

ESCOLA SUPERIOR DE ENFERMAGEM DO PORTO

Curso de Mestrado em Enfermagem Comunitária

DESENVOLVIMENTO DA COMPETÊNCIA DE AUTOUIDADO
DA PESSOA COM OSTOMIA DE ELIMINAÇÃO INTESTINAL

Dissertação De Mestrado

Orientação:

Professora Doutora Célia Samarina Vilaça de Brito Santos

Co-orientação:

Mestre Maria Alice Correia de Brito

Teresa Maria Silva Cardoso

Porto | 2011

*“Uma teoria não é o conhecimento, ela permite o conhecimento;
Uma teoria não é um ponto de chegada, é a possibilidade duma partida;
Uma teoria só desempenha o seu papel cognitivo, só ganha vida
com o pleno emprego da atividade mental do sujeito.”*

Edgar Morin, 1990

AGRADEÇO,

À Professor Célia Santos, por toda a disponibilidade e serenidade que permitiu manter o equilíbrio tão desejado...

À Professora Alice Brito, pelas discussões e pela forma tão assertiva de ver “a realidade”. Muito obrigada!

Ao Conselho de Administração da ULSM e responsáveis de enfermagem das Unidades de Saúde participantes no estudo. A todos os enfermeiros!

Aos utentes que permitiram que este estudo fosse possível.

Às colegas de mestrado, Ana e Carla, que me acompanharam nesta aventura da investigação.

Às amigas de sempre, Dilma, Marta e Joana. Muito obrigada pela vossa força!

À minha família que sempre compreendeu a pouca disponibilidade.

Ao Gonçalo... por seres como és!

Muito Obrigada!

ABREVIATURAS E SIGLAS

% - percentagem

ACES - Agrupamento dos Centros de Saúde

CIPE® - Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem

cit. – citado (*opus citatum*)

ESEP - Escola Superior de Enfermagem Do Porto

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

gl – grau(s) de liberdade

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

MMSE - Mini-Mental State Examination

n.º - número

NOC – Nursing Outcomes Classification (Classificação dos Resultados de Enfermagem)

p – valor de significância

p. – página

RNAO - Registered Nurses' Association of Ontario

SAPE - Sistema de Apoio à Prática de Enfermagem

SPSS - Statistical Package for Social Sciences

UCC - Unidade de Cuidados na Comunidade

UCE - Unidade de Cuidados de Enfermagem

UCSP - Unidade de Cuidados de Saúde Personalizados

ULS - Unidade Local de Saúde

USF - Unidade de Saúde Familiar

ÍNDICE

PÁGINA

INTRODUÇÃO.....	13
CAPÍTULO I - ENQUADRAMENTO TEÓRICO.....	17
1.1. A Pessoa com Ostomia de Eliminação Intestinal	17
1.1.1. As Implicações da Nova Condição de Ser Ostomizado	18
1.1.2. A Complexidade do Processo de Adaptação	21
1.2. A Competência de Autocuidado e o Processo de Transição	23
1.2.1. Desenvolvimento de Competências de Autocuidado	23
1.2.2. O Contributo das Teorias de Enfermagem	24
1.3. O Exercício Profissional no Percurso do Ostomizado.....	27
1.3.1. O Período que Antecede a Criação Cirúrgica da Ostomia	28
1.3.2. A Preparação do Regresso a Casa	29
1.3.3. O Percurso da Pessoa Ostomizada na Comunidade	31
1.4. A Avaliação da Aquisição de Competências	34
CAPÍTULO II - ENQUADRAMENTO METODOLÓGICO	39
2.1. Da Problemática às Questões de Investigação.....	39
2.2. Desenho do Estudo	40
2.2.1. Estudo 1 – Construção do Instrumento de Avaliação.....	42
2.2.2. Estudo 2 – Estudo Descritivo	50
2.3. Amostra do Estudo.....	51
2.3.1. Processo de Seleção da Amostra	51
2.3.2. Caracterização da Amostra	53
2.4. Considerações Éticas	59
2.5. Estratégias Para Análise dos Dados.....	60
CAPÍTULO III – APRESENTAÇÃO DOS RESULTADOS	63
3.1. O Instrumento de Avaliação da Competência de Autocuidado... 63	
3.2. A Competência de Autocuidado da Pessoa Ostomizada..... 64	
3.3. Relação entre as Variáveis em Estudo	69

CAPÍTULO IV – DISCUSSÃO DOS RESULTADOS	77
4.1. O Instrumento de Avaliação	77
4.2. A Competência de Autocuidado da Pessoa Ostomizada	78
4.3. A Relação Entre as Variáveis em Estudo	80
4.4. Reflexões que Emergem da Avaliação de Competências	86
4.4.1. Necessidades Sentidas, Necessidades Expressas	86
4.4.2 Participação Passiva da Pessoa Ostomizada	88
4.4.3. Formação dos Profissionais de Saúde.....	90
4.5. Limitações do Estudo	92
4.6. Implicações dos Resultados	93
4.6.1. Implicações para a Prática de Enfermagem	93
4.6.2. Implicações para Futuras Investigações	95
4.7. Conclusões	96
BIBLIOGRAFIA.....	99
ANEXOS	100
Anexo 1 - Artigo de revisão sistemática sobre o desenvolvimento da competência de autocuidado da pessoa com ostomia de eliminação intestinal	
Anexo 2 - Instrumento de avaliação da competência de autocuidado da pessoa com ostomia de eliminação intestinal	
Anexo 3 - Manual de preenchimento do instrumento de avaliação	
Anexo 4 - Artigo de investigação sobre a construção do instrumento de avaliação do desenvolvimento da competência de autocuidado da pessoa ostomizada	
Anexo 5 - Escala de <i>Mini-Mental State Examination</i> (MMSE)	
Anexo 6 - Distribuição dos critérios de exclusão e dos contactos efetuados	
Anexo 7 – Quadro representativo da distribuição da amostra, conforme a profissão	
Anexo 8 - Carta submetida ao Conselho de Administração da ULS	
Anexo 9 - Carta de explicação do estudo e a declaração do consentimento informado	
Anexo 10 - Parecer do Conselho de Administração da ULS	

LISTA DE FIGURAS E GRÁFICOS

PÁGINA

Figuras

FIGURA 1: Processo de construção do instrumento de avaliação da competência de autocuidado	42
--------------------------------------------------------------------------------------------------	----

Gráficos

GRÁFICO 1: Distribuição da amostra, segundo a situação profissional(N=80)	55
GRÁFICO 2: Distribuição da amostra, segundo o tipo de ostomia (N=80)	57
GRÁFICO 3: Distribuição da amostra, segundo o tipo de ostomia quanto à duração (N=80)	57

LISTA DE QUADROS

PÁGINA

QUADRO 1: Distribuição dos participantes no estudo, segundo o gênero, o estado civil e as habilitações literárias	54
QUADRO 2: Distribuição dos participantes, conforme a idade e anos de escolaridade	54
QUADRO 3: Distribuição da amostra, conforme o conhecimento dos participantes sobre o diagnóstico da cirurgia e sobre o tipo de diagnóstico associado	56
QUADRO 4: Distribuição da amostra, segundo o tempo de pós-operatório (meses)	56
QUADRO 5: Distribuição dos participantes, segundo o contacto com pessoas ostomizadas, realização de consulta de estomaterapia e marcação do local de criação da ostomia, no pré-operatório	58
QUADRO 6: Distribuição dos participantes, conforme a presença de prestador de cuidados informal e do parentesco/afinidade com o cuidador informal	58
QUADRO 7: Medidas de tendência central e de dispersão, de acordo com os domínios da competência de autocuidado	65
QUADRO 8 Medidas de tendência central e de dispersão, de acordo com os itens do domínio do conhecimento	66
QUADRO 9: Medidas de tendência central e de dispersão, de acordo com os itens do domínio da auto-vigilância	66
QUADRO 10: Medidas de tendência central e de dispersão, de acordo com os itens do domínio da interpretação	67
QUADRO 11: Medidas de tendência central e de dispersão, de acordo com os itens do domínio da tomada de decisão	68
QUADRO 12: Medidas de tendência central e de dispersão, de acordo com os itens do domínio da execução	68
QUADRO 13: Medidas de tendência central e de dispersão, de acordo com os itens do domínio da negociação e da utilização dos recursos de saúde	69

LISTA DE TABELAS

PÁGINA

TABELA 1: Análise da consistência interna do instrumento, de acordo com os domínios propostos para a escala	49
TABELA 2: Classificação dos valores do coeficiente da correlação	61
TABELA 3: Análise da associação entre as variáveis idade, anos de escolaridade, tempo de pós-operatório e os domínios da escala	70
TABELA 4: Análise da diferença de médias entre os domínios da escala e as habilitações literárias	71
TABELA 5: Análise da diferença de médias entre os domínios da escala e o tipo de ostomia (quanto à duração)	72
TABELA 6: Análise da diferença de médias entre os domínios da escala e a presença na consulta de estomaterapia, marcação do local da ostomia e contacto com ostomizados, no período do pré-operatório	73
TABELA 7: Análise da diferença de médias entre os domínios da escala e o tipo de ostomia (quanto à localização)	75
TABELA 8: Análise da diferença de médias entre os domínios da escala e a presença de cuidador informal do ostomizado	75
TABELA 9: Análise da regressão linear entre o domínio do conhecimento e os restantes domínios da competência de autocuidado	76

RESUMO

Desenvolvimento da Competência de Autocuidado da Pessoa com Ostomia de Eliminação Intestinal

A investigação apresentada nesta dissertação situa-se no domínio da pessoa com ostomia de eliminação intestinal, tomando por objeto de estudo a problemática do desenvolvimento de competências de autocuidado, em contexto comunitário.

O estudo emerge de um percurso de investigação que decorreu entre outubro de 2010 e julho de 2011, envolvendo a participação do Agrupamento dos Centros de Saúde (ACES) de uma Unidade Local de Saúde (ULS) da região norte. O propósito da investigação passa pela definição de um modelo de avaliação do desenvolvimento da competência de autocuidado da pessoa ostomizada, que permita a produção de indicadores de saúde capazes de traduzir o contributo dos cuidados de enfermagem para a saúde da população em estudo e para os diferentes contextos de ação.

Relativamente ao desenho do estudo, foi adotado um paradigma quantitativo, do tipo metodológico, descritivo e transversal, sendo o percurso da investigação determinado por duas fases distintas, de acordo com os objetivos definidos. O primeiro momento teve como objetivo a construção de um instrumento de avaliação do desenvolvimento da competência de autocuidado da pessoa com ostomia de eliminação intestinal. Esta fase foi desenvolvida em conjunto com outras duas investigadoras, cujos contextos de estudo foram serviços de internamento hospitalar. Na segunda fase do estudo, recorrendo ao seu cariz descritivo, foi aplicado o instrumento de avaliação recém-criado, no sentido de cumprir os objetivos da descrição das competências de autocuidado da pessoa ostomizada e a descrição das mesmas competências, de acordo com as variáveis de atributo, clínicas e de tratamento, em contexto comunitário.

Da primeira fase emergiu um instrumento de avaliação com aplicabilidade clínica ao longo do percurso de aprendizagem de competências de autocuidado da pessoa ostomizada, desde o período do pré-operatório até ao contexto comunitário. Com o cumprimento deste objetivo da investigação, consolidou-se a ideia da multidimensionalidade da competência de autocuidado, estando a cada uma das dimensões, associado um conjunto de indicadores. A avaliação do desenvolvimento destas dimensões determina o juízo de diagnóstico referente à competência de autocuidado da pessoa ostomizada, tendo sido definidas seis dimensões: o

conhecimento, a auto-vigilância, a interpretação, a tomada de decisão, a execução e a negociação e utilização dos recursos da saúde.

A segunda fase permitiu-nos descrever qual a competência de autocuidado das pessoas ostomizadas participantes no estudo, tendo em conta os indicadores definidos para cada domínio. Os resultados sugerem que, face ao expectável em contexto comunitário, a pessoa demonstra parcialmente a competência de autocuidado à ostomia de eliminação intestinal, sendo possível encontrar diferenças significativas de acordo com variáveis como a idade, a escolaridade e o tipo de procedimentos a que esteve sujeita durante o período do pré-operatório.

É inegável o papel do enfermeiro perante as necessidades de desenvolvimento da competência de autocuidado da pessoa com ostomia de eliminação intestinal, nomeadamente enquanto facilitador do processo de transição saúde-doença. A sistematização da avaliação permite adequar estratégias de intervenção e, face à escassez de instrumentos de avaliação, é premente investir na construção e validação destas ferramentas, tal como se pretende com este estudo.

Palavras-chave: ostomia intestinal, competências de autocuidado, transição saúde-doença, instrumento de avaliação.

ABSTRACT

Development of the self-care skill in the person with a bowel elimination ostomy

The research presented in this paper is based on a person who has had an intestinal ostomy removal where the objective is to study the problem of developing self-care skills within the community.

The study is based on research carried out between October 2010 and July 2011, involving the participation of the Health Centre's Group (ACES) from a Northern Local Health Unit. The purpose of this investigation is to define a self-care skills assessment model for an ostomy patient, which allows the production of health indicators that can interpret the contribution of nurse care to the health of the population under investigation and for different contexts of action.

A methodological, descriptive and cross-sectional quantitative paradigm was adopted. The study was designed in two phases, according to the defined objectives. The first phase established an assessment tool for self-care skills of the person with the intestinal ostomy removal. This step was executed with two other researchers - the scope of their study were an in-patient environment. In the second phase, using the descriptive nature of the study, each researcher applied the newly created tool to perform the objectives of the self care skills description of the ostomy patient and the description of these skills, according to the attribute, clinical and treatment variables within the community context.

In line with what arose from the first phase of the research, an assessment tool was developed with clinical appliance along the self-care skills learning curve of the ostomy person, from the preoperative to the community context. Having reached this objective, the idea of the multidimensionality of self-care skills was consolidated, and to each one of these dimensions is associated a set of indicators. The evaluation of the development of such dimensions determines the diagnostic judgments regarding the competence of the self-care skills of the ostomy patient, having been defined six dimensions: knowledge, self-monitoring, interpretation, decision making, execution and negotiation and use of health resources.

The second stage allowed us to describe which self-care skills ostomy patients have, taking into account the indicators defined for each domain. The results reflect that, given what it is expected in the community context, one partially demonstrates self-care skills in relation to the intestinal ostomy removal. It is possible to find

significant differences according to variables such as age, education level and type of procedures to which one was subject during the preoperative period.

It's undeniable the role of the nurse facing the development needs of self-care skills of the intestinal ostomy removal patient, namely, while a mediator on the transition process health to illness. The evaluation systematization allows to tailor the intervention strategies and, given the lack of assessment tools, it is urgent to invest in the construction and validation of these tools, as proposed in this study.

Keywords: intestinal ostomy, transition health to illness, assessment tool, self-care skills.

INTRODUÇÃO

A dissertação que aqui se apresenta foi desenvolvida no contexto do 1º Curso de Mestrado de Enfermagem Comunitária da Escola Superior de Enfermagem do Porto.

O percurso de investigação que realizámos situa-se no domínio dos cuidados de enfermagem a pessoas portadoras de ostomia de eliminação intestinal, tomando por objeto de estudo o desenvolvimento das suas competências de autocuidado.

O estudo foi desenvolvido tendo em vista a definição de um modelo de avaliação que permita a produção de indicadores de saúde capazes de traduzir o contributo dos cuidados de enfermagem para a qualidade de vida da população em estudo.

Face aos pressupostos mencionados e ao interesse que se impõe neste domínio, propusemo-nos desenvolver um estudo, tendo como objetivos: a construção de um instrumento de avaliação do desenvolvimento da competência de autocuidado da pessoa com ostomia de eliminação intestinal; a descrição da competência de autocuidado da pessoa com ostomia de eliminação intestinal, em contexto comunitário; e a descrição das competências de autocuidado da pessoa ostomizada, de acordo com as variáveis de atributo, clínicas e de tratamento. O contexto do estudo foi o Agrupamento dos Centros de Saúde (ACES) de uma Unidade Local de Saúde da região norte.

A descrição das competências de autocuidado da pessoa ostomizada permitirá identificar as suas necessidades, contribuindo para a adequação das intervenções de enfermagem e a consequente melhoria dos cuidados de saúde a este nível. Este estudo responde assim a preocupações atuais, mostrando-se útil para a prática profissional dos enfermeiros, ao contribuir para o avanço dos conhecimentos científicos nesta área.

Na presente investigação, a pertinência da explanação da temática das competências de autocuidado da pessoa ostomizada justifica-se pela importância da continuidade dos cuidados de enfermagem ao utente no processo de regresso a casa, após a alta clínica (O'Connor, 2005). Esta continuidade pressupõe o acompanhamento da pessoa numa fase de transição e aquisição de competências no cuidado à ostomia. Este processo de acompanhamento torna-se mais eficaz se

existir uma partilha de informação sistemática e sustentada numa linguagem comum.

A condição ou doença que implique a construção de uma ostomia é frequentemente vivida como uma experiência devastadora, já que a pessoa tem de incorporar a mudança na sua vida diária, com vista à adaptação (Pittman, 2011). Frequentemente as questões oncológicas surgem como causas da construção cirúrgica da ostomia de eliminação intestinal, podendo assim as implicações serem percecionadas como mais relevantes. A ostomia representa geralmente um lembrete constante da doença (Erwin-Toth, 2006), sendo para alguns mais difícil aceitar a ostomia do que a própria doença. Outros encaram-na como o potencial para a cura, ao constituir-se uma causa inevitável do tratamento. Associada a repercussões físicas e psicológicas, bem como a repercussões sociais (Popek et al., 2010), são os fatores individuais e ambientais a influenciar a forma como a pessoa percebe a ostomia.

A condição de ostomizado pode não ser assumida como uma doença crónica, mas pelas suas implicações aproxima-se da componente crónica da patologia, sendo exigidos à pessoa os mesmos conhecimentos e habilidades de autogestão (RNAO, 2009). A necessidade de adaptação a novos hábitos de autocuidado pode gerar na pessoa sensações de défice de autocontrolo e conseqüentemente implicações na sua autoestima e mesmo qualidade de vida. A complexidade da fase de transição referida exige que a prática de enfermagem seja eficaz (Brown et al., 2005), ao facilitar a aquisição de competências de autocuidado.

Face às políticas atuais de gestão hospitalar, caracterizadas pela necessidade de contenção de custos, perante a redução do tempo de internamento, tem-se exigido à equipa de enfermagem, em contexto hospitalar, um investimento no processo de ensino-aprendizagem. Na comunidade, o desafio aos profissionais passa por garantirem a continuidade dos cuidados à pessoa ostomizada, mantendo ou mesmo iniciando o processo de aquisição de competências de autocuidado.

A intervenção de enfermagem passa necessariamente pela educação para a autonomia no autocuidado, favorecendo assim a adaptação da pessoa, nos domínios físico, psicológico e social. Assim, o rigor no processo de cuidados de enfermagem assume uma importância essencial na assistência à pessoa ostomizada. As etapas da avaliação inicial, do diagnóstico e do planeamento são cruciais quando equacionadas questões referentes ao desenvolvimento de competências de autocuidado da pessoa com ostomia intestinal (Dabirian et al., 2010). A ausência de um rigoroso processo de avaliação culminará num desajustado processo de intervenção de enfermagem, pela influência que o primeiro detém na qualidade do segundo.

Embora a problemática da pessoa ostomizada constitua uma temática em franca progressão nas últimas décadas, a literatura apresenta-se diminuta perante questões relativas às necessidades educacionais da pessoa com ostomia intestinal (Goldberg et al., 2010). A produção científica tem-se focado na satisfação da pessoa com ostomia, na problemática da estigmatização daquele que vivencia a experiência de ser ostomizado e na percepção da pessoa sobre os cuidados de enfermagem (Moore et al., 1998). As poucas fontes de literatura sobre o assunto detêm pouco significado, pois não acrescentam conhecimento científico à temática (Goldberg et al., 2010), sendo a informação dispersa e sem sistematização.

Ao longo do trabalho utilizamos a terminologia “autocuidado” para nos referirmos à “(...) *ação deliberada para suprir ou garantir o fornecimento dos materiais necessários para continuar a vida, o crescimento e o desenvolvimento e a manutenção da integridade humana*” (Mcewen et al., 2007, p.170). A competência do indivíduo para o autocuidado é a capacidade desenvolvida em distinguir fatores que devem ser controlados para regular o seu próprio funcionamento e desenvolvimento, atendendo aos seus requisitos de autocuidado (Orem, 1995).

A definição de competência que orienta todo o trabalho tem por base três elementos que embora independentes se inter-relacionam, são eles: o conhecimento, a habilidade e a atitude (Bloom et al., 1956 cit. por Metcalf, 1999). A competência não se limita apenas à demonstração da capacidade cognitiva, psicomotora ou afetiva, é antes a aplicação conjunta destes aspetos ao contexto. A competência de autocuidado da pessoa com ostomizada deve ser entendida como a capacidade da pessoa “*mobilizar, integrar e transferir os conhecimentos, recursos e habilidades*” (Fleury e Fleury, 2001, p.187) para o cuidado à ostomia.

Os princípios da teoria de enfermagem de médio alcance designada por teoria das transições (Meleis et al., 2000) foram os principais contributos para as opções desenvolvidas ao longo da investigação. Tendo em conta os conceitos associados ao autocuidado e ao desenvolvimento de competências, consideramos que a teoria de Meleis explica de que forma pode o enfermeiro ser facilitador do processo de transição saúde-doença, vivenciado pela pessoa ostomizada.

A necessidade de construção de uma ostomia de eliminação intestinal, conseqüente a um diagnóstico, geralmente do foro oncológico, provoca na pessoa um processo de transição saúde/doença, em virtude das transformações impostas pela cirurgia. É pela vivência da transição que a pessoa tem a oportunidade de aumentar o seu bem-estar, ao adaptar-se à mudança (Meleis et al., 2000). O papel do enfermeiro passa por contribuir para uma vivência positiva da transição, acompanhando a pessoa ostomizada na consciencialização da sua nova condição.

Por todas as considerações já descritas, consideramos indispensável o desenvolvimento de um estudo que permita a construção de um instrumento de avaliação das competências de autocuidado da pessoa ostomizada. A utilização comum de um instrumento deste género, em contexto hospitalar e comunitário, facilitará a partilha de informação relativa à fase em que o ostomizado se encontra no desenvolvimento das suas competências de autocuidado. Atualmente, a realidade da ULS, contexto da investigação, é um dos exemplos de como o desenvolvimento dos sistemas de informação influencia a forma de documentação das práticas de enfermagem e promove a partilha de informação em rede entre hospital e unidades de cuidados de saúde primários. Apesar deste nível de utilização dos sistemas de informação, exige-se o desenvolvimento de protocolos de atuação baseados na evidência científica e não fundamentados apenas no conhecimento empírico e na experiência dos profissionais. Neste sentido, o estudo em questão, poderá contribuir para o desenvolvimento de práticas de enfermagem suportadas por uma nova abordagem dos cuidados à pessoa ostomizada.

Relativamente à metodologia do estudo, optou-se por uma abordagem quantitativa, do tipo metodológico, descritivo e transversal. A investigação foi organizada em duas fases, tendo sido designadas respetivamente por estudo 1 e estudo 2. Este planeamento permitiu que no estudo 1 se desse resposta ao primeiro objetivo da investigação, com a construção de um instrumento de avaliação. A elaboração do instrumento foi um processo conjunto com duas colegas, as quais posteriormente desenvolveram percursos no período pré-operatório e no momento que antecede a alta hospitalar. No contexto da comunidade, foi aplicado o instrumento de avaliação com o objetivo de descrever a competência de autocuidado da pessoa ostomizada e descrever a sua relação com as variáveis de atributo, clínicas e de tratamento.

Nesta nota introdutória, faz-se uma breve referência ao atual estado da arte sobre a temática em estudo, referindo os objetivos e finalidades do estudo que subsidiam a pertinência da investigação. No primeiro capítulo, apresentamos uma revisão da literatura sobre a temática, assente nas principais variáveis em estudo, tendo por base a teoria das transições de Meleis e o papel do enfermeiro no percurso da pessoa ostomizada. No segundo capítulo, referente à metodologia, enumeram-se quais as questões de investigação deste estudo, para além de enunciarmos o desenho do estudo e a caracterização da amostra. Finalizando este capítulo, descrevemos de que forma foram cumpridas as exigências éticas e são apresentadas as estratégias de análise dos dados. O terceiro capítulo é dedicado à apresentação dos resultados, servindo o último capítulo para enunciar a discussão dos resultados e tecer as considerações finais do estudo.

CAPÍTULO I - ENQUADRAMENTO TEÓRICO

Do ponto de vista teórico será feita uma revisão da literatura, na tentativa de manifestar o atual estado de arte sobre a problemática da pessoa ostomizada. Pretende-se evidenciar a individualidade da experiência da nova condição, associada às dificuldades e complicações, face à complexidade do processo de adaptação. É explorada a forma como se desenvolve a competência de autocuidado pela pessoa ostomizada, salientando neste domínio a integração das teorias de enfermagem.

Ainda neste enquadramento teórico, é analisada de que forma pode o enfermeiro, no seu exercício profissional, acompanhar o percurso da pessoa ostomizada, desde o período pré-operatório até ao contexto comunitário. O domínio da avaliação do desenvolvimento da competência, sendo um dos aspetos centrais deste estudo, é um dos pontos explorados nesta revisão da literatura.

1.1. A Pessoa com Ostomia de Eliminação Intestinal

Da opção pela investigação na área da pessoa ostomizada surge a necessidade da exploração das principais características desta população em estudo. Reconhecer que a pessoa ostomizada “já o é” antes do ato cirúrgico da criação do ostomia é um princípio importante para adequar precocemente as intervenções de enfermagem. Conhecer as implicações da adaptação à nova condição é um pressuposto incondicional para o acompanhamento da pessoa.

Por diversas razões, algumas pessoas necessitam de ser submetidas a uma intervenção cirúrgica com a finalidade de desviar as fezes do seu percurso habitual até ao ânus, e formar um novo percurso até ao exterior. A criação de uma ostomia resulta frequentemente do tratamento do cancro colo-retal, podendo implicar uma ressecção anterior do reto ou uma amputação abdominoperineal (Taylor et al., 2010). O cancro é responsável por taxas consideráveis de morbilidade e mortalidade, apresentando-se como um grave problema de saúde pública (Polit et al., 2004). Prevê-se que em 2020, cerca de 30 milhões de pessoas sejam

portadoras de cancro, sendo que o cancro colo-retal é considerado o segundo tipo de cancro mais comum nos países desenvolvidos (Simmons et al., 2007). Segundo os mesmos autores, estima-se que cerca de um milhão de pessoas sejam submetidas anualmente à construção cirúrgica de uma ostomia intestinal.

Dados do Parlamento Europeu referem-se a dois milhões de novos casos anuais de cancro do cólon no mundo, com uma taxa de mortalidade na casa dos 50% (LOP, 2011). A Liga de Ostomizados de Portugal apresenta dados recentes, em que se estima que em Portugal se registam cerca de 19 novos casos de cancro colo-retal por dia (LOP, 2011).

O diagnóstico de cancro tem um efeito significativo nas pessoas, como o medo de alienação, da mutilação, da vulnerabilidade e da perda de controlo (Vujnovich, 2008 e Thorpe et al., 2009). A noção de utilidade, equilíbrio e autonomia adquiridos ao longo do desenvolvimento humano encontram-se, portanto, sob ameaça. Deste modo, o diagnóstico de cancro associado à construção de uma ostomia induz um impacto duplo na pessoa, provocado pelo diagnóstico e pelo tratamento.

A pessoa com ostomia intestinal pode experimentar uma perda da sua integridade física e perante um corpo transformado, diferente em imagem e função, a pessoa ostomizada pode desenvolver um sentimento de alienação (Thorpe et al., 2009). Segundo o mesmo autor, com o decorrer do tempo, a pessoa ostomizada vai-se consciencializando da mudança na aparência física, na função e sensação corporal (Thorpe et al., 2009). A alteração na função corporal advém do sentimento de falta de controlo, marcada pela espontaneidade e inesperada saída de fezes e gases pela ostomia. Por sua vez, a pessoa ostomizada sente ainda o corpo de forma diferente, com reflexo na sexualidade e na socialização (Andersson et al., 2010). Deste modo, a criação cirúrgica de uma ostomia é um evento de mudança, que pode ser altamente angustiante física e psicologicamente para alguns utentes.

1.1.1. As Implicações da Nova Condição de Ser Ostomizado

A realização de uma ostomia implica uma alteração da fisiologia gastrointestinal, e tem implicação ao nível da autoestima e imagem corporal, podendo, segundo Bechara e colaboradores (2005 cit. por Albuquerque et al., 2009), causar mudanças nas relações familiares, sociais e afetivas do ostomizado. Conhecendo este tipo de vivência de sentimentos multifatoriais torna-se importante a sua explanação por parte dos profissionais de saúde, no sentido da adequada promoção da adaptação da pessoa à sua nova situação de doença.

A cirurgia e subsequente ostomia resultam numa mutilação ou agressão à identidade de qualquer indivíduo (Simões, 2002). Albuquerque e colaboradores (2009, p.30) fazem referência a relatos de pessoas ostomizadas como “*o estoma fazia-me imensa confusão (...) as pessoas olham, e eu não gosto que estejam a olhar para mim*”. Este tipo de discurso pode ser um reflexo de experiências ameaçadoras à integridade física, autoestima e imagem corporal da pessoa.

Independentemente de ser temporária ou definitiva, a criação cirúrgica de uma ostomia de eliminação intestinal conduz a uma série de transformações na vida do utente, nomeadamente nos seus hábitos de vida, tais como a exigência referente à realização de procedimentos associados ao autocuidado. Estes, segundo Oliveira e colaboradores (2010) podem passar pela aquisição de material, adequação dos hábitos alimentares e mesmo gestão das implicações nas relações sexuais.

A diminuição da autoestima torna ainda mais difícil a reintegração da pessoa ostomizada no seio profissional e social, sendo que a conseqüente inadaptação e depressão se vulgarizam nestas pessoas (Noda Sardiñas et al., 2001). Assim, antes de mais é necessário perceber que a ostomia representa uma alteração na vida da pessoa, sobretudo devido à mudança do seu auto-conceito e da sua autoimagem. Estes são conceitos dinâmicos, na medida em que se alteram e se desenvolvem segundo as percepções pessoais e o feedback social (Bastos, 2006).

A autoestima é um conceito que deve ser entendido como determinante para alguns comportamentos associados à desmotivação, perda de confiança e esperança para superar algum obstáculo. Também no caso dos ostomizados é importante uma avaliação da autoestima que, segundo a CIPE® (versão 2) pode passar por identificar a “*(...) opinião que cada um tem de si próprio e visão do seu mérito e capacidades, verbalização das crenças sobre si próprio, verbalização de auto-aceitação e de autolimitação (...)*” (ICN, 2010, p.41). A percepção das mudanças pode surgir de forma mais acentuada em quem anteriormente tinha uma autoestima mais elevada, ou maior orgulho na sua aparência (Sampaio, 2010).

O acompanhamento da pessoa ostomizada, por parte da equipa de enfermagem, pressupõe que as implicações supramencionadas sejam consideradas para a adequação de estratégias de intervenção. Perante estas circunstâncias emerge a necessidade de avaliar e acompanhar a pessoa ostomizada e seus conviventes, após a criação cirúrgica da ostomia, tal como é recomendado por RNAO (2009) na *Guideline Ostomy Care and Management*. Segundo Santos (2003), existe um interesse crescente para a necessidade de avaliar mais formalmente o impacto da doença e seu tratamento na saúde física, psicológica e social da pessoa. Esta avaliação é também justificada quando percebemos o quão é próxima a influência do processo de adaptação à doença e à

qualidade de vida. Vários estudos de investigação associam a criação de uma ostomia à diminuição da qualidade de vida (Popek et al., 2010), na medida em que as metas individuais, as expectativas, o padrão e estilo de vida são afetados (Taylor et al., 2010).

Ainda relativamente às implicações na qualidade de vida, RNAO (2009) descreve que estas surgem frequentemente perante as alterações da imagem corporal e autoestima (RNAO, 2009). O período médio de tempo necessário para resolver as implicações psicológicas produzidas pela cirurgia de ostomia e para restaurar a ótima qualidade de vida não é conhecida, mas a evidência existente sugere que este processo pode prolongar-se até um ano ou mais (RNAO, 2009). Com o desenvolvimento de um estudo sobre o tema da qualidade de vida entre pessoas que vivem com uma ostomia, compilando trabalhos da última década, Marquis e outros investigadores (2003) constataram que os níveis de qualidade de vida tendem a aumentar de forma constante durante o primeiro ano após a criação de uma ostomia (cit. por RNAO, 2009).

Uma revisão da literatura de enfermagem dos últimos vinte anos apresenta algumas conclusões que reafirmam que a cirurgia pode ter impacto sobre a vida dos indivíduos de diferentes maneiras, não sendo no entanto totalmente conclusiva em alguns aspetos (Brown et al., 2005). Os autores referem a perceção de que a curto prazo, a maioria dos pacientes experiencia sentimentos negativos após a formação da ostomia, apesar de poder haver diferenças, em função da finalidade da ostomia. Face a estes dados, os enfermeiros devem ter noção de que os utentes reagem de forma diferente e que as suas reações podem mudar ao longo do tempo. Independentemente destas indefinições, se os indivíduos experimentam uma imagem corporal alterada após a cirurgia, em maior ou menor escala, então é imperativo que sejam acompanhados (Brown et al., 2005). Este pressuposto é especialmente relevante quando se sugere que a adaptação psicossocial inadequada é um fator propiciador ao desenvolvimento de processos depressivos.

Em termos teóricos, consideramos determinante neste estudo a reflexão acerca da proximidade entre o processo de adaptação e as implicações na qualidade de vida. Neste domínio, Smeltzer e colaboradores (2002 cit. por Figueiredo, 2007), referem que o processo de adaptação à doença e à possível dependência é contínuo, exigindo frequentemente processos de ajuste por parte do utente e conviventes. Percebe-se desta forma a importância de ajudar o utente a adaptar-se às alterações permanentes na sua imagem corporal, função ou atividade social, para uma manutenção da qualidade de vida global (Santos, 1999).

Para além da atenção às implicações psicossociais, associadas nomeadamente à fase de integração da pessoa à nova condição, consideramos

importante fazer uma referência mais específica às principais complicações decorrentes do cuidado à ostomia de eliminação intestinal. São as complicações relacionadas com a ostomia, pele periestomal e procedimentos de autocuidado que levam muitos dos ostomizados a recorrer às consultas de enfermagem. Neste âmbito, mais do que o conhecimento decorrente da experiência profissional, devemos consolidar na evidência científica as intervenções de enfermagem.

Um estudo de Richbourg e outros investigadores (2007) explora as complicações dos ostomizados após a cirurgia. A análise de trinta e quatro casos evidenciou que as cinco principais dificuldades vividas pelos entrevistados foram a irritação da pele periestomal (76%), extravasamento do saco (62%), odor (59%), redução das atividades de lazer (54%) e depressão/ansiedade (53%). Numa revisão sistemática com o propósito de analisar as complicações da ostomia e pele periestomal no período de doze meses após a cirurgia, Salvadalena (2008) relatou que a incidência de problemas de pele periestomal foi de 15% a 43%, a incidência de hérnia periestomal foi de 12% a 40%, e uma incidência de 10% a 24% de casos de retração.

Face a todas as dificuldades e complicações descritas anteriormente, deve-se colocar a questão sobre que tipo de assistência está disponível e se as necessidades são expressas pelos próprios utentes. Em Portugal estes dados não estão acessíveis, no entanto, num estudo de Richbourg e colaboradores (2007), já supracitado, refere-se que de entre os participantes, 20% dos ostomizados que tiveram dificuldades após a cirurgia não procuraram ajuda. Os ostomizados em estudo que procuraram ajuda fizeram-no junto de estomaterapeutas por problemas relacionados com o cuidado à ostomia. Problemas relacionados com o sono ou alterações na vivência da sexualidade levaram os utentes a recorrer à consulta médica.

1.1.2. A Complexidade do Processo de Adaptação

O processo de aceitação do estado de saúde é um dos pressupostos essenciais para a adaptação equilibrada a uma nova condição, neste caso a de ser ostomizado. Este desígnio é mais perceptível quando analisamos a definição da CIPE® atribuída ao conceito de “*aceitação do estado de saúde*” designando-o de “*(...) reconciliação com as circunstâncias de saúde*” (ICN, 2010, p.37).

O desenvolvimento de um estudo qualitativo com a participação de nove ostomizados, permitiu, segundo Lobão e colaboradores (2009), descrever de forma

faseada o processo de aceitação do estado de saúde da pessoa com ostomia: impacto da notícia, adaptação inicial, evolução da aceitação e estado atual da aceitação. Trata-se de um processo de construção progressivo, em que cada fase se constrói de forma sequencial, mantendo características da anterior. Desta forma, e recorrendo às conclusões do estudo anterior, o ostomizado dificilmente aceitará a sua condição, caso o impacto inicial da sua situação não seja gerido eficazmente, sendo determinantes as estratégias de coping utilizadas.

No que respeita a fatores condicionantes do processo de adaptação, é possível encontrar na literatura dados que devem ser tidos em consideração para a definição de intervenções de enfermagem neste domínio. Um estudo foi desenvolvido por Simmons e colaboradores (2007) com 51 colostomizados no sentido de avaliar a relação entre a aceitação da condição e a auto-eficácia, seis meses após a cirurgia. As conclusões refletem que o processo de adaptação é significativamente influenciado pela perceção de auto-eficácia, estado de aceitação, fatores interpessoais e a localização da ostomia, não sendo, por exemplo, o género um fator com significado estatístico. Outras investigações com utentes crónicos sugerem que a adaptação é melhor para aqueles que aceitam o seu diagnóstico e que têm acesso a grupos de apoio na comunidade, e pior naqueles com atividade social limitada (Abraido-Lanza et al., 2004; Giesse-Davis et al., 2000).

Após o regresso a casa, as pessoas recém ostomizadas podem apresentar preocupações que afetam profundamente a adaptação à ostomia (Richbourg et al., 2007). Num estudo de Pringle (2001), entre os 112 colostomizados participantes 37% a 47% teve problemas ou preocupações relacionadas com a disfunção sexual, as finanças, o trabalho, a família e as emoções. Tseng e colaboradores (2004 cit. por RNAO, 2009) observaram que 37% de um grupo de 73 indivíduos com colostomias permanentes tinham interrompido o seu emprego, ou perderam o emprego devido aos desafios associados à gestão da sua ostomia.

