



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

Validação do formulário de avaliação do Desenvolvimento
da competência de autocuidado na pessoa com ostomia de
ventilação

Dissertação de Mestrado

Brizida Manuela Barbosa Pereira

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

VALIDAÇÃO DO FORMULÁRIO DE AVALIAÇÃO DO DESENVOLVIMENTO DA
COMPETÊNCIA DE AUTOCUIDADO NA PESSOA COM OSTOMIA DE VENTILAÇÃO

VALIDATION OF A FORM TO ASSESS THE SELF-CARE COMPETENCE OF THE PERSON WITH
VENTILATION OSTOMY

Dissertação orientada pela Professora Doutora Maria Alice Correia de Brito e coorientada
pela Mestre Sílvia Maria Moreira Queirós

Brizida Manuela Barbosa Pereira

Porto, 2019

AGRADECIMENTOS

A elaboração deste trabalho de investigação não teria sido possível sem a colaboração e participação de diversas pessoas, pelo que, gostaria de expressar a minha gratidão e estima a todos que contribuíram para que este trabalho se tornasse realidade. A todos quero manifestar os meus sinceros agradecimentos.

Às minhas orientadoras, Professora Doutora Alice Brito e Mestre Sílvia Queirós, por toda a disponibilidade, apoio incondicional, aprendizagens e reflexões proporcionadas, partilha do saber e valioso contributo ao longo desta trajetória.

À Professora Doutora Célia Santos, pelo seu contributo, pela sua admirável disponibilidade, pelo seu incentivo e encorajamento, e pelos preciosos conselhos.

Ao Enfermeiro Mário Silva, elo de ligação com a consulta externa (CE) de Otorrino do CHSJ, pela sua generosa disponibilidade, por ter agarrado este projeto com agrado, por me ter coadjuvado em tudo o que era necessário para a colheita de dados, pelo seu profissionalismo excecional e humanismo extraordinário.

À Enfermeira Anabela Machado, elo de ligação com a Clínica de cabeça e pescoço do IPO Porto, por toda a atenção disponibilizada, por toda a colaboração na sinalização de possíveis participantes, e pelas experiências facultadas no âmbito da oncologia. Não esquecendo a coajuda da Terapeuta Rita Viana, e da Enfermeira Isabel Moreira, o meu muito obrigado!

À Enfermeira Ana Gomes Costa e à terapeuta Joana Frutuoso, da CE de Otorrino da Unidade local de Saúde de Matosinhos, por toda a recetividade, ajuda e cooperação na recolha de dados.

À minha Mãe, por sempre me ter incentivado, por nunca me ter deixado “morrer na praia”, pelo carinho e dedicação constante que permitiram levar este trabalho a bom porto.

À minha afilhada, Enfermeira Margarida Júlio, por todo o apoio incondicional, pela força, pelas suas sugestões e pela sua contribuição.

A todas as pessoas com ostomia de ventilação, por terem aceite participar neste estudo, pelo tempo que disponibilizaram e pelas experiências e conhecimento proporcionado. Um agradecimento especial à Associação Portuguesa de limitados da voz, ao Sr. José Costa, ao Sr. Vladimiro Silva, ao Sr. Moisés Leal, ao Sr. António Braga, e a todos os voluntários.

ABREVIATURAS

% - Percentagem

A - Amplitude

CIPE® - Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem

Ca - Carcinoma

CIE - Conselho Internacional de Enfermeiros

Cit. por - citado por

DGS - Direção geral de Saúde

DP - Desvio padrão

ESEP - Escola Superior de Enfermagem do Porto

et al. - e outros

Gl - Graus de liberdade

LT - Laringectomia total

M - Média

Me - Mediana

Mo - Moda

Min - Mínimo

Máx - Máximo

MMSE - Mini-Mental State Examination

NOC - Nursing Outcomes Classification

nº - número

n.s. - não significativo

ORL - Otorrinolaringologia

p - Valor de significância

p. - página

RNAO - Registered Nurses Association of Ontario

rs - coeficiente de correlação de Spearman

Sig. - Significância estatística

SM - Score médio

SPSS - Statistical Package for Social Sciences

U - Teste de Mann-Whitney

RESUMO

O desenvolvimento da competência de autocuidado à ostomia de ventilação é considerado um processo complexo, exigindo uma avaliação prévia, planeamento, instrução, treino, bem como a continuidade de cuidados na comunidade, sendo o enfermeiro o profissional mais habilitado para o realizar. A utilização de um formulário para a avaliação da competência de autocuidado na pessoa com ostomia de ventilação permite uma recolha de dados mais completa, sistemática e rigorosa, facilitando a identificação das necessidades em cuidados de enfermagem da pessoa, bem como das intervenções a implementar face às necessidades identificadas. Além disso, contribui para uma melhoria na partilha de informação entre recursos hospitalares e comunitários, visto que uniformiza e sistematiza a informação relativa à competência de autocuidado à ostomia de ventilação.

Este estudo tem como objetivos: proceder à validação do formulário “Avaliação do Desenvolvimento da Competência de Autocuidado na Pessoa com Ostomia de Ventilação” (Queirós et al., 2015), bem como descrever esse nível de competência e perceber se existem diferenças de acordo com as variáveis de atributo, clínicas e de tratamento. Trata-se de um estudo que assenta no paradigma de investigação quantitativo, sendo considerado metodológico, observacional, descritivo e transversal. A amostra foi constituída por 195 indivíduos acompanhados no Instituto Português de Oncologia do Porto, Centro Hospitalar São João e Unidade Local de Saúde de Matosinhos, portadores de traqueostomia ou que aguardavam a sua confecção.

Para se proceder à validação do formulário efetuou-se testes à sua fidelidade, validade e sensibilidade clínica. O instrumento demonstrou um grau elevado de fidelidade com excelentes valores de consistência interna e correlações positivas muito fortes tanto na concordância entre avaliadores como no teste das duas metades. Revelou um bom grau de validade bem como sensibilidade clínica.

Considerando a segunda parte do estudo, a amostra demonstrou ser parcialmente competente no autocuidado à ostomia de ventilação, sendo que o seu nível de competência variou de acordo com as habilitações literárias, situação profissional, tempo decorrido da cirurgia, duração da ostomia, contacto prévio com pessoas traqueostomizadas e a presença de cuidador informal, podendo estes ser considerados fatores facilitadores ou dificultadores para o desenvolvimento da competência de autocuidado.

O formulário mostrou ser uma ferramenta eficaz na colheita de dados, facilitando a conceção de cuidados de enfermagem, nomeadamente no que diz respeito ao diagnóstico e intervenções a serem implementadas, não esquecendo a sua adequação às características da pessoa.

Palavras-chave: Ostomia de ventilação, Autocuidado, Competência, Instrumento de avaliação, Enfermagem.

ABSTRACT

The development of self-care skills to ventilation ostomy is considered a complex process, requiring prior evaluation, planning, instruction, training and continuity of care in the community, being the nurse the most qualified professional to do it.

The use of a form for the assessment of self-care competence in the person with ostomy ventilation allows for more complete systematic and rigorous data collection, facilitating the identification of the needs in nursing care of the person, as well as interventions to be implemented in the face of identified needs. Besides that, it could contribute to an improvement in the sharing of information between hospital and community resources, since it standardizes and systematizes the information concerning the competence of self-care in the ventilation ostomy.

This study aims to: validation of the form "Evaluation of the development on self-care competence in the person with ventilation ostomy" (Queirós et al., 2015), describe this level of competence and perceive whether there are differences according to the attribute, clinical and treatment variables.

This is a study based on the quantitative research paradigm, being considered methodological, observational, descriptive and transversal. The sample consisted of 195 individuals followed at Instituto Português de Oncologia do Porto, Centro Hospitalar São João and Unidade Local de Saúde de Matosinhos, with tracheostomy or awaiting tracheostomy construction.

To validate the form, tests were performed on their fidelity, validity and clinical sensitivity. The instrument demonstrated a high degree of fidelity with excellent values of internal consistency and strong positive correlations in the concordance between evaluators and in the test of split-half. It also presented a good degree of validity as well as clinical sensitivity.

Considering the second part of the study, the sample demonstrated a partial competence in self-care for ventilation ostomy, being that the level of self-care competence on the sample varied significantly according to education level, professional situation post-operative time, type of ostomy concerning to duration, contact with tracheostomized persons and existence of informal caregiver, that may be considered as facilitating or hindering factors for the development of self-care competence.

The form proved to be an effective tool in data collection, providing a more rigorous and comprehensive collection, facilitating the conception of nursing care, in particular with the diagnosis and interventions to be implemented, never forgetting its adequacy to the characteristics of the person.

Keywords: Ventilation Ostomy, Self-care, Competence, Assessment tool, Nursing.

ÍNDICE

1. INTRODUÇÃO	17
2. ENQUADRAMENTO TEÓRICO	21
2.1 A pessoa com ostomia de ventilação	21
2.1.1 Viver com ostomia: uma transição saúde-doença	24
2.2 O autocuidado à ostomia de ventilação	30
2.2.1 O desenvolvimento da competência de autocuidado	33
2.2.2 A avaliação da aquisição da competência de autocuidado	36
3. ENQUADRAMENTO METODOLÓGICO	39
3.1 Contexto, finalidade e objetivos do estudo	39
3.2 Tipo de estudo.....	41
3.2.1 Variáveis em estudo	41
3.3 População e amostra	42
3.3.1 Caracterização da amostra	43
3.4 Procedimento de recolha e análise dos dados	46
3.4.1 O instrumento: Formulário de avaliação do Desenvolvimento da competência de autocuidado na pessoa com ostomia de ventilação	47
3.4.2 Processo de recolha de dados	48
3.4.3 Aspetos éticos	49
3.4.4 Análise e tratamento dos dados	50
4. APRESENTAÇÃO DOS RESULTADOS.....	57
4.1 Validação do formulário	57
4.1.1 Estudo da fidelidade	57
4.1.1.1 Estudo da consistência interna	58
4.1.1.2 Estudo da concordância entre avaliadores	59
4.1.1.3 Teste das duas metades	61
4.1.2 Estudo da validade de constructo.....	62
4.1.3 Estudo da sensibilidade clínica	63
4.2 Competência de autocuidado à ostomia de ventilação	66
4.2.1 Nível de competência de autocuidado à ostomia de ventilação	67
4.2.2 Estudo da relação das variáveis com o nível de competência de autocuidado à ostomia de ventilação	73
5. DISCUSSÃO DOS RESULTADOS	83
6. CONCLUSÕES	97
7. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	99
8. ANEXOS	109

Anexo I - Formulário de Avaliação do Desenvolvimento Da Competência De Autocuidado Da Pessoa Com Ostomia De Ventilação

Anexo II - Manual de Preenchimento do Formulário de Avaliação do Desenvolvimento da Competência de Autocuidado na Pessoa com Ostomia de Ventilação

Anexo III - Escala Mini Mental State Examination Validada e Traduzida para a População Portuguesa

Anexo IV - Autorização da Autora Do Formulário

Anexo V - Autorizações das Instituições

Anexo VI - Consentimento Informado

Anexo VII - Análise do *Alpha* de Cronbach dos domínios do formulário aquando da exclusão de cada item

Anexo VIII - Análise fatorial exploratória

Anexo IX - Análise fatorial forçada a seis fatores e com rotação Varimax

LISTA DE TABELAS

TABELA 1: Distribuição da amostra pela profissão atual/anterior	44
TABELA 2: Distribuição da amostra pelo tempo decorrido desde a cirurgia	44
TABELA 3: Teste de normalidade de distribuição das variáveis escalares	54
TABELA 4: Alpha de Cronbach dos domínios do formulário do estudo de Queirós (2014) e do presente estudo	58
TABELA 5: Frequências do item 31	59
TABELA 6: Avaliação da concordância entre avaliadores utilizando o teste não-paramétrico de correlação de Spearman	60
TABELA 7: Teste duas metades utilizando o teste paramétrico de correlação de Spearman	61
TABELA 8: Correlação significativa entre os domínios do formulário, recorrendo ao teste de correlação de Spearman	63
TABELA 9: Relação entre a presença de prestador de cuidados informal e a competência de autocuidado à ostomia de ventilação, utilizando o teste de Mann-Whitney (U)	65
TABELA 10: Relação entre tipo de ostomia quanto à duração (temporária vs definitiva) e a competência de autocuidado à ostomia de ventilação, utilizando o teste de Mann-Whitney (U)	66
TABELA 11: Medidas de Tendência Central dos domínios do formulário	68
TABELA 12: Medidas de tendência central e de dispersão, de acordo com os itens do domínio do Conhecimento	69
TABELA 13: Medidas de tendência central e de dispersão, de acordo com os itens do domínio da autovigilância	70
TABELA 14: Medidas de tendência central e de dispersão, de acordo com os itens do domínio da interpretação	70
TABELA 15: Medidas de tendência central e de dispersão, de acordo com os itens do domínio da tomada de decisão	71
TABELA 16: Medidas de tendência central e de dispersão, de acordo com os itens do domínio da execução	72
TABELA 17: Medidas de tendência central e de dispersão, de acordo com os itens do domínio da negociação e utilização dos recursos em saúde	73
TABELA 18: Teste de Comparação de Kruskal-Wallis entre o nível de competência de autocuidado e o estado civil da amostra	74
TABELA 19: Teste de Comparação de Mann-Whitney entre o nível de competência de autocuidado e o estado civil (casados/união de facto vs viúvos)	74
TABELA 20: Teste de Comparação de Mann-Whitney entre o nível de competência de autocuidado e o estado civil (Divorciados/separados vs viúvos)	74
TABELA 21: Teste de Comparação de Kruskal-Wallis entre o nível de competência de autocuidado e as habilitações literárias da amostra	75

TABELA 22: Teste de Comparação de Mann-Whitney entre o nível de competência de autocuidado e as habilitações literárias (Não sabe ler nem escrever vs Com habilitações literárias)	75
TABELA 23: Teste de Correlação de Spearman entre o nível de competência de autocuidado e os anos de escolaridade da amostra	76
TABELA 24: Teste de Comparação de Kruskal-Wallis entre o nível de competência de autocuidado e a situação profissional da amostra	76
TABELA 25: Teste de Comparação de Mann-Whitney entre o nível de competência de autocuidado e a situação profissional (Empregado não ativo vs Reformados)	76
TABELA 26: Teste de Comparação de Kruskal-Wallis entre o nível de competência de autocuidado e o tempo decorrido da cirurgia	77
TABELA 27: Teste de Comparação de Mann-Whitney entre o nível de competência de autocuidado e o tempo decorrido da cirurgia (aguarda cirurgia vs Até um mês)	77
TABELA 28: Teste de Comparação de Mann-Whitney entre o nível de competência de autocuidado e o tempo decorrido da cirurgia (aguarda cirurgia vs Há mais de um mês) ..	77
TABELA 29: Teste de Comparação de Mann-Whitney entre o nível de competência de autocuidado e o tempo decorrido da cirurgia (Até 1 mês vs há mais de 1 mês)	78
TABELA 30: Teste de Correlação de Spearman entre o nível de competência de autocuidado e o tempo decorrido desde a cirurgia	79
TABELA 31: Teste de Comparação de Mann-Whitney entre o nível de competência de autocuidado e ter contactado com pessoas com ostomia de ventilação	80

LISTA DE GRÁFICOS E ESQUEMAS

GRÁFICOS

GRÁFICO 1: Distribuição da amostra segundo os anos de escolaridade 43

ESQUEMAS

ESQUEMA 1: Resumo da análise estatística e tratamento dos dados efetuada 55

1. INTRODUÇÃO

A incidência crescente de cancro da cabeça e pescoço tem contribuído para um aumento significativo do número de pessoas portadoras de ostomias de ventilação (Maasland et al., 2014). Esse número crescente de clientes portadores de traqueostomia verifica-se tanto no contexto hospitalar como no contexto comunitário, pelo que a sua capacitação para uma vida com ostomia assume-se como fundamental (Lewis e Oliver, 2005).

