	68
CAPÍTULO IV – DISCUSSÃO DOS RESULTADOS.....	75
4.1. Estudo das Características Psicométricas e Clinimétricas do Instrumento	75
4.2. A Competência de Autocuidado da Pessoa com Ostomia de Eliminação Intestinal	83
CONCLUSÃO	87
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	91

ANEXOS	99
Anexo 1 - Formulário: Desenvolvimento Da Competência De Autocuidado Da Pessoa Com Ostomia De Eliminação Intestinal	101
Anexo 2 - Escala de Mini-Mental State Examination	109
Anexo 3 - Manual De Preenchimento Do Formulário	113
Anexo 4 - Autorização Das Instituições	133
Anexo 5 - Consentimento Informado.....	145
Anexo 6 - Autorização Das Autoras Do Formulário.....	151

ÍNDICE DE GRÁFICOS

GRÁFICO 1 - ANOS DE ESCOLARIDADE DOS PARTICIPANTES	44
--	----

ÍNDICE DE TABELAS

TABELA 1 - SITUAÇÃO PROFISSIONAL ATUAL DOS PARTICIPANTES	45
TABELA 2 - DISTRIBUIÇÃO DA AMOSTRA DE ACORDO COM O CONHECIMENTO DOS PARTICIPANTES SOBRE O DIAGNÓSTICO ASSOCIADO À CONFEÇÃO DA OSTOMIA	45
TABELA 3 - DISTRIBUIÇÃO DA AMOSTRA, SEGUNDO O TIPO DE OSTOMIA	46
TABELA 4 - DISTRIBUIÇÃO DOS PARTICIPANTES NO ESTUDO PELO TEMPO DECORRIDO DESDE A CIRURGIA, EM DIAS E MESES	46
TABELA 5 - DISTRIBUIÇÃO DOS PARTICIPANTES, CONFORME O GRAU DE PARENTESCO/AFINIDADE COM O CUIDADOR INFORMAL	47
TABELA 6 - TESTE DE NORMALIDADE DAS SUBESCALAS DO FORMULÁRIO, DA IDADE E DOS ANOS DE ESCOLARIDADE	53
TABELA 7 - ALPHA DE CRONBACH DOS DOMÍNIOS E ESCALA GLOBAL DO FORMULÁRIO, DE ACORDO COM OS DIFERENTES ESTUDOS.....	62
TABELA 8 - AVALIAÇÃO DA CORRELAÇÃO DA AVALIAÇÃO INTERJUÍZES UTILIZANDO O TESTE PARAMÉTRICO DE CORRELAÇÃO DE PEARSON.....	64
TABELA 9 - CORRELAÇÃO SIGNIFICATIVA ENTRE OS DOMÍNIOS DO FORMULÁRIO, RECORRENDO AO TESTE DE CORRELAÇÃO DE PEARSON.....	65
TABELA 10 - RELAÇÃO ENTRE A PRESENÇA DE PRESTADOR DE CUIDADOS INFORMAL E A COMPETÊNCIA DE AUTOCUIDADO À OSTOMIA DE ELIMINAÇÃO INTESTINAL, UTILIZANDO O TESTE <i>T STUDENT</i> PARA AMOSTRAS INDEPENDENTES.....	67
TABELA 11 - MEDIDAS DE TENDÊNCIA CENTRAL E DE DISPERSÃO, DE ACORDO COM OS DOMÍNIOS DA COMPETÊNCIA DE AUTOCUIDADO E ESCALA GLOBAL.....	68
TABELA 12 - MEDIDAS DE TENDÊNCIA CENTRAL E DE DISPERSÃO, DE ACORDO COM OS ITENS DO DOMÍNIO DO CONHECIMENTO	69
TABELA 13 - MEDIDAS DE TENDÊNCIA CENTRAL E DE DISPERSÃO, DE ACORDO COM OS ITENS DO DOMÍNIO DA AUTO- VIGILÂNCIA	70
TABELA 14 - MEDIDAS DE TENDÊNCIA CENTRAL E DE DISPERSÃO, DE ACORDO COM OS ITENS DO DOMÍNIO DA INTERPRETAÇÃO.....	71
TABELA 15 - MEDIDAS DE TENDÊNCIA CENTRAL E DE DISPERSÃO, DE ACORDO COM OS ITENS DO DOMÍNIO DA TOMADA DE DECISÃO.....	71
TABELA 16 - MEDIDAS DE TENDÊNCIA CENTRAL E DE DISPERSÃO, DE ACORDO COM OS ITENS DO DOMÍNIO DA EXECUÇÃO	72
TABELA 17 - MEDIDAS DE TENDÊNCIA CENTRAL E DE DISPERSÃO, DE ACORDO COM OS ITENS DO DOMÍNIO DA NEGOCIAÇÃO E UTILIZAÇÃO DOS RECURSOS DE SAÚDE	73

RESUMO

Desenvolvimento da Competência de Autocuidado da Pessoa com Ostomia de Eliminação Intestinal: Validação do Formulário

No processo de ensino/aprendizagem para capacitar a pessoa para o autocuidado, o enfermeiro assume um papel significativo no atendimento a pessoas portadoras de ostomia, em especial na identificação das suas necessidades.

Este estudo de investigação surgiu com os objetivos de validar o formulário “Desenvolvimento da competência de autocuidado da pessoa com ostomia de eliminação intestinal”, assim como descrever essa mesma competência numa amostra de 225 pessoas do norte do país, portadoras de ostomia ou a aguardar a sua confecção.

Trata-se de um estudo quantitativo e metodológico para validação de um instrumento de medida, escrito na língua original e ainda um estudo observacional, descritivo e transversal, onde a variável principal é a competência de autocuidado.

No estudo das propriedades psicométricas realizámos o estudo da fidelidade recorrendo à consistência interna, à fidelidade interjuízes e ao teste das duas metades. A análise da validade de constructo foi efetuada utilizando o teste da correlação entre os vários domínios da escala, a análise dos componentes principais e a validade convergente-discriminante dos itens.

Para terminar o estudo das propriedades métricas, avaliamos a sensibilidade clínica do instrumento considerando algumas variáveis secundárias, nomeadamente o tipo de ostomia quanto à duração, a existência de prestador de cuidados e os anos de escolaridade. Após a realização dos testes, concluímos que o formulário é um instrumento válido e fiável, no qual podemos assumir como rigorosos os dados recolhidos com a sua aplicação.

Considerando o segundo objetivo, comprovamos que este estudo contribuiu para um maior conhecimento da competência de autocuidado da pessoa à ostomia e verificamos que a amostra demonstrou uma competência parcial para esse autocuidado. No entanto, nos domínios da Interpretação e da Tomada de Decisão, a demonstração é inferior, sendo os domínios que apresentam scores médios mais baixos.

O presente instrumento mostrou assim ser uma ferramenta vantajosa para um processo de diagnóstico de enfermagem mais rigoroso, completo e personalizado.

Palavras-chave: ostomia de eliminação intestinal, competências de autocuidado, instrumento de avaliação, enfermagem.

ABSTRACT

Development of Self-Care Competence of the Person with a Bowel Elimination Ostomy: Form Validation

To empower people self-care In a teaching/learning process, nurse plays a significant role in caring for people with ostomy, in particular identifying their needs.

The goals off this research study are validate the form " Development of Self-Care Competence of the Person with a Bowel Elimination Ostomy ", and to describe that competence in a sample of 225 people with ostomy or awaiting ostomy construction, living in the north of the country.

This is a quantitative and methodological study to validate a measurement tool, written in the original language and an observational, descriptive and transversal study where the main variable is self-care competence.

For studying psychometric properties we conducted a fidelity study using the internal consistency, inter judge agreement and split-half reliability. Construct validity analyses was performed using the correlation test between different domains of the scale, the principal component analysis and items convergent-discriminant validity

To complete the study of the metric properties, we evaluated instrument clinical sensitivity considering some secondary variables, including: type of ostomy concerning to duration, existence of a caregiver and educational level.

After the end of all tests, we conclude that the form is a valid and reliable tool in which we can take as rigorous the data collected from their application.

Considering the second objective, we prove that this study contributed to a better understanding of the person ostomy self-care competence and demonstrated that the sample has a partial responsibility for self-care. However, in the fields of Interpretation and Decision Making, self-care competence is lower and correspond to the domains with lower average scores.

This instrument revealed to be an advantageous tool to a more rigorous, complete and tailored nursing diagnostic process.

Keywords: intestinal elimination ostomy, self-care competence, assessment tool, nursing.

INTRODUÇÃO

A nível mundial, cerca de um milhão de pessoas são submetidas anualmente a cirurgia com confecção de ostomia (Simmons et al., 2007). A realidade descrita tem repercussões para a pessoa, por exigir-lhe uma reaprendizagem do autocuidado, mais especificamente a aquisição de competências em relação à eliminação intestinal (Ewing, 1989 Cit. por Gesaro, 2012).

Viver com uma ostomia requer que o utente aprenda muitas competências de autogestão para lidar com a sua condição (RNAO, 2009), de forma a adquirir capacidade de se controlar a si mesmo, assim como o que afeta a sua vida (Gesaro, 2012).

É necessário que os enfermeiros estabeleçam um plano educacional, dêem apoio clínico, forneçam informações e ajudem a pessoa a desenvolver habilidades no cuidado à ostomia, para que esta possa tomar decisões informadas, atingir os seus objetivos e ultrapassar dificuldades que possam surgir (RNAO, 2009).

A promoção das competências para a gestão dos cuidados ao estoma pode melhorar significativamente a adaptação psicológica do utente no pós-operatório (O'Connor, 2005).

A educação à pessoa com ostomia de eliminação intestinal deve ser sistemática e centrada no cliente, com o objetivo de desenvolver competências de autocuidado que conduzam à autonomia na gestão dos cuidados à ostomia e, dessa forma à recuperação da independência, da confiança e da autoestima (Black, 2009).

No processo de ensino/aprendizagem o enfermeiro assume um papel significativo no atendimento a pessoas portadoras de ostomia, em especial na identificação das suas necessidades e na instrução de habilidades de gestão à ostomia (Cardoso, 2011).

É fundamental que o enfermeiro tenha um processo de intervenção ajustado a cada pessoa com ostomia, ajudando-a a desenvolver a competência de autocuidado, conhecendo as suas reais necessidades educativas.

O processo de ensino/aprendizagem deve ser desenvolvido de forma metódica e personalizada, sendo a avaliação inicial e a identificação das necessidades particulares da pessoa a base para uma abordagem e intervenção adequada, completa e efetiva.

A recolha de dados utilizando instrumentos de avaliação, permite identificar com rigor as necessidades da pessoa com ostomia na área do autocuidado e conceber planos individuais de cuidados de enfermagem.

Neste sentido, este estudo de investigação surge com o propósito de validar um instrumento de avaliação da competência da pessoa com ostomia de eliminação intestinal, desenvolvido por Cardoso (2011), Silva (2012) e Gomes (2012) e por nós reformulado (Anexo 1), de forma a contribuir para o processo de recolha de dados e identificação das necessidades de cuidados de enfermagem da pessoa portadora de ostomia de eliminação intestinal.

O presente trabalho surge no âmbito da unidade curricular de Dissertação, do 2º ano do curso de Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica da Escola Superior de Enfermagem do Porto.

Os objetivos deste trabalho consistem em proceder à validação do formulário do “Desenvolvimento da competência de autocuidado da pessoa com ostomia de eliminação intestinal”, assim como descrever a competência de autocuidado da pessoa com ostomia de eliminação intestinal.

Este documento encontra-se dividido em quatro capítulos: iniciamos pela contextualização teórica do tema em estudo, fazendo referência aos principais conceitos abordados; no segundo capítulo expomos a metodologia de investigação utilizada; no terceiro capítulo são apresentados os resultados obtidos e no quarto capítulo é feita uma discussão dos resultados da investigação. Terminamos este trabalho com algumas apreciações e conclusões finais do estudo desenvolvido.

CAPÍTULO I – ENQUADRAMENTO TEÓRICO

Este capítulo teve por base a revisão da literatura relevante sobre a temática em estudo, que foi considerada para a construção do instrumento “Desenvolvimento da competência de autocuidado da pessoa com ostomia de eliminação intestinal”.

Dado o cerne do estudo de investigação consistir na validação do instrumento supracitado, será abordada a pertinência dos instrumentos de avaliação para a identificação dos diagnósticos de enfermagem e para a prescrição de intervenções de enfermagem.

1.1. Viver com uma Ostomia: Um Processo de Transição

No início do século XXI verifica-se um aumento da incidência de cancro paralelamente ao aumento do envelhecimento da população (Payne et al., 2004 Cit. por Lo et al., 2011), sendo o cancro do cólon, dos diagnósticos mais prováveis para a confeção de uma ostomia de eliminação intestinal (Department of Health, 2008 Cit. por Lo et al., 2011).

Segundo o relatório da Globocan de 2012 (Ferlay et al., 2013) o cancro colorretal é a terceira causa de morte por cancro em todo o mundo, com cerca de 1,4 milhões de novos casos e, em Portugal, foram verificados 7129 casos a nível de incidência do cancro colorretal, com 3797 casos de mortalidade.

No que refere ao número de indivíduos portadores de uma ou mais ostomias de eliminação em Portugal, estima-se que rondem as 20 000 pessoas, incluindo portadores de colostomia, ileostomia e urostomia, tendo-se aferido uma diminuição da faixa etária e predominância do sexo masculino (Munhão, 2011 Cit. por Pinto, 2012).

Segundo o guia de boas práticas da gestão e cuidados à ostomia da Associação de Enfermeiros de Ontário-Canadá (RNAO, 2009), no país, cerca de 13 mil cirurgias com

confeção de ostomia foram realizadas no período compreendido entre 1999 e 2000, sendo a colostomia a mais prevalente (55%), seguida da ileostomia (31%) e por fim a urostomia (14%).

A causa mais comum para a confeção de uma ostomia de eliminação intestinal, tal como foi referido, é a patologia do cancro colorretal (36%), contudo existem outras possíveis, nomeadamente a doença inflamatória do intestino (15%), o cancro da bexiga (12%), a doença diverticular (11%) e ainda a enterocolite necrosante, a doença de hirischprung e outras alterações, como as perfurações, a obstrução, os traumatismos, a doença de crohn, a colite; a torção intestinal (Burch, 2005 Cit. por Gesaro, 2012); a enterite rádica; a isquemia do intestino; as malformações congénitas, a polipose adenomatosa familiar e a incontinencia fecal ou obstrução (Black, 2010).

A palavra ostomia deriva do grego “stoma” e significa “boca” ou abertura podendo referir-se que uma ostomia de eliminação intestinal é a exteriorização de uma parte do intestino através da parede abdominal, construída a partir do revestimento mucoso do intestino, com o objetivo de criar uma saída artificial para o conteúdo fecal (Cotrim, 1998 Cit. por Cotrim, 2007; Gesaro, 2012).

Apesar dos esforços desenvolvidos ao longo dos tempos pelos cirurgiões, de forma a colmatarem a maioria das alterações patológicas intestinais e a evitarem a criação de uma ostomia, existem situações em que esta constitui a única solução possível. Nestas circunstâncias é indispensável executá-la de modo a permitir um bom funcionamento, que cause o mínimo de inconvenientes ao doente e que favoreça uma rápida reinserção na sua vida sócio-laboral (Sorigué, 1999 Cit. por Cotrim, 2007).

Os três tipos de ostomia de eliminação são as colostomias, ileostomias e urostomias, que podem ser temporárias ou permanentes, dependendo da etiologia da doença (Gesaro, 2012). São temporárias quando a confeção permite a reconstrução do trânsito intestinal e são realizadas em situações que se pretende proteger o local cirúrgico para promover a cicatrização, ou acima de uma obstrução intestinal para saída dos efluentes. Nas ostomias definitivas não é possível reconstruir o trânsito intestinal (Black, 2010).

A confeção de uma ostomia é um evento modificador da vida que pode ser extremamente angustiante, tanto física como psicologicamente (Gesaro, 2012; Slater, 2010), tendo impacto na qualidade de vida da pessoa. A forma como este evento é vivenciado é influenciada por diversos fatores, dentre eles, as razões que motivam a confeção da ostomia, as complicações da ostomia, as co-morbilidades associadas, a função

sexual, a idade e questão económica relacionada com a aquisição dos dispositivos necessários (Pittman et al., 2009; Brown e Randle, 2005 Cit. por Voergaard et al., 2007).

A ostomia é considerada uma cirurgia mutilante que provoca, também, profundas alterações corporais, a nível da autoimagem e da autoestima (Cesaretti & Leite, 2001 Cit. por Cotrim, 2007), como perda da confiança, independência e, por vezes, da dignidade (Black, 2009), causando mudanças nas relações do convívio social, no modo de vestir, de alimentar, na sexualidade e no trabalho (Santana et al., 2010; O'Connor, 2005).

Neste contexto, a pessoa portadora de ostomia de eliminação intestinal fica sujeita a alterações profundas em si própria e no seu estilo de vida, exigindo assim uma adaptação à sua nova condição encarando novos desafios e vivenciando um ou vários processos de transição, sendo diversos os fatores que condicionam o processo de adaptação e facilitam ou dificultam a transição.

Num estudo desenvolvido por Santana e colaboradores (2010) concluíram que a pessoa com ostomia enfrenta desafios desde a fase inicial em que sabe que vai ficar ostomizado até à alta hospitalar e adaptação a um novo estilo de vida.

No que refere às mudanças no quotidiano, as pessoas vivenciam sentimentos de desorganização emocional, alterações do rumo da vida, sendo o tempo um fator deveras importante para a adaptação a esta nova situação (Santana et al., 2010). As transformações no corpo remetem para a mudança brusca na estrutura corporal, referindo sentirem-se despreparados para enfrentar a situação, vivenciando estados de baixa autoestima, angústia e impotência, sendo a sua própria aceitação e apoio dos amigos os meios que contribuem para ultrapassar estes obstáculos (Santana et al., 2010).

Um outro estudo desenvolvido por Bertero e Honkala (2009), que pretendia compreender o que significa viver com uma ostomia para uma mulher e o efeito na sua vida quotidiana, concluiu que há duas dimensões do sofrimento interpretadas pela mulher antes da cirurgia de confeção de um estoma. A primeira é vivenciada quando a mulher teve um sofrimento prolongado relacionado com diarreia, incontinência fecal ou outro problema fecal por vários anos, encarando a cirurgia como libertadora. A segunda dimensão relaciona-se com sofrimento de curta duração, mas extremamente forte, conectado com a morte. Por norma está associado a diagnósticos como o cancro, em que a pessoa experiencia medo e ansiedade até ao dia da cirurgia. Estas mulheres encaram a cirurgia como de resgate para a vida. Estas duas dimensões de sofrimento são a base e o ponto de partida para a experiência de viver com uma ostomia (Honkala et al., 2009).

O tempo surge como primordial para o processo de aceitação das mudanças impressas pela presença do estoma e o reaprender do autocuidado. A pessoa precisa de um tempo interno para vivenciar o seu processo de luto, isto é, rever os seus conceitos, ponderar as suas perdas e encontrar força e motivação para aceitar e trabalhar as possibilidades que agora advêm (Santana et al., 2010).

A família intervém como uma importante rede de apoio, tendo as reações familiares um papel preponderante no processo de reabilitação da pessoa. O seu contributo passa por assumir um papel de mediador ao apoiar a pessoa para enfrentar a situação vivenciada após a alta hospitalar.

Tal como a família, o apoio dos amigos e do grupo de profissionais contribui para a promoção do autocuidado, condicionando o processo de aceitação da nova condição e adaptação ao novo estilo de vida (Santana et al., 2010).

Não obstante, uma das estratégias identificadas pela pessoa com ostomia no processo de aceitação da sua nova condição é a religião. A fé ou a procura pela ajuda divina motivam a pessoa a procurar recursos para enfrentar as adversidades diárias. A religião associada ao apoio familiar contribui para encarar os obstáculos e melhorar a sua situação (Santana et al., 2010).

Gouveia Santos e seus colaboradores (2006 Cit. por Slater, 2010) demonstraram que uma estratégia frequentemente utilizada pelo utente com um estoma temporário é a fuga e o evitamento, enquanto que a pessoa com ostomia permanente geralmente aplica uma estratégia de coping centrada no planeamento e resolução do problema, com maior proactividade e comportamento maduro, permitindo uma maior autonomia e responsabilidade a lidar com o seu estoma.

Estudos efetuados neste âmbito referem a importância do autocuidado para potenciar e promover a adaptação ao estoma (O'Connor, 2005; Piwonka e Merino, 1999 cit. por Gesaro, 2012; Slater, 2010), que segundo Gesaro (2012) está relacionado com a diminuição da perda de controlo associada à confeção do estoma.

Segundo Black (2009; 2010) a pessoa com ostomia precisa de apoio psicológico e de aprender habilidades práticas de forma a readquirir a independência. Assim que a pessoa consegue controlar os efluentes do estoma e adquirir autonomia no autocuidado ela vai alcançar um nível mais elevado de confiança e autoestima.

Após a cirurgia, surgem para a pessoa com ostomia novos desafios para retomar a sua "vida", nomeadamente as preocupações relacionadas com os aspetos mais práticos do seu quotidiano, como o autocuidado e o manter das atividades sociais, interpessoais e de lazer

anteriores à cirurgia. Também questões relacionadas com a aquisição de dispositivos e o saber lidar com as dificuldades que possam aparecer ao longo do período de adaptação fazem parte da vida da pessoa com ostomia. Somam-se ainda como desafios: o cuidado com o estoma, a preocupação com a opinião dos outros, com a sua sexualidade e em relação à alimentação (Sonobe et al., 2002 e Trentini et al., 2002 Cit. por Barnabe et al., 2008).

Segundo Kelly (1992, Cit. por O'Connor, 2005) muito do stresse emocional vivenciado pelos utentes no período pós-operatório, está relacionado com o leque de conhecimentos sobre aspetos práticos dos cuidados à ostomia. Neste sentido, sugere, que a pessoa com ostomia no pós-operatório recente necessita mais de informação prática do que de aconselhamento psicológico.

Efetivamente, tal como foi referido anteriormente, a pessoa com ostomia tem de lidar com mudanças significativas no funcionamento intestinal, nos hábitos dietéticos e na imagem corporal, que podem ser um grande desafio. Simmons e colaboradores (2007) referem que o autocuidado ao estoma, a aceitação do estoma, a relação interpessoal e a localização do estoma estão fortemente associados com a adaptação ao mesmo. Uma gestão eficaz dos cuidados ao estoma potencia, assim, esse processo de adaptação. Contudo, por si só, não é suficiente, pelo que os autores acrescentam que deve ser igualmente considerado no planeamento dos cuidados a componente psicológica e o processo patológico associado, pois também são fatores que interferem no processo de adaptação e ajudam no regresso a uma vida ativa.

Para os mesmos autores, nos cuidados à ostomia devem ainda ser incluídas estratégias que encorajem a pessoa a aceitar a sua nova condição e a envolver-se em atividades sociais. Notoriamente, pessoas que aceitam a sua ostomia manifestam melhor adaptação, expressando menos receios de constrangimentos em público, menores níveis de limitações funcionais e sentimentos de maior controlo sobre a sua ostomia. Isto é, apresentam menos medo da rejeição social e maior predisposição e proatividade na procura de apoio (Simmons et al., 2007).

Segundo Metcalf (1999), muitos dos utentes ostomizados sentem-se sobrecarregados e aterrorizados com o que se passa com eles após a construção do estoma. Outros sentem uma completa perda de controlo físico e emocional. Para muitos, o processo de adaptação inicia tão precocemente quanto principiam o processo de desenvolvimento de mestria prática nos cuidados à ostomia.

O processo de adaptação à presença de uma ostomia, as estratégias de *coping* para lidar com a alteração vivenciada, a gestão diária da nova vivência e o retomar ao estilo de vida normal requerem tempo. Apesar de readquirir independência física e competência no autocuidado serem prioritários, as necessidades psicológicas da pessoa não devem ser subestimadas (Allison, 1996 Cit. por Metcalf, 1999).

É essencial recordar que a promoção do autocuidado à ostomia precoce pode promover a adaptação à nova condição, contudo mantém-se o risco de dificuldades emocionais após a cirurgia (O'Connor, 2005).

Um evento crítico na vida da pessoa, como a confecção de um estoma, pela alteração da sua fisiologia gastrointestinal, da autoestima, da imagem corporal, para além de outras complicações inerentes à colostomia/ileostomia, constitui um desafio para a equipa de enfermagem (Santana et al., 2010), sendo o papel da equipa multiprofissional de extrema relevância.

Um cuidado que assente num sistema de apoio e educação permitirá a promoção da saúde e a perceção da importância da pessoa face ao autocuidado (Santana et al., 2010), o que a auxiliará no seu processo de transição para a vida com a ostomia. Assim, é essencial que o enfermeiro detenha conhecimento e habilidades para providenciar ao utente a informação mais apropriada para potenciar a recuperação e ajudar no processo de adaptação à ostomia, quer o estoma seja temporário ou definitivo (Pontieri-Lewis, 2006 Cit. por Gesaro, 2012).

Neste sentido surge, no âmbito deste trabalho, o conceito de transição associado à pessoa submetida a cirurgia de confecção de uma ostomia de eliminação intestinal, tornando-se pertinente a compreensão da transição vivenciada segundo a Teoria das Transições desenvolvida por Meleis.

Meleis e seus colaboradores (2000) realizaram diversos trabalhos de investigação, os quais culminaram no desenvolvimento de uma teoria explicativa de médio-alcance sobre os processos de transição. A teoria das transições visa caracterizar as transições quanto ao tipo e padrão, às propriedades da experiência da transição, aos condicionalismos, aos indicadores de processo, aos indicadores de resultado e às terapêuticas de enfermagem (Meleis et al., 2000).

A transição, segundo Meleis e Trangenstein (1994), define-se como sendo a mudança ou movimento de um estado, condição, ou de um lugar para o outro. Refere-se a ambos os processos e resultados de uma complexa interação entre a pessoa e o ambiente. Pode envolver a pessoa e o seu envolvimento no contexto e na situação. Assim sendo, as

transições são simultaneamente o resultado de um processo antecedente à transição, bem como de mudanças na vida, saúde, relações e ambiente do indivíduo (Meleis et al., 2000). Estas transições são responsáveis por alterações na vida dos indivíduos com implicações na sua saúde (Schumacher e Meleis, 1994).

Neste contexto, o enfermeiro surge como o elemento chave no processo de facilitação do processo de transição, pelo que a compreensão do processo que a pessoa está a vivenciar é crucial para o planeamento dos cuidados de enfermagem.

No âmbito das transições torna-se essencial dotar as pessoas de conhecimentos, de forma a alterar os seus comportamentos, no sentido de que a mudança, quer ao nível do estado de saúde, quer ao nível das expectativas ou relações, ocorra da melhor forma (Petronilho, 2007). No entanto a consciencialização, que se refere à perceção, ao conhecimento e ao reconhecimento da experiência de transição pela pessoa (Meleis et al., 2000) é fulcral, pois é uma característica definidora da transição (ibidem) e a sua ausência pode significar que o indivíduo não iniciou a transição.

O desenvolvimento de competências de autocuidado à ostomia pressupõe a aprendizagem dessas mesmas competências, contudo este processo só pode ser desenvolvido quando o utente já iniciou o processo de transição, isto é, se encontra consciencializado da sua nova condição. Neste sentido é imprescindível que o enfermeiro esteja desperto para as propriedades da transição com o intuito de direccionar as terapêuticas de enfermagem para ajudar o doente no processo de consciencialização, caso esta ainda não se tenha verificado, e posteriormente identificar as reais necessidades da pessoa e intervir adequadamente.

Os cuidados prestados no hospital, por enfermeiros, são os ideais para a assistência à pessoa com ostomia na sua adaptação e otimização do processo de reabilitação (O'Connor, 2005).

Promover a adaptação e aquisição de competências na pessoa com ostomia de eliminação intestinal é uma prioridade e foco central na prestação de cuidados. Contudo, segundo Simmons e colaboradores (2007) a atual abordagem aos cuidados é insuficiente porque não tem em conta as respostas cognitivas e comportamentais face à ostomia. Assim, a pessoa deve ser incentivada a aceitar o seu estoma e participar em atividades sociais, sendo esse um dos desafios para os profissionais de saúde.

O que se espera é que a pessoa com ostomia de eliminação intestinal refira que é possível conviver com a sua condição, de forma saudável, inserida no mundo social, com possibilidade de conviver num ambiente rodeado por amigos, desfrutando “dos prazeres da

vida”, do lazer, da educação e do trabalho, para que as dificuldades possam ser superadas com o tempo (Santana et al., 2010).

1.2. Reaprender o Autocuidado

Segundo a Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem (CIPE®), o autocuidado é uma *“atividade executada pelo próprio que consiste no tratar do que é necessário para se manter, manter-se operacional e lidar com as necessidades básicas e íntimas e as atividades de vida diária”*. (ICN, 2011, p. 48).

No mesmo seguimento, Orem (1991) refere o autocuidado como o executar de atividades que a pessoa inicia por si mesma para manter, promover, recuperar e/ou conviver com os efeitos e limitação provocadas por alterações no seu estado de saúde, contribuindo assim para sua integridade, funcionamento e desenvolvimento.

Na sua teoria do autocuidado, Orem interliga a capacidade de autocuidado e as exigências terapêuticas de autocuidado. As capacidades de autocuidado são as habilidades que a pessoa possui, que a fazem realizar as suas atividades de autocuidado. Essas habilidades são influenciadas por várias condicionantes como o sexo, a idade, o estado de desenvolvimento, as condições socioeconómicas e culturais, o nível educacional, o estado de saúde e a experiência de vida (Foster, 1993 Cit. por Farias e Nóbrega, 2000). A capacidade de autocuidado é um fator que deve ser controlado ou gerido para manter os aspetos do funcionamento e desenvolvimento humanos dentro das normas compatíveis com a vida, a saúde e o bem-estar pessoal. As exigências terapêuticas de autocuidado são ações necessárias e confiáveis para controlar tudo o que prejudica o desenvolvimento e a regulação do corpo humano (Orem, 1991).

Sidani (2003) vê o autocuidado como um processo iniciado pela pessoa, de forma independente ou em colaboração com um profissional de saúde, face a uma necessidade ou exigência para atingir os objetivos de promover, manter ou recuperar a saúde.

Gantz (1990) refere várias características do autocuidado, contudo salienta quatro, como transversais na perspectiva de vários autores: 1) considera o autocuidado como um conceito situacional e cultural, 2) que envolve a capacidade de agir e tomar decisões, 3)

sendo influenciado pelo conhecimento, competências, valores, motivação, locus de controlo e eficácia e, 4) tem por foco aspetos dos cuidados de saúde sobre o controlo individual.

Na presença de uma necessidade ou exigência, Orem (1991), salienta a necessidade de redefinir um plano de ação para atingir os objetivos delineados, que só poderão ser alcançados com o desejo e o compromisso de continuidade do plano, definindo algumas das condições importantes para que uma pessoa possa cuidar de si mesmo, nomeadamente a motivação; a capacidade para a tomada de decisão; o conhecimento técnico; as capacidades cognitivas, percutuais e interpessoais; a coerência e a integração das ações de autocuidado na vida pessoal, familiar e comunitária (Orem, 1991).

Quando aplicado à pessoa com ostomia, o autocuidado pode ser definido como a capacidade da pessoa aplicar as competências de gestão dos cuidados à ostomia (O'Connor, 2005), tendo início o processo de autocuidado com a consciencialização do estado de saúde, requerendo um processo racional que integre a experiência pessoal, normas culturais e sociais essenciais para a tomada de decisão sobre o projeto de saúde pessoal (Bastos, 2012). Como foi referido, a cirurgia de confecção de um estoma provoca modificações no autocuidado da pessoa que exigem um reaprender de conhecimentos e habilidades relativas ao processo de eliminação. Desde que não existam condições que o impeçam, o utente deve ser motivado e capacitado para assumir o controlo de seu próprio cuidado e de tudo o que o possa afetar. Para isso é necessário uma abordagem de ensino coordenado e progressivo (Black, 2010).