No que respeita a dados descritivos das implicações psico-afetivas, podemos reportar-nos a um estudo de Wade (1990 cit. por Richbourg et al., 2007) que abordou um grupo de ostomizados dez semanas após a cirurgia. O autor identificou casos de depressão ou ansiedade em 25% dos ostomizados, incluindo 6% que relataram depressão severa e 5% que consideraram cometer suicídio. Ainda, segundo os mesmos autores, os sintomas de ansiedade e depressão tendem a ser mais graves em ostomizados que não têm acesso a cuidados de enfermagem mais especializados, como a estomaterapia.

Relativamente aos fatores facilitadores na adaptação, Piwonka e colaboradores (1992 cit. por Richbourg et al. 2007) destacam as capacidades de autocuidado, a imagem corporal, o tempo de cirurgia, a presença de suporte social e o status

socioeconómico, não considerando, na generalidade, significativas as diferenças entre homens e mulheres durante o processo adaptativo.

Considerando os dados apresentados anteriormente, deverá ser encarado como um desafio para a enfermagem a adoção de estratégias facilitadoras da adaptação da pessoa ostomizada, tendo em conta que os melhores resultados são apresentados por pessoas que aceitam a sua ostomia e cujos estilos de vida passam pela integração social (Simmons et al., 2007).

1.2. A Competência de Autocuidado e o Processo de Transição

A problemática da pessoa com ostomia de eliminação intestinal, a quem se exige o desenvolvimento de competências de autocuidado, é uma das vertentes determinantes do estudo em questão. Assente numa teoria de médio alcance, a teoria das transições de Enfermagem de Meleis, evidencia-se neste ponto a mudança imposta pela nova condição de ostomizado e a necessidade deste desenvolver autonomia perante as novas competências decorrentes do autocuidado à ostomia.

1.2.1. Desenvolvimento de Competências de Autocuidado

A competência do indivíduo para o autocuidado é a capacidade desenvolvida em distinguir os fatores que devem ser controlados ou geridos para regular o seu próprio funcionamento e desenvolvimento (Orem, 1995). Neste sentido, a pessoa é capaz de decidir o que pode e deve ser feito, de reconhecer as suas necessidades terapêuticas de autocuidado e desenvolver as medidas de autocuidado, ao longo do tempo.

A competência não se limita apenas à demonstração da capacidade cognitiva, psicomotora ou afetiva, é antes a aplicação conjunta destas ao contexto, podendo ser entendida como um saber em ação. Deste modo, a pessoa com ostomia de eliminação intestinal possui competências de autocuidado quando é capaz de mobilizar, integrar e transferir os conhecimentos, recursos e habilidades para o cuidado à ostomia (Fleury e Fleury, 2001). O desenvolvimento da competência de autocuidado à ostomia pressupõe o ensino/aprendizagem dessa mesma

competência. Para que a aprendizagem seja efetiva é essencial existir mudança de comportamento, refletido na passagem do estado de “não ser capaz de autocuidar a ostomia” para o estado de “ser capaz de autocuidar a ostomia”. Neste processo de aprendizagem, o enfermeiro assume um papel significativo no atendimento à pessoa ostomizada, em especial na identificação das suas necessidades (Dabirian et al., 2010).

Face ao exposto, o rigor no processo de cuidados de enfermagem assume uma importância capital na assistência à pessoa ostomizada, pelo que as etapas da avaliação inicial, do diagnóstico e do planeamento são cruciais. A avaliação do conhecimento que a pessoa possui sobre a cirurgia e sobre a ostomia é o primeiro passo neste processo, por permitir, pela interpretação dos dados recolhidos, identificar os diagnósticos de enfermagem presentes. A ausência de um rigoroso processo de diagnóstico culminará num desajustado processo de intervenção de enfermagem, pela influência que o primeiro detém na qualidade do segundo.

A problemática da aquisição de competências de autocuidado por parte da pessoa ostomizada e a sensibilização dos enfermeiros para a vertente facilitadora do processo de adaptação é certamente um domínio sobre o qual se deve gerar discussão e definir evidências. Neste sentido, foi construído um artigo de revisão de literatura submetido a uma revista indexada, o qual se encontra em anexo para uma leitura complementar da fundamentação teórica deste estudo (Anexo 1).

1.2.2. O Contributo das Teorias de Enfermagem

A teoria de enfermagem de médio alcance designada por teoria das transições (Meleis et al., 2000) assume-se cada vez mais na atual realidade dos cuidados de saúde. Os fundamentos da teoria de Meleis nortearam o planeamento deste estudo e contribuíram para a melhor perceção dos resultados encontrados. No processo de transição do ostomizado perante a nova condição, cabe ao enfermeiro uma prática facilitadora deste processo no sentido da melhor adaptação e qualidade de vida.

Tendo em conta os conceitos associados ao autocuidado e ao desenvolvimento de competências em estudo, consideramos que a teoria de Meleis foi um contributo determinante para fundamentar as opções de investigação. Neste domínio, consideramos também necessário mencionar a teoria de Autocuidado de Orem e explorar de que forma a sua alusão se justifica e se correlaciona com a Teoria das Transições.

A teoria de autocuidado é um dos três pressupostos que define a teoria do deficit de autocuidado proposta por Orem e permite a descrição dos conceitos de autocuidado, ação de autocuidado, necessidade terapêutica de autocuidado e quais os fatores condicionantes do autocuidado; a teoria do deficit de autocuidado demonstra quanto os cuidados de enfermagem são imprescindíveis e a teoria dos sistemas de enfermagem descreve como a assistência será prestada (sistema totalmente compensatório, sistema parcialmente compensatório e sistema de apoio-educação) (Sampaio et al., 2008).

A pessoa com ostomia de eliminação intestinal, na maioria das vezes, é capaz de desenvolver o seu autocuidado, tendo como suporte as orientações necessárias para a realização do mesmo. O ostomizado que é capaz de integrar no autocuidado a segurança e o rigor, promove para si mesmo sentimentos positivos de autoestima que contribuem para a autonomia no autocuidado. O sentido progressivo do processo de adaptação remete-nos para a Teoria das Transições. A transição é definida como um processo de passagem complexo, durante o qual a pessoa redefine o seu sentido, num processo de reorientação, em resposta a eventos de vida negativos (Kralik et al., 2006). As transições são resultado e resultam de mudanças na vida, saúde, ambiente e relacionamentos, oferecendo a oportunidade para a pessoa aumentar o seu bem-estar (Meleis et al., 2000).

Apesar da transição ser constante, o processo de transição não o é, ou seja, a pessoa não se encontra permanentemente em transição, já que esta envolve um início distinto e um ponto de chegada (Meleis et al., 2000 e Kralik et al., 2006). No caso da pessoa ostomizada, o ponto de chegada baliza-se pelo desenvolvimento da autonomia no domínio do autocuidado à ostomia, que lhe permite integrar de forma fluida a mudança no quotidiano, detendo a mestria necessária à resolução de eventuais problemas. Este processo de transição, apesar de apresentar um término, pode ser desencadeado novamente, caso surja um evento crítico que exija uma nova reorganização. Consequentemente, segundo Meleis e colaboradores (2000), esta prática facilita o processo de aprendizagem de novas competências relacionadas com a saúde da pessoa e com as experiências de doença.

Em relação à natureza da transição, o enfermeiro deve ser capaz de identificar o seu tipo, que no caso da pessoa ostomizada é o desenvolvimento de competências de autocuidado no contexto de uma transição do tipo saúde/doença.

Relativamente às propriedades da transição estas podem ser: consciencialização, envolvimento, mudança e eventos críticos. A consciencialização é sem dúvida um outro aspeto que deve constar do processo de avaliação da pessoa ostomizada, uma vez que se esta fase não se desenvolver eficazmente, todo o processo de adaptação pode ser comprometido. Mais do que saber que

doença tem, consciencializar-se da doença é reconhecer que algo vai mudar e que tem que mudar. Neste sentido, o envolvimento que tanto se pretende, por parte da pessoa ao longo do seu percurso da doença, pode nunca acontecer porque não se consciencializou. Por todas as razões descritas, a consciencialização deve ser um dos focos de atenção no acompanhamento das pessoas ostomizadas. O sucesso do acompanhamento profissional do enfermeiro contribuirá para uma transição bem sucedida, suportada por padrões de resposta que incluem indicadores de processo e de resultado, em que os primeiros manifestam o grau de eficiência do processo de transição, enquanto os segundos podem refletir a qualidade de vida de quem o experiencia (Meleis et al., 2000).

Na resposta às exigências impostas pela presença da ostomia, a pessoa deverá situar-se nas suas reais necessidades, envolvendo-se e interagindo no processo de adaptação, por via de estratégias de coping eficazes. O desenvolvimento de competências, permitir-lhe-á gerir os cuidados necessários à ostomia com confiança. A pessoa reformulará assim a sua identidade, agora de pessoa ostomizada, sendo capaz de aplicar naturalmente, no dia a dia, as competências de autocuidado à ostomia.

No sentido de desenvolver uma ação profissionalizada que facilite a vivência da nova condição de ostomizado, é imperativo conhecer qual o seu impacto no autocuidado da pessoa com ostomia. No contexto da saúde comunitária, o enfermeiro assume o papel privilegiado para avaliar e intervir em função das necessidades particulares de cada utente, adequando as estratégias direcionadas para a autonomia. Quando aqui nos referimos ao processo de adaptação à situação de doença, consideramos que este poderá ser um ponto fulcral na fundamentação deste estudo. Apesar de reconhecermos que cada utente tem uma forma única de se adaptar, em determinados momentos desta transição, é expectável que vá adquirindo determinadas competências, tendo o enfermeiro o papel determinante de as promover. Este propósito é transmitido por Meleis na Teoria das Transições.

Face aos desígnios apresentados é notória a complexidade do processo de adaptação à doença e o da aquisição de competências de autocuidado por parte do ostomizado. As complicações associadas ao pós-operatório e as implicações físicas e psicossociais podem induzir na pessoa défices de autoestima e auto-eficácia. Neste sentido, devem ser criadas condições facilitadoras do processo de transição saudável, sendo o papel da enfermagem determinante neste aspeto. É crucial que o percurso da prática de enfermagem se faça no sentido do investimento em práticas de avaliação sistemáticas que permitam a adequação atempada de intervenções. Torna-se desta forma premente e imprescindível o desenvolvimento de instrumentos de medida, tal como se pretende com a realização deste estudo.

1.3. O Exercício Profissional no Percurso do Ostomizado

É inegável que a pessoa ostomizada apresenta respostas específicas face à sua nova condição de vida, podendo ser estas respostas humanas alvos dos cuidados dos enfermeiros. Consideramos que enfermeiros habilitados, com um corpo de conhecimentos específicos neste domínio, poderão ajudar efetivamente este tipo de utentes. Consequentemente, a profissionalização de práticas sistemáticas a este nível será um contributo para uma melhor aceitação das alterações causadas pela ostomia e para uma melhor qualidade de vida do ostomizado (Silva et al., 2006).

No processo de aprendizagem das competências de autocuidado à ostomia, o enfermeiro assume um papel significativo, nomeadamente na identificação das suas necessidades (Dabirian et al., 2010). O enfermeiro deve avaliar as competências de autocuidado à ostomia que a pessoa apresenta para que, a partir destas, se estabeleçam prioridades e sejam planeadas as intervenções de enfermagem, fundamentadas na continuidade de cuidados.

Tal como referido anteriormente, a teoria de Orem enfatiza a importância da adaptação do utente ao autocuidado. Assim, o desafio do acompanhamento de enfermagem nesta área passa por educar a pessoa para o autocuidado, de acordo com as suas necessidades individuais (Orem, 1995 e Sampaio et al., 2008). No contexto do processo de aprendizagem da pessoa ostomizada é exigido que esta incorpore os “*conhecimentos e habilidades especializados, adquiridos através de treino e experiência*” (Orem, 1995, p. 174). Decorrente deste raciocínio, da teoria dos sistemas de enfermagem de Orem depreende-se que o enfermeiro intervém no autocuidado da pessoa ostomizada utilizando o sistema de apoio e de educação (Silva, 2007).

Face às implicações do processo de ajustamento perante à doença, já exploradas, O'Connor (2005) refere que a promoção antecipada de competências de autocuidado pode melhorar as capacidades de gestão do mesmo e reforçar o processo de adaptação psicológica da pessoa à nova condição.

Os objetivos dos cuidados de enfermagem ao ostomizado devem passar pela atenção integral e individualizada, estabelecendo-se uma estratégia de parceria entre o profissional e o utente para a reabilitação. Segundo Santos (2000) apenas com este percurso se pode abranger o indivíduo de maneira holística, na sua singularidade e universalidade. Um outro domínio essencial ao exercício

profissional do enfermeiro é o da comunicação com o utente e o envolvimento interdisciplinar, cujos contributos são fundamentais para o bem-estar da pessoa e para o equilíbrio do processo de adaptação (Borwell, 2009a).

Uma vez definidos alguns dos fundamentos teóricos do processo de cuidar do ostomizado, consideramos importante identificar algumas das suas diretrizes, ao longo do percurso da pessoa ostomizada. A tentativa da sistematização não significa a definição de normas ou rotinas assistenciais que descaracterizariam, tanto a autonomia e competência do enfermeiro, como a individualização da assistência, sendo no entanto útil compreender algumas das questões basilares neste domínio. Desde o período pré-operatório até ao contexto comunitário é possível identificar referências na literatura que nos permitem fundamentar algumas das orientações para o acompanhamento do processo de aquisição de competências por parte da pessoa ostomizada.

1.3.1. O Período que Antecede a Criação Cirúrgica da Ostomia

O conhecimento empírico permite-nos inferir que, em algumas situações, se observa no período pós-operatório, a ocorrência de dificuldades em aceitar a nova condição de ostomizado, e o défice de conhecimentos sobre o autocuidado. A partir de tais perceções, surge a necessidade de repensar as intervenções no pré-operatório, nomeadamente a consulta de enfermagem, sabendo que em Portugal esta não é ainda uma realidade generalizada.

A consulta no pré-operatório é uma forma de sistematização de práticas, esperando possibilitar ao utente uma melhor aceitação da ostomia e do seu tratamento. O contributo da consulta advém das orientações dadas sobre o procedimento a ser realizado, o estímulo para o autocuidado e para a prevenção de complicações (Mendonça et al., 2007). Segundo os mesmos autores, a generalização deste procedimento poderá ser um contributo para a redução de complicações no pós-operatório ou para a deteção precoce das mesmas. É também no contexto da consulta que se apresentam as melhores condições para efetuar a marcação do local de construção da ostomia. A marcação antecipada reduz em grande parte as complicações no pós-operatório (RNAO, 2009) associadas, por exemplo, à proximidade da ostomia à ferida cirúrgica ou a sua localização entre pregas abdominais. A determinação pré-operatória da posição da ostomia possibilita, segundo Mendonça e colaboradores (2007), uma melhor capacidade de aderência dos dispositivos coletores, até três a seis dias, facilitando

a integração social, redução de custos e consequente melhoria da qualidade de vida.

Segundo RNAO (2009) é uma evidência a necessidade de ser disponibilizada aos utentes e suas famílias, o ensino em contexto pré-operatório. Esta recomendação fundamenta-se em dados de que o ensino no pré-operatório promove, a curto prazo, a aquisição de habilidades na gestão da ostomia, e a longo prazo a adaptação adequada à condição de ostomizado. Em muitas localidades do Reino Unido, enfermeiras especializadas contactam com a pessoa proposta a ser ostomizada e sua família. Desta forma, o aconselhamento pré-operatório ocorre em ambiente familiar para o utente, sendo facilitada a proximidade às suas necessidades e dúvidas (Elcoat et al., 2010).

Segundo Borwell (2009b), no pré-operatório devem ser abordadas algumas questões como a marcação do local de formação da ostomia e a preparação para as possíveis implicações da cirurgia a nível físico, afetivo e psicológico. Outros estudos têm sido desenvolvidos no sentido de definirem recomendações para a educação pré-operatória, que passam por uma breve discussão da anatomia e fisiologia do trato gastrointestinal, demonstração do procedimento de troca dos dispositivos (uma ou duas peças) e descrição breve das alterações no estilo de vida, focando-se a preparação psicológica (Goldberg et al., 2010).

As relações terapêuticas com a pessoa ostomizada começam no pré-operatório, para estabelecer um relacionamento e obter informações sobre os seus sentimentos, perceção da imagem corporal, estilos de vida e situação sócio-familiar. Haugen e colaboradores (2006, cit. por RNAO, 2009) utilizaram a Escala de Ajustamento à Ostomia (OEA) para medir a longo prazo a capacidade de adaptação à ostomia em 146 utentes adultos com colostomias permanentes, ileostomias ou urostomias. As pontuações de adaptação na escala OEA foram maiores quando o utente reconheceu ser importante o ensino pré-operatório.

1.3.2. A Preparação do Regresso a Casa

Quando, neste trabalho, nos referimos ao pós-operatório imediato consideramos o período das primeiras vinte e quatro horas após a cirurgia, tendo esta fase como objetivo primordial o controlo da condição geral do utente, evitando-se e detetando-se precocemente, eventuais complicações. No entanto, pretendemos neste ponto, dedicarmo-nos ao período do pós-operatório mediato (entre as primeiras vinte e quatro horas e os dez dias após a cirurgia) que consiste

essencialmente na preparação para o regresso a casa, estando inerentes os procedimentos em contexto intra-hospitalar, e sempre que possível, em articulação com os cuidados de saúde primários.

A preparação para o regresso a casa da pessoa ostomizada sugere-se que seja feita desde o período pré-operatório, sendo mais uma oportunidade para gerar no utente sentimentos de segurança e de confiança nos próprios serviços de saúde. Tradicionalmente, segundo alguns autores, é nesta fase, a partir do terceiro dia pós-operatório, que se preconiza o ensino gradual do autocuidado que envolve, inicialmente, a visualização e o toque precoce da ostomia pelo utente (Cesaretti et al., 2005 e Erwin-Toth, 2006).

É sem dúvida determinante a discussão sobre a necessidade de tornar mais prematura a intervenção de enfermagem junto dos utentes ostomizados, independentemente das características ou dificuldades específicas de cada um. Um exemplo pode ser dado quando analisamos o caso dos idosos, cujas implicações da ostomia nas atividades de vida diária são também identificadas e em muitos casos destacadas (Slater, 2010). Apesar das limitações particulares da população idosa, foi desenvolvido um estudo no Reino Unido com idosos recém-ostomizados, implementado um conjunto de intervenções de ensino do autocuidado à ostomia, de forma sistemática e precoce no pós-operatório. Os autores relatam que a equipa de enfermagem terá iniciado o ensino imediatamente após a cirurgia, associado a uma visita de uma estomaterapeuta duas vezes por dia, verificando-se resultados positivos na aprendizagem e aquisição de habilidades (McKenzie et al., 2006). Estes dados, segundo Slater (2010), reforçam a necessidade de uma preparação precoce do regresso a casa, com vista à continuidade dos cuidados após a alta.

A preparação do regresso a casa é uma fase em que os enfermeiros têm um papel preponderante, destacando-se profissionalmente, por serem competentes no envolvimento da equipa multidisciplinar e do próprio utente no processo de articulação entre o hospital e a comunidade. É de extrema importância ações que garantam a continuidade de cuidados, adotando-se estratégias que assegurem que esta articulação seja uma sistemática e não apenas uma casualidade.

Associado ao pressuposto da continuidade de cuidados está inerente a importância de repensar novas formas de comunicação e articulação entre enfermeiros de diferentes instituições (Tavares, 2008), garantindo que a informação mais pertinente seja partilhada por todos os profissionais envolvidos no plano terapêutico do utente. A especificidade do cuidado de enfermagem, quer no planeamento da alta, quer nos cuidados domiciliários, é fundamental para o processo de transição do utente do hospital para a unidade de saúde na comunidade, e conseqüentemente para a continuidade dos cuidados.

As metas para o planeamento da alta devem passar, segundo Allison (1996 cit. por Pringle et al., 2001) por preparar o utente para o regresso a casa, para a gestão de cuidados eficazes à ostomia e manutenção da sua condição física, psicológica e social. O processo de ensino/aprendizagem deve ser desenvolvido de forma organizada, sustentada por princípios sólidos e fundamentada preferencialmente em planos sistematizados mas ao mesmo tempo dirigidos às necessidades individuais de cada utente. O'Connor (2005) defende mesmo a utilização de uma lista de verificação, tipo *checklist*, no momento da alta para garantir que os aspetos mais importantes da educação não sejam negligenciados.

Embora não existam ainda resultados de investigação aceites unanimemente sobre qual o mínimo de conhecimentos e habilidades do utente antes da alta hospitalar, Colwell e colaboradores (2007 cit. por RNAO, 2009) destacam o consenso gerado a este nível numa conferência nos Estados Unidos da América. Deste encontro definiu-se que a pessoa ostomizada, no momento da alta hospitalar deve, no mínimo, demonstrar competências na substituição do saco da ostomia e na manipulação do sistema de drenagem.

Apesar da tentativa de uniformização dos cuidados de enfermagem na preparação do regresso a casa, a individualidade da pessoa deve determinar os objetivos a definir perante cada caso particular. É fundamental considerar todos os fatores que possam influenciar a aquisição de capacidades, como a motivação, a informação obtida no pré-operatório, sintomas físicos, crenças e expectativas (Readding, 2005).

1.3.3. O Percurso da Pessoa Ostomizada na Comunidade

O acompanhamento do utente no período pós-operatório, após o regresso a casa, torna-se uma etapa fundamental para garantir a continuidade do seu processo de reabilitação e de ensino-aprendizagem. É nesta fase, segundo Santos (2000), que a pessoa ostomizada necessita de reforços para manter ou mesmo iniciar o desenvolvimento de atividades promotoras da autonomia no autocuidado à ostomia.

A manutenção da pessoa no domicílio constitui uma característica privilegiada dos cuidados na comunidade, não só pela redução dos custos, nomeadamente ao nível dos cuidados diferenciados, mas pelo respeito pelas expectativas, tanto da pessoa dependente, como da sua família e conviventes.

Quando falamos da realidade atual dos cuidados de saúde primários, é inegável destacar a importância da recente implementação das equipas de cuidados continuados integrados e de outras equipas de intervenção comunitária no contexto das UCC. Nestas unidades, para além da assistência à pessoa dependente, projetos direcionados à promoção da saúde na comunidade podem também contemplar o acompanhamento de pessoas ostomizadas em articulação com as equipas de saúde familiar, a qual se alicerça

“(...) na partilha sistemática de informação, na complementaridade e na união de esforços; na utilização de linguagem e instrumentos de registos comuns; na avaliação, através de normas objetivas; na implementação de redes de comunicação e, finalmente, na centralização de toda a sua intervenção na vontade e nos padrões de vida do utente” (Tavares, 2008, p.170).

A enfermagem tem a oportunidade de fazer uma profunda diferença na vida das pessoas que necessitam de cuidados na comunidade, principalmente pelo facto de promover uma prestação de cuidados personalizada, que favorece a continuidade de cuidados de saúde. Também no caso das pessoas ostomizadas, as equipas de enfermagem na comunidade são, segundo Borwell (2009a), um importante apoio profissional na fase de transição, não só atendendo às questões físicas mas também pelas implicações psicológicas decorrentes da doença.

Segundo algumas referências na literatura, no período pós-operatório, o fator tempo pode ser atenuante das dificuldades de adaptação, sendo assim evidente a importância do acompanhamento das pessoas recém-ostomizadas (Thorpe et al., 2009). Neste sentido e para compreender a relação entre o contacto sistemático da equipa de enfermagem e a estabilidade do ostomizado, Ito e colaboradores (2005) desenvolveram um estudo com 133 ostomizados. Segundo os resultados apresentados demonstrou-se que a oportunidade da participação em consultas de apoio de forma regular contribuiu para a sensação de estabilidade na vida diária e teve um efeito positivo sobre a autoestima dos utentes (Ito et al., 2005).

A aprendizagem precoce de conhecimentos e habilidades para o autocuidado é essencial em contexto domiciliário, uma vez que é improvável que o utente tenha tempo para se adaptar à nova condição de ostomizado enquanto está internado (Williams, 2007; Black, 2009 e Bradshaw et al., 2008). Deste modo é fundamental capacitar o utente no seu novo papel, sendo a intervenção de enfermagem privilegiada para reconhecer e antecipar potenciais complicações.

Quando nos referimos aos cuidados à pessoa ostomizada na comunidade, estes podem passar pela consulta de enfermagem nas unidades de saúde, contactos telefónicos e visitas domiciliárias. Fundamental é garantir que os utentes e conviventes saibam como aceder aos recursos disponíveis e quais os critérios a considerar para pedir ajuda (Elcoat et al., 2010). No que se refere à questão das

visitas domiciliárias, um estudo foi desenvolvido em Inglaterra e apresentado por Pringle e outros investigadores (2001) que avaliaram a necessidade das visitas domiciliárias aos ostomizados, após terem sido submetidos a cirurgia por carcinoma colo-retal. O objetivo deste estudo foi monitorizar o progresso dos colostomizados, na primeira semana, um mês, seis meses e um ano após a alta. Os autores do estudo supracitado concluem que são importantes as visitas domiciliárias e o acompanhamento sistemático dos utentes ostomizados, sugerindo que a primeira visita seja realizada nos primeiros dias após a alta. Os autores fundamentam os resultados pelo tipo de problemas que surge em casa ser geralmente diferente do sentido em contexto intra-hospitalar, para além de existir outra motivação e disponibilidade para gerir a comunicação (Pringle et al., 2001).

A alta incidência de complicações da ostomia e de sintomas físicos encontrados no primeiro ano após a cirurgia sugere que seria prudente a realização de visitas domiciliárias, inclusive até aos seis meses e um ano após a cirurgia, para que eventuais problemas possam ser identificados. Os utentes devem ser formalmente avaliados quanto a sintomas físicos, condições da ostomia e outros sinais de inadaptação social, ansiedade e depressão (Pringle et al., 2001).

Um estudo de Addis (2003 cit. por RNAO, 2009) relata um ensaio clínico com 50 utentes recém-ostomizados. O objetivo era perceber, utilizando um grupo de controlo, que diferenças existiam com a realização ou não de visitas domiciliárias. Os resultados demonstraram que a visita domiciliária entre dois a cinco dias após a alta e visitas mensais durante seis meses promoveram melhores índices de auto-eficácia e de autoestima dos utentes. Numa outra vertente, mas complementar, um outro estudo, este prospetivo, quasi-experimental realizado por Bohnenkamp e colaboradores (2004) evidencia que a acessibilidade, na comunidade, a uma estomaterapeuta melhora a qualidade de vida da pessoa e pode mesmo reduzir a frequência de procedimentos de autocuidado como a substituição do material e acessórios da ostomia (cit. por RNAO, 2009).

Recuperando a questão das visitas domiciliárias e dos cuidados domiciliários em geral, estes representam uma estratégia de devolução da atenção para os cuidados de saúde primários, outrora centrada nos hospitais. Para tal contribui a construção de uma lógica atenta à promoção e prevenção da saúde e à humanização dos cuidados prestados no ambiente familiar do utente, os quais se devem fundamentar no trabalho em equipa e na articulação de recursos.

A dedicação ao tema dos cuidados de enfermagem em contexto comunitário está associado ao reconhecimento de que o desenvolvimento de competências de autocuidado à ostomia permite à pessoa ostomizada cultivar a motivação e

autoestima. O enfermeiro tem neste percurso da pessoa ostomizada, um papel profissional essencialmente de facilitador do processo de adaptação.

1.4. A Avaliação da Aquisição de Competências

A aquisição de competências da pessoa ostomizada é um processo necessariamente complexo e um produto do binómio educação-aprendizagem, onde a intervenção de enfermagem tem um papel preponderante. No domínio dos cuidados de saúde, reconhece-se que o futuro passará possivelmente mais pela educação do que pelos cuidados, ampliando a capacidade humana que possibilita o saber pensar e intervir (Bellato et al., 2006).

Relativamente à pessoa vulnerável pela doença existem aspetos que podem afetar a aprendizagem, nomeadamente a disponibilidade para aprender, a situação de doença aguda, a idade e as crenças pessoais. Concomitantemente, Phaneuf (2005) diz que existem outros fatores a considerar que afetam a aprendizagem, nomeadamente a motivação, as capacidades intelectuais da pessoa, a memória, o nível de instrução e o grau de compreensão. Ainda neste domínio, Gemelli e Zago (2002) referenciam três categorias identificadas como determinantes na prontidão para aprender: o status de saúde, os valores relativamente à saúde e as características do desenvolvimento. Independentemente das capacidades da pessoa para apreender conhecimentos e habilidades, todos os utentes ostomizados e suas famílias, devem ter acesso à educação integral (RNAO, 2009).

Qualquer tentativa de uniformizar a educação à pessoa ostomizada é errada se não tiver em consideração as necessidades individuais, sendo por isso precipitado a definição de um tempo limite e inflexível para a aquisição de competências. Muitos ostomizados podem estar preparados para ter alta com poucas sessões de treino, no entanto, a existência de complicações associadas à ostomia pode ser suficiente para protelar o regresso a casa (Burch, 2011). Todos estes pressupostos justificam uma intervenção individualizada, fundamentada numa avaliação holística e complementada por um carácter inovador e persuasivo, como a utilização de novas tecnologias.

Os computadores e o acesso às facilidades da multimédia constituem, pois, uma valiosa ferramenta para a educação para a saúde. Chagas (2004, cit. por ESEP, 2009, p.166) designa as novas tecnologias como “*veículos para o desenvolvimento de competências em ciências*”, considerando que a sua evolução tem vindo a promover novas conceções de ordem didática e novas práticas. Não só

os jovens, mas também os adultos são cada vez mais frequentadores de ambientes tecnológicos e “(...) nunca como hoje as pessoas se preocuparam tanto com a saúde, com a alimentação, com o bem-estar” (ESEP, 2009, p.170). Neste sentido, porque não adequar as estratégias educacionais, considerando os recursos tecnológicos? Porque não facultar conteúdos que, sendo criativos mas não menos rigorosos, podem manter a atenção dos destinatários e proporcionar a mudança pretendida?

Um estudo realizado por Wu e colaboradores (2007) constata que intervenções específicas de educação podem melhorar a auto-eficácia e qualidade de vida em utentes ostomizados. Além disso, num estudo baseado na utilização da educação audiovisual com 42 ostomizados, Chaudhri e colaboradores (2005) verificaram que o grupo sujeito à intervenção demonstrou adquirir, em menos tempo, as suas capacidades, quando comparada a utilização de técnicas convencionais. Estudos têm indicado que este tipo de estratégias pode beneficiar o conhecimento dos utentes e melhorar a satisfação com os cuidados de enfermagem (Lo, 2006). Com estes dados pode-se admitir que a educação contribui para a diminuição da ansiedade do utente e potencia a adesão ao regime terapêutico.

O processo de aprendizagem dos ostomizados no domínio do autocuidado é complexo mas fulcral nos cuidados de enfermagem, não se verificando, no entanto, o desenvolvimento de investigação suficiente para basear a prática na evidência científica. O conhecimento das competências de autocuidado da população deste estudo pode ser o impulso motivador de um percurso de investigação nesta área. Para tal exige-se a definição do processo de avaliação da competência em causa.

A avaliação da competência de autocuidado da pessoa ostomizada é determinante neste estudo, no entanto é escassa a literatura relativa à temática. Apesar destes constrangimentos, consideramos indispensável fazer referência aos principais contributos teóricos que fundamentaram a pertinência da sistematização da avaliação do desenvolvimento da competência de autocuidado, por parte da pessoa com ostomia de eliminação intestinal.

Ainda no âmbito do desenvolvimento de instrumentos com aplicabilidade nos utentes ostomizados obtivemos contributos de um estudo implementado em vários países, cuja finalidade era a de tornar possível a recolha de dados relevantes para a identificação de possíveis complicações decorrentes da cirurgia (Colton et al., 2005). Segundo os autores do estudo referido anteriormente, foi colocada a hipótese de que um índice padronizado de avaliação seria uma ferramenta importante para a identificação precoce de complicações. Da análise dos resultados apresentados, verifica-se que, em geral, os mesmos problemas foram identificados pelos ostomizados em todos os países participantes. A hipótese foi comprovada,

demonstrando a importância e necessidade de um acompanhamento contínuo da pessoa, durante pelo menos um ano, após a criação cirúrgica da ostomia.

Um dos outros objetivos do desenvolvimento de instrumentos de avaliação, nesta área, passa pela tentativa de uniformização da linguagem, tal como pretenderam Beitz e colaboradores (2010) com o desenvolvimento de um algoritmo direcionado aos cuidados à ostomia. É emergente que a investigação se fundamente na prática baseada na evidência científica e na necessidade decorrente de uma linguagem padronizada nos cuidados de enfermagem à pessoa ostomizada.

Uma das principais referências da evidência acessível ao nosso estudo foi a guideline recomendada pela Associação Profissional de Enfermeiras de Ontário (RNAO). Este documento engloba recomendações, entre as quais a de que o utente deve ser acompanhado do ponto de vista educacional durante seis semanas após a alta hospitalar, com o registo sistemático da avaliação feita a este nível. Deste modo, segundo os autores, a equipa de enfermagem tem possibilidade de acompanhar o progresso da pessoa, em termos de aprendizagem, após a cirurgia. Sugerem a utilização de um diagrama, em que se regista a evolução ao longo de seis semanas, considerando que, em cada semana, a pessoa deve avançar uma etapa na aprendizagem. Os objetivos a cumprir passam pelo conhecimento das alterações da anatomia e fisiologia do trato gastrointestinal após a cirurgia; os materiais necessários ao cuidado da ostomia; as especificidades da alimentação aconselhada; sinais e sintomas de diarreia e obstipação, para além do estado dos relacionamentos sociais e sexuais. No preenchimento do diagrama o enfermeiro tem a opção de assinalar “*capaz de entender e descrever*”, “*necessita de reforço*” ou “*incapaz de entender*” (RNAO, 2009, p.94).

Associado ao instrumento referido anteriormente, os mesmos autores recomendam também a utilização de um diagrama idêntico para a avaliação de habilidades de autocuidado, como a observação da ostomia; esvaziamento do saco; substituição dos materiais; limpeza da ostomia e pele periestomal e colocação da placa/penso da ostomia. As opções de resposta, neste caso, referem-se ao tipo de autonomia demonstrada pelo utente: “*dependente*”, “*necessita de ajuda*” e “*independente*”. No sentido de definir *timings* esperados de demonstração destas habilidades, são apresentados os requisitos mínimos a satisfazer pelo utente, tanto durante o internamento hospitalar, como posteriormente até ao período entre a quarta e a sexta semana após a alta hospitalar (RNAO, 2009, p.95).

O contacto com os resultados de estudos e trabalhos desenvolvidos, tais como os já citados, levam-nos a considerar que a nossa realidade está ainda distante da sistematização e do rigor que devem pautar a avaliação de competências de

autocuidado da pessoa ostomizada. Consideramos que há ainda um percurso a desenvolver, fundamentados pela percepção de que frequentemente o acompanhamento do ostomizado passa por contactos pontuais e afastados de qualquer avaliação sistemática. Desta forma não é favorecido um processo eficaz de reabilitação da pessoa recém ostomizada, nem monitorizada a adaptação do ostomizado à sua condição. Com a percepção destes obstáculos na assistência ao ostomizado no processo de transição saúde-doença, emergiu a necessidade da construção de um instrumento de avaliação da competência de autocuidado da pessoa com ostomia de eliminação intestinal. Após esta breve referência, dedicaremos parte do enquadramento metodológico para a discussão mais ampliada da temática da construção do instrumento de medida, em causa neste estudo.

CAPÍTULO II - ENQUADRAMENTO METODOLÓGICO

Neste capítulo serão descritas as questões de investigação que emergiram dos objetivos delineados, e que estão adjacentes a um desenho de estudo que engloba dois estudos. O primeiro estudo envolve a construção do instrumento de avaliação, sendo o segundo estudo dedicado à vertente descritiva da investigação.

Relativamente à amostra em estudo, é apresentada a forma como foi desenvolvido o método de amostragem e são apresentadas as principais características da mesma. No seguimento do enquadramento metodológico, são enunciadas as questões éticas consideradas ao longo do estudo. Para finalizar, serão apresentadas as estratégias para a análise dos dados, nomeadamente a forma como será desenvolvida a estatística descritiva e inferencial.

2.1. Da Problemática às Questões de Investigação

As questões de investigação são inerentes e resultam dos objetivos do estudo (Fortin, 2009). Para conseguir dar resposta aos objetivos traçados, as opções metodológicas são cruciais devendo, por isso, serem baseadas no método científico de forma a garantir a credibilidade do estudo. Nesta medida, e de acordo com a nossa problemática, apresentaremos no ponto seguinte o desenho do estudo.

Os objetivos e questões deste estudo decorrem do problema de investigação, bem como do conhecimento atual existente sobre o desenvolvimento de competências de autocuidado da pessoa com ostomia de eliminação intestinal. A extensão da problemática em estudo e a escassez de evidência na área temática, levou-nos a definir as seguintes questões de investigação:

- COMO AVALIAR O DESENVOLVIMENTO DA COMPETÊNCIA DE AUTOCUIDADO DA PESSOA COM OSTOMIA DE ELIMINAÇÃO INTESTINAL?
- QUAIS SÃO AS COMPETÊNCIAS DE AUTOCUIDADO QUE A PESSOA SUBMETIDA À CONSTRUÇÃO CIRÚRGICA DE UMA OSTOMIA DE ELIMINAÇÃO POSSUI, EM CONTEXTO COMUNITÁRIO?

- QUAIS SÃO AS COMPETÊNCIAS DE AUTOCUIDADO QUE A PESSOA SUBMETIDA À CONSTRUÇÃO CIRÚRGICA DE UMA OSTOMIA DE ELIMINAÇÃO POSSUI, EM CONTEXTO COMUNITÁRIO, DE ACORDO COM AS VARIÁVEIS DE ATRIBUTO, CLÍNICAS E DE TRATAMENTO?

2.2. Desenho do Estudo

No sentido de obter as respostas às questões de investigação, apresentamos as opções assumidas no decurso do estudo. A natureza do desenho depende do tipo de objetivos, sendo necessária a descrição da forma como se pretende o seu desenvolvimento. A definição da população e do tamanho da amostra antecede, segundo Fortin (2009) a opção dos métodos de colheita de dados e a determinação de um plano de análise estatística dos dados. É neste ponto que nos propomos fundamentar as opções metodológicas do estudo fundadas numa abordagem *quantitativa*, do tipo *metodológico*, *descritivo* e *transversal*.

A investigação em causa foi desenvolvida em duas fases, tendo sido estas designadas respetivamente por estudo 1 e estudo 2. Este desenho possibilitou que numa primeira fase se respondesse ao primeiro objetivo de investigação com a construção de um instrumento de avaliação, definindo o carácter metodológico do estudo. Esta primeira fase caracterizou-se por um trabalho conjunto com duas outras mestrandas, ambas da área de enfermagem médico-cirúrgica. Consequentemente, a segunda fase foi dedicada à propriedade descritiva do estudo, traduzida no segundo e no terceiro objetivo da investigação. Nesta fase, cada mestranda desenvolveu a colheita de dados em contextos diferentes, respetivamente no período de admissão hospitalar (pré-operatório), no momento da preparação do regresso a casa (pós-operatório mediato) e na comunidade (pós-operatório tardio). Clarificamos então que, apesar de um percurso conjunto no estudo 1, os resultados que aqui se apresentam reportam-se unicamente à investigação desenvolvida no pós-operatório, em contexto comunitário.