Gonçalves, Guterres e Novais (2010) descrevem que as pessoas com este tipo de diagnóstico experienciam um processo de transição, impulsionado pelas abordagens terapêuticas e possibilidades de tratamento disponíveis (cirurgia, quimioterapia e radioterapia). Estes últimos podem ser considerados eventos críticos na vida da pessoa, conduzindo a mudanças significativas, desencadeando, assim, um processo de transição.

Em 1994, Meleis e Trangenstein definiram a Enfermagem como facilitadora dos processos de transição. As transições podem ser desencadeadas por mudanças ao nível do estado de saúde dos clientes, das suas relações, das suas expectativas ou das suas capacidades. Estas mudanças geram instabilidade e conduzem inevitavelmente ao estabelecimento de novas rotinas e estilos de vida, exigindo, portanto, que a pessoa modifique os seus comportamentos, e desenvolva novos conhecimentos e habilidades, de forma a restaurar a estabilidade perdida (Meleis e Trangenstein, 1994; Meleis et al., 2000).

Muitas vezes, as mudanças resultantes do evento crítico situam-se ao nível do autocuidado do cliente, podendo este passar a apresentar um compromisso ou dependência, necessitando de substituição ou assistência para a sua execução. E, sendo o autocuidado um conceito central na disciplina de Enfermagem, bem como um foco primordial da atenção do Enfermeiro, é seu dever promover o máximo de autonomia do cliente (Ordem dos Enfermeiros, 2001; Brito, 2012).

No panorama atual da saúde, caracterizado pela limitação dos recursos e consequente contenção de custos, as políticas de gestão exigem à equipa de Enfermagem hospitalar um investimento no processo de educação e capacitação dos clientes (Cardoso, 2011). Assim, é presumido que os indivíduos iniciem a aquisição de competências de autocuidado à traqueostomia ainda no internamento pós-operatório, sendo que, a intervenção do enfermeiro passa *“pela educação para a autonomia no autocuidado, favorecendo assim a adaptação da pessoa nos domínios físico, psicológico e social”* (Cardoso, 2011, p. 14). Ao enfermeiro da comunidade cabe a função de garantir a continuidade dos cuidados (Cardoso, 2011).

Queirós et al. (2015) descreve esse processo de aquisição de competência de autocuidado à ostomia, como sendo um dos maiores desafios colocados ao cliente recentemente traqueostomizado. É importante referir que além de complexo, esse processo é considerado muito exigente para o cliente, contudo é descrito como impulsionador de uma transição saudável (Lo et al., 2010).

De facto, a promoção do desenvolvimento de competência de autocuidado à ostomia de ventilação assenta no campo de intervenção autónoma do enfermeiro. Mas, apesar de relevante, o corpo de conhecimentos existente sobre o tema ainda é diminuto, sendo poucos os trabalhos e publicações científicas ainda realizadas, existindo parca sustentação teórica para as decisões ou juízos clínicos relacionados com a problemática em estudo.

Nos últimos anos, tem-se observado uma mudança no paradigma da prática de enfermagem, sendo que, cada vez mais, se utiliza e aplica as evidências resultantes das pesquisas científicas para tomar decisões quanto aos cuidados de enfermagem (Galvão e Sawada, 2003). Este facto parece melhorar a qualidade dos cuidados prestados, visto que, torna a prática muito mais reflexiva e baseada em conhecimento científico, intensificando o ajuizamento clínico (Galvão e Sawada, 2003). Com este trabalho pretende-se dar uma contribuição teórica para essa sustentação da prática.

A utilização de um formulário para a avaliação da competência de autocuidado na pessoa com ostomia de ventilação permite uma recolha de dados mais completa, sistemática e rigorosa, facilitando a identificação das necessidades em cuidados de enfermagem da pessoa, bem como o processo de tomada de decisão do enfermeiro quanto às intervenções a implementar. Além disso, pode contribuir para uma melhoria na partilha de informação entre recursos hospitalares e comunitários, visto que uniformiza e sistematiza a informação relativa à competência de autocuidado à ostomia de ventilação.

Assim, considerou-se pertinente a validação de um instrumento já existente de avaliação do desenvolvimento da competência de autocuidado na pessoa com ostomia de ventilação, desenvolvido por Queirós (2015).

Este trabalho de investigação enquadra-se no 2º Ano do Mestrado em Enfermagem médico-cirúrgica da Escola Superior de Enfermagem do Porto, no âmbito da unidade curricular de dissertação. A sua finalidade reside em contribuir com um instrumento validado para melhorar a recolha de dados, a identificação das necessidades e a prestação de cuidados à pessoa com ostomia de ventilação.

Quanto aos seus objetivos, estes consistem em: proceder à validação do formulário “Avaliação do Desenvolvimento da Competência de Autocuidado na Pessoa com Ostomia de Ventilação” (Queirós et al., 2015), bem como descrever as competências de autocuidado da pessoa com ostomia de ventilação. Assim, este trabalho assentará no paradigma de

investigação quantitativo, tratando-se de um estudo metodológico, observacional, descritivo e transversal.

Este documento encontra-se dividido em cinco partes. A primeira parte corresponde ao enquadramento teórico, onde é realizada uma contextualização do objeto de estudo e conceitos chave subjacentes. A segunda parte diz respeito ao enquadramento metodológico, onde são apresentadas todas as opções tomadas em relação à metodologia de investigação (desenho do estudo, população, amostra, estratégia e procedimentos de recolha e análise dos dados, e considerações éticas). Na terceira parte procede-se à apresentação dos resultados, e na quarta parte à sua discussão. Por fim, na quinta parte são apresentadas as principais conclusões e sugestões para investigações futuras.

2. ENQUADRAMENTO TEÓRICO

Este capítulo é composto pela informação resultante da revisão de literatura efetuada sobre a temática em estudo e pretende expor o estado da arte sobre os principais conceitos e variáveis do estudo.

Começar-se-á por abordar a temática das ostomias de ventilação e implicações para a pessoa portadora de ostomia, explanando o processo de transição saúde-doença vivenciado por essa pessoa. Seguidamente, debruçar-se-á sobre o autocuidado, foco de atenção de Enfermagem em que se evidenciam mais alterações neste tipo de clientes, sendo abordado mais especificamente o desenvolvimento de competência e a sua avaliação, onde se insere o instrumento de “Avaliação do Desenvolvimento da Competência de Autocuidado na Pessoa com Ostomia de Ventilação” (Queirós et al., 2015).

2.1 A pessoa com ostomia de ventilação

Por ostomia de ventilação ou traqueostomia compreende-se uma abertura (estoma) criada no pescoço com comunicação direta à traqueia, onde pode ser mantido um tubo designado de cânula de traqueostomia, com o objetivo de permitir a ventilação (NHS Southern health, 2017). Ao longo deste trabalho, os termos “traqueostomia” e “ostomia de ventilação” serão utilizados como sinónimos.

Por pessoa ostomizada, compreende-se aquela que é portadora de um estoma, sendo caracterizada por um conjunto de necessidades, reações e comportamentos próprios, intimamente relacionados com a sua personalidade e identidade, consequentes à presença da ostomia (DGS, 2016).

A traqueostomia tem como principal objetivo permitir a desobstrução das vias aéreas, ou seja, facilitar a entrada e saída de ar dos pulmões. Segundo Fernandez-Bussy et al. (2015) as indicações da traqueostomia residem maioritariamente na obstrução das vias aéreas superiores, que pode ocorrer por inflamação ou infeção da via aérea, pela presença de corpo estranho que não pode ser removido pela manobra de Heimlich, por distúrbios

supraglóticos ou infraglóticos (paralisia das cordas vocais ou tumores), por traumas laríngeos ou estenose, por fraturas faciais (por exemplo a fratura mandibular) ou por edema (causado por queimaduras ou anafilaxia). Outras indicações estão relacionadas com: a necessidade de intubação prolongada; a dificuldade na limpeza de vias aéreas (por exemplo em distúrbios neurológicos); na apneia obstrutiva do sono grave que não responde à ventilação com pressão positiva e como profilaxia na preparação para cirurgia de cabeça e pescoço (Fernandez-Bussy et al., 2015)

Focando-nos no cancro de cabeça e pescoço, este envolve um conjunto de neoplasias malignas que se podem localizar na cavidade nasal, cavidade oral, faringe e laringe (Argiris et al., 2008). É considerado, segundo a International Agency for Research on Cancer, o sétimo tipo de cancro mais comum no mundo e na União Europeia, sendo que, na Europa contabiliza cerca de 130 000 novos casos por ano (Maasland et al., 2014; Retting e D'Souza, 2015). É um cancro que predomina no sexo masculino, principalmente o cancro da laringe, e a idade média de diagnóstico situa-se nos 60 anos de idade (Argiris et al., 2008). O consumo de álcool e o tabagismo são descritos como os maiores fatores de risco para o desenvolvimento desta tipologia de neoplasia, contudo existe um número crescente de casos associados a infeção por vírus do papiloma humano (Argiris et al., 2008; Retting e D'Souza, 2015).

Em Portugal, segundo os dados do Instituto Português de Oncologia do Porto, sendo os últimos referentes ao ano de 2015, a incidência do cancro de cabeça e pescoço foi, por ano, de 52 novos casos por 100.000 na população masculina e de oito novos casos por 100.000 na população feminina. Anualmente, são relatados cerca de 3.000 novos casos, dos quais 85% fumadores ou ex-fumadores. As neoplasias da cavidade oral, laringe, orofaringe e hipofaringe são as mais prevalentes, representando 75% das neoplasias identificadas na Clínica de Cabeça e Pescoço.

Segundo Gonçalves, Guterres e Novais (2010), esta tipologia de neoplasia acarreta um impacto acrescido na vida dos indivíduos, quando comparado com outros tumores, visto que atinge adultos ainda numa idade ativa, refletindo-se bastante no âmbito da sua vida familiar, laboral e social. Esta realidade prende-se com o facto de o cancro se localizar numa região exposta, provocando alterações, normalmente, a nível da face, cavidade oral ou pescoço, interferindo com a sua imagem corporal, mas também com as suas atividades de vida diárias, nomeadamente relacionadas com a passagem do ar, ingestão de alimentos e comunicação (Gonçalves, Guterres e Novais, 2010).

A laringectomia total é a cirurgia realizada no tratamento de estadios avançados (III e IV) de neoplasias da laringe (Bickford et al., 2013; Filipe et al., 2011). Esta consiste na remoção total da laringe, implicando a perda da voz fisiológica e a presença definitiva de uma traqueostomia (Pacheco, Goulart e Almeida, 2015; Filipe et al., 2011). Em relação ao procedimento cirúrgico de laringectomia parcial, em que apenas algumas das estruturas da

laringe são removidas, é considerada uma abordagem menos agressiva e menos invasiva, utilizada em estadios menos avançados, que permite a preservação da voz, da deglutição e não obriga à presença de um traqueostoma permanente, havendo possibilidade de reconstrução (Pacheco, Goulart e Almeida, 2015; Filipe et al., 2011).

As ostomias de ventilação podem ser, portanto, classificadas, quanto à sua duração, em temporárias ou definitivas, sendo que este critério está relacionado com a possibilidade de restabelecimento da permeabilidade da via aérea.

Independentemente do que tenha levado a pessoa a ser portadora de uma ostomia de ventilação, e do facto de esta ser temporária ou definitiva, todas as pessoas recentemente ostomizadas vivenciam uma mudança na sua condição, seja por alterações do seu estilo de vida, dos seus hábitos e no seu contacto social (Santos et al., 2015). As alterações estéticas e funcionais que decorrem da cirurgia, dos eventuais tratamentos adjuvantes (quimioterapia ou radioterapia) e da presença do estoma podem *trazer repercussões no desempenho do papel social, expressão emocional e na comunicação* (Barbosa et al., 2004, p. 45), sendo considerado de extrema importância o acompanhamento e orientação destas pessoas por uma equipa multidisciplinar (Santos et al., 2015).

Um estudo realizado por Hirani e colaboradores (2015), a 125 doentes laringectomizados no Paquistão, sobre as preocupações demonstradas pelos doentes após a realização da traqueostomia, mostrou que 67% se preocupavam com a perda da voz; 64% verbalizaram incertezas financeiras e 44% referiram preocupações relacionadas com a perda de emprego, devido às mudanças físicas e das suas capacidades consequentes à cirurgia. Também foram verbalizadas outras preocupações relacionadas com as atividades sociais, e com a autoimagem (Hirani et al., 2015).