A abordagem atual para os cuidados à ostomia de eliminação intestinal tem em consideração a necessidade da pessoa ser autossuficiente e o seu desejo de controlo pessoal (Simmons et al., 2007). No entanto, é importante considerar os aspetos que podem influenciar todo o processo de consciencialização, aprendizagem e adaptação.

Alguns utentes são submetidos a cirurgia devido a doenças malignas, pelo que ficam mais centradas no processo de doença e na evolução do que no estoma em si. Assim, é necessário estar ciente das prioridades da pessoa e da família na identificação das necessidades de cuidados (Black, 2000 Cit. por Black, 2010).

Existem três variáveis que podem influenciar a adaptação: o grau de satisfação que o utente tem relativamente à preparação pré-operatória, as questões relacionadas com o estoma, como o odor, lesões na pele peri estoma, e capacidades de execução insuficientes, bem como as expectativas que a pessoa tem sobre como assumir o controlo do que está a acontecer com ele (Metcalf, 1999).

Black (2009), num contexto do regresso ao lar e em como este pode ajudar no sucesso da reabilitação após a alta hospitalar da pessoa submetida a confecção de um estoma, refere vários fatores relevantes: compreender o tipo de estoma e se este é temporário ou definitivo; conhecer o material adequado a usar; conhecer material alternativo para o caso de o equipamento que usa se mostrar de difícil utilização ou causar problemas na pele; ter a capacidade de resolver problemas comuns relacionados com o pós-operatório; assim como questões relacionadas com o processo de envelhecimento.

Torna-se essencial que a pessoa com ostomia detenha habilidades básicas no cuidado ao estoma quando tem alta hospitalar, nomeadamente a mudança do material de recolha, como já foi referido, a capacidade para reconhecer as mudanças no estoma, as características da eliminação e pele peri estoma e saber quem contactar se surgir alguma complicação (Burch, 2012). Também necessitam de conhecimento sobre as alterações a implementar no que refere à alimentação, ao trabalho, ao desporto, na atividade sexual e na prevenção de complicações (Burch, 2012).

Na pessoa submetida a cirurgia de confecção de um estoma, emergem questões de vários domínios, sendo áreas de extrema sensibilidade e de difícil abordagem, tanto para o utente como para o enfermeiro, o relacionamento interpessoal e a atividade sexual. Por vezes a pessoa exterioriza ansiedade relacionada com a percepção que o parceiro pode ter (Porrett and McGrath, 2005 Cit. por Black, 2010) e a implicação desse facto no processo de adaptação. Dada a complexidade associada, estas são áreas que requerem especial atenção e não devem ser descuradas no processo de ensino.

Relativamente à alimentação, o termo dieta deve ser evitado, pois pode ser interpretado negativamente como significado de restrições rígidas ou que precisam de uma dieta específica (Porret e McGrath, 2005 Cit. por Black, 2010). O utente ostomizado deve ser encorajado a ter alguns cuidados acrescidos, nomeadamente mastigar bem os alimentos, comer a horas regulares e incluir fruta e vegetais na sua alimentação. Quando tentarem novos alimentos após a confecção do estoma, devem tentar com pequenas porções inicialmente e aumentar gradualmente até uma quantidade normal. As bebidas alcoólicas podem ser incluídas, contudo bebidas carbonadas podem causar demasiados gases (Black, 2010). No caso das ileostomias, a ingestão de água deve aumentar, devido à redução da sua absorção e o risco de desidratação.

Para muitos utentes com ostomia, o uso de acessórios pode ser a diferença entre gerir ou não gerir os cuidados ao seu estoma (Boyles, 2010a).

O uso adequado de acessórios pode oferecer ao utente melhor optimização do tempo, conforto e segurança, enquanto reduz o risco de fugas do dispositivo e todas as complicações que podem advir disso. Contudo, é importante que o enfermeiro seja capaz de diferenciar um estoma que é problemático, em que o uso de acessórios seja crucial para uma boa gestão do autocuidado, evitando complicações e que facilite os cuidados (Boyles, 2010a); de um estoma em que estes não sejam necessários, devendo os cuidados ao estoma ser mantidos o mais simples possível, sem recurso a acessórios (Williams, 2006 Cit. por Boyles, 2010a).

Os acessórios para pessoas com ostomia são produtos utilizados juntamente com os dispositivos para o estoma e que podem ajudar a manter a pele peri-estomal íntegra e promover a “confiança no saco”, aumentar a confiança da pessoa na gestão dos cuidados, assim como todos os benefícios que traz para a adaptação física e psicológica (Bekkers et al., 1996 Cit. por Boyles, 2010a).

Os enfermeiros detêm o conhecimento sobre os produtos, mestria, experiência e acesso ao equipamento para serem capazes de recomendar, julgar e muitas vezes prescrever uma solução efetiva para as questões que a pessoa com ostomia pode enfrentar a qualquer momento após a confecção do estoma (Boyles, 2010a).

A intervenção do enfermeiro não só traz benefícios para o utente que tem as suas necessidades atendidas, como diminui alguma da pressão sobre o sistema de saúde, poupando tempo e dinheiro nos cuidados de saúde primários e secundários. A prevenção de problemas relacionados com o estoma através do uso de acessórios pode ajudar a prevenir consequências físicas, psicológicas e financeiras que daí surgem (Boyles, 2010a).

Um outro aspeto a considerar é o tempo. Este é uma condição necessária para a pessoa assimilar as novas habilidades e ajustar-se à alteração no processo de eliminação intestinal. A paciência e a repetição são elementos chave e serão necessários para o processo de capacitação, podendo por vezes ser frustrante tanto para o enfermeiro como para o utente quando o que foi ensinado no dia anterior já foi esquecido (Black, 2010).

Para compreender o significado de ensinar à pessoa com ostomia os cuidados a ela associados é importante analisar o que está envolvido no processo de ensino (Metcalf, 1999).

Aprender foi definido por Bloom e seus colaboradores (1956 cit. por Metcalf, 1999) como a aquisição de habilidades (psicomotor), conhecimentos (cognitivo) e atitudes (afetivo), alcançados através do estudo, da experiência ou pelo ensino. Estes três elementos estão inter-relacionados, contudo são independentes.

A aprendizagem psicomotora refere-se às habilidades práticas ou procedimentos, como por exemplo, quando se instrui a pessoa a trocar o seu saco de ostomia. Contudo, neste mesmo exemplo também encontramos a componente cognitiva, relacionada com a atividade intelectual de assimilar o procedimento e uma componente afetiva, relacionada por exemplo com a autoeficácia, isto é, se a pessoa refere que já consegue trocar o saco de forma independente, ou se refere que nunca o conseguirá fazer (Metcalf, 1999).

Um outro aspeto extremamente relevante é o momento em que a pessoa se sente preparada para aprender. Para Kaluger e Kaluger (1984 Cit. por Metcalf, 1999), a capacidade para iniciar o processo de aprendizagem depende de três grandes fatores: a motivação, as experiências anteriores e a condição fisiológica.

A motivação envolve a confiança da pessoa nele mesmo como aprendiz, a perceção das possibilidades, assim como a predisposição para se esforçar em aprender (Babcock e Miller, 1994 Cit. por Metcalf, 1999). A motivação fortalece a aprendizagem, pois é mais fácil compreender, aprender novas capacidades e mudar a atitude quando se prevê os benefícios (Slavin, 1991 Cit. por Metcalf, 1999).

As experiências anteriores tornam-se relevantes para a aprendizagem, pelo que o ostomizado deve ser capaz de associar a nova aprendizagem com experiências passadas (Slavin, 1991 Cit. por Metcalf, 1999). Para uma pessoa com construção recente de uma ostomia, este aspeto torna-se difícil ou pode provocar um efeito negativo se ouvirem falar sobre más experiências com estomas (Metcalf, 1999).

A pessoa também deve estar fisicamente preparada para aprender, pois todo o tipo de aprendizagem requer energia e torna-se difícil para o utente concentrar-se na aprendizagem de novas capacidades práticas se está a recuperar de uma grande cirurgia e apresenta alguma sintomatologia como dor, confusão, debilidade física ou medo (ibidem).

No processo de ensino/aprendizagem dos cuidados à pessoa com estomia de eliminação intestinal, seja no hospital ou no domicílio, requer tempo, paciência e a compreensão das suas necessidades físicas e psicológicas. É importante considerar as habilidades físicas e mentais do utente e aceitar que haverá alguns que nunca serão mestres no autocuidado (Porret e McGrath, 2005 Cit. por Black, 2010). Para os que têm a capacidade, aprender a gerir os cuidados associados ao estoma, ajuda a restabelecer o autorespeito e independência, potenciando a qualidade-de-vida (Black, 2010).

Será com o processo de ensino/aprendizagem que o enfermeiro desenvolverá a competência da pessoa para o autocuidado à sua ostomia de eliminação intestinal.

A competência, surge assim como um conceito central e orientador do estudo, ditando a necessidade de definir e operacionalizar o conceito.

Na perspetiva das autoras do instrumento (Cardoso, 2011; Gomes, 2012; Silva, 2012) e da análise deste trabalho, o conceito de competência surge da análise realizada por Fleury e Fleury (2001), em que efetuam um levantamento das várias definições do termo, considerando autores de várias nacionalidades (europeias e americanas essencialmente) e assumem uma definição, num contexto organizacional e individual.

Nos últimos anos, o conceito de competência tem sido cada vez mais abordado sobre diferentes perspetivas e em diferentes contextos, nomeadamente a nível académico e organizacional.

Competência é entendida como um conjunto de capacidades humanas: conhecimentos, habilidades e atitudes, não se limitando a um conjunto de conhecimentos detidos pela pessoa, nem se encontrando associados à tarefa (Fleury e Fleury, 2001).

A competência emerge como o conjunto de aprendizagens sociais e comunicacionais, associadas à aprendizagem e formação assim como ao sistema de avaliação. Surge como o saber agir responsável, que implica saber mobilizar, integrar e transferir os conhecimentos, recursos e habilidades num determinado contexto (LeBoterf, 1995 Cit. por Fleury e Fleury, 2001).

A noção de competência encontra-se associada a: saber agir, mobilizar recursos, integrar saberes múltiplos e complexos, saber aprender, saber ajustar-se, assumir responsabilidades e ter visão estratégica (Fleury e Fleury, 2001).

Assim, competência será entendida como *“um saber agir responsável e reconhecido, que implica mobilizar, integrar, transferir conhecimentos, recursos e habilidades...”* (Fleury e Fleury, 2001, p. 188).

Outros conceitos emergiram ao longo da conceção do trabalho com o intuito de definir o que mais se enquadrava e caracterizava o conjunto de domínios que a pessoa com ostomia de eliminação intestinal deve adquirir. Iniciando pelo conceito de Capacidades, este associado ao processo de aprendizagem que segundo o ICN (2011, pag. 121), caracteriza-se pelo *“domínio de actividades práticas associada a treino, prática e exercício”*, que apesar de se referir ao processo de aquisição da competência, percebemos que contempla apenas o domínio da execução, neste sentido, procurando o conceito que abordasse a componente da informação, emerge o conceito de conhecimento, que se define pelo *“conteúdo específico de pensamento baseado na sabedoria adquirida, na*

informação ou aptidões aprendidas, conhecimento e reconhecimento de informação” (ICN, 2011, pag. 69), sendo mais uma vez limitador no que refere a todos os domínios.

Assim, optámos por dar continuidade aos conceitos utilizados no instrumento em validação, pois, como podemos verificar anteriormente, se coaduna com os múltiplos domínios em análise no âmbito do autocuidado à ostomia.

Tendo por referência a visão da natureza da enfermagem de Orem (Cavanagh, 1993 Cit. por Bastos, 2012), o papel do enfermeiro, no âmbito do autocuidado, é operacionalizado sobretudo na orientação, no apoio, na gestão do ambiente e no ensino. A orientação envolve a importante função de proporcionar à pessoa a informação e o conhecimento necessário para a tomada de decisão consciente e à forma de realizar o autocuidado; o apoio refere-se à formação de uma equipa na qual a pessoa doente faz parte e é a figura central; proporcionar um ambiente capaz de favorecer o desenvolvimento pessoal e de suporte; e o ensinar, que requer aptidões de mestria por parte dos enfermeiros.

O autocuidado centra-se no desenvolvimento e uso de práticas pessoais de saúde, competências de *coping*, tomada de decisão, procura de aconselhamento e uso dos recursos pessoais na gestão dos problemas de saúde (Encyclopedia of Public Health, 2006), neste sentido, o propósito da educação é contribuir para a liberdade e autonomia, promovendo a capacidade de tomada de decisão informada da pessoa (Bastos, 2012).

Capacitar a pessoa através do ensino da competência para o autocuidado deve ser uma prioridade dos enfermeiros, devendo o utente ser incentivado a participar nos cuidados, iniciando pela troca dos dispositivos de recolha, aumentando progressivamente o seu autocuidado até que fique totalmente independente (Burch, 2005 Cit. por Gesaro, 2012).

Para Doering e colaboradores (1984) uma das razões para que o ensino da troca de equipamento de ostomia não seja bem sucedida é porque não segue um plano bem organizado, sendo por vezes priorizados determinados aspetos e negligenciados outros, sem serem consideradas as necessidades específicas da pessoa.

Para prevenir tal realidade, é necessário elaborar um plano de ensino assim que o utente esteja preparado para aprender as habilidades práticas (O'Connor, 2005) e desenvolver um plano lógico que contenha todos os aspetos fundamentais para aquele utente na troca do equipamento, que faça referência à forma como atender a essas necessidades e permita documentar quando e como essas necessidades são ou foram atendidas (Doering et al., 1984), otimizando assim todo o processo de ensino/aprendizagem.

Para Quinn (2000 Cit. por O'Connor, 2005) um plano de ensino ajuda a minimizar a possibilidade de omitir informação importante e que todos os fatores necessários sejam incluídos. É necessário um plano de ensino individualizado para cada utente que reflita a sua progressão no autocuidado (O'Connor, 2005).

1.3. Novos Paradigmas e suas Implicações: Uma Necessidade de Mudança

A educação e o apoio à pessoa com ostomia durante o período peri-operatório é uma atividade chave de enfermagem sendo essencial para a ajudar a aceitar a ostomia assim como a envolver-se nos cuidados ao estoma (Lo et al., 2011). Contudo, por diversas razões o processo de aprendizagem muitas vezes é encurtado e não decorre como o esperado (Li e Chi, 2008; Fan e Chen, 2009 Cit. por Lo et al., 2011).

Nos últimos 10 anos tem-se verificado uma grande evolução, procurando-se implementar protocolos que otimizem a recuperação da pessoa com ostomia (Burch, 2012; Kehlet, 2011).

Os programas de recuperação avançada, também conhecidos como protocolos *Fast-Track* têm recebido mais atenção nos últimos anos no contexto das maiores exigências na prestação de cuidados de saúde (Aboulian et al., 2010).

O conceito de cirurgia *Fast-Track* tem sido desenvolvido e documentado como sendo bem-sucedido e obtendo melhores resultados no que concerne à qualidade dos cuidados, à redução dos custos económicos associados à diminuição do tempo de internamento hospitalar, à diminuição das morbilidades médicas e do período de convalescença (Kehlet, 2011).

Os programas de otimização do período peri-operatório envolvem um conjunto de intervenções baseadas na evidência que quando aplicadas resultam numa diminuição das complicações, diminuição do stresse associado à cirurgia, acelera o processo de recuperação até ao funcionamento normal dos órgãos e reduz o tempo de recuperação em várias cirurgias, nomeadamente do foro colorretal, urológico e ginecológico (Aboulian et al., 2010; Arumainayagam, 2008 Cit. por Burch, 2012).

Fatores como a dor, o stresse, a disfunção orgânica, o ilio paralítico, a imobilização e as restrições associadas com drenos e tubos, contribuem para a morbilidade pós-operatória e levam a um aumento do tempo de internamento. Os programas *Fast-Track* consistem na combinação de protocolos para minimizarem estes fatores e potenciarem a recuperação (Aboulian et al., 2010).

A essência de um programa de recuperação avançada não é a alta precoce, mas sim minimizar o trauma cirúrgico, reduzir o risco de complicações e retomar a um estado de plena saúde o mais cedo possível após uma cirurgia (Bryan et al., 2010).

Tanto o utente como os profissionais e a instituição têm claros benefícios com os programas de *Fast-Track* (Bryan et al., 2010). Contudo, para preparar o regresso a casa da pessoa com um estoma recém construído, de forma segura e eficaz são necessárias algumas mudanças organizacionais (Burch, 2012).

Históricamente, o processo de aprendizagem para o autocuidado ao estoma realizado no pós-operatório tinha cerca de duas semanas, até ao momento da alta. Atualmente, o treino para o autocuidado à ostomia deve ser feito em menos de metade do tempo (Burch, 2012; Johansen et al., 2008).

No passado, os cuidados incluíam um apoio clínico prévio onde o enfermeiro se reunia com o utente para discutir qualquer questão ou preocupações relacionadas com a cirurgia e a pessoa era internada no dia anterior, havendo novamente tempo para algumas clarificações de última hora e rever o local do estoma. Agora, muitos dos utentes incluídos em programas *Fast track*, são admitidos na manhã da cirurgia, reduzindo o tempo disponível para o contacto entre o enfermeiro e o utente (Burch, 2012).

O *Walking Clinic*, é um outro projeto no âmbito da otimização da cirurgia, mas centrado na pré-admissão de doentes cirúrgicos. Caracteriza-se por providenciar à pessoa proposta para cirurgia três consultas num só dia: consulta de cirurgia, anestesia e de enfermagem, com a possibilidade de realizar exames auxiliares de diagnóstico e tratamentos que sejam necessários para o esclarecimento do diagnóstico ou preparação pré-operatória (Gouveia et al., 2010).

Neste contexto, o utente é proposto para ser submetido a uma intervenção cirúrgica em regime de internamento e não existindo nenhum impedimento anestésico ou cirúrgico, a pessoa é internada no próprio dia da cirurgia, diminuindo assim, em pelo menos um dia, o internamento por cada doente operado (Gouveia et al., 2010).

O programa de *Walking Clinic* surge com o propósito de diminuir o número de vezes que os doentes têm de recorrer aos serviços de saúde até à realização da cirurgia, facilitando

assim o diagnóstico e tratamento, diminuindo o tempo de espera entre o diagnóstico, o tratamento e o número de consultas dedicadas ao diagnóstico, otimizando os recursos humanos, diminuindo a abstenção ao trabalho e com isto reduzindo os custos associados a todo este processo (Gouveia et al., 2010).

Ao contrário de outros projetos este programa de pré-admissão, surge como uma mais valia para o utente que será submetido a cirurgia colorretal, com a possibilidade ou confirmação de confecção de uma ostomia. Na consulta de Enfermagem pré-operatória, surge a possibilidade de iniciar a abordagem ao processo de ensino/aprendizagem do autocuidado à ostomia.

Laiphum (1999 Cit. por O'Connor, 2005) sugere que a autoeficácia e a gestão da competência de autocuidado podem ser significativamente melhoradas através do ensino no pré e pós-operatório.

A uma pessoa que vai ser submetida a uma cirurgia de confecção de um estoma, deve ser dada a oportunidade de ter uma consulta pré-operatória com o enfermeiro estomaterapeuta, pois esta mostra-se vital nos primeiros passos rumo à cirurgia e na formação de uma relação profissional entre o utente e o enfermeiro (Slater, 2010).

Segundo Bryan e Dukes (2010 Cit. por Burch, 2012) a maioria dos utentes, com uma combinação do treino diário no pré-operatório e pós-operatório a iniciar no primeiro dia após a cirurgia, resulta numa pessoa independente no autocuidado ao estoma em cinco dias.

Wade (1989 Cit. por O'Connor, 2005) descobriu que os utentes que estavam insatisfeitos com a preparação pré-operatória, estavam mais predisponíveis a desenvolver problemas psicológicos no pós-operatório.

Preparar o utente pré-operatoriamente e dispensar tempo para ouvir as suas necessidades individuais irá melhorar a sua percepção de viver com um estoma e facilitar a aceitação, não causando um impacto negativo na sua percepção de qualidade de vida (ibidem).

Os cuidados pré-operatórios visam ajudar o utente a lidar psicológica e fisicamente com o estoma e prepará-lo para o passo seguinte do procedimento. Com a preparação para os resultados da cirurgia, o utente será capaz de mais facilmente aceitar a mudança na sua imagem corporal (Salter, 1996 Cit. por Slater, 2010).

Previamente, como já foi referido, em cirurgias do foro colorretal com confecção de um estoma, o utente ficava internado entre 10 a 14 dias, sendo que a maioria da educação dos cuidados ao estoma e o seu treino eram providenciados no período pós-operatório. Para o

sucesso do programa, este aspeto tem de ser alterado para o pré-operatório (Bryan et al., 2010).

Num estudo desenvolvido por Bryan e Dukes (2010), este aspeto foi considerado, incorporando na clínica de pré-admissão, uma sessão de treino prático para cada utente, em que se verificou um sucesso pelo interesse demonstrado pelos utentes. Nesta sessão foi fornecida informação verbal e escrita e foi realizada uma demonstração do esvaziamento ou troca do saco e da placa, recorrendo a uma maquete do abdomen com um estoma. Juntamente foi fornecido ao utente informação multimédia em DVD e algum material de treino para levar para casa.

Os benefícios deste tipo de programas prendem-se com a responsabilização do utente e a facilitação do processo de ensino no primeiro dia pós-operatório. Contudo é imperativo que o treino prático dos cuidados ao estoma seja realizado diariamente, possivelmente mais do que uma vez por dia, de forma a não atrasar o processo de alta e assegurar que a pessoa é competente e se sente confiante para o regresso a casa (Bryan et al., 2010; Burch, 2012).

No pós-operatório, é frequente o enfermeiro iniciar o processo de ensino imediatamente após a cirurgia. Para a pessoa que está a recuperar bem, o impacto da adaptação e aprendizagem dos cuidados ao estoma não é um grande desafio, contudo, para pessoas idosas, é mais difícil do que eles poderiam imaginar e o pensamento de recuperar de uma grande cirurgia e aprender a lidar com o seu estoma, numa semana, pode ter grande impacto psicológico (McKenzie *et al*, 2006 Cit. por Slater, 2010).

Independentemente da fase peri-operatória, é necessário ter atenção à quantidade de informação fornecida ao utente, pois o excesso desta pode levá-los a sentirem-se confusos, assustados e oprimidos. A informação deve ser providenciada de acordo com a predisposição da pessoa para aprender (Stuchfield, 2000 Cit. por O'Connor, 2005).

O enfermeiro pode desempenhar um papel central na educação da pessoa com ostomia, ajudando a ultrapassar as dificuldades sentidas, assegurando que a instrução se inicia com a maior brevidade possível após a confeção do estoma (Tseng e al., 2004 Cit. por Lo et al., 2011) e, desta forma, contribuir para melhoria da autoeficácia do utente, a melhoria do conhecimento, potenciar o autocuidado à ostomia (Lo et al., 2011) e promover uma transição saudável.

Um intervenção intensiva no processo de ensino foi utilizada em programas de recuperação avançada, tendo sido verificado que os utentes, nomeadamente pessoas

idosas, desenvolveram as competências rapidamente, mas lembravam-se e ajustavam-se melhor quando tinham visita e ensinos bi-diários (Slater, 2010).

O sucesso dos programas de recuperação avançada advém, em grande parte, de uma aproximação multidisciplinar positiva, guiada por um caminho de cuidados integrais (Bryan et al., 2010).

Uma estreita colaboração entre os enfermeiros, nutricionistas e cirurgião colorretal é necessária para melhorar a qualidade dos cuidados, que irá contribuir para melhorar a qualidade de vida da pessoa com ostomia de eliminação intestinal (Persson et al., 2005).

Os profissionais de saúde, nomeadamente os enfermeiros, podem utilizar o conhecimento para ajudar a pessoa com ostomia no autocuidado, mas também na sua adaptação às mudanças que a construção de uma ostomia traz para a sua vida (Honkala et al., 2009).

1.4. Registo e Transmissão da Informação: Uma Obrigação

Os enfermeiros devem priorizar e encorajar a pessoa para a aquisição da competência de autocuidado assim como monitorizar e registar a evolução da mesma de forma a promover uma continuidade de cuidados adequada e bem-sucedida (Law et al., 2001 Cit. por Gesaro, 2012).

Uma boa administração da documentação é um aspeto importante do papel do enfermeiro e é essencial para uma prestação de cuidados adequada (Law et al., 2010). Se a documentação não for completa e ajustada, a comunicação entre os profissionais pode ser afetada de forma negativa. Paralelamente se os registos não forem considerados e lidos de forma a assegurar a continuidade dos cuidados, a qualidade dos mesmos pode ser comprometida (Health Service Ombudsman, 2000 Cit. por Law et al., 2010).

Um registo rigoroso e contínuo é uma parte integrante da prática de enfermagem e é fundamental para a prestação de cuidados segura e eficaz, não se tratando de uma opção a ser estabelecida se as circunstâncias o permitirem (Law et al., 2010).

Os registos devem permitir que os cuidados prestados e a evolução da pessoa sejam comunicados à equipa multi-profissional e devem ainda permitir gravar qualquer problema e/ou mudança na sua condição de saúde (NMC, 2009).

A falta de rigor ou a ausência de documentação pode levar a resultados desfavoráveis em utentes mais vulneráveis, o que em termos legais pode representar diversos problemas (Finkleman, 2006 Cit. por Gesaro, 2012). Neste sentido, a documentação referente aos cuidados prestados ao utente pode ser usada como documento legal em tribunal, permitindo muitas vezes a defesa da ação do enfermeiro (RCN, 2003 Cit. por Law et al., 2010; NMC, 2005 Cit. por Gesaro, 2012)

Se o registo dos cuidados não for executado de forma precisa e rigorosa pode sugerir que este mesmo procedimento se estende aos cuidados prestados junto do utente ou até mesmo à ausência deles (Gesaro, 2012).

É importante incitar que registar o trabalho desenvolvido também contribui para um plano de intervenção mais completo e compreensível (ibidem), pois assegura que a informação clínica é transmitida de forma precisa e detalhada entre os profissionais de saúde (Martins et al., 2010).

A utilização de ferramentas padronizadas simples, facilmente lembradas e aplicáveis pode melhorar a descrição clínica e diminuir as variações entre os profissionais de saúde (Nybaek et al., 2010 Cit. por Martins et al., 2010)

A Nursing and Midwifery Council (2009) elaborou um guia sobre a importância de bons registos e a sua necessidade para a prática clínica. Neste mesmo documento é feita a referência à sua importância para a prestação de cuidados segura e eficaz, assim como a menção das funções desses mesmos registos, nomeadamente ajudar a melhorar a responsabilidade, servir de suporte para julgamentos clínicos e tomada de decisão, apoiar na prestação de cuidados e na comunicação, facilitando a continuidade de cuidados (NMC, 2009).

O papel do Enfermeiro no âmbito da vigilância, tratamento e cuidados por períodos de 24 horas no internamento hospitalar, faz com que seja a classe profissional privilegiada e especialmente adequada para prestar cuidados individualizados e dessa forma melhorar os resultados junto dos utentes (ibidem).

Um instrumento de avaliação das competências de autocuidado à ostomia é uma ferramenta útil para a identificação das necessidades específicas da pessoa, que permite uma intervenção mais direcionada e personalizada, facilitando assim o processo de transição, e, por essa via, assegurando a qualidade e a continuidade dos cuidados.

Considerando a importância de um instrumento que permite auxiliar o enfermeiro no processo de recolha de dados direcionado para a competência de autocuidado da pessoa com ostomia de eliminação intestinal, foi realizada uma revisão da literatura neste âmbito.

Existem alguns instrumentos, nomeadamente em inglês, que avaliam algumas componentes do conhecimento que a pessoa com ostomia de eliminação intestinal deve possuir, contudo, mesmo no domínio do conhecimento, apenas se centram em determinadas componentes, nomeadamente as complicações associadas (Martins et al., 2010 e Martins et al., 2011).

Assim, pela análise da literatura, verificámos que os instrumentos que atualmente existem, não avaliam a competência que a pessoa com ostomia deve ter, assim como não existe nenhum instrumento validado para a população portuguesa.

Viver com uma ostomia requer que o utente desenvolva competências de autocuidado para lidar com a sua nova condição de saúde. Será necessária aprendizagem adicional e aconselhamento para ajudar a pessoa com ostomia a integrar esta nova condição na sua vida.

A partilha de informação organizada e detalhada entre o hospital e a comunidade, relatando a condição da pessoa, a evolução pós-operatória e a aprendizagem no autocuidado à ostomia, assegura a continuidade de cuidados após a alta (O'Connor, 2005).

A utilização de um instrumento para avaliação da competência de autocuidado da pessoa com ostomia de eliminação intestinal, permite recolher informação com mais rigor e desta forma, facilitar a identificação das necessidades em cuidados de enfermagem e, por essa via, ajudar no processo de tomada de decisão relativo à escolha das melhores intervenções para lhes fazer face.

Os hospitais enfrentam desafios na prestação de cuidados de saúde de alta qualidade, incluindo os cuidados individualizados, em ambientes incertos e em rápida mudança. Instrumentos teoricamente fortes e clinicamente importantes são cada vez mais necessários para avaliar e desenvolver a prestação de cuidados de saúde (Suhonen et al., 2010).

A validação do formulário “Desenvolvimento da competência de autocuidado da pessoa com ostomia de eliminação intestinal” e a sua aplicação em contexto da prática permitirá assegurar a continuidade de cuidados através de uma monitorização contínua e rigorosa, assim como o registo e transmissão da informação relativa ao autocuidado à ostomia durante o internamento, nos cuidados de saúde primários e na consulta de vigilância caso seja possível. Trata-se de um instrumento completo e rigoroso que avalia todos os domínios da competência de autocuidado da pessoa com ostomia de eliminação intestinal e que certamente poderá contribuir para a otimização da prestação de cuidados de enfermagem nesta área.

CAPITULO II – ENQUADRAMENTO METODOLÓGICO

A metodologia é o “conjunto dos métodos e das técnicas que guiam a elaboração do processo de investigação científica”, onde são descritos “os métodos e as técnicas utilizadas no quadro dessa investigação” (Fortin, 2003, p.372).

Ao longo deste capítulo será feita uma descrição das etapas metodológicas do presente estudo de investigação com o intuito de explicar o percurso desenvolvido ao encontro dos objetivos.

Num primeiro momento serão abordados aspetos como a pertinência, objetivos e finalidade do estudo, assim como o tipo de estudo, as variáveis em análise, a população e a amostra. De forma a contextualizar e explicar o trabalho desenvolvido, será realizada uma descrição do instrumento assim como o processo de recolha de dados, sendo pertinente neste ponto tecer as considerações éticas que envolveram todo o estudo de investigação. Para terminar será exposta a metodologia utilizada para a análise e tratamento dos dados.

2.1. Pertinência, Finalidade e Objetivos do Estudo

A justificação para a realização de um estudo consiste na argumentação da razão porque se quer estudar determinada questão e porque ela é relevante para nós. É importante precisar porque se procura obter uma resposta e o que esta resposta vai trazer ao investigador, a outros investigadores e à profissão (Fortin, 2003).

A utilização de um instrumento para avaliação da competência de autocuidado da pessoa com ostomia de eliminação intestinal, permite recolher informação com mais rigor e desta forma, facilitar a identificação das necessidades em cuidados de enfermagem e, por

essa via ajudar no processo de tomada de decisão relativo à escolha das melhores intervenções para lhes fazer face.

Após uma análise da literatura, como foi referido anteriormente, verificámos que os instrumentos que atualmente existem, não avaliam a competência que a pessoa com ostomia deve ter, assim como não existe nenhum instrumento validado para a população portuguesa.