A investigação quantitativa assenta no paradigma positivista orientado para os resultados e para a sua generalização (Fortin, 2009). No caso do estudo em questão, o número de elementos da amostra não nos permitirá efetuar a generalização dos dados, no entanto, os resultados obtidos podem ser importantes para a validação futura do instrumento em causa.

Atendendo ao estado do conhecimento sobre o tema, caracterizado pela quase inexistência de estudos que descrevam as competências de autocuidado da pessoa com ostomia de eliminação intestinal, optamos por desenvolver um estudo do tipo metodológico, com a construção de um instrumento de medida que permita avaliar o desenvolvimento da competência de autocuidado destes utentes, não tendo sido assumido o objetivo da sua validação pela limitação temporal do estudo. Relativamente ao estudo metodológico, Fortin (2009, p. 255) refere que este “*visa estabelecer e verificar a fidelidade e validade dos novos instrumentos de medida, permitindo aos investigadores utilizá-los com toda a confiança*”. Polit e colaboradores (2004) acrescentam que este tipo de estudo tem gerado, junto dos enfermeiros, um crescente interesse pela sua utilização.

A opção por um desenho de estudo do tipo descritivo foi feita, nomeadamente, por partimos de questões de investigação sem pretender, à partida, estabelecer relações de causalidade entre as variáveis envolvidas. A principal finalidade de um estudo descritivo é descrever a frequência e as características de um fenómeno pouco estudado (Fortin, 2009; Argimon Pallás et al., 2000). Este tipo de desenho é utilizado quando existe pouco ou nenhum conhecimento sobre determinada área temática, recorrendo-se à observação, à entrevista ou ao questionário para a recolha de dados. Relativamente à observação, é claramente um dos modelos mais apropriado nos estudos descritivos (Sousa et al., 2007), tendo sido no trabalho em causa, uma das ferramentas determinantes para a recolha de dados.

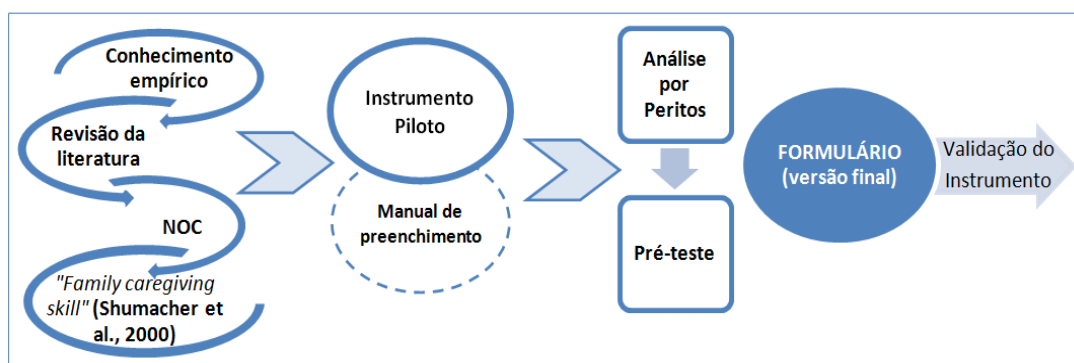
Relativamente às variáveis, no estudo descritivo simples não se identifica as variáveis de independentes ou dependentes (Fortin, 2009), uma vez que o controlo das mesmas é pouco sistemático. Neste caso, sendo o objetivo a descrição de conceitos, o controlo passa por “*assegurar a correspondência entre as definições conceptuais e as definições operacionais das variáveis*” (Burns e Grove, 2003 cit. por Fortin, 2009, p.237). Na nossa investigação, definiram-se as variáveis associadas aos conceitos de competência e autocuidado.

Relativamente a outra das opções metodológicas, designamos o desenho do estudo de transversal porque a colheita de dados é efetuada num único período, sendo que os dados sobre cada sujeito representam um momento do tempo (Argimin Pallás, et al., 2000). Apesar de poder ser considerado de alcance mais limitado, comparado com o longitudinal, o estudo transversal é genericamente económico, simples de organizar e fornece dados imediatos (Fortin, 2009), tendo sido estes fatores adequados às limitações temporais da investigação. No caso do estudo aqui apresentado, a sua componente transversal justifica-se pela colheita de dados única a cada indivíduo no período pós-operatório, em contexto comunitário.

2.2.1. Estudo 1 – Construção do Instrumento de Avaliação

No sentido de responder à primeira questão da investigação, efetuámos a construção de um instrumento de avaliação do desenvolvimento da competência de autocuidado da pessoa com ostomia de eliminação intestinal (Anexo 2) associando um manual de preenchimento (Anexo 3). O processo de construção foi complexo e baseou-se numa sequência organizada de passos, os quais ilustramos na seguinte figura, descrevendo-a seguidamente.

Figura 1: Processo de construção do instrumento de avaliação da competência de autocuidado



A componente teórica é uma questão fundamental para qualquer trabalho de cariz científico, como o que se pretende nesta investigação, com a explicação e operacionalização dos conceitos de competência e autocuidado. Esta componente teórica, fundamental para a elaboração de qualquer instrumento de medida, deve desenvolver-se em função da literatura existente sobre os conceitos que o instrumento pretende medir.

A evidência sobre os conceitos em estudo é, tal como já referido, escassa na literatura, podendo em parte explicar que a realidade conhecida sobre o processo de avaliação da competência de autocuidado passa muitas vezes por pesquisas intuitivas. Apesar desta perceção, perante a inexistência de teorias sólidas sobre os conceitos, o nosso percurso no estudo passou por um trabalho prévio de levantamento da evidência acessível de forma a sistematizá-la para servir de orientação teórica na elaboração do instrumento de avaliação em causa. Este trajeto teórico passa, segundo Pasquali (1998), por estabelecer a dimensionalidade dos conceitos, definir as características definidoras do mesmo e, por fim, operacionalizá-lo em tarefas comportamentais.

O processo que antecedeu a construção do instrumento, propriamente dito, caracterizou-se por uma recolha de contributos, destacando-se a revisão sistemática da literatura, cujas principais referências foram apresentadas no primeiro capítulo; as orientações da Classificação dos Resultados de Enfermagem (Nursing Outcomes Classification - NOC) (Johnson et al., 2000), dado o seu alto valor conceptual, e um instrumento criado por Schumacher e colaboradores (2000), na área da capacidade de cuidar de um cuidador informal. Nesta fase, Freixo (2011) defende que é interessante e sobretudo útil, a consulta de outros instrumentos de medida que tratem temas similares ou conexos, de forma a aproveitar-se a experiência dos outros e assim, tomar consciência de certas formulações.

O recurso à NOC permitiu-nos identificar alguns indicadores a considerar aquando da construção do instrumento, os quais foram seleccionados das áreas do *“conhecimento: cuidados com a ostomia”* e do *“autocuidado de ostomia”* (Johnson et al., 2000). Os indicadores destes domínios passam, essencialmente, pela descrição de tarefas comportamentais que se esperam que o utente demonstre durante a execução dos procedimentos associados ao cuidado à ostomia. (Johnson et al., 2000). A descrição destes indicadores é pormenorizada num artigo, submetido a uma revista indexada, o qual desenvolve o fundamento das opções pelos indicadores supramencionadas, sugerindo-se a sua leitura (Anexo 4).

Utilizámos também a lógica de um instrumento já existente, criado por Schumacher e colaboradores (2000) que avalia a capacidade de cuidar do prestador de cuidados informal, fazendo referência às nove dimensões desse papel. A cada uma dessas dimensões correspondem indicadores que são as características observáveis, face ao cuidado prestado, refletindo o nível de habilidade com que o cuidado é realizado. Schumacher e colaboradores (2000) elegeram a monitorização/acompanhamento; a interpretação; a tomada de decisões; a atuação/execução; a realização de ajustes/acertos; a providência de recursos; a prestação de cuidados; o trabalho em conjunto com a pessoa utente e a negociação com o sistema de saúde, como as nove dimensões do papel de prestador de cuidados informal.

Para Schumacher e colaboradores (2000), a habilidade da família para cuidar é definida como a capacidade desta reunir de forma fluída e eficaz as nove dimensões do papel de prestador de cuidados informal, consideradas essenciais no processo de prestação de cuidados. Para os autores, é esperado que a família observe o recetor dos cuidados, de forma a identificar possíveis mudanças na sua condição (monitorização); reconheça e compreenda as alterações no curso normal ou esperado da sua condição clínica (interpretação); escolha um percurso de ação,

assente na observação e interpretação da situação (tomada de decisões); aja de acordo com a decisão tomada, respeitando as instruções (atuação/execução); refina progressivamente a sua forma de cuidar até encontrar estratégias eficazes (realização de ajustes/acertos); obtenha recursos necessários à prestação de assistência, desde informação e equipamentos (providência de recursos); preste os cuidados com delicadeza, obtendo resultados esteticamente agradáveis, atendendo à segurança e conforto do utente (prestação de cuidados); entenda o cuidar como um processo de partilha, estando sensível à personalidade do utente (trabalho em conjunto) e assegure as necessidades do recetor (negociação com o sistema de saúde).

Os indicadores apresentados pelos autores supracitados, foram essenciais para a organização do instrumento de avaliação do desenvolvimento da competência de autocuidado, em causa neste estudo. A natureza multidimensional da competência de autocuidado à ostomia determinou que identificássemos seis domínios, fazendo corresponder indicadores a cada um, já que, como afirmam Schumacher e colaboradores (2000), a compreensão das propriedades e dimensões da competência passa por identificar os indicadores de mudança. Acompanhando o mesmo raciocínio, identificámos o *conhecimento*, a *auto-vigilância*, a *interpretação*, a tomada de decisão, a *execução* e a *negociação e utilização dos recursos de saúde* como os seis domínios basilares da competência de autocuidado à ostomia, fazendo corresponder a cada um deles os indicadores.

No que se refere à avaliação do *conhecimento*, pretende-se verificar quais as concepções teóricas que a pessoa possui relativas ao autocuidado da ostomia. Os indicadores de resultado referentes a este domínio passam pela verbalização, por parte da pessoa, de aspetos como o conceito de ostomia, finalidade, características e sinais e sintomas de complicação das fezes, ostomia e pele periestomal. Neste domínio pretende-se também avaliar se a pessoa ostomizada sabe quais os dispositivos necessários ao cuidado à ostomia, se verbaliza corretamente quando estes devem ser substituídos e se reconhece as suas necessidades na área do conhecimento e quais os recursos disponíveis na comunidade.

Os indicadores do domínio da *auto-vigilância* são utilizados para avaliar que tipo de competências a pessoa demonstra ao nível da auto-vigilância relativa ao cuidado à ostomia. Ao inquiridor cabe observar as atividades desenvolvidas durante procedimentos relativos à auto-vigilância como a identificação por parte do ostomizado de características, sinais de complicação das fezes e/ou da ostomia, momento adequado para a substituição de material e a capacidade de registo de intercorrências, decorrentes do autocuidado.

A *interpretação* é outro domínio da competência em avaliação, cuja condição se manifesta pela capacidade da pessoa em interpretar as situações associadas ao cuidado à ostomia. A capacidade de interpretar pressupõe que a pessoa seja capaz de colocar questões e referir possíveis fatores relacionados a alterações ou complicações inerentes ao autocuidado.

A avaliação do domínio da *tomada de decisão* considera a capacidade da pessoa para decidir no contexto do autocuidado. A apreciação dos critérios definidores deste domínio é feita pela verbalização de procedimentos associados ao estabelecimento de prioridades, reconhecimento de implicações das decisões da pessoa e prevenção de complicações.

No domínio da *execução* pretende-se avaliar se a pessoa executa os procedimentos expectáveis ao cuidado à ostomia, traduzidos em critérios definidores como o cuidado em relação ao conforto, à estética, à gestão do tempo e organização de material. Pressupõe-se também a avaliação dos procedimentos da pessoa ostomizada durante a técnica de substituição da troca do saco/placa de ostomia, da higiene da ostomia e pele periestomal e da técnica de irrigação intestinal.

O último domínio da competência de autocuidado avaliado é a *negociação e utilização de recursos de saúde*, cujos indicadores se traduzem pela intenção ou demonstração da pessoa ostomizada em negociar e utilizar os recursos disponíveis para o cuidado à ostomia. Os critérios definidores destes indicadores sugerem avaliar se a pessoa pretende negociar ou se negocia adequadamente com os serviços e recursos disponíveis na comunidade. Neste domínio pretende-se aferir se a pessoa demonstra competências de negociação face a questões como a aquisição de material, aconselhamento perante dúvidas ou complicações e avaliação dos cuidados prestados pelos serviços de saúde.

No caso do nosso estudo, para medir os indicadores dos domínios supramencionados, optámos por utilizar uma escala de avaliação ordinal, cujas categorias discriminam o nível de competência que a pessoa possui no autocuidado da ostomia: “1- demonstra totalmente”, “2- demonstra parcialmente” e “3- não demonstra”. Consideramos esta escala de ordinal, transformada numa escala tipo *likert* com três pontos, para que seja possível proceder-se à análise quantitativa dos dados (variáveis contínuas). Nesta análise, tendo em conta os itens da escala, assume-se que quanto menor for a pontuação mais capacidades foram demonstradas pela pessoa ostomizada e, por outro lado, quanto maior a pontuação menos competências foram demonstradas.

O preenchimento do instrumento descrito pressupõe que o inquiridor (enfermeiro) avalie (questionando e/ou observando) a pessoa ostomizada sobre os

indicadores relativos a cada domínio da competência de autocuidado. A pessoa ostomizada “demonstra totalmente” um dado indicador quando cumpre todos os critérios definidores desse mesmo indicador. A pessoa “demonstra parcialmente” uma competência quando não cumpre todos os critérios, mas cumpre pelo menos um. A seleção da opção “não demonstra” é feita quando não cumpre qualquer um dos critérios definidores do indicador em causa. 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 ostomizada, quer porque não existem dados suficientes para a sua avaliação.

A descrição anterior refere-se à escala de avaliação dos domínios da competência de autocuidado, sendo no entanto de salientar que o instrumento em causa neste estudo engloba também uma primeira parte dedicada à caracterização do participante. Neste sentido surgem as variáveis de atributo (sociodemográficas) que permitem a recolha de dados como o género, idade, estado civil, habilitações literárias, atividade profissional e prestador de cuidados informal associado. Este tipo de variáveis de atributo é importante, não só para a caracterização da amostra, como para a elaboração da análise inferencial e para o levantamento futuro de algumas hipóteses na investigação. Na sequência das variáveis de atributo surgem as variáveis clínicas que permitem colher dados como 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 ostomizadas.

Da sequência do percurso desenvolvido, supramencionado, emergiu um instrumento piloto, apresentado sob a forma de formulário, em que cabe ao investigador preencher as opções de resposta, através da observação de procedimentos e/ou colocação de questões ao participante. A primeira parte do formulário dedica-se à recolha de dados sociodemográficos, clínicos e de tratamento, sendo que na segunda parte surge uma escala tipo *likert* de três pontos, para a avaliação da competência de autocuidado da pessoa ostomizada. Pela natureza do formulário, para além do registo dos dados inerentes aos tópicos do instrumento, é dada a possibilidade ao investigador de elaborar, na generalidade dos contactos, “notas de campo” associadas aos discursos das pessoas e aos contextos do estudo. Neste sentido, a discussão dos resultados poderá ser enriquecida pelo recurso às notas de campo.

Foi elaborado um manual de preenchimento do formulário (Anexo 3), no qual consta a apresentação das variáveis operacionalizadas, servindo este documento

de apoio à aplicação do instrumento de avaliação, essencialmente como um suporte de consulta.

Na sequência da construção do instrumento em questão, seguiu-se a apreciação do mesmo junto de um grupo de peritos, no sentido de avaliar a sua validade de conteúdo. *“Uma vez elaborado o esboço do instrumento, o próximo passo é submetê-lo a uma revisão crítica que poderá ser conduzida por pares, mentores ou peritos no assunto”* (Hulley et al., 2008, p.267). Relativamente ao processo de seleção do grupo de peritos, reunimos cinco elementos *experts* nas áreas do autocuidado e das ostomias, uma vez que os peritos devem ter competência na elaboração de instrumentos ou conhecimento da disciplina a que diz respeito (Burns e Grove, 2001, cit. por Fortin, 2003). Neste sentido, do grupo de peritos selecionado constavam três enfermeiras estomaterapeutas, uma mestre na área das ostomias e uma mestre na área do autocuidado, tendo esta diversidade dos intervenientes favorecido a validação dos conteúdos inerentes à competência de autocuidado à ostomia.

O grupo de peritos concluiu que todos os indicadores eram pertinentes e adequados aos domínios da competência em avaliação, sendo o documento, após esta fase, submetido a uma análise sobre a sintaxe utilizada, não tendo sido apontada qualquer retificação.

Após as fases descritas anteriormente, chegou-se à versão do instrumento que serviu de modelo para a realização do pré-teste. Ghiglione e colaboradores (2005) explicam que qualquer instrumento construído deve ser submetido a um pré-teste junto de uma pequena amostra da população a inquirir, cerca de uma dezena. Com a aplicação do pré-teste nos três diferentes contextos do estudo (pré-operatório, momento da alta clínica e na comunidade), a um grupo de quinze pessoas, não surgiu a necessidade de qualquer alteração ao conteúdo, pelo que concluímos ser perceptível e adequado à amostra em questão, e portanto, à população em estudo.

Consequentemente surgiu o instrumento/formulário final (Anexo 2), para ser aplicado à amostra selecionada. O processo de validação não foi efetivado pela limitação do tempo, sendo no entanto possível a sua execução futura, partindo do instrumento construído neste estudo e nos resultados encontrados.

2.2.1.1. As Variáveis em Estudo

A construção de um instrumento de avaliação implica explorar a noção de medida, sendo importante, segundo Fortin (2009), que o investigador clarifique os conceitos a medir, as unidades e regras de medida. Neste sentido, emerge a

operacionalização dos conceitos, implicando que os mesmos se tornem explícitos com a definição das suas dimensões e indicadores utilizados para os medir.

Na investigação quantitativa “(...) *construir um conceito consiste em determinar as dimensões que o constituem e em precisar os indicadores que permitem a medição dessas dimensões*” (Quivy et al., 1998, p.16), emergindo a noção de variável. As variáveis são ligadas aos conceitos teóricos por meio de definições operacionais que servem para medir conceitos (Fortin, 2009). A variável corresponde a uma qualidade ou característica que é atribuída aos sujeitos em estudo, que varia ou assume um valor diferente (Fortin, 2009; Polit et al., 2004).

Característico dos estudos descritivos, é o facto de se tornar difícil ou mesmo impossível estabelecer relações de dependência entre as variáveis, bem como a direção de influência entre estas. Por esta razão, definimo-las nesta investigação como variáveis principais e secundárias. As primeiras são imprescindíveis na resposta aos objetivos traçados para o estudo, as segundas, relacionadas com as primeiras, permitem uma melhor compreensão da problemática (Ribeiro, 1999). Relativamente à operacionalização das variáveis, esta pode ser descrita pela forma como a variável será observada e medida, a qual determina a análise estatística a efetuar subsequentemente (Argimin et al., 2000; Polit et al., 2004).

No sentido de chegar a uma melhor compreensão do conceito teórico representado pela variável, consideramos como variáveis principais o autocuidado e a competência, sendo as variáveis secundárias o conjunto das variáveis de atributo (sociodemográficas), variáveis clínicas e variáveis de tratamento, inscritas na primeira parte do formulário.

Para garantir a tarefa supramencionada da operacionalização dos conceitos, consideramos que as definições operacionais deveriam passar por englobar categorias de comportamentos que representassem eficazmente as competências de autocuidado da pessoa com ostomia de eliminação intestinal. Quanto melhor e mais completa for esta especificação, melhor será a garantia de que o instrumento criado para a medida do conceito será válido e útil (Pasquali, 1998). Neste sentido o grupo de investigadores dedicou-se à execução detalhada das definições operacionais dos conceitos, para que os itens pudessem expressar realmente as características definidoras das competências de autocuidado a avaliar. Este processo culminou na elaboração de um documento onde se apresentam as variáveis operacionalizadas, servindo por sua vez de apoio à aplicação do instrumento de avaliação, como um manual de preenchimento (Anexo 3).

2.2.1.2. Fidelidade do Instrumento de Medida

Antes de avançarmos para a apresentação e discussão dos resultados, consideramos essencial determinar a fidelidade do instrumento de medida. A fidelidade é a propriedade fundamental dos instrumentos de medida e designa a precisão e constância dos resultados e indica até que ponto as diferenças encontradas são atribuíveis a verdadeiras diferenças entre os sujeitos. A consistência interna é um dos parâmetros da avaliação da fidelidade de um instrumento.

A técnica mais frequentemente utilizada para estimar a consistência interna de um instrumento de medida, quando existem várias opções de resposta como uma escala de avaliação em estudo, é o coeficiente alfa de Cronbach (α) (Santos et al., 2005). Esse índice varia de 0 a 1 e, quanto mais próximo de 1, maior a confiabilidade do instrumento, sendo: muito boa se α superior a 0,9; boa se $0,8 < \alpha < 0,9$; razoável se $0,7 < \alpha < 0,8$; fraca se $0,6 < \alpha < 0,7$ e inadmissível se α inferior a 0,6. A alta fiabilidade ($\alpha > 0,95$) geralmente não é desejada, já que indica que os itens podem ser redundantes (Pestana et al., 2005).

Tabela 1 – Análise da consistência interna do instrumento, de acordo com os domínios propostos para a escala

Escala/Domínios	Número de itens	Alpha de Cronbach (N=80)
Conhecimento	9	0,82
Auto-vigilância	7	0,76
Interpretação	4	0,79
Tomada de decisão	4	0,74
Execução	17	0,74
Negociação	4	0,71
Escala Global	45	0,91

O coeficiente de consistência interna global na nossa amostra foi de 0,91, manifestando este dado que, dentro dos parâmetros considerados, o instrumento de medida apresenta muito boa consistência interna.

Em todas os domínios das escalas se encontraram valores nunca inferiores à confiabilidade razoável, pois situam-se entre um mínimo de 0,71 (domínio da negociação) e um máximo de 0,82 (domínio do conhecimento).

2.2.2. Estudo 2 – Estudo Descritivo

A finalidade de um estudo descritivo é descrever a frequência e as características de um fenómeno pouco estudado (Fortin, 2009; Argimon Pallás et al., 2000), traduzindo-se no caso da nossa investigação no objetivo: “Descrever as competências de autocuidado da pessoa submetida à construção cirúrgica de uma ostomia de eliminação intestinal, em contexto comunitário”.

Segundo Fortin (2009), o estudo descritivo tem como principal intuito definir as características de uma população, sendo possível, no caso deste estudo, pela aplicação do instrumento de medida, referente ao estudo 1. Consequente à recolha de dados, pretende-se, com este segundo estudo, identificar qual o “perfil” da pessoa ostomizada, quer no domínio sociodemográfico quer ao nível das competências que possui relativas ao autocuidado à ostomia.

Os resultados que apresentamos especificamente neste trabalho reportam-se aos dados recolhidos em contexto comunitário, no entanto recordamos que o processo de construção do instrumento é desenvolvido para que a descrição das competências possa ser feita em qualquer etapa do percurso do ostomizado. Neste sentido é compreensível que a utilidade descritiva deste instrumento, caso seja futuramente validado, permita descrever o desenvolvimento da aquisição de competências por parte da pessoa ostomizada. A visão deste estudo, em termos da prática clínica, reporta-nos para um cenário em que desde o pré-operatório até ao contexto comunitário o mesmo instrumento de medida seja aplicado ao longo deste percurso. Consequentemente, será possível a descrição das competências que evidencie a realidade individual de uma pessoa no seu processo de adaptação à condição de ostomizado e, ao mesmo tempo, tornar possível a continuidade de cuidados de enfermagem.

Em termos de investigação, e especificamente de acordo com o estudo em questão, a descrição das competências resultantes da aplicação do instrumento de avaliação traduzirá apenas a realidade da amostra em estudo num contexto específico da comunidade. Resta-nos então, imbuídos no estudo descritivo, identificar as características dos participantes em estudo, no que respeita ao processo de aquisição de competências. Desta forma, a apresentação dos resultados tem em consideração os domínios da competência e em que nível os participantes se situam. No sentido de avaliar a relação entre os resultados da aplicação da escala e os dados sociodemográficos, clínicos e de tratamento serão formuladas algumas questões, as quais poderão surgir como hipóteses em investigações futuras nesta área.

2.3. Amostra do Estudo

Esta é a fase da dissertação onde nos propomos descrever de que forma foi desenvolvido o método de seleção da amostra e quais as suas principais características. A descrição da amostra passa fundamentalmente pela análise dos atributos sociodemográficos e dos dados das variáveis clínicas e de tratamento, inscritas na primeira parte do instrumento de avaliação.

2.3.1. Processo de Seleção da Amostra

A população alvo, objeto de estudo, é o conjunto das pessoas que satisfazem os critérios de seleção definidos previamente e que permitem fazer generalizações (Fortin, 2009), sendo no caso da nossa investigação as pessoas com ostomia de eliminação intestinal, inseridas na área de abrangência da Unidade Local de Saúde (ULS) em estudo. Como raramente se tem possibilidade de estudar a população alvo na sua totalidade, segundo Fortin (2009) examina-se a população acessível. Tanto quanto possível ela deve ser representativa da população alvo e no contexto do nosso estudo, optámos por seleccionar as pessoas com ostomia de eliminação intestinal, inscritas, no momento, no programa informático “Ostomizados” do Sistema de Apoio à Prática de Enfermagem (SAPE). Os enfermeiros da ULS participante documentam os seus dados no SAPE, no qual é possível categorizar os utentes da Comunidade, em função de Programas de Saúde, sendo um deles o programa “Ostomizados”.

No período do decurso do estudo o programa “Ostomizados” incluía cerca de 270 utentes, abrangendo pessoas com diversos tipos de ostomia, as de eliminação intestinal, de eliminação urinária, de alimentação, respiratória, entre outros. Tendo em conta as características deste grupo parametrizado, foi necessário definir critérios de inclusão e exclusão para seleccionar as pessoas com potencialidade de participar no estudo. Na tentativa de obter uma amostra mais homogênea, determina-se com a ajuda de critérios, as características que se deseja encontrar nos elementos da amostra (Fortin, 2009), servindo os critérios de exclusão para determinar os indivíduos que não farão parte da amostra.

Neste estudo, definem-se como critérios de inclusão: pessoas portadoras de ostomia de eliminação intestinal (temporária ou definitiva) com idade igual ou superior a 18 anos.

Como critérios de exclusão definem-se: pessoas portadoras de uma ostomia que não do tipo de eliminação intestinal e pessoas com dependência total no autocuidado à ostomia, sendo estas substituídas totalmente em todas as atividades por um cuidador informal ou formal. Um outro critério relaciona-se com a capacidade cognitiva da pessoa e por isso, de acordo com a Escala de *Mini-Mental State Examination* (MMSE) (Guerreiro et al., 1994), adaptada para a população portuguesa (Anexo 5), o participante que obtiver um *score* indicativo de “defeito cognitivo”, sendo este calculado de acordo com os anos de escolaridade, não terá critérios para incluir a amostra. As pessoas que, apesar de cumprirem os critérios de inclusão, não pretendam participar do estudo não incluirão a amostra em questão.

No estudo que desenvolvemos e tendo em conta a população acessível e os critérios de inclusão e exclusão definidos, utilizou-se a amostragem não probabilística por conveniência para a seleção da amostra. Os participantes são selecionados por alguma conveniência do pesquisador, como por exemplo a acessibilidade num determinado local. Segundo Fortin (2009), esta técnica é útil para pesquisas exploratórias, e não tanto para as que pressuponham generalizações, sendo a amostragem um processo pelo qual um grupo de pessoas ou uma porção da população (amostra) é escolhida de maneira a representar uma população inteira.

A técnica de amostragem por conveniência ou acidental foi selecionada no sentido de garantir a representatividade da amostra, a qual, segundo Burns e Grove (2003) “*devido às suas características, pode substituir o conjunto da população alvo e deve ser representativa no que respeita às variáveis estudadas*” (cit. por Fortin, 2009, p. 313). A opção pela amostragem de conveniência permitiu-nos obter uma amostra constituída por indivíduos acessíveis nas unidades de saúde da ULS.

Relativamente ao processo de seleção da amostra, utilizaram-se estratégias que nos pareceram favoráveis ao desenvolvimento rigoroso desta fase. Tal como referido anteriormente, o programa informático “ostomizados” do SAPE incluía cerca de 270 utentes divididos pelas diferentes unidades de saúde de uma ULS da região norte, desde unidades de saúde familiar (USF), unidades de cuidados de saúde personalizados (UCSP) e unidade de cuidados de enfermagem (UCE). Foi proposta formação, no início do estudo, às equipas de enfermagem de cada uma destas unidades, em função da disponibilidade das mesmas. Neste processo foi possível incluir duas UCSP, uma UCE e cinco USF, ficando assim acessível um

grupo de 187 utentes ostomizados, de acordo com o parametrizado no SAPE. Esta fase foi determinante para o desenvolvimento da recolha de dados, uma vez que permitiu apresentar, junto das equipas de enfermagem, os objetivos do estudo e os critérios de inclusão e exclusão. Os momentos de formação serviram para que, junto de cada equipa, se apresentasse o manual de preenchimento do formulário e se desenvolvessem técnicas de treino de observação com a simulação de possíveis casos de aplicação do formulário. Neste momento, foi também disponibilizado o contacto do investigador, para facilitar atempadamente algum esclarecimento de dúvidas, o que contribuiu para um trabalho conjunto, caracterizado pelo dinamismo.

Na sequência desta fase inicial de apresentação e formação nas equipas de saúde, foram desenvolvidos alguns procedimentos para a seleção da amostra. Tendo em conta uma listagem de cerca de 187 utentes no programa “ostomizados”, considerando as unidades de saúde participantes, foram efetuados contactos telefónicos para os utentes passíveis de incluírem a amostra, no sentido de propor um contacto na sua unidade de saúde, de preferência coincidente com a data da consulta de enfermagem. Para além de ter sido um processo eficaz de agendamento de contactos, permitiu identificar casos de exclusão do estudo: utentes totalmente dependentes, utentes portadores de outro tipo de ostomia que não a intestinal, utentes já submetidos a reconstrução intestinal ou situações em que as pessoas já tinham falecido. Todos estes dados foram categorizados e disponibilizados às unidades em estudo para a atualização da sua base de dados.

Com esta estratégia de seleção da amostra, foi possível efetuar um primeiro contacto com cerca de 168 utentes (aproximadamente 90% da população acessível), dos quais foram selecionadas oitenta pessoas ostomizadas com critérios passíveis de inclusão na amostra, tendo todos estes posteriormente acedido à participação no estudo. Dos 168 contactos efetuados foram excluídos 88 utentes, pela presença de pelo menos um dos critérios supramencionados, encontrando-se estes dados organizados em documento anexo (Anexo 6).

2.3.2. Caracterização da Amostra

Consideramos importante, de forma resumida, descrever as características da amostra em estudo, sugerindo a análise dos seguintes quadros e gráficos para uma melhor compreensão dos resultados. Após a apresentação dos dados será apresentado um resumo das principais características da amostra.

Quadro 1 - Distribuição dos participantes no estudo, segundo o género, o estado civil e as habilitações literárias

	Frequência (N=80)	Percentagem (%)
Género		
Masculino	51	63,8
Feminino	29	36,3
Estado Civil		
Solteiro	9	11,3
Casado/União facta	52	65
Divorciado/Separado	6	7,5
Viúvo	13	16,3
Habilitações Literárias		
Não sabe ler nem escrever	3	3,8
Sabe ler e escrever (sem qualquer habilitação)	4	5,0
Com habilitações literárias	73	91,3

Pela análise do quadro 1 constatamos que, dos 80 ostomizados que participaram no estudo, 63,8% (n=51) eram do género masculino e 36,3% (n=29) eram do género feminino.

Conforme a distribuição da amostra apresentada no quadro acima, verificamos que a maioria dos ostomizados (65%) referia ser casado(a), sendo que as pessoas divorciadas/separadas se apresentaram em menor número na amostra (n=6).

No que respeita às habilitações literárias, 73 dos 80 participantes referiam ter habilitações literárias, enquanto 3,8% (n=3) dos ostomizados não sabia ler nem escrever.

Quadro 2 – Distribuição dos participantes, conforme a idade e os anos de escolaridade

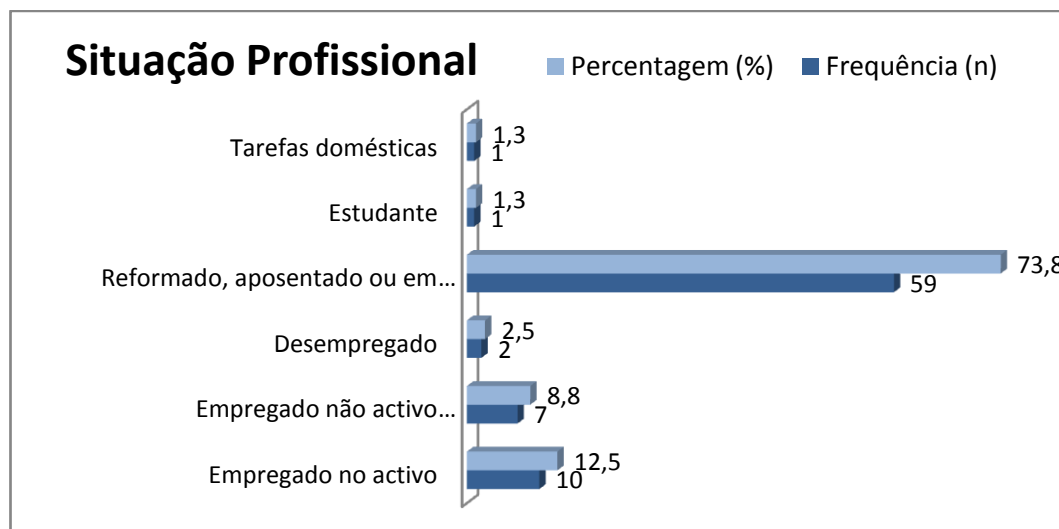
Variável	\bar{x}	Med	Mo	DP	Mín-Máx	Percentil		
						25	50	75
Idade (N =80)	61,3	63	72	14,4	18-91	57	63	72
Anos de escolaridade (n =73)	6,6	4	4	3,9	3-16	4	4	9

A idade média dos participantes foi 61,3 anos, sendo o valor da mediana 63 anos. As idades variaram entre os 18 e os 91 anos (A=73), tendo-se registado uma grande dispersão das idades dos participantes (DP=14,4).

Dos 73 participantes que referiram ter habilitações literárias, estes apresentavam uma média de escolaridade de 6,6 anos, sendo que 41,3% destas pessoas tinham quatro anos de escolaridade (Mo=4).

Analisando a variável relativa aos anos de escolaridade dos participantes, verificamos que 50% dos participantes tinha até quatro anos de escolaridade e 75% da amostra tinha até 9 anos de escolaridade. Das respostas obtidas constatamos que, no mínimo, os participantes tinham 3 anos de escolaridade e no máximo 16 anos.

Gráfico 1 – Distribuição da amostra, segundo a situação profissional (N =80)



Da análise do gráfico 1 é possível verificar que a maioria (73,8%) dos 80 participantes era reformado(a) (n=59), sendo que dos 17 ostomizados que referiram ter uma profissão (empregado não ativo, empregado ativo), apenas dez (12,5%) exerciam uma atividade laboral na altura do estudo.

Distribuição da amostra, conforme a profissão:

Relativamente à profissão, verificou-se que entre os 17 ostomizados que referiram ter uma profissão, ativa ou não ativa, no momento do estudo, há uma grande diversidade de profissões indicadas pelos participantes, tal como se apresenta em quadro anexo (Anexo 7). Vendedor(a) (n=4) foi a profissão que se repetiu mais entre os participantes no ativo (23,5%), enquanto a profissão de agricultor só foi referida por um participante (5,9%).

Quadro 3 – Distribuição da amostra, conforme o conhecimento dos participantes sobre o diagnóstico da cirurgia e sobre o tipo de diagnóstico associado

	Frequência (n)	Porcentagem (%)
Conhecimento sobre o diagnóstico da cirurgia (n=79)		
Não sabe responder	9	11,3
Sabe responder	70	87,5
Diagnóstico associado à cirurgia (n=70)		
Colite ulcerosa	2	2,9
Doença de Crohn	6	8,6
Doença inflamatória intestinal	1	1,4
Perfuração cólon	1	1,4
Tumor cólon	27	38,6
Tumor reto	33	47,1

Conforme a análise do quadro anteriormente apresentado, é possível verificar que entre as 79 respostas dadas, 70 pessoas (87,5%) sabiam o diagnóstico que esteve associado à criação cirúrgica da sua ostomia.

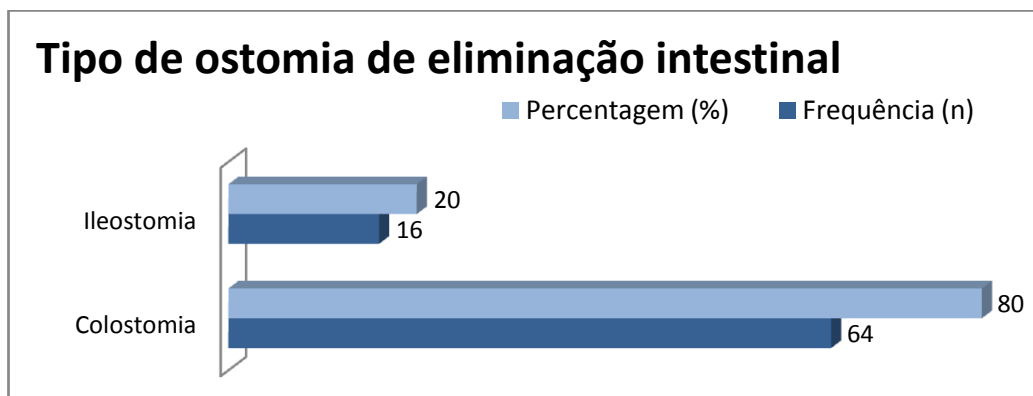
Das respostas obtidas por parte dos participantes que sabiam o diagnóstico associado à cirurgia, constata-se que as duas principais causas da criação de ostomia foram o tumor do reto (47,1%) e o tumor do cólon (38,6%). Em terceiro lugar, apesar de apresentar um número mais reduzido de respostas (n=6), surge a Doença de Crohn, como diagnóstico associado à cirurgia.