De acordo com o conhecimento formal, a existência de uma ostomia de ventilação implica mudanças a nível físico, psicológico, social, económico e laboral, influenciando a qualidade de vida da pessoa portadora de ostomia (Gonçalves, 2012). A nível físico são descritas: alterações estéticas pela presença da ostomia, da sonda nasogástrica e cicatriz; alteração das estruturas anatómicas que estão relacionadas com a deglutição e limpeza da via aérea; alterações funcionais relacionadas com a voz, tosse frequente no pós-operatório e perda do olfato (Barbosa et al., 2004; Barbosa e Francisco, 2011; Gonçalves, 2012). A nível social, são descritas alterações da comunicação, nomeadamente quanto ao volume e tom de voz, diminuindo a compreensão e interação social da pessoa, podendo provocar a desmotivação e contribuir para o isolamento social desta (Barbosa et al., 2004; Barbosa e Francisco, 2011; Gonçalves, 2012). Além disso, a presença da traqueostomia impossibilita mergulhos o que pode influenciar negativamente a parte recreativa e atividade física da pessoa. A nível emocional, são descritos alguns problemas relacionados com a gestão da ansiedade, diminuição da autoestima e depressão (Gonçalves, 2012).

Quanto à reabilitação da voz, esta é considerada um aspeto fulcral no processo de recuperação do indivíduo recentemente laringectomizado, sendo que, pode ser feita através da colocação de uma prótese fonatória traqueoesofágica, através da técnica de voz esofágica e, cada vez menos frequente, com recurso a laringe electrónica (Barbosa e Francisco, 2011).

Segundo a Wound Ostomy Continence Nurse Society (2010), as pessoas portadoras de ostomia, sendo ela temporária ou definitiva, requerem “(...) *cuidados físicos e emocionais, intensos e contínuos para retornar a sua vida diária*”. Os enfermeiros são os profissionais que “(...) *prestam cuidados especializados com os objetivos de maximizar a independência para o autocuidado, e apoiam as pessoas a adaptarem-se às mudanças que surgem devido à presença do estoma*” (DGS, 2016, p. 20).

Assim, a Enfermagem deve direcionar a sua prática não só para as respostas corporais à doença, mas também para as vivências internas, sentimentos e significados atribuídos pela pessoa aquela situação, o que permitirá compreender com maior profundidade as suas verdadeiras necessidades e consequentemente aumentar a qualidade dos cuidados prestados.

2.1.1 Viver com ostomia: uma transição saúde-doença

As transições são consideradas um conceito central na disciplina de Enfermagem. Os enfermeiros são os profissionais de saúde que mais tempo contactam com os utentes, sendo que prestam cuidados a indivíduos que se encontram a vivenciar períodos de instabilidade transitórios provocados por mudanças desenvolvimentais, situacionais ou saúde-doença, levando a modificações no seu estado de saúde, no desempenho de papéis, relações, funções, expectativas, habilidades ou capacidades (Schumacher e Meleis, 1994). Estas alterações podem influenciar a vida dos indivíduos e de quem os rodeia, podendo conduzir a importantes consequências ao nível do seu bem-estar e da sua saúde (Schumacher e Meleis, 1994). As transições são o resultado de mudanças e resultam em mudanças, seja na vida, na saúde, nas relações ou no ambiente (Meleis et al., 2000).

A Enfermagem toma assim, como objeto de estudo as respostas humanas às transições, sendo papel do enfermeiro ajudar, apoiar e orientar as pessoas para a vivência de uma transição saudável (Chick e Meleis, 1986). Este intervém junto dos indivíduos no sentido de os ajudar a desenvolver ou modificar papéis, através da modelagem de comportamentos,

bem como orientação, ajuda e suporte enquanto eles se encontram a desenvolver esses papéis (Smith e Parker, 2015).

A palavra transição deriva do latim *transire* e significa “(...) *passagem de uma fase da vida, condição, ou status para outra (...)*” (Chick e Meleis, 1986, p.239). Trata-se de um conceito múltiplo que envolve um processo, um período de tempo e a percepção do indivíduo, sugerindo a ocorrência de um conjunto de fases sequenciais, num decurso contínuo de tempo, limitado pela ocorrência de fenómenos, e influenciado pelo significado atribuído pelo indivíduo que se encontra a experienciar a transição (Chick e Meleis, 1986). Segundo Kralik e colaboradores (2006, p. 322), a transição diz respeito a “(...) *um processo psicológico que envolve a adaptação a um evento ou disrupção*”.

O ciclo de vida dos seres humanos é, então, caracterizado pela ocorrência de pontos ou eventos críticos, que correspondem a acontecimentos marcantes e identificáveis pelos indivíduos, como por exemplo, o nascimento de um filho, a morte de um familiar, a menopausa, o diagnóstico de uma doença, a realização de uma cirurgia, o facto de assumir o papel de prestador de cuidados de um familiar, entre outros. Sendo que, são estes eventos críticos que desencadeiam transições, exigindo aos indivíduos uma readaptação à sua nova condição (Meleis et al., 2000; Smith e Parker, 2015).

Estes pontos críticos estão, na maioria das vezes, relacionados com o aumento da consciência do indivíduo para com uma mudança ou diferença experienciada, ou então, estão relacionados com um maior compromisso e envolvimento do indivíduo na experiência de transição (Meleis et al., 2000).

O enfermeiro deve dirigir a sua atenção, conhecimento e experiência para estes eventos, visto se tratarem de eventos de grande vulnerabilidade, em que os indivíduos experienciam incerteza e ansiedade (Meleis et al., 2000).

Meleis et al. (2000) descreve as transições como sendo complexas e multidimensionais, pelo que existe um conjunto de propriedades importantes para a sua compreensão. São elas o período de tempo, o processo, a desconexão, a consciencialização, e os pontos críticos (Smith e Parker, 2015).

O tempo surge como um propriedade importantíssima, pois as transições dizem respeito a processos que se estendem ao longo do tempo (curtos ou longos). O começo e o fim da transição não ocorrem simultaneamente, assiste-se a um desenvolvimento do indivíduo, sendo que, no final pode não apresentar as mesmas características do início (Chick e Meleis, 1986). Os indivíduos necessitam de um espaço de tempo para assimilarem as mudanças e diferenças, para se consciencializarem dessas mudanças, se envolverem e assim conseguirem desenvolver estratégias para lidar com aquela sua nova realidade. Segundo Meleis et al. (2000), esta propriedade temporal prolonga-se desde os sinais

iniciais de percepção ou manifestação de mudança, atravessando períodos de instabilidade, até atingir um fim, que é caracterizado novamente pela estabilidade.

Smith e Parker (2015) completam esta abordagem, referindo que o período de tempo se inicia quando o indivíduo toma consciência do evento ou fenómeno ocorrido, podendo este se tratar de um sintoma, um diagnóstico, uma ida à urgência, um acidente, uma cirurgia, entre outros. O final da transição, ao contrário do seu início que é um momento estático, é considerado fluído, uma vez que é determinado pelo atingimento de metas, seja no domínio de novos papéis, de novas competências, bem como na aquisição de sentimentos de bem-estar e qualidade de vida (Smith e Parker, 2015).

Assim, compreende-se a segunda propriedade definidora das transições, que afirma que a transição é um processo, sendo este considerado dinâmico e fluído, existindo uma distância entre o seu início e o seu término, podendo apresentar semelhanças com outros processos ou então ser único (Smith e Parker, 2015).

A desconexão é considerada outra propriedade das transições, estando relacionada com o sentimento e a sensação de desconexão experienciada pelos indivíduos quando estes estão perante as mudanças ocorridas (Smith e Parker, 2015). Trata-se de uma interrupção a nível da sensação de segurança e conforto da pessoa, uma descontinuidade dos seus padrões regulares, do que lhe é familiar ou conhecido. É vivenciado um sentimento de perda e uma incongruência entre as suas expectativas passadas, presentes e futuras (Smith e Parker, 2015).

As transições são fenómenos pessoais, o que significa que cada indivíduo vive a transição à sua maneira e com os recursos que dispõe. Um indivíduo só inicia um processo de transição quando toma consciência da mudança, ou seja, a consciencialização é preditora do início da transição para o indivíduo (Chick e Meleis, 1986). A consciencialização está relacionada com a “(...) *percepção, conhecimento, e reconhecimento de uma experiência de transição*” (Meleis et al., 2000, p. 18). No entanto, Smith e Parker (2015) postulam que independentemente da consciência que os indivíduos apresentam para com o evento crítico, é desencadeado um processo ativado pelas mudanças ocorridas, que provocam respostas e resultados nos indivíduos.

A diferença que se verifica entre mudança e transição, é o facto de a primeira se tratar de uma experiência externa e a segunda de uma experiência interna. Ou seja, a percepção e consciencialização, redefinem o significado daquela mudança para a pessoa, passando a experienciar uma transição, sendo uma experiência interior, conferindo dinamismo e uma mudança na interpretação no significado atribuído (Smith e Parker, 2015).

Todas as transições originam mudanças e diferenças, pelo que é importante compreender essas mudanças em termos de efeitos e significados para o indivíduo. As mudanças devem ser analisadas quanto à sua natureza, temporalidade, gravidade e às expectativas

pessoais, familiares e sociais. As diferenças relacionam-se com o facto de a pessoa se sentir diferente, perceber-se como diferente, ou ver o mundo e os outros de maneira diferente (Meleis et al., 2000).

Ao longo da transição, podem existir pontos críticos, que consistem em pontos de mudança que influenciam o decorrer da transição, sendo estes considerados outra propriedade das transições (Smith e Parker, 2015). O facto de identificar esses pontos permite uma compreensão das fases da transição e do decorrer da experiência, sendo que se deve proceder a uma avaliação desses pontos, sendo o objetivo descrevê-los, antecipar e prever resultados bem como fornecer apoio e orientação aos indivíduos (Smith e Parker, 2015).

Os seres humanos são seres ativos que desenvolvem percepções e atribuem significados a situações de saúde-doença, sendo que esses significados e percepções são influenciados e influenciam o decurso de uma transição. Existe, portanto, um conjunto de condicionantes pessoais, comunitárias e sociais que influenciam os processos de transição (Meleis et al., 2000). Logo, para uma melhor compreensão da experiência vivenciada pelo cliente, é essencial que o Enfermeiro investigue quais as condições pessoais e/ou ambientais que estão a influenciar a progressão para uma transição saudável. Estas condicionantes podem se demonstrar facilitadoras ou inibidoras, podendo facilitar ou restringir os processos de transições saudáveis e os seus resultados (Meleis et al., 2000). As condições pessoais dizem respeito aos significados (neutros, positivos ou negativos) atribuídos aos eventos que precipitam a transição, às crenças e atitudes culturais, ao status socioeconómico, à preparação e ao conhecimento prévio. As condições da comunidade e da sociedade estão relacionadas com a existência de apoio familiar e social, de recursos instrumentais, de representação social e de estereótipos (Meleis et al., 2000).

De facto, Smith e Parker (2015) descrevem o ambiente envolvente como influenciador da experiência de transição, interferindo nas intervenções e resultados a obter, sendo este composto pelo ambiente físico, social, cultural, organizacional e social. Além disso, é descrito que os indivíduos, as famílias e a comunidade devem se relacionar e ajudar ao longo do processo (Smith e Parker, 2015).

No sentido de monitorizar se o padrão de resposta do indivíduo se dirige para um processo de transição saudável, existem indicadores de processo e de resultado que, permitem identificar se o indivíduo se encontra na direção de saúde e bem-estar, ou na direção de vulnerabilidade e riscos. O facto de o cliente se sentir ligado, interagir, estar situado e desenvolver confiança e estratégias de coping indicam que o processo de transição se encontra a decorrer dentro da normalidade (Meleis et al., 2000). Quanto aos indicadores de resultado, prevê-se que no final da transição a pessoa tenha adquirido: mestria, que diz respeito ao desenvolvimento de novas competências; integrado identidade fluída, que corresponde a uma reformulação da sua identidade, tornando-se mais fluída e dinâmica;

desenvoltura; interação saudável, que se manifesta na manutenção de relacionamentos e no desenvolvimento de novas conexões e bem-estar percebido (Smith e Parker, 2015).

No sentido de finalizar a transição com sucesso é indispensável que o indivíduo apresente domínio de novas habilidades/competências, tenha alterado os seus próprios comportamentos, e apresente uma nova e reformulada identidade (Meleis et al., 2000).

A intervenção do enfermeiro passa por facilitar respostas saudáveis ao processo de transição, apoiando os indivíduos a adquirir comportamentos saudáveis, através do: esclarecimento de papéis, competências e significados; *fornecimento de conhecimento; estabelecimento de objetivos*; ajuda na identificação dos pontos críticos; *fornecimento de recursos; acesso a grupos de referência e modelos*; e interrogatório (Smith e Parker, 2015, p. 367).

Os enfermeiros são, portanto, os profissionais de eleição para cuidar dos indivíduos que estão a vivenciar uma transição, sendo que preparam a pessoa, prestam atenção às mudanças e diferenças ocorridas e facilitam o processo de aquisição de novos conhecimentos e habilidades (Meleis, 2000).

No caso particular da pessoa portadora de cancro da laringe, segundo Gonçalves, Guterres e Novais (2010, p. 9), o diagnóstico “(...) *coloca a pessoa perante um desafio ou uma ameaça à sua integridade física e psicológica*”, sendo considerado um evento crítico por muitos indivíduos, que despoleta o início de uma transição do tipo saúde-doença. Além disso, momentos como a realização da cirurgia e realização de tratamentos (quimioterapia e radioterapia) também são descritos como pontos críticos, influenciando a consciencialização da pessoa para o processo de transição, levando a que esta tome uma maior consciência das mudanças e diferenças ocorridas, e consequentemente aumente o seu grau de envolvimento (Gonçalves, Guterres e Novais, 2010).

Nesta continuidade, também Chick e Meleis (1986 p. 247) referem que “*Os avanços tecnológicos na medicina sujeitam as pessoas a transições não sonhadas há algumas décadas atrás*”. Na verdade, está descrito que as variadas opções de tratamento da medicina moderna seja em termos cirúrgicos, ou em termos de tratamentos com objetivos curativos, como é o caso da quimioterapia e radioterapia, submetem os indivíduos a transições nunca antes imaginadas (Gonçalves, Guterres e Novais, 2010). De facto, estes tratamentos, geralmente, estão descritos como invasivos e agressivos e acarretam consideráveis alterações a nível estético, funcional e psicológico, o que exige uma readaptação da pessoa e da família (Barbosa et al., 2004).