A elaboração do presente estudo tem por objetivo geral validar um instrumento completo e rigoroso de avaliação da competência de autocuidado da pessoa com ostomia de eliminação intestinal, com a finalidade contribuir para a recolha de dados, identificação das necessidades e otimização da prestação de cuidados da pessoa portadora de ostomia de eliminação intestinal.

Os objetivos operacionais, pelos quais o investigador orienta a investigação, dependem da natureza dos fenómenos e das variáveis em que a investigação decorre (Almeida et al., 2008).

Neste sentido, os objetivos delineados consistem em:

- Proceder à validação do formulário “Desenvolvimento de competências de autocuidado da pessoa com ostomia de eliminação intestinal”;
- Descrever as competências de autocuidado da pessoa com ostomia de eliminação intestinal.

2.2. Tipo de Estudo

Considerando os objetivos propostos para este trabalho de investigação, este será um estudo metodológico, pois propõe-se validar um instrumento de medida escrito na língua original, uma vez que este tipo de estudo está relacionado com a investigação dos métodos que levam a obter, validar, organizar e avaliar instrumentos ou métodos de colheitas de dados (Beck et al., 2004).

O trabalho de investigação que se pretende realizar será expresso através de números, isto é, será representada uma entidade abstrata através de uma contagem, uma medição ou cálculo (Ribeiro, 2010), tratando-se portanto de uma investigação quantitativa.

Será um estudo observacional, pois o investigador não intervém, desenvolvendo apenas procedimentos para descrever os acontecimentos (ibidem). Neste âmbito será também descritivo, pois fornece informação acerca da população em estudo (Fortin, 2003). Uma vez que os dados serão recolhidos num único momento, não pressupondo o seguimento temporal da amostra, trata-se também de um estudo de cariz transversal (Ribeiro, 2010).

2.2.1. Variáveis em Estudo

As variáveis constituem um elemento central na investigação, uma vez que é em torno delas que se constrói a investigação. São uma característica que varia, que se distribui por diferentes valores ou qualidades, ou que é de diferentes tipos, sendo oposto a uma constante (Ribeiro, 2010).

Quando um conceito é colocado em ação, ele denomina-se de variável. Estas são qualidades, propriedades ou características de objetos, de pessoas ou de situações que são estudadas numa investigação (Fortin, 2003).

A variável tem uma propriedade de variação e atribuição de valores (ibidem).

Nas ciências sociais e humanas torna-se difícil ou mesmo impossível estabelecer relações de dependência entre as variáveis, bem como a direção de influência entre elas, por essa razão, neste estudo, as variáveis foram definidas como principais e secundárias (Ribeiro, 1999).

As primeiras são imprescindíveis na resposta aos objetivos traçados para o estudo, enquanto que as segundas, quando relacionadas com as primeiras, permitem uma melhor compreensão da problemática (ibidem).

Assim a variável definida como principal é a:

- Competência de autocuidado.

As variáveis definidas como secundárias foram agrupadas em três grupos:

- Variáveis sociodemográficas
 - Sexo;

- Idade;
 - Estado civil;
 - Habilitações literárias;
 - Situação profissional atual;
 - Profissão atual.
- Variáveis clínicas e de tratamento
 - Diagnóstico clínico;
 - Tempo de cirurgia;
 - Tipo de ostomia;
 - Contacto prévio com pessoas com ostomia;
 - Participação em consulta de enfermagem de estomaterapia na fase pré-operatória;
 - Marcação do local de construção da ostomia.
- Outras variáveis
 - Prestador de cuidados informal.

2.3. População e Amostra

A população são as pessoas ou objetos que satisfazem os critérios de seleção definidos previamente e sobre as quais se procuram conclusões e permitem fazer generalizações (Fortin, 2009).

Neste contexto, a nossa população alvo é constituída pelas pessoas propostas para intervenção cirúrgica com provável confeção de ostomia e pessoas com ostomia de eliminação intestinal. Contudo, o investigador em ciências sociais e comportamentais raramente estuda a população ou universos gerais (Ribeiro, 2010). Exceto situações em que a população alvo é inferior a 2000 pessoas, assim a opção deverão ser sempre realizar um estudo por amostragem (Finsterbusch, Liewellyn e Wolf, 1983 Cit. por Ribeiro, 2010). Dentro da população alvo, a seleção da amostra recairá sobre a população acessível, que no caso presente foram considerados os utentes com ostomia de eliminação intestinal ou a

aguardar cirurgia, acompanhados em seis hospitais do grande Porto, no ACES de Matosinhos, assim como no ACES grande Porto - 4 Póvoa de Varzim - Vila do Conde.

A amostra é um subgrupo da população que é selecionado para obter informações relativas às características da população (Miaoulis e Michener, 1976 Cit. por Ribeiro, 2010). O processo de definição da amostra é designado de amostragem (Ribeiro, 2010).

A técnica de amostragem selecionada foi a não probabilística por conveniência, o que permitiu aceder à população de forma mais fácil e rápida (Polit et al., 2004). No entanto tem a desvantagem dos resultados e as conclusões só se aplicarem à amostra, não podendo ser extrapolados com confiança para o universo (Hill e Hill, 2002).

A seleção do tamanho da amostra é uma questão de julgamento, sendo variável a avaliação dos resultados de acordo com o número da amostra. Contudo há autores que referem que uma amostra de 100 é suficiente para ser tomada a sério, havendo amostra entre 50 e 1000 indivíduos, sendo a moda os 200 (Finsterbusch, Liewellyn e Wolf, 1983 Cit. por Ribeiro, 2010).

Para Bryman e Cramer (1992), o número de participantes constituintes da amostra para efeitos de validade de um instrumento de medida deve ser, no mínimo, cinco vezes o número de itens da escala utilizada, salientando que o número total não pode ser inferior a 100. Assim, uma vez que o instrumento que se pretende validar é constituído por 45 itens, a amostra foi constituída por 225 elementos.

2.3.1. Critérios de Inclusão

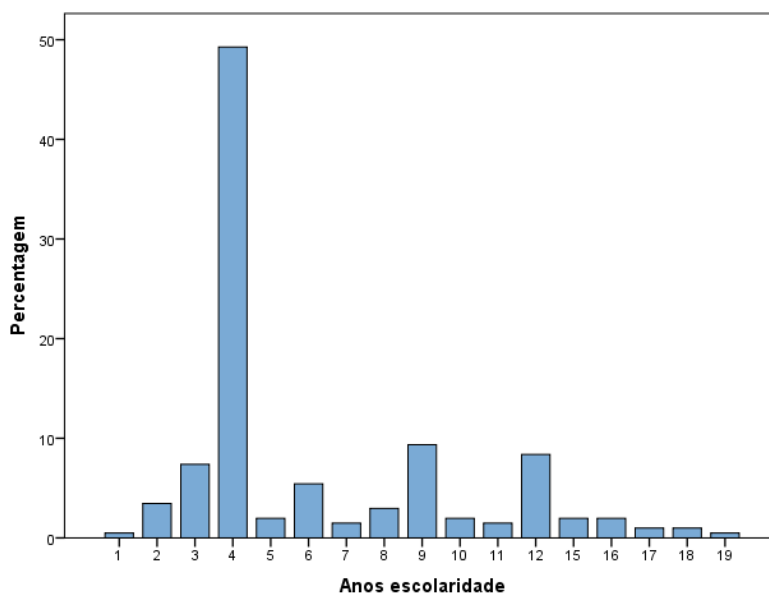
Da população referida, os critérios definidos para que a pessoa fosse incluída no estudo foram:

- Pessoas propostas para cirurgia com provável confecção de ostomia de eliminação intestinal;
- Pessoas com ostomia de eliminação intestinal;
- Pessoas que não possuam défices cognitivos, identificadas, quando se jugar necessário, através do Mini-Exame do Estado Mental (Anexo 2);
- Pessoas com potencial de autonomia no autocuidado à ostomia de eliminação intestinal;
- Pessoas com mais de 18 anos;
- Pessoas que aceitem participar no estudo.

2.3.2. Caracterização da Amostra

Para o desenvolvimento do presente estudo, a amostra foi constituída por 225 pessoas, às quais não foi necessário aplicar o teste do “*Mini Mental State Examination*” pois, pela interação com o participante, não se verificou nenhum caso que requeresse a sua utilização para dissipar dúvidas. Dos participantes, 142 (63,1%) eram do sexo masculino e 83 (36,9%) do sexo feminino. As idades eram compreendidas entre os 23 e os 86 anos, sendo a média das idades 61,75 anos (DP= 12,78 anos), das quais 10,2% eram iletradas e os restantes 89,8% apresentam habilitações literárias. Destes últimos, 81,8% tinham formação de nível básico, 11,8% de ensino secundário e 6,4% com formação de nível superior, sendo a média de anos de escolaridade de 6,29 anos e a moda de 4 anos de escolaridade, como podemos constatar no gráfico 1.

Gráfico 1 - Anos de escolaridade dos participantes



A maior parte da amostra era constituída por pessoas casadas (76,9%), 9,8% eram viúvas, 7,6% eram solteiras e 5,8% eram divorciadas ou separadas.

Tabela 1 - Situação profissional atual dos participantes

Situação profissional atual	n	%
Reformado, aposentado ou em reserva	132	58,7
Empregado no ativo	50	22,2
Empregado não ativo (baixa, licença)	15	6,7
Desempregado	15	6,7
Incapacidade permanente para o trabalho	11	4,9
Tarefas domésticas	2	0,9
Total	225	100

Relativamente à profissão, pela análise da tabela 1, podemos verificar que 58,7% da amostra era constituída por pessoas reformadas, aposentadas ou em reserva, seguida por 22,2% de pessoas que referiram estar empregadas no ativo. Apenas 6,7% referiram estar desempregadas, 6,7% empregados mas não no ativo e 4,9% com incapacidade permanente para o trabalho.

Da amostra que referiu encontrar-se empregada ativa ou não ativa, verificamos que 35,4% eram trabalhadores não qualificados, 13,8% pertenciam a quadros superiores da administração pública, dirigentes e quadros superiores de empresas, 10,8% eram técnicos e profissionais de nível intermédio, 10,8% eram operários, artífices e trabalhadores similares, 9,2% pertence ao pessoal administrativo e similar, 6,2% pertence ao pessoal de serviços e vendedores, 7,7% são especialistas de profissões intelectuais e científicas, 4,6% são operadores de instalações, máquinas e trabalhadores de montagem e 1,5% enquadravam-se nos agricultores e trabalhadores qualificados de agricultura e pesca.

Tabela 2 - Distribuição da amostra de acordo com o conhecimento dos participantes sobre o diagnóstico associado à confeção da ostomia

Diagnóstico (referido pelo doente) associado à confeção da ostomia	n	%
Neoplasia do reto	124	55,1
Neoplasia do colon	57	25,3
Complicações associadas a outras cirurgias	13	5,8
Doença de Crohn	8	3,6
Diverticulite	1	0,4
Neoplasia do duodeno	1	0,4
Neoplasia do útero	1	0,4
Polipose familiar	1	0,4
Neoplasia do sigmoide	7	3,1
Fístula anal	3	1,3
Não sabe responder	9	4
Total	225	100

No que refere ao conhecimento dos participantes sobre o diagnóstico associado à cirurgia de confecção do estoma, verificamos pela análise da tabela 2, que apenas 4% não sabiam o diagnóstico associado e os diagnósticos mais prevalentes foram a neoplasia do reto (55,1%) e a neoplasia do colon (25,3%).

Tabela 3 - Distribuição da amostra, segundo o tipo de ostomia

Tipo de ostomia	n	%
Colostomia	175	77,8
Ileostomia	47	20,9
Não sabe responder	3	1,3
Total	225	100

Considerando o tipo de ostomia, pela análise da tabela 3, verificamos que a ostomia mais prevalente é colostomia (77,8%) e que apenas 1,3% dos participantes não sabia responder qual o tipo de ostomia que tinha. Quanto à duração, constatámos que as diferenças entre ostomias temporárias (47,6%) e definitivas (45,8%) não é muito significativa, contudo 6,7% dos participantes não sabia responder quanto à duração da ostomia.

Verificamos também que 72,9% dos participantes no estudo não tiveram contacto com nenhuma pessoa com ostomia antes da cirurgia, 52,9% participaram em consulta de enfermagem pré-operatória, tendo sido realizada marcação do estoma a 49,8% dos participantes.

Tabela 4 - Distribuição dos participantes no estudo pelo tempo decorrido desde a cirurgia, em dias e meses

Tempo decorrido desde a cirurgia	n	%	\bar{x}	Mo	Med	Mín-Máx	DP
Aguarda Cirurgia	13	5,8	-	-	-	-	-
Há quanto tempo foi submetido a cirurgia em dias (se menor ou igual a 1 mês)	92	40,9	13,12	8	10	2-31	9,15
Há quanto tempo foi submetido a cirurgia em meses (se há mais de 1 mês)	120	53,3	34,15	2	12	2-273	52,85

Considerando o tempo decorrido desde a cirurgia de confecção da ostomia, verificámos que 13 pessoas (5,8%) aguardavam cirurgia, 92 pessoas (40,9%) tinham sido submetidas à cirurgia há menos de 1 mês e 120 pessoas (53,3%) já tinham sido submetidos à cirurgia há mais de um mês.

Pela análise da tabela 4, verificamos que dos participantes que foram submetidos à cirurgia há menos de um mês, esta, em média, tinha decorrido há 13,12 dias. Dos participantes que foram submetidos à intervenção cirúrgica há mais de um mês, a cirurgia tinha decorrido em média há 34,15 meses = 2,85 anos. Considerando na amostra total o tempo decorrido após a confecção da ostomia, apontamos o mínimo de tempo decorrido como 2 dias e o máximo de 22,75 anos.

Tabela 5 - Distribuição dos participantes, conforme o grau de parentesco/afinidade com o cuidador informal

Prestador de cuidados informal	n	%
Cônjuge	86	38,2
Filho(a)	39	17,3
Outro familiar/convivente	13	5,8
Irmão/irmã	4	1,8
Nora/genro	2	0,9
Pai/ mãe	7	3,1
Parceiro em união de facto	3	1,3
Neta(o)/bisneta(o)	1	0,4
Não tem	70	31,1
Total	225	99,9

Por fim, considerando a presença de um prestador de cuidados informal, verificamos pela tabela 5 que 70 participantes (31,1%) não tinham e dos participantes que tinham o apoio de um cuidador informal este é na sua maioria o cônjuge (38,2%) ou o filho(a) (17,3%).

Em suma, a nossa amostra do presente estudo é constituída por 225 pessoas com ostomia de eliminação intestinal ou a aguardar a sua confecção, sendo a maioria do sexo masculino, com uma idade média de 62 anos, casados, reformados e com literacia, sendo a moda os 4 anos de escolaridade do ensino básico.

Os participantes submetidos a cirurgia de confecção da ostomia, na sua maioria, a patologia associada foi a neoplasia do reto e a neoplasia do colon, sendo o tipo de ostomia mais predominante, a colostomia de carácter temporário.

Verificámos que maioritariamente as pessoas incluídas no estudo nunca tiveram contacto com outras pessoas com ostomia, mas mais de metade dos participantes tiveram consulta de enfermagem pré-operatória e que 49,8% dos participantes tiveram marcação do local do estoma.

No que refere ao tempo decorrido após a confecção da ostomia, verificamos que 13 pessoas se encontravam no pré-operatório da confecção, 92 pessoas estavam no primeiro mês pós-operatório, com uma média de 13 dias, e 120 pessoas estavam no pós-operatório com mais de um mês, sendo em média de 3 anos.

Na sua maioria os participantes têm prestador de cuidados informal, que usualmente é o cônjuge ou o filho(a). No que refere a outro familiar ou convivente, verificámos que os mais frequentes eram um vizinho, um cunhado ou um sobrinho.

2.4. Procedimento de Recolha e Tratamento de Dados

No estudo de investigação projetado, a recolha de dados passou pela utilização de um formulário, como já foi referido anteriormente, denominado “Desenvolvimento da competência de autocuidado da pessoa com ostomia de eliminação intestinal”.

O formulário, enquanto instrumento e estratégia de recolha de dados, consiste numa técnica em que o investigador formula as questões previamente definidas e regista as respostas, também já pré-determinadas. Trata-se de uma prática e eficiente técnica de colheita de dados, que possibilita a obtenção de dados facilmente quantificáveis, facilitando a aplicação em grandes e distintos segmentos populacionais, nomeadamente pessoas iletradas e alfabetizadas.

2.4.1. Instrumento

Estruturalmente, o instrumento divide-se em duas partes: a primeira é composta por perguntas direcionadas para a recolha de informação que permita caracterizar a pessoa do ponto de vista sociodemográfico, clínico e de tratamento, para que posteriormente possa ser útil na elaboração da análise inferencial e no levantamento de algumas hipóteses na investigação. As variáveis sociodemográficas incluem questões como o género, a idade, o estado civil, as habilitações literárias, a atividade profissional e prestador de cuidados informal. As variáveis clínicas incluem o diagnóstico clínico associado à cirurgia e o tipo de ostomia de eliminação intestinal.

As variáveis de tratamento são definidas com o intuito de conhecer o tipo de história relativa à marcação prévia do local da ostomia, realização de consulta de enfermagem pré-operatória e contacto prévio com pessoas com ostomia. A segunda parte do instrumento reporta-se à avaliação da competência de autocuidado à ostomia.

O processo de construção do instrumento iniciou-se pela definição do conceito de competência, já abordado no primeiro capítulo, seguido pela determinação dos aspetos que pretendiam medir e da definição dos indicadores que determinaram as questões a colocar, com base na Classificação dos Resultados de Enfermagem (NOC), na literatura e na experiência profissional de cada um (Cardoso, 2011; Silva, 2012; Gomes, 2012).

O processo de construção do formulário teve por base o instrumento elaborado por Schumacher e colaboradores (2000) que avalia a habilidade de cuidar do prestador de cuidados informal e atendendo à natureza multidimensional da competência de autocuidado à ostomia, determinaram que fossem identificados seis domínios: o conhecimento, a autovigilância, a interpretação, a tomada de decisão, a execução e negociação e a utilização dos recursos de saúde, como os seis domínios fundamentais da competência de autocuidado à ostomia, fazendo corresponder a cada um deles os respetivos indicadores já definidos.

O preenchimento do instrumento pressupõe que o inquiridor (investigador/enfermeiro) avalie (questionando e/ou observando) a pessoa com ostomia sobre o desenvolvimento da competência de autocuidado à ostomia de eliminação intestinal, considerando os indicadores relativos a cada domínio da competência de autocuidado.

Originalmente, o formulário apresentava 3 opções de resposta. A pessoa com ostomia “demonstra totalmente” um dado indicador, quando cumpre todos os critérios definidores desse mesmo indicador, sendo a opção de resposta 1. A pessoa “demonstra parcialmente” uma competência quando não cumpre todos os critérios, mas cumpre pelo menos um, sendo a opção 2. A seleção da opção “não demonstra” é feita quando não cumpre qualquer um dos critérios definidores do indicador em causa e sendo definida como opção 3. No mesmo instrumento existe ainda a opção “não se aplica”, que deve ser assinalada quando não é possível avaliar o indicador do domínio da competência, quer porque este não pode ser atribuído ao caso particular da pessoa com ostomia, quer porque não existem dados suficientes para a sua avaliação, sendo a opção de resposta o 0.

Foi considerada a alteração da resposta tipo Likert de 3 para 5 itens, tal como sugerido por Cardoso (2011), Silva (2012) e Gomes (2012). O emergir de mais duas opções de resposta prendia-se com o facto de o item “demonstra parcialmente” não ser suficientemente discriminativo do nível de competência, incluindo a pessoa que responde apenas a um critério de resultado e a pessoa que só não demonstra um critério.

Após uma reflexão e considerando a sugestão de Cardoso (2011), Silva (2012) e Gomes(2012), realizou-se a alteração da resposta para uma escala do tipo Likert com 5 opções, e foi invertida a pontuação, atribuindo-se mais pontos a um maior nível de competência. Assim, o valor 1 correspondente a “não demonstra”, verificando-se que a pessoa com ostomia não demonstra competência de autocuidado porque não cumpre nenhum dos critérios de resultado para cada indicador do domínio da competência; e o valor 5 “demonstra totalmente”, considerando que a pessoa com ostomia demonstra totalmente a competência de autocuidado porque cumpre todos os critérios de resultado dos indicadores formulados para cada domínio da competência.

Os valores intermédios referem-se ao “demonstra parcialmente”. A pessoa com ostomia demonstra parcialmente a competência de autocuidado porque não cumpre todos os critérios definidores formulados para cada indicador do domínio da competência, mas que cumpre pelo menos um. A atribuição de uma pontuação entre 2 e 4, varia de acordo com a avaliação do enfermeiro observador e está relacionada com o número de critérios de resultado demonstrados dentro de cada indicador dos domínios da competência.

A atribuição de uma cotação entre 2 e 4 dependendo do critério do observador, atribui alguma subjetividade a determinadas questões, contudo esta divisão permite uma maior discriminação e aproximação à realidade observada, não colocando em causa o rigor do instrumento.

Uma estratégia para controlar a subjetividade atribuída pelos profissionais de enfermagem em determinadas questões, foi recorrendo ao manual de preenchimento do instrumento (Anexo 3), onde se encontram definidos os parâmetros que respondem a cada indicador. Assim, se determinado indicador apresenta apenas uma opção de resposta, se demonstra ou não um critério de resultado, a escolha na escala de Likert será apenas 1 ou 5. Nos indicadores com 2 critérios definidores será apenas utilizada a pontuação 1, 3 ou 5 da escala de Likert. Nos indicadores com 3 critérios será utilizada a pontuação 1,2,4 ou 5. Nos indicadores em que são definidos 4 ou mais critérios, a opção pela pontuação 2 é se a pessoa responde a 25% dos critérios; a opção 3 corresponde a 50% e a opção 4, se a pessoa responde a 75% dos critérios.

2.4.2. Processo de Colheita de Dados

Após o avale das instituições onde foi aplicado o estudo (Anexo 4) deu-se início ao processo de recolha de dados junto da pessoa com ostomia de eliminação intestinal na fase de pré-operatório (véspera da cirurgia) de confecção de ostomia e no período pós-operatório, no internamento, acompanhada na consulta de *follow up* ou na comunidade.

No processo de recolha de dados foi solicitada a colaboração dos profissionais de enfermagem dos diferentes contextos, no sentido de selecionar os sujeitos da amostra, segundo os critérios já definidos, assim como na aplicação do formulário. Aos profissionais de enfermagem selecionados para colaborar na recolha de dados foi ministrada formação em contexto formal, na qual foi apresentado o projeto de investigação, de forma a contextualizar o trabalho no qual iriam cooperar, foi apresentado o instrumento, os objetivos e o manual de preenchimento. Com o intuito de clarificar algumas dúvidas que surgiram foram analisados os domínios da escala, assim como discutidos casos práticos. A recolha de dados foi realizada pelos enfermeiros colaboradores ou pelo investigador principal, após o preenchimento do consentimento informado pelo sujeito observado (Anexo 5).

2.4.3. *Aspetos Éticos*

Numa fase inicial de planeamento do estudo de investigação foi solicitada a autorização dos autores do instrumento (Cardoso,2011; Silva, 2012 e Gomes, 2012) para a sua utilização e edição (Anexo 6), contudo a aplicação do projeto só se iniciou após a autorização do conselho de administração das instituições envolvidas, tal como já foi referido.

Para a participação neste estudo, os potenciais participantes foram informados sobre as razões da investigação, a sua finalidade e os seus objetivos, para que o sujeito interveniente compreendesse a intenção do mesmo, assim como o procedimento a ele inerente, os riscos e os benefícios da sua participação. Neste sentido, foi fornecido um documento (Anexo 5) para que a pessoa, de forma formal, manifestasse a vontade livre e esclarecida de participar na investigação. Foi ainda frisado que seria garantida a confidencialidade, assim como a voluntariedade e autonomia do sujeito para abandonar o estudo em qualquer momento, sendo sempre a sua decisão respeitada, sem qualquer prejuízo para o próprio. A pessoa pode ainda solicitar a consulta dos resultados, junto do investigador principal, assim que o projeto esteja concluído.

Da participação neste estudo não existe quaisquer riscos associados para os participantes e os benefícios poderão passar pela melhoria da qualidade dos cuidados de enfermagem assim como da identificação das necessidades da pessoa com ostomia de eliminação intestinal.

Todos os dados relativos a este estudo serão mantidos sob sigilo e em nenhum tipo de relatório ou de publicação que eventualmente se venha a produzir, será incluído qualquer tipo de informação que possa conduzir à identificação dos participantes.

Concluído o processo de recolha de dados, é de referir que este decorreu sem incidentes.

2.4.4. *Análise e Tratamento de Dados*

Após a recolha dos dados foi realizado o tratamento dos dados utilizando o SPSS, na versão 20.

A análise da normalidade da distribuição das variáveis foi realizada pelo teste de normalidade Kolmogorov-Smirnov, concluindo-se que a idade e os anos de escolaridade não apresentam uma distribuição normal ($\text{sig} < 0,05$). Contudo no estudo da normalidade das subescalas do formulário verificamos que a distribuição é normal ($\text{sig} > 0,05$), como podemos constatar na tabela 6.

Tabela 6 - Teste de normalidade das subescalas do formulário, da idade e dos anos de escolaridade

	Kolmogorov-Smirnov		
	estatística	gl	sig.
Conhecimento	0,144	7	0,200
Auto-vigilância	0,295	7	0,066
Interpretação	0,224	7	0,200
Tomada de decisão	0,189	7	0,200
Execução	0,231	7	0,200
Negociação e utilização de recursos em saúde	0,302	7	0,053
Idade	0,066	203	0,033
Anos escolaridade	0,328	203	0,000

Para saber a forma e a grandeza da correlação, utilizamos os testes de correlação bivariada de Pearson (r), que é um coeficiente que serve para medir a associação entre duas variáveis ordinais, variando a correlação de -1 a +1. Dada a divergência de opiniões dos autores face aos níveis de correlação, optámos por considerar que valores de r menores que 0,20 indicam uma associação muito baixa, entre 0,20 e 0,39 baixa, entre 0,40 e 0,69 moderada, entre 0,70 e 0,89 alta e acima de 0,90 uma associação muito alta (Pestana e Gageiro, 2005). O sinal do coeficiente indica o sentido da associação, sendo direta ou positiva quando a elevação de uma variável leva ao aumento da outra variável e inversa ou negativa quando valores altos de uma variável levam a valores baixos da outra (Vilelas, 2009); e utilizamos o teste de t-student para amostras independentes quando estavam em comparação dois grupos independentes, e a variável de mensuração era ordinal ou contínua, pois trata-se de um teste paramétrico para comparar as médias de duas amostras independentes (ibidem).

Na análise estatística, a atribuição da significância aos resultados encontrados tiveram por referência o nível de significância de 5%, isto é, quando a probabilidade calculada não é devido ao acaso, sendo igual ou inferior a 0,05 ($p \leq 0,05$). Neste sentido, consideramos o carácter significativo de um resultado quando este tem 95% de segurança (Laville e Dionne,

1999). No que respeita aos graus de significância estatística, considera-se significativo se $p < 0,05$, moderadamente significativo se $p < 0,01$ e muito significativo se $p < 0,0001$.

A qualidade da informação recolhida vai depender, em parte, da qualidade dos instrumentos usados na sua recolha (Almeida et al., 2008). Assim, torna-se fundamental verificar a qualidade do instrumento, de forma a garantir o rigor da informação recolhida.

Para avaliar as qualidades psicométricas de qualquer instrumento de medida é necessário efetuar o estudo da fidelidade e da validade, que no seu conjunto nos dão informação quanto ao nível de generalização que se poderá fazer aos resultados (Fortin, 2009).

A fidelidade de um teste indica a extensão em que as diferenças individuais na realização do teste são atribuídas a diferenças reais das características avaliadas (Ribeiro, 2010). Isto é, a fidelidade refere-se à precisão e à constância das medidas obtidas com a ajuda de um instrumento de medida, reportando a capacidade de um instrumento medir, de uma vez para outra, um mesmo objeto de uma forma constante (Fortin, 2009). Avalia, portanto, o grau de correlação de um instrumento de medida com ele próprio.

As diversas formas de calcular a fidelidade fornecem informações relativas à performance do instrumento e à sua capacidade de controlar o erro, que é expresso no coeficiente de fidelidade (ibidem).

A fidelidade de um instrumento pode ser estimada de várias maneiras: a estabilidade temporal utilizando o teste-reteste, a consistência interna através do alfa de Cronbach ou Kuder-Richardson; duas metades (*split-half*), a concordância das medidas entre diferentes observadores (Ribeiro, 1999), entre outros. Os três primeiros referem-se aos erros de medida internos do instrumento, enquanto o quarto método refere-se ao erro externo (Fortin, 2003).

A utilização do teste-reteste para determinar a estabilidade de um instrumento de medida verifica-se pela constância das respostas obtidas aquando da aplicação do instrumento nas mesmas condições nos mesmos sujeitos, num momento e de novo passado algum tempo (Ribeiro, 2010). O intervalo de tempo é variável, por um lado devido à aprendizagem, em que alguns testes se o tempo entre as passagens for curto, os sujeitos podem aprender as respostas; por outro lado, é esperado que haja alterações na variável. Assim, os valores desejáveis da correlação que expressam a fidelidade do teste devem ser considerados caso a caso (ibidem). Alguma literatura sugere que este seja de duas a quatro semanas entre medições (Fortin, 2003), contudo Urbina (2007 Cit. por Vilelas, 2009) refere que este período é incerto, não existindo consenso na literatura. Acrescenta ainda que é

preciso considerar que se o período for demasiado longo e se trabalha com variáveis suscetíveis à mudança podem ocorrer distúrbios nas interpretações do coeficiente de consistência e, do mesmo modo, quando os períodos são curtos os indivíduos do estudo podem lembrar-se das respostas anteriores, determinando uma falsa coerência entre as aplicações.

Atendendo ao tipo de variável em análise, a competência para o autocuidado da pessoa com ostomia de eliminação, tratando-se de uma variável em que é expectável uma evolução em diferentes momentos, o teste da estabilidade temporal foi desconsiderado para a análise da fidelidade do instrumento.

A consistência interna assenta no postulado de que um instrumento só mede um conceito. Neste sentido, *“corresponde à homogeneidade dos enunciados de um instrumento de medida, que se estima pela avaliação da correlação ou covariância de todos os enunciados de um instrumento, examinados simultaneamente. (...) Quanto mais os enunciados estão correlacionados, maior é a consistência interna do instrumento”* (Fortin, 2003, p. 227).

A consistência interna da escala utilizada foi avaliada através do *alpha* (α) de Cronbach. *“O alfa de Cronbach é a técnica mais correntemente utilizada para estimar a consistência interna de um instrumento de medida quando existem várias escolhas para o estabelecimento dos scores, como na escala de Likert”* (Fortin, 2003, p. 227).

Esta técnica, estima quão uniformemente os itens contribuem para a soma não ponderada do instrumento, variando numa escala de 0 a 1. Esta propriedade é conhecida como consistência interna da escala (Cronbach, 1951).

Para alguns autores, uma boa consistência interna do instrumento deve exceder um alfa de 0.80, no entanto são aceitáveis valores acima de 0,60, quando as escalas têm um número muito baixo de itens (Ribeiro, 2010; Hill e Hill, 2002).

No que se refere à equivalência, esta faz referência ao nível de correlação entre duas versões ou formas paralelas de um instrumento. Compara duas medidas paralelas tomadas no mesmo momento (Fortin, 2003). Uma vez que atualmente não existe nenhum instrumento que avalie o mesmo constructo ou a mesma dimensão ou o oposto, este teste não foi considerado para avaliação da fidelidade.

O grau de concordância entre os julgamentos dos observadores reveste-se de grande importância numa investigação em que é utilizada a observação para a colheita de dados ou para julgar uma situação. Assim, a utilização da fidelidade ou harmonia entre juízes, reporta-se ao grau de consonância entre os resultados de dois ou mais observadores

independentes, que utilizaram os mesmos instrumentos de medida junto dos sujeitos, ou observam e registam o mesmo acontecimento (Fortin, 2003).