Quadro 4 – Distribuição da amostra, segundo o tempo de pós-operatório (meses)

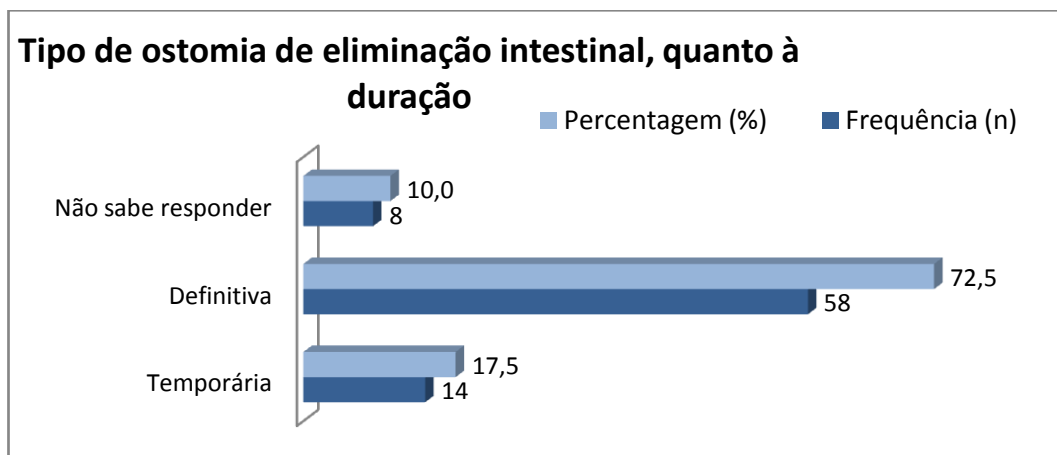
Variável	\bar{x}	Med	Mo	DP	Mín-Máx	Percentil		
						25	50	75
Período de pós-operatório (meses) (N=80)	61,7	35,5	36	91,4	2-384	10	36	69

Da análise do quadro 4 é possível conferir que no caso dos 80 participantes no momento do estudo, o tempo decorrido, em média, desde a cirurgia era de 61,7 meses (cerca de 5 anos), sendo que o período de 36 meses (3 anos) era o mais comum entre os ostomizados.

Das respostas obtidas, registamos que, no mínimo, a cirurgia tinha ocorrido há dois meses e no máximo há 384 meses (32 anos), confirmando uma grande disparidade no que respeita ao tempo de pós-operatório dentro da amostra (A=382; DP=91,4).

Gráfico 2 – Distribuição da amostra, segundo o tipo de ostomia (N =80)

Os dados referentes ao gráfico 2 evidenciam que a maioria dos participantes (80%) era portadora de uma colostomia, enquanto 16 pessoas eram ileostomizadas.

Gráfico 3 – Distribuição da amostra, segundo o tipo de ostomia, quanto à duração (N=80)

Da análise do gráfico 3, verifica-se que das 80 respostas obtidas, a maioria (72,5%) das pessoas era portadora de uma ostomia de eliminação intestinal definitiva, enquanto 14 pessoas eram portadoras de uma ostomia temporária. Entre os participantes, 10% (n=8) não sabia qual o tipo de ostomia que possuía, quanto à duração.

Quadro 5 – Distribuição dos participantes, segundo o contacto com pessoas ostomizadas, realização de consulta de estomaterapia e marcação do local de criação da ostomia, no pré-operatório

	Frequência (N=80)	Percentagem (%)
Contacto com pessoas ostomizadas		
Não	67	83,8
Sim	13	16,3
Participação na consulta de estomaterapia		
Não	69	86,3
Sim	11	13,8
Marcação do local de criação da ostomia		
Não	68	85
Sim	12	15

No quadro 5 são apresentados dados que levam à constatação de que a maioria dos ostomizados, no período pré-operatório, não contactou com pessoas ostomizadas (83,8%), não participou em qualquer consulta de estomaterapia (86,3%) nem foi sujeita à marcação do local de criação da ostomia (85%).

Quadro 6 – Distribuição dos participantes, conforme a presença de prestador de cuidados informal e do parentesco/afinidade com o cuidador informal

	Frequência (n)	Percentagem (%)
Prestador de cuidados informal (N=80)		
Não	59	73,8
Sim	21	26,3
Quem é o cuidador informal (n=21)		
Cônjuge	15	71,4
Filho(a)	5	23,8
Pai ou mãe	1	4,8

Segundo os dados apresentados no quadro anterior, a maioria dos ostomizados (73,8%) referiu que não tinha qualquer cuidador informal, enquanto 21 pessoas tinham a colaboração de um cuidador informal. Destes casos, a maioria (71,4%) dos cuidadores era o cônjuge do(a) ostomizado(a), enquanto 23,8% dos participantes respondeu que tinha como cuidador informal o(a) filho(a) e um dos ostomizados referiu ter a colaboração do pai/mãe, enquanto cuidador(a) informal.

No sentido de uma percepção clara das principais características da amostra em estudo, os resultados são apresentados de seguida, de forma resumida:

O grupo de participantes era constituído maioritariamente por homens, casados, com idade média de 61 anos e reformados. Dos 80 ostomizados em estudo, 73 referiram ter habilitações literárias, entre os quais uma média de escolaridade de 6,6 anos, sendo que 41,3% tinha quatro anos de escolaridade.

No conjunto dos participantes, a maioria era colostomizado de forma definitiva, tendo sido, em média, submetido à cirurgia de construção da ostomia há cinco anos. Maioritariamente as pessoas sabiam o diagnóstico associado à necessidade da criação da ostomia, sendo as principais causas o tumor do reto e do cólon.

A maioria dos ostomizados, no período pré-operatório, não contactou com pessoas ostomizadas, não participou em qualquer consulta de estomaterapia, nem foi sujeita à marcação do local de criação da ostomia. Relativamente às questões referentes ao cuidador informal, a maioria dos ostomizados (74%) referiu que não tinha qualquer cuidador informal, enquanto 21 pessoas tinham a colaboração de um cuidador, na maioria dos casos o seu cônjuge.

2.4. Considerações Éticas

Qualquer tipo de investigação, cujo objeto de estudo seja o ser humano, levanta questões éticas. Segundo Fortin (2009) a escolha do tema, o tipo de estudo, a seleção dos participantes, a forma de recolha e análise dos dados, são alguns dos elementos que podem interessar à ética. Na investigação não experimental, como é o caso deste estudo, a responsabilidade ética do investigador é muitas vezes limitada, mas a atenção é essencialmente sobre as questões da confidencialidade e privacidade.

Com base nos pressupostos anteriormente enunciados, e tendo em conta a fragilidade emocional e física que o ostomizado pode vivenciar, foram tidos em conta todos os aspetos considerados relevantes para assegurar o respeito pelos seus direitos da decisão livre e autónoma. Neste sentido, formalizou-se o pedido de autorização da realização do estudo, dirigido por carta ao presidente do Conselho

de Administração da ULS (Anexo 8). Neste pedido anexou-se documentos como a carta de explicação do estudo e a declaração do consentimento informado (Anexo 9); o projeto de investigação e o instrumento de recolha de dados, tendo este pedido sido posteriormente submetido para a Comissão de Ética da instituição. Ao investigador foi entregue o parecer positivo do pedido (Anexo 10), permitindo finalizar este processo conforme os princípios da declaração de Helsínquia, “*a qual estabelece regras éticas a implementar nos estabelecimentos de saúde e comissões de ética da investigação*” (Fortin, 2009, p. 184).

Foi também explicado ao utente que a sua participação seria de livre escolha, podendo abandonar o estudo se e quando o entendesse, sem que com isso houvesse qualquer prejuízo em futuros contactos com a instituição. O princípio da confidencialidade das informações e da privacidade foi respeitado na medida em que a gestão das informações pessoais foi assente na codificação dos formulários.

Pensa-se ter cumprido, desta forma, os pressupostos éticos relativos à investigação e prestados todos os esclarecimentos, para que as pessoas pudessem tomar uma decisão livre e informada relativamente à participação no estudo.

2.5. Estratégias Para Análise dos Dados

Para o tratamento estatístico dos dados foram utilizados procedimentos de natureza descritiva e inferencial, obtidos através do programa SPSS (*Statistical Package for Social Sciences*), versão 18 para o windows.

Ao nível da estatística descritiva são apresentados os parâmetros estatísticos considerados mais adequados, atendendo às variáveis em estudo. Dentro das medidas de tendência central surgem a média (\bar{x}), a moda (M_o) e a mediana (Med). São também utilizadas as medidas de dispersão como o desvio padrão (DP) e a amplitude (A), e os percentis como medidas de partição.

Relativamente à estatística inferencial, recorreu-se à utilização aos testes paramétricos, tendo sido apenas considerados os dados dos testes em que foi possível cumprir todos os pressupostos. Os testes de diferença usados foram o teste t para amostras independentes¹ (t) e o ANOVA² (F), enquanto o teste paramétrico de associação utilizado foi o coeficiente correlação de Pearson³ (r).

¹ Teste t - Objetivo: comparar as médias de 2 grupos (variável nominal)

² ANOVA – Objetivo: comparar as médias de 3 ou mais grupos (variável nominal)

³ Correlação de Pearson – Objetivo: analisar a associação entre 2 variáveis contínuas

Foi possível a utilização de estatística paramétrica pela possibilidade de cumprimento dos seus pressupostos, já que as variáveis da escala do tipo *likert* são contínuas, a amostra tinha um número de participantes superior a 30 e foi cumprida a homogeneidade de variância, comprovada pelo teste de Levene com $p > 0,05$ (Pestana et al., 2005). Segundo os mesmos autores, os valores de correlação em análise no estudo são expressos por um coeficiente (r) o qual permite classificar a correlação de negativa, ausente ou positiva, tal como descrito na tabela seguinte.

Tabela 2 – Classificação dos valores do coeficiente da correlação

Valor	-0,95	-0,60	-0,50	-0,20	-0,10	0	0,10	0,20	0,50	0,60	0,95
Corre lação	Negativa					Au- sente	Positiva				
	Muito forte	Forte	Mode rada	Fraca	Muito fraca		Muito fraca	Fraca	Mode rada	Forte	Muito forte

A Regressão Linear foi um modelo estatístico utilizado para prever o comportamento de uma variável quantitativa (dependente/critério) a partir de uma ou mais variáveis relevantes de natureza intervalar (independente/preditora). A qualidade do ajustamento pode ser determinada pelo parâmetro “ R^2 ajustado”, o qual mede a parte da variação da variável dependente que é explicado pela variável independente. Quanto mais elevado e próximo de 1 for o valor de R^2 , melhor.

A capacidade explicativa da variável preditora é apresentada pelos resultados do teste ANOVA (F) e sua significância estatística, bem como pelos valores dos coeficientes (β) e significância estatística do teste t (Pestana et al., 2005).

No que se refere à apresentação dos dados, de acordo com a utilização da estatística supramencionada, serão apenas apresentados os resultados com significância estatística ($p < 0,05$). Excecionalmente, poderá surgir a referência a algum dado sem significado estatístico caso seja relevante no contexto da análise inferencial dos resultados. 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 $p < 0,0001$.

Os dados serão apresentados em quadros, gráficos ou tabelas com o objetivo de facilitar a visualização e análise dos resultados.

CAPÍTULO III – APRESENTAÇÃO DOS RESULTADOS

Neste capítulo pretende-se apresentar os resultados obtidos com o desenvolvimento das duas fases do estudo em questão. Desta forma será apresentado o instrumento de avaliação construído, serão descritas as competências de autocuidado da amostra em estudo e descrita a relação entre as variáveis principais e secundárias.

3.1. O Instrumento de Avaliação da Competência de Autocuidado

No sentido de dar resposta à primeira questão da investigação: “Como avaliar o desenvolvimento da competência de autocuidado da pessoa com ostomia de eliminação intestinal?”, foi construído, durante o estudo 1, um formulário.

Determinado o que pretendíamos medir e munidas de indicadores válidos extraídos da nossa experiência profissional, da literatura na área, da NOC e do instrumento de Shumacher e colaboradores (2000), elaborámos um formulário, no qual se integrou numa primeira parte questões para a recolha de informação passível de caracterizar a pessoa sob o ponto de vista sociodemográfico. Numa segunda parte é apresentada uma escala do tipo de *likert* de três pontos, que permite avaliar o participante sob o ponto de vista da sua competência de autocuidado nos níveis: “1- demonstra totalmente”, “2- demonstra parcialmente” e “3- não demonstra”.

A natureza multidimensional da competência de autocuidado à ostomia determinou que identificássemos seis domínios (conhecimento, a auto-vigilância, a interpretação, a tomada de decisão, a execução e a negociação e utilização dos recursos de saúde), fazendo corresponder indicadores a cada um. Além da construção do instrumento, também elaborámos um manual do seu preenchimento, de forma a esclarecer e definir critérios de preenchimento, com o objetivo de uniformizar metodologias de formulação das questões e evitar o enviesamento dos

dados. Este documento é essencialmente um instrumento de consulta no contexto da aplicação do formulário, para esclarecer alguma dúvida, nomeadamente quando utilizado pelo(a) enfermeiro(a) que não o investigador.

Pretende-se que o instrumento de avaliação construído seja um contributo para a avaliação da competência de autocuidado da pessoa com ostomia de eliminação intestinal ao longo do seu processo de transição saúde/doença. Este instrumento de avaliação, a utilizar pelos enfermeiros, deverá ser aplicado desde a fase pré-operatória, durante a preparação do regresso a casa, e até um qualquer momento de contacto com a pessoa na comunidade. Com a aplicação deste instrumento, é possível a documentação dos aspetos em que a pessoa tem mais dificuldade em executar ou interpretar os procedimentos associadas ao autocuidado, sendo este diagnóstico determinante para definir as estratégias de intervenção, em termos de cuidados de enfermagem.

Consideramos que o primeiro objetivo do estudo foi cumprido com a construção de um instrumento de avaliação do desenvolvimento da competência de autocuidado da pessoa com ostomia de eliminação intestinal.

3.2. A Competência de Autocuidado da Pessoa Ostomizada

Pretende-se, nesta fase, apresentar os dados obtidos com a aplicação do instrumento de avaliação da competência de autocuidado da pessoa com ostomia de eliminação intestinal. Neste ponto, a exposição dos dados é exclusivamente dedicada à apresentação dos resultados referentes à aplicação da escala de *likert* (segunda parte do formulário). Com esta descrição consideramos cumprido o segundo objetivo do estudo, uma vez que é possível descrever a competência de autocuidado das pessoas ostomizadas, em estudo. As pessoas ostomizadas *demonstraram parcialmente* a competência de autocuidado, já que, de uma forma geral, não cumpriram todos os critérios definidores dos domínios da competência de autocuidado, mas cumpriram pelo menos um.

Para uma melhor compreensão dos resultados, faremos a descrição da competência de autocuidado, considerando os domínios: o conhecimento, a auto-vigilância, a interpretação, a tomada de decisão, a execução e a negociação e a utilização dos recursos de saúde.

Quadro 7 – Medidas de tendência central e de dispersão, de acordo com os domínios da competência de autocuidado

Domínios da competência de autocuidado (N =80)	Média (\bar{x})	Mediana (Med)	Moda (Mo)	Desvio Padrão (DP)	Mín-Máx	Percentil		
						25	50	75
Conhecimento	1,71	1,63	1,6	0,42	1-3	1,38	1,63	2
Auto-vigilância	1,87	1,88	1,4	0,52	1-3	1,38	1,88	2,13
Interpretação	2,03	2	2	0,46	1-3	1,75	2	2,25
Tomada de decisão	1,64	1,75	2	0,53	1-3	1	1,75	2
Execução	1,51	1,24	1,1	0,51	1-3	1,14	1,24	1,88
Negociação e utilização dos recursos	1,98	2	2	0,57	1-3	1,75	2	2,25
Todos os domínios	1,79	1,75	1,68	0,5	1-3	1,4	1,75	2,09

Pela análise dos domínios do *conhecimento*, *auto-vigilância*, *tomada de decisão*, *execução* e *negociação*, constata-se que na maioria deles a média das pontuações atribuídas situa-se entre as opções: “1- demonstra totalmente” e “2- demonstra parcialmente” ($1,51 < \bar{x} < 1,98$), com exceção do domínio da *interpretação* ($\bar{x}=2,03$), cujo valor da média já se situa no intervalo dos níveis: “2- demonstra parcialmente” e “3- não demonstra”.

Quando verificados os valores das modas, é possível depreender que nos domínios da *auto-vigilância* e *execução*, as respostas que mais se repetiram foram tendencialmente as da opção “demonstra totalmente”, enquanto nos restantes domínios as médias mais frequentes estão próximas da resposta “demonstra parcialmente”.

Da análise dos parâmetros dos percentis é possível depreender que de entre as opções selecionadas, 75% das mesmas nos domínios da *interpretação* e *negociação* foram as que atingiram médias superiores (2,25), aproximando-se mais da opção “não demonstra”.

Efetuada uma análise global dos resultados, verificamos que entre os participantes não há uma grande disparidade nas respostas dadas (DP=0,5), permitindo concluir que os ostomizados, em média, “demonstram parcialmente” as competências de autocuidado ($\bar{x} = 1,79$), tendo sido esta, em média, a opção mais vezes selecionada (Mo=1,68).

Quadro 8 - Medidas de tendência central e de dispersão, de acordo com os itens do domínio do conhecimento

Itens do domínio do conhecimento (N=80)	\bar{x}	Med	Mo	DP	Mín-Máx	Percentil		
						25	50	75
1. Refere o que é uma ostomia de eliminação intestinal.	1,75	2	2	0,44	1-2	1,25	2	2
2. Refere qual é a finalidade da ostomia de eliminação intestinal.	1,69	2	2	0,47	1-2	1	2	2
3. Refere as características da ostomia de eliminação intestinal.	1,94	2	2	0,58	1-3	2	2	2
4. Refere os sinais de complicação da ostomia de eliminação intestinal.	2,06	2	2	0,62	1-3	2	2	2
5. Refere quais os dispositivos necessários à ostomia.	1,49	1	1	0,6	1-3	2	2	2
6. Refere quando deve proceder à substituição do saco de ostomia.	1,31	1	1	0,52	1-3	1	1	2
7. Refere quando deve proceder à substituição da placa/penso de ostomia.	1,39	1	1	0,65	1-3	1	1	2
8. Refere quais os recursos disponíveis na comunidade à pessoa ostomizada.	2,05	2	2	0,59	1-3	2	2	2
9. Reconhece as suas necessidades na área do conhecimento sobre o cuidado à ostomia.	1,98	2	2	0,64	1-3	2	2	2

Relativamente ao domínio do *conhecimento*, cujos dados estão apresentados no quadro anterior, verificamos que as respostas aos itens foram predominantemente próximas de 2 “demonstra parcialmente” ($1,69 < \bar{x} < 2,06$), destacando-se, excepcionalmente, as questões 5 (*refere quais os dispositivos necessários à ostomia*), 6 (*refere quando deve proceder à substituição do saco de ostomia*) e 7 (*refere quando deve proceder à substituição da placa/penso de ostomia*), cujas médias das respostas estiveram mais próximas de 1 (demonstra totalmente), corroboradas com os respetivos valores da mediana e moda de 1.

Quadro 9 – Medidas de tendência central e de dispersão, de acordo com os itens do domínio da auto-vigilância

Itens do domínio da auto-vigilância	\bar{x}	Med	Mo	DP	Mín-Máx	Percentil		
						25	50	75
10. Observa a ostomia de eliminação intestinal. (n=80)	1,53	1	1	0,6	1-3	1	1	2
11. Identifica as características da ostomia de eliminação intestinal. (n=80)	1,8	2	2	0,7	1-3	1	2	2
12. Identifica as características das fezes. (n=80)	1,78	2	2	0,69	1-3	1	2	2
13. Identifica sinais de alteração das fezes. (n=80)	1,89	2	2	0,69	1-3	1	2	2
14. Identifica sinais de complicação da ostomia de eliminação intestinal. (n=80)	1,96	2	2	0,67	1-3	2	2	2
15. Atende à capacidade limite de preenchimento do saco de ostomia. (n=80)	1,36	1	1	0,51	1-3	1	1	2
16. Regista ocorrências significativas. (n=79)	2,7	3	3	0,59	1-3	3	3	3

O quadro 9 apresenta as questões referentes ao domínio da *auto-vigilância*, cujas médias de resposta se situam maioritariamente entre a opção 1 “demonstra totalmente” e 2 “demonstra parcialmente”, distinguindo-se apenas a questão 16

(registra ocorrências significativas), cuja média foi 2,7, mais próxima da opção 3- “não demonstra”. Neste item 16, a opção mais selecionada foi “não demonstra”, sendo que, nesta mesma questão, 25% das 79 respostas abrangiam já este opção, enquanto nas restantes questões do domínio, até 75% das respostas, apenas se tinham selecionado as opções: “1- demonstra totalmente” e “2- demonstra parcialmente”.

Quadro 10 - Medidas de tendência central e de dispersão, de acordo com os itens do domínio da interpretação

Itens do domínio da interpretação	\bar{x}	Med	Mo	DP	Mín-Máx	Percentil		
						25	50	75
17. Questiona detalhadamente com o objetivo de encontrar uma explicação. (n=80)	1,53	1	1	0,6	1-3	1	1	2
18. Refere quais as possíveis causas de complicações da ostomia de eliminação intestinal. (n=77)	2,23	2	2	0,55	1-3	1	2	2
19. Refere quais as possíveis causas de alteração das características das fezes. (n=77)	2,14	2	2	0,48	1-3	1	2	2
20. Reconhece que os resultados do autocuidado à ostomia influenciam o seu bem-estar.	2,09	2	2	0,49	1-3	1	2	2

No domínio da interpretação, verifica-se que as respostas se concentraram essencialmente entre as opções “demonstra parcialmente” e “não demonstra”, apresentando as médias mais altas das respostas dadas em todos os domínios ($2,09 < \bar{x} < 2,23$). A exceção é a questão 17 (*questiona detalhadamente com o objetivo de encontrar uma explicação*), que apresenta uma média de 1,53, situando-se as respostas entre “demonstra totalmente” e “demonstra parcialmente”.

Confirmando a análise anterior verifica-se, pelo valor da moda e mediana, que a “*verbalização das possíveis causas de complicações da ostomia de eliminação intestinal*”, a “*verbalização das possíveis causas de alteração das características das fezes*” e o “*reconhecimento de que os resultados do autocuidado à ostomia influenciam o bem-estar*”, se apresentam a um nível inferior “demonstra parcialmente” quando comparados com o item 17 cuja mediana=moda=1 que equivale ao nível “demonstra totalmente”.

Quadro 11 - 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=80)	\bar{x}	Med	Mo	DP	Mín-Máx	Percentil		
						25	50	75
21. Estabelece prioridades na tomada de decisão.	1,58	2	1	0,61	1-3	1	2	2
22. Reconhece as possíveis consequências das suas decisões.	1,63	2	2	0,58	1-3	1	2	2
23. Previne as complicações da ostomia.	1,63	2	2	0,58	1-3	1	2	2
24. Verbaliza o que fazer para minimizar as complicações da ostomia.	1,75	2	2	0,61	1-3	1	2	2

O quadro 11 evidencia uma distribuição uniforme das respostas aos itens deste domínio, sendo que as médias das respostas são muito próximas ($1,58 < \bar{x} < 1,75$).

Ao contrário das outras questões do domínio, cuja resposta mais frequente foi “demonstra parcialmente”, na questão 21 (*estabelece prioridades na tomada de decisão*), a opção mais vezes selecionada foi “demonstra totalmente”.

Quadro 12 - Medidas de tendência central e de dispersão, de acordo com os itens do domínio da execução

Itens do domínio da execução	\bar{x}	Med	Mo	DP	Mín-Máx	Percentil		
						25	50	75
25. Executa os procedimentos, atendendo ao seu conforto. (n=80)	1,33	1	1	0,55	1-3	1	1	2
26. Executa os procedimentos para que o resultado seja esteticamente agradável e funcional. (n=80)	1,43	1	1	0,63	1-3	1	1	2
27. Gere o tempo na execução de procedimentos para obter os melhores resultados. (n=79)	1,42	1	1	0,57	1-3	1	1	2
28. Organiza o material necessário para o cuidado à ostomia. (n=80)	1,44	1	1	0,71	1-3	1	1	2
29. Mede o tamanho da ostomia. (n=80)	1,56	1	1	0,69	1-3	1	1	2
30. Recorta a placa/penso de acordo com o tamanho da ostomia. (n=80)	1,54	1	1	0,69	1-3	1	1	2
31. Desadapta o saco da placa de ostomia (se dispositivo de 2 peças). (n=71)	1,41	1	1	0,67	1-3	1	1	2
32. Liberta os gases contidos no saco de ostomia. (n=79)	1,25	1	1	0,52	1-3	1	1	1
33. Descola a placa de ostomia. (n=80)	1,45	1	1	0,76	1-3	1	1	2
34. Limpa a ostomia de eliminação intestinal. (n=80)	1,45	1	1	0,71	1-3	1	1	2
35. Lava a pele periestomal. (n=80)	1,5	1	1	0,76	1-3	1	1	2
36. Seca a pele periestomal. (n=80)	1,51	1	1	0,76	1-3	1	1	2
37. Aplica protetores cutâneos. (n=80)	1,72	2	1	0,79	1-3	1	2	2
38. Cola a placa de ostomia. (n=80)	1,48	1	1	0,76	1-3	1	1	2
39. Adapta o saco de ostomia (se dispositivo de 2 peças). (n=69)	1,35	1	1	0,56	1-3	1	1	2
40. Confirma o ajuste do dispositivo. (n=80)	1,33	1	1	0,55	1-3	1	1	2
41. Realiza a técnica de irrigação intestinal. (n=64)	2,88	3	3	0,37	1-3	3	3	3

O domínio da execução é o que incorpora o maior número de questões, sendo que a resposta mais frequente foi “demonstra totalmente” ($Mo=1$), exceto na questão 41 em que opção mais vezes selecionada foi “não demonstra”.

Na questão (*realiza a técnica de irrigação intestinal*) a média das respostas foi 2,88, mais próxima que 3 “não demonstra”, ao contrário das outras questões que tiveram médias circunscritas entre 1 e 2 (demonstra totalmente e demonstra parcialmente).

O número de casos não aplicáveis registados nas questões 39 e 41, justifica-se uma vez que não era adequado, em alguns casos, colocar estas questões (*adapta o saco de ostomia (se sistema de 2 peças) e realiza a técnica de irrigação intestinal*). A primeira questão pode ser inadequada no caso das pessoas que usam um dispositivo de peça única e no outro caso porque os utentes ileostomizados não têm indicação para fazer irrigação intestinal e por isso não se adequa a aplicação desta questão.

Quadro 13 - Medidas de tendência central e de dispersão, de acordo com os itens do domínio da negociação e da utilização dos recursos de saúde

Itens do domínio da negociação e da utilização dos recursos de saúde	\bar{x}	Med	Mo	DP	Mín-Máx	Percentil		
						25	50	75
42. Negoceia os diferentes recursos disponíveis no apoio à pessoa ostomizada. (n=80)	2,06	2	2	0,54	1-3	2	2	2
43. Recorre aos serviços de saúde para esclarecimento de dúvidas e/ou aconselhamento. (n=80)	1,94	2	2	0,64	1-3	2	2	2
44. Recorre oportunamente aos serviços de saúde face a complicações da ostomia. (n=74)	1,99	2	2	0,67	1-3	2	2	2
45. Avalia o cuidado prestado pelos serviços de saúde. (n=80)	1,94	2	2	0,68	1-3	1	2	2

O domínio da negociação e utilização dos recursos, em análise no quadro 13, é o que apresenta, logo após o domínio da interpretação, as médias mais altas nas respostas registadas em todos os domínios ($1,94 < \bar{x} < 2,06$), tendo sido a resposta “demonstra parcialmente” a mais selecionada em todas as questões.

3.3. Relação entre as Variáveis em Estudo

No sentido de responder ao terceiro objetivo do estudo, é analisada a relação entre as variáveis de atributo/sociodemográficas, clínicas, de tratamento e os diferentes domínios da competência de autocuidado, sendo para tal colocadas

questões (Q.), cuja resposta é dada pela estatística inferencial. Desta forma é possível dizer que, na amostra em estudo, a competência de autocuidado da pessoa ostomizada varia de acordo com idade; habilitações literárias; anos de escolaridade; tipo de ostomia (quanto à duração); tipo de ostomia (quanto à localização); presença na consulta de estomaterapia, marcação do local da ostomia e contacto com ostomizados, no período do pré-operatório e presença de cuidador informal. Os dados que apresentamos de seguida discriminam a relação entre as variáveis, em cada um dos domínios da competência de autocuidado.

Q. 1 – VERIFICA-SE ASSOCIAÇÃO ENTRE A IDADE DOS PARTICIPANTES, OS ANOS DE ESCOLARIDADE, O TEMPO DECORRIDO DE PÓS-OPERATÓRIO (MESES) E OS DOMÍNIOS DA COMPETÊNCIA DE AUTOCUIDADO?

Tabela 3 – Análise da associação entre as variáveis idade, anos de escolaridade, tempo de pós-operatório e os domínios da escala

Variáveis	Pearson Correlation (r)					
	Conhecimento	Auto-vigilância	Interpretação	Tomada de decisão	Execução	Negociação
	r ^p					
Idade (n=80)	0,19 ^{ns}	0,24 [*]	0,19 ^{ns}	0,29 ^{**}	0,3 ^{**}	0,4 ^{***}
Anos escolaridade (n=73)	-0,43 ^{***}	-0,32 ^{**}	-0,3 [*]	-0,53 ^{***}	-0,33 ^{**}	-0,47 ^{***}
Pós-operatório (meses) (n=80)	-0,18 ^{ns}	-0,1 ^{ns}	-0,14 ^{ns}	-0,13 ^{ns}	-0,12 ^{ns}	0,1 ^{ns}
Nota: ns - diferença não significativa; * p<0,05 ; ** p<0,01 e *** p<0,0001;						N=80

Ao analisarmos a tabela 3 identificamos que relativamente à variável do tempo decorrido da cirurgia (pós-operatório em meses) não há qualquer associação com os domínios da escala.

No que respeita à associação, e de acordo com o coeficiente da correlação, entre a idade e os domínios da escala, constatamos a presença de uma correlação positiva fraca com os domínios da *auto-vigilância* ($r=0,24$; $p<0,05$), da *tomada de decisão* ($r=0,29$; $p<0,01$), da *execução* ($r=0,3$; $p<0,01$) e da *negociação* ($r=0,4$; $p<0,0001$). Apesar de fraca a correlação, é muito significativa a associação de que quanto mais idade tinha a pessoa inquirida, menos competência de autocuidado demonstrava no domínio da *negociação e utilização de recursos de saúde*.

Quando analisamos a associação entre os domínios da escala e os anos de escolaridade dos participantes verificamos que existe uma correlação negativa em todas as relações, variando a força da associação de acordo com o domínio da competência. A correlação é negativa fraca na associação entre os anos de escolaridade e o *conhecimento* ($r=-0,43$; $p<0,0001$), a *auto-vigilância* ($r=-0,32$; $p<0,01$), a *interpretação* ($r=-0,3$; $p<0,05$), a *execução* ($r=-0,33$; $p<0,01$) e a

negociação ($r=-0,47$; $p<0,0001$). Na associação entre os anos de escolaridade e a capacidade de *tomada de decisão* identifica-se uma correlação negativa moderada ($r= -0,53$; $p<0,0001$). No caso particular dos domínios do conhecimento, da *tomada de decisão* e da *negociação*, é muito significativa a correlação, no entanto em todos os domínios pode interpretar-se que os participantes com mais anos de escolaridade demonstraram melhor competência de autocuidado.

Q. 2 – HÁ DIFERENÇAS NA AQUISIÇÃO DE COMPETÊNCIAS DE AUTOCUIDADO, ATENDENDO AO ESTADO CIVIL?

Relativamente aos domínios da interpretação e execução, não é possível avaliar a diferença de médias uma vez que não são cumpridos os pressupostos do teste ANOVA One Way, nomeadamente pela não homogeneidade de variância.

Nos restantes casos de análise (*conhecimento, auto-vigilância, tomada de decisão e negociação*) não se verifica significância estatística no teste ANOVA One Way.

Q. 3 – HÁ DIFERENÇAS NA AQUISIÇÃO DE COMPETÊNCIAS DE AUTOCUIDADO, ATENDENDO ÀS HABILITAÇÕES LITERÁRIAS?

Tabela 4 – Análise da diferença de médias entre os domínios da escala e as habilitações literárias

Habilitações literárias	Não sabe ler nem escrever (n=3)	Sabe ler e escrever (sem habilitações literárias) (n=4)	Com habilitações literárias (n=73)	F (gl) ^P
Domínios	M (DP)			
Conhecimento	2,37 (0,12)	1,89 (0,6)	1,71 (0,39)	4,32 (2,79) *
Auto-vigilância	2,76 (0,08)	2,07 (0,75)	1,81 (0,49)	5,81 (2,79) **
Interpretação	2,83 (0,14)	2 (0,84)	1,99 (0,42)	5,3 (2,79) **
Tomada de decisão	2,58 (0,38)	1,5 (0,58)	1,61 (0,51)	5,48 (2,79) **
Execução	2,1 (0,33)	1,66 (0,53)	1,48 (0,5)	2,35 (2,79) ^{ns}
Negociação	2,67 (0,58)	2,06 (1,09)	1,95 (0,53)	----
Nota: ns - diferença não significativa; * $p<0,05$; ** $p<0,01$;				N=80

Quando analisada a tabela 4 verifica-se, através do teste ANOVA One Way, que os três grupos em análise (3 opções de seleção na variável habilitações literárias) apresentam diferenças significativas quanto ao *conhecimento* ($F(2,79)=4,32$; $p<0,05$), à *auto-vigilância* ($F(2,79)=5,81$; $p<0,01$), à *interpretação* ($F(2,79)=5,3$; $p<0,01$) e à *tomada de decisão* ($F(2,79)=5,48$; $p<0,01$).

No sentido de investigar onde se encontram as diferenças possíveis entre as médias das variáveis é usado o teste de comparação múltipla – teste *post hoc de*

Scheffé. As diferenças foram identificadas entre os participantes que não sabem ler nem escrever (n=3) e os participantes com habilitações literárias (n=73), respetivamente nos domínios do *conhecimento* (M=2,37; DP=0,13) e (M=1,71; DP=0,39); da *auto-vigilância* (M=2,76; DP=0,83) e (M=1,81; DP=0,49); e da *interpretação* (M=2,83; DP=0,14) e (M=1,99; DP=0,42). Assim, nestes domínios do autocuidado, as pessoas com habilitações literárias demonstraram mais competências, quando comparadas com os participantes que não sabiam ler nem escrever.

No domínio da *tomada de decisão* as diferenças encontraram-se, em simultâneo, entre os participantes que não sabiam ler nem escrever (M=2,58; DP=0,38) e os participantes que sabiam ler e escrever sem habilitações (n=4) (M=1,5; DP=0,58); e os participantes que não sabiam ler nem escrever (M=2,58; DP=0,38) e os participantes com habilitações literárias (M=1,61; DP=0,51). Desta análise verifica-se que o facto de não saberem ler nem escrever, as pessoas demonstram menos competência para tomar decisões relativas ao autocuidado.

Q. 4– HÁ DIFERENÇAS NA AQUISIÇÃO DE COMPETÊNCIAS DE AUTOCUIDADO ATENDENDO AO TIPO DE OSTOMIA (QUANTO À DURAÇÃO)?

Tabela 5 – Análise da diferença de médias entre os domínios da escala e o tipo de ostomia (quanto à duração)

Tipo de ostomia (duração)	Temporária (n=14)	Definitiva (n=58)	Não sabe responder (n=8)	F (gl) ^P
Domínios	M (DP)			
Conhecimento	1,65 (0,36)	1,73 (0,42)	1,96 (0,42)	1,46(2,77) ^{ns}
Auto-vigilância	1,7 (0,46)	1,84 (0,49)	2,27 (0,69)	3,31 (2,77) *
Interpretação	1,89 (0,38)	2 (0,45)	2,41 (0,55)	3,58 (2,77) *
Tomada de decisão	1,52 (0,4)	1,61 (0,5)	2,13 (0,74)	----
Execução	1,29 (0,25)	1,51 (0,52)	1,95 (0,55)	----
Negociação	1,77 (0,42)	1,96 (0,58)	2,54 (0,42)	5,4 (2,77) **
Nota: ns - diferença não significativa; * p<0,05 ; ** p<0,01;				N=80

Os resultados apresentados na tabela 5, revelam diferenças significativas entre os grupos em análise quanto à *auto-vigilância* (F(2,77)=3,31;p<0,05), à *interpretação* (F(2,77)=3,58;p<0,05) e à *negociação* (F(2,77)=5,4;p<0,01).

O teste *post hoc* de *Scheffé* foi utilizado para localizar as diferenças possíveis entre as médias das variáveis. Foram identificadas as diferenças entre os participantes com ostomias temporárias e os que não souberam responder, respetivamente nos domínios da *auto-vigilância* com (M=1,7;DP=0,46) e (M=2,27;DP=0,69) e da *interpretação* com (M=1,89;DP=0,38) e (M=2,41;DP=0,55).

Desta análise, infere-se que o sentido da relação é o de que os participantes que não sabem o tipo de ostomia que têm, quanto à duração, demonstram menos competências ao nível da *auto-vigilância* e *interpretação*, sendo esta relação, em termos de significado estatístico, significativa.

O domínio da *negociação e utilização de recursos* caracteriza-se pelas diferenças se situarem, em simultâneo, entre os participantes que não souberam responder (M=2,54;DP=0,42) e os participantes com ostomias temporárias (M=1,77;DP=0,42); e os participantes que não souberam responder (M=2,54;DP=0,42) e os participantes com ostomias definitivas com (M=1,96;DP=0,58). As inferências são idênticas à relação analisada anteriormente, mas neste caso, o significado estatístico da relação é moderadamente significativo.

Q. 5 – HÁ DIFERENÇAS NA AQUISIÇÃO DE COMPETÊNCIAS DE AUTOCUIDADO ATENDENDO À SITUAÇÃO PROFISSIONAL E AO TIPO DE CUIDADOR INFORMAL DA PESSOA OSTOMIZADA?

Não é possível verificar esta associação usando o teste ANOVA One Way, uma vez que não são cumpridos todos os pressupostos.

Q. 6 – HÁ DIFERENÇAS NA AQUISIÇÃO DE COMPETÊNCIAS DE AUTOCUIDADO, EM FUNÇÃO DA PRESENÇA DA PESSOA OSTOMIZADA NA CONSULTA DE ESTOMATERAPIA, MARCAÇÃO DA OSTOMIA E CONTACTO COM OUTRO(S) OSTOMIZADO(S), NO PRÉ-OPERATÓRIO?