Cada indivíduo encara o diagnóstico e o tratamento da doença de forma particular, sendo que serão as suas crenças, os seus valores, os seus princípios, a sua personalidade, as suas experiências anteriores, o seu contexto e apoio familiar, entre outros, que irão influenciar

e determinar o modo como este lidará com o acontecimento e que significado lhe atribuirá (Barbosa et al., 2004).

No pós-operatório, ao ser confrontado com a presença do estoma, o indivíduo encara uma nova realidade, o que desencadeia vários sentimentos, reações e comportamentos (Barnabe e Acqua, 2008).

Após esta fase de confrontação e consciencialização, a pessoa recentemente ostomizada interroga-se de como poderá reiniciar a sua vida, esta contempla as suas preocupações, e conjectura como poderá voltar a realizar o seu autocuidado, as suas atividades sociais e as suas atividades de lazer (Barnabe e Acqua, 2008). Também questiona como e onde poderá adquirir os dispositivos necessários, como lidará com possíveis complicações e onde poderá procurar ajuda. Estas são interrogações exemplares da fase de adaptação para uma vida com ostomia (Barnabe e Acqua, 2008).

Com o decorrer do tempo, é expectável uma transformação na experiência do ostomizado. De acordo com a sua evolução e com as possibilidades de adaptação encontradas, este deverá ser detentor de um conjunto de estratégias de coping, passando a lidar eficazmente com os problemas ou modificações que advém da presença da ostomia (Barnabe e Acqua, 2008). No entanto, para todo este processo suceder, é necessário um tempo pessoal de adaptação e reflexão, de acordo com as características de cada indivíduo, podendo levar dias, semanas ou meses (Barnabe e Acqua, 2008).

Segundo Queirós (2014), o desenvolvimento de competências de autocuidado à ostomia de ventilação, é descrito como o maior desafio colocado ao doente recentemente traqueostomizado, sendo considerado de grande complexidade, mas que é indispensável para o restabelecimento de uma vida autónoma e de uma transição saudável. Esta aquisição de autonomia no autocuidado à traqueostomia parece ser favorecedora da adaptação do indivíduo à presença do estoma, da prevenção de complicações e da promoção da saúde, o que confere qualidade de vida à pessoa ostomizada (Queirós et al, 2015). Os enfermeiros devem, portanto, reconhecer que o seu papel na capacitação dos indivíduos interfere tanto nas mudanças físicas, como sociais, psicológicas e de autocuidado das pessoas ostomizadas (Queirós et al, 2015)

No próximo capítulo são abordados os conceitos de autocuidado, de competência e a sua avaliação, constituindo-se como essencial para a compreensão da problemática em estudo.

2.2 O autocuidado à ostomia de ventilação

Nos últimos tempos, tem-se assistido a uma expansão do termo autocuidado, sendo que, hoje em dia, não só diz respeito às ações que as pessoas tomam para cuidar de si próprias - atividades de vida diária, mas surge, cada vez mais, relacionado com a promoção da saúde e prevenção da doença (Maciel, 2013).

O ser humano, ao longo do seu ciclo vital, vai sofrendo mudanças e transformações, as quais podem conduzir a comprometimentos na satisfação das suas necessidades, podendo levar a pessoa a necessitar de cuidados de enfermagem, seja pela assistência ou substituição dos seus autocuidados (Brito, 2012). O Enfermeiro colmata as necessidades que o indivíduo não é capaz de executar sozinho, mas que realizaria se tivesse as capacidades físicas, volição e conhecimentos necessários para o efeito, tendo como objetivo final o atingimento do seu potencial máximo de autonomia (Brito, 2012).

O autocuidado é considerado um conceito abrangente, estabelecendo uma relação com diversos conceitos próximos como é o exemplo da autogestão e autoeficácia, sendo que a característica que os une é a consciencialização, ou seja, estão dependentes da consciência do indivíduo e inerente aprendizagem (Galvão e Janeiro, 2013).

O autocuidado pode, portanto, também ser entendido como um resultado dos cuidados de enfermagem (Galvão e Janeiro, 2013). Na verdade, cada vez mais, o autocuidado surge ligado à gestão das doenças crónicas, onde os indivíduos são colocados perante a necessidade de aprendizagem sobre a doença, o tratamento e restabelecimento de atividades de vida básicas e instrumentais (Galvão e Janeiro, 2013). De facto, muitas das doenças crónicas da atualidade conduzem a repercussões a nível da execução dos autocuidados dos indivíduos, necessitando estes de uma orientação e ensino profissional de forma a restabelecer as suas atividades de vida diárias.

Segundo os Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem, publicados pela Ordem dos Enfermeiros (2001), é objetivo do enfermeiro maximizar o bem-estar dos indivíduos e promover o seu autocuidado.

O autocuidado é, assim, considerado, segundo o Conselho Internacional de Enfermagem (ICN), um dos focos de atenção central para a Enfermagem, sendo definido por este como: *“atividade executada pelo próprio que consiste no tratar do que é necessário para se manter, manter-se operacional e lidar com as necessidades básicas e íntimas e as atividades de vida diária”* (ICN, 2015).

Segundo Maciel (2013), e com base no que nos é proposto por Brito (2012), o processo de reconstrução da autonomia no autocuidado constitui-se como um processo de transição,

em que o indivíduo é sujeito a um evento crítico, gerador de mudanças - dependência ou comprometimento no autocuidado, em que este terá de analisar os seus recursos pessoais (crenças, significados, atitudes, conhecimentos, volição, interesse, entre outros), sociais e comunitários, influenciadores no desenvolvimento do seu potencial máximo de recuperação de autonomia.

A existência de comprometimentos a nível do autocuidado, pode afetar negativamente a vida dos indivíduos, principalmente quanto à sua funcionalidade, bem-estar e saúde, pelo que a reconstrução da autonomia deverá ser um objetivo primordial para os enfermeiros, independentemente do local do seu exercício profissional (Maciel, 2013).

O autocuidado abarca um conjunto de responsabilidades individuais intrínsecas aos indivíduos para com os seus estilos e comportamentos de saúde, necessárias para o seu desenvolvimento e preservação da funcionalidade humana (Galvão e Janeiro, 2013).

Segundo Mota e colaboradores (2016), a promoção do autocuidado envolve suporte e apoio por parte do profissional aos indivíduos para o desenvolvimento das suas potencialidades, para que possam conviver saudavelmente com o problema, mantendo hábitos de vida saudáveis, estimulando a sua autoconfiança e corresponsabilizando-as pela sua saúde.

Focando-nos no caso das ostomias de ventilação, segundo a DGS (2016), todas as pessoas recentemente traqueostomizadas carecem de necessidades educativas, psicossociais e de treino relacionadas com os cuidados à sua ostomia.

Segundo Freitas e colaboradores (2015), qualquer indivíduo para ser independente e controlar os cuidados a si mesmo e o seu estado de saúde, necessita de aprendizagem, sendo por isso o autocuidado um processo aprendido. O mesmo se verifica nos cuidados à ostomia de ventilação, pois é uma prática que precisa de ser desenvolvida por parte do indivíduo. Este processo está dependente de alguns fatores como por exemplo idade, sexo, hábitos de vida, escolaridade, fatores sociais, financeiros e culturais (Freitas et al., 2015). Mais se acrescenta que, no caso do ostomizado, o desenvolvimento deste autocuidado assume grande importância, visto que vão conferir maior independência à pessoa, diminuir o constrangimento vivenciado por este, bem como os sentimentos de invalidez (Freitas et al., 2015).

Efetivamente, Mota et al. (2015) postulam que no período pós-operatório da confeção de uma ostomia, assiste-se a um comprometimento no autocuidado do indivíduo, sendo este período considerado o de maior dificuldade. O enfermeiro assiste e/ou substitui a pessoa nos cuidados à ostomia, mas gradualmente vai transferindo esses cuidados à família (caso exista), que se apresenta como primeiro apoio para realizar o autocuidado, e progressivamente a pessoa vai consolidando a realização desses cuidados (Mota et al., 2015).

Na fase pós-operatória imediata, é comum que o indivíduo demonstre um grau elevado de dependência no autocuidado, não só devido à sua condição física e mental pós-cirurgia, mas também por ainda se encontrar sob o efeito de sedativos e analgésicos, pelo que, atividades que até aqui então pareciam relativamente simples para o indivíduo, tornam-se complexas, como por exemplo tomar banho, vestir-se, alimentar-se, comunicar, efetuar uma eficaz limpeza das vias aéreas, entre outros. Assim, nesta fase é esperado que o indivíduo necessite de ajuda ou substituição total por parte do enfermeiro (Silva, 2013). Mas essa dependência vai sendo reduzida à medida que o doente vai melhorando o seu estado físico e mental, e nessa fase é importante perceber se o doente se encontra disponível e receptivo a que lhe sejam dadas informações de como proceder e cuidar da sua ostomia, esse momento é descrito como fulcral para o sucesso da educação para a saúde (Silva, 2013). No entanto, também não pode ser descurada a reação do doente à presença e visualização do ostoma, bem como este se encontra do ponto de vista psicológico. Assim, o enfermeiro deverá ajustar e planear o início da educação para a saúde de acordo com estas variáveis (Silva, 2013).

A volição e a disponibilidade para aprender são descritas como características importantes para o desenvolvimento dos cuidados ao estoma, sendo que demonstram que a pessoa está receptiva a aprender. Além disso, cada procedimento que a pessoa vai executando sozinha constitui-se como um passo importante na conquista da autonomia no autocuidado (Mota et al., 2016).

A execução repetida dos cuidados à ostomia, na maior parte dos casos, leva à consolidação dos cuidados, pois, gradualmente, com a repetição das técnicas, os indivíduos vão desenvolvendo e adquirindo habilidades no autocuidado à ostomia, conferindo, cada vez mais, independência nos cuidados (Mota et al., 2016).

Este processo de aquisição de autonomia, vai aumentando a qualidade de vida da pessoa, melhorando a sua autoestima e trazendo repercussões positivas no seu processo de viver. Os eventos e situações experienciadas pelos indivíduos levam ao seu crescimento e amadurecimento, provocando modificações na forma como encaram e enfrentam a vida com ostomia (Mota et al., 2016).

O tempo mostra-se, portanto, como um importante aliado no atingimento do sentido de normalização e na aceitação da ostomia, ajudando os indivíduos a se readaptarem ao seu quotidiano, a reconhecerem a ostomia como parte integrante de si, a viver de forma ativa e com qualidade (Mota et al., 2016).

2.2.1 O desenvolvimento da competência de autocuidado

Segundo a DGS (2016, p. 18), na Norma nº 011/2016 referente às traqueostomias, é descrito que “(...) a educação para a saúde pressupõe a capacitação da pessoa para a gestão da sua situação de saúde e as alterações decorrentes desta”, sendo necessário, assegurar que, aquando o momento da alta a pessoa e/ou família detenham as habilidades mínimas requeridas para cuidarem da ostomia de ventilação e gerirem o regime terapêutico.

As mudanças ocorridas com a presença de uma ostomia exigem não só a aceitação da nova condição como também a necessidade de adaptação a novos materiais e dispositivos, exigindo que o indivíduo adquira habilidades e competências para esse autocuidado (Mota et al., 2015).

O enfermeiro é o profissional com *a formação específica, reconhecida e experiência* para prestar cuidados à pessoa ostomizada, dotado de capacidades para ensinar, instruir e treinar o autocuidado (DGS, 2016). Este intervém como promotor do desenvolvimento de competências para cuidar do estoma e dispositivos associados, bem como também contribui a nível psicológico para o desenvolvimento de estratégias, que lhes permitam lidar melhor com a situação, com a aceitação das mudanças físicas e com a baixa autoestima (Silva, 2013). Deste modo, a compreensão de todas as transformações vivenciadas pela pessoa contribuem para uma intervenção de enfermagem mais efetiva e mais humana (Silva, 2013).

A competência diz respeito a um conjunto de conhecimentos, habilidades e atitudes que o indivíduo detém, sendo considerados recursos pessoais (Fleury e Fleury, 2001). Segundo Readding (2005), o desenvolvimento da competência de autocuidado à ostomia deverá incluir: aquisição de conhecimentos sobre o estoma, cuidados ao estoma, material, dispositivos e prevenção de complicações; desenvolvimento de habilidades, no que concerne aos cuidados ao estoma e procedimento de troca de dispositivos; promoção da autovigilância, abordando a importância da inspeção do estoma e pele circundante, bem como de sinais de alerta de complicações e por fim, da tomada de decisão por parte do indivíduo aquando o regresso a casa, mais concretamente sobre os locais onde poderá adquirir os equipamentos, o que esperar da sua recuperação e onde se dirigir para obter ajuda em caso de complicações ou se necessitar de mais informação.

No que diz respeito, especificamente, ao desenvolvimento de competências no autocuidado à ostomia de ventilação, Engelke (2011) corrobora com Readding (2005) e refere que, após uma avaliação das necessidades e desejos do indivíduo, deve ser realizada uma abordagem planeada e individualizada. Primeiramente com enfoque em

conhecimentos referentes ao que é uma traqueostomia, a necessidade da sua presença, como se procede à troca da cânula de traqueostomia, quais os desafios que a pessoa pode enfrentar, o que fazer para minimizar as dificuldades, os comportamentos mais adequados após a alta, sinais de alerta e de complicações e ainda onde se dirigir para assistência, vigilância e acompanhamento. Seguidamente, o indivíduo deve ser colocado em contacto com o material e ser realizada uma demonstração do procedimento de troca da cânula, tendo em atenção que nas fases seguintes, deverá ser o indivíduo e/ou a família a executar o procedimento e cuidados à traqueostomia, no sentido de desenvolverem habilidades instrumentais (Engelke, 2011).

Segundo Canduela e colaboradores (2018) os procedimentos recomendados deverão iniciar-se logo numa fase pré-operatória, em que, uma vez confirmado o diagnóstico e sendo proposta a cirurgia, o indivíduo deverá participar numa consulta onde lhe serão fornecidas informações sobre as consequências *funcionais esperadas* e o *processo de reabilitação* bem como deve incluir informação sobre: os cuidados ao estoma; *as opções para a reabilitação da fala*; *os possíveis problemas de deglutição*; *fisioterapia e cuidados respiratórios* e a *nova fisiologia olfativa* (Canduela et al., 2018, p. 4).