A percentagem de concordância interjuízes reflete o grau de harmonia entre as estimações dos observadores mais do que a precisão do próprio instrumento e é uma forma de analisar o erro externo, que provém da falibilidade da observação humana. Este processo indica-nos o tamanho do erro introduzido no processo de observação devido às diferenças na perceção dos observadores e no plano da codificação (ibidem).

A fidelidade interjuízes foi testada através da aplicação do instrumento a 10% da amostra (25 sujeitos), no mesmo momento, mas por diferentes observadores, tendo sido estimada calculando a proporção dos julgamentos atribuídos às mesmas categorias pelos mesmos avaliadores, que fornece uma percentagem de concordância, a qual se espera localizar-se entre 80 e 100% (Fortin, 2003). Caso isso não aconteça, pode concluir-se que os observadores não estão suficientemente formados para realizar a colheita de dados ou que o objeto de observação não é definido de forma suficientemente precisa para permitir aos observadores observar o mesmo fenómeno (ibidem).

A técnica para avaliação da consistência interna metade-metade, concretiza-se dividindo os enunciados em duas metades, que pode ser pela ajuda de repartição aleatória, ou com uma repartição dos enunciados pares/ímpares. As duas metades são apresentadas ao sujeito e calcula-se um coeficiente de correlação entre as duas metades. Se os scores das duas metades mostram uma correlação elevada, trata-se de um bom índice de consistência interna da escala de medida (Fortin, 2003).

Considerando a validade de um instrumento existem três formas principais de avaliar a validade, que variam de acordo com o tipo de informação fornecida e com a intenção do investigador: a validade de conteúdo, a validade de critério e a validade de constructo (Ribeiro, 2010).

A validade de conteúdo é considerada através da distinção de que os atributos incluídos no teste são uma amostra representativa do que é pretendido medir (Fortin, 2009). Remete para o carácter representativo dos enunciados utilizados no instrumento para medir o conceito (ibidem). Consideramos que este critério já foi efetivado através da apreciação por um grupo de peritos aquando da construção do instrumento. Foram reunidos cinco elementos, peritos na área do autocuidado e na das ostomias. O grupo foi constituído por duas enfermeiras estomaterapeutas a trabalhar em consulta de estomaterapia de dois hospitais da área do Porto, uma enfermeira estomaterapeuta, docente na Escola Superior de Enfermagem do Porto; uma enfermeira com formação na área das ostomias a trabalhar

num serviço especializado no tratamento de doentes oncológicos com ostomia de eliminação intestinal e uma enfermeira mestre na área do autocuidado, docente na Escola Superior de Enfermagem do Porto. O grupo de peritos concluiu que todos os indicadores eram pertinentes e adequados aos domínios em avaliação, não tendo sido efetuadas alterações significativas (Cardoso, 2011; Silva, 2012 e Gomes, 2012).

No que refere à validade de critério, esta garante, de modo empírico, que o teste mede o que é suposto medir e é avaliada através da validade preditiva e da validade concorrente (Ribeiro, 2010), estabelecendo através da relação dos resultados com os resultados de um ou mais critérios externos. A validade relacionada com um critério indica a eficiência de um teste em prever o comportamento de um sujeito numa determinada situação (Anastasi, 1990 Cit. por Ribeiro, 2010). A realização num teste é comparada com uma medida objetiva e independente do que o teste se propõe medir (Ribeiro, 2010). Pelo fato de não existir nenhuma medida *standard* que nos permita estabelecer uma relação, a utilização deste critério foi excluída.

A validade de constructo ou validade conceptual é por excelência, a procura da utilidade científica do instrumento, pois liga-se diretamente ao atributo que a teoria propôs medir através daquele teste. Refere-se à capacidade de o instrumento medir o conceito ou o constructo definido teoricamente e trata-se de verificar as relações teóricas subjacentes ao constructo de um instrumento (Fortin, 2009).

Para verificar a validade de constructo existem diferentes métodos: a correlação com outros testes, a análise fatorial, a consistência interna, os efeitos de variáveis experimentais na nota do teste, a validade discriminante e convergente (Anastasi, 1990 Cit. por Ribeiro, 2010) e a validade convergente discriminante dos itens.

Para confirmar a dimensionalidade do formulário procedeu-se ao seu estudo através da análise fatorial e da análise da validade convergente discriminante dos itens.

Para examinar a distribuição fatorial dos itens recorreu-se inicialmente à análise fatorial exploratória pelo método da análise das componentes principais, sem forçar o número de fatores. Posteriormente realizou-se nova tentativa de forma a maximizar a saturação dos itens, procedendo-se à rotação ortogonal pelo método Kaiser com rotação *Varimax e Oblimin* com o intuito de forçar os itens a agruparem-se em subescalas.

Todos os critérios utilizados para validar os testes são adequados para validar os itens (Ribeiro, 2010). Assim, a validade convergente-discriminante do item é considerada um bom indicador de que o item mede o mesmo constructo da escala a que pertence e não outro. Uma boa validade convergente-discriminante do item mostrará que a sua

correlação com a subescala a que pertence é consideravelmente superior à correlação do item com outras subescalas onde não está incluído (Ribeiro, 2010).

A validade convergente-discriminante é utilizada na verificação da validade de constructo através de verificação de dois princípios: a validade convergente refere-se à *“extensão em que a correlação do instrumento com outros instrumentos que medem o mesmo constructo é maior do que a correlação com os que medem constructos diferentes”* (Herdman, Fox-Rushby e Badia, 1998 Cit. por Ribeiro 2010, p.96). A validade divergente *“refere-se à extensão em que a correlação do instrumento com instrumentos que medem diferentes constructos é menor do que a correlação com os que medem o mesmo constructo”* (Herdman, et al, 1998 Cit. por Ribeiro, 2010, p. 96). Considerando que não existe outro instrumento que avalie o mesmo conceito ou outro conceito oposto, esta técnica para testar a validade foi desconsiderada.

Considerando que nem todas as alterações estatisticamente significativas são clinicamente aceitáveis (Ribeiro, 2010), é necessário utilizar um método que permita identificar o significado clínico dos resultados, identificando as mudanças clínicas fidedignas e significativas.

Assim, um instrumento deve possuir propriedades psicométricas rigorosas, como a validade e fidelidade, e propriedades cliniméticas (ibidem).

De forma a testar a sensibilidade clínica do instrumento, foi avaliada a possível relação entre a variável principal e as variáveis secundárias: o tipo de ostomia quanto à duração; a existência de prestador de cuidados informal; e os anos de escolaridade da pessoa.

Quando o investigador analisa um conjunto de dados, tem como objetivo verificar a existência e a natureza das relações entre variáveis. No que se refere à estatística descritiva, esta permite caracterizar os dados de determinada amostra/população e é um procedimento em que se propõe apresentar o panorama do grupo em estudo (Ribeiro, 2010), assim como apresentar os resultados pertinentes relativamente às questões de investigação (Fortin, 2000).

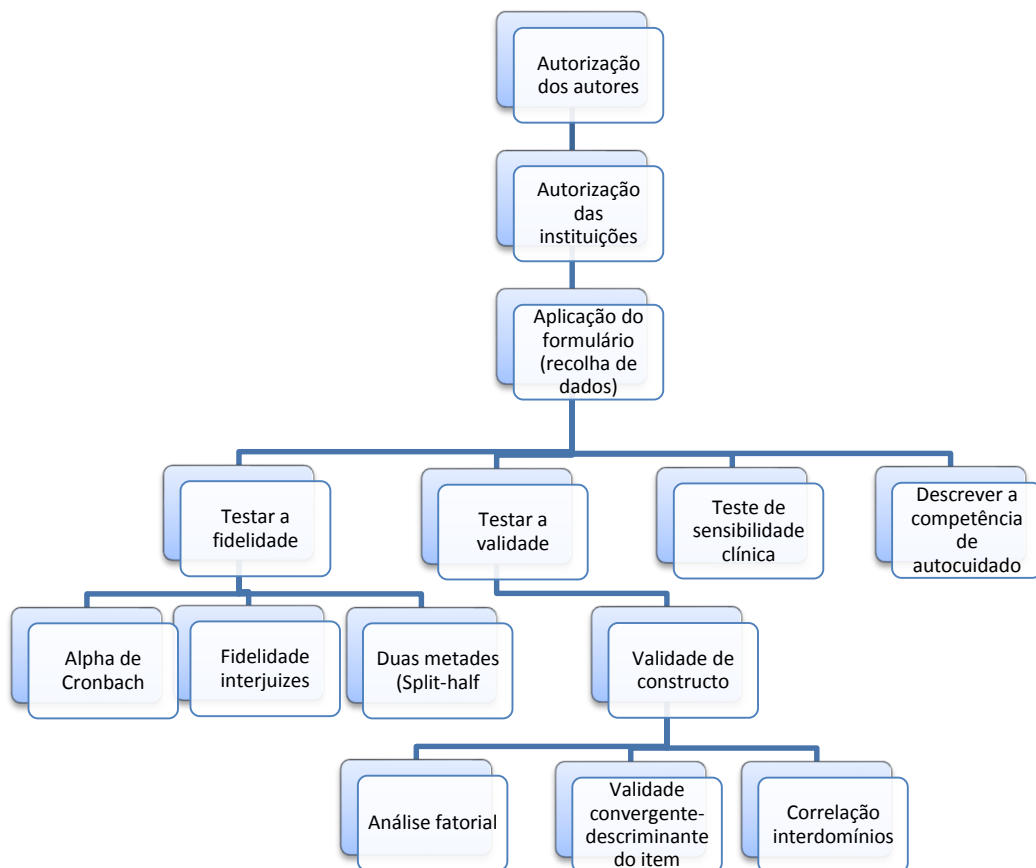
A análise descritiva contempla as medidas de tendência central, nomeadamente a média, a moda, a mediana e a dispersão das variáveis em estudo, como o desvio padrão e coeficiente de variação, que permite caracterizar os dados da amostra para as variáveis principal e secundárias (Ribeiro, 2010).

Na descrição da competência de autocuidado e no estudo da relação entre variáveis, de forma a facilitar a leitura das médias, optámos por calcular o score médio. Este consiste na divisão do valor das médias de cada subescala pelo número total de itens de cada

subescala, isto é, foram somadas as médias obtidas pelos indicadores de determinado domínio e dividido pelo número de itens desse mesmo domínio.

De forma a sintetizar o procedimento executado ao longo do presente estudo, apresentamos o esquema seguinte:

Ilustração 1 - Desenho do estudo



CAPÍTULO III – APRESENTAÇÃO E ANÁLISE DOS RESULTADOS

Neste capítulo, com o intuito de dar resposta aos objetivos, serão abordadas as questões relativas à validade e fidelidade do formulário “Desenvolvimento da competência de autocuidado da pessoa com ostomia de eliminação intestinal”, assim como será descrita a competência de autocuidado da pessoa com ostomia de eliminação intestinal.

3.1. Validação do Formulário

Para se proceder à avaliação das propriedades métricas de qualquer instrumento de medida é necessário efetuar o estudo da fidelidade, da validade e da sensibilidade clínica desse mesmo instrumento, que corresponde ao primeiro objetivo a que nos propusemos. Neste sentido, seguidamente serão expostos os resultados obtidos com as técnicas que optámos para a sua concretização.

3.1.1. Estudo da Fidelidade do Instrumento

Segundo Ribeiro (2010), um processo de adaptação adequado consiste num procedimento muito semelhante ao de construção. Assim, na tentativa de utilizar os mesmos procedimentos que Cardoso (2011), Silva (2012) e Gomes (2012) consideraram na construção do instrumento, analisamos os testes psicométricos utilizados. No processo de

construção, verificamos que apenas testaram a fidelidade, avaliando a consistência interna do instrumento através do Alpha de Cronbach, valores esses expostos na tabela 7.

Tabela 7 - Alpha de Cronbach dos domínios e escala global do formulário, de acordo com os diferentes estudos

Escala/Domínios	Número de itens	Alpha de Cronbach Cardoso, 2011 (N=80)	Alpha de Cronbach Silva, 2012 (N=50)	Alpha de Cronbach Gomes, 2012 (N=50)	Alpha de Cronbach, presente estudo (N=225)
Conhecimento	9	0,82	0,77	0,74	0,75
Auto-vigilância	7	0,76	-	0,84	0,82
Interpretação	4	0,79	-	0,77	0,80
Tomada de decisão	4	0,74	-	0,74	0,86
Execução	17	0,74	-	0,63	0,86
Negociação e utilização de recursos em saúde	4	0,71	-	0,90	0,88
Escala global	45	0,91	-	0,93	0,95

Assim, iniciando o nosso processo de análise pela consistência interna, na observação da tabela 7, verificamos que no que concerne ao valor do Alpha de Cronbach da escala global este é de 0,95, o que traduz uma boa consistência interna, assemelhando-se este valor ao que foi obtido pelas autoras do instrumento nos seus diferentes estudos.

Considerando os valores do Alpha de Cronbach para cada domínio isoladamente, verificamos que à exceção do domínio do conhecimento, todos apresentam um valor igual ou superior a 0,8, contrariamente aos valores encontrados na avaliação de Cardoso (2011) e Gomes (2012), nos quais a primeira obteve no domínio do conhecimento um Alpha de Cronbach superior a 0,8 e os restante com valores entre 0,71 e 0,79, e a segunda obteve apenas no domínio da autovigilância e da negociação e utilização de recursos em saúde valores de 0,84 e 0,9, sendo os restantes entre 0,63 e 0,77. No entanto no domínio do conhecimento obtivemos um valor de Alpha de Cronbach de 0,75, equivalente ao encontrado por Silva (2012) e Gomes (2012).

Centrando-nos agora na análise do Alpha de Cronbach da escala global e das subescalas aquando da exclusão de cada item (Anexo 7), verificamos que não existe nenhuma questão, em que a sua exclusão leve a um impacto significativo no Alpha de Cronbach da escala global, verificando-se mesmo a constância do valor do Alpha, com exceção da questão 1

(*refere o que é uma ostomia de eliminação intestinal*), que a sua exclusão eleva o Alpha de Cronbach para 0,96.

Considerando a correlação corrigida do item com a escala global (Anexo 7), verificamos que a questão 1 (*Refere o que é uma ostomia de eliminação intestinal*) é a única que apresenta uma correlação baixa e negativa. Verificamos também que a questão 4 (*refere sinais de complicação da ostomia de eliminação intestinal*) e a questão 42 (*negocia os diferentes recursos disponíveis no apoio à pessoa ostomizada*) são as questões que apresentam a associação mais alta com a escala global.

Quando considerado o valor do Alpha de Cronbach para cada subescala, verificamos que a eliminação de algumas questões eleva ligeiramente o Alpha da subescala, contudo não se verifica nenhuma mudança significativa. Para além disso a relevância teórica das questões refuta a sua eliminação.

Durante o processo de recolha de dados, deparámo-nos com um número reduzido de respostas à questão 41 (*realiza a técnica de irrigação intestinal*) incluída no domínio da execução, pois trata-se de um procedimento com indicações específicas, não se aplicando a grande parte da amostra por várias razões, nomeadamente relacionada com tratamentos de quimioterapia, colostomias do ascendente ou transversa ou até mesmo porque a pessoa não manifesta interesse ou desconhece a possibilidade de realizar esta técnica. Assim, com o intuito de compreender o impacto dos casos não aplicável, na determinação do Alpha deste domínio, retiramos essa questão, verificando-se uma mudança significativa, passando o Alpha de 0,86 para 0,94. No entanto, considerando a relevância teórica e prática do item, optámos por considerar o Alpha de cronbach sem a sua exclusão.

Prosseguindo com a avaliação da fidelidade do instrumento, tal como foi mencionado previamente, uma outra técnica por nós selecionada foi a fidelidade interjuízes, recorrendo ao teste de correlação de Pearson, tal como já foi referido.

Na tabela 8 é possível constatar que existe uma elevada correlação entre a aplicação por diferentes avaliadores, sendo uma correlação muito elevada, igual ou superior a 0,98 nos domínios do conhecimento, interpretação e tomada de decisão. Nos domínios da auto-vigilância e negociação e utilização dos recursos em saúde não foi possível avaliar a concordância, pois pelo menos um dos juízes manteve a mesma opção de resposta a todos os itens, sendo então considerada uma constante, razão pela qual não é possível calcular a correlação utilizando o programa SPSS.

Tabela 8 - Avaliação da correlação da avaliação interjuízes utilizando o teste paramétrico de correlação de Pearson

	Conhecimento juiz B	Auto-vigilância juiz B	Interpretação juiz B	Tomada de decisão juiz B	Execução ¹ juiz B	Negociação e utilização de recursos em saúde juiz B
Conhecimento juiz A	0,98**	-	-	-	-	-
Auto-vigilância juiz A	-	b	-	-	-	-
Interpretação juiz A	-	-	0,99**	-	-	-
Tomada de decisão juiz A	-	-	-	0,99**	-	-
Execução ¹ juiz A	-	-	-	-	1	-
Negociação e utilização de recursos em saúde juiz A	-	-	-	-	-	b

** - Correlação é significativa ao nível de 0,01; b - Não pode ser calculado porque pelo menos uma das variáveis é constante; 1 - Com exclusão da questão 41 (Realiza a técnica de irrigação intestinal).

Na avaliação da concordância interjuízes, no domínio da execução, foi excluído o item 41, uma vez que todos os participantes (n=25) tinham a opção de resposta, não aplicável. Após a sua exclusão, constatamos que a correlação era perfeita, isto é, existe uma concordância total entre as respostas do juiz A e o juiz B.

Para terminar o estudo da fidelidade, considerando o teste das duas metades (*split-half*), a nossa opção recaiu pela divisão da escala global em dois subgrupos. Um primeiro com os itens pares e outro subgrupo com os itens ímpares. No entanto, a opção pela divisão poderia ter sido realizada considerando a avaliação das duas metades em cada domínio. Contudo após discussão consideramos a opção pertinente na medida em que nos permite avaliar a homogeneidade e coerência do constructo que a escala global pretende avaliar, ou seja, a competência de autocuidado à ostomia de eliminação intestinal.

Recorrendo ao teste de correlação de Pearson, como foi referido, verificamos que a correlação entre os dois grupos criados é positiva, forte e moderadamente significativa ($r(7)=0,88$; $p=0,009$), indicando que a escala apresenta uma boa consistência interna entre os itens.

3.1.2. Estudo da Validade do Instrumento

Para o estudo da validade, principiámos pela análise fatorial para confirmar a eventual dimensionalidade do formulário, que como já foi referido, recorreu-se inicialmente à análise fatorial exploratória pelo método da análise das componentes principais com a opção dos valores próprios superiores a 1, sem forçar o número de fatores e constatámos que deu lugar a uma estrutura de 6 fatores. No entanto, a estrutura resultante e distribuição dos itens não se coadunava com o constructo teórico em estudo. Assim, posteriormente, de forma a maximizar a saturação dos itens, foi tentada uma análise fatorial pelo método Kaiser com rotação *Varimax* e depois com rotação *Oblimin* com o intuito de forçar os itens a agrupar-se em subescalas com mais coerência teórica, contudo os resultados foram equiparáveis à análise anterior, pelo que não achamos pertinente incluir esta análise no presente estudo. Por esta mesma razão, o teste da validade convergente-discriminante do item também foi descartado.

Prosseguindo com a análise sobre a validade do instrumento, consideramos a correlação interdomínios do formulário. Na tabela 9 podemos observar que existe entre todos os domínios, uma correlação positiva, com associação moderada ou alta e moderadamente significativa ou muito significativa, indicando que concorrem todos os domínios para o mesmo constructo, embora meçam componentes diferentes.

Tabela 9 - Correlação significativa entre os domínios do formulário, recorrendo ao teste de correlação de Pearson

	Auto-vigilância	Interpretação	Tomada de decisão	Execução ¹	Negociação e utilização de recursos em saúde
Conhecimento	0,87**	0,76**	0,73**	0,54**	0,76**
Auto-vigilância	-	0,82**	0,86**	0,52**	0,75**
Interpretação	-	-	0,83**	0,50**	0,66**
Tomada de decisão	-	-	-	0,58**	0,70**
Execução ¹	-	-	-	-	0,66**

** - Correlação é significativa ao nível de 0,01 ou inferior; 1 - Com exclusão da questão 41 (*realiza a técnica de irrigação intestinal*).

No domínio da execução, inicialmente, verificamos uma correlação estatística significativa apenas com o domínio da auto-vigilância e a da negociação e utilização de

recursos em saúde, constatando-se que o número de casos incluídos era muito reduzido. Assim, numa tentativa de compreender a razão do sucedido, analisamos as questões do domínio da execução e dado o número de casos em que a questão 41 foi considerada como válida ser muito reduzido, optamos mais uma vez pela sua exclusão.

Com a mudança realizada, apuramos que o domínio da execução é o que apresenta correlações mais baixas com os restantes domínios, nomeadamente com o domínio da interpretação ($r(62)=0,5$; $p=0,000$), que é onde a correlação é menor. A correlação entre o domínio da execução e a negociação e utilização de recursos em saúde é a mais elevada ($r(35)=0,66$; $p=0,000$), sendo no entanto apenas uma associação moderada.

Relativamente ao domínio do conhecimento, este apresenta uma correlação forte com os restantes domínios, à exceção do domínio da execução. O mesmo se verifica nos restantes domínios, com exceção apenas para o da interpretação, que apresenta uma associação moderada com o domínio da negociação e utilização de recursos em saúde ($r(75)=0,66$; $p=0,000$).

3.1.3. *Estudo das Propriedades Clinimétricas do Instrumento*

Para concluir o estudo das propriedades métricas recorreremos ao ensaio da sensibilidade clínica do instrumento. Iniciando este processo de análise pelo estudo da relação entre o tipo de ostomia quanto à duração (temporária/definitiva) e o nível de competência para o autocuidado. Mais uma vez optamos por excluir a questão 41, dado o número reduzido de casos que eram contemplados na realização do teste *t-student* para amostras independentes. Verificamos que não existe uma associação entre o facto de a ostomia ser temporária ou definitiva e o nível de competência para o autocuidado à ostomia.

Na análise da relação entre a presença de prestador de cuidados informal e o nível de competência para o autocuidado, verificamos que existe uma associação significativa entre a existência de prestador de cuidados informal e o nível de competência para o autocuidado à ostomia de eliminação intestinal.

A análise dos dados obtidos (tabela 10) permite-nos verificar que a pessoa com prestador de cuidados informal apresenta um menor nível de competência para o autocuidado à ostomia de eliminação intestinal do que a pessoa sem prestador de cuidados informal em todas as dimensões do instrumento.

Para terminar a análise da sensibilidade clínica, relacionamos os anos de escolaridade e o nível de competência para o autocuidado à ostomia nas diferentes dimensões. Pela aplicação do teste da correlação Pearson, verificamos que as diferenças significativas observam-se no domínio do conhecimento ($r(189)=0,20$; $p=0,005$), no domínio da interpretação ($r(185)=0,33$; $p=0,000$) e no domínio da tomada de decisão ($r(168)=0,24$; $p=0,002$), sendo esta correlação positiva mas baixa, revelando que quanto maior o grau de escolaridade, maior a competência para o autocuidado à ostomia de eliminação intestinal nestes domínios.

Tabela 10 - Relação entre a presença de prestador de cuidados informal e a competência de autocuidado à ostomia de eliminação intestinal, utilizando o teste *t student* para amostras independentes

	Tem prestador de cuidados informal?	n	Score médio	DP	t(GL); p
Conhecimento	<u>Não</u>	64	4,54	0,44	t(208)=5,4; p=0,000
	Sim	146	4,11	0,55	
Auto-vigilância	<u>Não</u>	40	4,62	0,53	t(88)=4,46; p=0,000
	Sim	50	3,95	0,82	
Interpretação	<u>Não</u>	64	3,83	1,07	t(204)=6,41; p=0,000
	Sim	142	2,80	1,07	
Tomada de decisão	<u>Não</u>	64	4,2	0,92	t(181)=7,12; p=0,000
	Sim	119	3,09	1,04	
Execução ¹	<u>Não</u>	30	4,80	0,36	t(43)=2,91; p=0,006
	Sim	34	4,26	1,00	
Negociação e utilização de recursos em saúde	<u>Não</u>	35	4,63	0,78	t(72)=2,11; p=0,038
	Sim	40	4,19	1,02	

1 - Com exclusão da questão 41 (Realiza a técnica de irrigação intestinal).

3.2. A Competência de Autocuidado da Pessoa com Ostomia de Eliminação Intestinal

Considerando o segundo objetivo, o de descrever a competência de autocuidado da pessoa com ostomia de eliminação intestinal, com o intuito de facilitar o processo de exposição e interpretação dos dados, a apresentação será feita segundo os domínios contemplados no formulário: o Conhecimento, a Auto-vigilância, a Interpretação, a Tomada de Decisão, a Execução e a Negociação e Utilização dos Recursos em Saúde.

Tabela 11 - Medidas de tendência central e de dispersão, de acordo com os domínios da competência de autocuidado e escala global

Domínios da competência de autocuidado	n	Score médio	DP	Mo	Med	Mín-Máx	Percentil		
							25	50	75
Conhecimento	210	4,24	0,56	4	4,33	1-5	4,00	4,33	4,56
Auto-vigilância	90	4,25	0,78	5	4,14	1-5	3,86	4,14	5,00
Interpretação	206	3,12	1,17	5	3,00	1-5	2,25	3,00	4,00
Tomada de decisão	183	3,48	1,13	5	3,50	1-5	2,75	3,50	4,50
Execução	14	4,47	0,63	5	4,62	1-5	4,15	4,62	5,00
Negociação e utilização dos recursos de saúde	75	4,39	0,94	5	4,75	1-5	4,25	4,75	5,00
Escala global	-	3,99	0,87	5	4,06	1-5	3,54	3,99	4,68

Tomando por base uma visão global do formulário e considerando todos os domínios da competência de autocuidado exposto na tabela 11, verificamos que o score médio da escala global é de 3,99, situando-se entre a opção 3 - demonstra parcialmente e 5 - demonstra totalmente, assumimos assim que na nossa amostra, os participantes demonstram parcialmente a competência para o autocuidado à ostomia ($3,12 \leq \text{score médio} \leq 4,47$), sendo o desvio em torno do score médio pouco significativo ($DP=0,87$).

Quando consideramos os valores da moda, verificamos que em todos os domínios a opção mais repetida foi de 5 - demonstra totalmente, com a exceção do domínio do conhecimento, no qual a moda foi de 4 correspondendo a uma demonstração parcial deste domínio.

No que concerne à mediana, verificamos que no domínio da interpretação e da tomada de decisão o valor central situa-se no 3 e 3,5 respetivamente, ao passo que nos restantes domínios o centro da distribuição dos dados é igual ou superior a 4,14.

Do estudo dos percentis depreendemos que os domínios em que se verificou um menor nível de demonstração foram a Interpretação, a Tomada de Decisão e o Conhecimento, nos quais verificamos que 75% das respostas são inferiores a 4, 4,5 e 4,56 respetivamente.

Analisando agora os indicadores de cada domínio isoladamente e iniciando pelo Conhecimento, exposto na tabela 12, a média deste domínio situa-se na demonstração parcial, muito próxima do 4 ($4,12 \leq \bar{x} \leq 4,87$), com exceção das questões 4 (*refere os sinais de complicação da ostomia de eliminação intestinal*) que tem a média mais baixa ($\bar{x}=2,63$) e a questão 8 (*refere quais os recursos disponíveis na comunidade à pessoa ostomizada*), com uma média de 3,47. A questão 5 (*refere quais os dispositivos necessários no cuidado à ostomia*) foi a que obteve a média de respostas mais alta ($\bar{x}=4,87$).

Considerando os percentis, é possível perceber que apenas na questão 4, as respostas de 75% da amostra foram inferiores a 5.

Tabela 12 - Medidas de tendência central e de dispersão, de acordo com os itens do domínio do Conhecimento

Itens do domínio do Conhecimento	n	\bar{x}	DP	Mo	Med	Mín-Máx	Percentil		
							25	50	75
1. Refere o que é uma ostomia de eliminação intestinal	225	4,70	1,06	5	5	1-5	5	5	5
2. Refere qual a finalidade da ostomia de eliminação intestinal	225	4,86	0,47	5	5	1-5	5	5	5
3. Refere as características da ostomia de eliminação intestinal	225	4,24	1,11	5	5	1-5	4	5	5
4. Refere os sinais de complicação da ostomia de eliminação intestinal	225	2,63	1,29	2	2	1-5	2	2	3
5. Refere quais os dispositivos necessários no cuidado à ostomia	225	4,87	0,46	5	5	2-5	5	5	5
6. Refere quando deve proceder à substituição do saco de ostomia	216	4,63	0,74	5	5	1-5	4	5	5
7. Refere quando deve proceder à substituição da placa/ penso de ostomia	223	4,79	0,65	5	5	1-5	5	5	5
8. Refere quais os recursos disponíveis na comunidade à pessoa ostomizada	225	3,47	1,25	5	4	1-5	2	4	5
9. Reconhece as suas necessidades na área do conhecimento sobre o cuidado à ostomia	221	4,12	1,19	5	5	1-5	3	5	5

Considerando o domínio da Auto-vigilância, com um score médio de 4,25, pela análise da tabela 13, verificamos que a média de respostas é igual ou superior a 4,33 com exceção das questões 14 (*identifica sinais de complicação da ostomia de eliminação intestinal*) com uma média de 3,09 e a questão 16 (*regista ocorrências significativas*) com uma média mais baixa dos itens que compõe este domínio ($\bar{x}=2,81$).

Tabela 13 - Medidas de tendência central e de dispersão, de acordo com os itens do domínio da Auto-vigilância

Itens do domínio da Auto-vigilância	n	\bar{x}	DP	Mo	Med	Mín-Máx	Percentil		
							25	50	75
10.Observa a ostomia de eliminação intestinal	211	4,65	0,90	5	5,00	1-5	5	5	5
11.Identifica as características da ostomia de eliminação intestinal	210	4,33	1,03	5	5,00	1-5	4	5	5
12.Identifica as características das fezes	207	4,75	0,64	5	5,00	1-5	5	5	5
13.Identifica sinais de alteração das fezes	154	4,72	0,76	5	5,00	1-5	5	5	5
14.Identifica sinais de complicação da ostomia de eliminação intestinal	151	3,09	1,42	2	3,00	1-5	2	3	5
15.Atende à capacidade limite de preenchimento do saco de ostomia	206	4,45	0,99	5	5,00	1-5	4	5	5
16.Regista ocorrências significativas	105	2,81	1,88	1	2,00	1-5	1	2	5

Na moda e na mediana, verificamos que a questão 14 a moda é 2 e a mediana é 3 e para a questão 16 a moda é 1 e a mediana é 2. As restantes questões deste domínio apresentam uma Mo=mediana= 5 – demonstra totalmente.

Pela análise do percentil verificamos que as diferenças se situam principalmente para o primeiro percentil (25%), no qual a questão 11 (*identifica as características da ostomia*), a questão 14 (*identifica sinais de complicação da ostomia de eliminação intestinal*), a questão 15 (*atende à capacidade limite de preenchimento do saco de ostomia*) e a questão 16 (*regista ocorrências significativas*) apresentam respostas iguais ou inferiores a 4, sendo a questão 14 e a questão 16 aquelas em que até 25% das respostas se situam em igual ou inferior a 2 e 1 respetivamente.