Tabela 6 – Análise da diferença de médias entre os domínios da escala e a presença na consulta de estomaterapia, marcação do local da ostomia e contacto com ostomizados, no período do pré-operatório

Teste <i>t</i> de student	Presença na consulta estomaterapia no pré-operatório			Marcação do local de criação da ostomia no pré-operatório			Contacto com ostomizados no pré-operatório		
	Não (n=69)	Sim (n=11)	<i>t</i> (gl) ^p	Não (n=68)	Sim (n=12)	<i>t</i> (gl) ^p	Não (n=67)	Sim (n=13)	<i>t</i> (gl) ^p
Domínios	M (DP)			M (DP)			M (DP)		
Conhecimento	1,77 (0,42)	1,56 (0,38)	1,59 (78) ^{ns}	1,76 (0,42)	1,62 (0,37)	1,07 (78) ^{ns}	1,76 (0,41)	1,62 (0,43)	1,09 (78) ^{ns}
Auto-vigilância	1,91 (0,51)	1,53 (0,47)	2,97 (78) **	1,88 (0,53)	1,7 (0,47)	1,1 (78) ^{ns}	1,87 (0,53)	1,77 (0,51)	0,65 (78) ^{ns}
Interpretação	2,06 (0,48)	1,82 (0,3)	1,62 (78) ^{ns}	2,06 (0,49)	1,83 (0,16)	2,98 (78) **	2,04 (0,48)	1,96 (0,37)	0,54 (78) ^{ns}
Tomada de decisão	1,71 (0,53)	1,25 (0,4)	2,74 (78) **	1,7 (0,53)	1,31 (0,4)	2,4 (78) **	1,68 (0,53)	1,44 (0,51)	1,5 (78) ^{ns}
Execução	1,55 (0,54)	1,28 (0,16)	3,46 (78) **	1,55 (0,54)	1,28 (0,16)	3,43 (78) **	1,54 (0,54)	1,36 (0,27)	1,81 (78) *
Negociação	2,07 (0,55)	1,43 (0,39)	3,69 (78) ***	2,07 (0,56)	1,45 (0,35)	3,69 (78) ***	2,04 (0,57)	1,64 (0,46)	2,41 (78) *

Nota: ns - diferença não significativa; * p<0,05 ; ** p<0,01 e *** p<0,0001;

N=80

Da análise da tabela 6 depreende-se que há diferenças estatísticas significativas entre as pessoas que estiveram presentes e as que não estiveram presentes na consulta de estomaterapia no pré-operatório, quando comparadas as competências da *auto-vigilância*: $t(78)=2,97;p<0,01$, *tomada de decisão*: $t(78)=2,74;p<0,01$, *execução*: $t(78)=3,46;p<0,01$ e *negociação*: $t(78)=3,69;p<0,0001$. Em todos os domínios onde se verificam as diferenças significativas, constata-se que as médias relativas à aquisição de competências são sempre superiores no caso das pessoas que não estiveram presentes na consulta de estomaterapia no pré-operatório, significando menor competência no autocuidado. Ao mesmo tempo depreende-se desta diferença que a média das opções seleccionadas na escala estão próximas do ponto 2 “demonstra parcialmente”, no caso das pessoas que não estiveram presentes na consulta ($1,55<\bar{x}<2,07$), enquanto esta média é mais próxima de 1 “demonstra totalmente” no caso das pessoas que participaram na consulta de estomaterapia no pré-operatório ($1,25<\bar{x}<1,53$). De entre os domínios, em que se verificaram as diferenças apresentadas, é na *negociação* que a diferença é muito significativa.

No que respeita às diferenças encontradas entre a questão da marcação do local da ostomia e o nível das competências, estas verificam-se nos domínios da *interpretação*: $t(78)=2,98; p<0,01$, *tomada de decisão*: $t(78)=2,4; p<0,01$, *execução*: $t(78)=3,43; p<0,01$ e *negociação*: $t(78)=3,69;p<0,0001$, sendo neste último domínio uma diferença muito significativa. Tal como na análise feita anteriormente, neste caso, verifica-se que as médias das opções seleccionadas relativamente às competências de autocuidado adquiridas são sempre superiores nas pessoas que não foram submetidas à marcação do local da ostomia, no pré-operatório. Assim, depreende-se que a marcação do local de ostomia, no pré-operatório, pode ser um fator favorável à aquisição de competências de autocuidado.

Relativamente à variável referente ao contacto com pessoas ostomizadas no pré-operatório, verificam-se apenas diferenças significativas do domínio da *execução* ($t(78)=1,81;p<0,05$) e *negociação* ($t(78)=2,41;p<0,05$) quando comparadas as pessoas que contactaram com ostomizados no pré-operatório ($n=13$) e as que não tiveram esse contacto ($n=67$). A avaliação das competências de autocuidado demonstra que os participantes do estudo que contactaram com pessoas ostomizadas no pré-operatório apresentaram médias inferiores (melhor competência) nos domínios da *execução* e *negociação*, quando comparadas com os participantes que não tiveram contacto com ostomizados, apesar de desta diferença não ser sequer moderadamente significativa.

Q. 7 – HÁ DIFERENÇAS NA AQUISIÇÃO DE COMPETÊNCIAS DE AUTOCUIDADO, DE ACORDO COM O TIPO DE OSTOMIA (QUANTO À LOCALIZAÇÃO)?

Tabela 7 – Análise da diferença de médias entre os domínios da escala e o tipo de ostomia (quanto à localização)

Teste <i>t</i> de student	Tipo de ostomia		<i>t</i> (gl) ^P
	Colostomia (n=64)	Ileostomia (n=16)	
Domínios	M (DP)		
Conhecimento	1,77 (0,42)	1,63 (0,38)	1,23 (78) ^{ns}
Auto-vigilância	1,9 (0,52)	1,68 (0,5)	1,53 (78) ^{ns}
Interpretação	2,01 (0,48)	1,91 (0,38)	1,15 (78) ^{ns}
Tomada de decisão	1,67 (0,54)	1,55 (0,49)	0,81 (78) ^{ns}
Execução	1,57 (0,54)	1,29 (0,27)	2,94 (78) **
Negociação	2,06 (0,54)	1,66 (0,6)	2,63 (78) *
Nota: ns - diferença não significativa; * p<0,05 ; ** p<0,01;			N=80

Os resultados apresentados na tabela 7 evidenciam que há diferenças significativas entre as pessoas colostomizadas (n=64) e ileostomizadas (n=16) quando comparadas as competências de *execução*: $t(78)=2,94; p<0,01$ e *negociação*: $t(78)=2,63; p<0,05$. Nestas competências, verifica-se que os ileostomizados apresentam médias inferiores nos domínios estudados, quando comparados com as pessoas colostomizadas. Isto significa que as pessoas ileostomizadas da amostra, apesar de ligeiramente, apresentam melhor competência de autocuidado nos domínios da *execução* e *negociação e utilização de recursos*, quando comparadas com os colostomizados.

Q. 8 – HÁ DIFERENÇAS NA AQUISIÇÃO DE COMPETÊNCIAS DE AUTOCUIDADO, DE ACORDO COM A PRESENÇA OU AUSÊNCIA DE CUIDADOR INFORMAL DO OSTOMIZADO?

Tabela 8 – Análise da diferença de médias entre os domínios da escala e a presença de cuidador informal

Teste <i>t</i> de student	Cuidador Informal		<i>t</i> (gl) ^P
	Não (n=59)	Sim (n=21)	
Domínios	M (DP)		
Conhecimento	1,7 (0,38)	1,85 (0,49)	-1,39 (78) ^{ns}
Auto-vigilância	1,81 (0,52)	1,99 (0,52)	-1,34 (78) ^{ns}
Interpretação	1,95 (0,45)	2,23 (0,45)	-2,4 (78) *
Tomada de decisão	1,59 (0,5)	1,79 (0,61)	-1,43 (78) ^{ns}
Execução	1,37 (0,35)	1,91 (0,67)	-3,47 (78) **
Negociação	1,97 (0,53)	2,01 (0,69)	-0,22 (78) ^{ns}
Nota: ns - diferença não significativa; * p<0,05 ; ** p<0,01; N=80			

Os dados apresentados anteriormente, demonstram que as diferenças significativas entre as pessoas ostomizadas que referiram ter a colaboração de um

cuidador informal (n=21) e as que não tinham (n=59) foram ao nível dos domínios da *interpretação* $t(78)=-2,4;p<0,05$ e da *execução* $t(78)=-3,47;p<0,01$. Nestes domínios, onde se verificaram as diferenças significativas, constata-se que os ostomizados que referiram ter colaboração de um cuidador informal, apresentaram médias superiores, e por isso menor aquisição da competência de autocuidado neste domínio.

Q. 9 – HÁ DIFERENÇAS NA AQUISIÇÃO DE COMPETÊNCIAS DE AUTOCUIDADO DE ACORDO COM O GÊNERO?

Não se verificam diferenças estatisticamente significativas quando comparadas as médias nos domínios da escala atendendo ao género (utilização teste t de student).

Q. 10 – O CONHECIMENTO PODE EXPLICAR O COMPORTAMENTO DOS RESTANTES DOMÍNIOS DA ESCALA DE AVALIAÇÃO DAS COMPETÊNCIAS DE AUTOCUIDADO?

Tabela 9 – Análise da regressão linear entre o domínio do conhecimento e os restantes domínios da competência de autocuidado

Variável preditora	Variável Critério	R ² Ajustado	F (gl) ^P	β ^P
Conhecimento	Auto-vigilância	0,61	125,4 (1,78)***	0,79***
	Interpretação	0,56	100,6 (1,78)***	0,75***
	Tomada de decisão	0,41	55,6 (1,78)***	0,65***
	Execução	0,42	58 (1,78)***	0,65***
	Negociação	0,37	47,6 (1,78)***	0,62***
Nota: *** p<0,0001;				N=80

Pela análise da tabela 9, verifica-se que em todas as comparações feitas, o valor de “p” é muito significativo, e em todas elas se constata que o domínio do *conhecimento* explica o comportamento dos restantes domínios da escala em análise, existindo entre as variáveis uma associação forte ($0,62 < \beta < 0,79$).

A demonstração do domínio “conhecimento” da competência explica 61% dos valores da *auto-vigilância*, registando-se uma regressão linear entre as duas variáveis ($F(1,78)=125,4;p<0,0001$). O sentido desta última relação verifica-se de igual forma quando analisado o domínio da *interpretação* ($F(1,78)=100,6;p<0,0001$) cujos valores são explicados em 56% pelo conhecimento.

O conhecimento explica em 41% e 42% respetivamente a *tomada de decisão* ($F(1,78)=55,6;p<0,0001$) e a *execução* ($F(1,78)=58;p<0,0001$). Verificámos também que a *negociação* é o domínio menos explicado pelo conhecimento (37%) mantendo-se, no entanto, a regressão linear entre as variáveis ($F(1,78)=47,6;p<0,0001$) de forma muito significativa.

CAPÍTULO IV – DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

Neste capítulo serão analisados os resultados obtidos com o estudo sobre o desenvolvimento da competência de autocuidado da pessoa ostomizada. Inicialmente será feita uma apreciação ao instrumento de avaliação construído durante o estudo 1. Os resultados que emergiram da aplicação do instrumento serão postos à discussão, tanto do ponto de vista da análise global da competência de autocuidado apresentada pela amostra, como da sua relação com as variáveis secundárias.

Para além da análise dos resultados do estudo, propriamente ditos, serão tidas em consideração as reflexões que emergiram do processo de colheita de dados, nomeadamente das experiências nos contextos do estudo. É também levada a cabo uma análise às limitações do estudo, nomeadamente pela sua influência na avaliação e interpretação dos resultados. Antes de serem tecidas as considerações finais deste estudo, em forma de conclusão, são consideradas as possíveis implicações dos resultados, nomeadamente ao nível da prática de enfermagem e das futuras investigações, no domínio da pessoa com ostomia de eliminação intestinal.

4.1. O Instrumento de Avaliação

Perante a necessidade de analisar os resultados obtidos, face aos objetivos propostos, consideramos essencial tecer algumas considerações acerca do instrumento de medida utilizado para determinar todos os dados em análise. Antes de mais, consideramos que o primeiro objetivo do estudo foi cumprido, na medida em que foi elaborado um instrumento para a avaliação da competência de autocuidado da pessoa com ostomia de eliminação intestinal e foi possível descrever, em contexto comunitário, essa mesma competência numa amostra de 80 pessoas.

No que respeita ao processo de aplicação do instrumento, tanto por parte dos investigadores como pela opinião das equipas de enfermagem envolvidas no

estudo, o instrumento em causa não é exigente, do ponto de vista da sua utilização, e é pertinente face à necessidade de sistematização da avaliação deste tipo de competências. Relativamente aos participantes consideramos, segundo as suas opiniões, que a aplicação do instrumento não implicou qualquer prejuízo do ponto de vista emocional nem foi constrangedor, pela exigência de avaliação das suas competências de autocuidado.

Relativamente às propriedades do instrumento construído, consideramos que este mediou o que se pretendia medir e, apesar de não ser possível avançar para a sua validação, é de realçar a boa consistência interna verificada com a análise do coeficiente alfa de Cronbach. Uma visão tendencialmente mais clínica do que estatística dos resultados deste instrumento, levam-nos a considerar o quanto é importante a existência de uma ferramenta deste género, que permita a avaliação progressiva da pessoa ostomizada ao longo do seu processo de aprendizagem. Assumimos que a afirmação “a amostra em causa demonstra parcialmente a competência de autocuidado”, pode ser conotada de redutora, mas se percebermos este instrumento com aplicabilidade prática a cada indivíduo, faz sentido a sua utilização, pela possibilidade da sua particularização.

A sistematização da avaliação da competência de autocuidado da pessoa com ostomia de eliminação intestinal contribui para a definição rigorosa do diagnóstico e das intervenções de enfermagem, em função das necessidades educativas individuais. Esta metodologia favorece a continuidade dos cuidados, evitando perda de informação relativa ao processo de adaptação da pessoa ostomizada, com ganhos para a sua qualidade de vida. Face à escassez de instrumentos de avaliação, é premente investir na construção e validação destas ferramentas. Este estudo poderá impulsionar um carácter científico à avaliação da competência de autocuidado da pessoa com ostomia de eliminação intestinal.

4.2. A Competência de Autocuidado da Pessoa Ostomizada

Partindo da segunda questão de investigação: “Quais são as competências de autocuidado que a pessoa submetida à construção cirúrgica de uma ostomia de eliminação possui, em contexto comunitário?”, é possível referir que as pessoas ostomizadas, incluídas na amostra, demonstraram parcialmente a competência de autocuidado. A análise dos resultados deve ser feita de acordo com os domínios da competência, podendo parecer inadequado a avaliação da competência ser resumida a “demonstra parcialmente”. No entanto, com este resultado depreende-

se que o grupo de utentes inscrito nas unidades de saúde envolvidas no estudo, não demonstra, na sua totalidade, as competências de autocuidado eventualmente esperadas para o período de adaptação à condição de ostomizado. Analisando, em termos estatísticos as pontuações relativas a todos os domínios da escala, verificamos que estas recaíram, em média, entre as pontuações 1 (demonstra totalmente) e 2 (demonstra parcialmente). No entanto, só com a análise concreta dos resultados obtidos em cada domínio se poderão fazer algumas interpretações mais sustentadas.

Tal como descrito anteriormente, na globalidade da escala utilizada para avaliação da competência de autocuidado, a opção “2- demonstra parcialmente” foi a mais selecionada. Apesar desta constatação, há particularidades de cada domínio se analisarmos, especificamente, a posição da média das pontuações nos intervalos das opções da escala, ou seja entre 1 (demonstra totalmente) e 2 (demonstra parcialmente) ou entre 2 (demonstra parcialmente) e 3 (demonstra totalmente).

Relativamente aos domínios *conhecimento*, *auto-vigilância*, *tomada de decisão*, *execução* e *negociação e utilização de recursos de saúde*, verifica-se que a média das opções selecionadas se situa entre as opções 1 e 2, sendo de destacar que o domínio da *execução* é o que aproxima mais da opção “1- demonstra totalmente” e o domínio da *negociação e utilização de recursos de saúde* é o que se aproxima mais da opção “2- demonstra parcialmente”. Destes resultados depreende-se que os participantes, mais do que necessidades de aprendizagem ao nível da execução, necessitam de apoio nos domínios da competência mais direcionados para a fundamentação das decisões relativas ao autocuidado. Reiteramos esta consideração quando verificamos que no domínio da *interpretação*, as opções selecionadas concentraram-se essencialmente entre as opções “demonstra parcialmente” e “não demonstra”, apresentando as médias mais altas das respostas dadas em todos os domínios. Este resultado manifesta que entre os participantes se verificou que a maior dificuldade se prende com o domínio da *interpretação* do autocuidado, relacionado, entre outros aspetos, com a procura de explicações e com o conhecimento sobre as causas de alterações e complicações relacionadas com a ostomia e o seu cuidado.

Face aos resultados obtidos, poderemos inferir que a amostra manifesta em alguns domínios um bom nível de demonstração da competência de autocuidado, mas noutros domínios, os resultados surgem inferiores ao expectável, indicando necessidades de aprendizagem que devem ser um foco de atenção dos cuidados de enfermagem.

4.3. A Relação Entre as Variáveis em Estudo

Tendo em consideração o terceiro objetivo do estudo, cuja questão de investigação associada é: “*Quais são as competências de autocuidado que a pessoa submetida à construção cirúrgica de uma ostomia de eliminação possui, em contexto comunitário, de acordo com as variáveis de atributo, clínicas e de tratamento?*”, consideramos relevante fazer referência a alguns dos dados recolhidos pelas variáveis de atributo, clínicas e de tratamento e, ao mesmo tempo, analisar a sua relação com as variáveis principais.

Relativamente às características dos participantes foi interessante o contacto com um grupo de pessoas tão distintas no que respeita à idade, escolaridade, tempo de pós-operatório, necessariamente com diferentes vivências do processo de adaptação à doença. Contactámos com pessoas ostomizadas há poucos meses e com outras já ostomizadas há mais de 30 anos. Verificou-se uma grande dispersão de idades, sendo que a média de idades foi de cerca de 61 anos e a maioria das pessoas era reformada com uma escolaridade baixa. Face a estes dados caracterizadores tentamos perceber qual a sua relação com as competências de autocuidado.

No que respeita ao fator idade constatamos que, apesar de fraca, há uma correlação no sentido de que, quanto mais idade menos competências a pessoa apresenta ao nível da *auto-vigilância, tomada de decisão, execução e negociação de recursos*. Estes domínios abrangem tanto capacidades mais práticas como as que implicam capacidades cognitivas e de concentração. Podemos inferir que a idade pode ser um fator que determina a perda de capacidade de autocuidado, sendo um dos aspetos a considerar no processo de ensino-aprendizagem. No entanto, relembramos que McKenzie e colaboradores (2006) referem que o investimento de forma sistemática no acompanhamento do idoso no pós-operatório pode capacitá-lo nos cuidados básicos à ostomia. Estes dados sugerem-nos, independentemente da idade, mas considerando as particularidades dos idosos, que a preparação do regresso a casa após a alta hospitalar seja efetivado o mais precocemente possível e que o plano de continuidade dos cuidados na comunidade seja uma realidade.

Um dos aspetos que não conseguimos relacionar com as competências de autocuidado foi o do tempo de pós-operatório, uma vez que a utilização dos testes estatísticos não revelou diferenças significativas. Apesar da grande diferença de tempo (em meses) da condição de ostomizado nesta amostra, não foi possível

comprovar se a experiência, em tempo, implicava mais competências. Relativamente a este aspeto, com a análise de notas de campo, elaboradas durante a colheita de dados, serão desenvolvidas algumas considerações que nos fazem refletir sobre estas variáveis, uma vez que alguma da evidência científica atual nos sugere que o tempo é um preditor positivo da adaptação à nova condição (Richbourg et al. 2007 e RNAO, 2009), e por isso consideraríamos expectável uma melhor demonstração de competências de autocuidado.

Já no que respeita à escolaridade, confirma-se que, na amostra, quanto maior o grau de escolaridade mais capacidades são demonstradas pelas pessoas em todos os domínios do autocuidado, nomeadamente no da tomada de decisão. Pressupondo que as pessoas com mais anos de escolaridade terão mais capacidade cognitiva em apreender determinados conceitos teóricos, também no caso dos ostomizados terão mais facilidade em aplicar os seus conhecimentos nas questões práticas do autocuidado, tornando-se mais autónomos na tomada de decisão. Outros dados que sustentam estas considerações são as diferenças verificadas na amostra em estudo entre os participantes que não sabem ler nem escrever e os participantes com habilitações literárias, quando comparados os domínios do *conhecimento*, *auto-vigilância* e *interpretação*. Phaneuf (2005) refere que entre os fatores que determinam a capacidade de aprendizagem se destacam a motivação, as capacidades intelectuais da pessoa, a memória, o nível de instrução e o grau de compreensão. No mesmo sentido, nesta amostra verifica-se que as pessoas com habilitações literárias, quando comparadas com as que não sabem ler nem escrever demonstram mais competências nos domínios referidos.

Ainda na tentativa de relacionar as variáveis de atributo com os domínios da competência de autocuidado, não se verificou significância estatística na aquisição de competências quando comparadas as pessoas quanto ao género, estado civil e à situação profissional. Relembramos um estudo de Simmons e colaboradores (2007) com colostomizados, o qual pretendia avaliar a auto-eficácia no cuidado à ostomia, não tendo sido o género um fator com significado estatístico, apesar de podermos considerar, talvez abusivamente, que da nossa experiência poderão existir algumas especificadas entre homens e mulheres na execução do autocuidado, por exemplo nas questões estéticas do cuidado.

Relativamente à identificação da realização de procedimentos no pré-operatório, incluída na primeira parte do formulário, nomeadamente a presença do participante no estudo na consulta de estomaterapia, realização da marcação do local da ostomia e o contacto prévio com pessoas ostomizadas, é importante salientar os resultados encontrados. Constatam-se, por exemplo, diferenças significativas nos domínios da *auto-vigilância*, *tomada de decisão*, *execução* e

negociação de recursos, quando comparadas as pessoas que participaram e as que não participaram na consulta no pré-operatório. No caso das diferenças identificadas, verifica-se que as pessoas que foram sujeitas aos procedimentos supramencionados, apresentam uma média inferior das opções selecionadas e por isso um nível superior de demonstração de competências de autocuidado, quando comparadas com os restantes participantes. A literatura já mencionada corrobora estes dados quando sugere que a consulta no pré-operatório ou qualquer estratégia de ensino nesta fase promove, a curto prazo, a aquisição de habilidades na gestão da ostomia, e a longo prazo a adaptação adequada à condição de ostomizado (Mendonça et al., 2007 e RNAO, 2009). No que respeita às diferenças encontradas entre a questão da marcação do local da ostomia e o nível das competências, verifica-se que nos domínios da *interpretação, tomada de decisão, execução e negociação de recursos*, as pessoas submetidas à marcação do local da ostomia no pré-operatório apresentam melhor nível de competências de autocuidado. As vantagens deste procedimento no pré-operatório são relatadas na evidência científica, na medida em que é assumido como um dos parâmetros a ser realizado no âmbito da consulta Borwell (2009b), podendo este diminuir a probabilidade do aparecimento de complicações no pós-operatório (RNAO, 2009). A questão do contacto prévio com ostomizados foi uma das opções incluídas no formulário, na tentativa de perceber qual a sua influência nas competências demonstradas. Verificou-se que este contacto induz uma melhor prestação da pessoa nos domínios da *execução e negociação de recursos*. Apesar de não conseguirmos aceder a resultados de investigação nesta área, consideramos ser possível fazer algumas interpretações. Uma pessoa com um conhecimento prévio da experiência de outro ostomizado terá mais facilidade em adquirir as capacidades mínimas para o autocuidado e estar mais desperta para as questões da utilização e negociação dos recursos na comunidade. Neste aspeto também poderá ser discutido o papel do voluntariado que em algumas instituições passa pela partilha de experiências entre os utentes e pessoas já ostomizadas. Não é possível, com os dados recolhidos, fazermos qualquer inferência a este nível, mas consideramos que este contacto deverá ser uma opção do utente e deve ser evitado no momento que antecede a cirurgia, como na véspera, porque certamente o utente estará focalizado no ato cirúrgico e na doença.

Algumas das nossas experiências profissionais levam-nos a considerar que, no caso das pessoas colostomizadas, é expectável uma melhor capacidade de adaptação à nova condição, pelas particularidades no cuidado à ostomia, essencialmente pelas características do efluente. No grupo em estudo, a maior parte das pessoas é colostomizada, verificando-se diferenças significativas entre

estas e as pessoas ileostomizadas, nos domínios da execução e negociação de recursos, mas não de acordo com as nossas expectativas. Com a análise dos dados, verificamos que no caso das pessoas colostomizadas, o nível de competências de autocuidado, nos domínios da *execução* e *negociação* é ligeiramente inferior quando comparado com o grupo de ileostomizados. Na tentativa de justificar estes resultados, percebendo que alguns dos ileostomizados participantes eram jovens com doença de Crohn, efetuámos a correlação entre o tipo de ostomia e as variáveis “idade”, “habilitações literárias” e “anos de escolaridade”, não se verificando, no entanto, diferenças significativas. Estes resultados, divergentes de algumas das nossas perceções, foram curiosamente analisados num estudo de Richbourg e colaboradores (2007). Os autores esperavam encontrar mais diferenças entre as pessoas colostomizadas e ileostomizadas, no contexto de uma investigação, com o objetivo de avaliar as dificuldades sentidas no pós-operatório, não tendo sido significativas as diferenças quando comparados os dois grupos. Estes resultados devem suscitar a valorização da questão da individualidade, ou seja, no que respeita à aquisição de competências cada caso é único, independentemente do tipo de ostomia (quanto à localização). Podemos também associar a questão de que o “hábito” ou a experiência da pessoa ostomizada pode atenuar algumas das diferenças que podem, eventualmente, ser encontradas numa fase inicial de adaptação entre os utentes colostomizados e ileostomizados

Já quando analisamos a questão do tipo de ostomia, quanto à duração, verificam-se diferenças nos domínios da *auto-vigilância*, da *interpretação* e da *negociação de recursos* no caso das pessoas ostomizadas de forma temporária ou definitiva. No conjunto destes domínios, as diferenças podem ser identificadas entre as opções de resposta “temporária e não sabe responder” e “definitiva e não sabe responder”, não havendo diferenças encontradas entre as respostas “temporária e definitiva”. Esta é uma questão que nos leva a refletir que cada caso deve ser avaliado individualmente, não se supondo uma abordagem generalizada em que se assume que poderá haver maior ou menor capacidade de aquisição de competências de autocuidado entre as pessoas que preveem ser ostomizadas de forma temporária ou definitiva.

A opção de resposta “não sabe responder”, associada à questão relativa ao conhecimento sobre o tipo de ostomia (quanto à duração) foi incluída no formulário no sentido de perceber, primeiro em termos estatísticos, se haveria um número significativo de casos que indicassem a falta de conhecimento a este nível e, por outro lado, avaliar a influência deste desconhecimento nas competências de autocuidado. Verificaram-se apenas oito casos em que foi selecionada a opção

“não sabe responder” mas é curioso que, pela análise da tabela 5 verifica-se que nestas situações, comparando com as pessoas que souberam responder, o nível de competências demonstrado em todos os domínios foi mais fraco. Pode-se colocar a questão de que se as pessoas que não sabem qual o tipo de ostomia que possuem, em termos de duração, poderão ser as que por desconhecimento ou desmotivação estão menos envolvidas no autocuidado?

Uma das outras variáveis em estudo foi a presença de um cuidador informal na assistência ao cuidado à ostomia, verificando-se que dos 80 participantes a maior parte referiu não ter cuidador informal. Quando analisadas as diferenças entre estes dois grupos, verifica-se que estas são ao nível da *interpretação* e *execução*, demonstrando as pessoas com cuidador informal menos competência de autocuidado que os restantes. Supomos que, nestes casos, a assistência do cuidador se justifique pelas limitações práticas de execução do ostomizado e por outro lado, a substituição ou assistência dada possa influenciar negativamente a envolvimento da pessoa ostomizada no autocuidado. Esta dedução surge pelos resultados apresentados que indicam que, no domínio da interpretação do autocuidado, as pessoas que têm cuidador, têm menos competências na ação de *“questionar detalhadamente com o objetivo de encontrar uma explicação”*; referir *“quais as possíveis causas de complicações das fezes e da ostomia de eliminação intestinal”* e *“reconhecer que os resultados do autocuidado à ostomia influenciam o seu bem-estar”*. De entre as respostas afirmativas da presença de cuidador informal, não foi possível constatar, pelos testes estatísticos, diferenças na aquisição de competências, quando comparadas as pessoas com diferentes tipos de cuidadores informais mencionados (cônjuges, filhos, pais).

Quando analisada a relação preditora do domínio do conhecimento sobre os restantes domínios da competência de autocuidado, verificou-se, através do teste da regressão linear, uma relação significativamente estatística. Estes resultados permitem-nos inferir que, nesta amostra, o domínio do conhecimento explica o comportamento dos restantes domínios no contexto da avaliação da competência de autocuidado. Estes dados aproximam-se de muitas das nossas perceções profissionais e da revisão bibliográfica desenvolvida neste estudo, que expressam a influência que o conhecimento da pessoa sobre o autocuidado tem sobre o exercício do seu papel de ostomizado. Segundo RNAO (2009) é uma evidência a necessidade de ser disponibilizada aos utentes e suas famílias o ensino em contexto pré-operatório. Esta recomendação fundamenta-se em dados de que o ensino nesta área promove a curto prazo a aquisição de habilidades na gestão da ostomia, e a longo prazo a adaptação adequada à condição de ostomizado. Antes de qualquer tipo de exigência que se possa fazer ao utente, no contexto da

aquisição de competências, deve ser considerada a motivação para tal, podendo a educação, segundo Lo (2006) contribuir para a diminuição da ansiedade do utente e para a potencialização da adesão ao regime terapêutico. Para além das questões emocionais, um estudo realizado por Wu e colaboradores (2007) constata que intervenções específicas de educação podem melhorar a auto-eficácia e qualidade de vida em utentes ostomizados. Com este tipo de evidências validamos, junto desta amostra, o quanto é determinante capacitar o utente no seu novo papel, sendo a intervenção de enfermagem privilegiada para tal. No contexto comunitário e, considerando que durante o internamento hospitalar o utente não tenha tempo para se adaptar à nova condição, a aprendizagem precoce de conhecimentos e de habilidades para o autocuidado é essencial (Williams, 2007; Black, 2009; Bradshaw et al., 2008).

A relação preditora em causa é nomeadamente visível quando verificámos que o conhecimento explica respetivamente 61% e 56% dos resultados da avaliação da *auto-vigilância* e da *interpretação*. Não desvalorizando os dados que refletem que os resultados da *tomada de decisão* são explicados em 41% pelo *conhecimento*, esperaríamos, no entanto, que a relação com a *tomada de decisão* fosse mais evidente. Esta expectativa justifica-se pelo contributo da teoria das transições que evidencia que o ostomizado que é capaz de integrar no autocuidado a segurança e o rigor promove para si mesmo sentimentos positivos de autoestima que contribuem para a autonomia no autocuidado. Resultados mais “discretos” neste estudo podem manifestar alguma postura passiva face ao autocuidado, quando avaliadas as características definidoras do domínio da tomada de decisão: “*estabelecimento de prioridades na tomada de decisão*”; “*reconhecimento das possíveis consequências das suas decisões*”; “*prevenção das complicações da ostomia*” e “*verbalização do que fazer para minimizar as complicações da ostomia*”.

Ainda relativamente à relação preditora do *conhecimento* em análise, surge a relação identificada entre o *conhecimento* e os resultados da *execução* e *negociação* em que estes dois domínios são explicados respetivamente em 42% e 37% pelo conhecimento. Relativamente ao parâmetro da *execução* interpretamos que, pela sua componente essencialmente prática, não possa o conhecimento explicar em grande parte este domínio. Uma pessoa pode verbalizar os conhecimentos essenciais mas, por limitações físicas ou destreza manual inadequada, não ser totalmente competente na execução dos procedimentos referentes ao autocuidado. No entanto, os dados evidenciam a importância da componente do conhecimento que deve sempre fundamentar as questões práticas da execução de procedimentos. Os resultados relativos ao domínio da *negociação e utilização de recursos de saúde* são os menos explicados pelo *conhecimento*,

podendo este dado contribuir para a reflexão acerca da acessibilidade e utilização dos recursos na comunidade. A avaliação deste domínio pressupunha conhecer de que forma a pessoa ostomizada utilizava e negociava os recursos disponíveis na medida em que: *“negociava os serviços adequados da comunidade para adquirir o material necessário ao cuidado da ostomia”*; *“recorria aos serviços de saúde para esclarecimento de dúvidas e/ou aconselhamento”*; *“recorria oportunamente aos serviços de saúde face a complicações da ostomia”* e *“avaliava o cuidado prestado pelos serviços de saúde”*. Neste sentido, a nossa análise leva-nos a questionar se as pessoas são devidamente informadas sobre os recursos disponíveis? Os ostomizados são informados sobre qual o momento e local adequado para utilizar os recursos? Há a consciência por parte do utente da importância em avaliar os cuidados de saúde que lhe são prestados?

4.4. Reflexões que Emergem da Avaliação de Competências

A aplicação do instrumento de medida, em causa neste estudo, como admitimos que aconteça noutros contextos, não se limita a um mero processo de perguntas e respostas. Todos os contactos que estabelecemos foram também momentos de eleição para ouvir histórias de vida que nos ajudam a enquadrar as competências de autocuidado com os diversos fatores pessoais, culturais e socioeconómicos tão presentes no discurso dos ostomizados. Neste sentido consideramos relevante explorar domínios indissociáveis da aquisição de competências de autocuidado, cuja discussão é motivada pelos resultados e notas de campo dos contextos do estudo: necessidades sentidas e expressas pelo utente, a sua participação passiva nas dinâmicas do autocuidado e a importância da formação dos profissionais de saúde.

4.4.1. Necessidades Sentidas, Necessidades Expressas

Quando, durante a aplicação dos formulários, os utentes eram questionados sobre as suas principais dificuldades, era muito comum o sentimento expresso de que não existiam dificuldades. Considerando que, em média, os utentes

participantes tinham já sido operados há cerca de cinco anos, este poderá ser um fator corroborante para a menor probabilidade da existência de problemas ou para a sua desvalorização. É reconhecido que o tempo é um fator atenuante das dificuldades associadas à adaptação, defendendo por isso Pringle e colaboradores (2001) que o acompanhamento seja mais rigoroso no primeiro ano pós-operatório, pela maior probabilidade de incidência de complicações da ostomia e de sintomas físicos. No entanto, em alguns contactos identificámos processos de transição não ajustados, não havendo por parte dos utentes essa percepção.

A referência às dificuldades no processo de adaptação foi inferida do discurso dos ostomizados. Estas referem-se essencialmente à inadequada utilização dos dispositivos e acessórios do cuidado à ostomia, das restrições excessivas nos hábitos de vida após a construção da ostomia e na postura de dependência dos profissionais de saúde na tomada de decisão para o autocuidado.

Quando no enquadramento teórico explorámos a importância da intervenção precoce junto das pessoas ostomizadas, percebemos que a pessoa, conhecendo as implicações da sua nova condição, será mais fácil a percepção das dificuldades e possivelmente mais adequada e atempada a utilização de recursos na comunidade. Pelos discursos dos nossos participantes foi visível que ao longo do processo de aquisição de competências, de uma forma geral, as dificuldades foram geridas não pelo acesso precoce aos serviços de saúde, mas por métodos de tentativa-erro em contexto domiciliário (formulários c.14, c.33, c.43, c.57 e c.70). As considerações referidas anteriormente foram em parte confirmadas pelos utentes quando nos descreviam a forma como lidavam com as dificuldades de adaptação ao material da ostomia. Não conscientes da necessidade gradual de ajustamento do material face às alterações iniciais da ostomia, foi possível registar testemunhos que evidenciavam as dificuldades sentidas. As modificações das características da ostomia, esperadas numa fase inicial do pós-operatório, não foram acompanhadas pela adequação do material e acessórios, verificando-se em muitos casos utilização de artefactos construídos pelos utentes, como cordas, adesivos e toalhas, para compensar algumas falhas dos dispositivos (formulários c.5, c.41 e c.60). Pelas descrições expostas, consideramos que, em muitos dos casos, o défice de conhecimentos na área do cuidado à ostomia leva as pessoas a precipitarem-se em “medidas caseiras”, sendo tardio o recurso à ajuda especializada, já com agravamento das complicações.

Não indissociável da inadequada utilização dos recursos na comunidade poderá colocar-se a questão se estes mesmos recursos são acessíveis aos ostomizados. Na ULS em causa no estudo existe no hospital uma consulta disponível para atender as pessoas ostomizadas no pós-operatório, sendo

necessário o encaminhamento do utente, por parte do serviço de internamento onde decorreu a cirurgia ou da equipa de saúde dos cuidados de saúde primários. Durante este estudo, apesar de não ser contemplado no instrumento, foi possível recolher alguns testemunhos de utentes que desconheciam completamente a existência deste recurso. Foi também verbalizado que, perante complicações, os utentes optavam por se dirigir muitas vezes ao serviço de urgência hospitalar, considerando que as unidades de saúde da comunidade nem sempre tinham capacidades para o apoio necessário (formulários c.14, c.30, c.40, c.53, c.57). Levanta-se aqui a questão da possível necessidade de formação dos profissionais de saúde.

A interpretação é uma das competências determinantes para que o processo de adaptação seja caracterizado pela capacidade de o utente decidir autonomamente e baseado em conhecimentos face às exigências do autocuidado. Os discursos registados, paralelamente à aplicação dos formulários, levam-nos a considerar que, nomeadamente as pessoas mais velhas, independentemente do rigor da execução do autocuidado, nem sempre conhecem quais os sinais e sintomas de complicações e que possíveis causas podem justificar as alterações da ostomia ou pele periestomal (formulários c.14, c.41, c.55 e c.59).

A questão levantada anteriormente poderia pressupor a existência, nesses casos, de um maior número de complicações, mas não foi possível estabelecer essa correlação, uma vez que também não era um dos propósitos do instrumento de avaliação. Apesar de não ter existido um registo sistemático destes comportamentos foi perceptível que em geral a pessoa ostomizada com o prolongamento do período pós-operatório, vai desvalorizando as principais dificuldades sentidas numa fase inicial da adaptação e vai-se acomodando a um conjunto de rotinas de autocuidado. Esta acomodação foi acompanhada, em muitos casos, por alterações radicais dos estilos de vida, nomeadamente hábitos alimentares, reforma precoce e diminuição significativa dos contactos sociais e familiares com implicações consequentes na qualidade de vida da pessoa.