A importância deste ensino pré-operatório resultado do facto de, nesse momento, o indivíduo assimilar melhor a informação fornecida, além de que, parece contribuir para uma melhor aceitação e menor surpresa no momento pós-operatório, permitindo uma melhor adaptação física e psicológica do indivíduo à situação (Lenza et al., 2013).

No entanto, este ensino pré-operatório nem sempre se verifica e é no internamento que a instrução e o treino são realizados (Menezes et al., 2013). Monteiro (2017) refere que em média são necessários entre 3 a 4 dias para iniciar a capacitação da pessoa para o autocuidado, sendo o internamento hospitalar um ambiente em que os indivíduos se encontram física e psicologicamente debilitados para absorverem novas informações, além dos conteúdos serem considerados excessivos para aquele período de tempo (Menezes et al., 2013; RNAO, 2009).

Na fase do internamento, a pessoa portadora de traqueostomia e o seu familiar deverão ser instruídos sobre o manuseamento do material e sobre os cuidados a ter com o estoma (Canduela et al., 2018). Aquando a alta, Canduela e colaboradores (2018, p. 4) postulam que, o indivíduo deverá ser autónomo no autocuidado à traqueostomia, sendo extremamente importante tanto o doente como o familiar com quem coabita terem conhecimento de: *como realizar a limpeza diária do estoma*; *como mudar e limpar a cânula ou outros dispositivos*; *como colocar e substituir o filtro*; *quais as limitações de ser portador de uma traqueostomia* e *como resolvê-las (banho, incapacidade de realizar manobra de Valsalva)* e os sinais de complicação. A pessoa com prótese fonatória, deverá ainda saber como funciona a prótese, como cuidar desta e os sinais de complicações que indicam que necessita de assistência (Canduela et al., 2018).

Porém, este processo de capacitação para o autocuidado raramente é concluído no internamento, sendo fundamental encaminhar o indivíduo para a consulta de estomoterapia, se existir, ou então para os cuidados diferenciados da comunidade, de forma a que seja realizado um acompanhamento e monitorização da situação (Monteiro, 2017).

Assim, ao analisar a literatura, verifica-se que, o desenvolvimento de competências no autocuidado à ostomia de ventilação, encontra-se associado, maioritariamente, ao domínio do conhecimento e das habilidades, mas sem esquecer o domínio da tomada de decisão, em que os indivíduos recentemente traqueostomizados deverão desenvolver capacidades relacionadas com a gestão dos cuidados e/ou equipamentos, bem como gestão de possíveis recursos para o caso de dúvidas, complicações e resolução das mesmas. Também um domínio relacionado com a autovigilância e monitorização parece emergir, sendo de extrema importância o facto de a pessoa vigiar, monitorizar e reconhecer sinais indicativos de anormalidade.

No estudo realizado por Mota et al. (2015), concluiu-se que existe um conjunto de condicionantes que parecem influenciar o desenvolvimento destas competências de autocuidado com a ostomia, como por exemplo a atribuição de um significado positivo à ostomia e o estar previamente preparado. De facto, existem clientes que quando são submetidos a cirurgia já se encontram em estadios avançados, com sintomatologia associada (dispneia) e que conseguem atribuir um significado positivo à traqueostomia, associando-a a um sentimento de alívio. Também o facto de existir uma preparação pré-operatória, onde os indivíduos são instruídos sobre os cuidados a ter com a ostomia e as mudanças que ocorrerão nas suas vidas, parece facilitar o processo de aprendizagem no pós-operatória, na medida em que contribui para a consciencialização das mudanças que vão ocorrer após a cirurgia (Mota et al., 2015).

A existência de grupos de apoio ou presença de pares, são consideradas estratégias de apoio social eficazes, na medida em que, contribuem para uma interação e partilha de experiências, aceleram o processo de consciencialização e permitem aos indivíduos ultrapassar este processo de forma menos traumática. Além disso, essa convivência parece melhorar a aceitação do estoma, bem como as estratégias para lidar com as dificuldades (Mota et al., 2015).

Segundo Menezes et al. (2013), as pessoas portadoras de ostomias necessitam de um acompanhamento e estímulo à motivação contínuos, no sentido de permitir uma melhor adaptação e um autocuidado eficaz.

2.2.2 A avaliação da aquisição da competência de autocuidado

O Enfermeiro avalia, diagnostica e intervém junto do cliente tendo em vista a recuperação do seu potencial máximo de autonomia no autocuidado, bem como a readaptação e incorporação da nova condição (Brito, 2012).

De facto, na sua prestação de cuidados, o enfermeiro concebe e utiliza um processo, a que denominamos de processo de enfermagem, constituído por cinco fases, sendo elas: a avaliação inicial, que corresponde a uma fase de investigação e pesquisa de possíveis problemas e necessidades do indivíduo; o diagnóstico de enfermagem, onde são identificados e enunciados os problemas e necessidades do indivíduo; o planeamento, fase em que são definidos objetivos e resultados a atingir, bem como planeadas as ações a desenvolver com o indivíduo; a implementação, fase onde são executadas as intervenções de enfermagem; e por fim a avaliação, fase em que se avalia se foram atingidos os objetivos e conquistados os resultados (Potter e Perry, 2006).

Verifica-se, portanto, que o enfermeiro concebe um plano de ação, estruturado e adaptado às necessidades do indivíduo, em dois momentos de avaliação distintos: uma inicial, primordial para a identificação das necessidades e problemas potenciais, bem como para o delineamento das intervenções a executar; e um final ou pós-intervenção, com o objetivo de identificar se os objetivos e resultados propostos para aquele indivíduo foram atingidos, ou se é necessário redirecionar ou reimplementar intervenções de enfermagem.

No que diz respeito, ao desenvolvimento da competência de autocuidado à ostomia, estas duas avaliações, assumem, igualmente, um papel preponderante. Avaliar a competência do indivíduo para cuidar a sua ostomia numa fase inicial, se possível pré-operatória, permite desde logo identificar se este possui características/capacidades indicativas de um potencial de recuperação e que necessidades em cuidados serão necessárias. Em contrapartida, a avaliação da competência no autocuidado à ostomia numa fase pós-intervenção permite uma supervisão do progresso alcançado pelo indivíduo e permite perceber o quão eficazes foram as intervenções implementadas.

A Norma nº 011/2016, da DGS (2016), referente às traqueostomias, corrobora estas afirmações, descrevendo que o enfermeiro é responsável pelo acompanhamento do processo de desenvolvimento da competência de autocuidado à ostomia, pela avaliação da eficácia das intervenções implementadas, nomeadamente, pela avaliação das competências adquiridas pelos indivíduos.

Também Engelke (2017) refere, na sua skill competency checklist, que ao longo do ensino sobre os cuidados à ostomia, deve ser continuamente avaliada a resposta do indivíduo à informação, bem como o seu percurso de aprendizagem.

Remetendo-nos a Meleis e colaboradores (2000), no decorrer da transição, é presumível que o indivíduo desenvolva mestria e identidade fluída, sendo que, se considera que a pessoa termina a transição quando demonstra conhecimentos, comportamentos e habilidades referentes à sua nova condição. Neste sentido, e no que diz respeito à transição vivenciada pela pessoa portadora de ostomia de ventilação, a avaliação do desenvolvimento da competência de autocuidado à ostomia serve como um indicador do progresso da transição, na medida em que avalia e monitoriza o decorrer da transição e a aquisição de conhecimentos, comportamentos e habilidades, podendo mesmo até vir a ser considerado como indicador de processo e/ou de resultado (Queirós, 2014).

Cada vez mais, as altas hospitalares são precoces, o que no caso da pessoa portadora de ostomia se traduz num incompleto desenvolvimento da competência de autocuidado durante o internamento, pois não só se trata de um processo de aprendizagem exigente, como também cada indivíduo tem o seu ritmo próprio e disponibilidade de aprendizagem. No pós alta, é dado, então, seguimento a este processo nos cuidados de saúde na comunidade, pelo que a partilha da informação se torna a chave da continuidade dos cuidados, para uma enfermagem de ligação (Queirós, 2014). Assim, a elaboração de bons registos de enfermagem contribui para a prestação de cuidados seguros, eficazes e com qualidade, na medida em que, se os registos não existirem ou então não forem suficientes, existirá uma quebra na comunicação entre profissionais, sendo que dados importantes relativos aos clientes poderão ser perdidos (Law et al., 2010).

Portanto, a existência de instrumentos de avaliação do desenvolvimento da competência de autocuidado à ostomia de ventilação, assume um papel preponderante, na medida em que permite o acesso a dados relevantes e organizados para a continuidade de cuidados, nomeadamente sobre as necessidades específicas de cada indivíduo, e em que estadio de desenvolvimento de competências no autocuidado se encontra, pois essa é considerada uma das grande limitações e dificuldades sentidas pelos enfermeiros. O instrumento possibilita uma avaliação objetiva e uniforme, permitindo uma comparação de dados a nível longitudinal. Para além de permitir a prestação de cuidados mais ajustados e conduzir a vivências de transições saudáveis.

Após a revisão da literatura, verificou-se a existência de apenas um instrumento de avaliação do desenvolvimento da competência de autocuidado à ostomia de ventilação desenvolvido por Queirós et al. (2015), que ainda não se encontra validado para a população portuguesa, daí a relevância deste estudo.

3. ENQUADRAMENTO METODOLÓGICO

Nas últimas décadas, tem-se assistido a um progresso académico e profissional da Enfermagem, sendo cada vez mais evidente o seu leque de conhecimentos próprios, bem como a sua afirmação enquanto profissão autónoma (Chicória, 2013). A Enfermagem, enquanto disciplina do conhecimento, assenta as suas bases em conhecimento científico.

Neste próximo capítulo, é exposto o caminho metodológico da investigação, ou seja, a metodologia, correspondendo ao *“conjunto dos métodos e das técnicas que guiam a elaboração do processo de investigação científica”* (Fortin, 1996, p. 372).

Em primeiro lugar, será contextualizado e justificado o estudo, seguidamente serão apresentados a finalidade, os seus objetivos, as variáveis em estudo, a população e a amostra. Também será explanado o procedimento de recolha de dados, mais concretamente o formulário de avaliação do desenvolvimento da competência de autocuidado na pessoa com ostomia de ventilação, bem como serão abordadas as questões éticas que foram consideradas ao longo do estudo. Por fim, serão expostas as estratégias para a análise e tratamento dos dados.

3.1 Contexto, finalidade e objetivos do estudo

Atualmente assiste-se, cada vez mais, a um aumento do número de pessoas portadoras de traqueostomia, indivíduos estes que terão de desenvolver conhecimentos e habilidades para cuidarem da sua traqueostomia.

Tal como já foi referido anteriormente, os enfermeiros, tanto do contexto hospitalar como do contexto comunitário, assumem um papel preponderante no desenvolvimento desses conhecimentos e habilidades, sendo que ensinam, instroem e treinam os indivíduos.

Até à data, constatou-se a inexistência de um instrumento de medida validado para a população portuguesa, que reúna os conhecimentos e as habilidades de autocuidado à traqueostomia que a pessoa deve desenvolver seja no período pré e pós-operatório. A

utilização deste instrumento permite uma recolha de dados mais completa, sistemática, objetiva e rigorosa, facilitando a identificação das necessidades em cuidados de enfermagem da pessoa, bem como o processo de tomada de decisão do enfermeiro quanto às intervenções a serem dirigidas.

Além disso, a utilização do formulário iria facilitar a continuidade de cuidados, na medida em que, este permite a realização de uma avaliação contínua e uniforme do nível de competência de autocuidado à traqueostomia de uma pessoa. Este facto também pode contribuir para uma melhoria na partilha de informação entre os recursos hospitalares e comunitários, visto que sistematiza a informação recolhida relativa à competência de autocuidado à ostomia de ventilação ao longo do tempo.

Pelo referido, considerou-se pertinente proceder à validação de um instrumento já existente de avaliação do desenvolvimento da competência de autocuidado na pessoa com ostomia de ventilação, para que este possa ser utilizado nos contextos da prática e melhore a prestação de cuidados à pessoa com ostomia de ventilação.

Assim, este trabalho de investigação tem como finalidade contribuir com um instrumento validado para a melhoria da recolha de dados, da identificação das necessidades e da prestação de cuidados à pessoa com ostomia de ventilação.

O presente trabalho de investigação tem como objetivo geral validar um instrumento completo e rigoroso de avaliação da competência de autocuidado da pessoa com ostomia de ventilação. Dispõe, também, de objetivos mais específicos, nomeadamente: proceder ao teste das propriedades psicométricas do formulário “Avaliação do Desenvolvimento da Competência de Autocuidado na Pessoa com Ostomia de Ventilação” (Queirós, 2015); descrever as competências de autocuidado da pessoa com ostomia de ventilação; verificar se existem diferenças quanto à competência de autocuidado da pessoa com ostomia de ventilação, de acordo com as variáveis sociodemográficas e com as variáveis clínicas e de diagnóstico.

A nomeação do segundo e terceiro objetivo específico, prende-se com facto de, através da revisão de literatura efetuada, se ter verificado que o conhecimento científico atualizado existente sobre o nível de competência da pessoa com ostomia de ventilação para o autocuidado à sua ostomia, é escasso, pelo que se considera que este é um tema ainda pouco desenvolvido e que carece de mais investigação, sendo necessário mais informações que coadjuvem e sustentem o processo de tomada de decisão dos enfermeiros na sua prática diária.

3.2 Tipo de estudo

O presente trabalho de investigação assenta no paradigma positivista e trata-se de uma investigação do tipo quantitativo, visto que, será usado um instrumento formal para recolha de dados, do qual resultará informação numérica, que será analisada através de procedimentos estatísticos específicos (Polit e Beck, 2011). É considerado um estudo metodológico, uma vez que, tem como propósito validar um instrumento de medida. Polit e Beck (2011, p. 574) postulam que os estudos metodológicos estão relacionados com investigações que pretendem verificar “(...) *a fidelidade e validade de novos instrumentos de medida ou de instrumentos traduzidos de uma outra língua.*”

Quanto à manipulação, trata-se de um estudo observacional descritivo, pois o investigador apenas irá observar e descrever os acontecimentos, não apresentando qualquer tipo de intervenção junto da população em estudo. Segundo Fronteira (2013), nos estudos observacionais, apenas se procede ao estudo, observação e registo dos fenómenos, os seus atributos e a sua relação com outras condições, sem existir qualquer intervenção. Também se pode considerar um estudo descritivo, uma vez que, será proporcionador de informações acerca da população em estudo. Segundo Lima (2011), o estudo descritivo é aquele que, apenas se dedica a descrever as variáveis em estudo, não se focalizando no estudo de relações causais ou hipóteses.