Tabela 14 - Medidas de tendência central e de dispersão, de acordo com os itens do domínio da Interpretação

Itens do domínio da Interpretação	n	\bar{x}	DP	Mo	Med	Mín-Máx	Percentil		
							25	50	75
17.Questiona detalhadamente com o objetivo de encontrar uma explicação.	212	2,97	1,68	1	3,00	1-5	1	3	5
18.Referê quais as possíveis causas de complicações da ostomia de eliminação intestinal.	219	2,33	1,35	1	2,00	1-5	1	2	3
19.Referê quais as possíveis causas de alteração das características das fezes	222	3,03	1,54	5	3,00	1-5	1,75	3	5
20.Reconhece que os resultados do autocuidado à ostomia influenciam o seu bem-estar	216	4,13	1,27	5	5,00	1-5	3	5	5

Analisando a tabela 14, relativa ao domínio da Interpretação, que apresenta o score médio mais baixo da escala global, constatamos que a média se situa entre 2,33 e 4,13, remetendo para a demonstração parcial, contudo é o domínio que apresenta maior dispersão de dados ($1,27 \leq DP \leq 1,68$). No que refere à moda, ao contrário dos restantes domínios, é a que apresenta maiores discrepâncias, sendo a moda da questão 17 (*questiona detalhadamente com o objetivo de encontrar uma explicação*) e 18 (*referê quais as possíveis causas de complicações da ostomia de eliminação intestinal*) de 1 e nas restantes de 5.

Pela análise do percentil, percebemos que mais uma vez que a questão 18 se destaca, sendo que até 75% das respostas, a opção selecionada é igual ou inferior a 3, sendo as restantes questões deste domínio iguais ou inferiores a 5.

Tabela 15 - Medidas de tendência central e de dispersão, de acordo com os itens do domínio da tomada de decisão

Itens do domínio da Tomada de Decisão	n	\bar{x}	Mo	Med	DP	Mín-Máx	Percentil		
							25	50	75
21.Estabelece prioridades na tomada de decisão	190	4,28	5	5,00	1,15	1-5	3,75	5	5
22.Reconhece as possíveis consequências das suas decisões	194	3,71	5	4,00	1,33	1-5	3	4	5
23.Preve as complicações da ostomia	191	3,04	2	3,00	1,37	1-5	2	3	4
24.Verbaliza o que fazer para minimizar as complicações da ostomia	195	2,73	2	2,00	1,49	1-5	2	2	4

Relativamente ao domínio da Tomada de Decisão, constatamos que os indicadores apresentam uma média situada no âmbito da demonstração parcial ($2,73 \leq \bar{x} \leq 4,28$), sendo a questão 24 (*verbaliza o que fazer para minimizar as complicações da ostomia*) a que apresenta a média mais baixa, assim como uma $med=mo=2$ e, a questão 21 (*estabelece prioridades na tomada de decisão*), a que apresenta a média mais elevada, sendo a $mo=med=5$ - demonstra totalmente.

As questões 23 (*previne as complicações da ostomia*) e 24 (*verbaliza o que fazer para minimizar as complicações da ostomia*) apresentam a opção até 75% das respostas iguais ou inferiores a 4, o que vai de encontro com a análise referida relativamente às medidas de tendência central de todos os itens deste domínio.

Tabela 16 - Medidas de tendência central e de dispersão, de acordo com os itens do domínio da Execução

Itens do domínio da Execução	n	\bar{x}	Mo	Med	DP	Mín-Max	Percentil		
							25	50	75
25.Executa os procedimentos, atendendo ao seu conforto	176	4,72	5	5,00	0,71	1-5	5	5	5
26.Executa os procedimentos para que o resultado seja esteticamente agradável e funcional	175	4,54	5	5,00	0,91	1-5	5	5	5
27.Gere o tempo na execução de procedimentos para obter os melhores resultados	176	4,34	5	5,00	0,96	1-5	3,25	5	5
28.Organiza o material necessário para o cuidado à ostomia	178	4,56	5	5,00	0,90	1-5	5	5	5
29.Mede o tamanho da ostomia	150	3,61	5	5,00	1,75	1-5	1	5	5
30.Recorta a placa/ penso de acordo com o tamanho da ostomia	153	3,59	5	5,00	1,67	1-5	2	5	5
31.Desadapta o saco da placa de ostomia (se sistema de 2 peças)	160	4,88	5	5,00	0,47	1-5	5	5	5
32.Liberta os gases contidos no saco de ostomia	117	4,60	5	5,00	1,03	1-5	5	5	5
33.Descola a placa de ostomia	150	4,51	5	5,00	1,17	1-5	5	5	5
34.Limpa a ostomia de eliminação intestinal	169	4,31	5	5,00	1,18	1-5	4	5	5
35.Lava a pele periestomal	152	4,38	5	5,00	1,25	1-5	4	5	5
36.Seca a pele periestomal	152	4,42	5	5,00	1,25	1-5	5	5	5
37.Aplica protetores cutâneos	100	3,89	5	5,00	1,69	1-5	2,25	5	5
38.Cola a placa de ostomia	150	3,97	5	5,00	1,53	1-5	4	5	5
39.Adapta o saco de ostomia (se sistema de 2 peças)	158	4,75	5	5,00	0,57	1-5	5	5	5
40.Confirma o ajuste do dispositivo	179	4,79	5	5,00	0,66	1-5	5	5	5
41.Realiza a técnica de irrigação intestinal	17	2,76	1	2,00	1,82	1-5	1	2	5

Considerando a análise do domínio da Execução, exposto na tabela 16, verificamos que este é composto por 17 itens e foi o domínio com score médio mais elevado (4,47), tendo a média dos itens se situado em torno da demonstração parcial ($2,76 \leq \bar{x} \leq 4,88$). Contudo verificamos uma $med=mo=5$ – demonstra totalmente em todos os itens com exceção da questão 41 (*realiza a técnica de irrigação intestinal*) na qual a $mo=1$ e a $med=2$. Este também é a questão que apresenta a média mais baixa nas respostas ($\bar{x}=2,76$).

A questão 31 (*desadapta o saco da placa de ostomia (se sistema de 2 peças)*) é a que apresenta uma média de respostas superior ($\bar{x}=4,88$), seguida pela questão 40 (*confirma o ajuste do dispositivo*) com uma média de respostas de 4,79.

Pela análise do percentil é possível observar que em todas as questões, até 75% das respostas apresentam a opção igual ou inferior a 5, contudo no primeiro percentil deparamo-nos com resultados mais díspares, nomeadamente na questão 29 (*mede o tamanho da ostomia*) e na questão 41 (*realiza a técnica de irrigação intestinal*) com até 25% a opção de resposta é igual a 1 e na questão 30 (*recorta a placa/ penso de acordo com o tamanho da ostomia*) e questão 37 (*aplica protetores cutâneos*) com até 25% das respostas com uma opção igual ou inferior a 2 e 2,25 respetivamente.

Tabela 17 - Medidas de tendência central e de dispersão, de acordo com os itens do domínio da Negociação e Utilização dos Recursos de Saúde

Itens do domínio da Negociação e Utilização dos Recursos de Saúde	n	\bar{x}	Mo	Med	DP	Mín-Max	Percentil		
							25	50	75
42.Negoceia os diferentes recursos disponíveis no apoio à pessoa ostomizada	149	3,89	5	4,00	1,12	1-5	3	4	5
43.Recorre aos serviços de saúde para esclarecimento de dúvidas e/ ou aconselhamento	111	3,83	5	5,00	1,59	1-5	2	5	5
44.Recorre oportunamente aos serviços de saúde face a complicações da ostomia	87	4,31	5	5,00	1,26	1-5	4	5	5
45.Avalia o cuidado prestado pelos serviços de saúde	145	4,64	5	5,00	0,84	1-5	5	5	5

Para terminar, pela análise da tabela 17, referente ao domínio da negociação e utilização dos recursos de saúde, verificamos que a média dos indicadores deste domínio também se situa no âmbito da demonstração parcial ($3,83 \leq \bar{x} \leq 4,64$). No entanto, verificamos alguma dispersão, mais visível na questão 43 (*recorre aos serviços de saúde*

para esclarecimento de dúvidas e/ ou aconselhamento) com um DP= 1,59 e na questão 44 (*recorre oportunamente aos serviços de saúde face a complicações da ostomia*) com um DP=1,26. Constatamos também que a mo=med=5 – demonstra totalmente em todos os itens, com exceção da questão 42 (*negocia os diferentes recursos disponíveis no apoio à pessoa ostomizada*) cuja med=4. Contudo pela análise do parâmetro do percentil das quatro questões referentes a este domínio, percebemos que até 75% das respostas a opção é igual ou inferior a 5.

CAPÍTULO IV – DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

Neste capítulo serão discutidos os resultados obtidos pela análise dos dados, referidos no capítulo anterior, assim como estabelecido um paralelismo com o conhecimento atual sobre estes domínios e com as reflexões que foram emergindo ao longo do desenvolvimento do projeto.

A opção de organização do capítulo incidiu numa divisão em dois pontos principais segundo os objetivos delineados: num primeiro ponto será discutido o processo de validação e os resultados obtidos nesse mesmo processo e num segundo ponto será abordada a competência de autocuidado da pessoa com ostomia de eliminação intestinal.

4.1. Estudo das Características Psicométricas e Clinimétricas do Instrumento

Muitos estudos na área das ciências da saúde incluem a aplicação de questionários ou formulários para avaliar determinadas características ou atitudes, contudo, qualquer que seja o instrumento utilizado e a sua finalidade, é imprescindível antes da utilização dos resultados e/ou generalização dos dados, testar a validade, a fidelidade e a sensibilidade clínica desse mesmo instrumento.

Iniciando a nossa análise pelo estudo da fidelidade, foram vários os teste a que recorreremos, tendo constatado que no geral, o formulário “Desenvolvimento da competência de autocuidado da pessoa com ostomia de eliminação intestinal”, apresenta resultados muito encorajadores.

No que refere à consistência interna do formulário, obtivemos resultados na escala global, que representam uma boa fidelidade (0,95). Os valores do Alpha de Cronbach identificados são ligeiramente superiores neste estudo, quando comparados com os valores

encontrados por Gomes (2012) e Cardoso (2011), contudo também eles indicam uma boa consistência interna do instrumento, e tendo em consideração o tamanho da amostra de 50 e 80 participantes em comparação com os 225 do presente estudo, assim como algumas diferenças nas características da amostra, nomeadamente o tempo decorrido após a cirurgia, seriam expectáveis algumas diferenças.

No que refere ao Alfa de Cronbach dos domínios por si só, verificamos que à exceção do domínio do conhecimento (0,75), todos apresentam um valor superior a 0,8. Contudo, mesmo para o domínio do conhecimento, também se considera aceitável um valor de superior a 0,6 (Ribeiro, 1999).

Os valores de Alfa de Cronbach encontrados no domínio do conhecimento são semelhantes aos estudos desenvolvidos por Silva (2012) e Gomes (2012), sendo inferior ao encontrado por Cardoso (2011).

Na tentativa de compreender o valor de Alfa de Cronbach obtido no domínio do conhecimento em comparação com os restantes, analisamos as nove questões integrantes do domínio, tendo verificado que a eliminação de questões apenas mantinha ou reduzia o valor do Alpha da subescala e da escala global, com a exceção da questão 1 (*refere o que é uma ostomia de eliminação intestinal*), que eleva ligeiramente o valor do Alpha da escala global para 0,96. Contudo consideramos que se trata de uma questão relevante no contexto teórico e o impacto da sua exclusão no formulário, não é muito significativo em termos de validade interna do instrumento.

A diferença encontrada no domínio do Conhecimento quando comparado com o estudo de Cardoso (2011), pode estar relacionado com o facto do tempo decorrido de pós-operatório de confecção da ostomia estar associado a um conhecimento e adaptação superior (RNAO, 2009) e quando analisamos as características da amostra, mais concretamente com o tempo decorrido do pós cirurgia de confecção da ostomia, verificamos que a média global da amostra é de 35,5 meses no estudo de Cardoso (2011), enquanto nos restantes estudos incluindo o presente, a média é inferior, contendo mesmo um número significativo de participantes a aguardar cirurgia. Estes dados levam-nos a assumir, que o nível de demonstração do Conhecimento da nossa amostra é inferior, influenciando negativamente o valor do Alpha de Cronbach desta subescala.

Prosseguindo com a análise da fidelidade do instrumento, investigamos a fidelidade interjuízes, na qual o instrumento foi aplicado por dois enfermeiros, à mesma pessoa, nas mesmas condições. Os resultados obtidos são de elevada concordância, verificando-se uma

correlação perfeita no domínio da Execução, possivelmente relacionada com a maior facilidade de mensuração dada a objetividade de avaliação dos itens desta subescala.

No domínio do Conhecimento o nível de concordância é de 0,98, na Interpretação, é de 0,99 e no domínio da Tomada de Decisão é igualmente de 0,99, constatando-se que todos os valores vão de encontro ao esperado de se localizarem entre 0,8 e 1 (Fortin, 2003), o que significa que os resultados obtidos representam diferenças reais e não são influenciadas pela perspectiva do observador. As ligeiras diferenças encontradas podem estar relacionadas com algumas questões específicas que serão abordadas posteriormente.

No domínio da auto-vigilância e da negociação e utilização dos recursos em saúde, não foi possível avaliar o nível de concordância entre os juízes, pois pelo menos um dos juízes registou sempre o mesmo valor neste domínio, sendo então assumido como uma constante. O mesmo se verificou no domínio da execução, contudo, como constatamos que na questão 41 a opção de resposta nos 25 participantes não se aplicava em nenhum e, dado o número de casos considerados na análise ser reduzido, optamos por excluí-la, sendo então possível avaliar a concordância e constatando-se uma correlação perfeita.

Pelas situações verificadas ao longo da análise dos dados, consideramos que em determinadas situações, a exclusão da questão 41 deve ser considerada. Apesar da sua relevância, verificamos na nossa amostra, um número reduzido de pessoas que realizavam irrigação intestinal, pelo que, dependendo das características da amostra e do estudo que se pretende realizar, este procedimento deve ser novamente analisado e ponderada a sua implicação nos resultados.

O número reduzido de participantes a fazer irrigação intestinal não era expectável, dado o número de pessoas com colostomia representar a maior parte da amostra, no entanto, verificamos que alguns participantes encontravam-se num pós-operatório recente, ou a fazer tratamentos de quimioterapia. Contudo, também foi possível observar, pessoas sem contraindicações para realizar o procedimento, mas que recusavam a realização do mesmo ou que desconheciam a sua existência, nunca tendo sido abordadas pelo médico ou enfermeiro para a realização do mesmo.

Assim, a razão para retirar ou não a questão 41 no tratamento dos dados prende-se com o número de casos em que foi avaliada a execução da irrigação intestinal e, com o tipo de estudo que se vai realizar, dada a não aplicação influenciar o número de casos em análise.

No domínio da Auto-vigilância e no domínio da Negociação e Utilização de Recursos em Saúde, a impossibilidade de avaliar a concordância deveu-se por um lado ao número de casos excluídos devido à utilização da opção não se aplica e por outro lado devido à

resposta igual em todos os itens desse domínio por um dos juízes. Contudo, ao contrário do que se observava no domínio da Execução, não havia nenhuma questão que a opção “não se aplica” fosse comum a todos os participantes, razão pela qual não empregamos a mesma estratégia de excluir determinada questão.

Ao longo do processo de colheita de dados deparamo-nos com algumas dificuldades e dúvidas relacionadas com a melhor forma de registrar a informação recolhida.

Analisando os domínios em geral, as dúvidas surgiam essencialmente na utilização da opção 1 ou 0 (não se aplica), que foi a divergência mais frequentemente encontrada, apesar da formação dada inicialmente e da explicação presente no manual. Assim, deve ser frisada e mais claramente explicitada, tanto no manual de preenchimento do formulário como na formação aos profissionais, quando utilizar uma opção e outra. De forma sucinta, podem considerar quando é possível avaliar o item através de questões e a pessoa não refere os critérios de resultado do item, deve ser utilizada a opção 1. A opção 0, apenas se utiliza quando não foi possível avaliar, nomeadamente no domínio do executar ou se a questão não se enquadra na situação específica da pessoa.

No domínio da Auto-vigilância, a divergência ocorria essencialmente na questão 14 (*identifica sinais de complicações da ostomia de eliminação intestinal*) pois surgia a dúvida de, no caso de a pessoa nunca ter desenvolvido nenhuma complicação, não as poderia identificar, pelo que a opção correta nessas situações deve ser o 0.

Considerando o domínio do Conhecimento, as questões que suscitaram mais indecisões foram a questão 1 (*refere o que é uma ostomia de eliminação intestinal*), mas uma vez que esta questão apenas apresenta um critério de resultado, a opção deve ser apenas 1 ou 5; a questão 4 (*refere os sinais de complicação da ostomia de eliminação intestinal*), que tem 15 critérios de resultado, que exigia um conhecimento preciso dos mesmos, ocorrendo oscilação essencialmente entre a opção 3 e 4, relacionada com a organização da informação e definição do número de critérios de resultado para escolha de uma ou outra opção; e a questão 6 (*refere quando deve proceder à substituição do saco de ostomia*) em que se verificavam respostas intermédias, mas como o critério de resultado é apenas um, as opções de resposta só podem ser 1 ou 5.

No domínio da Interpretação, a questão 17 (*questiona detalhadamente com o objetivo de encontrar uma explicação*) gerou algumas incertezas, pois a sua avaliação tem uma componente mais subjetiva, que está relacionada com o que o avaliador considera como “detalhadamente”. As opções dos avaliadores variavam dentro da demonstração parcial, ou seja entre a opção 2 e 4. De forma a reduzir a componente subjetiva, poderíamos

considerar apenas a opção 1, 3 e 5, pois no que refere à aplicação prática do instrumento, este dado informa-nos do nível de iniciativa ou envolvimento da pessoa, não sendo muito relevante a especificidade intermédia.

Por fim, o domínio da tomada de decisão, na questão 21 (*estabelece prioridades na tomada de decisão*) e na questão 22 (*reconhece as possíveis consequências das suas decisões*), novamente surgiam hesitações relacionadas com a componente subjetiva da questão. Considerando a aplicação prática do instrumento, as opções poderiam passar apenas pelo 1, pelo 3 e pelo 5, tal como referido para a questão 17.

Consideramos que as principais discordâncias que surgiram estavam relacionadas com a formação dos avaliadores para a utilização do instrumento, assim como com algumas questões específicas que envolvem uma dimensão menos objetiva. Ambos os fatores podem ser melhorados, passando pela reformulação do manual de preenchimento do formulário, clarificando todas as situações referidas bem como a utilização mais regular do instrumento.

Durante a aplicação do questionário foi perceptível o défice de conhecimentos dos profissionais nos cuidados à ostomia. Considerando a particularidade e a intervenção diferenciada que exigem os cuidados à pessoa com ostomia na sua vivência da transição, é crucial o investimento e formação neste âmbito de forma a assegurar uma prestação de cuidados de qualidade. A mesma realidade foi percebida por Cardoso (2011) no seu estudo desenvolvido nos cuidados de saúde primários, a qual refere a necessidade de formação dos enfermeiros como uma prioridade face às singularidades do cuidado à pessoa com ostomia.

O défice de conhecimentos dos enfermeiros pode ser um fator limitador à aplicação do formulário, pelo tempo acrescido que exige na recolha de dados, assim como pela qualidade dos dados obtidos. No caso do nosso estudo, as estratégias adotadas para diminuir os enviesamentos foram através da presença constante para esclarecimento de dúvidas e a formação providenciada.

De forma a concluir o estudo da fidelidade do instrumento, foi realizado o teste das duas metades, verificando-se que a correlação entre os dois grupos é forte, significativa e positiva, concluindo assim que existe uma homogeneidade na escala global, que avalia concordantemente o mesmo constructo.

Direcionando-nos agora para o estudo da validade do instrumento e como já referimos previamente, assumimos como assegurada a validade de conteúdo, realizada pelas autoras

do instrumento aquando da sua construção, vamos agora direccionar a nossa análise para a validade de constructo.

Como já foi exposto, na realização da análise fatorial, o resultado obtido, era uma estrutura que quando analisada à luz da evidência científica, não tinha coerência teórica, assim, optamos por não incluir esse teste. Pela mesma razão, a validade convergente-discriminante do item também foi excluído do planeamento inicial.

No que refere ao teste da correlação entre os vários domínios da escala global, verificamos que entre todos existe uma correlação positiva e significativa, contudo o domínio da Execução é o que apresenta associação menor com os restantes domínios, sendo a correlação mais alta, com o domínio da Negociação e Utilização de Recursos em Saúde e a mais baixa com o domínio da Interpretação. Este fato pode ser justificado pelas características da amostra, em que se verifica o desenvolvimento apenas das capacidades de execução, mas com ausência do conhecimento que sustente o procedimento, influenciando diretamente a interpretação que a pessoa faz sobre as situações inerentes ao cuidado à ostomia.

Os restantes domínios, apesar de apresentarem uma correlação significativa, verificámos que é inferior na Tomada de Decisão com a Execução e com o Conhecimento. Tal constatação pode, possivelmente, ser justificada pela prevalência de processos de tomada de decisão não fundamentados e direccionados apenas para a execução dos cuidados à ostomia, cumprindo e replicando um procedimento previamente aprendido.

O Conhecimento e a Auto-vigilância são os domínios que apresentam a correlação mais forte e também ela significativa. *À priori*, uma pessoa com um maior nível de demonstração do conhecimento estará mais desperta e consciencializada para adotar uma postura de auto-vigilância relativamente à ostomia e aos seus cuidados.

A Auto-vigilância apresenta também uma correlação forte e significativa com a Interpretação e a Tomada de Decisão, o que pode ser percebida com base no pressuposto de que uma demonstração adequada da capacidade de auto-vigilância, que como verificámos também está correlacionada com um nível de conhecimento superior, permite uma melhor interpretação das situações que ocorrem relativas à ostomia e a uma tomada de decisão sustentada nessa mesma auto-vigilância e interpretação. Esta situação também pode ser confirmada pela correlação significativa, apesar de menor, entre a Interpretação e a Tomada de Decisão com o Conhecimento, que seria expetável que fosse superior.

Tendo por base os resultados observados, verificamos que existe uma correlação positiva e significativa entre todos os domínios, traduzindo uma boa validade do

instrumento e confirmando que todos os domínios estão direcionados para a avaliação do mesmo pressuposto teórico, contudo avaliando diferentes componentes.

Para terminar o estudo das propriedades métricas do instrumento, analisamos a sensibilidade clínica do mesmo. Para tal fizemos uma comparação entre a evidência científica e algumas variáveis secundárias, com o intuito de compreender a sua consonância.

Quando analisamos a variável do tipo de ostomia quanto à duração, segundo Boyles (2010b) quando o tipo de ostomia é temporário, a pessoa não sente a real necessidade de se adaptar totalmente à sua ostomia, por saber que a situação é reversível. Taylor e Morgan (2010) acrescentam que muitas pessoas, pela dificuldade em lidar com a ostomia, centram-se exclusivamente na sua reversibilidade, descorando todo o processo de autocuidado ou colocam mesmo a vida em “suspenso” aguardando a reconstrução do trânsito intestinal. Contudo, alguns estudos já fundamentam que tanto o impacto como os desafios que vão surgindo com a presença da ostomia são idênticos na ostomia temporária e na definitiva (Ma et al., 2007; Krouse et al., 2009).

Quando considerados os resultados por nós obtidos, verificamos que não existe nenhuma associação estatística significativa entre a duração da ostomia (temporária/definitiva) e o nível de competência para o autocuidado. Considerando que a nossa amostra é constituída por um número de pessoas com ostomia temporária, semelhante ao número de pessoas com ostomia definitiva, podemos assumir que os resultados obtidos traduzem uma associação real das características da amostra com o nível de competência.

Na análise da relação entre a presença de prestador de cuidados e o nível de competência para o autocuidado à ostomia de eliminação intestinal, O'Connor (2005) refere que a pessoa com ostomia considera como provedor de segurança e conforto ter um prestador de cuidado informal educado sobre os cuidados à ostomia, contudo este aspeto poderá resultar numa possível transferência de responsabilidades da pessoa com ostomia para o prestador de cuidados informal, dos cuidados associados à ostomia.

Posto isto, verificamos que os resultados obtidos na nossa amostra vão de encontro ao que seria expectável. Efetivamente, a pessoa com ostomia de eliminação intestinal com prestador de cuidados informal manifesta uma menor nível de competência no autocuidado. Os mesmos resultados foram encontrados por Cardoso (2011) no seu estudo, relatando que a pessoa com ostomia que referiram ter colaboração de um cuidador informal, apresentaram menor aquisição da competência no autocuidado. No entanto,

considerando uma diferente amostra, no estudo desenvolvido por Silva (2012) no contexto do pré-operatório de confecção da ostomia e que apenas avaliou o domínio do conhecimento, concluiu que não se registavam diferenças estatisticamente significativas entre a média do conhecimento na fase pré-operatória das pessoas com e sem prestador de cuidados informal. Isto pode significar que inicialmente a presença de prestador de cuidados informal não tem impacto no desenvolvimento do conhecimento sobre o autocuidado à ostomia, podendo mesmo ser um fator facilitador do processo de transição (Santana et al.,2010). Contudo posteriormente, a pessoa com prestador de cuidados informal, tende a delegar mais responsabilidades dos cuidados à ostomia, demonstrando menos competência para o autocuidado.

Por fim, no que refere à variável dos anos de escolaridade, Treacy e Mayer (2000) referem que o nível de literacia não está diretamente relacionado com a capacidade intelectual da pessoa, assumindo que as pessoas iletradas têm a mesma capacidade de desenvolver a competência de autocuidado à ostomia. Contudo, pela análise da nossa amostra, centrando-nos nos anos de escolaridade, se compararmos o número de anos de escolaridade com o nível de competência, verificamos que à medida que o número de anos de escolaridade da pessoa com ostomia aumenta, maior o nível de competência que demonstra, nomeadamente no domínio do Conhecimento, no domínio da Interpretação e no domínio da Tomada de Decisão. Neste sentido Phaneuf (2005), refere que o nível de instrução é um dos fatores que determinam a capacidade de aprendizagem. Também Sinha e colaboradores (2009), demonstraram existir uma associação positiva e significativa entre a educação da pessoa com ostomia e a sua qualidade de vida, relacionada com o nível de competência para o autocuidado. Cardoso (2011) no seu estudo também concluiu que quanto maior o grau de escolaridade, mais capacidades são demonstradas pelas pessoas em todos os domínios do autocuidado à ostomia de eliminação intestinal. E Silva (2012) no domínio do conhecimento, no contexto do pré-operatório de confecção da ostomia também referiu os anos de escolaridade como preditivo de um nível mais elevado de competência de autocuidado. Gomes (2012) também chegou aos mesmos resultados, mas com um nível de associação menor.

Após a realização dos testes expostos acima, podemos concluir que o formulário “Desenvolvimento da competência da pessoa com ostomia de eliminação intestinal” é um instrumento válido, fiável e com capacidade de avaliar a realidade clínica, no qual podemos assumir como rigorosos os dados recolhidos com a sua aplicação.

Dispomos assim de um instrumento de avaliação das competências de autocuidado da pessoa com ostomia ao longo do seu percurso desde uma fase inicial até uma fase de manutenção ou vigilância. No entanto devem ser atendidas algumas sugestões de melhoria para o manual de preenchimento do formulário.

4.2. A Competência de Autocuidado da Pessoa com Ostomia de Eliminação Intestinal

Tomando por base os dados obtidos com a aplicação do formulário e iniciando pela caracterização da amostra, percebemos que os participantes do presente estudo possuem um conjunto de características sociodemográficas nomeadamente no que refere à proporção de pessoas do sexo masculino e feminino, média de idades, anos de escolaridade e situação profissional atual, muito semelhante aos participantes do estudo desenvolvido por Cardoso (2011), Silva (2012) e Gomes (2012), como seria expectável dada a população e localização geográfica ser a mesma, o que é uma mais-valia na medida em que nos permite a comparação de alguns resultados obtidos.

De forma global, podemos inferir que as pessoas com ostomia de eliminação intestinal incluídas na amostra demonstram parcialmente a competência para o autocuidado à ostomia, uma vez que a média global da escala, considerando todos os domínios foi de 3,99, valor este, que como referimos inicialmente, se encontra entre a opção 2 e 4, caracterizados como uma demonstração parcial. No entanto, podemos acrescentar que está mais próximo da demonstração total do que da ausência de competência. O mesmo resultado foi constatado por Cardoso (2011), mas não com este nível de discriminação, dada a utilização de uma escala de *likert* de 3 opções.

Se compararmos estes valores com a caracterização da amostra, verificamos que a maioria dos participantes (53,3%) têm a ostomia há mais de um mês, com uma média de 2,85 anos, o que deveria pressupor um nível superior de competência para o autocuidado, considerando a evidência científica atual que sugere o tempo como um fator favorável para o processo de adaptação a esta nova condição (RNAO, 2009). É, no entanto, importante referir que a moda dos domínios é de 5, o que corresponde a uma demonstração total da competência.

Os dados obtidos, de forma geral, permitem-nos depreender, em termos de aplicação prática, que existe uma necessidade, que poderá ser sensível aos cuidados de enfermagem, mas que necessita de ser esmiuçada de forma a melhor compreendermos a necessidade de intervenção.

Assim, analisando cada domínio por si só, verificamos que em todos os domínios, a opção média variam entre 3 e 5 estando mais próximos da opção 5, com exceção do domínio da Interpretação e da Tomada de Decisão, cujos scores médios se encontram muito próximas de 3, indicando um nível de competência mais baixo. Neste sentido depreendemos que a capacidade de interpretar e de decidir sobre os cuidados à ostomia são os domínios em que a nossa amostra apresenta um nível de desenvolvimento inferior. Nesta linha de pensamento, a literatura científica, refere que o processo de capacitação da pessoa com ostomia centra-se primariamente na execução dos cuidados à ostomia e na sua auto-vigilância (Burch, 2012). Estes resultados sugerem uma necessidade de mudança no processo de ensino/aprendizagem da pessoa com ostomia, exigindo uma maior intervenção no âmbito da capacitação da pessoa para interpretar e fundamentar as decisões nos cuidados à ostomia.

Cardoso (2011) identifica a mesma conclusão, sendo a interpretação do autocuidado, o domínio com score médio mais baixo. Considerando que a capacidade de interpretar pressupõe que a pessoa seja capaz de colocar questões e referir possíveis fatores relacionados com as alterações ou complicações inerentes ao autocuidado (Silva, 2012) podemos pressupor que este nível de demonstração está relacionado diretamente com o conhecimento, sendo necessária uma otimização do processo de aprendizagem a este nível, capacitando a pessoa para a interpretação e conseqüentemente para a capacidade da pessoa para decidir no contexto do autocuidado, isto é, a tomada de decisão.

Comparando estes dados obtidos com os resultados alcançados pelas autoras do instrumento, verificamos que existem algumas disparidades nos resultados, contudo devemos ter em consideração que as amostras são diferentes no que refere ao tipo de ostomia e tempo decorrido desde a confeção do estoma. O estudo de Cardoso (2011), aplicado no contexto comunitário, é o que apresenta a amostra com características mais similares, refletindo-se a mesma analogia nos resultados obtidos.

Considerando estas particularidades, concluímos que os participantes necessitam de apoio mais direcionado para o conhecimento, nomeadamente no que refere às complicações da ostomia e depreendemos que por vezes o descorar da informação a providenciar pelo enfermeiro, se relaciona com a dimensão e complexidade da mesma,

dadas as características da população, nomeadamente no que refere à média de idades e ao nível de escolaridade.

Apesar disso, frequentemente a pessoa reconhece a mudança das características normais da ostomia, contudo não refere isso como uma complicação. Pela análise do domínio da Auto-vigilância, verificamos que a mediana=moda=5, e com uma média de 4,33, pelo que sugere a capacidade da pessoa reconhecer as características da ostomia, mas um défice na capacidade de identificar o tipo de alterações e as causas associadas.

A Interpretação é o domínio com o score médio mais baixo (3,12), sugerindo uma necessidade de promoção da capacidade de interpretação da pessoa com ostomia, tal como foi referido. Pela análise dos itens incluídos neste domínio, verificamos que os que apresentam médias inferiores prendem-se com as complicações da ostomia e as suas causas, tal como já tínhamos constatado.