4.4.2 Participação Passiva da Pessoa Ostomizada

A avaliação das competências ao nível da *auto-vigilância*, *interpretação e negociação* levou-nos a resultados que indicam que a maior parte das pessoas possui os conhecimentos que são apreendidos numa fase inicial do pós-operatório, denotando-se um fraco ajustamento dos cuidados à medida que as características

da ostomia e da própria condição se vão alterando. Consideramos que as habilitações académicas diminutas dos utentes podem ser um determinante para uma postura de alguma passividade e comodismo face à necessidade constante de procura em saber mais e fundamentar as decisões a tomar. Consequentemente, apercebemo-nos que a tomada de decisão face a alguma situação que implique uma mudança ou ajustamento, acaba por depender da iniciativa dos profissionais de saúde, nem sempre com o resultado esperado, gerada pela participação passiva do utente.

Um dos exemplos das considerações registadas anteriormente remete-nos para um dos indicadores da competência da execução que é a irrigação intestinal. Constatamos que apesar da maioria das pessoas ser colostomizada e, pelo que foi possível identificar, sem contraindicações relevantes, foi reduzido o número de participantes que referiram executar esta técnica. A técnica de irrigação intestinal é o método de eleição para garantir a continência intestinal e consequente diminuição de repercussões da presença da ostomia nas atividades de vida diária. Muitos dos ostomizados relataram-nos que evitavam o contacto social e mesmo familiar pelos constrangimentos associados aos ruídos e odor do peristaltismo intestinal. Quando questionados sobre o interesse de aprenderem esta técnica, poucos se mostraram interessados, alegando que isso implicaria novas rotinas e mudanças não desejáveis (formulários c.5, c.17, c.28, c.40 e c.57).

A irrigação é uma técnica ou procedimento que permite o controlo da eliminação intestinal por um período entre 24 e 72 horas, de acordo com o peristaltismo, os hábitos alimentares e exercício físico do utente. A irrigação quando utilizada como forma de conseguir a continência, tem como finalidade estabelecer um hábito intestinal regular, reduzir gases, odores e ruídos, diminuir a frequência do uso de dispositivos coletores, diminuir o aparecimento de lesões cutâneas, minimizar custos financeiros, contribuindo em certa forma para a melhoria da qualidade de vida da pessoa que a pratica (Costa et al., 2004 e Varma, 2009).

A irrigação é um método seguro, fácil, económico e gerador de bons resultados, com reais vantagens no processo de reintegração familiar e sócio-laboral, sendo segundo Cesaretti e colaboradores (2005, cit. por Silva, 2008) uma técnica com uma eficácia média entre 60% a 100%, de acordo com estudos que avaliam a regularização intestinal com o uso desta prática. As vantagens da utilização da técnica de irrigação não se limitam ao controlo da eliminação fecal, elas têm interferência na satisfação do colostomizado, na melhoria e ajustamento emocional, social e financeiro. A sua utilização permite que a pessoa, caso deseje e se sinta segura, prescindir do uso de dispositivos coletores, evitando desta forma as

possíveis dificuldades de aquisição, reembolso, higiene e irritação cutânea (Karadag et al., 2005, cit. por RNAO, 2009).

Os enfermeiros podem também colocar a técnica de irrigação como uma intervenção possível para o controlo das complicações associadas à maceração periestomal, sendo essencial considerar também todas as vantagens já enunciadas. Apesar destes pressupostos, foi visível ao longo do estudo que para além de alguma passividade demonstrada pelos utentes a este nível, existe alguma relutância por parte dos enfermeiros. Segundo Richbourg e colaboradores (2007) e de acordo com testemunhos de enfermeiros, as principais razões que os mesmos apresentam para não desenvolverem este tipo de ensino incluem a idade avançada ou dificuldades cognitivas dos utentes e a falta de condições físicas na unidade de saúde para realizar o procedimento.

Segundo a nossa perceção e face a algumas manifestações recolhidas nos contextos do estudo há, para além das razões apresentadas, um reconhecimento por parte dos enfermeiros da insegurança sentida nesta área e a conseqüente necessidade de formação. A literatura sugere que entre os profissionais de saúde que contactam com ostomizados seja desenvolvida formação para melhorar os conhecimentos sobre a técnica da irrigação, anular mitos que envolvem esta temática e conhecer as vantagens que ela pode oferecer à pessoa ostomizada (Varma, 2009).

4.4.3. Formação dos Profissionais de Saúde

Quando consideramos o papel do enfermeiro determinante no processo de adaptação da pessoa à sua condição de ostomizada, é expectável que este papel seja rigoroso do ponto de vista do conhecimento. Pela discussão dos resultados já apresentados anteriormente e pelos registos recolhidos nos contextos do estudo é perceptível, por parte das equipas de enfermagem, a necessidade de formação face às particularidades do cuidado ao ostomizado. Apesar de todo o investimento que tem sido feito nos cuidados de saúde primários, é ainda à realidade hospitalar que os utentes recorrem, nomeadamente perante sinais de complicação no pós-operatório. Na ULS em estudo, apesar do número importante de utentes ostomizados, não são muitas as experiências de gestão dos cuidados à ostomia relatadas pelos enfermeiros, nomeadamente à pessoa recém ostomizada, a qual requer intervenções mais diferenciadas na fase de adaptação. Este papel é essencialmente prestado pelas equipas de saúde nos hospitais, nomeadamente

enfermeiros especialistas da área cirúrgica e/ou estomaterapeutas. Aqui se coloca a questão da necessidade de formação dos enfermeiros dos cuidados de saúde primários.

A formação de pares entre as equipas de enfermagem é crucial para a prestação de cuidados de qualidade à pessoa ostomizada, inclusivamente, segundo Bossom e colaboradores (2009), um profissional que invista na sua educação pode distinguir-se pelo impacto positivo que provoca no utente.

Partindo de necessidades expressas pelas próprias equipas de enfermagem Skingley (2004) desenvolveu um conjunto de sessões de formação nas unidades de saúde da comunidade. A enfermeira planeou as sessões fundamentadas em três grandes áreas: conceitos teóricos (finalidade do estoma, aspetos relacionados com o ato cirúrgico, tipos de materiais, complicações frequentes do pós-operatório); hábitos de vida (alimentação, exercício, gestão dos odores, obstipação, diarreia) e implicações associadas à nova condição de ostomizado (problemas psicológicos, sexuais, isolamento social e outras dificuldades de adaptação). A autora descreve que, apesar de alguma resistência inicial à mudança, a experiência foi bastante positiva uma vez que a abordagem de questões teóricas associadas à simulação e discussão de casos clínicos foi fundamental na capacitação dos formandos (Skingley, 2004).

Com outro tipo de estratégias, num outro projeto de Adams e colaboradores (2003) foi proposto o destacamento de enfermeiros da comunidade para estágios hospitalares com a orientação de enfermeiras especialistas no cuidado ao ostomizado. O sentido da proposta foi o de capacitar em conhecimentos e habilidades as enfermeiras da comunidade, uma vez que é neste contexto que devem começar e acabar os cuidados à pessoa ostomizada. A metodologia passou por abordar módulos teóricos e por desenvolver projetos, em função de objetivos pessoais e necessidades dos respetivos campos de trabalho. A finalidade do trabalho foi a capacitação e responsabilização das equipas de saúde na comunidade, uma vez que perante necessidades de cuidados ao ostomizado era sempre pedida a colaboração à equipa de especialistas. Os resultados do projeto evidenciaram que a parceria entre equipas foi um sucesso. Alguns exemplos foram dados pelas diferenças sentidas nos cuidados ao ostomizado no regresso a casa. Perante as necessidades e complicações de adaptação à ostomia, as enfermeiras que receberam formação sentiram-se capazes de adequar intervenções, sem necessidade premente de colaboração da equipa de especialistas, com repercussões positivas no cuidado ao utente (Adams et al., 2003).

Num outro estudo, Gemmill e outros investigadores (2011) demonstram que os enfermeiros que têm menos experiências com utentes ostomizados têm mais

dificuldade em reter os conhecimentos, pela prática limitada. Nestes casos, tal como acontece na comunidade, é essencial a adoção de estratégias de formação frequente e apoio contínuo ao conhecimento, particularmente por parte dos enfermeiros especialistas. Geralmente os enfermeiros, desde a sua fase inicial de formação, são treinados a cuidar de utentes e não capacitados para a educação das pessoas, sendo esta mais uma justificação da formação contínua. Segundo Gemmill e colaboradores (2011) a formação dos enfermeiros na área do cuidado ao ostomizado é um processo dinâmico, em que o enfermeiro especialista poderá colaborar na capacitação do colega no processo de avaliação das necessidades de aprendizagem do utente e para a sua integração no autocuidado.

4.5. Limitações do Estudo

É expectável que qualquer estudo efetuado na área das Ciências Humanas manifeste uma diversidade de limitações, as quais devem ser tidas em consideração na avaliação dos resultados, nomeadamente na sua interpretação e possível generalização.

Antes de qualquer outro fator, consideramos a dimensão da amostra uma das principais limitações pelos condicionamentos que se põem à generalização dos resultados. Além da pouca representatividade da amostra, a generalização dos resultados não poderá ser feita já que o instrumento não foi validado, apesar de realçarmos a boa consistência interna da escala e a coerência encontrada na globalidade dos resultados. Há portanto, plena consciência das limitações existentes e, de forma alguma seria correto, partir dos resultados encontrados para a generalização de outros. No entanto, não será de desvalorizar a importância dos mesmos, atendendo ao carácter da investigação e ao rigor implementado no processo.

Relativamente ao processo de construção do instrumento de medida desenvolvido neste estudo, foram constatadas algumas limitações que se manifestaram essencialmente na fase de análise dos dados. A escala utilizada era do tipo de *likert* com três opções de seleção e consideramos que teria sido preferível a existência de mais itens. A escala apenas com os itens “1- demonstra totalmente”, “2- demonstra parcialmente” e “3- não demonstra” não se mostrou adequada na fase da sua aplicação, mas aquando da análise estatística dos dados foi notória a tendência de seleção da opção “demonstra parcialmente”. A pouca discriminação dos níveis de competência limitou a diversidade dos

resultados e a consequente análise. Para além desta questão, a correspondência de números mais baixos a melhores níveis de competência não foi a melhor opção por dificultar a leitura dos resultados.

O instrumento construído pretende-se que seja uma ferramenta a utilizar ao longo do percurso de adaptação, de forma longitudinal, tendo sido por isso uma limitação o desenho transversal deste estudo. Ao aplicar este formulário num único momento, a análise dos resultados, praticamente estatística pela comparação de médias, não se tornou um processo fácil. A aplicabilidade deste instrumento parece-nos garantida assumindo uma visão clínica que nos remete, não para a análise puramente estatística de um grupo de respostas, mas para a avaliação de cada domínio da competência, item a item, de forma longitudinal e referente a um indivíduo.

Por fim, não podemos deixar de referir que pela escassez de contributos da evidência científica, a maior parte dos estudos e autores citados nos reportarem para experiências que não as da realidade portuguesa. É assim frequente que, nomeadamente as orientações para a intervenção de enfermagem ao longo do percurso do ostomizado, sejam influenciadas por estudos desenvolvidos por investigadores estrangeiros, cuja experiência com a pessoa ostomizada não é necessariamente idêntica à nossa.

4.6. Implicações dos Resultados

Para além da discussão dos resultados obtidos no estudo e do reconhecimento das suas limitações, é indispensável refletir sobre as implicações que podem advir deste tipo de investigação, tanto para a prática de enfermagem, como para futuras investigações..

4.6.1. Implicações para a Prática de Enfermagem

Salienta-se deste estudo a necessidade constante e efetiva de olhar o utente de uma forma holística, valorizando a relação de ajuda e a educação para a saúde como forma de proporcionar ao utente uma melhor adaptação à doença e a consequente melhoria da sua qualidade de vida. Tendo este estudo sido desenvolvido com ostomizados, maioritariamente com patologia neoplásica,

revelaram-se alguns dados importantes para a compreensão do impacto da condição para a pessoa e conviventes. Neste sentido, pretendeu-se contribuir para um melhor conhecimento da forma como a vivência desajustada da transição saúde-doença, nestes casos, pode influenciar o equilíbrio da função psicológica, emocional e social da pessoa.

Tendo por base o reconhecimento do impacto da ostomia nas diversas dimensões da pessoa e ao longo do seu percurso de adaptação à doença, o enfermeiro estará em condições mínimas para desempenhar o seu papel neste processo. A análise do desenvolvimento de competências de autocuidado da pessoa ostomizada deve ser precedido pela fase de avaliação, por isso consideramos determinante a construção de um instrumento de medida dos conceitos em questão. Esta posição é reafirmada quando, sob uma visão clínica e não meramente assente na investigação, se percebe a aplicabilidade deste instrumento durante o processo de adaptação da pessoa ostomizada. É premente que se sistematize uma prática de enfermagem baseada na continuidade de cuidados, sendo para tal indispensável a aplicação de um instrumento de avaliação de forma longitudinal. A avaliação gradual do desenvolvimento da competência de autocuidado da pessoa ostomizada, desde o período pré-operatório até ao regresso a casa, poderá ser uma realidade, com a utilização de uma ferramenta como o instrumento de avaliação construído ao longo do estudo.

Este estudo evidencia a importância da prática baseada numa relação em que o enfermeiro avalie com o utente as suas necessidades e paralelamente promova a tomada de decisão. No contexto da continuidade de cuidados, esta prática contribuirá para o desenvolvimento de competências que visem uma adequada adaptação à condição de ostomizado. Neste sentido, estamos perante um novo paradigma, em que o enfermeiro em vez de impor o seu conhecimento utiliza-o como um instrumento de *empowerment*, fundamentado na parceria com o utente e eventualmente com a família e conviventes. Com a implementação de planos de educação, fundamentados nas necessidades individuais, a pessoa ostomizada é incentivada a promover o autocontrolo, a autoestima e a procura de respostas para as suas dificuldades.

Consideramos que a documentação em qualquer área é determinante para a partilha de informação, continuidade de cuidados e elaboração de dados essenciais à investigação. Com este estudo esperamos ter demonstrado que os sistemas de partilha de informação de enfermagem poderão trazer múltiplos benefícios em termos da prestação direta de cuidados de saúde, da troca de informação e da educação e aumento dos conhecimentos dos profissionais. A sistematização dos registos, nomeadamente os que produzem dados suscetíveis de garantir a

visibilidade dos cuidados de enfermagem, será um dos principais desafios a colocar na nossa prática. Neste sentido, a construção de um instrumento de avaliação das competências de autocuidado do ostomizado poderá ser um contributo importante nesta área. Quando os decisores políticos nos questionam: “Quais as necessidades dos ostomizados em termos de conhecimentos? Quais os ganhos em saúde para os ostomizados com as nossas intervenções?”, temos respostas concretas?

As questões levantadas pelas particularidades do cuidado à pessoa ostomizada e a relevância do papel do enfermeiro neste processo são os fatores que devem contribuir para uma reflexão conjunta. Os enfermeiros que, no hospital, preparam a alta do utente recém ostomizado sentem-se capazes e têm recursos para partilhar as informações aos colegas dos cuidados de saúde primários? Os enfermeiros das equipas de cuidados de saúde primários sentem-se com competência profissional para delinear um plano de intervenções ao utente recém ostomizado, que regressa a casa? A pessoa ostomizada tem competências para identificar sinais e sintomas de complicação da ostomia que permitam o acesso precoce aos recursos da comunidade?

Muitos serão os aspetos a melhorar na nossa prática diária. Importa, no entanto, salientar que o percurso profissional se constrói com base em aprendizagens constantes e que a mudança de comportamentos e atitudes por parte dos profissionais de saúde se reveste de uma importância em qualquer momento do seu percurso profissional. É sempre possível contribuir para a excelência da qualidade dos cuidados que se prestam.

4.6.2. Implicações para Futuras Investigações

Face aos resultados obtidos no nosso estudo, e tendo por base que o cancro colo-retal é a causa principal da criação cirúrgica da ostomia, com as consequentes implicações psicológicas e socioeconómicas, torna-se imprescindível o desenvolvimento de outras investigações e também de intervenções específicas a este grupo de utentes.

Pelas limitações de tempo impostas neste tipo de estudo, as restrições na obtenção dos resultados foram diversas, havendo ainda uma imensidade de domínios a investigar nesta área. Antes de mais, e pela impossibilidade de o termos feito neste trabalho, seria extraordinariamente indispensável a validação do instrumento de medida que foi construído, de forma a poder atribuir o rigor necessário aos dados recolhidos com a sua aplicação. Um possível trabalho de

investigação, com o objetivo de validação deste instrumento, poderia já beneficiar das sugestões de alteração que propomos para esta escala. Poderá então fazer sentido a conversão para uma escala de *likert* com cinco pontos, discriminando mais o nível de competências a determinar, para além das opções “demonstra totalmente”, “demonstra parcialmente” e “não demonstra”. Por uma questão meramente prática seria favorável inverter a pontuação, atribuindo mais pontos quanto maior fosse o nível de competência, ao contrário do que foi assumido no momento de elaboração da escala de avaliação.

Apesar das considerações supramencionadas, consideramos que o fundamental é a possibilidade desta escala poder servir como um instrumento de avaliação das competências de autocuidado do ostomizado ao longo do seu percurso de adaptação. Deste modo, faria sentido que o processo de validação incluísse os contextos hospitalar e comunitário, sendo para tal necessário um estudo longitudinal. Partindo desta sugestão, poderá fazer sentido a realização de um trabalho de investigação fundamentado num programa de intervenção de educação a uma amostra semelhante (pessoas com ostomia de eliminação intestinal) e consequente aplicação do instrumento de avaliação das competências. O objetivo passaria pela avaliação da eficácia dessa intervenção de educação, efetuando as devidas comparações com os resultados deste trabalho.

Num outro sentido, este estudo despertou-nos para a questão da formação dos profissionais nesta área, sendo por isso de valorizar uma proposta de investigação que implicasse conhecer as necessidades de formação dos enfermeiros que contactam regularmente com esta população. Os dados obtidos seriam determinantes para a adequação de estratégias de formação de pares, propondo o envolvimento das áreas de gestão da instituição.

4.7. Conclusões

No momento das considerações finais deste estudo, destacamos que, independentemente dos resultados em questão, surge uma outra visão sobre o processo de investigação. O que outrora poderíamos considerar inacessível é agora refutado pelos resultados que evidenciam que nos nossos “pequenos” contextos é possível investigar e refletir investigando.

Apesar da inegável perceção da importância da investigação nesta área, consideramos, desde o início, que seria desafiante o projeto a que nos propusemos, pelas dificuldades esperadas. Tal como já explanado ao longo do trabalho, o tema

em estudo pressupôs o contacto direto com as pessoas ostomizadas, sendo que a avaliação das suas competências no autocuidado não foi indissociável do processo de doença. Já que muitos dos casos tinham a neoplasia como diagnóstico associado à criação da ostomia, foi inevitável, para algumas pessoas, lembrar o percurso de vida até então e verbalizar as expectativas face à doença. Neste sentido, surgiram algumas situações em que foi difícil a gestão emocional de alguns casos, dificultando, essencialmente, o controlo do tempo esperado da entrevista.

A visão sobre a investigação, para além do processo sistemático, científico e rigoroso, reporta-nos para sua influência sobre o conhecimento, com o conseqüente benefício para os utentes, famílias e comunidades. A Comissão de Formação da Ordem dos Enfermeiros apresentou recentemente as áreas prioritárias de investigação, entre as quais a “(...)segurança dos clientes, dimensão ético-deontológica do exercício e a capacitação (*empowerment*) dos clientes” (Ordem dos Enfermeiros, 2010, p.10). No domínio da pessoa ostomizada a capacitação é certamente uma das exigências impostas à prática de enfermagem, no sentido da promoção da autonomia no autocuidado. A educação voltada para o *empowerment* é um modelo válido para a educação para a saúde e para a prevenção, podendo conduzir a mudanças pessoais e sociais. É este o compromisso!

Os cuidados de saúde primários são uma realidade complexa, dinâmica e cada vez mais centrada na qualidade dos cuidados. O acompanhamento à pessoa ostomizada é ainda um domínio por explorar e o seu estudo contribuirá para a profissionalização dos cuidados de enfermagem e para a sua, tão desejada, visibilidade social. Este estudo poderá ser o ponto de partida de um percurso de investigação nesta área e a evidência que daí surgir deve ser rentabilizada pelos enfermeiros. No contexto atual de gestão e contenção de custos, as decisões políticas terão cada vez mais em consideração os dados que reflitam ganhos em saúde e a enfermagem não pode distanciar-se desta discussão. Para tal é essencial o desenvolvimento de instrumentos de avaliação que possam, em última instância, refletir os ganhos em saúde com as práticas de enfermagem. O instrumento construído com este estudo e a possibilidade de descrição das competências de autocuidado da pessoa com ostomia de eliminação intestinal são ferramentas que podem futuramente contribuir para a avaliação dos ganhos em saúde nesta área e como tal influenciarem decisões políticas.

A ideia que retemos no fim deste trabalho leva-nos a concluir que ainda há um longo caminho a percorrer, quer no domínio da prática, quer no domínio da investigação, que permita encontrar melhores estratégias que modifiquem de forma positiva os resultados globalmente aqui apresentados. A atenção dada às pessoas ostomizadas pelos profissionais de saúde e particularmente pelos enfermeiros, terá

necessariamente de ser reformulada, nomeadamente o suporte disponibilizado pela rede formal, quer na preparação do regresso a casa, quer posteriormente em contexto domiciliário, com o envolvimento dos próprios utentes. Deste modo, consegue-se dar uma resposta mais eficaz às necessidades e expectativas dos ostomizados, promovendo desta forma uma transição saudável, preservando também a sua saúde mental e garantindo cuidados de saúde de qualidade.

Esta abertura para a mudança será um dos contributos mais importantes para a melhoria da qualidade dos cuidados de enfermagem às pessoas ostomizadas, que se pretende atingir com a elaboração deste tipo de investigação. Não queiramos ser resistentes à mudança, já que “*a única coisa permanente no universo é a mudança*” (Heráclito, 540 a.C.- 470 a.C.).

BIBLIOGRAFIA

- Adams, T.; Duffton, R.; Lamb, C.; Taylor, M.** Hospital Secondments of Community Nurses to Improve Stoma Care. *British Journal of Community Nursing*. 2003, Vol. 8, 12, pp. 539-543.
- Albuquerque, M.; Agostinho, A.; Carolina, F.; Machado, M.; Silva, R.** O Domínio de Si – A Experiência Viva nas Palavras de uma Ostomizada. *Revista Referência*. II, 2009, 9, pp. 27-33.
- Andersson, G.; Engström, Å.; Söderberg, S.** A Chance To Live: Women's Experiences Of Living With A Colostomy After Retal Cancer Surgery. *International Journal of Nursing Practice*. 2010, Vol. 16, pp. 603-608.
- Argimin Pallás, J.; Jiménez Villa, J.** *Métodos de Investigación, Clínica y Epidemiológica*. Madrid : Harcourt, 2000.
- Bastos, Ana.** *Saberes e Competências da Pessoa com Ostomia: Preparação para o Regresso a Casa*. Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar, Universidade do Porto. Porto : s.n., 2006. Tese de Mestrado, não publicada.
- Beaver, K.; Latif, S.; Williamson, S.; Procter, D.; Sheridan, J.; Heath, J.; Susnerwala, S.; Luker, K.** An Exploratory Study Of The Follow-Up Care Needs Of The Patients Treated For Colorectal Câncer. *Journal of Clinical Nursing*. 2010, Vol. 19, pp. 3291-3330.
- Beitz, J.; Gerlach, M.; Ginsburg, P.; Ho, M.; McCann, E.; Schafer, V.; Scott, V.; Stallings, B.; Turnbull G.** Content Validation of a Standardized Algorithm for Ostomy Care. *Ostomy Wound Management*. 2010, Vol. 56, 10, pp. 22-38.
- Bellato, R.; Pereira, W.; Maruyama, S.; Oliveira, P.** A Convergência Cuidado-Educação-Politicidade: Um Desafio A Ser Enfrentado Pelos Profissionais Na Garantia Aos Direitos À Saúde Das Pessoas Portadoras De Estomias. *Texto Contexto Enferm*. 2006, Vol. 15, 2, pp. 334-342.
- Black, Pat.** Stoma Care Nursing Management: Cost Implications in Community Care. *British Journal of Community Nursing*. 2009, Vol. 14, 8, pp. 350-355.
- Bohnenkamp, S.; McDonald, P.; Lopez, A.; Krupinski, E.; Blackett, A.** Traditional Versus Telenursing Outpatient Management Of Patients With Cancer With New Ostomies. *Oncology Nursing Forum*. 2004, Vol. 31, 5, pp. 1005-1010.
- Borwell, Barbara (a).** Rehabilitation and Stoma Care: Addressing the Psychological Needs. *British Journal of Nursing*. 2009, Vol. 18, 4, pp. 20-25.
- Borwell, Barbara (b).** Continuity of Care for the Stoma Patient: Psychological Considerations. *British Journal of Community Nursing*. 2009, Vol. 14, 8, pp. 326-331.
- Bossom, C.; Beard, J.** Two Approaches to Sharing Stoma Care Expertise with Non-Specialist Nursing Staff. *Gastrointestinal Nursing*. 2009, Vol. 7, pp. 42-47.
- Bradshaw, E.; Collins, B.** Managing a Colostomy or Ileostomy in Community Nursing Practice. *British Journal of Community Nursing*. 2008, Vol. 13, 11, pp. 514-518.
- Brown, H.; Randle, J.** Living With a Stoma: a Review of the Literature. *Journal of Clinical Nursing*. 2005, Vol. 14, pp. 74–81.
- Burch, Jennie.** Stoma Management: Enhancing Patient Knowledge. *British Journal of Community Nursing*. 2011, Vol. 16, 4, pp. 162-166.

- Cesaretti, I.; Santos, V.** *Assistência em Estomaterapia: Cuidando do Ostomizado*. São Paulo : Editora Atheneu, 2005. 532 p.
- Chaudhri, S.; Brown, L.; Hassan, I.** Preoperative Intensive, Community-Based vs Traditional Stoma Education: A Randomized, Controlled Trial. *Diseases of the Colon and Rectum (DCR)*. 2005, Vol. 48, pp. 504–509.
- Colton, B.; Mckenzie, F.; Sheldon, J.; Smith, A.; Tappe, A.; Woolley, D.; Ingram, V.** Global Stoma Care Challenges: A United Approach. *WCET Journal*. 2005, Vol. 25, 4, pp. 15-21.
- Costa, I.; Maruyama, S.** Implementação e Avaliação de um Plano de Ensino para a Auto-Irrigação de Colostomia: Estudo de Caso. *Rev Latino-am Enfermagem*. 2004, Vol. 12, 3, pp. 557-563.
- Dabirian, A.; Yaghmaei, F.; Rassouli, M.; Tafreshi, M.** Quality Of Life In Ostomy Patients – A Qualitative Study. *Patient Preference and Adherence*. 2010, Vol. 5, pp. 1-5.
- Davis, J.; Hermanson, K.; Koopman, C.; Weibel, D.; Spiegel, D.** Quality Of Couples' Relationship And Adjustment To Metastatic Breast Cancer. *Journal of Family Psychology*. 2000, Vol. 14, pp. 251–266.
- Elcoat, C.; Frost, S.** High Impact Actions for Stoma Care. *Coloplast*. [Online] maio de 2010. [Citação: 7 de dezembro de 2010.] http://www.coloplast.co.uk/OstomyCare/Documents/pdfs/High_Impact_Actions_Booklet.pdf.
- Erwin-Toth, Paula.** Ostomy Care and Rehabilitation in Colorectal Cancer. *Seminars in Oncology Nursing*. 2006, Vol. 22, 3, pp. 174-177.
- ESEP, Escola Superior de Enfermagem do Porto - Núcleo de Investigação em Saúde e Qualidade de Vida.** *Saúde e Qualidade de Vida em Análise*. Porto: ESEP, 2009. ISBN: 978-989-96103-0-9.
- Figueiredo, Ana.** *Impacto do Tratamento do Cancro Colorretal no Doente e Cônjuge: Implicações na Qualidade de Vida, Morbilidade Psicológica, Representações de Doença e Stress Pós-Traumático*. Universidade do Minho. Braga : s.n., 2007. Tese de Mestrado, não publicada.
- Fleury, M.; Fleury, A.** Construindo O Conceito De Competência. *Rev. adm. contemp.* [Online] 2001. [Citação: 16 de julho de 2011.] <http://www.scielo.br/pdf/rac/v5nspe/v5nspea10.pdf>.
- Fortin, Marie.** *O Processo de Investigação: da Conceção à Realização*. 3ª ed. Loures: Lusociência, 2003.
- Fortin, Marie.** *Fundamentos E Etapas Do Processo De Investigação*. Loures: Lusodidacta, 2009.
- Freixo, Manuel.** *Metodologia Científica, Fundamentos, Métodos e Técnicas*. 3ªed. Lisboa: Instituto Piaget, 2011. 296 p. ISBN 978-989-659-077-2.
- Gemelli, L.; Zago, M.** A Interpretação Do Cuidado Com O Ostomizado Na Visão Do Enfermeiro: Um Estudo De Caso. *Rev Latino-am Enfermagem*. 2002, Vol. 10, 1, pp. 34-40.
- Gemmill, R.; Kravits, K.; Ortiz, M.; Anderson, C.; Grant, M.** What Do Surgical Oncology Staff Nurses Know About Colorectal Cancer Ostomy Care? *The Journal of Continuing Education in Nursing*. 2011, Vol. 42, 2, pp. 81-88.
- Ghiglione, R.; Matalon, B.** *O inquérito: Teoria e Prática*. 4ªedição. Oeiras: Celta Editora, 2005. 336 p. ISBN-972-774-120-7.

Goldberg, M.; Aukett, L.; Carmel, J.; Fellows, J.; Folkedahl, B.; Pittman, J.; Palmer, R. Management Of The Patient With A Fecal Ostomy. *J Wound Ostomy Continence Nurs.* 2010, Vol. 37, 6, pp. 596-598.

Gomes, A; Silva, C; Cardoso, T. Desenvolvimento da Competência de Autocuidado da Pessoa com Ostomia de Eliminação Intestinal. *Revista de Enfermagem Referência.* 2011 (submetido).

Gomes, A; Silva, C; Cardoso, T. Instrumento de Avaliação do Desenvolvimento da Competência de Autocuidado da Pessoa Ostomizada - Processo de Construção. *Revista de Enfermagem Referência.* 2011 (submetido).

Guerreiro, M.; Silva, A.; Botelho, M.; Leitão, O.; Caldas, A.; Garcia, C. Adaptação à População Portuguesa da Tradução do “Mini Mental State Examination” (MMSE). *Revista Portuguesa de Neurologia.* 1994, Vol. 1, 9.

Hulley, B.; Cummings, R.; Browner, S.; Grady, G.; Newman, B. *Delineando a Pesquisa Clínica, Uma abordagem Epidemiológica.* 3ª Edição. Porto Alegre: Artmed, 2008. ISBN 978-85-363-1361-0.

ICN, International Council Of Nurses. *Classificação internacional Para a Prática de Enfermagem (CIPE) versão 2.0.* Genebra: ICN/ Ordem dos Enfermeiros, 2010.

Ito, N.; Kazuma, K. Factors Associated With The Feeling of Stability In the Daily Life Among Colostomy Patients. *Japan Journal of Nursing Science.* 2005, Vol. 2, pp. 25–31.

Johnson, M.; Maas, M.; Moorhead, S. *Nursing Outcomes Classification – NOC.* 2ª Ed. St. Louis : Mosby, 2000.

Kralik, D.; Visentin, K.; Loon, A. Journal of Advanced Nursing. *Transition: A Literature Review.* 2006, Vol. 55, 3, pp. 320-329.

Lanza, A.; Vasquez, E.; Echverria, S. Religious And Other Forms Of Coping Among Latinos With Arthritis. *Journal of Counselling and Clinical Psychology.* 2004, Vol. 72, pp. 91–102.

Lo, Shu. The Effectiveness of MELPs on Knowledge, Axiety and Rehabilitation Compliance Behavior of Patients with Surgicals: A Pilot Study. *16th Biennial Congress of the World Council of Enterostomal Therapists.* 2006.

Lo, S.; Wang, Y.; Wu, L.; Hsu, M.; Chang, S.; Hayter, M. Cost–Effectiveness Analysis of a Multimedia Learning Education Program for Stoma Patients. *Journal of Clinical Nursing.* 2009, Vol. 19, pp. 1844-1854.

Lobão, C.; Gaspar, M.; Marques, A.; Sousa, P. Aceitando o Contra-Natura? O Processo de Aceitação Do Estado de Saúde da Pessoa com Ostomia. *Revista Referência.* 2009, Vol. II, 11, pp. 23-36.

LOP, Liga de Ostomizados de Portugal. [Online] [Citação: 12 de janeiro de 2011.] <http://www.lop.pt/>.

Marquis, P.; Marrel, A.; Jambon, B. Quality Of Life In Patients With Stomas: The Montreux Study. *Ebscohost.* [Online] 2003. [Citação: 23 de fevereiro de 2011.] <http://web.ebscohost.com/ehost/detail?sid=fd40f1e5-ec81-49a3-8e32-ea5a70dfc04d%40sessionmgr13&vid=1&hid=12&bdata=JnNpdGU9ZWlhvc3QtbGl2ZQ%3d%3d#db=mnh&AN=12598701>.

Mcewen, M.; Wills, E. *Bases Teóricas Para A Enfermagem.* 2ª Ed. São Paulo : Artmed Editora, 2007. ISBN 978-85-363-1788-5.

McKenzie, F.; White, C.; Kendall, S.; Finlayson, A.; Urquhart, M.; Williams, I. Psychological Impact Of Colostomy Pouch Change And Disposal. *British Jour Nursing.* 2006, Vol. 15, 6, pp. 308-316.

- Meleis, A.; Sawyer, L.; Im, E.; Messias, D.; Schumacher, K.** Experiencing Transitions: An Emerging Middle-Range Theory. *Advances In Nursing Sciences*. 2000, Vol. 23, 1, pp. 12-28.
- Mendonça, R.; Valadão, M.; Castro, L.; Camargo, T.** A Importância da Consulta de Enfermagem em Pré-operatório de Ostomias Intestinais. *Revista Brasileira de Cancerologia*. 2007, Vol. 53, 4, pp. 431-435.
- Metcalfe, Chris.** Stoma Care: Empowering Patients Through Teaching Practical Skills. *British Journal of Nursing*. 1999, Vol. 8, 9, pp. 593-600.
- Moore, S.; Grant, E.; Katz, B.** Nurse Perceptions Of Ostomy Patients & Their Ostomy Care Competence. *Home Care Provider*. 1998, Vol. 3, 4, pp. 214-220.
- Noda, C.; Alfonso, L.; Fonte, M.; Valentín, F.; Reyes, M.** Problemática Atual del Paciente con Ostomía. *Rev. Cubana Med. Milit.* 2001, Vol. 30, 4, pp. 256-262.
- O'Connor, Gloria.** Teaching Stoma-Management Skills: The Importance of Self-Care. *British Journal of Nursing*. 2005, Vol. 14, 6, pp. 320-324.
- Oliveira, G.; Maritan, C.; Mantovaneli, C.; Ramalheiro, G.; Gavilhia, T.; Paula, A.** Sentimentos e Habilidades Desenvolvidos Frente à Nova Condição de Vida. [Online] 2010. F:\MESTRADO\TESE\REV. LITERATURA\PESQUISA-IE. Arte\1.1-dte ostomizado\Impacto ostomia_ano 2010.mht.
- Ordem dos Enfermeiros, Conselho de Enfermagem.** *Áreas Prioritárias para a Investigação em Enfermagem & Relatório Bienal*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros, 2010.
- Orem, Dorothea.** *Nursing concepts of practice*. 5ª Edição. St. Louis: Mosby Year Book, 1995.
- Pasquali, Luiz.** Principios de elaboração de escalas psicológicas. *Rev. psiquiatr. clín.* 1998, Vol. 25, 5, pp. 206-213.
- Pestana, M.; Gagueiro, J.** *Análise de Dados para Ciências Sociais. A Complementaridade do SPSS*. 4ª Ed. Lisboa: Sílabo, 2005.
- Phaneuf, Margot.** *Comunicação, entrevista, relação de ajuda e validação*. Loures: Lusociência, 2005.
- Pittman, Joyce.** Characteristics Of The Patient With An Ostomy. *J Wound Ostomy Continence Nurs.* 2011, Vol. 38, 3, pp. 1-9.
- Polit, D.; Beck, C.; Hungler, B.** *Fundamentos de Pesquisa em Enfermagem: Métodos, Avaliação e Utilização*. 5ª Edição. Porto Alegre: Artmed, 2004.
- Popek, S.; Grant, M.; Gemmill, R.; Wendel, C.; Mohler, M.; Rawl, S.; Baldwin, C; Ko, C; Schmidt, C; Krouse, R.** Overcoming Challenges: Life With an Ostomy. *The American Journal of Surgery*. 2010, Vol. 200, pp. 640-645.
- Pringle, W.; Swan, E.** Continuing Care After Discharge from Hospital for Stoma Patients. *British Journal of Nursing*. 2001, Vol. 10, 19, pp. 1275-1288.
- Quivy, R.; Campenhoudt, L.** *Manual de Investigação em Ciências Sociais*. 2ª ed. Lisboa: Gradiva, 1998.
- Reading, Linda.** Hospital to Home: Smoothing the Journey for the New Ostomist. *British Journal of Nursing*. 2005, Vol. 14, 16.
- Ribeiro, José.** *Investigação e Avaliação em Psicologia e Saúde*. Lisboa: Climepsi Editores, 1999.
- Richbourg, L.; Thorpe, J.; Rapp, C.** Difficulties Experienced by the Ostomate after Hospital Discharge. *Journal of Wound, Ostomy and Continence Nursing*. 2007, Vol. 34, 1, pp. 70-79.

RNAO, Registered Nurses' Association of Ontario. *Ostomy Care and Management*. Toronto, Canada : Registered Nurses' Association of Ontario, 2009. 115 p.

Salvadaleña, Ginger. Incidence Of Complications Of The Stoma And Peristomal Skin Among Individuals With Colostomy, Ileostomy And Urostomy. *Journal of Wound, Ostomy and Continence Nursing*. 2008, Vol. 35, 6, pp. 596-607.

Sampaio, Francisco. A Autoestima na Pessoa Portadora de Ostomia de Eliminação Intestinal. *Revista Portuguesa de Enfermagem de Saúde Mental*. 2010, Vol. 4, pp. 31-37.

Sampaio, F.; Aquino, P.; Araújo, T.; Galvão, M. Nursing Care to an Ostomy Patient: Application of the Orem'S Theory. *Ata Paul Enferm*. 2008, Vol. 21, 1, pp. 94-100.