Tendo em conta o seguimento, é considerado um estudo transversal pois os dados serão recolhidos num determinado momento e lugar, ou seja, a colheita de dados é realizada num determinado ponto no tempo, não havendo continuidade ou outras avaliações (Fronteira, 2013).

3.2.1 Variáveis em estudo

As variáveis, tal como o nome indica, são “*algo que varia*”. Dizem respeito a “(...) *qualidade ou características de pessoas, de objetos ou de situações estudadas numa investigação e às quais se atribui um valor*” (Polit e Beck, 2011, p. 579).

Dado as características do estudo, e dada a dificuldade de estabelecer relações de dependência e causalidade entre as variáveis, e não sendo esse o propósito da investigação, as variáveis apenas foram classificadas em principal e secundárias.

A variável considerada principal é a competência no autocuidado à ostomia de ventilação.

As variáveis secundárias foram divididas em três subgrupos: Sociodemográficas (Sexo, Idade, Estado civil, Habilitações literárias, Situação profissional e Profissão atual); Clínicas e de diagnóstico (Tempo decorrido da cirurgia, Tipo de ostomia de ventilação, Tipo de cirurgia realizada, Contacto prévio com pessoas portadoras de ostomia de ventilação e Participação em consultas de enfermagem no pré-operatório) e outras (Presença de cuidador informal).

3.3 População e amostra

No presente estudo, definiu-se como população-alvo as pessoas portadoras de ostomia de ventilação. Mas, na impossibilidade de estudar a totalidade desses indivíduos, selecionou-se uma população acessível, que compreende os casos da população-alvo que estão acessíveis ao investigador (Polit e Beck, 2011). Esta consistiu nas pessoas portadoras de ostomia de ventilação acompanhadas no Instituto Português de Oncologia do Porto, no Centro Hospitalar São João e na Unidade Local de Saúde de Matosinhos.

A amostra diz respeito ao subconjunto da população que foi selecionada e que integrou o estudo e tem como objetivo representar toda a população (Polit e Beck, 2011). Ora uma das características mais importantes da seleção da amostra é a sua representatividade, ou seja, *“a medida em que a amostra é similar à população”* (Polit e Beck, 2011). Neste estudo, o método de amostragem utilizado foi o não probabilístico por conveniência, em que, os participantes foram selecionados dado o critério de acessibilidade. Estes encontravam-se num dado local e momento, que foi conveniente para o investigador (Fortin, 2009). Dada a sua rapidez, maior facilidade operacional e baixo custo, este foi o método selecionado. No entanto, a utilização deste método não garante que a amostra seja representativa da população, pelo que, deve haver cuidado na interpretação e generalização dos resultados (Polit e Beck, 2011).

Quanto ao tamanho da amostra, visto se tratar de uma validação, segundo Bryman e Cramer (2003) esta deverá ser, no mínimo, cinco vezes o número de itens da escala, ou seja, 5 x 39, o que representa pelo menos um total de 195 participantes.

Os critérios de inclusão definidos para os participantes foram:

- Idade igual ou superior a 18 anos;
- Ser portador de uma ostomia de Ventilação (temporária ou definitiva) ou estar a aguardar cirurgia;
- Ter potencial no desenvolvimento do autocuidado à ostomia de ventilação;
- Aceitar participar de forma livre e esclarecida no estudo.

3.3.1 Caracterização da amostra

A amostra foi constituída por 195 indivíduos, desses 181 (92,8%) eram do sexo masculino e 14 (7,2%) do sexo feminino. As idades eram compreendidas entre os 24 e os 85 anos, sendo a média das idades 63,4 anos e a moda 67 anos (DP= 9,75 anos).

Quanto ao estado civil, 77,4% (n=151) dos participantes eram casados, 8,2% (n=16) solteiros, 7,7% (n=15) separados ou divorciados e 6,7% (n=13) viúvos.

5,1% (n=10) eram iletrados e 94,9% (n=185) apresentavam habilitações literárias, sendo que 71,8% frequentou o ensino primário, 18,5% o ensino básico, 3,6% o ensino secundário e 1% o ensino superior.

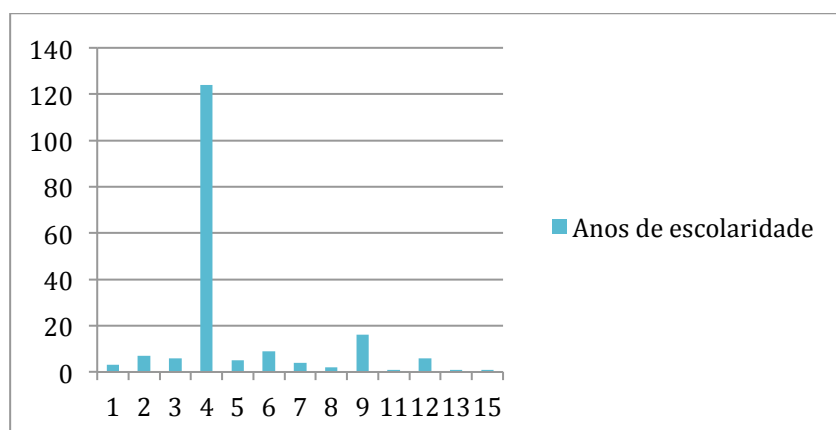


Gráfico 1 - Distribuição da amostra segundo os anos de escolaridade

Quanto à situação profissional, 75,4% (n=147) encontravam-se reformados, 14,9% (n=29) empregados no ativo mas de licença ou baixa médica, 8,2% (n=16) estavam desempregados, 1% (n=2) encontravam-se empregados no ativo e apenas 0,5% (n=1) com incapacidade permanente para o trabalho.

Focando nas profissões atuais ou anteriores, as mais comuns são: operários, artífices e trabalhadores similares (40%, n=78); trabalhadores não qualificados (36,9%, n=72); e pessoal de serviços e vendedores (13,3%, n=26).

Profissão atual/anterior	n	%
Quadros superior da Adm. Pública, Dirigentes e Quadros Superiores	1	0,5
Técnicos e profissionais de nível intermédio	1	0,5
Pessoal administrativo e similares	8	4,1
Pessoal de serviços e vendedores	26	13,3
Agricultores e trab. qualificados da agricultura e pesca	2	1
Operários, artífices e trabalhadores similares	78	40
Operadores de instalações e máquinas	4	2,1
Trabalhadores não qualificados	72	36,9
Outros: qualquer outra ocupação não incluída	3	1,5

Tabela 1 - Distribuição da amostra pela profissão atual/anterior

No que diz respeito à situação clínica dos participantes, verificou-se que 5,6% (n=11) ainda se encontravam a aguardar cirurgia, 16,4% (n=32) tinham sido submetidos a cirurgia há menos de um mês e que 77,9% (n=152) tinham sido submetidos a cirurgia há mais de um mês. Dos 32 participantes que tinham sido submetidos a cirurgia há menos de um mês, em média, tinham realizado a sua cirurgia há cerca de 14 dias, no entanto os valores variaram entre 1 e 29 dias após a cirurgia. Dos 152 participantes que tinham sido submetidos a cirurgia há mais de um mês, em média, tinham sido operados há 45,9 meses, o que corresponde a 3 anos e 10 meses. De realçar que, o número de meses após a cirurgia variou entre um e 212 meses (17 anos e 8 meses).

Tempo decorrido da cirurgia	n	%	$\bar{x}$	Mo	Med	Min-Max	DP
Aguarda cirurgia	11	5,6%	-	-	-	-	-
Há quanto tempo foi submetido a cirurgia em dias (se menor ou igual a 1 mês)	32	16,4%	13,75	6	12	1-29	7,25
Há quanto tempo foi submetido a cirurgia em meses (se mais de 1 mês)	152	77,9%	45,9	24	28	1-212	45,08

Tabela 2 - Distribuição da amostra pelo tempo decorrido desde a cirurgia

Relativamente ao conhecimento dos participantes sobre o diagnóstico associado à cirurgia, verificou-se que apenas 9,7% (n=19) não sabiam o diagnóstico associado. Os diagnósticos mais prevalentes foram carcinoma da laringe (80,5%, n=157), seguindo-se o carcinoma da faringe (1,5%, n=3) e da língua (1,5%, n=3), contudo outros carcinomas foram referidos como por exemplo na mandíbula, hipofaringe, seio piriforme, septo nasal, entre outros.

À exceção dos participantes que se encontravam a aguardar cirurgia (5,6%, n=11), os restantes 94,4% (n=184) eram portadores de uma traqueostomia cirúrgica, tendo a maioria dos participantes (59%, n=115) sido submetida a Laringectomia total, seguindo-se 12,8% (n=25) que foram operados em contexto de urgência, tendo sido confeccionadas traqueostomias associadas a quadros de dificuldade respiratória bem como hemorragias pós-operatórias. Outras cirurgias realizadas pelos participantes foram Laringectomia parcial, Bucofaringectomia, Glossectomia, entre outros.

Quanto à duração da ostomia de ventilação, dos 184 participantes traqueostomizados 76,1% (n=140) verbalizaram possuir traqueostomias definitivas, enquanto 22,8% (n=42) referiram que a sua ostomia seria temporária. Apenas 1,1% (n=2) não sabia classificar se a sua ostomia era definitiva ou temporária.

Quando questionados sobre o facto de terem contactado com pessoas traqueostomizadas antes de realizarem a cirurgia, 79% (n=154) dos participantes respondeu que sim, que contactou e conheceu alguém portador de traqueostomia, e 21% (n=41) respondeu que não, que nunca tinha contactado ou visualizado uma traqueostomia antes da cirurgia.

No que diz respeito à participação em consulta de enfermagem no pré-operatório, 59,5% (n=116) dos participantes verbalizaram não ter participado, enquanto que 40,5% (n=79) verbalizaram ter tido algum tipo de contacto com a enfermeira enquanto aguardava pela cirurgia. Dos 59,5% que não participaram na consulta de enfermagem pré-operatória, 43,6% (n=85) mencionaram não existir consulta de enfermagem pré-operatória na instituição em que são acompanhados, e 15,9% (n=31) referiram ter sido submetidos a cirurgias não programadas.

Quanto à presença de um cuidador informal no domicílio, 52,8% (n=103) dos participantes traqueostomizados verbalizaram não necessitar de apoio no autocuidado à ostomia de ventilação por um cuidador informal, enquanto 41,5% (n=81) verbalizaram necessitar de algum tipo de apoio na execução do seu autocuidado no domicílio por um cuidador informal, na sua maioria o conjugue (22%) ou a filha (7,7%), sendo que também houve referência ao centro de saúde (5,1%) como apoio a esses cuidados.

Assim, podemos concluir que a amostra é caracterizada maioritariamente por indivíduos do sexo masculino, casados, com uma média de idade de 63 anos, com habilitações literárias - 4 ano de escolaridade, encontrando-se reformados, tendo sido operários, artífices ou trabalhadores similares.

Quanto ao seu quadro clínico, a maioria já tinha sido submetida a cirurgia há mais de um mês (em média há 3 anos e 10 meses), conhecia o diagnóstico que conduziu à cirurgia, sendo o mais prevalente o carcinoma da laringe, era portador de uma traqueostomia cirúrgica, definitiva, resultado de uma laringectomia total e não tinha participado em consulta de enfermagem pré-operatória.

Mais se acrescenta que teve algum tipo de contacto com pessoas com ostomia de ventilação no período pré-operatório e não precisava de apoio no autocuidado à ostomia de ventilação de um cuidador informal no domicílio.

3.4 Procedimento de recolha e análise dos dados

A recolha de dados é considerada uma das etapas mais importantes num projeto de investigação, visto que, é através desta que o investigador irá obter as informações necessárias para o desenvolvimento do estudo (Oliveira et al., 2013). Aliás, até se pode afirmar que, o sucesso de uma investigação está intimamente relacionado com a forma elegida pelo investigador para obter os dados que necessita, sendo considerado um desafio a escolha do tipo de instrumento de recolha de dados a utilizar (Oliveira et al., 2013).

No presente trabalho de investigação, a estratégia de recolha de dados utilizada consistiu na aplicação de um formulário, denominado de formulário de “Avaliação do Desenvolvimento da Competência de Autocuidado na Pessoa com Ostomia de Ventilação” (Anexo 1) na amostra selecionada.

O formulário consiste numa listagem formal destinada a recolher dados quer por observação quer por entrevista, sendo o preenchimento efetuado pelo próprio investigador, à medida que este vai observando ou questionando o participante, numa situação presencial (Oliveira et al., 2013). Tem como principal vantagem o facto de poder ser utilizado em populações heterogéneas pois tanto pode incluir participantes alfabetizados como analfabetos, visto o seu preenchimento ser feito pelo investigador (Oliveira et al., 2013).

Segundo a autora do formulário,

“A opção por este tipo de instrumento de colheita de dados fundamentou-se em dois principais motivos: por um lado, por se pretender avaliar a competência de autocuidado através do juízo clínico da pessoa mais habilitada para o efeito, ou seja, o enfermeiro; por outro lado, por o conceito de avaliação de competência remeter para uma apreciação realizada pelos outros, em que se compara o desempenho de alguém numa atividade específica, com os indicadores de resultado predelineados para a mesma” (Queirós, 2014, p.41).

3.4.1 O instrumento: Formulário de avaliação do Desenvolvimento da competência de autocuidado na pessoa com ostomia de ventilação

Para a construção deste instrumento, Queirós (2014) utilizou uma lógica estrutural de um instrumento pré-existente, construído por Gomes, Silva e Cardoso (2011), que visava avaliar o desenvolvimento de competência no autocuidado à ostomia de eliminação intestinal. Este, por sua vez, assentava, quanto a estrutura, num instrumento criado e validado por Schumacher e colaboradores (2000), referente à avaliação do desenvolvimento de competência do prestador de cuidados da pessoa dependente.