Um outro item a considerar, também ele com uma média inferior refere-se as possíveis causas das alterações das fezes, que a meu ver se correlaciona com o nível de conhecimento, refletindo uma necessidade de formação neste domínio. Assim, consideramos a questão 19 (*refere quais as possíveis causas de alteração das características das fezes*), dados os critérios de resultado, mais direcionada para uma avaliação do nível de conhecimento do que da interpretação da pessoa, sugerindo-se a mudança da mesma para o domínio do conhecimento.

Na tomada de decisão, verificamos também, uma redução do nível de competência face ao exetável, mas que pela análise dos itens, assumimos mais uma relação direta com o nível de conhecimento das complicações da ostomia e a sua prevenção, que vai influenciar diretamente o seu reconhecimento pelas consequências das suas decisões. A diferença encontrada na média de opções entre a questão 23 (*previne as complicações da ostomia*) com uma média de 3,04 e a questão 24 (*verbaliza o que fazer para minimizar as complicações da ostomia*) com uma média de 2,73 poderá prender-se com o facto de, por vezes, a pessoa tem um determinado comportamento na execução do procedimento, contudo não compreende a razão pela qual se deve proceder dessa maneira, nomeadamente as precauções com os esforços ou até o recortar da placa, mais uma vez indo de encontro com o conhecimento e com a interpretação.

Determinadas características da amostra podem ter implicação na aquisição de competência, assim, considerando a amostra do presente estudo é de salientar: o motivo da realização da cirurgia, que é maioritariamente devido a patologias neoplásicas, podendo a pessoa estar mais centrada no processo de doença do que no desenvolvimento da

competência de autocuidado (Black, 2000 Cit. por Black, 2010), podendo traduzir um nível de competência para o autocuidado inferior; as experiências anteriores, nomeadamente o contacto prévio com pessoas com ostomia e o tipo de experiência vivenciada, pois pode ser um fator facilitador ou inibidor do processo de transição (Slavin, 1991 Cit. por Metcalf, 1999), constatando-se que a maioria da nossa amostra nunca teve contacto anterior com pessoas portadoras de ostomia, podendo influenciar no processo de transição e desenvolvimento da competência de autocuidado; o tempo decorrido é também uma condição necessária para o processo de aprendizagem e assimilação das novas habilidades e adaptação à nova condição (Black, 2010), verificando-se na nossa amostra que cerca de metade dos participantes foram submetidos à cirurgia de confecção da ostomia há menos de um mês, pelo que é expectável um nível de competência para o autocuidado à ostomia inferior; o tipo de ostomia quanto à duração, se temporária ou definitiva, influencia o nível de motivação da pessoa para a aprendizagem dos cuidados à ostomia (Boyles, 2010b), constatando-se a nossa amostra um número equiparável de participantes com ostomia temporária e com ostomia definitiva; a presença de prestador de cuidados pela evidência científica, sabemos que pode influenciar negativamente a aquisição da competência de autocuidado, devido à delegação de responsabilidades por parte da pessoa com ostomia, para o cuidador (O'Connor, 2005). Existindo prestador de cuidados informal na maioria dos participantes do presente estudo, poderia prever-se um nível inferior de competência para o autocuidado; o nível de escolaridade é outra característica com impacto no processo de desenvolvimento da competência, existindo uma associação positiva entre os anos de escolaridade e aprendizagem dos cuidados à ostomia (Sinha et al. 2009).

Em suma, considerando os resultados obtidos e a análise realizada, concluímos que a amostra demonstra um nível parcial de competência de autocuidado, tendencialmente mais próximo da demonstração total, sendo os domínios da Interpretação e da Tomada de Decisão os que apresentam um nível inferior de demonstração. Os resultados obtidos estão relacionados com as características da amostra e com os padrões de ensino/aprendizagem assumidos pelos profissionais de saúde, nomeadamente pelos enfermeiros. Alguns domínios com um nível de demonstração inferior sugerem uma necessidade de intervenção, sensível aos cuidados de enfermagem e uma reformulação no processo de planeamento e intervenção junto da pessoa com ostomia.

CONCLUSÃO

A presença de uma ostomia de eliminação intestinal é um importante desafio para os profissionais de saúde, para os doentes e para aqueles que com o doente coabitam.

A pesquisa sobre a pessoa com ostomia, remete-nos para uma área pouco explorada em Portugal, contudo sabemos que a pessoa com a ostomia confronta-se diariamente com um elevado número de stressores, não só relacionados com o conjunto de alterações psicológicas, físicas e sociais impostas pela nova condição, assim como relacionados com o diagnóstico e tratamento que levou à confeção do estoma, que como verificámos pela nossa amostra e pela literatura que sustenta o trabalho, é predominantemente devido a patologias neoplásicas.

A realização deste trabalho permitiu dar mais um passo no conhecimento da transição vivenciada pela pessoa com ostomia e ajudar os profissionais de saúde, mais direcionado para o papel do enfermeiro, no acompanhamento e apoio personalizado à pessoa nas diferentes fases da sua adaptação à nova condição.

Ao longo do desenvolvimento do estudo, deparamo-nos com algumas limitações, que são esperadas quando trabalhamos no domínio das ciências sociais, no entanto é essencial ter em consideração as suas implicações na avaliação dos resultados e na sua interpretação.

Dada a dimensão da amostra, que pretendíamos para que esta fosse numericamente considerável e encaminhasse para um processo de interpretação e epílogo com mais rigor e conteúdo, a colheita de dados estendeu-se desde Abril de 2013 a Maio de 2014. O tempo decorrido mostrou-se uma mais-valia pelo contacto com um número acrescido de profissionais e com uma exposição a diferentes contextos e experiências enriquecedoras do nosso trabalho.

Considerando as sugestões das autoras do instrumento e após uma reflexão, optámos pela alteração da escala de *likert* de 3 para 5 opções e a inversão da pontuação, o que se mostrou um benefício na leitura e discriminação dos dados, possibilitando a distinção nos

diferentes domínios, daqueles com maior e menor nível de demonstração, tal como sugeriu Cardoso (2011) e Silva (2012).

Não poderíamos deixar de elencar uma forte limitação relacionada com a recolha de dados, pois, por vezes, a ausência de um espaço próprio para a aplicação do instrumento, não permitia a avaliação do domínio da execução, o que pode ter influenciado os resultados deste domínio.

O facto de a aplicação ter sido realizada por outros profissionais que não apenas o investigador principal e as dúvidas que surgem na sua aplicação podem ter tido algum impacto nos resultados obtidos, contudo, os profissionais foram incitados a procurar esclarecimento sempre que necessário, colocando as dúvidas circunstanciais de forma a reduzir ao mínimo os enviesamentos.

A utilização de colaboradores na recolha de dados teve mais-valias, nomeadamente permitiu perceber a perceção dos enfermeiros relativamente às vantagens da utilização do instrumento assim como as dificuldades sentidas e eventuais sugestões de melhoria.

No geral, os profissionais consideram pertinente e muito vantajosa a utilização do instrumento, apesar do seu interesse prático estar direccionado para um acompanhamento longitudinal e este ser um estudo transversal, referiram a possibilidade de facilitar a estruturação do processo de ensino, assim como do seu registo. Referiram ainda a importância e utilidade do manual de preenchimento do formulário que se constituía como um bom resumo do suporte teórico essencial para a prestação de cuidados à pessoa com ostomia. Alguns profissionais acrescentaram que a aplicação do formulário exige um conhecimento aprofundado do manual, para que o registo seja rigoroso e reflita a realidade, o que numa fase inicial prolongava muito a aplicação do instrumento, tornando-se ocasionalmente uma limitação à sua utilização.

Considerando o trabalho desenvolvido, tecemos algumas recomendações para investigações futuras, nomeadamente a realização de um estudo longitudinal que implique a aplicação do instrumento de avaliação à mesma pessoa, em diferentes fases do processo de transição, desde o pré-operatório de confecção da ostomia até ao período após a alta hospitalar, permitindo avaliar o desenvolvimento da competência de autocuidado da pessoa à ostomia, explorar as variáveis sociodemográficas e de tratamento capazes de interferir neste processo, conhecer as características do processo de transição assim como as características da pessoa portuguesa com ostomia de eliminação intestinal.

A extensão da amostra para diferentes grupos populacionais portugueses, seria uma mais-valia, permitindo conhecer e definir estratégias de abordagem mais eficazes e

adequadas no processo de ensino/aprendizagem da competência de autocuidado à ostomia de eliminação intestinal.

As possibilidades de investigação futuras, recorrendo à aplicação do formulário, são muito vastas, pelo que se justificava a parametrização deste formulário no sistema de registo ou sistema de apoio à tomada de decisão dos enfermeiros, de modo a facilitar e sistematizar a sua aplicação.

Relativamente às questões que suscitaram mais dúvidas (1, 6, 17, 21 e 22) pela sua subjetividade, a sugestão de reformulação poderia passar pela orientação da resposta exclusivamente para a opção 1, 3 ou 5, excluindo a opção 2 e 4. Estes aspetos deveriam ser referidos no manual de preenchimento e visualmente perceptíveis no formulário. Para além disso deve ser exposto de forma clara e objetiva no manual de preenchimento quais os critérios para utilizar a opção 1 (não demonstra) e a opção 0 (não se aplica).

Apesar das considerações referidas, consideramos que a investigação desenvolvida responde aos objetivos delineados de forma rigorosa e precisa.

Este instrumento de avaliação da competência mostrou-se preciso, útil e capaz de cumprir a sua função, permitindo obter uma avaliação mais completa e real das necessidades da pessoa com ostomia de eliminação intestinal, tendo sido no geral bem aceite pelos profissionais, que lhe reconheceram a idoneidade.

Os resultados obtidos nos testes realizados aludem para valores muito satisfatórios, que garantem ao instrumento uma boa qualidade psicométrica e clinimétrica, designadamente de validade, de fidelidade e sensibilidade clínica, garantindo a veracidade e verosimilhança dos dados obtidos com a sua aplicação.

Quando considerado o segundo objetivo por nós delineado, podemos referir que a nossa amostra apresenta uma demonstração parcial da competência de autocuidado, mais próxima da demonstração total mas, de salientar, o domínio da Interpretação e da Tomada de Decisão, como as áreas da competência de autocuidado à ostomia de eliminação intestinal com menor nível de demonstração.

Os resultados obtidos vão de encontro com o expectável dada a literatura de referência e as características da amostra. No entanto, também nos sugere uma necessidade de mudança de paradigmas no processo de ensino/aprendizagem da pessoa com ostomia.

Historicamente, no passado, a período de internamento pós-operatório era de cerca de duas semanas, no entanto atualmente esse período foi reduzido em alguns casos, para menos de metade (Burch, 1012; Johansen et al., 2008), associado a isso, o contacto entre enfermeiro e utente no pré-operatório, também é cada vez mais reduzido (Burch, 2012).

Estes aspetos surgem como um desafio para o enfermeiro, exigindo uma otimização e personalização das terapêuticas de enfermagem ajustadas às necessidades específicas de cada pessoa, facilitando o processo de transição e capacitação da pessoa para o autocuidado à ostomia.

Percebemos também que o processo de capacitação da pessoa para gerir a sua nova condição encontra-se muito direcionado para a aprendizagem de habilidades, sendo muitas vezes descurado o *empowerment* da pessoa no âmbito da capacidade de interpretação e de tomada de decisão.

O enfermeiro deve potenciar a confiança, as capacidades, a informação e o conhecimento da pessoa com ostomia para que esta possa desempenhar um papel central na gestão da sua vida, minimizando, assim, o impacto da nova condição no seu quotidiano.

É esperado que a pessoa com ostomia demonstre confiança e controlo sobre a sua vida, seja capaz de gerir a sua condição e o seu tratamento em parceria com profissionais de saúde; que comunique de forma efetiva com os mesmos e esteja disposto a partilhar a responsabilidade no seu processo de recuperação. É importante que seja realista acerca do impacto da nova condição sobre si e sobre a sua família e que utilize eficazmente as suas capacidades e conhecimentos para viver de forma plena (Department of Health, 2006), sendo o enfermeiro um elemento decisivo na promoção desta transição saudável.

A construção do conhecimento neste domínio é uma necessidade crucial para a prestação de cuidados de qualidade. Os desafios impostos aos hospitais, na prestação de cuidados de saúde de alta qualidade poderão ser facilitados por instrumentos teoricamente sólidos e clinicamente relevantes, pois permitem avaliar e desenvolver a prestação de cuidados de saúde de forma mais completa, rigorosa e ajustada.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ABOULIAN, Armen, [et al.] - **Successful Enhanced Recovery Program after Colorectal Surgery in a County Institution.** 2010.

ALMEIDA, L.; Freire, T. - **Metodologia da Investigação em Psicologia e Educação.** Braga : Psiquilíbrios Edições, 2008.

BARNABE, Natalia C.; DELL'ACQUA, Magda C. Q. - **Estratégias De Enfrentamento (Coping) De Pessoas Ostomizadas.** *Rev Latino-am Enfermagem.* Julho - Vol. 16, nº 4, Agosto, 2008.

BASTOS, Fernanda S. - **A pessoa com doença crónica: Uma teoria explicativa sobre a problemática da gestão da doença e do regime terapêutico.** Universidade Católica Portuguesa do Porto. Porto : [s.n.], Dissertação de Doutoramento, 2012.

BECK, Cheryl T.; HUNGLER, Bernadette P.; POLIT, Denise F. - **Fundamentos de Pesquisa em Enfermagem: Métodos, avaliação e utilização.** 5ª Edição. Porto Alegre : Artmed Editora S.A., 2004.

BLACK, P. - **Teaching stoma patients to self-care.** *Nursing & Residential Care.* Vol. 11, nº 11, 2009.

BLACK, Pat. - **Teaching stoma patients the practical skills for self-care.** *British Journal of Healthcare Assistants.* Vols. 4, nº 3. Março, 2010.

BOYLES, Anna - **Keeping up to date with stoma care accessories: Enabling informed choice.** *Gastrointestinal nursing.* Vol. 8, nº6, 2010a.

BOYLES, Anna – **Patient outcomes and quality of life following stoma-forming surgery.** *Gastrointestinal Nursing.* ISSN 1479-5248. Vol. 8, nº8, 2010b.

BRYAN, Sandra; DUKES, Suzie - **The Enhanced Recovery Programme for stoma patients: an audit.** *British Journal of Nursing*. Vol. 19, nº 13, 2010.

BRYMAN, A.; CRAMER, D. - **Análise de dados em ciências sociais: introdução às técnicas utilizando o SPSS.** Oeiras : Celta Editores, 1992.

BURCH, Jennie - **Stoma care and enhanced recovery.** *Gastrointestinal Nursing*. Vol. 10, nº 7, Setembro, 2012.

CARDOSO, Teresa M. S. - **Desenvolvimento da Competência de Autocuidado da Pessoa com Ostomia de Eliminação Intestinal.** Porto : [s.n.], 2011.

CONSELHO INTERNACIONAL De ENFERMEIROS (ICN). **Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem CIPE: Versão 2.** Lisboa : Ordem dos Enfermeiros, 2011.

COTRIM, Hortense M. T. S. - **Impacto do Cancro Colorectal no Doente e Cuidadores/Família: Implicações para o Cuidar.** Dissertação de Doutoramento em Ciências de Enfermagem, Instituto De Ciências Biomédicas Abel Salazar - Universidade Do Porto. Porto : [s.n.], 2007.

CRONBACH, Lee J. - **Coefficient alpha and the internal structure of tests.** *Psychometrik*. Vol. 16, nº 3. Setembro, 1951.

DEPARTMENT OF HEALTH – **The Expert Patient: A New Approach to Chronic Disease Management for the 21st Century.** *Department of Health* [Em linha] (Agosto, 2001) [Consult. 15 Abril 2014]. Disponível na internet:<URL: http://webarchive.nationalarchives.gov.uk/20130107105354/http://www.dh.gov.uk/prod_consum_dh/groups/dh_digitalassets/@dh/@en/documents/digitalasset/dh_4018578.pdf>

DOERING, Kathleen J.; MOUNTAIN, Patricia - **Flowcharts to facilitate caring for Ostomy Patients.** *Nursing*. Dezembro, 1984.

ENCYCLOPEDIA OF PUBLIC HEALTH. **E- Notes. Self-Care Behavior.** [Online] [Citação: 31 de Maio de 2006.] <http://www.enotes.com/public-health-encyclopedia/self-care-behavior>.

- FARIAS, M. C. A. D.; NÓBREGA, M. M. L. - **Diagnósticos De Enfermagem Numa Gestante De Alto Risco Baseados Na Teoria Do Autocuidado De Orem: Estudo De Caso.** *Revista Latino-Americana de Enfermagem.* Vol. 8, nº 6, 2000.
- FERLAY, J, [et al.] - **Cancer Incidence and Mortality Worldwide: IARC CancerBase No. 11.** [Online] Lyon, France, 2013. [Citação: 1 de Abril de 2014.] <http://globocan.iarc.fr>.
- FLEURY, M. T. L.; FLEURY, Afonso - **Construindo o Conceito de Competência.** *Revista de Administração Contemporânea.* Edição especial. Vols. 183-196, 2001.
- FORTIN, Marie-Fabienne - **Fundamentos e etapas do Processo de Investigação.** Loures : Lusodidacta, 2009.
- FORTIN, Marie-Fabienne - **O processo de Investigação: da concepção à realização.** Loures : Lusociência, 2003.
- GANTZ, S.. **Self-Care: perspectives from six disciplines.** *Holistic Nursing Practice.* Vol. 4, nº2 (1990) pp. 1-12.
- GESARO, Antonella - **Self-care and patient empowerment in stoma management.** *Gastrointestinal Nursing.* Vol. 10, nº 2, Março, 2012.
- GOMES, Ana M. R. - **Desenvolvimento Da Competência De Autocuidado Da Pessoa Com Ostomia De Eliminação Intestinal No Momento Da Alta Do Internamento.** Escola Superior de Enfermagem do Porto. Porto : [s.n.], Dissertação de Mestrado, 2012.
- GOUVEIA, Pedro, [et al.] - **Walking Clinic - Uma plataforma logística de doentes cirúrgicos.** *Revista Portuguesa de Cirurgia Ambulatória.* nº 11, 2010.
- GUERREIRO, M., [et al.] - **Adaptação à População Portuguesa da Tradução do “Mini Mental State Examination” (MMSE).** *Revista Portuguesa de Neurologia.* Vol. 1, nº 9, 1994.
- HILL, Andrew; HILL, Manuela M. - **Investigação por Questionário.** Lisboa : Edições Sílabo LDA, 2002.

HONKALA, S.; BERTERO, Carina - **Living with an ostomy: Women's long term experiences.** *Nursing Science*. Vol. 29, nº 92, 2009.

JOHANSEN, L.S., [et al.] - **Cystectomy in Denmark 2000-2005.** *Ugeskrift for Laeger*. 2008.

KEHLET, Henrik - **Fast-track surgery - an update on physiological care principles to enhanced recovery.** *Langenbeck's Archives of Surgery*. [Online] 2011. [Citação: 14 de Outubro de 2013.] <http://link.springer.com/journal/423>.

KROUSE, Robert S. [et al.] - **Coping and acceptance: The greatest challenge for veterans with intestinal stomas.** *Journal of Psychosomatic Research*. ISSN 0080-6234. Vol. 66, 2009, p. 227-233.

LAVILLE, Christian; DIONNE, Jean – **A Construção do Saber. Manual de metodologia da pesquisa em ciências humanas.** Porto Alegre: Artmed. ISBN 85-7307-489-2. 1999.

LAW, Lesley; AKROYD, Karen e BURKE, Linda. **Improving nurse documentation and record keeping instoma care.** *British Journal of Nursing*. Vol. 19, nº 21, 2010.

LO, Shu-Fen, [et al.] - **Multimedia education programme for patients with a stoma: effectiveness evaluation.** *Journal of Advanced Nursing*. Vol. 67, 2011.

MA, Norman [et al.] - **The effect of age on the quality of life of patients living with stomas: a pilot study.** *Royal Australasian College of Surgeons*. Vol. 77, 2007, p. 883-885.

MARTINS, Lina, [et al.] - **Assessing peristomal skin changes in ostomy patients: validation of the Ostomy Skin Tool.** *British Journal of Dermatology*. 2011.

MARTINS, Lina, [et al.] - **The Ostomy Skin Tool: tracking peristomal skin changes.** *British Journal of Nursing*. Vol. 19, nº15, 2010.

MELEIS, Afaf Ibrahim, [et al.]. **Experiencing Transitions: An Emerging Middle-Range Theory.** *Advanced Nursing Science*. Vols. 23, nº 1, 2000.

METCALF, Chris - **Stoma Care: empowering patients through teaching practical skills.** *British Journal of Nursing*. Vols. 8, nº 9, 1999.

NURSING AND MIDWIFERY COUNCIL (NMC) - **Record Keeping: Guidance for Nurses and midwives.** *Nursing and Midwifery Council.* [Online] 2009. [Citação: 12 de Setembro de 2013.] <http://www.nmc-uk.org/Documents/NMC-Publications/NMC-Record-Keeping-Guidance.pdf>.

O'CONNOR, Gloria - **Teaching stoma-management skills: the importance of self-care.** *British Journal of Nursing.* Vol. 14, nº6, 2005.

OREM, D. - **Modelo de Orem: Conceptos de enfermería en la práctica.** Barcelona : Masson, 1991.

PERSSON, Eva, [et al.] - **Ostomy patients' perceptions of quality of care.** *Journal of Advanced Nursing.* Vol. 49, 2005.

PESTANA, M. H.; GAGEIRO, J. N. – **Análise de Dados para Ciências Sociais. A complementaridade do SPSS.** 4ª Ed. Lisboa: Edições Sílabo, 2005.

PETRONILHO, Fernando Alberto Soares - **Preparação do regresso a casa: evolução da condição de saúde do doente dependente no autocuidado e dos conhecimentos e capacidades do membro da família prestador de cuidados, entre o momento da alta e um mês após no domicílio.** Coimbra : Formasau, 2007.

PHANEUF, Margot - **Comunicação, entrevista, relação de ajuda e validação.** Loures: Lusociência, 2005.

PINTO, Margarida Isabel Alves Cordeiro - **A Pessoa Ostomizada: Um estudo sobre a qualidade de vida.** Escola Superior de Saúde: Instituto Politécnico da Guarda. Guarda : [s.n.], Dissertação de Mestrado, 2012.

PITTMAN, J, Kozell, K.; Gray, M. - **Should WOC nurses measure health-related quality of life in patients undergoing intestinal ostomy surgery?** *Journal of Wound Ostomy and Continence Nursing.* Vol. 36, nº3, 2009.

POLIT, D.; BECK, C.; HUNGLER, B. - **Fundamentos de Pesquisa em Enfermagem: Métodos, Avaliação e Utilização.** 5ª Ed. Porto Alegre: Artmed, 2004.

RIBEIRO, José Luís Pais - **Metodologia de Investigação em Psicologia e Saúde**. Porto : Legis Editora/Livpsic, 3ª Ed., 2010.

RIBEIRO, José. **Investigação e avaliação em psicologia e saúde**. Lisboa : CLIMEPSI editores, 1999.

RNAO, Registered Nurses' Association of Ontario - **Ostomy care and Management: Clinical Best Practice Guidelines**. Toronto, Canada : Registered Nurses' Association of Ontario, 2009.

SANTANA, Júlio C. B. [et al.]. **O significado de ser colostomizado e participar de um programa de atendimento ao ostomizado**. *Cogitare Enfermagem*. Outubro/Dezembro, 2010.

SCHUMACHER, K. [et al.] - **Family Caregiving Skill: Development Of The Concept**. *Research in Nursing & Health*. Vol. 23, nº3, 2000, p. 191-203.

SIDANI, Souraya - **Commentary: Operationalizing Self-Care within the Healthcare System**. *Nursing Leadership*. Vol. 16(4), pp. 63-65. [This paper is a commentary on An Examination of the Self-Care Concept Uncovers a New Diretion for Healthcare Reform by Dianne McCormack.].

SILVA, C. R. R. - **Desenvolvimento Da Competência De Autocuidado Da Pessoa Que Vai Ser Submetida A Ostomia De Eliminação Intestinal**. *Escola Superior De Enfermagem Do Porto*. Porto : [s.n.], Dissertação De Mestrado, 2012.

SIMMONS, Kingsley L. [et al.] - **Adjustment to colostomy: stoma acceptance, stoma care self-efficacy and interpersonal relationships**. Janeiro, 2007.

SINHA, Aditi [et al.] – **Quality of Life of Ostomates with the Selected Factors in a Selected Hospital of Delhi with a View to Develop Guidelines for the Health Professionals**. *Indian Journal of Palliative Care*. Vol. 15, nº2, 2009, p. 111-114.

SLATER, Rebecca C. - **Managing quality of life in the older person with a stoma**. *British Journal of Community Nursing*. Vol. 15, nº 10, 2010.

SUHONEN, Riitta [et al.] - **Individualized care scale - nurse version: a Finnish validation study.** *Journal of Evaluation in Clinical Practice.* nº 16, 2010.

TAYLOR, Claire; MORGAN, Lindsey – **Quality of life following reversal of temporary stoma after rectal cancer treatment.** *European Journal of Oncoly Nursing.* ISSN 1462-3889. 2010, p. 1-8.

TREACY, Jean T.; MAYER, Deborah K. – **Perspectives on Cancer Patient Education. Seminars in Oncology Nursing.** ISSN 0749-2081. Vol. 16, nº 1, 2000, p. 47-56.

VILELAS, José. **Investigação: O processo de construção do conhecimento.** Lisboa : Edições Sílabo, 2009.

VOERGAARD, L. [et al.] - **Ostomy bag management: Comparative study of a new one-piece closed bag.** *British Journal of Nursing.* Vol. 16, nº 2, 2007.

ANEXOS

**ANEXO 1 - FORMULÁRIO: DESENVOLVIMENTO DA COMPETÊNCIA DE
AUTOCUIDADO DA PESSOA COM OSTOMIA DE ELIMINAÇÃO
INTESTINAL**

IDENTIFICAÇÃO DO FORMULÁRIO

ID: _____

Data: _____

I - Caracterização sociodemográfica**1. GÉNERO:**¹Masculino ²Feminino **2. IDADE: _____ (anos)****3. ESTADO CIVIL:**¹Solteiro (a) ²Casado (a)/União de facto ³Divorciado(a)/ Separado(a) ⁴Viúvo(a) **4. HABILITAÇÕES LITERÁRIAS:**¹Não sabe ler nem escrever ²Sabe ler e escrever sem habilitações literárias ³Anos de escolaridade _____**5. SITUAÇÃO PROFISSIONAL ATUAL:**¹Empregado no ativo ²Empregado não ativo (baixa, licença) ³Incapacitado permanente para o trabalho ⁴Desempregado ⁵Reformado, aposentado ou em reserva ⁶Estudante ⁷Tarefas domésticas **6. PROFISSÃO ATUAL:**¹² Não se aplica **7. HÁ QUANTO TEMPO FOI SUBMETIDO A CIRURGIA PARA CONSTRUÇÃO DA OSTOMIA:**

¹Há menos de 1 mês Há _____ dias

²Há mais de 1 mês Há _____ meses

³Aguarda cirurgia

8. DIAGNÓSTICO CLÍNICO ASSOCIADO À CIRURGIA:

¹ _____

²Não sabe responder

9. TIPO DE OSTOMIA DE ELIMINAÇÃO INTESTINAL:

¹ Colostomia

² Ileostomia

³Não sabe responder

10. TIPO DE OSTOMIA DE ELIMINAÇÃO INTESTINAL, QUANTO À DURAÇÃO:

¹ Temporária

² Definitiva

³ Não sabe responder

11. TEVE CONTACTO COM PESSOAS OSTOMIZADAS ANTES DA CIRURGIA?

¹Não

²Sim

12. PARTICIPOU EM CONSULTA (S) DE ENFERMAGEM DE ESTOMATERAPIA NO PRÉ-OPERATÓRIO?

¹Não

²Sim

13. REALIZADA MARCAÇÃO DO LOCAL DE CONSTRUÇÃO DA OSTOMIA?

¹Não

²Sim

14. TEM PRESTADOR DE CUIDADOS INFORMAL?

¹Não

²Sim Quem?

^{2.1}Cônjuge

^{2.2}Parceiro em união de facto

^{2.3}Filho (a)

^{2.4}Pai ou mãe

^{2.5}Sogro ou sogra

^{2.6}Nora ou genro

^{2.7}Irmão ou irmã

^{2.8}Neto (a) ou bisneto (a)

^{2.9}Avô (ó) ou bisavô (ó)

^{2.10}Outro familiar/ convivente. Qual? _____

II – Avaliação da competência de autocuidado

DOMÍNIOS DA COMPETÊNCIA		AVALIAÇÃO DA COMPETÊNCIA					
A) CONHECIMENTO		1	2	3	4	5	0
INDICADORES	1. Refere o que é uma ostomia de eliminação intestinal.						
	2. Refere qual é a finalidade da ostomia de eliminação intestinal.						
	3. Refere as características da ostomia de eliminação intestinal.						
	4. Refere os sinais de complicação da ostomia de eliminação intestinal.						
	5. Refere quais os dispositivos necessários à ostomia.						
	6. Refere quando deve proceder à substituição do saco de ostomia.						
	7. Refere quando deve proceder à substituição da placa/penso de ostomia.						
	8. Refere quais os recursos disponíveis na comunidade à pessoa ostomizada.						
	9. Reconhece as suas necessidades na área do conhecimento sobre o cuidado à ostomia.						
B) AUTO-VIGILÂNCIA		1	2	3	4	5	0
INDICADORES	10. Observa a ostomia de eliminação intestinal.						
	11. Identifica as características da ostomia de eliminação intestinal.						
	12. Identifica as características das fezes.						
	13. Identifica sinais de alteração das fezes.						
	14. Identifica sinais de complicação da ostomia de eliminação intestinal.						
	15. Atende à capacidade limite de preenchimento do saco de ostomia.						
	16. Regista ocorrências significativas						
C) INTERPRETAÇÃO		1	2	3	4	5	0
INDICADORES	17. Questiona detalhadamente com o objetivo de encontrar uma explicação.						
	18. Refere quais as possíveis causas de complicações da ostomia de eliminação intestinal.						
	19. Refere quais as possíveis causas de alteração das características das fezes.						
	20. Reconhece que os resultados do autocuidado à ostomia influenciam o seu bem-estar.						

D) TOMADA DE DECISÃO		1	2	3	4	5	0
INDICADORES	21. Estabelece prioridades na tomada de decisão.						
	22. Reconhece as possíveis consequências das suas decisões.						
	23. Previne as complicações da ostomia.						
	24. Verbaliza o que fazer para minimizar as complicações da ostomia.						
E) EXECUÇÃO		1	2	3	4	5	0
INDICADORES	25. Executa os procedimentos, atendendo ao seu conforto.						
	26. Executa os procedimentos para que o resultado seja esteticamente agradável e funcional.						
	27. Gere o tempo na execução de procedimentos para obter os melhores resultados.						
	28. Organiza o material necessário para o cuidado à ostomia.						
	29. Mede o tamanho da ostomia.						
	30. Recorta a placa/ penso de acordo com o tamanho da ostomia.						
	31. Desadapta o saco da placa de ostomia (se dispositivo de 2 peças).						
	32. Liberta os gases contidos no saco de ostomia.						
	33. Descola a placa de ostomia.						
	34. Limpa a ostomia de eliminação intestinal.						
	35. Lava a pele periestomal.						
	36. Seca a pele periestomal.						
	37. Aplica protetores cutâneos.						
	38. Cola a placa de ostomia.						
	39. Adapta o saco de ostomia (se dispositivo de 2 peças).						
	40. Confirma o ajuste do dispositivo.						
	41. Realiza a técnica de irrigação intestinal.						