Santos, Célia. *Saúde e Qualidade de Vida da Pessoa Portadora de Ostomia de Eliminação*. Faculdade de Psicologia e Ciências da Educação, Universidade do Porto. 1999. Tese de Mestrado, não publicada.

Santos, Célia. *Representação Cognitiva e Emocional, Estratégias de Coping e Qualidade de Vida no Doente Oncológico e Família*. Faculdade de Psicologia e Ciências da Educação, Universidade do Porto. Porto : s.n., 2003. 333 p., Tese de Doutoramento, não publicada.

Santos, C.; Ribeiro, J.; Lopes, C. Estudo De Adaptação Da Escala De Qualidade De Vida Do Familiar/Cuidador Do Doente Oncológico (CQOLC). *Revista Portuguesa de Psicossomática*. 2005, Vol. 5, 1, pp. 105-118.

Santos, Vera. Fundamentação Teórico-Metodológica da Assistência aos Ostomizados na Área da Saúde do Adulto. *Rev. Esc. Enf. USP*. 2000, Vol. 34, 1, pp. 59-63.

Schumacher, K.; Stewart, B.; Archbold, P.; Dodd, M.; Dibble, S. Family Caregiving Skill: Development Of The Concept. *Research in Nursing & Health*. 2000, Vol. 23, 3, pp. 191-203.

Silva, A.; Shimizu, H. O Significado Da Mudança No Modo De Vida Da Pessoa Com Ostomia Intestinal Definitiva. *Rev Latino-am Enfermagem*. 2006, Vol. 14, 4, pp. 483-490.

Silva, Maria. *Educar Para o Autocuidado num Serviço Hospitalar*. Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar, Universidade do Porto. Porto : s.n., 2007. p. 180 p. Tese de Mestrado, não publicada.

Silva, Maria. *Irrigação-Uma Opção De Vida Do Colostomizado!?* Porto : Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar, 2008. Dissertação de Mestrado, disponível em: <http://hdl.handle.net/10216/7191>.

Simmons, K.; Smith, J.; Bobb, K.; Liles L. Adjustment to Colostomy: Stoma Acceptance, Stoma Care Self-Efficacy and Interpersonal Relationships. *Journal of Advanced Nursing*. 2007, Vol. 60, 6, pp. 627-635.

Simões, Isabel. Cuidados de Enfermagem ao Doente Ostomizado. *Referência*. 2002, Vol. 9, pp. 75-80.

Skingley, Sarah. Changing Practice: The Role of The Community Stoma Nurse. *British Journal of Community Nursing*. 2004, Vol. 13, 2, pp. 79-86.

Slater, Rebecca. Managing Quality of Life in The Older Person With a Stoma. *British Journal of Community Nursing*. 2010, Vol. 15, 10, pp. 480-484 .

Sousa, V.; Driessnack, M.; Mendes, I. Revisão dos Desenhos de Pesquisa Relevantes para Enfermagem. Parte 1: Desenhos de Pesquisa Quantitativa. *Rev Latino-am Enfermagem*. 2007, Vol. 15, 3.

Tavares, Helena. *Articulação de Cuidados de Enfermagem entre Hospital e Centro de Saúde no Âmbito dos Cuidados Continuados.* Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar, Universidade do Porto. Porto : s.n., 2008. Tese de Mestrado.

Taylor, C.; Morgan, L. Quality of life following reversal of temporary stoma after rectal cancer treatment. *European Journal of Oncology Nursing.* 2010, pp. 1-8.

Thorpe, G.; McArthur, M.; Richardson, B. Bodily Change Following Faecal Stoma Formation: Qualitative Interpretive Synthesis. *Journal of Advanced Nursing.* 2009, Vol. 65, 9, pp. 1778-1789.

Turner, B.; Fleming, J.; Ownsworth, T.; Cornwell, P. The Transition from Hospital To Home for Individuals with Acquired Brain Injury: A Literature Review and Research Recommendations. *Disability and Rehabilitation.* 2008, Vol. 30, 16, pp. 1153 – 1176.

Varma, Sarah. Issues In Irrigation For People With A Permanent Colostomy: A Review. *British Journal of Nursing.* 2009, Vol. 18, 4.

Vujnovich, Angela. Pre and Post-Operative Assessment of Patients With a Stoma. *Nursing Standard.* 2008, Vol. 22, 19, pp. 50-56.

Williams, Julia. Stoma Care Nursing: What the Community Nurse Needs to Know. *British Journal of Community Nursing.* 2007, Vol. 12, 8, pp. 342-346.

Wu, H.; Chau, J.; Twinn, S. Self-Efficacy And Quality Of Life Among Stoma Patients In Hong Kong. *Cancer Nursing.* 2007, Vol. 30, pp. 186–193.

ANEXOS

ANEXO 1

Artigo de revisão sistemática sobre o desenvolvimento da
competência de autocuidado da pessoa com ostomia de
eliminação intestinal

Desenvolvimento da competência de autocuidado da pessoa com ostomia de eliminação intestinal

Resumo

Objetivo: No sentido de se desenvolver uma ação profissionalizada que facilite a vivência do portador de ostomia de eliminação intestinal, é imperativo avaliar as consequências desta nova condição no autocuidado. No contexto de um estudo descritivo, pretende-se identificar os domínios da competência de autocuidado da pessoa ostomizada, face à experiência de transição do tipo saúde-doença, remetendo para o Modelo de Transição de Meleis (Meleis et al., 2000).

Fontes de dados: Revisão da literatura com o contributo da bibliografia de referência na área e com o recurso às bases de dados cinahl, web of science, science citation index, social citation index, conference proceedings citation index.

Resultados: Não existem instrumentos de avaliação que permitam monitorizar o desenvolvimento da competência de autocuidado da pessoa com ostomia intestinal.

Conclusão: A assistência à pessoa com ostomia de eliminação intestinal deve ser contínua, organizada e sistematizada, por via de instrumentos de avaliação que confirmem rigor ao processo de enfermagem com enfoque no processo diagnóstico, dada a influência que este detém na qualidade do processo de intervenção de enfermagem, e portanto, na qualidade da assistência prestada.

Palavras-chave: autocuidado, ostomia, aptidão e enfermagem.

Development of the self-care skill in the person with a bowel elimination ostomy

Abstract

Purpose: In the way to develop a professionalized action that facilitates the experience of being a bowel elimination ostomy carrier, it's urgent to assess the consequences of this new condition in self-care. In the context of a descriptive study aims to identify areas of responsibility of the person's self-care ostomy patient, given the experience of transition from the health-disease type, referring to the Model Transition Meleis (Meleis et al., 2000).

Sources: Literature revision using the reference literature in the theme and in the data bases cinahl, web of science, science citation index, social citation index, conference proceedings citation index.

Results: There are no evaluation tools that allow us to monitor the development of self-care competency of on the person with bowel ostomy.

Conclusion: The help provided to the person with the bowel elimination ostomy must be continuous, organized and systematized, so that the evaluation tools can confer precision to the nursing process with its focus in the diagnosis process, due to the its influence in the quality of the nursing intervention process and therefore in the quality of the provided help.

Tag words: self-care, ostomy, aptitude e nursing.

Desarrollo de habilidad de autocuidado de la persona con ostomía de eliminación intestinal

Resumen

Objetivo: Con el fin de desarrollar una acción profesionalizada que facilita la vida de los pacientes con ostomía de eliminación intestinal, es imprescindible evaluar las consecuencias de esta nueva condición en el autocuidado. En el contexto de un estudio descriptivo tiene como objetivo identificar los campos de competencia de autocuidado de la persona con ostomía, dada la experiencia de la transición desde el tipo de salud-enfermedad, en referencia a la Meleis Modelo de Transición (Meleis et al., 2000).

Fuentes de datos: Revisión de la literatura sobre la contribución de la literatura de referencia en el área y el uso de bases de datos cinahl, web of science, science citation index, social citation index, conference proceedings citation index.

Resultados: No hay herramientas de evaluación que permitan monitorear el desarrollo de habilidad de autocuidado de la persona con ostomía intestinal.

Conclusión: La asistencia a las personas con ostomía de eliminación intestinal debe ser continua, organizada y sistemática, por medio de herramientas de evaluación que dan rigor al proceso de enfermería con énfasis en el proceso de diagnóstico, dada la influencia que tiene sobre la calidad del proceso de intervención de los enfermeros, y por lo tanto, en la calidad de la ayuda prevista.

Palabras clave: autocuidado, estomía, aptitud e enfermería.

Introdução

O cancro é responsável por taxas de morbilidade e mortalidade consideráveis, apresentando-se como um grave problema de saúde pública. Prevê-se que em 2020, cerca de 30 milhões de pessoas sejam portadoras de cancro, sendo que aquele que acomete o cólon e o reto – cancro colo-retal - é considerado o quarto tipo de cancro mais comum no mundo e o segundo nos países desenvolvidos (Cascais, Martini e Almeida, 2007). Estima-se que a nível mundial, cerca de um milhão de pessoas com cancro colo-retal sejam submetidas anualmente a cirurgia com construção de ostomia de eliminação intestinal (Simmons et al., 2007).

A realidade acima descrita, associada à situação atual do sistema de saúde, caracterizada por constrangimentos financeiros e pela redução do tempo médio de internamento da pessoa submetida a ostomia de eliminação intestinal gera novas necessidades em saúde. Estas despoletam aos enfermeiros o desafio de atenderem às necessidades educacionais destes clientes num período de tempo que se prevê escasso (RNAO, 2009), por meio de um processo de diagnóstico de enfermagem rigoroso e efetivo.

A educação à pessoa com ostomia de eliminação intestinal deve ser sistemática e centrada no cliente (RNAO, 2009), com vista ao desenvolvimento de competências de autocuidado que conduzam à autonomia na gestão dos cuidados à ostomia, e portanto, à recuperação da independência e da confiança. A construção de uma ostomia constitui um momento crítico e gera uma transição do tipo saúde-doença, ao constituir o resultado duradouro e visível do tratamento da doença. Percebida pela maioria das pessoas como uma ameaça às atividades de vida diária normais, entende-se que, à luz da Teoria de Transições de Enfermagem, estas pessoas necessitam de auxílio na gestão deste processo de adaptação, integrando a nova condição – a de pessoa ostomizada (Meleis et al., 2000).

A problemática da pessoa ostomizada constitui uma temática em franca progressão nas últimas décadas, no entanto, a literatura revela-se escassa quando se equacionam questões relativas às reais necessidades educacionais desta população (Goldberg et al., 2010). Este artigo de revisão da literatura reflete sobre as implicações de ser ostomizado, destacando o desenvolvimento da competência de autocuidado como um processo que serve de “trampolim” para a retoma da independência.

Na procura pela melhor evidência sobre o tema em discussão realizou-se uma pesquisa bibliográfica com recurso às palavras-chave, ostomy, stoma e colostomy nas bases de dados cinahl, web of science, science citation index, social citation index, conference proceedings citation index. Foram consideradas elegíveis todas as publicações disponíveis em texto completo, relacionadas com a temática em

discussão e que a data de publicação fosse igual ou superior a 2005, além de bibliografia de referência na área em estudo.

A experiência de ser ostomizado

O diagnóstico de cancro tem um efeito significativo nas pessoas, reportado em estudos como o medo da mutilação, da vulnerabilidade e da perda de controlo. A noção de utilidade, equilíbrio e autonomia adquiridos ao longo do desenvolvimento humano encontram-se, portanto, sob ameaça. Deste modo, o diagnóstico de cancro associado à construção de uma ostomia induz um impacto duplo na pessoa, provocado pelo conhecimento do diagnóstico e do tratamento.

A ostomia representa frequentemente um lembrete constante da doença (Erwin-Toth, 2006), sendo para algumas pessoas mais difícil aceitar a ostomia do que a própria doença. Outras, encaram-na como o potencial para a cura, ao constituir-se uma causa inevitável do tratamento.

A vivência da doença oncológica e da construção de uma ostomia implica um sistema complexo de análise e reflexão da própria biografia, cujo significado é construído ao longo das experiências de vida. Associada a repercussões físicas e psicológicas, bem como a repercussões sociais e culturais, são os fatores individuais (internos) e ambientais (externos) a influenciar a forma como a pessoa percebe a ostomia (Pittman, 2011).

A pessoa com ostomia intestinal experimenta uma perda da sua integridade física, uma fragmentação do seu Eu, podendo desenvolver reações de nojo, choque e repulsa face à ostomia. Perante um corpo transformado, diferente em imagem e função – “um objeto estranho” -, a pessoa ostomizada pode desenvolver um sentimento de alienação (Thorpe, Mcarthur e Richardson, 2009).

Com o decorrer do tempo, a pessoa ostomizada vai-se consciencializando da mudança na aparência física, na função e sensação corporal (Thorpe, Mcarthur e Richardson, 2009). A visualização do estoma pela primeira vez confronta a pessoa com uma nova realidade, uma diferente *performance* física. A necessidade de se alterar o vestuário e o receio que a bolsa de ostomia seja perceptível aos demais são encaradas pelo ostomizado como uma humilhação (Popek et al., 2010). A alteração na função corporal advém do sentimento de falta de controlo, marcada pela espontaneidade e inesperada saída de fezes e gases pela ostomia, assim como a fuga de fezes pelos dispositivos. Por sua vez, a pessoa ostomizada sente ainda o corpo de forma diferente, com reflexos na sexualidade e nos contactos sociais (Anderson, Engstrom e Soderberg, 2010). Deste modo, a pessoa com ostomia tem medo da rejeição social, o que se repercute na sua auto-confiança, e por isso, na sua autoestima (Anderson, Engstrom e Soderberg, 2010).

As metas individuais, as expectativas, o padrão e estilo de vida da pessoa ostomizada são afetados (Taylor e Morgan, 2010). As mudanças impostas pela ostomia determinam implicações marcantes no cotidiano, exigindo um processo de incorporação da mudança na definição de si enquanto pessoa, num processo de adaptação (Popek et al., 2010; Taylor e Morgan, 2010). Definida como um processo de passagem complicado, a transição caracteriza-se pela reorientação e redefinição do sentido de si mesmo face a eventos de vida negativos (Meleis et al., 2000). As mudanças na vida, na saúde, no ambiente e nos relacionamentos são responsáveis por transições, as quais resultam e são resultado destas. É pela vivência da transição que a pessoa tem a oportunidade de aumentar o seu bem-estar, ao adaptar-se à mudança (Meleis et al., 2000). A presença de uma ostomia de eliminação intestinal representa uma mudança para a pessoa que a possui, induzindo um processo de transição do tipo saúde-doença, uma vez que a “confeção” da ostomia pressupõe um episódio de doença. O confronto com o diagnóstico de doença e a necessidade de criação de uma ostomia intestinal, seja temporária ou definitiva, gera na pessoa sentimentos ambivalentes, pela dificuldade de avaliar o impacto da ostomia na vida futura. Pouco sabedora da natureza da cirurgia e da competência de autocuidado necessária à gestão da ostomia, a pessoa precisa vivenciar um processo de adaptação à sua nova condição, por forma a integrá-la.

O processo de transição tem um início e um fim distintos e identificáveis (Meleis et al., 2000). A pessoa com ostomia intestinal não se encontra indefinidamente em transição, já que é expectável um ponto de chegada, balizado pelo desenvolvimento da autonomia no domínio do autocuidado à ostomia. Ao longo do processo de transição a pessoa ostomizada vai vivendo experiências capazes de potenciar a sua reabilitação física e psicológica, ajudando-a a encarar a ostomia, não como uma limitação, mas antes como pertença de si (Erwin-Toth, 2006). Embora com um ponto final identificável, o processo de transição poderá ser novamente desencadeado pelo registo de um evento crítico, e portanto, pela exigência a uma nova reorganização (Meleis et al., 2000). Estes, considerados pontos de viragem, tornam o processo flexível, pautado por adaptações contínuas às mudanças emergentes.

Uma transição bem-sucedida é suportada por padrões de resposta que incluem indicadores de processo e de resultado. Os primeiros manifestam o grau de eficiência do processo de transição, enquanto os segundos podem refletir a qualidade de vida de quem o experiencia (Meleis et al., 2000).

Na resposta às exigências impostas pela presença da ostomia, a pessoa deverá situar-se nas suas reais necessidades, envolvendo-se e interagindo no processo de

adaptação, por via de estratégias de *coping* eficazes. O desenvolvimento de competências de autocuidado à ostomia permitir-lhe-á gerir com confiança os cuidados necessários à ostomia. A pessoa reformulará, assim, a sua identidade, agora de pessoa ostomizada, sendo capaz de aplicar naturalmente no dia a dia a competência de autocuidado à ostomia, sendo. O processo de construção inerente ao desenvolvimento de competências caracteriza-se por ser não rectilíneo, individualmente variável, no qual o tempo tem um papel preponderante (Lobão et al., 2009).

Desenvolvimento de competências de autocuidado à ostomia

A condição ou doença que implique a construção de uma ostomia é frequentemente vivida como uma experiência devastadora, já que a pessoa tem de incorporar a mudança na sua vida diária, com vista à adaptação (Pittman, 2011). A alteração sentida no padrão de eliminação intestinal é uma situação exigente para quem a vivencia (Anderson, Engstrom e Soderberg, 2010), originando uma importante e contínua tensão. Esta resulta da necessidade de estabelecer uma rotina de cuidados à ostomia, por um lado e, por outro, pela necessidade de manter a normalidade, sem que a vida quotidiana seja excessivamente transtornada (Beaver et al., 2010).

A ostomia não é geralmente rotulada como uma condição crónica, porém são requeridos à pessoa os mesmos conhecimentos e habilidades de autogestão (RNAO, 2009). O conhecimento, a habilidade e a atitude, quando integrados, são designados de competência (Bloom et al., 1956, cit. por Metcalf, 1999). Esta, não se limita apenas à demonstração da capacidade cognitiva, psicomotora ou afetiva, é antes a aplicação conjunta destas ao contexto, podendo ser entendida como um saber em ação. Deste modo, a pessoa com ostomia de eliminação intestinal possui competência de autocuidado quando é capaz de mobilizar, integrar e transferir os conhecimentos, recursos e habilidades para o cuidado à ostomia (Fleury e Fleury, 2001). Por sua vez, o termo autocuidado refere-se à função humana que regula o que é uma ação deliberada para garantir ou até suprir as necessidades inerentes à continuidade da vida, ao crescimento e desenvolvimento, assegurando a integridade humana (McEwen e Wills, 2009). No contexto da pessoa ostomizada, o autocuidado pode ser definido como a capacidade da pessoa aplicar na prática, as competências de gestão dos cuidados à ostomia.

O desenvolvimento da competência de autocuidado à ostomia pressupõe o ensino/aprendizagem dessa mesma competência. Para que a aprendizagem seja efetiva é essencial existir mudança de comportamento, refletido na passagem do estado de “não ser capaz de autocuidar a ostomia” para o estado de “ser capaz de autocuidar a ostomia”. Neste processo de aprendizagem, o enfermeiro assume um papel

significativo no atendimento a pessoas portadoras de ostomia, em especial na identificação das suas necessidades e suas famílias (Dabirian et al., 2010). O ensino de habilidades de gestão à ostomia deverá constituir uma preocupação fundamental do enfermeiro.

As necessidades de informação das pessoas com ostomia variam de forma considerável. O desejo de informação e o tipo e quantidade dessa informação dependem das necessidades singulares de cada um (Beaver et al., 2010). Sobre tal evidência recai a necessidade de se aprimorar a atividade diagnóstica de enfermagem, sob o risco de se prestar uma assistência inadequada. Um estudo bibliométrico realizado por Reveles e Takanashi (2007) identificou a produção científica publicada entre 1970 e 2004 sobre a orientação da pessoa ostomizada, tendo chegado à conclusão que as informações veiculadas na literatura apresentavam sempre a mesma lógica. Esta padronização da informação presente nos estudos em análise revela uma uniformização dos conteúdos ministrados à pessoa ostomizada, sem identificação prévia das suas necessidades educativas. O estado atual do sistema de saúde, a rápida rotatividade de internamentos versus altas clínicas e por isso, o menor tempo de permanência em contexto hospitalar, juntamente com a vasta gama de profissionais de saúde que contactam com a pessoa ostomizada são fatores responsáveis pela falta de continuidade na assistência, com conseqüente perda de informação. É fundamental a existência de continuidade, organização e sistematização no processo de aprendizagem da competência de autocuidado à ostomia, dada a sua complexidade (Erwin-Toth, 2006).

Assim, o rigor no processo de enfermagem assume uma importância capital na assistência à pessoa ostomizada. As etapas da avaliação inicial, do diagnóstico e do planejamento são cruciais quando equacionadas questões referentes ao desenvolvimento da competência de autocuidado da pessoa com ostomia intestinal. A avaliação do conhecimento que a pessoa possui sobre a cirurgia e sobre a ostomia é o primeiro passo neste processo, por permitir, pela interpretação dos dados recolhidos, identificar os diagnósticos de enfermagem presentes. A ausência de um rigoroso processo de diagnóstico culminará num desajustado processo de intervenção de enfermagem, pela influência que o primeiro detém na qualidade do segundo.

Os problemas da pessoa ostomizada são descritos como duradouros e cíclicos, o que implica uma intervenção de enfermagem contínua que responda às necessidades específicas de cada pessoa, contextualizadas num tempo e num espaço. A prestação de assistência a esta população, em diferentes momentos de aprendizagem, alerta para a relevância de instrumentos de avaliação que

monitorizem o desenvolvimento da competência de autocuidado da pessoa à ostomia. Estes instrumentos constituem uma mais-valia no cuidado à pessoa ostomizada por facilitarem a recolha de dados pertinentes, contribuindo para o processo diagnóstico e de intervenção de enfermagem. A sua utilização diminui, ainda, as fragilidades comunicacionais entre profissionais de saúde, concorrendo, em última instância, para a continuidade dos cuidados de enfermagem.

Muitos estudos têm sido desenvolvidos no sentido de definirem a competência que se espera desenvolvida pela pessoa ostomizada ao longo do período peri-operatório. Assim, existem recomendações para a educação pré-operatória, que passam por uma breve discussão da anatomia e fisiologia do trato gastrointestinal, demonstração do procedimento de troca dos dispositivos (uma ou duas peças) e descrição breve das alterações no estilo de vida, focando-se a preparação psicológica (Goldberg et al., 2010). Em relação ao período pós-operatório, era tradicionalmente aceite que a pessoa ostomizada aprendesse, antes da alta hospitalar, como e quando devia esvaziar o saco, como devia remover e aplicar o saco e a placa, os cuidados com a pele circundante à ostomia, os efeitos da dieta, as complicações possíveis da ostomia ou peri-ostomia e os cuidados com a roupa (RNAO, 2009). No entanto, na Conferência Ostomy and Continence Nurses (2007), chegou-se ao consenso, em resposta às conjunturas atuais na saúde, que a pessoa com ostomia deve possuir no mínimo a capacidade de manipular a torneira da bolsa (se presente) e esvaziar/trocar o saco (cit. por RNAO, 2009).

É certo que vários estudos de investigação proclamam a pertinência da preparação pré e pós-operatória da pessoa ostomizada com reflexo na sua adaptação à nova condição, no entanto, não explicitam como avaliar as necessidades desta população, como avaliar a sua competência de autocuidado e, por conseguinte, como e qual a melhor forma do enfermeiro lhes dar resposta.

Implicações para a Enfermagem

A Enfermagem concebe como objeto de estudo as respostas humanas envolvidas nas transições geradas por processos de desenvolvimento ou por eventos significativos como a doença. Assumindo esta perspetiva de análise, a intervenção do enfermeiro pode estar intimamente relacionada com esta teoria, na medida em que o enfermeiro é capaz de contribuir para uma vivência positiva do processo de transição. A principal função do enfermeiro é, à luz da Teoria de Transições de Meleis, ajudar a pessoa a gerir as transições na vida (Meleis et al., 2000).

A pessoa ostomizada necessita de reiniciar a sua vida, ser capaz de se autocuidar, manter as suas atividades sociais, interpessoais e de lazer. Algumas destas atividades não são sensíveis à intervenção do enfermeiro, porém, se este conseguir contribuir para a autonomia da pessoa face ao autocuidado, a satisfação das

restantes atividades encontrar-se-á facilitada (Worster e Holmes, 2008). Se a pessoa ostomizada não desenvolver as competências mais básicas de autocuidado, nomeadamente aquelas que dizem respeito à gestão dos dispositivos, será pouco provável que consiga superar os obstáculos psicossociais a longo prazo. A pessoa ostomizada que se adapta à mudança, aceita a ostomia, expressa menor receio de constrangimento público, menor nível de limitação funcional, além de deter um maior controlo sobre a ostomia (Simmons et al., 2007).

A adaptação à condição de ostomizado é influenciada significativamente pelo desenvolvimento da competência de autocuidado à ostomia. Na sua ausência ou deficiência, a pessoa ostomizada não conseguirá integrar a nova identidade, dada a perda da autonomia e controlo, assim como a transferência de poder para outrem (Worster e Holmes, 2008).

A pessoa com ostomia intestinal necessita de tempo para assimilar novos conhecimentos e de ensino de habilidades práticas que lhe permitam recuperar a confiança e a independência, assumindo o controlo do seu próprio cuidado. A aprendizagem dos cuidados à ostomia pode ser lenta, já que são necessários tempo e prática para que se desenvolvam habilidades, no sentido da mestria (Erwin-Toth, 2006). Neste processo, a experiência é transformada em conhecimento, habilidades e atitudes, representativas da esfera cognitiva, psicomotora e afetiva. Cabe ao enfermeiro a responsabilidade de incentivar, apoiar e aconselhar a pessoa ostomizada, para que esta integre os cuidados à ostomia nas suas atividades de vida diária (Reveles e Takahashi, 2007).

O processo de reabilitação da pessoa ostomizada implica uma atividade educativa pré e pós-operatória, que vise a promoção do autocuidado após a cirurgia (Tenani e Pinto, 2007), com benefícios a longo prazo no processo de adaptação. O tempo necessário ao desenvolvimento da independência no autocuidado varia de pessoa para pessoa pelo que, o enfermeiro deve avaliar aquilo que a pessoa com ostomia intestinal sabe, de forma a planear as intervenções a implementar, mediante o estabelecimento de prioridades. A determinação do que ensinar e quando ensinar constitui um passo determinante no sucesso do ensino (Tenani e Pinto, 2007).

Dada a variabilidade e especificidade de cada caso clínico é fundamental uma simbiose entre os cuidados de enfermagem prestados em contexto hospitalar e os prestados na comunidade numa perspetiva de continuidade de cuidados. A prestação de cuidados especializados à pessoa com ostomia começa no pré-operatório, continua no pós-operatório e mantém-se toda a vida (RNAO, 2009). Deste modo, o enfermeiro deve utilizar habilidades de avaliação e resolução de problemas, numa perspetiva holística, que lhe permita ajudar a pessoa a alcançar a

independência no autocuidado, comprovada a relação positiva desta com o aumento da saúde e sensação de bem-estar.

Conclusão

A construção de uma ostomia de eliminação intestinal induz no ser portador um processo de transição do tipo saúde-doença que deve ser atendido pelo enfermeiro aquando da sua atividade assistencial. Assim, ao conceber planos individuais de cuidados de enfermagem, fundados em dados obtidos através de instrumentos de avaliação, é possível identificar com rigor as necessidades da pessoa ostomizada na área do autocuidado. O enfermeiro deve avaliar a competência de autocuidado à ostomia que a pessoa apresenta para, a partir desta, estabelecer prioridades e planear as intervenções de enfermagem a executar, tendo ainda o propósito da continuidade de cuidados.

É crucial que o enfermeiro ajude cada pessoa ostomizada a desenvolver competência de autocuidado à ostomia, conhecendo as suas reais necessidades educativas, ao invés de as considerar transversais a todas as pessoas com ostomia.

Deste modo e atendendo à produção científica sobre a temática, caracterizada por informação dispersa e sem sistematização, urge a necessidade da criação de um instrumento de avaliação que permita monitorizar o desenvolvimento da competência de autocuidado da pessoa com ostomia, que contribua para uma avaliação efetiva das reais necessidades destes clientes ao longo de todo o seu processo adaptativo e, assim, para a adequação das intervenções de enfermagem.

Referências Bibliográficas

- ANDERSSON, Gun; ENGSTROM, Asa; SODERBERG, Siv (2010) – A change to life: Women's experiences of living with a colostomy after retal câncer surgery. **International Journal of Nursing Practice**. Vol. 16, p. 603-608.
- BEAVER, Kinta [et al.] (2010) – An exploratory study of the follow-up care needs of the patients treated for colorectal cancer. **Journal of Clinical Nursing**. Vol. 19, p. 3291-3300.
- CASCAIS, Ana Filipa Marques Vieira; MARTINI, Jussara Gue; ALMEIDA, Paulo Jorge dos Santos (2007) – O impacto da ostomia no processo de viver humano. **Texto Contexto Enfermagem**. Vol. 16, nº 1, p. 163-167.
- DABIRIAN, Aazam [et al.] (2010) - Quality of life in ostomy patients: a qualitative study. **Dove Press Journal**. Vol. 1, n.º5, p.1-5.

- ERWIN-TOTH, Paula Erwin (2006) – Ostomy Care and Rehabilitation in Colorectal Cancer. **Seminars in Oncology Nursing**. Vol. 22, nº 3, p. 174-177.
- FLEURY, Maria Tereza Leme; FLEURY, Afonso (2001) – Construindo o conceito de competência. **RAC**, p. 183-196.
- GOLDBERG, Margaret et al. (2010) – Management of the Patient With a Fecal Ostomy. **JWOCN**. Vol. 37, nº 6, p. 596-598;
- LOBÃO, Catarina [et al.] (2009) - Aceitando o Contra-Natura? O processo de aceitação do estado de saúde da pessoa com ostomia. **Referência**. Série II, nº 11, p. 23-36.
- MCEWEN, Melanie; WILLS, Evelyn M. (2009) – **Bases Teóricas para a Enfermagem**. 2ªed. São Paulo: Artmed Editora.
- MELEIS, Afaf Ibrahim [et al.] (2000) – Experiencing Transitions: An Emerging Middle-Range Theory. **Advances in Nursing Sciences**. Vol. 23, nº 1, p. 12-28.
- METCALF, Chris (1999) – Stoma Care: empowering patients through teaching practical skills. **British Journal of Nursing**. Vol.8, nº 9, p. 593-600.
- PITTMAN, Joyce (2011) – Characteristics of the patient with an ostomy. **Journal Wound Ostomy Continence Nursing**. Vol. 38, nº 3, p. 1-9.
- POPEK, Sarah [et al.] (2010) – Overcoming challenges: life with an ostomy. **The American Journal of Surgery**. Vol. 200, p. 640-645;
- REVELES, Audrey Garcia; TAKAHASHI, Regina Toshie (2007) – Educação em saúde ao ostomizado: um estudo bibliométrico. **Esc. Enferm. USP**. Vol. 41, nº 2, p. 245-250.
- RNAO, Registered Nurses' Association of Ontario (2009) - Ostomy Care and Management. **Registered Nurses' Association of Ontario (RNAO)**. [Em linha]. [Consult. 12 Ag. de 2009]. Disponível em WWW:<
[URL:http://www.rnao.org/Storage/59/5393_Ostomy_Care_Management.pdf](http://www.rnao.org/Storage/59/5393_Ostomy_Care_Management.pdf).
- SIMMONS, Kingsley L. [et al.] (2007) – Adjustment to colostomy: stoma acceptance, stoma care self-efficacy and interpersonal relationships. **Journal of Advanced Nursing**. Vol. 60, nº 6, p. 627-635.
- TAYLOR, Claire; MORGAN, Lindsey (2010) – Quality of life following reversal of temporary stoma after rectal cancer treatment. **European Journal of Oncology Nursing** p.1-8;

- TENANI, Ana C.; PINTO, Maria H. (2007) – A importância do conhecimento do cliente sobre o enfrentamento do tratamento cirúrgico. **Arq Ciências Saúde**. Vol.14, nº2, p. 81-8.
- THORPE, Gabrielle; MCARTHUR, Margaret; RICHARDSON, Barbara (2009) – Bodily change following faecal stoma formation: qualitative interpretive synthesis. **Journal of Advanced Nursing**. Vol. 65, nº 9, p. 1778-1789.
- WORSTER, Barbara; HOLMES, Susan (2008) – The preoperative experience of patients undergoing surgery for colorectal cancer: a phenomenological study. **European Journal of oncology Nursing**. Vol. 12, p. 418-424.

ANEXO 2

Instrumento de avaliação da competência de autocuidado da
pessoa com ostomia de eliminação intestinal

ESCOLA SUPERIOR DE ENFERMAGEM DO PORTO

CURSO DE MESTRADO EM ENFERMAGEM COMUNITÁRIA



FORMULÁRIO

**Desenvolvimento da competência de autocuidado da pessoa
com ostomia de eliminação intestinal**

Elaborado por:

Ana Gomes (3364)

Carla Silva (2761)

Teresa Cardoso (2775)

2011

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:

¹ _____

² 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 _____

² Não sabe responder

9. TIPO DE OSTOMIA DE ELIMINAÇÃO INTESTINAL:

¹ Colostomia

² Ileostomia

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?

¹ Não

² Sim

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

¹ Não

² Sim

13. REALIZADA MARCAÇÃO DO LOCAL DE CONSTRUÇÃO DA OSTOMIA?

¹ Não

² Sim

14. TEM PRESTADOR DE CUIDADOS INFORMAL?

¹ Não

² Sim 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		Demonstra Totalmente	Demonstra Parcialmente	Não demonstra	Não se Aplica
INDICADORES	46. Refere o que é uma ostomia de eliminação intestinal.				
	47. Refere qual é a finalidade da ostomia de eliminação intestinal.				
	48. Refere as características da ostomia de eliminação intestinal.				
	49. Refere os sinais de complicação da ostomia de eliminação intestinal.				
	50. Refere quais os dispositivos necessários à ostomia.				
	51. Refere quando deve proceder à substituição do saco de ostomia.				
	52. Refere quando deve proceder à substituição da placa/penso de ostomia.				
	53. Refere quais os recursos disponíveis na comunidade à pessoa ostomizada.				
	54. Reconhece as suas necessidades na área do conhecimento sobre o cuidado à ostomia.				
B) AUTO-VIGILÂNCIA		Demonstra Totalmente	Demonstra Parcialmente	Não demonstra	Não se Aplica
INDICADORES	55. Observa a ostomia de eliminação intestinal.				
	56. Identifica as características da ostomia de eliminação intestinal.				
	57. Identifica as características das fezes.				
	58. Identifica sinais de alteração das fezes.				
	59. Identifica sinais de complicação da ostomia de eliminação intestinal.				
	60. Atende à capacidade limite de preenchimento do saco de ostomia.				
	61. Regista ocorrências significativas				
C) INTERPRETAÇÃO		Demonstra Totalmente	Demonstra Parcialmente	Não demonstra	Não se Aplica
INDICADORES	62. Questiona detalhadamente com o objetivo de encontrar uma explicação.				
	63. Refere quais as possíveis causas de complicações da ostomia de eliminação intestinal.				
	64. Refere quais as possíveis causas de alteração das características das fezes.				
	65. Reconhece que os resultados do autocuidado à ostomia influenciam o seu bem-estar.				

D) TOMADA DE DECISÃO		Demonstra Totalmente	Demonstra Parcialmente	Não demonstra	Não se Aplica
INDICADORES	66. Estabelece prioridades na tomada de decisão.				
	67. Reconhece as possíveis consequências das suas decisões.				
	68. Previne as complicações da ostomia.				
	69. Verbaliza o que fazer para minimizar as complicações da ostomia.				
E) EXECUÇÃO		Demonstra Totalmente	Demonstra Parcialmente	Não demonstra	Não se Aplica
INDICADORES	70. Executa os procedimentos, atendendo ao seu conforto.				
	71. Executa os procedimentos para que o resultado seja esteticamente agradável e funcional.				
	72. Gere o tempo na execução de procedimentos para obter os melhores resultados.				
	73. Organiza o material necessário para o cuidado à ostomia.				
	74. Mede o tamanho da ostomia.				
	75. Recorta a placa/ penso de acordo com o tamanho da ostomia.				
	76. Desadapta o saco da placa de ostomia (se dispositivo de 2 peças).				
	77. Liberta os gases contidos no saco de ostomia.				
	78. Descola a placa de ostomia.				
	79. Limpa a ostomia de eliminação intestinal.				
	80. Lava a pele periestomal.				
	81. Seca a pele periestomal.				
	82. Aplica protetores cutâneos.				
	83. Cola a placa de ostomia.				
	84. Adapta o saco de ostomia (se dispositivo de 2 peças).				
	85. Confirma o ajuste do dispositivo.				
86. Realiza a técnica de irrigação intestinal.					
F) NEGOCIAÇÃO E UTILIZAÇÃO DOS RECURSOS DE SAÚDE		Demonstra Totalmente	Demonstra Parcialmente	Não demonstra	Não se Aplica
Indicadores	87. Negoceia os diferentes recursos disponíveis no apoio à pessoa ostomizada.				
	88. Recorre aos serviços de saúde para esclarecimento de dúvidas e/ ou aconselhamento.				

F) NEGOCIAÇÃO E UTILIZAÇÃO DOS RECURSOS DE SAÚDE		Demonstra Totalmente	Demonstra Parcialmente	Não demonstra	Não se Aplica
Indicadores	89. Recorre oportunamente aos serviços de saúde face a complicações da ostomia.				
	90. Avalia o cuidado prestado pelos serviços de saúde.				

GRATOS PELA SUA PARTICIPAÇÃO.

ANEXO 3

Manual de preenchimento do instrumento de avaliação

ESCOLA SUPERIOR DE ENFERMAGEM DO PORTO

CURSO DE MESTRADO EM ENFERMAGEM COMUNITÁRIA



MANUAL DE PREENCHIMENTO DO FORMULÁRIO

**Desenvolvimento da competência de autocuidado da pessoa
com ostomia de eliminação intestinal**

Elaborado por:

Ana Gomes (3364)

Carla Silva (2761)

Teresa Cardoso (2775)

2011

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 - CNP:
<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 Recepção, 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 sigmoide, 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 retal.

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 adequue, 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:

- **Demonstra totalmente** – a pessoa ostomizada demonstra totalmente a competência de autocuidado porque cumpre todos os critérios definidores dos indicadores formulados para cada domínio da competência.
- **Demonstra parcialmente** – 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 cumpre pelo menos um deles.
- **Não demonstra** – a pessoa ostomizada não demonstra competência de autocuidado porque não cumpre qualquer um dos critérios definidores para cada indicador do 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 a quando 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 ricas 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 pelos 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 higiênico (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 vazar 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 suscitem 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

Artigo de investigação sobre a construção do instrumento de avaliação do desenvolvimento da competência de autocuidado da pessoa ostomizada

Instrumento de Avaliação do Desenvolvimento da Competência de Autocuidado da Pessoa Ostomizada - Processo de Construção

Resumo

É inegável o papel do enfermeiro perante as necessidades de desenvolvimento de competências de autocuidado da pessoa com ostomia de eliminação intestinal. A sistematização da avaliação permite adequar estratégias de intervenção, cuja eficácia promove a qualidade de vida do ostomizado.