O instrumento consiste, então, num formulário, a ser aplicado pelo enfermeiro, através das técnicas de observação e entrevista à pessoa, de modo a avaliar a sua competência para o autocuidado à ostomia de ventilação. Encontra-se dividido em duas partes, uma primeira dedicada à caracterização do participante, onde se encontram variáveis de atributo (como a idade, estado civil, habilitações literárias, profissão e situação profissional), variáveis clínicas (diagnóstico clínico, tipo de cirurgia, tipo de ostomia), variáveis de tratamento (consulta prévia de enfermagem, contacto prévio com ostomizados) e ainda outras variáveis como a existência de um cuidador informal. O objetivo desta primeira parte é definir um perfil da pessoa, do seu contexto clínico e de tratamento, visto se tratarem de fatores condicionadores do desenvolvimento de competência no autocuidado à ostomia de ventilação (Queirós, 2014).

A segunda parte reporta-se à avaliação da competência de autocuidado à traqueostomia e é constituída por 39 itens (indicadores de resultado) distribuídos por um conjunto de seis dimensões/domínios, sendo estes: o Conhecimento, a Autovigilância, a Interpretação, a Tomada de Decisão, a Execução, e a Negociação e Utilização de Recursos de Saúde (Queirós, 2014). Cada item apresenta uma atribuição de pontuação ordinal, através de escala de likert, variando entre 1 e 5, em que quanto maior o número, maior a competência demonstrada, sendo as significâncias das categorias a seguinte: 1 - “não demonstra”; 2, 3 ou 4 - “demonstra parcialmente”; 5 - “demonstra totalmente”; 0 - “não se aplica”. Quanto à pontuação entre 2 e 4 a sua atribuição varia de acordo com o número de critérios demonstrados pelo participante dentro de cada indicador dos domínios da competência, encontrando-se estes discriminados no manual de preenchimento (Anexo 2). A pontuação 2 corresponderá ao cumprimento de cerca de 25% dos critérios definidos para o indicador do domínio de competência, a pontuação 3 corresponderá ao cumprimento de cerca de 50% dos critérios e a pontuação 4 corresponderá ao cumprimento de cerca de 75% dos critérios (Queirós, 2014).

De forma a ser controlada a subjetividade atribuída por cada profissional avaliador e no sentido de uniformizar as avaliações efetuadas, foi elaborado um manual de preenchimento do instrumento e neste encontram-se definidos os parâmetros/possíveis respostas para cada indicador (Anexo 2).

É ainda importante referir que o formulário não só poderá ser usado como um método avaliativo da competência, como também servirá como um guia orientador para o enfermeiro sobre a evolução do processo de transição para uma vida com ostomia de ventilação do participante, sendo que, o instrumento foi criado de forma a poder ser utilizado em qualquer fase do processo de transição, daí a sua aplicação quer num momento pré-operatório de uma vida sem ostomia até ao momento em que o indivíduo demonstra mestria e identidade fluída (Queirós, 2014).

3.4.2 Processo de recolha de dados

Assim que se obteve um parecer favorável tanto do conselho de administração como da comissão ética das instituições, estabeleceu-se um elo de ligação entre o investigador e um profissional dos serviços onde se realizaria a colheita de dados. Estabelecido esse contacto, foi explicado a esse profissional quais os objetivos do estudo, qual o método de recolha de dados e qual a população elegida para o estudo, para que pudesse ajudar na sinalização de possíveis participantes para o estudo e que correspondessem aos critérios de inclusão. Assim que essa parceria foi possível, também se tentou estabelecer uma colaboração dos serviços na recolha de dados, o que não demonstrou ser muito efetiva dado o trabalho já estabelecido pelos enfermeiros, tendo sido o investigador principal a recolher a totalidade dos formulários. A colheita de dados realizou-se principalmente na consulta externa, aquando a existência de consultas pré-operatórias, tratamentos de feridas e consultas pós-operatórias ou de vigilância e nos serviços de internamento de otorrinolaringologia no período pós-operatório da confecção da ostomia ou aquando a existência de reinternamentos devido à existência de complicações.

Quanto à recolha de dados junto do participante, esta passou primeiramente por uma caracterização sociodemográfica, seguida de uma avaliação do seu potencial para o desenvolvimento de autocuidado à ostomia de ventilação. Em caso de dúvidas sobre as capacidades cognitivas da pessoa seria usado o Mini Mental State Examination Validado e Traduzido para a População Portuguesa (Anexo 3), o que não chegou a ser necessário. Por

fim, aplicou-se o formulário “Avaliação do Desenvolvimento da Competência de Autocuidado na Pessoa com Ostomia de Ventilação” (Anexo 1).

3.4.3 Aspetos éticos

No desenvolvimento de uma investigação, existem diversos aspetos éticos a serem tidos em consideração, nomeadamente o cumprimento dos princípios da beneficência (integridade e garantia contra a exploração), do respeito pela dignidade humana (direito à autodeterminação, direito à revelação total e consentimento informado) e justiça (direito ao tratamento justo e direito à privacidade - confidencialidade e anonimato) (Polit e Beck, 2011). A realização do presente estudo atendeu a todos os pressupostos éticos inerentes ao protocolo de Helsínquia.

Durante a fase de planeamento, procedeu-se à solicitação de autorização à autora do formulário para se proceder à sua validação (Anexo 4) bem como foi solicitada autorização às instituições de saúde selecionadas para implementação do estudo (Instituto Português de Oncologia do Porto, Centro Hospitalar São João, Unidade Local de Saúde de Matosinhos) (Anexo 5), as quais emitiram pareceres favoráveis.

Durante a fase de recolha de dados, atendendo ao princípio de que os participantes devem receber e compreender informações ajustadas sobre a investigação e ter o poder de decidir livremente participar ou declinar a sua participação (Polit e Beck, 2011) foi pedido o consentimento informado aos participantes, com recurso a um modelo de consentimento informado desenvolvido para o efeito (Anexo 6). Neste constam os objetivos do estudo, os riscos e benefícios, o processo de recolha de dados, a forma de garantia da confidencialidade e o modo de acesso aos resultados. Após a explicação, foi concedido um período de tempo para que a pessoa refletisse e manifestasse a sua vontade livre e esclarecida de participar ou não na investigação. É importante referir que foi explicado ao participante que poderia abandonar o estudo a qualquer momento e que esse facto não iria de modo algum prejudicar os cuidados de saúde que estaria a receber naquela instituição.

3.4.4 Análise e tratamento dos dados

Para a análise e tratamento dos dados foi utilizado o programa informático Statistical Package for Social Sciences (SPSS), versão 22 para Windows.

No sentido de se proceder à validação do formulário, foram testadas a fidelidade e a validade do instrumento, enquanto características essenciais para determinar a qualidade de um instrumento de medida (Fortin, 2009).

A fidelidade diz respeito à “(...) *precisão e constância das medidas obtidas quando se utiliza um instrumento de medida (...) significa que o instrumento é fiel (...) que se obtém resultados semelhantes em situações comparáveis*” (Sousa et al., 2015, p. 26). Segundo Ribeiro (2010), para avaliar a fidelidade existem vários testes que podem ser realizados, sendo eles: o teste-reteste, a avaliação da consistência interna, a avaliação da concordância entre avaliadores e o teste das duas metades.

O teste-reteste está relacionado com a estabilidade temporal/reprodutibilidade do instrumento, ou seja, diz respeito ao grau de concordância obtido através de teste e reteste nas mesmas pessoas, em momentos diferentes, cujo intervalo pode ir de duas a quatro semanas (Polit e Beck, 2011). No entanto, este critério só se aplica em variáveis estáveis no tempo, o que não se verifica neste estudo, visto que a variável principal se trata da competência no autocuidado à ostomia de ventilação. Esta variável encontra-se em contínua mutação, sendo expectável que, com o decorrer do tempo, a pessoa vá desenvolvendo e adquirindo mais competência no autocuidado à ostomia. Esta variável encontra-se, portanto, em constante evolução. Por esta razão, este teste foi desconsiderado para a avaliação da fidelidade do instrumento.

A consistência interna diz respeito ao “*grau de homogeneidade entre os elementos obtidos com um dado instrumento de medida*” e é obtido através do coeficiente de correlação - Coeficiente Alfa de Cronbach (Fortin, 2009, p. 570). O seu valor é encontrado com base na média das intercorrelações entre todos os itens do teste, podendo assumir valores entre 0 e 1 (Ribeiro, 2010). Para o instrumento ter uma boa consistência interna o valor do *Alpha* deverá exceder os 0,80, no entanto, quanto mais itens o instrumento tiver, maior será o seu valor (Ribeiro, 2010). Segundo Fortin (2009), quanto mais o valor do coeficiente se aproxima de 1, mais o instrumento é considerado fiel. Sousa et al. (2015) estabelece a seguinte operacionalização dos valores do *Alpha*, que será tida como referência para este estudo: <0,6 - Inaceitável; entre 0,6 e 0,7 - Fraco; entre 0,7 e 0,8 - Razoável; entre 0,8 e 0,9 - Bom; entre 0,9 e 1 - Excelente.

A concordância entre avaliadores, ou também designada como fidelidade inter-juízes, diz respeito à *“concordância nas avaliações feitas por dois ou mais observadores, examinando o mesmo fenómeno”* (Fortin, 2009, p. 574). Para a sua execução, diferentes avaliadores aplicaram o instrumento ao mesmo sujeito em simultâneo, tendo sido este teste aplicado a 10% da amostra, logo a 20 indivíduos. O valor da concordância entre os testes dos diferentes observadores (Observador A vs Observador B) é dado através da realização de um coeficiente de correlação entre os resultados do observador A e do observador B, sendo que bons valores de concordância situam-se entre os 80-100% (Fortin, 2009).

O teste das duas metades consiste numa *“técnica que é utilizada para determinar a constância dos resultados obtidos com um instrumento de medida, e que consiste em comparar os scores de uma metade do instrumento com os scores da outra metade”* (Fortin, 2009, p. 574). Para isso, dividiu-se os enunciados em duas metades, optando-se por uma repartição dos enunciados pares versus ímpares, e calculou-se o coeficiente de correlação entre as duas metades. Segundo Fortin (2009), se o resultado da comparação das duas metades apresentar uma correlação elevada (valor acima de 0,70) então demonstra uma boa consistência interna do instrumento de medida.

A validade refere-se à *“qualidade de um instrumento de medida que está apto a medir realmente o que é suposto medir”* (Fortin, 2009, p. 579). Ou seja, diz respeito ao grau de precisão (garantia) com que o instrumento mede o que se propõe a medir (Ribeiro, 2010). Esta abarca três constituintes: a validade de conteúdo, de constructo e de critério.

A validade de conteúdo corresponde à *“qualidade de um instrumento de medida cujo conteúdo corresponde intimamente ao conteúdo de um domínio de interesse que se procura avaliar”* (Fortin, 2009, p.579). Está associada a um julgamento efetuado por um conjunto de especialistas no conteúdo do domínio em avaliação (Ribeiro, 2010). Este julgamento já foi efetuado no estudo desenvolvido por Queirós (2014), aquando a construção do instrumento, numa metodologia de *focus group*. Um painel constituído por diferentes peritos, nomeadamente, docentes e enfermeiros da prática clínica: uma enfermeira estomaterapeuta, uma professora doutora na área do autocuidado, uma professora doutora na área da oncologia e estomaterapeuta, duas mestres na área da ostomia, uma enfermeira coordenadora na área da cirurgia oncológica da cabeça e pescoço, uma enfermeira chefe da consulta de ORL e um enfermeiro especialista em reabilitação no serviço de internamento/consulta de ORL analisaram e discutiram o instrumento na sua globalidade e posteriormente item a item. Estes concordavam com o instrumento na sua globalidade, no entanto, fizeram três sugestões de alterações, nomeadamente quanto à inclusão da opção “A aguardar cirurgia” na pergunta de caracterização da variável clínica referente ao tempo decorrido desde a realização da cirurgia; a separação de dois itens no domínio do conhecimento - “como realizar a manutenção dos dispositivos” e “quando realizar a manutenção dos dispositivos” e a inclusão de um item “limpa a prótese fonatória” no domínio da execução (Queirós, 2014).

Portanto, considerou-se que, a avaliação da validade de conteúdo já foi efetivada nesta apreciação por *focus group* aquando da construção do instrumento.

A validade de critério, refere-se “(...) à correlação entre um instrumento de medida e um outro instrumento (critério) que mede o mesmo fenómeno”, podendo o primeiro predizer um resultado que produzirá outro instrumento que mede o mesmo conceito no mesmo momento, ou então, pode predizer um resultado futuro sobre um conceito já definido (Fortin, 2009, p. 356). Este tipo de validade engloba, portanto, a validade concorrente/concomitante, que diz respeito “(...) à correlação entre duas medidas do mesmo conceito, aplicadas ao mesmo tempo junto dos indivíduos”; e a validade preditiva que corresponde “(...) à correlação entre duas medidas de um mesmo conceito, espaçadas no tempo”, relacionando-se esta última com a “capacidade de um instrumento prever uma situação futura, a partir de um resultado atual” (Fortin, 2009, p. 357). Visto que não existe outro instrumento válido para avaliar este mesmo conceito de competência no autocuidado à ostomia de ventilação, não é possível realizar a avaliação desta característica.

A validade de constructo refere-se “(...) à capacidade de um instrumento para medir o conceito ou o constructo definido teoricamente (estrutura teórica)”, estando ligada à verificação das relações teóricas subjacentes ao constructo do instrumento (Fortin, 2009, p. 357). A sua avaliação pode realizar-se através de análise fatorial, correlação com outros testes, avaliação da consistência interna, grupos de contraste e validade convergente e divergente (Fortin, 2009; Anastasi, 1990 cit. por Ribeiro, 2010). Neste trabalho de investigação, para a avaliação desta característica, optou-se pela análise fatorial e pela correlação interdomínios, uma vez que se relacionam com a confirmação da dimensionalidade do formulário, bem como análise da sua estrutura teórica.

A análise fatorial consiste num método estatístico que origina agrupamentos de conceitos fortemente ligados entre si, aos quais damos o nome de fatores. Este método permite determinar quais os fatores que são comuns a cada conjunto de variáveis (Fortin, 2009). Na tentativa de examinar a distribuição fatorial dos itens do formulário, primeiramente realizou-se análise fatorial exploratória pelo método da análise das componentes principais, sem forçar o número de fatores. Seguidamente, procedeu-se a uma nova avaliação, utilizando o método de Rotação Varimax com normalização de Kaiser, forçando o número de fatores a seis, com a intenção de os itens se agruparem nas subescalas do formulário.