F) NEGOCIAÇÃO E UTILIZAÇÃO DOS RECURSOS DE SAÚDE		1	2	3	4	5	0
Indicadores	42. Negoceia os diferentes recursos disponíveis no apoio à pessoa ostomizada.						
	43. Recorre aos serviços de saúde para esclarecimento de dúvidas e/ ou aconselhamento.						
	44. Recorre oportunamente aos serviços de saúde face a complicações da ostomia.						
	45. Avalia o cuidado prestado pelos serviços de saúde.						

GRATOS PELA SUA PARTICIPAÇÃO.

ANEXO 2 - ESCALA DE MINI-MENTAL STATE EXAMINATION

Escaia de Mini-MentalStateExamination (adaptada)

Considera-se com **defeito cognitivo** na população Portuguesa:

- *Analfabetos* com score <15 pontos;
- *De 1 a 11 anos de escolaridade* com score <22 pontos;
- *Com escolaridade superior a 11 anos* com score <27 pontos.

1.1. Orientação (1 ponto por cada resposta correcta)

1.1.1. Em que ano estamos? _____

1.1.2. Em que mês estamos? _____

1.1.3. Em que dia do mês estamos? _____

1.1.4. Em que estação do ano estamos? _____

1.1.5. Em que dia da semana estamos? _____

1.1.6. Em que país estamos? _____

1.1.7. Em que distrito vive? _____

1.1.8. Em que terra vive? _____

1.1.9. Em que casa estamos? _____

1.1.10. Em que andar estamos? _____

Nota: _____

1.2. Retenção (Repetir as 3 palavras -1 ponto por cada resposta correcta)

Pêra _____ Gato _____ Bola _____

Nota: _____

1.3. Atenção e cálculo "Ao número 30 subtrair 3 sucessivamente. Mandar parar ao fim de 5 respostas. (1 ponto por cada resposta correcta)

30 _____ 27 _____ 24 _____ 21 _____ 18 _____ 15 _____

Nota: _____

1.4. Evocação (Repetir as palavras do ponto 1.2 - 1 ponto por cada resposta correcta)

Pêra _____ Gato _____ Bola _____

Nota: _____

1.5. Linguagem (1 ponto por cada resposta correcta)

- a) **Mostrar o relógio de pulso**

"Como se chama isto?"

Nota: _____

- b) **Mostrar o lápis**

"Como se chama isto?"

Nota: _____

- c) **Repetir a frase:**

"O rato rói a rolha"

Nota: _____

- d) **Pegar no papel com a mão direita, dobrar a meio e colocar na mesa**

(1 ponto por cada etapa bem executada)

Pega no papel com a mão direita _____

Dobra o papel ao meio _____

Colocar o papel na mesa _____

Nota: _____

- e) **Leia e cumpra o que diz neste cartão (se for analfabeto, deverá ler-se a frase)**

(Mostrar cartão com a frase: "Feche os olhos" – pontuada com 1 ponto)

Nota: _____

- f) **Escrever uma frase com sujeito, verbo e com sentido.**

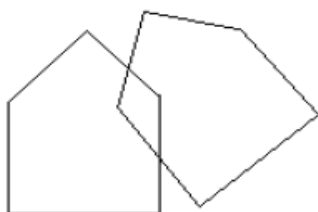
(Erros gramaticais ou ortográficos não contam – pontuada com 1 ponto)

Nota: _____

- g) **Copiar o desenho seguinte:**

(Tremor e erros de rotação não são valorizados – pontuada com 1 ponto)

Desenho



Cópia

Nota: _____

TOTAL DO TESTE:

ANEXO 3 - MANUAL DE PREENCHIMENTO DO FORMULÁRIO

Com este documento, pretendemos esclarecer e definir critérios de preenchimento do formulário com o objetivo de uniformizar as respostas e evitar o enviesamento dos dados e posteriormente dos resultados.

No quadro identificação do formulário, o inquiridor deve identificar o número do formulário, conforme prévia codificação. Deve-se também indicar a data da aplicação do instrumento.

I – CARACTERIZAÇÃO SOCIODEMOGRÁFICA:

1 – Género

O inquiridor deve indicar se o inquirido é do sexo masculino ou feminino.

2– Idade

O inquiridor deve indicar o número de anos que a pessoa ostomizada possui.

3– Estado Civil

O inquiridor deve indicar o estado civil da pessoa ostomizada, para o qual pode utilizar o seguinte esquema de referência:

Estado civil: Solteiro(a); casado(a)/ união de facto; divorciado(a); separado(a) e viúvo(a).

Solteiro(a)	Quem nunca se casou, ou que teve o casamento anulado.
Casado(a)	Quem contraiu matrimónio, independentemente do regime de bens adotado.
União de facto	É um instituto jurídico que regulamenta a convivência entre duas pessoas sem que a mesma seja oficializada de alguma forma (como, por exemplo, através do casamento civil).
Divorciado(a)	Após a homologação do divórcio pela justiça (por divórcio entenda-se que é a rutura legal e definitiva do vínculo de casamento civil).
Separado(a)	Separado(a) judicialmente – pessoa que não vive mais com o cônjuge (vive em separação física), mas que ainda não obteve o divórcio, todavia obteve sentença que deliberou decretar a separação judicial dos cônjuges, cessando, assim, os deveres oriundos da sociedade conjugal.
Viúvo(a)	Pessoa cujo cônjuge faleceu.

4 – Habilitações Literárias

O inquiridor regista o nível de escolaridade da pessoa em anos.

A categorização dos dados poderá ser feita de acordo com o esquema de referência:

Habilitações literárias: não sabe ler nem escrever; sabe ler e escrever sem qualquer habilitação literária; 1º ciclo do ensino básico; 2º ciclo ensino básico; 3ª ciclo ensino básico; ensino secundário; ensino médio/tecnológico; bacharelato/licenciatura; Mestrado/doutoramento.

Não sabe ler nem escrever	
Sabe ler e escrever sem habilitações literárias (sem qualquer habilitação)	
1º ciclo do ensino básico	4 anos de escolaridade

2º ciclo do ensino básico	6 anos de escolaridade
3º Ciclo do ensino básico	9 anos de escolaridade
Ensino secundário	12 anos de escolaridade
Curso médio/tecnológico	Curso tecnológico profissional que tem equivalência ao 12º ano
Bacharelato/Licenciatura	Ensino superior.
Mestrado	Grau académico conferido na sequência da conclusão de um 2º ciclo de estudos superiores
Doutoramento	Último curso e mais alto grau académico.

5 – Situação profissional atual

O inquiridor deve indicar a situação profissional atual.

Situação profissional: Empregado no ativo; Empregado não ativo (baixa, licença); Incapacidade permanente para o trabalho; Desempregado; Reformado, Aposentado ou em reserva; Estudante; Tarefas domésticas/lar.

Empregado(a) no ativo	Exerce funções numa qualquer atividade profissional
Empregado(a) não ativo	Não exerce funções por determinado motivo (licença sem vencimento, baixa médica, etc...)
Incapacidade permanente para o trabalho	Não exerce funções por diminuição permanente das funcionalidades físicas, sensoriais e mentais e da capacidade de trabalho daí decorrente.
Desempregado(a)	Não exerce funções em nenhuma entidade empregadora
Reformado (a)/ Aposentado(a) ou em reserva	Não exerce funções mas continua a receber ordenado mensal relativo aos anos em que trabalhou
Estudante	Atualmente a frequentar estabelecimento de ensino
Tarefas domésticas	Exerce funções dentro da própria casa

6 – Profissão atual

O inquiridor deve indicar a profissão/ocupação da pessoa ostomizada no momento da aplicação do formulário.

A categorização dos dados poderá ser feita de acordo com o esquema de referência:

(Classificação Nacional de Profissões: <http://www.iefp.pt/formacao/CNP/Paginas/CNP.aspx>)

6.1 - Quadros Superiores da Administração Pública, Dirigentes e Quadros Superiores de Empresa:

- Quadros Superiores da Administração Pública
- Diretores de Empresa
- Diretores e Gerentes de Pequenas Empresas.

6.2 - Especialistas de profissões intelectuais e científicas:

- Especialistas das Ciências Físicas, Matemáticas e Engenharia
- Especialistas das Ciências da Vida e Profissionais da Saúde.

- Docentes do Ensino Secundário, Superior e Profissões Similares.
 - Outros Especialistas das Profissões Intelectuais e Científicas.
- 6.3. Técnicos e profissionais de nível intermédio:
- Técnicos e Profissionais de Nível Intermédio das Ciências Físicas e Químicas, da Engenharia e Trabalhadores Similares
 - Profissionais de Nível Intermédio das Ciências da Vida e da Saúde
 - Profissionais de Nível Intermédio do Ensino
 - Outros Técnicos e Profissionais de Nível Intermédio.
- 6.4 - Pessoal administrativo e similares:
- Empregados de Escritório
 - Empregados de Receção, Caixas, Bilheteiros e Similares.
- 6.5 - Pessoal de serviços e vendedores:
- Pessoal dos Serviços Diretos e Particulares, de Proteção e Segurança
 - Manequins, Vendedores e Demonstradores.
- 6.6 - Agricultores e trabalhadores qualificados de agricultura e pescas:
- Agricultores e Trabalhadores Qualificados da Agricultura, Criação de Animais e Pescas
 - Agricultores e Pescadores - Agricultura e Pesca de Subsistência.
- 6.7 - Operários, artífices e trabalhadores similares:
- Operários, Artífices e Trabalhadores Similares das Indústrias Extrativas e da Construção Civil
 - Trabalhadores da Metalurgia e da Metalomecânica e Trabalhadores Similares
 - Mecânicos de Precisão, Oleiros e Vidreiros, Artesãos, Trabalhadores das Artes Gráficas e Trabalhadores Similares
 - Outros Operários, Artífices e Trabalhadores Similares.
- 6.8 - Operadores de instalações e máquinas e trabalhadores de montagem:
- Operadores de Instalações Fixas e Similares
 - Operadores de Máquinas e Trabalhadores da Montagem
 - Condutores de Veículos e Embarcações e Operadores de Equipamentos pesados Móveis.
- 6.9 - Trabalhadores não qualificados:
- Trabalhadores não Qualificados dos Serviços e Comércio
 - Trabalhadores Não Qualificados da Agricultura e Pescas
 - Trabalhadores Não qualificados das Minas, da Construção e Obras Públicas, da Indústria Transformadora e dos Transportes.
- 6.10 – Outros: Qualquer outra ocupação não incluída na Classificação Nacional de Profissões.
- 6.11 - Não se aplica: não exerce atualmente qualquer profissão.

7 - Há quanto tempo foi submetido a cirurgia para construção da ostomia?

O inquiridor deve questionar a pessoa sobre o tempo que decorreu desde a criação cirúrgica da ostomia.

7.1. O registo deve ser feito em dias se a cirurgia tiver sido há menos de 1 mês.

7.2. O registo deve ser feito em meses se a cirurgia tiver sido há mais de 1 mês.

7.3. Assinala-se 1 (não) nos casos dos doentes já submetidos a cirurgia e assinala-se 2 (sim) nos casos dos doentes ainda a aguardar cirurgia (pré-operatório).

8 - Diagnóstico clínico associado à cirurgia:

O inquiridor deve questionar a pessoa sobre qual o diagnóstico clínico que justificou a criação cirúrgica da ostomia.

9 - Tipo de ostomia de eliminação intestinal:

O inquiridor deve questionar a pessoa sobre qual o tipo de ostomia

9.1 – Colostomia: consiste na exteriorização do intestino grosso, mais comumente do cólon transverso ou sigmóide, através da parede abdominal, para eliminação de gases ou fezes.

9.2 – Ileostomia: consiste na exteriorização do intestino delgado/ íleo, através da parede abdominal, para eliminação de gases ou fezes.

10 - Tipo de ostomia de eliminação intestinal, quanto à duração:

O inquiridor deve questionar a pessoa sobre qual o tipo de ostomia, no aspeto do tempo previsto da sua presença.

10.1 – Temporária: pode ser realizada com a finalidade de proteger a anastomose nas regiões pélvicas.

10.2 – Definitiva ou permanente: são indicadas para pessoas que necessitam de amputação do reto para tratamento de tumores extensos do cólon ou de carcinoma rectal.

11 - Teve contacto com pessoas ostomizadas antes da cirurgia?

O inquiridor deve perguntar à pessoa se, antes de ser proposta para cirurgia de criação de ostomia, já tinha contactado pessoalmente com uma pessoa ostomizada.

12 - Participou em consulta(s) de enfermagem no pré-operatório?

O inquiridor deve perguntar à pessoa participou em alguma consulta de enfermagem de estomaterapia no período pré-operatório.

13 - Realizada marcação do local de construção da ostomia?

O inquiridor deve perguntar à pessoa ostomizada se foi realizada marcação do local de construção da ostomia, em contexto de consulta de enfermagem no ambulatório, ou durante o internamento hospitalar.

14 - Existência de prestador de cuidados e relação de parentesco/ afinidade com a pessoa ostomizada:

O inquiridor deve selecionar a opção, case se adequê, que designa o grau de parentesco/ afinidade entre o prestador de cuidados e a pessoa ostomizada. As opções a selecionar são: cônjuge; parceiro em união de facto; filho(a), enteado(a); pai ou mãe; sogro ou sogra; nora ou genro; irmão ou irmã; neto(a) ou bisneto(a); avô(ó) ou bisavô(ó); outro familiar ou pessoa convivente.

Cônjuge	Pessoa com quem se partilha matrimónio
Parceiro em união de facto	Pessoa com quem se partilha economia comum há mais de 2 anos
Filho (a)	Descendente biológico no primeiro
Pai	Ascendente biológico do sexo masculino
Mãe	Ascendente biológico do sexo feminino
Sogro	Ascendente biológico do sexo masculino, do cônjuge ou pessoa com quem se partilha economia comum
Sogra	Ascendente biológico do sexo feminino, do cônjuge ou pessoa com quem se partilha economia comum
Nora	Cônjuge ou mulher que partilha economia comum com filho
Genro	Cônjuge ou homem que partilha economia comum com filha
Irmão	Indivíduo de sexo masculino descendente do mesmo pai e mesma mãe
Irmã	Indivíduo de sexo feminino descendente do mesmo pai e mesma mãe
Neto (a)	Descendente biológico no segundo grau
Bisneto (a)	Descendente biológico no terceiro grau
Avô (ó)	Ascendente biológico no segundo grau
Bisavô (ó)	Ascendente biológico no terceiro grau
Outro familiar/ convivente	Indicar qual, por exemplo: primo, amigo, vizinho

II - AVALIAÇÃO DAS COMPETÊNCIAS DE AUTOCUIDADO

A utilização deste instrumento de medida relativo às competências de autocuidado da pessoa ostomizada implica a avaliação dos seus conhecimentos e habilidades nesta área. O preenchimento do instrumento pressupõe avaliar (questionar e/ ou observar) a pessoa ostomizada sobre os indicadores relativos a cada domínio da competência. A avaliação do enfermeiro sobre o desempenho da pessoa deve basear-se nos critérios definidores dos indicadores dos domínios da competência, assinalando como:

Não Demonstra	Demonstra Parcialmente			Demonstra Totalmente	Não se Aplica
1	2	3	4	5	0

- **Não demonstra (1)** – a pessoa ostomizada não demonstra competência de autocuidado porque não cumpre qualquer um dos critérios definidores para cada indicador do domínio da competência.
- **Demonstra parcialmente (2 - 4)** – a pessoa ostomizada demonstra parcialmente a competência de autocuidado porque não cumpre todos os critérios definidores formulados para cada indicador do domínio da competência, mas que cumpre pelo menos um. A atribuição de uma pontuação entre 2 e 4 varia de acordo com a avaliação do enfermeiro observador e está relacionada com o número de critérios demonstrados, dentro de cada indicador dos domínios da competência. Nos indicadores com 2 critérios definidores será apenas utilizada a pontuação 1, 3 ou 5 da escala de Likert. Nos indicadores com 3 critérios será utilizada a pontuação 1,2,4 ou 5. Nos indicadores em que são definidos 4 ou mais critérios, a opção pela pontuação 2 é se a pessoa responde a 25% dos critérios; a opção 3 corresponde a 50% e a opção 4, se a pessoa responde a 75% dos critérios
- **Demonstra totalmente (5)** – a pessoa ostomizada demonstra totalmente a competência de autocuidado porque cumpre todos os critérios definidores dos indicadores formulados para cada domínio da competência.
- **Não se aplica** – Assinala-se em situações em que não é possível avaliar o indicador do domínio da competência porque este não pode ser atribuído ao caso particular do ostomizado ou porque não existem dados suficientes para a sua avaliação.

CONHECIMENTO

Neste domínio de competência pretende-se avaliar se a pessoa demonstra conhecimentos na área do autocuidado à ostomia, traduzidos nos critérios definidores dos indicadores seguintes:

1. Refere o que é uma ostomia de eliminação intestinal

A pessoa deverá referir que uma ostomia de eliminação intestinal é:

- Colostomia: abertura construída cirurgicamente de segmento de intestino grosso na parede abdominal.
- Ileostomia: abertura construída cirurgicamente de segmento de intestino delgado na parede abdominal.

2. Refere qual é a finalidade da ostomia de eliminação intestinal

A pessoa deverá referir que a finalidade da ostomia de eliminação intestinal é:

- Eliminar as fezes e gases para o meio exterior, temporária ou definitivamente.

3. Refere as características da ostomia de eliminação intestinal

A pessoa deverá referir que as características normais da ostomia de eliminação intestinal são:

No pós-operatório imediato e mediato é considerado normal:

- Edema da ostomia que diminui ao longo do tempo.
- Perda de algum sangue pela ostomia.

No pós-operatório tardio é considerado normal:

- Cor vermelho-rosa escura ou vermelho vivo.
- Tonalidade brilhante (ileostomia).
- Aspeto rugoso (colostomia)
- Quente ao toque.
- A ostomia sobressai do nível da pele pelo menos 0,8cm.

4. Refere os sinais de complicação da ostomia de eliminação intestinal

A pessoa deverá referir que os seguintes sinais são indicativos de complicação da ostomia de eliminação intestinal:

- Alteração da coloração da ostomia:
 - » *cor castanha-preta* - indicativo de isquemia
 - » *cor roxa* - indicativo de falta de irrigação sanguínea à ostomia

» *cor rosa-claro* - indicativo de anemia

- Protusão de segmento de alça intestinal através da ostomia: prolapso.
- Ostomia abaixo do plano da pele do abdómen: retração.
- Deiscência parcial ou total da linha de sutura que une a ostomia à pele da parede abdominal: descolamento mio-cutâneo.
- Estreitamento do lúmen da ostomia: estenose.
- Protusão de vísceras abdominais pelo trajeto da ostomia: hérnia periestomal.
- Edema da ostomia, que se mantém após o período imediato do pós-operatório.
- Saída de sangue/sangramento pela ostomia.
- Ostomia fria ao toque.

A pessoa deve referir que a pele periestomal deve ser lisa e intacta.

Os sinais de complicação da pele periestomal são:

- Escoriações na pele.
- Eritema.
- Maceração.
- Prurido.
- Presença de máculas e pápulas.
- Presença de ulcerações, tumorações ou granulomas.

5. Refere quais os dispositivos necessários no cuidado à ostomia

A pessoa deverá verbalizar três dispositivos:

- Sacos e placas para ostomias:
 - » Dispositivo de ostomia de sistema de peça única ou duas peças.
 - » Dispositivos abertos ou fechados.
- Protetores cutâneos.
- Barreiras protetoras de pele e acessórios.

6. Refere quando deve proceder à substituição do saco de ostomia

A pessoa deverá referir que o saco de ostomia deve ser substituído diariamente ou quando estiver quase cheio (2/3 da sua capacidade).

7. Refere quando deve proceder à substituição da placa/ penso de ostomia (placa do dispositivo de 2 peças ou placa do dispositivo de peça única)

A pessoa deve referir que a placa de ostomia deve:

- Permanecer aderente à pele no mínimo de 24h e não mais de uma semana (preferencialmente 3 dias).

- Ser trocada quando se encontre suja.
- Ser trocada quando se encontre descolada.
- Ser trocada quando permita o vazamento de conteúdo fecal para a pele.

8. Refere quais os recursos disponíveis na comunidade à pessoa ostomizada

A pessoa ostomizada verbaliza recursos disponíveis na comunidade à pessoa ostomizada:

- Associações de ostomizados;
- Liga dos ostomizados;
- Consulta de estomaterapia na Instituição de Saúde (se for o caso);
- Equipa de enfermagem da Unidade de cuidados de saúde primários onde está inscrita;
- Laboratórios/ fornecedores de material para ostomizados.

9. Reconhece as suas necessidades na área do conhecimento sobre o cuidado à ostomia

A pessoa reconhece que necessita de informação sobre o cuidado à ostomia.

AUTO-VIGILÂNCIA

Neste domínio de competência pretende-se avaliar se a pessoa demonstra uma postura de auto-vigilância relativa ao cuidado à ostomia, traduzida nos critérios definidores dos indicadores seguintes:

10. Observa a ostomia de eliminação intestinal

A pessoa observa a ostomia de eliminação intestinal quando:

- Não desvia olhar da ostomia aquando a troca dos dispositivos.
- Observa cuidadosa e atentamente a ostomia durante os procedimentos.

11. Identifica as características da ostomia de eliminação intestinal

A pessoa identifica as características da ostomia de eliminação intestinal quando se refere a:

No pós-operatório imediato e mediato, é considerado normal:

- Edema da ostomia que diminui ao longo do tempo.
- Sangramento pela ostomia.

No pós-operatório tardio, é considerado normal:

- Cor vermelho-rosa escura ou vermelho vivo.
- Tonalidade brilhante.

- Quente ao toque.
- Sobressair do nível da pele pelo menos 0,8cm.

12. Identifica as características das fezes

A pessoa identifica as características das fezes quando:

- Refere a cor das fezes.
- Refere a consistência das fezes.
- Refere o odor das fezes.

13. Identifica sinais de alteração das fezes

A pessoa identifica sinais de alteração das fezes quando:

- Refere alteração na coloração das fezes.
- Refere alteração na consistência das fezes.
- Refere alteração no odor das fezes.
- Refere alteração na frequência da saída das fezes.
- Identifica saída de líquidos estranhos, como muco ou sangue.

14. Identifica sinais de complicação da ostomia de eliminação intestinal

A pessoa identifica sinais de complicação da ostomia quando atende a:

- Alteração da coloração da ostomia:
 - » *cor castanha-preta* - indicativo de isquemia
 - » *cor roxa* - indicativo de falta de irrigação sanguínea à ostomia
 - » *cor rosa-claro* - indicativo de anemia
- Edema da ostomia.
- Protusão de segmento de alça intestinal através da ostomia: prolapso.
- Ostomia abaixo do plano da pele do abdómen: retração.
- Deiscência parcial ou total da linha de sutura que une a ostomia à pele da parede abdominal: descolamento mio-cutâneo.
- Estreitamento do lúmen da ostomia: estenose.
- Protusão de vísceras abdominais pelo trajeto da ostomia: hérnia periestomal.
- Saída de sangue/sangramento pela ostomia.
- Ostomia fria ao toque.

A pessoa identifica sinais de complicação da pele periestomal quando reconhece:

- Escoriações na pele.
- Eritema.
- Maceração.

- Prurido.
- Presença de máculas e pápulas.
- Presença de ulcerações, tumorações ou granulomas.

15. Atende à capacidade limite de preenchimento do saco de ostomia

A pessoa atende à capacidade limite de preenchimento do saco de ostomia quando após uma vigilância adequada o troca por se encontrar cheio (mais de 2/3 da sua capacidade).

16. Regista ocorrências significativas

A pessoa regista, por escrito, ocorrências importantes, significativas e pertinentes relativas à ostomia.

INTERPRETAÇÃO

Neste domínio de competência pretende-se avaliar se a pessoa demonstra interpretar as situações inerentes ao cuidado à ostomia, traduzida nos critérios definidores dos indicadores seguintes:

17. Questiona detalhadamente com o objetivo de encontrar uma explicação.

A pessoa ostomizada coloca questões no sentido de dar resposta às suas dúvidas.

18. Refere quais as possíveis causas de complicações da ostomia de eliminação intestinal.

A pessoa ostomizada refere as possíveis causas de complicações da ostomia de eliminação intestinal quando reconhece que:

- A Hemorragia é devida a traumatismo ou a fricção constante da ostomia;
- A Perfuração é provocada por traumatismos repetidos com cânulas ou sondas rígidas, usadas para irrigação da colostomia;
- O Prolapso é frequente em doentes com aumento prolongado da pressão intra-abdominal provocada por tosse ou esforço físico;
- A Estenose ocorre quando o orifício de exteriorização do intestino apresenta uma acentuada diminuição do seu calibre;
- A Eventração ou hérnia periestomal resulta do alargamento acentuado e progressivo do orifício da parede abdominal efetuado para exteriorizar o intestino;
- A Necrose é causada por falta de irrigação da mucosa;
- A Retração ou afundamento é causada pelo deslizamento do intestino para o interior da cavidade abdominal
- A Evisceração verifica-se quando o orifício da parede abdominal é excessivamente grande

relativamente ao tamanho da ostomia;

- A Fístula existe quando há saída de fezes em volta da ostomia.
- A Irritação cutânea é causada por mudanças frequentes dos dispositivos, técnicas de higiene inadequadas e uso incorreto do material.

A pessoa ostomizada refere as possíveis causas de complicações da pele periestomal:

- Deficientes cuidados de higiene;
- Aplicação de produtos impróprios (álcool, água de colónia, éter);
- Uso incorreto do material (Inadequação do orifício da placa, quando este é maior do que a ostomia, deixando a pele exposta ao efluente);
- Má localização da ostomia na parede abdominal (próximo a depressões ou relevos) dificultando a aderência da colocação da bolsa;
- A presença de hérnias periestomais dificultando a aderência da colocação da bolsa;
- Fluido intestinal em contacto com a pele;
- Os fluidos ileais e das colostomias do cólon direito são mais alcalinas e ricos em enzimas, causando irritações mais graves e mais precoces;
- Alergias ao adesivo ou plástico da bolsa que propiciam a irritação cutânea;
- Presença de complicações da ostomia (retração, invaginação, fistulas, estenose) que dificultam a adaptação de dispositivos apropriados.

19. Refere quais as possíveis causas de alteração das características das fezes.

A pessoa ostomizada deverá referir que a alteração nas características das fezes pode dever-se a:

- Alimentação;
- Ingestão hídrica;
- Medicação;
- Patologias.

20. Reconhece que os resultados do autocuidado à ostomia influenciam o seu bem-estar.

A pessoa com ostomia de eliminação intestinal atribui significado ao autocuidado, reconhecendo que este é um dos fatores determinantes para o seu bem-estar.

TOMADA DE DECISÃO

Neste domínio de competência pretende-se avaliar se a pessoa demonstra tomar decisões relativas ao cuidado à ostomia, traduzidas nos critérios definidores dos indicadores seguintes:

21. Estabelece prioridades na tomada de decisão.

A pessoa no cuidado à ostomia estabelece prioridades aquando da tomada de decisão.

22. Reconhece as possíveis consequências das suas decisões.

A pessoa ostomizada, perante a necessidade de tomar decisões, reconhece antecipadamente que as suas opções acarretam consequências.

23. Prevenir as complicações da ostomia.

A pessoa ostomizada refere que para evitar complicações da ostomia, deve:

- Retirar o saco suavemente de cima para baixo;
- Lavar com água tépida a ostomia e a pele circundante, com ajuda de uma esponja suave embebida em sabão neutro;
- Secar a pele enxugando levemente com ajuda de um toalhete.
- Evitar movimentos de fricção;
- Verificar se a pele ao redor da ostomia está limpa e seca;
- Lavar a ostomia aquando a troca do saco;
- Cortar com tesoura eventuais pêlos que existam à volta da ostomia;
- Recortar o saco/placa ajustado ao tamanho da ostomia
- Colocar o novo saco de baixo para cima;

24. Verbaliza o que fazer para minimizar as complicações da ostomia.

A pessoa ostomizada verbaliza o que fazer para minimizar as seguintes complicações:

Pele vermelha, irritada e com prurido:

- Pedir ajuda especializada ao profissional de saúde;
- Aplicar protetores cutâneos (spray, pasta);
- Aplicar clara de ovo.

Reação alérgica à placa ou saco:

- Deve dirigir-se ao profissional de saúde, para que lhe seja sugerida outra alternativa.

Sangramento da ostomia ao toque:

- Efetuar a limpeza da ostomia de forma delicada.

EXECUÇÃO

Neste domínio de competência pretende-se avaliar se a pessoa demonstra executar os procedimentos inerentes ao cuidado à ostomia, traduzidos nos critérios definidores dos indicadores seguintes:

25. Executa os procedimentos, atendendo ao seu conforto.

A pessoa ostomizada executa os procedimentos de autocuidado atendendo a aspetos que permitem sentir-se confortável:

- Temperatura ambiente;
- Privacidade;
- Postura corporal;
- Acessibilidade ao material necessário.

26. Executa os procedimentos para que o resultado seja esteticamente agradável e funcional.

A pessoa ostomizada tem atenção a aspetos como:

- Boa apresentação dos dispositivos e acessórios;
- Arrumação cuidada e disposição adequada dos dispositivos e acessórios;
- Organização correta do material a inutilizar ou vestuário sujo para lavar;
- Lavagem adequada das mãos.

27. Gere o tempo na execução de procedimentos para obter os melhores resultados.

A pessoa é capaz de gerir o seu tempo, atendendo à necessidade de:

- Executar os procedimentos com tranquilidade e eficácia;
- Prevenir acidentes e complicações;
- Manter o conforto durante o autocuidado.

28. Organiza o material necessário para o cuidado à ostomia.

Para a execução dos procedimentos de autocuidado, a pessoa ostomizada:

- Organiza antecipadamente o material necessário;
- Durante a execução dos procedimentos é capaz de manter o material acessível e organizado;
- Ao terminar os procedimentos rejeita corretamente o material adequado e arruma o restante.

29. Mede o tamanho da ostomia.

Antes de recortar o dispositivo (se for o caso) a pessoa ostomizada mede o tamanho da ostomia utilizando o molde adequado.

30. Recorta a placa de acordo com o tamanho da ostomia.

A pessoa ostomizada recorta a placa de forma adequada utilizando as medidas do molde e uma tesoura apropriada, eliminando as arestas com ajuda do dedo.

31. Desadapta o saco da placa/penso de ostomia (se dispositivo de 2 peças).

Desadapta o saco da placa de cima para baixo, tendo o cuidado de fazer uma ligeira pressão na placa para esta não se descolar

32. Liberta os gases contidos no saco de ostomia.

Quando adequado, a pessoa ostomizada liberta os gases do interior da saco:

- Desconectando ligeiramente a parte superior do saco (dispositivo de 2 peças)
- Libertando os gases pela torneira do saco ou outro orifício do saco (se dispositivo único).

33. Descola a placa/ penso de ostomia.

Descola a placa do abdómen, esticando ligeiramente a pele e fazendo o movimento de cima para baixo.

34. Limpa a ostomia de eliminação intestinal.

Remove o excesso de fezes com papel higiénico (se necessário) e lava a ostomia com água tépida e sabão neutro, preferencialmente com toalha macia.

35. Lava a pele periestomal.

Lava a pele periestomal com água tépida e sabão neutro, tendo o cuidado de observar as características da pele.

36. Seca a pele periestomal.

Após a lavagem da pele, tem o cuidado de a secar corretamente, preferencialmente com toalha macia.

37. Aplica protetores cutâneos

Atendendo às características da pele, tem o cuidado de aplicar protetores cutâneos, como barreiras de proteção ou clara de ovo.

38. Cola a placa/ penso de ostomia.

Depois de bem seca a pele, a pessoa ostomizada cola a placa no abdómen, fazendo o movimento de baixo para cima, mantendo pressão com os dedos sobre a área da placa que fixa à pele.