Objetivo: A correta avaliação das competências de autocuidado da pessoa ostomizada é essencial para a adequação do plano de recuperação. Face à escassez de instrumentos de avaliação, é premente investir na construção e validação destas ferramentas. O estudo a que se reporta este artigo poderá impulsionar um carácter científico à avaliação das competências de autocuidado do ostomizado.

Fontes de dados: Bases de dados: cinahl, web of science, science citation index, social citation index, conference proceedings citation index, recorrendo às palavras-chave –ostomia, avaliação, competências, autocuidado (*ostomy, assessment, skills, self-care*).

Discussão: O equilíbrio que se pretende no processo de transição saúde-doença do ostomizado deve fundamentar-se na aplicação de instrumentos de avaliação das competências de autocuidado. Instituir a avaliação, durante a adaptação do ostomizado à nova condição, permite identificar necessidades educativas, facilitando novas estratégias de intervenção (Borwell, 2009).

Conclusão: Em enfermagem, exige-se a profissionalização das práticas, sendo a avaliação das competências de autocuidado do ostomizado um desafio para a melhoria dos cuidados.

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

Assessment Tool for Development of Competence Self-Care of the Ostomate -
Building Process

Abstract

It's undeniable the nurse's role before the necessity to develop self-care competencies of the person with a bowel elimination ostomy. The systematization of

the evaluation allows us to adapt intervention strategies that can promote life quality to the person with the ostomy.

Purpose: The proper self-care competencies evaluation of the person with an ostomy is essential to adapting the recovery scheme. Due to the lackness of evaluation tools, it's imperious to invest in the construction and validation of these tools. The study, to which this article reports, may promote a scientific character to the self-care competencies evaluation of the ostomy carrier.

Sources: Data bases: cinahl, web of science, science citation index, social citation index, conference proceedings citation index, using the tag words - ostomy, assessment, skills, self-care.

Discussion: The balance we pretend in the health/illness transition process of the ostomy carrier must justify itself in the appliance of the self-care competencies evaluation tools. To instruct the evaluation during the ostomy carrier adaptation to its new condition allows us to identify educational needs, easing new intervention strategies (Borwell, 2009).

Conclusion: In nursing, it is demanded the professionalization of the practices, being the self-care competencies evaluation of the ostomy carrier a challenge to the care improvement.

Tag words: intestinal ostomy, evaluation, self-care competencies.

Herramienta de Evaluación para el Desarrollo de Competencias de Autocuidado De la Persona Ostomizada - Proceso de Construcción

Resumen

No se puede negar el papel de los enfermeros ante las necesidades de desarrollo de habilidades de autocuidado de la persona con ostomía de eliminación intestinal. La sistematización de la evaluación permite adaptar las estrategias de intervención y su eficacia promueve la calidad de vida del ostomizado.

Objetivo: La evaluación precisa de las habilidades de autocuidado de la persona con ostomía es esencial para la adecuación del plan de recuperación. Dada la escasez de instrumentos de evaluación, es urgente invertir en la construcción y validación de estas herramientas. El estudio, en que este artículo está basado, podría impulsar un carácter científico a la evaluación de las habilidades de autocuidado de la persona ostomizada.

Fuentes de datos: Bases de datos: cinahl, web of science, science citation index,

social citation index, conference proceedings citation index, utilizando las palabras clave: ostomia, evaluación, habilidades, autocuidado (*ostomy, assessment, skills, self-care*).

Discusión: El equilibrio que se busca en el proceso de transición salud-enfermedad de la persona con ostomia debe basarse en la aplicación de instrumentos para evaluar las habilidades de autocuidado. Establecer la valoración, en la adaptación a la nueva condición de ostomizado, identifica las necesidades educativas, lo que facilita nuevas estrategias de intervención (Borwell, 2009).

Conclusión: En la enfermería, se requiere la práctica profesional, siendo la evaluación de las habilidades de auto-cuidado al ostomizado un reto para mejorar los cuidados.

Palabras clave: ostomia intestinal, evaluación, habilidades de auto-cuidado.

Introdução

Entende-se que, à luz da Teoria de Transições de Enfermagem, as pessoas submetidas à construção cirúrgica de uma ostomia de eliminação intestinal estão envolvidas num processo de transição do tipo saúde-doença (Meleis, 2000), o qual gera a necessidade de adoção de estratégias de adaptação. Nesta fase, é determinante o desenvolvimento de competências no domínio do autocuidado, face às implicações físicas e psicológicas que advêm do processo de construção da ostomia de eliminação. A promoção antecipada das competências de gestão do autocuidado pode favorecer o ajustamento equilibrado da pessoa à sua nova condição (O'Connor, 2005). É crucial que o enfermeiro apoie o ostomizado neste processo, conhecendo a individualidade das suas necessidades educativas e investindo numa abordagem orientada para o nível de desenvolvimento de competências que a pessoa vai adquirindo.

Atualmente a exigência de um internamento hospitalar de curta duração, subsequente da necessidade de gestão de altas, confronta o enfermeiro para a necessidade de adoção de práticas sistematizadas que garantam, em tempo útil, a aquisição mínima de conhecimentos e habilidades por parte do ostomizado (RNAO, 2009). A decisão da alta hospitalar passa pela validação responsável do enfermeiro que acompanha o processo de desenvolvimento de competências do doente desde o período pré-operatório. Neste sentido, é perceptível a importância do processo de avaliação do desenvolvimento das competências de autocuidado

para que a definição de um diagnóstico, a este nível, seja um procedimento rigoroso e efetivo.

A produção científica sobre o processo de avaliação das competências de autocuidado da pessoa ostomizada é caracterizada por informação dispersa e sem sistematização. Esta realidade determina a necessidade da criação de instrumentos de avaliação que permitam monitorizar o desenvolvimento de competências a este nível, ao longo de todo o processo adaptativo da pessoa ostomizada, desde o pré-operatório até à sua vivência na comunidade. O desenvolvimento de padrões de observação e a sistematização da documentação, referente ao processo de aquisição de competências do ostomizado, permite ao enfermeiro identificar precocemente as necessidades específicas e adequar eficazmente as intervenções. Esta metodologia proativa favorece a melhoria da qualidade de vida da pessoa ostomizada (Colton et al., 2005) e promove a profissionalização dos cuidados de enfermagem.

Face ao exposto, encontra-se em curso um estudo cujo tema é o “Desenvolvimento da competência de autocuidado da pessoa com ostomia de eliminação intestinal”. Um dos objetivos deste trabalho é o de construir um instrumento de monitorização do desenvolvimento de competências de autocuidado da pessoa com ostomia de eliminação intestinal no sentido de responder à questão de investigação - Como avaliar as competências de autocuidado da pessoa com ostomia de eliminação intestinal definitiva ou temporária? Neste artigo pretendemos descrever a metodologia utilizada na construção do instrumento e qual a sua pertinência para a prática de enfermagem e futuras investigações nesta área.

Esperamos contribuir para o desenvolvimento da investigação no domínio da avaliação do autocuidado da pessoa ostomizada, o qual se apresenta como um desafio para a autonomia da enfermagem.

Construção do instrumento

Descrever o processo de construção do instrumento acima citado, implica uma nota prévia sobre a relação de dependência entre a investigação, a teoria e a prática. Esta é explicada por Fortin (2009), quando refere que a investigação reúne a disciplina como campo de conhecimentos, a teoria como campo de organização dos conhecimentos e a prática profissional como campo de intervenção e de investigação. Ora, foi precisamente na e da prática profissional, enquanto enfermeiras na assistência a pessoas ostomizadas, que emergiram as primeiras interrogações acerca da problemática, as quais vieram mais tarde a impulsionar a

realização deste estudo de investigação.

O contacto diário e direto com pessoas com ostomia de eliminação intestinal, na vivência de um processo de transição do tipo saúde/ doença, desencadeou a necessidade de avaliarmos as suas competências de autocuidado, no sentido de monitorizarmos o desenvolvimento destas ao longo do processo de adaptação da pessoa à nova condição – a de ostomizada. Conscientes do que pretendíamos conhecer e sabedoras que a nossa questão de investigação determinaria o desenho do estudo e o método a utilizar, demos início à pesquisa da evidência subordinada ao tema.

Perante a escassez de instrumentos de monitorização do desenvolvimento de competências de autocuidado da pessoa com ostomia de eliminação intestinal e perante informação dispersa e sem sistematização, pareceu-nos válida a construção de um instrumento orientado para esta vertente. Este responderia a preocupações atuais, mostrando-se útil para a prática profissional dos enfermeiros, ao contribuir para o avanço do conhecimento científico nesta área de interesse.

Para darmos início à construção do instrumento propriamente dito, baseamo-nos nos passos definidos por Hulley e colaboradores (2008) para a construção de instrumentos para estudo. Assim, sentimos necessidade de definir, à priori, o conceito de competência e autocuidado, na medida da sua importância no estudo em questão. Freixo (2011) explica que a primeira etapa da construção de um instrumento de medida é a definição precisa dos conceitos, nos quais as questões de investigação se apoiam.

Consideramos que a competência é a integração do conhecimento, da habilidade e da atitude (Bloom et al., 1956, cit. por Metcalf, 1999). A competência não se limita apenas à demonstração da capacidade cognitiva, psicomotora ou afetiva, é antes a aplicação conjunta destas ao contexto, podendo ser entendida como um saber em ação. A pessoa com ostomia de eliminação intestinal possuirá, portanto, competência de autocuidado quando for capaz de mobilizar, integrar e transferir os conhecimentos, recursos e habilidades para o cuidado à ostomia (Fleury e Fleury, 2001). Por sua vez, o termo autocuidado refere-se à função humana que regula o que é uma ação deliberada para garantir ou até suprir as necessidades inerentes à continuidade da vida, ao crescimento e desenvolvimento, assegurando a integridade humana (McEwen e Wills, 2009). Estabelecendo novamente o paralelismo com o contexto da pessoa ostomizada, poderá definir-se autocuidado como a capacidade da pessoa aplicar na prática as competências de gestão dos cuidados à ostomia (O'Connor, 2005).

Definidos os conceitos a operacionalizar, procede-se à sua decomposição e seleção dos indicadores que determinarão as questões a colocar (Freixo, 2011). Para tal, além de recorrermos ao conhecimento científico atual pertinente na área, também nos socorremos da Classificação dos Resultados de Enfermagem (Nursing Outcomes Classification - NOC), dado o seu alto valor conceptual.

O recurso à NOC permitiu-nos identificar alguns indicadores a considerar aquando a construção do instrumento citado. Assim, na área do “*conhecimento: cuidados com a ostomia*”, selecionamos como indicadores pertinentes, a descrição do funcionamento da ostomia, a descrição da finalidade da ostomia, a descrição do cuidado com a pele ao redor da ostomia, a descrição da técnica de irrigação, a descrição do procedimento de troca ou esvaziamento do conteúdo da bolsa de ostomia, a descrição das complicações relacionadas à ostomia e à pele, a descrição da periodicidade para troca da bolsa de ostomia e a descrição dos suprimentos necessários para o cuidado com a ostomia. Relativamente à área do “*autocuidado de ostomia*”, selecionamos os seguintes indicadores: descreve o funcionamento da ostomia, descreve a finalidade da ostomia, mostra-se confortável em olhar para a ostomia, demonstra cuidado com a pele ao redor da ostomia, demonstra técnica de irrigação adequada, esvazia a bolsa de ostomia, troca a bolsa de ostomia, monitoriza complicações com a ostomia, monitoriza a quantidade e consistência das fezes, segue esquema para troca de bolsa, obtém suprimentos para cuidados com a ostomia e procura profissionais para assistência, se necessário.

Determinado o que pretendíamos medir e munidas de indicadores válidos extraídos da literatura na área, da NOC e da nossa experiência profissional, passamos para a construção propriamente dita do instrumento. A panóplia de informação reunida forçou-nos à sua organização. Freixo (2011) defende que nesta fase é interessante e sobretudo útil, a consulta de outros instrumentos de medida que tratem temas similares ou conexos, de forma a aproveitar-se a experiência dos outros e assim, tomar consciência de certas formulações.

Seguindo esta orientação, utilizamos a lógica de um instrumento já existente, criado por Schumacher e colaboradores (2000) que avalia a habilidade de cuidar do prestador de cuidados informal, fazendo referência às nove dimensões desse papel. A cada uma dessas dimensões correspondem indicadores que não são menos do que, características observáveis face ao cuidado prestado, refletindo o nível de habilidade com que o cuidado é realizado. Schumacher e colaboradores (2000) elegeram a monitorização/acompanhamento, a interpretação, a tomada de decisões, a atuação/execução, a realização de ajustes/acertos, a providência de

recursos, a prestação de cuidados, o trabalho em conjunto com a pessoa doente e a negociação com o sistema de saúde como as nove dimensões do papel de prestador de cuidados informal.

Para Schumacher e colaboradores (2000), a habilidade da família para cuidar é definida como a capacidade desta reunir de forma fluída e eficaz as nove dimensões do papel de prestador de cuidados informal, consideradas essenciais no processo de prestação de cuidados. Para os autores, é esperado que a família observe o recetor dos cuidados, de forma a identificar possíveis mudanças na sua condição (monitorização); reconheça e compreenda as alterações no curso normal ou esperado da sua condição clínica (interpretação); escolha um percurso de ação, assente na observação e interpretação da situação (tomada de decisões); aja de acordo com a decisão tomada, respeitando as instruções (atuação/execução); refina progressivamente a sua forma de cuidar até encontrar estratégias eficazes (realização de ajustes/acertos); obtenha recursos necessários à prestação de assistência, desde informação e equipamentos (providência de recursos); preste os cuidados com delicadeza, obtendo resultados esteticamente agradáveis, atendendo à segurança e conforto do doente (prestação de cuidados); entenda o cuidar como um processo de partilha, estando sensível à personalidade do doente (trabalho em conjunto) e assegure as necessidades do recetor (negociação com o sistema de saúde).

De igual modo, a natureza multidimensional da competência de autocuidado à ostomia determinou que identificássemos seis domínios, fazendo corresponder indicadores a cada um, já que, como afirmam Schumacher e colaboradores (2000), a compreensão das propriedades e dimensões da competência passa por identificar os indicadores de mudança. Acompanhando o mesmo raciocínio, identificámos o conhecimento, a autovigilância, a interpretação, a tomada de decisão, a execução e a negociação e utilização dos recursos de saúde como os seis domínios basilares da competência de autocuidado à ostomia, fazendo corresponder a cada um deles indicadores definidos e reunidos já numa fase anterior.

A construção de um instrumento de avaliação responde a um dos objetivos do estudo de investigação em questão, sendo importante, neste contexto, explorar a noção de medida. A medida tem um papel determinante na investigação e, segundo Fortin (2009), a sua definição exige que o investigador clarifique os conceitos a medir, as unidades e regras de medida. Neste sentido, emerge a operacionalização dos conceitos, implicando que os mesmos se tornem explícitos com a definição das suas dimensões e indicadores utilizados para os medir.

No que se refere à avaliação do conhecimento, pretende-se verificar quais as concepções teóricas que a pessoa possui relativas ao autocuidado da ostomia. Os indicadores de resultado referentes a este domínio passam pela verbalização, por parte da pessoa, de aspetos como o conceito de ostomia, finalidade, características e sinais e sintomas de complicação das fezes, ostomia e pele periestomal. Neste domínio pretende-se também avaliar se a pessoa ostomizada sabe quais os dispositivos necessários ao cuidado à ostomia, se verbaliza corretamente quando estes devem ser substituídos e se reconhece as suas necessidades na área do conhecimento e quais os recursos disponíveis na comunidade.

Os indicadores do domínio da auto-vigilância são utilizados para avaliar que tipo de competências a pessoa demonstra ao nível da auto-vigilância relativa ao cuidado à ostomia. Ao inquiridor cabe observar as atividades desenvolvidas durante procedimentos relativos à auto-vigilância como a identificação por parte do ostomizado de características, sinais de complicação das fezes e/ ou da ostomia, momento adequado para a substituição de material e a capacidade de registo de intercorrências, decorrentes do autocuidado.

A interpretação é outro domínio da competência em avaliação, cuja condição se manifesta pela capacidade da pessoa em interpretar as situações associadas ao cuidado à ostomia. A capacidade de interpretar pressupõe que a pessoa seja capaz de colocar questões e referir possíveis fatores relacionados a alterações ou complicações inerentes ao autocuidado.

A avaliação do domínio da tomada de decisão considera a capacidade da pessoa para decidir no contexto do autocuidado. A apreciação dos critérios definidores deste domínio é feita pela verbalização de procedimentos associados ao estabelecimento de prioridades, reconhecimento de implicações das decisões da pessoa e prevenção de complicações.

No domínio da execução pretende-se avaliar se a pessoa executa os procedimentos expectáveis ao cuidado à ostomia, traduzidos em critérios definidores como o cuidado em relação ao conforto, à estética, à gestão do tempo e organização de material. Pressupõe-se também a avaliação dos procedimentos da pessoa ostomizada durante a técnica de substituição da troca do saco/ placa de ostomia, da higiene da ostomia e pele periestomal e da técnica de irrigação intestinal.

O último domínio da competência de autocuidado avaliado é a negociação e utilização de recursos de saúde, cujos indicadores se traduzem pela intenção ou demonstração da pessoa ostomizada em negociar e utilizar os recursos disponíveis

para o cuidado à ostomia. Os critérios definidores destes indicadores sugerem avaliar se a pessoa pretende negociar ou se negocea adequadamente com os serviços e recursos disponíveis na comunidade. Neste domínio pretende-se aferir se a pessoa demonstra competências de negociação face a questões como a aquisição de material, aconselhamento perante dúvidas ou complicações e avaliação dos cuidados prestados pelos serviços de saúde.

O processo de operacionalização dos conceitos/ variáveis passa, segundo Fortin (2009) pela escolha ou elaboração de instrumentos de medida. No caso do nosso estudo, para medir os indicadores dos domínios supramencionados, optámos por utilizar uma escala de avaliação ordinal, cujas categorias discriminam o nível de competência que a pessoa possui no autocuidado da ostomia. Neste sentido, os indicadores são passíveis de serem avaliados segundo uma escala de avaliação, com as opções de resposta: demonstra totalmente, demonstra parcialmente e não demonstra.

O preenchimento do instrumento descrito pressupõe que o inquiridor (enfermeiro) avalie (questionando e/ ou observando) a pessoa ostomizada sobre os indicadores relativos a cada domínio da competência de autocuidado. A avaliação do desempenho da pessoa ostomizada deve traduzir-se pela seleção de uma das hipóteses de resposta acima mencionadas. A pessoa ostomizada demonstra totalmente um dado indicador quando cumpre todos os critérios definidores desse mesmo indicador. A pessoa demonstra parcialmente uma competência quando não cumpre todos os critérios, mas cumpre pelo menos um. A seleção da opção não demonstra é feita quando não cumpre qualquer um dos critérios definidores do indicador em causa. 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 do ostomizado, quer porque não existem dados suficientes para a sua avaliação.

O instrumento em questão, além de apresentar a escala, explorada anteriormente, integra também uma primeira parte, composta por questões capazes de recolher informação passível de caracterizar a pessoa sob o ponto de vista sociodemográfico e clínico. Surgem assim variáveis de atributo que permitem a recolha de dados como o género, idade, estado civil, habilitações literárias, atividade profissional e presença de um prestador de cuidados informal associado. Este tipo de variáveis de atributo é importante, não só para a caracterização da amostra, como para o levantamento futuro de algumas hipóteses na investigação. No seguimento das variáveis de atributo surgem as variáveis clínicas que permitem colher dados como o diagnóstico clínico associado à cirurgia e o tipo de ostomia de

eliminação intestinal. Por fim, as variáveis de tratamento são definidas para 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 ostomizadas.

Após a exposição do conteúdo do instrumento de avaliação, é importante referir que este foi elaborado no sentido de ser aplicado, enquanto formulário, pelo investigador ou enfermeiro(a) responsável pelos cuidados à pessoa ostomizada. Esta opção garante maior taxa de resposta, permitindo uma melhor avaliação da resposta dada, aumentando a validade da informação. A presença do inquiridor, permite trabalhar com questões mais complexas, na medida em que se pode explicar ao participante o que ele não entende. É possível também, com a aplicação do formulário, além de recolher os dados das questões já estruturadas, obter outras informações através da observação ou discurso da pessoa, que podem ser importantes para futuras inferências ou interpretações.

Além da construção do instrumento ilustrado, também elaborámos um manual do seu preenchimento, de forma a esclarecer e definir critérios de preenchimento, com o objetivo de uniformizar metodologias de formulação das questões e evitar o enviesamento dos dados. Este documento é essencialmente um instrumento de consulta no contexto da aplicação do formulário, para esclarecer alguma dúvida, nomeadamente quando utilizado pelo(a) enfermeiro(a) que não o investigador. Neste manual de preenchimento estão primeiramente as definições das variáveis sociodemográficas e clínicas, com as indicações de seleção. Numa segunda parte são definidos os domínios da competência de autocuidado e respetivos indicadores, correspondendo a cada um as características definidoras. Estas são o fundamento teórico para a seleção das opções na escala de avaliação, já descrita anteriormente.

Na sequência da construção do instrumento em questão, seguiu-se a apreciação do mesmo junto de um grupo de peritos, no sentido de avaliar a sua validade de conteúdo. *“Uma vez elaborado o esboço do instrumento, o próximo passo é submetê-lo a uma revisão crítica que poderá ser conduzida por pares, mentores ou peritos no assunto”* (Hulley et al., 2008, p.267).

Um instrumento é válido se ele mede o que é suposto medir e, segundo Fortin (2009), a validade de conteúdo reporta-se ao carácter representativo dos enunciados utilizados num instrumento para medir o conceito ou o domínio em estudo. Quando um investigador elabora um instrumento, a sua principal

preocupação é assegurar-se de que os enunciados que ele contém são representativos do domínio que o investigador quer medir. Assim, a validade de conteúdo está diretamente ligada à definição teórica do conceito, à definição precisa do objeto de estudo e à determinação dos indicadores que servem para avaliar os comportamentos a observar (Ribeiro, 1999 e Fortin, 2009).

Relativamente ao processo de seleção do grupo de peritos, reunimos cinco elementos *experts* na área do autocuidado e das ostomias, sendo segundo Lynn (1986) recomendável pedir ajuda a pelo menos cinco peritos, podendo no entanto possível obter dados satisfatórios com três peritos (cit. por Fortin, 2003).

Os peritos devem ter uma competência na elaboração de instrumentos ou ter um conhecimento da disciplina a que diz respeito (Burns e Grove, 2001, cit. por Fortin, 2003). Neste sentido, do grupo de peritos selecionado constavam três enfermeiras estomaterapeutas, uma mestre na área das ostomias e uma mestre na área do autocuidado.

Esta seleção de peritos foi feita no sentido de permitir o contributo diversificado dos intervenientes para a validação dos conteúdos inerentes à competência de autocuidado à ostomia. No sentido de preparar esta reunião, foi enviado antecipadamente um instrumento a cada um dos peritos, permitindo um conhecimento prévio do seu conteúdo, pois como defende Fortin (2003), os peritos devem estar familiarizados com um ou outro aspeto da investigação.

A metodologia utilizada na reunião foi o método expositivo, onde foi apresentado inicialmente o instrumento, proporcionando a discussão dentro do grupo de peritos acerca de cada indicador relativo aos diferentes domínios da competência de autocuidado à ostomia. A discussão centrou-se na avaliação de cada indicador no sentido de verificar se este era pertinente, se media aquilo que era suposto medir e se era representativo do domínio em avaliação.

O grupo de peritos concluiu que todos os indicadores eram pertinentes e adequados aos domínios em avaliação. Após esta fase, submeteu-se o instrumento a uma análise sobre a sintaxe utilizada, não tendo sido apontada qualquer retificação por parte de um professor de português.

Após as fases descritas anteriormente, chegou-se à versão final do instrumento, a qual serviu de modelo para a realização do pré-teste. Ghiglione e Matalon (2005) explicam que qualquer instrumento construído deve ser submetido a um pré-teste junto de uma pequena amostra da população a inquirir, cerca de uma dezena.

Como forma de testar o instrumento no contexto dos três cortes em estudo, aplicamos o pré-teste a cinco pessoas no período pré-operatório, a cinco pessoas

no momento da alta clínica e a cinco pessoas na comunidade, perfazendo um total de quinze pessoas. O pré-teste tem como objetivo aferir o instrumento, corrigindo-se eventuais dúvidas de interpretação colocadas pelos sujeitos (Ribeiro, 1999; Hulley et al., 2008; Freixo, 2011). Permite ainda garantir, de acordo com Ghiglione e Matalon (2005), que o instrumento seja de facto aplicável e responda efetivamente aos problemas colocados pelo investigador.

Da aplicação do pré-teste, não surgiu a necessidade de qualquer alteração ao conteúdo, pelo que concluímos ser perceptível e adequado à amostra em questão, e portanto, à população em estudo.

O instrumento de avaliação construído pretende-se que seja um contributo para a avaliação da competência de autocuidado da pessoa com ostomia de eliminação intestinal ao longo do seu processo de transição saúde/ doença. Este instrumento de avaliação, a utilizar pelos enfermeiros, deverá ser aplicado desde a fase pré-operatória, durante o internamento hospitalar até um qualquer momento de contacto com a pessoa na comunidade.

A sistematização da avaliação da competência de autocuidado da pessoa com ostomia de eliminação intestinal contribui para a definição rigorosa do diagnóstico e das intervenções de enfermagem em função das necessidades educativas individuais. Esta metodologia favorece a continuidade dos cuidados, evitando perda de informação relativa ao processo de adaptação da pessoa ostomizada, com ganhos para a sua qualidade de vida.

A evolução dos sistemas de informação e documentação em saúde, paralelamente ao desenvolvimento deste tipo de metodologia de recolha de dados, trará certamente contributos para o resumo mínimo de dados nesta área, essencial para futuras investigações. Neste sentido, consideramos que seria importante o desenvolvimento de trabalhos de investigação na área da monitorização da competência de autocuidado da pessoa com ostomia de eliminação intestinal, nomeadamente com a validação do instrumento em causa no referido estudo.

Referências Bibliográficas

- BORWELL, Barbara (2009) - Continuity of care for the stoma patient: psychological considerations. **British Journal of Community Nursing**. Vol. 14, nº 8, p. 326-331.
- COLTON, Beverley; MCKENZIE, Fran; SHELDON, Janet; SMITH, Amanda; TAPPE, Albertus; WOOLLEY, Doreen; INGRAM, Vicki (2005) - Global stoma care challenges: A united approach. **WCET Journal** [Em linha]. Vol. 25, nº 4, p. 15-21 [Consult. 12 Ab. 2011]. Disponível em WWW:URL:<http://www.dansac.com/files/Miscellaneous/Nurses_Forum/Ostomy%20Forum/Ostomy%20Forum%20article%20January%202005.pdf>.
- FLEURY, Maria Tereza Leme; FLEURY, Afonso (2001) – Construindo o conceito de competência. **RAC**. p. 183-196;
- FORTIN, Marie-Fabienne (2009) – **Fundamentos e etapas do processo de investigação**. Loures: Lusodidacta, ISBN 978-989-8075-18-5, 595p;
- FREIXO, Manuel João Vaz (2011) – **Metodologia Científica, Fundamentos, Métodos e Técnicas**. 3ªed. Lisboa: Instituto Piaget, ISBN 978-989-659-077-2, 296p;
- GHIGLIONE, Rodolphe; MATALON, Benjamin (2005) – **O Inquérito, Teoria e Prática**. 4ªed. Oeiras: Celta Editora, ISBN 972-774-120-7, 336p;
- HULLEY, Stephen B.; CUMMINGS, Steven R.; BROWNER, Warren S.; GRADY, Deborah G.; NEWMAN, Thomas B. (2008) – **Delineando a Pesquisa Clínica, Uma abordagem epidemiológica**. 3ªed. Porto Alegre: Artmed, ISBN 978-85-363-1361-0, 384p;
- JOHNSON, M.; MAAS, M.; MOORHEAD, S. (2000) - **-Nursing Outcomes Classification – NOC**. 2ª Ed. St. Louis : Mosby.
- MCEWEN, Melanie; WILLS, Evelyn M. (2009) – **Bases Teóricas para a Enfermagem**. 2ªed. São Paulo: Artmed Editora, ISBN 978-85-363-1788-5;
- MELEIS, Afaf Ibrahim; SAWYER, Linda M; IM, Eun-Ok; MESSIAS, DeAnne K. Hilfinger; SCHUMACHER, Karen (2000) – Experiencing Transitions: An Emerging Middle-Range Theory. **Advances in Nursing Sciences**. Vol. 23, nº 1, p. 12-28.
- METCALF, Chris (1999) – Stoma Care: empowering patients through teaching practical skills. **British Journal of Nursing**. Vol.8, nº 9, p. 593-600;
- O'CONNOR, Gloria (2005) – Teaching stoma-management skills: the

importance of self-care. **British Journal of Nursing**. Vol. 14, nº 6, p. 320-324.

- RIBEIRO, José Luís Pais (1999) - **Investigação e avaliação em psicologia e saúde**. Lisboa: Climepsi Editores;
- RNAO, Registered Nurses' Association of Ontario. (2009) - Ostomy Care and Management. Toronto, Canada : **Registered Nurses' Association of Ontario**, 2009. 115 p.
- SCHUMACHER, Karen L.; STEWART, Barbara J.; ARCHBOLD, Patricia G.; DODD, Marylin J.; DIBBLE, Suzanne L. (2000) - Family Caregiving Skill: Development of the Concept. **Research in Nursing & Health**. Vol. 23, nº 3, p.191-203.

ANEXO 5

Escala de Mini-Mental State Examination (MMSE)

O Mini-Exame do Estado Mental (MMSE) é um teste neuropsicológico e uma escala de avaliação cognitiva, mais amplamente utilizada com essa finalidade.

Como todos os testes breves, apresenta limitações, contudo é válido especialmente na avaliação preliminar dos distúrbios cognitivos para pessoas idosas e com mais de oito anos de escolaridade.

O Mini Exame do Estado Mental – MEEM, baseia-se nos seguintes itens:

- Orientação
- Registo ou Retenção
- Atenção e Calculo
- Memória
- Linguagem

Todos os itens são pontuados com um ponto cada se respondidos corretamente. A pontuação máxima é de trinta pontos.

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.

Escala de Mini-Mental State Examination (adaptada)

1.1. Orientação (1 ponto por cada resposta correta)

- 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 correta)

Pera _____ 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 correta)

30 ____ 27 ____ 24 ____ 21 ____ 18 ____ 15 ____

Nota: _____

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

Pera _____ Gato _____ Bola _____

Nota: _____

1.5. Linguagem (1 ponto por cada resposta correta)

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)

Nota: _____

Pega no papel com a mão direita _____

Dobra o papel ao meio _____

Colocar o papel na mesa _____

- 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)

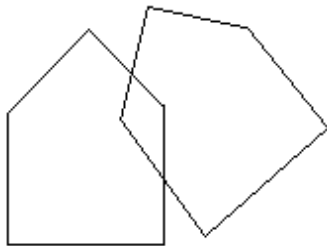
Nota: _____

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

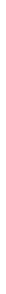
(Tremor e erros de rotação não são valorizados – pontuada com 1 ponto)

Nota: _____

Desenho



Cópia



TOTAL DO TESTE:

ANEXO 6

Distribuição dos critérios de exclusão
e dos contactos efetuados

CRITÉRIOS DE EXCLUSÃO IDENTIFICADOS NO ESTUDO

Unidade de Saúde	Dependência	Alterações Consciência	Urostomia	Traqueostomia	Cistostomia	Reconstrução Intestinal	Incontactável	Óbito	TOTAL (sem critérios)
UCSP Sra. Hora	4	0	4	0	1	2	3	1	15
USF Lagoa	4	0	2	1	1	2	0	1	11
UCE Sra. Hora	5	0	4	1	1	0	1	0	12
USF Progresso	7	1	3	1	0	0	2	1	15
USF Dunas	3	0	3	0	0	0	1	0	7
UCSP Matosinhos	3	0	0	0	0	0	1	0	4
USF Horizonte	3	0	2	0	0	2	0	0	7
USF Oceanos	7	0	3	0	0	1	4	2	17
TOTAL	36	1	21	3	3	7	12	5	88

CONTACTOS EFETUADOS NO ESTUDO

UNIDADE DE SAÚDE	TOTAL (SEM CRITÉRIOS)	PREENCHIDOS	TOTAL DE CONTACTOS EFETUADOS	TOTAL DE UTENTES (INICIAL)	CONTACTOS NA AMOSTRA %
UCSP Sra. Hora	15	17	32	37	86,5
USF Lagoa	11	15	26	27	96,3
UCE Sra. Hora	12	8	20	21	95,2
USF Progresso	15	6	21	24	87,5
USF Dunas	7	5	12	14	85,7
UCSP Matosinhos	4	12	16	18	88,9
USF Horizonte	7	13	20	25	80,0
USF Oceanos	17	4	21	21	100,0
TOTAL	88	80	168	187	89,8

ANEXO 7

Quadro representativo da distribuição da amostra, conforme a profissão

Profissão	Frequência (n=17)	Percentagem (%)
Agricultor	1	5,9
Comerciante	2	11,8
Operários, artífices e trabalhadores similares	2	11,8
Pessoal administrativo e similares	3	17,6
Técnico e profissionais de nível intermédio	3	17,6
Trabalhador não qualificado	2	11,8
Vendedor	4	23,5

ANEXO 8

Carta submetida ao Conselho de
Administração da ULS

Unidade Local de Saúde de Matosinhos

Ao cuidado do Exmo. Sr. Presidente do
Conselho de Administração da ULSM

Assunto: Pedido de autorização para o estudo - “Desenvolvimento de competências de autocuidado da pessoa com ostomia de eliminação intestinal”.

Exmo. Senhor Presidente do Conselho de Administração da ULSM, Dr. Torcato Santos.

Teresa Maria Silva Cardoso, na qualidade de Aluna do Curso de Mestrado em Enfermagem Comunitária da Escola Superior de Enfermagem do Porto, vem por este meio solicitar a Vossa Exa. autorização para realizar na ULSM o Estudo de Investigação / Trabalho Académico acima mencionado, de acordo com o projeto de Dissertação que anexo a este documento.

Apresento desde já os meus cumprimentos,

Teresa Maria Silva Cardoso

(Enfermeira especialista a exercer funções na UCC de Matosinhos).

(Teresa Maria Silva Cardoso)

MATOSINHOS, janeiro de 2011

ANEXO 9

Carta de explicação do estudo e
declaração do consentimento informado

CARTA DE EXPLICAÇÃO DO ESTUDO

Antes de decidir se vai colaborar neste estudo, deve primeiro compreender o seu propósito, o que se espera da sua parte, os procedimentos que se irão utilizar, os riscos e os benefícios de participar neste estudo.

Pedimos para que leia todo o documento e se sinta à vontade para colocar todas as questões que pretender antes de aceitar fazer parte do estudo.

Teresa Maria Silva Cardoso, a frequentar o Curso de Mestrado em Enfermagem Comunitária da Escola Superior de Enfermagem do Porto, pretende desenvolver um estudo de investigação sobre “**Desenvolvimento de competências de autocuidado da pessoa com ostomia de eliminação intestinal**”. Este estudo tem como objetivos:

1. Construir um instrumento de monitorização do desenvolvimento de competências de autocuidado da pessoa com ostomia de eliminação intestinal;
2. Descrever as competências de autocuidado da pessoa com ostomia de eliminação intestinal em contexto comunitário.

PARTICIPAÇÃO: A sua participação no estudo é voluntária. Se decidir não tomar parte no estudo, receberá todos os cuidados de enfermagem correspondentes com a sua situação e com os padrões de qualidades da Unidade Local de Saúde de Matosinhos. Se decidir participar, poderá sempre deixar de o fazer a qualquer momento.

PROCEDIMENTO: Se aceitar participar neste estudo, vai-lhe ser solicitado preenchimento de um formulário, onde lhe serão colocadas algumas perguntas sobre o tema em estudo. O trabalho de investigação prevê-se estar concluído em julho de 2011, podendo a partir dessa altura solicitar a consulta dos resultados, junto da enfermeira investigadora.

RISCOS E BENEFÍCIOS DE PARTICIPAR NO ESTUDO: Não existem quaisquer riscos para os participantes do estudo. Não se preveem benefícios imediatos. Contudo, a realização do estudo poderá permitir para uma maior e melhor participação das pessoas no seu processo de cuidados de enfermagem.

CONFIDENCIALIDADE: Todos os dados relativos a este estudo serão mantidos sob sigilo. 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 intervenientes. Após a conclusão do estudo, todos os dados relativos aos intervenientes e que possam conduzir à sua identificação, serão destruídos.

DECLARAÇÃO DE CONSENTIMENTO INFORMADO

Estudo sobre “**Desenvolvimento de competências de autocuidado 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.

Da informação e explicação que me foi prestada constou a finalidade, os procedimentos, os riscos e benefícios do estudo, sendo-me garantida a confidencialidade da informação.

Por isso, aceito participar no estudo respondendo às questões que forem colocadas durante o preenchimento do formulário. Este procedimento pode ser realizado na consulta de enfermagem agendada para a Unidade de Cuidados de Saúde Primários onde estou inscrito(a), ou caso não me possa lá deslocar será efetuada no domicílio.

, _____ de _____ de 2011

Assinatura do participante:

Assinatura do entrevistador:

ANEXO 10

Parecer do Conselho de Administração da ULS

De: Carlos Aurélio

Enviada: quinta-feira, 17 de fevereiro de 2011 12:57

Para: Teresa Cardoso (Teresa.Cardoso@ulsm.min-saude.pt)

Assunto: FW: PEDIDO DE RECOLHA DE DADOS

Exma. Senhora

Enfermeira Teresa Maria Silva Cardoso

Serve o presente para lhe comunicar que o seu pedido para recolha de dados, para realizar um estudo de investigação sobre “ Desenvolvimento de competências de auto cuidado da pessoa com Ostomia de eliminação intestinal”, foi autorizado após o seguinte parecer da Comissão de Ética: “Avaliado o pedido da realização deste estudo, foi decidido nada opor à sua realização nos moldes em que nos foi remetido o exemplar do inquérito a realizar. Se como é referido na página 18 do projeto, houver alterações introduzidas no inquérito propostas pelos autores ou outros peritos, o mesmo deverá ser remetido novamente a esta Comissão para apreciação”

Com os meus melhores cumprimentos



Carlos Aurélio

SECRETARIADO CONSELHO ADMINISTRAÇÃO

Telefone - 22 9391659

carlos.aurelio@ulsm.min-saude.pt

Texto convertido pelo conversor da Porto Editora, respeitando o Acordo Ortográfico de 1990.