39. Adapta o saco de ostomia (se dispositivo de 2 peças).

Adapta à placa o saco de ostomia, fazendo o movimento de baixo para cima. Fecha a torneira/ outro orifício do saco, se for o caso.

40. Confirma o ajuste do dispositivo.

Tem o cuidado de adaptar o aro da placa ao do saco e pressionar até ouvir um estalido, confirmando a adaptação com um leve puxão no saco.

41. Realiza a técnica de irrigação intestinal

A pessoa ostomizada que realiza a técnica de irrigação intestinal:

- descreve os passos da técnica de irrigação;
- identifica a altura adequada da base do irrigador, tomando como base seu próprio ombro, estando sentada ou em pé;
- reconhece que a água morna é a temperatura adequada;
- introduz o cone na ostomia, após a retirada do ar do sistema;
- introduz e mantém o cone na colostomia, de forma adequada, sem comprimi-la e sem deixar vaziar água;
- infunde a água em velocidade contínua, durante um período de 5 a 10 minutos;
- impede a entrada de ar no intestino, ao encerrar a fase de infusão;
- reconhece e consegue solucionar os principais problemas que podem ocorrer durante e após a irrigação;
- descreve os cuidados de conservação e limpeza do equipamento para a irrigação.

NEGOCIAÇÃO E UTILIZAÇÃO DE RECURSOS

Neste domínio de competência pretende-se avaliar se a pessoa demonstra pretender negociar/ utilizar ou demonstra negociar/ utilizar os recursos disponíveis para o cuidado à ostomia, traduzidos nos critérios definidores dos indicadores seguintes:

42. Negoceia os serviços adequados da comunidade para adquirir o material necessário ao cuidado da ostomia.

A aquisição do material na Unidade de saúde é efetuada tendo em conta os seguintes aspetos:

- O local de fornecimento de material depende do sistema de saúde da pessoa ostomizada:
 - a) utente do Sistema Nacional de Saúde – Centro de saúde;

b) utente com outro subsistema – Farmácia, usufruindo de comparticipação, mediante apresentação de receita médica;

c) Farmácia ou outro estabelecimento comercial (não usufruindo de comparticipação) por opção própria.

- Contacta antecipadamente os serviços da comunidade para garantir o fornecimento do material necessário ao cuidado à ostomia (se for o caso).
- Recorre atempadamente ao serviço de saúde para adquirir o material necessário ao cuidado à ostomia.

43. Recorre aos serviços de saúde para esclarecimento de dúvidas e/ ou aconselhamento.

Perante situações que suscitam dúvidas ou existe necessidade de aconselhamento, a pessoa ostomizada:

- Contacta o enfermeiro/ estomaterapeuta para esclarecimento de dúvidas.
- Contacta o enfermeiro/ estomaterapeuta para pedir conselhos e/ ou informações relativas ao material ou procedimentos associados ao cuidado à ostomia.
- Participa em grupos de apoio ao ostomizado (exemplos: associações na área, Liga dos ostomizados, projetos das Unidades de Cuidados na Comunidade).

44. Recorre oportunamente aos serviços de saúde face a complicações da ostomia.

Perante complicações associadas à ostomia, a pessoa ostomizada contacta oportunamente os profissionais de saúde adequados.

45. Avalia o cuidado prestado pelos serviços de saúde.

A pessoa ostomizada é capaz de avaliar os cuidados prestados pelos serviços de saúde na área do cuidado à ostomia, nomeadamente nas áreas:

- Acessibilidade;
- Tempo na resposta a pedidos de colaboração;
- Eficácia dos cuidados prestados;
- Empatia com os profissionais de saúde.

ANEXO 4 - AUTORIZAÇÃO DAS INSTITUIÇÕES

Pedido de Autorização

ACES/GRANDE PORTO IV	
PÓVOA DE VARRIZ/VILA DO CONDE	
Recebido	04/04/2013
Registo n.º	1220
Proc.º	Proj. Inv.

Exma. Senhora Doutora
Judite Neves

Assunto: Pedido de autorização para realizar o estudo - “Validação do formulário desenvolvimento da competência de autocuidado da pessoa com ostomia de eliminação intestinal”.

Igor Emanuel Soares Pinto, a frequentar o 2º ano do curso de Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica da Escola Superior de Enfermagem do Porto, vem por este meio solicitar a Vossa Exa. autorização para realizar no ACES grande Porto IV na UCC de Vila do Conde, no projeto “a Pessoa com ostomia” com a orientação da Enfermeira Sónia Novais, o Estudo de Investigação / Trabalho Académico acima mencionado.

Pertinência: Viver com uma ostomia requer que o cliente desenvolva competências de autocuidado para lidar com a sua nova condição de saúde. É necessário que os enfermeiros estabeleçam um plano educacional, deem apoio clínico e forneçam informações e permitam o desenvolvimento de competências à pessoa ostomizada, para que esta possa tomar decisões informadas, atingir os seus objetivos e ultrapassar dificuldades que possam surgir (RNAO, 2009).

A recolha de dados utilizando instrumentos de avaliação, permite identificar com rigor as necessidades da pessoa ostomizada na área do autocuidado e conceber planos individuais de cuidados de enfermagem. É crucial que o enfermeiro ajude cada pessoa ostomizada a desenvolver competências de autocuidado à ostomia, conhecendo as suas reais necessidades educativas (Cardoso, 2011).

Existem alguns instrumentos, nomeadamente em inglês, que avaliam algumas componentes do conhecimento que a pessoa com ostomia de eliminação intestinal deve ter, contudo, não existe nenhum instrumento validado para a população portuguesa que

permita a avaliação das competências de autocuidado da pessoa com ostomia de eliminação intestinal.

Neste sentido, este projeto de investigação surge com o propósito de validar um instrumento de avaliação das competências da pessoa com ostomia de eliminação intestinal, desenvolvido por Teresa Cardoso (2011), Carla Silva (2012) e Ana Gomes (2012), de forma a contribuir para o processo de recolha de dados e identificação das necessidades de cuidados de enfermagem da pessoa portadora de ostomia de eliminação intestinal.

Objetivos: Os objetivos delineados para este trabalho de investigação passam pela validação do formulário “desenvolvimento da competência de autocuidado da pessoa com ostomia de eliminação intestinal” e descrição das competências de autocuidado da pessoa com ostomia de eliminação intestinal.

Metodologia: No trabalho de investigação que se pretende realizar será utilizada uma metodologia quantitativa, do tipo metodológico, observacional, descritivo e de cariz transversal.

A técnica de amostragem selecionada será a não probabilística por conveniência e a amostra será constituída por aproximadamente 225 sujeitos, constituída pelos doentes com ostomia de eliminação intestinal, acompanhados em 6 hospitais do grande Porto, nos centros de saúde da Unidade Local de Saúde de Matosinhos, assim como no ACES grande Porto IV Povoia de Varzim - Vila do Conde.

A recolha de dados será efetuada no serviço acima referido, utilizando o formulário supra citado (Anexo I) e prevê-se que termine a 31 de Julho de 2013. Após o avale da ARSN, será iniciado o processo de recolha de dados junto da pessoa com ostomia de eliminação intestinal. Neste processo será solicitada a colaboração dos profissionais de enfermagem, no sentido de selecionar os sujeitos da amostra, segundo os critérios já definidos (Anexo I), assim como no processo de recolha de dados (aos profissionais de enfermagem selecionados para colaborar na recolha de dados será ministrada formação para o efeito assim como fornecido um manual de preenchimento do formulário, sendo que neste contexto, o profissional de enfermagem previamente contactado para colaborar na recolha de dados foi Enfermeira Sónia Novais).

A recolha de dados será realizada pelo enfermeiro colaborador ou pelo investigador principal após o preenchimento do consentimento informado pelo sujeito observado.

O pedido de autorização para utilizar o formulário já foi efetuado junto das autoras (Anexo I).

Na eventualidade de surgir alguma dúvida na compreensão do estudo de investigação, que não esteja claramente respondida no projeto que remeto em anexo, não hesite em contactar o investigador principal através do Email isp.igor@gmail.com ou telemóvel (912548927).

Referencias Bibliográficas

Cardoso, Teresa Maria Silva. 2011. *Desenvolvimento da Competência de Autocuidado da Pessoa com Ostomia de Eliminação Intestinal.* Porto : s.n., 2011.

Gomes, Ana Maria Rodrigues. 2012. *Desenvolvimento Da Competência De Autocuidado Da Pessoa Com Ostomia De Eliminação Intestinal No Momento Da Alta Do Internamento.* Escola Superior de Enfermagem do Porto. Porto : s.n., 2012. Dissertação de Mestrado.

RNAO, Registered Nurses' Association of Ontario. 2009. *Ostomy care and Management.* Toronto, Canada : Registered Nurses' Association of Ontario, 2009.

Silva, Carla Regina Rodrigues. 2012. *Desenvolvimento da competência de autocuidado da pessoa que vai ser submetida a ostomia de eliminação intestinal.* Escola superior de enfermagem do porto. Porto : s.n., 2012. Dissertação De Mestrado.

Investigador Principal: Igor Emanuel Soares Pinto

Orientadora: Professora Doutora Célia S. Vilaça de Brito Santos

Coorientadora: Mestre Maria Alice Correia de Brito

Parecer: do Conselho Clínico AACS P/VC

Nada a opor desde que a comissão de ética considere que o utente não é lesado no seu interesse, e omissivo de o seu consentimento

ACES/GRANDE PORTO IV
PÓVOA DE VAREZIM/VILA DO CONDE
Vogal Conselho Clínico
Enf.ª Elisa Meira

10/04/2013

Página 3 de 3



ARS NORTE
Administração Regional
de Saúde do Norte, I.P.

COMUNICAÇÃO INFORMAÇÃO PARECER Nº 49 DATA: 5 Jun13

DE: Comissão de Ética para a Saúde da ARS Norte

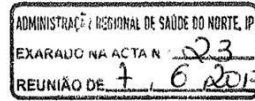
PARA: Conselho Diretivo da ARS Norte

ASSUNTO: Parecer Nº 46/2013

Levo ao conhecimento desse Conselho Diretivo o Parecer nº 46/2013 (sobre o estudo: “Validação do formulário – desenvolvimento da competência de autocuidado da pessoa com ostomia de eliminação intestinal”), aprovado na reunião do dia 28 de Maio de 2013, por unanimidade.

À Consideração Superior

Deolinda Neves
Assessora CES/UIC



DELIBERADO AUTORIZAR

7, 6, 2013

Dr. Ponciano Oliveira
Vogal C. D.

2013/6/7
Rui Cernadas
Vice-Presidente do C.D.

José Carlos Pedro
Vogal C. D.

Rua Santa Catarina, 1288 Tel 220 411 000 arsn@arsnorte.min-saude.pt
4000-447 Porto Fax 220 411 005 www.arsnorte.min-saude.pt



GOVERNO DE
PORTUGAL

MINISTÉRIO DA SAÚDE



Exmo. Sr. Enf.
Igor Emanuel Soares Pinto
Cirurgia C.
ULS Matosinhos

N/Ref.: 84/2013

Assunto: Informação sobre pedido para realização de estudo

Em resposta ao V/ pedido para realizar um estudo com o tema “**Validação do formulário desenvolvimento da competência de autoridade da pessoa com ostomia de eliminação intestinal**”, vimos informar que **está devidamente autorizado** conforme Despacho do Sr. Enf.º Diretor de 11-02-2013. Aguardamos contacto com o nosso Centro de Formação, a fim de planear o referido estudo.

Para qualquer contacto deve mencionar a N/REF.:84/2013

Sem outro assunto de momento, apresento os meus melhores cumprimentos.

Vila Nova de Gaia, 20 de Março de 2013

Centro de Formação
Tel/Fax: 22 7865127 – Ext. 11627
E-mail: df@chvng.min-saude.pt

Centro Hospitalar de
Vila Nova de Gaia / Espinho, E.P.E.
Rua Conceição Fernandes s/n
4434-502 Vila Nova de Gaia

www.chvng.min-saude.pt
Tel. + 351 22 786 51 00
Fax + 351 22 7830209
eMail geral@chvng.min-saude.pt

NIPC 508 142 156
Capital Estatutário 47.082.000,00 Euros
Registo Comercial nº 508 142 156



AUTORIZADO

CONSELHO DE ADMINISTRAÇÃO @ REUNIÃO DE			
Presidente do Conselho de Administração			
		9 MAIO 2013	
(Prof. Doutor António Ferreira)			
Directora Clínica	Entretanto Directora	Vogal Executiva	Vogal Executiva
			
(Ir. Margarida Soares)	(Ir. Helena D. Kikoe Fontes)	(Ir. João Manuel)	(Dr. João)

CES 59-13
 do CA
 Ir. Helena D. Kikoe Fontes
 7.5.2013

Exmo. Senhor
 Presidente do Conselho de Administração do
 Centro Hospitalar de S. João – EPE

Assunto: Pedido de autorização para realização de estudo/projecto de investigação

Nome do Investigador Principal: Igor Emanuel Soares Pinto

Título do projecto de investigação: Validação do formulário "Desenvolvimento da Competência de autocuidado da pessoa com ostomia de eliminação intestinal"

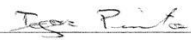
Pretendendo realizar no(s) Serviço(s) de cirurgia homens, cirurgia mulheres e consulta estomoterapia do Centro Hospitalar de S. João – EPE o estudo/projecto de investigação em epígrafe, solicito a V. Exa., na qualidade de Investigador/Promotor, autorização para a sua efectivação.

Para o efeito, anexa toda a documentação referida no dossier da Comissão de Ética do Centro Hospitalar de S. João respeitante a estudos/projectos de investigação, à qual endereçou pedido de apreciação e parecer.

Com os melhores cumprimentos.

Porto, 07/ Fevereiro /2013

O INVESTIGADOR/PROMOTOR



CES

COMISSÃO DE ÉTICA PARA A SAÚDE

7. **SEGURO**

a. Este estudo/projecto de investigação prevê intervenção clínica que implique a existência de um seguro para os participantes?

SIM (Se sim, junte, por favor, cópia da Apólice de Seguro respectiva)

NÃO

NÃO APLICÁVEL

8. **TERMO DE RESPONSABILIDADE**

Eu, Igor Emanuel Soares Pinto, abaixo-assinado, na qualidade de Investigador Principal, declaro por minha honra que as informações prestadas neste questionário são verdadeiras. Mais declaro que, durante o estudo, serão respeitadas as recomendações constantes da Declaração de Helsínquia (com as emendas de Tóquio 1975, Veneza 1983, Hong-Kong 1989, Somerset West 1996 e Edimburgo 2000) e da Organização Mundial da Saúde, no que se refere à experimentação que envolve seres humanos. Aceito, também, a recomendação da CES de que o recrutamento para este estudo se fará junto de doentes que não tenham participado em outro estudo no decurso do actual internamento ou da mesma consulta.

Porto, 06 / Fevereiro / 2013

26/02/2013

A Comissão de Ética para a Saúde tendo aprovado o parecer do Relator, aguarda que o Investigador/Promotor esclareça as questões nele enunciadas para que possa emitir parecer definitivo.

Igor Emanuel Soares Pinto

O Investigador Principal
Prof. Doutor Filipe Almeida
Presidente da Comissão de Ética

PARECER DA COMISSÃO DE ÉTICA PARA A SAÚDE DO CENTRO HOSPITALAR DE S. JOÃO

emitido na reunião plenária da CES

de

Considerando que foram cumpridos os requisitos necessários para a realização do estudo

A Comissão de Ética para a Saúde APROVA por unanimidade o parecer do Relator, pelo que nada tem a opor à realização deste projecto de investigação.

2013.03.26

Filipe Almeida
Prof. Doutor Filipe Almeida
Presidente da Comissão de Ética

21/09/13

Gmail - Autorização p/ desenvolvimento de Estudo Académico



Igor Pinto <isp.igor@gmail.com>

Autorização p/ desenvolvimento de Estudo Académico

Maria Arminda Pinto <apinto@ipoporto.min-saude.pt>

20 de Março de 2013 às 10:45

Para Igor Pinto <isp.igor@gmail.com>

Cc: Teresa Cidalia Sousa <teresa.c.sousa@ipoporto.min-saude.pt>, Emilia Cunha <emilia.cunha@ipoporto.min-saude.pt>, Fátima Teixeira <fatimateixeira@ipoporto.min-saude.pt>

Bom dia,

Conforme solicitado, o trabalho de investigação encontra-se devidamente autorizado pela Sra. Enf^a. Diretora, pelo que pode ser desenvolvido nos Serviços solicitados.

Deve dirigir-se às Enf^{as} dos Serviços envolvidos: Cirurgia Piso 7 – Enf^a Teresa Sousa, Cirurgia Piso 8 – Enf^a Emilia Cunha e Consulta de Estomoterapia – Enf^a Fátima, a fim de agendar a data de realização do referido projeto.

Ao dispor, melhores cumprimentos,

Maria Arminda Pinto

Secretariado Escola Portuguesa de Oncologia do Porto

Instituto Português de Oncologia do Porto Francisco Gentil, E.P.E.

Rua Dr. António Bernardino de Almeida, 4200-072 Porto – Portugal

Telefone: +351 225 084 000 – Ext.5205

apinto@ipoporto.min-saude.pt<http://www.ipoportor.min-saude.pt/>

De: Igor Pinto [mailto:isp.igor@gmail.com]**Enviada:** terça-feira, 19 de Março de 2013 13:35**Para:** Maria Arminda Pinto**Assunto:** Re: Autorização p/ desenvolvimento de Estudo Académico

[Citação ocultada]

UNIDADE LOCAL DE SAÚDE DE MATOSINHOS HOSPITAL PEDRO HISPANO	INFORMAÇÃO	Nº 010/CE/JAS Data: 22-01-2013
--	-------------------	---------------------------------------

Para: Dr. Victor Herdeiro (Presidente do Conselho de Administração)
De: Comissão de Ética

Pedido de autorização para realização do estudo intitulado "Validação do formulário
Assunto: desenvolvimento da competência de autocuidado da pessoa com ostomia de eliminação intestinal"

DESPACHO / DELIBERAÇÃO

*A RCA para autocuidado
22/01/13
[assinatura]*

Arboredo
25-01-2013


CONSELHO DE ADMINISTRAÇÃO ULSM, EPL
Dr. VITOR HERDEIRO

Dr. AMARO FERREIRA Vogal Executivo	Presidente	Dr.ª PAULA SIMÃO Diretora Clínica
Enf.ª MARGARIDA FILIPE Enfermeira Diretora		Dr.ª TERESA FERNANDES Vogal Executiva

PARECER

ULSM 22/01/13 02534EN

[assinatura]

<p>UNIDADE LOCAL DE SAÚDE DE MATOSINHOS</p> <p>HOSPITAL PEDRO HISPANO</p>		<p>Nº 010/CE/JAS</p> <p>Data: 22-01-2013</p>
---	---	--

Para: **Dr. Victor Herdeiro (Presidente do Conselho de Administração)**
 De: Comissão de Ética

**Pedido de autorização para realização do estudo intitulado “Validação do formulário
 Assunto: desenvolvimento da competência de autocuidado da pessoa com ostomia de eliminação
 intestinal”**

INFORMAÇÃO

Exmos. Senhores,

A Comissão de Ética analisou na sua reunião de 11 de Janeiro de 2013, o pedido de autorização para realização do estudo intitulado “Validação do formulário desenvolvimento da competência de autocuidado da pessoa com ostomia de eliminação intestinal”, proponente o Enfº Igor Pinto da Cirurgia C da ULSM.

Decidido nada opor à realização deste estudo.

Com os melhores cumprimentos.



Dr. José Alberto Silva
 (Presidente da Comissão de Ética da U. L. S. – Matosinhos)

C/c – Dra. Olívia Pestana (Diretora do Serviço de Estudos e de Gestão da Informação Científica)



ANEXO 5 - CONSENTIMIENTO INFORMADO

Consentimento livre e esclarecido para participação no estudo

Para participar neste estudo, é importante que compreenda a intenção dele, assim como o procedimento a ele inerente, os riscos e os benefícios da sua participação. Neste sentido, é importante que leia todo o documento, de forma a sentir-se completamente inteirado, esclarecido e se sinta à vontade para colocar todas as questões que pretender antes de aceitar fazer parte do estudo.

- **Título do estudo:**

“Validação do formulário de avaliação do desenvolvimento de competências da pessoa com ostomia de eliminação intestinal”

- **Investigador Responsável:** Igor Emanuel Soares Pinto – **Contacto:** 912548927

- **Descrição da Finalidade e Objetivos do Estudo:**

Este estudo surge no âmbito do da Unidade Curricular Dissertação do 2º. ano de Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica, a decorrer na Escola Superior de Enfermagem do Porto e tem o propósito de **validar um instrumento de avaliação das competências de autocuidado da pessoa com ostomia de eliminação intestinal**. A utilização deste instrumento pode permitir recolher informação relativa ao desenvolvimento da competência de autocuidado à ostomia com mais rigor e desta forma, facilitar a identificação das necessidades de cuidados de enfermagem, otimizando o processo de tomada de decisão do enfermeiro, de forma a garantir uma melhor assistência à pessoa com ostomia de eliminação intestinal.

Quando nos referimos à competência da pessoa com ostomia de eliminação intestinal referimo-nos aos conhecimentos, habilidades e atitudes da pessoa necessárias para realizar os cuidados à ostomia de eliminação.

Os objetivos do presente estudo são:

- Validar o formulário do “desenvolvimento de competências de autocuidado da pessoa com ostomia de eliminação intestinal”

- Descrever as competências de autocuidado da pessoa com ostomia de eliminação
- **Participação**: A participação no estudo é voluntária, podendo a qualquer momento deixar de participar no mesmo. A sua decisão será sempre respeitada e seguida, recebendo todos os cuidados de enfermagem de acordo com a sua situação.
- **Procedimento**: Se aceitar participar neste estudo, ser-lhe-á pedido o preenchimento de um formulário, onde lhe serão colocadas algumas perguntas relevantes ao estudo e serão registados pelo enfermeiro, alguns dados relativos ao autocuidado à ostomia. O trabalho de investigação prevê-se estar concluído em Julho de 2014, podendo a partir dessa altura solicitar a consulta dos resultados, junto do investigador responsável.
- **Riscos e Benefícios da Participação no Estudo**: Da participação neste estudo não existe quaisquer riscos associado para os participantes. Os benefícios poderão passar pela melhoria da identificação das necessidades em cuidados de enfermagem da pessoa com ostomia de eliminação intestinal.
- **Confidencialidade**: Todos os dados relativos a este estudo serão mantidos sob sigilo e em nenhum tipo de relatório ou de publicação que eventualmente se venha a produzir, será incluído qualquer tipo de informação que possa conduzir à identificação dos participantes.

DECLARAÇÃO DE CONSENTIMENTO

Designação do estudo: *“Validação do formulário de avaliação do desenvolvimento de competências da pessoa com ostomia de eliminação intestinal”*

Eu,

abaixo-assinado, compreendi a explicação que me foi fornecida acerca do estudo em que irei participar, tendo-me sido dada a oportunidade de fazer as perguntas que julguei necessárias.

Foi-me prestada informação e explicação no que refere aos objetivos, procedimentos, riscos e benefícios do estudo, sendo-me garantida a confidencialidade relativamente à informação prestada, bem como a hipótese de em qualquer altura poder abandonar o estudo.

Por isso, aceito participar no estudo, respondendo às questões que forem colocadas.

_____, ____ de _____ de 2014

Assinatura: _____

ANEXO 6 - AUTORIZAÇÃO DAS AUTORAS DO FORMULÁRIO

ção para a utilização do formulário "Desenvolvimento de competências de...



Igor Pinto <isp.igor@gmail.com>

Pedido de autorização para a utilização do formulário "Desenvolvimento de competências de autocuidado da pessoa com ostomia de eliminação intestinal"

Teresa Cardoso <teresamcardoso@gmail.com>
Para Igor Pinto <isp.igor@gmail.com>

18 de Outubro de 2012 22:33

Boa noite En^o Igor Pinto.

É com enorme satisfação que tomo conhecimento que a área do cuidado ao cliente ostomizado será trabalhada no contexto de um trabalho de mestrado em enfermagem.

Tal como já tínhamos falado, não tenho nada a opor relativamente à solicitação que me dirige e estarei sempre disponível para qualquer esclarecimento e disposta a colaborar, caso seja necessário.

Atualmente exerço funções no contexto dos cuidados de saúde primários e, neste âmbito, estou disponível caso seja necessária qualquer articulação neste contexto.

Desde já felicito-o pelo seu projeto e desejo muito sucesso para o seu trabalho de investigação.

Cumprimentos,
Teresa Cardoso.

Em 18 de outubro de 2012 13:55, Igor Pinto <isp.igor@gmail.com> escreveu:
[Citação ocultada]

ção para a utilização do formulário "Desenvolvimento de competências de...



Igor Pinto <isp.igor@gmail.com>

Pedido de autorização para a utilização do formulário "Desenvolvimento de competências de autocuidado da pessoa com ostomia de eliminação intestinal"

Carla Silva <enf_carlasilva@hotmail.com>
Para isp.igor@gmail.com

24 de Outubro de 2012 15:02

Boa tarde En^o Igor Pinto.

É com enorme satisfação que tomo conhecimento que a área do cuidado ao cliente ostomizado será trabalhada no contexto de um trabalho de mestrado em enfermagem.

Tal como já tínhamos falado, não tenho nada a opor relativamente à solicitação que me dirige e estarei sempre disponível para qualquer esclarecimento e disposta a colaborar, caso seja necessário.

Atualmente exerço funções no contexto dos cuidados de saúde diferenciados e, neste âmbito, estou disponível caso seja necessária qualquer articulação neste contexto.

Desde já felicito-o pelo seu projeto e desejo muito sucesso para o seu trabalho de investigação.

Cumprimentos,

Carla Regina Rodrigues da Silva

ção para utilização do formulário "Desenvolvimento de competências de...



Igor Pinto <isp.igor@gmail.com>

Pedido de autorização para a utilização do formulário "Desenvolvimento de competências de autocuidado da pessoa com ostomia de eliminação intestinal"

Ana Gomes Gomes <anagomse@gmail.com>
Para Igor Pinto <isp.igor@gmail.com>

22 de Outubro de 2012 18:48

Olá EnP Igor

Venho por este meio confirmar a minha autorização para a utilização do formulário "*Desenvolvimento de competências de autocuidado da pessoa com ostomia de eliminação intestinal*" no âmbito da sua dissertação de mestrado.

Agradeço a sua opção em dar continuidade a este estudo e desejar-lhe boa sorte.

Estou disponível para o ajudar no que for necessário no decorrer do desenvolvimento da sua tese.

O meu telem. - [932858243](tel:932858243)

Ao dispor

Atenciosamente

Ana Gomes

No dia 19 de Outubro de 2012 18:04, Igor Pinto <isp.igor@gmail.com> escreveu:
[Citação ocultada]

**ANEXO 7 – CORRELAÇÃO CORRIGIDA DOS ITENS COM A
ESCALA GLOBAL E SUBESCALAS E DO ALPHA DE
CRONBACH DA ESCALA GLOBAL E SUBESCALAS
AQUANDO DA EXCLUSÃO DO ITEM**

Domínios	Itens	Correlação corrigida do item - total	Alpha Cronbach da escala global se o item for eliminado	Correlação corrigida do item – total (subescala)	Alpha Cronbach da subescala se o item for eliminado
Conhecimento	1. Refere o que é uma ostomia de eliminação intestinal	-0,36	0,96	0,34	0,74
	2. Refere qual a finalidade da ostomia de eliminação intestinal	0,02	0,95	0,45	0,73
	3. Refere as características da ostomia de eliminação intestinal	0,32	0,95	0,60	0,69
	4. Refere os sinais de complicação da ostomia de eliminação intestinal	0,91	0,95	0,53	0,71
	5. Refere quais os dispositivos necessários no cuidado à ostomia	0,72	0,95	0,52	0,73
	6. Refere quando deve proceder à substituição do saco de ostomia	0,72	0,95	0,52	0,71
	7. Refere quando deve proceder à substituição da placa/ penso de ostomia	0,39	0,95	0,45	0,73
	8. Refere quais os recursos disponíveis na comunidade à pessoa ostomizada	0,84	0,95	0,41	0,73
	9. Reconhece as suas necessidades na área do conhecimento sobre o cuidado à ostomia	0,65	0,95	0,31	0,75
Auto-vigilância	10. Observa a ostomia de eliminação intestinal	0,72	0,95	0,63	0,79
	11. Identifica as características da ostomia de eliminação intestinal	0,74	0,95	0,72	0,77
	12. Identifica as características das fezes	0,64	0,95	0,63	0,80
	13. Identifica sinais de alteração das fezes	0,72	0,95	0,52	0,81
	14. Identifica sinais de complicação da ostomia de eliminação intestinal	0,89	0,95	0,74	0,76
	15. Atende à capacidade limite de preenchimento do saco de ostomia	0,32	0,95	0,44	0,82
	16. Regista ocorrências significativas	0,87	0,95	0,60	0,82
Interpretação	17. Questiona detalhadamente com o objetivo de encontrar uma explicação.	0,73	0,95	0,68	0,72
	18. Refere quais as possíveis causas de complicações da ostomia de eliminação intestinal.	0,45	0,95	0,70	0,71

	19.Refere quais as possíveis causas de alteração das características das fezes	0,68	0,95	0,66	0,73
	20.Reconhece que os resultados do autocuidado à ostomia influenciam o seu bem-estar	0,78	0,95	0,44	0,83
Tomada de decisão	21.Estabelece prioridades na tomada de decisão	0,61	0,95	0,54	0,88
	22.Reconhece as possíveis consequências das suas decisões	0,42	0,95	0,75	0,81
	23.Preve as complicações da ostomia	0,73	0,95	0,80	0,79
	24.Verbaliza o que fazer para minimizar as complicações da ostomia	0,71	0,95	0,77	0,80
Execução	25.Executa os procedimentos, atendendo ao seu conforto	0,64	0,95	0,31	0,87
	26.Executa os procedimentos para que o resultado seja esteticamente agradável e funcional	0,42	0,95	0,19	0,87
	27.Gere o tempo na execução de procedimentos para obter os melhores resultados	0,42	0,95	0,19	0,87
	28.Organiza o material necessário para o cuidado à ostomia	0,72	0,95	0,38	0,87
	29.Mede o tamanho da ostomia	0,59	0,95	0,70	0,85
	30.Recorta a placa/ penso de acordo com o tamanho da ostomia	0,59	0,95	0,70	0,85
	31.Desadapta o saco da placa de ostomia (se sistema de 2 peças)	0,72	0,95	0,38	0,87
	32.Liberta os gases contidos no saco de ostomia	0,71	0,95	0,06	0,88
	33.Descola a placa de ostomia	0,72	0,95	0,78	0,84
	34.Limpa a ostomia de eliminação intestinal	0,72	0,95	0,78	0,84
	35.Lava a pele periestomal	0,72	0,95	0,78	0,84
	36.Seca a pele periestomal	0,72	0,95	0,78	0,84
	37.Aplica protetores cutâneos	0,60	0,95	0,58	0,86
	38.Cola a placa de ostomia	0,59	0,95	0,68	0,85

	39.Adapta o saco de ostomia (se sistema de 2 peças)	0,72	0,95	0,38	0,87
	40.Confirma o ajuste do dispositivo	0,72	0,95	0,38	0,7
	41.Realiza a técnica de irrigação intestinal	0,79	0,95	0,60	0,86
NEGOCIAÇÃO E UTILIZAÇÃO DE RECURSOS EM SAÚDE	42.Negoceia os diferentes recursos disponíveis no apoio à pessoa ostomizada	0,98	0,95	0,70	0,86
	43.Recorre aos serviços de saúde para esclarecimento de dúvidas e/ ou aconselhamento	0,86	0,95	0,85	0,80
	44.Recorre oportunamente aos serviços de saúde face a complicações da ostomia	0,69	0,95	0,77	0,83
	45.Avalia o cuidado prestado pelos serviços de saúde	0,55	0,95	0,69	0,87