Segundo Martins (2006), a validade convergente e discriminante diz respeito ao grau em que o instrumento em estudo se relaciona com outras medidas semelhantes ou conceitos opostos. Na validade convergente, é esperado que ao comparar os resultados obtidos por dois ou mais instrumentos que meçam o mesmo conceito, se obtenham correlações positivas (Fortin, 2009). Na validade divergente é esperado que, ao comparar os resultados

obtidos por dois ou mais instrumentos que meçam conceitos diferentes, se obtenham correlações negativas (Fortin, 2009). Assim, Silva et al. (2013) postula que a validade convergente e discriminante estuda a análise das relações plausíveis e esperadas do conceito em estudo com outras medidas relacionadas, da qual se espera a existência de uma relação positiva ou negativa, ou ausência de relação. Visto que não existe outro instrumento que avalie um conceito similar ou um conceito oposto, esta técnica foi desconsiderada.

A fidelidade e a validade são, de facto, qualidades essenciais que devem estar presentes num instrumento de medida, no entanto, estas não devem ser sujeitas a uma avaliação rígida e inflexível em termos de presença/ausência, mas sim em termos de grau. É presumível avaliar o grau de fidelidade e de validade do instrumento em questão (Fortin, 2009). O mesmo autor postula ainda que, não existem instrumentos completamente válidos, ou seja, não é possível precisar se uma medida é válida ou não. No entanto, a fidelidade do instrumento pode contribuir para a sua validade, na medida em que um instrumento com grau elevado de fidelidade apresenta um erro de medida fraco, traduzindo-se numa grande probabilidade de a validade ser elevada.

Para testar a sensibilidade clínica do instrumento, também denominada de propriedades clinimétricas, procedeu-se ao estudo de relações entre variáveis, de acordo com o que é descrito na literatura, numa tentativa de demonstrar que o formulário é sensível e que se obtêm resultados diferentes em grupos com uma dada característica.

Além do estudo das propriedades psicométricas e clinimétricas do instrumento, também se realizou um estudo descritivo do nível de competência do autocuidado à ostomia de ventilação e das possíveis relações entre a variável principal e as variáveis secundárias. A análise descritiva compreende as distribuições de frequências, as medidas de tendencial central (média, moda e mediana) e as medidas de dispersão (como a amplitude, variância e desvio padrão) (Fortin, 2009).

Para facilitar a leitura dos resultados obtidos, quanto ao nível de competência no autocuidado à traqueostomia, optou-se por calcular o score médio de cada domínio do formulário, ou seja, foram somadas as médias obtidas pelos indicadores de determinado domínio e dividido pelo número de itens desse mesmo domínio.

O tratamento estatístico diz respeito “(...) à análise dos dados numéricos, por meio de técnicas estatísticas ou testes estatísticos”, sendo que a escolha do teste a utilizar depende da natureza da variável em questão (variável escalar, ordinal ou nominal), do número de grupos a comparar, do cumprimento dos pressupostos do teste e do propósito que se pretende alcançar (determinar a existência de diferenças entre grupos e/ou verificar a existência de relações de associação) (Fortin, 2009, p.410).

Para orientar esta escolha, procedeu-se à avaliação da normalidade da distribuição das variáveis escalares, tendo sido utilizado para o efeito o teste de Normalidade de Kolmogorov-Smirnov. No sentido de as variáveis apresentarem uma distribuição normal, o valor de p deverá ser superior a 0,05 no referido teste. Esta avaliação encontra-se discriminada na tabela 3.

Tabela 3 - Teste de normalidade de distribuição das variáveis escalares

Variáveis escalares	Kolmogorov-Smirnov			Shapiro-Wilk		
	Estatística	Gl	p	Estatística	Gl	p
Idade	0,066	195	0,04	0,983	195	0,02
Anos de escolaridade	0,371	195	0,0001	0,757	195	0,0001
Domínio do conhecimento	0,148	195	0,0001	0,091	195	0,0001
Domínio da autovigilância	0,211	184	0,0001	0,896	184	0,0001
Domínio da interpretação	0,094	183	0,0001	0,966	183	0,0001
Domínio da tomada de decisão	0,168	124	0,0001	0,873	124	0,0001
Domínio da execução	0,214	97	0,0001	0,811	97	0,0001
Domínio da negociação e utilização dos recursos	0,197	155	0,0001	0,899	155	0,0001

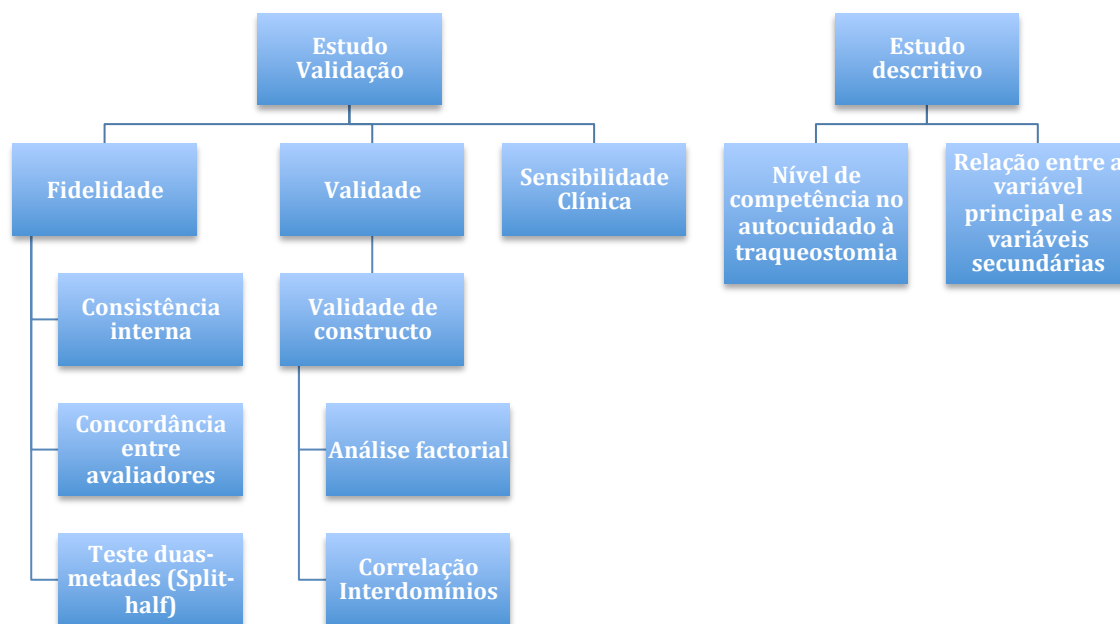
Através da análise da tabela, conclui-se que todas as variáveis escalares apresentam uma distribuição que não é normal, sendo o $p < 0,05$, pelo que um dos pressupostos indispensáveis para a utilização dos testes de diferença ou associação paramétricos não se encontra assumido. Assim, foram utilizados testes estatísticos de diferença ou associação não paramétricos para a análise estatística inferencial.

Posto isto, para determinar a existência de diferenças numa dada variável escalar entre dois grupos independentes utilizou-se o teste Mann-Whitney (versão não-paramétrica do teste t para amostras independentes). Para determinar a existência de diferenças numa dada variável escalar entre três ou mais grupos independentes utilizou-se o teste Kruskal-Wallis (versão não-paramétrica do teste ANOVA). Para verificar a existência de relações de associação entre duas variáveis escalares utilizou-se o Coeficiente r_s da correlação de Spearman (versão não-paramétrica do coeficiente de correlação de Pearson). Os valores do coeficiente situam-se entre 0 e 1 e, quanto mais o coeficiente se aproxima de 1, mais forte é a relação entre as duas variáveis (Fortin, 2009). Segundo Pestana e Gageiro (2005), valores de r_s menores que 0,20 indicam uma associação muito baixa, entre 0,20 e 0,39 uma associação baixa, entre 0,40 e 0,69 uma associação moderada, entre 0,70 e 0,89 uma associação alta e acima de 0,90 uma associação muito alta.

Quanto ao nível de significância, ou seja, quanto ao valor a partir do qual os resultados serão considerados como estatisticamente significativos, este situar-se-á em 0,05, sendo este o valor estabelecido na maioria das investigações (Fortin, 2009). O nível de

significância é traduzido pelo valor p , e corresponde “(...) à probabilidade de cometer um erro de primeira espécie ou (...) rejeitar H_0 (hipótese nula) quando esta é verdadeira” (Fortin, 2009, p.450). Para os resultados serem, então, considerados estatisticamente significativos, o p deverá ser igual ou inferior a 0,05 ($p \leq 0,05$), o que significa que o investigador aceita cometer um erro 5 vezes sobre 100 (Fortin, 2009). No que diz respeito aos graus de significância estatística, $p < 0,05$ é significativo, $p < 0,01$ é moderadamente significativo e $p < 0,0001$ é muito significativo.

Em seguida, encontra-se um esquema resumo da análise estatística realizada:



Esquema 1 - Resumo da análise estatística e tratamento dos dados efetuada

4. APRESENTAÇÃO DOS RESULTADOS

Neste capítulo proceder-se-á à apresentação dos resultados obtidos, sendo que, primeiramente será apresentado o estudo de validação do formulário com o teste da fidelidade, validade e sensibilidade clínica do instrumento. Seguidamente, serão apresentados os resultados referentes à parte descritiva do estudo, nomeadamente a competência de autocuidado à ostomia de ventilação e a sua relação com as variáveis sociodemográficas, clínicas e de diagnóstico.

Visto que a apresentação única e exclusiva dos dados recolhidos não responde aos objetivos da investigação, bem como os dados sem análise e organização não têm qualquer valor, recorreu-se à análise descritiva e inferencial, no sentido de explicar a distribuição dos valores obtidos, de os resumir e analisar as suas relações (Polit e Beck 2011).

4.1 Validação do formulário

Tal como já foi referido, para se proceder à validação do formulário é necessário ser realizado um estudo às suas propriedades psicométricas e clinimétricas, pelo que, neste subcapítulo serão apresentados os resultados dos testes à fidelidade, à validade e à sensibilidade clínica do instrumento “Avaliação do Desenvolvimento da Competência de Autocuidado na Pessoa com Ostomia de Ventilação” (Queirós, 2015).

4.1.1 Estudo da fidelidade

No que diz respeito ao estudo da fidelidade do instrumento, tal como já foi referido anteriormente, procedeu-se à análise da consistência interna do formulário, à averiguação do grau de concordância entre diferentes avaliadores e ao teste das duas metades.

4.1.1.1 Estudo da consistência interna

Em primeiro lugar, foi realizado o estudo da consistência interna do instrumento, sendo que, para isso foi calculado o valor do *alpha* de cronbach dos diferentes domínios que constituem o formulário. Esta avaliação foi realizada aos itens que constituem cada domínio individualmente e não ao formulário na sua totalidade, uma vez que, cada domínio avalia uma parte/conteúdo distinto. Mais se acrescenta que todos os domínios do formulário reunidos compõem, então, o conceito de competência no autocuidado. Os resultados encontram-se expressos na tabela 4.

Tabela 4 - *Alpha* de Cronbach dos domínios do formulário do estudo de Queirós (2014) e do presente estudo.

Domínios da escala	Nº itens	<i>Alpha</i> de Cronbach em Queirós (2014) (n=80)	<i>Alpha</i> de Cronbach neste estudo (n=195)
Conhecimento	13	0,91	0,96
Autovigilância	5	0,79	0,93
Interpretação	4	0,80	0,91
Tomada de decisão	3	0,88	0,92
Execução	11	0,94	0,99
Negociação e utilização dos recursos de saúde	3	0,71	0,92

Através da análise dos valores apresentados na tabela, pode concluir-se que todos os domínios apresentam valores do *Alpha* de Cronbach excelentes, visto que se situam entre 0,9 e 1, correspondendo a uma excelente consistência interna do instrumento. O valor mais baixo apresentado foi de 0,91 no domínio da interpretação e o valor mais alto foi de 0,99 no domínio da execução.

Ao comparar os resultados dos valores dos *Alphas* de Cronbach com os obtidos no estudo realizado por Queirós (2014), no desenvolvimento do formulário de avaliação da competência de autocuidado na pessoa com ostomia de ventilação, verifica-se que apenas dois domínios se situam no nível excelente (0,9 - 1), sendo que os restantes situam-se no nível bom (0,8 - 0,9) e no nível razoável (0,7 - 0,8).

Quanto à análise do *Alpha* de Cronbach das subescalas (domínios) aquando da exclusão de cada item (Anexo 7), verifica-se que não existe nenhuma questão em que a sua exclusão

tenha um impacto significativo na mudança do valor do Alpha de Cronbach do domínio. Constatou-se apenas que com a exclusão do item 1 e item 2 do domínio do conhecimento o valor do *Alpha* aumentaria para 0,97, mas, visto que o valor do alpha desse domínio já se situa num nível excelente, essa mudança não seria significativa. Para além disso, essas duas questões apresentam grande relevância teórica, visto se referirem à definição e finalidade da ostomia de ventilação.

Durante o processo de análise dos dados, verificou-se a existência de um número elevado de respostas omissas ao item 31 (*“limpa a prótese fonatória”*) incluída no domínio da execução, pois trata-se de um procedimento específico, que só se aplica a indivíduos que tenham sido submetidos a uma intervenção cirúrgica de colocação de prótese fonatória. Ora esta característica não se aplicava a grande parte da amostra, sendo que a maioria dos participantes utilizava a voz esofágica ou outra estratégia comunicacional.

Tabela 5 - Frequências do item 31

Item 31		n	Percentagem
	Válidos	60	31%
	Omissos	135	69%
	Total	195	100%

Como se pode comprovar através da análise da tabela 5, 69% das respostas a este item são omissas. Dado o número tão elevado de respostas omissas, optou-se por excluir este item nas próximas avaliações, para que este não compromettesse as respostas dadas pelos 135 indivíduos aos outros itens constituintes do domínio da execução.

No entanto, de forma a compreender se a sua exclusão teria um impacto significativo na consistência interna do instrumento, foi realizada uma avaliação do valor do *Alpha* de cronbach do domínio da execução excluindo este item, e obteve-se um valor de 0,99; ou seja, a sua retirada não provoca alterações a nível da consistência interna do instrumento.

4.1.1.2 Estudo da concordância entre avaliadores

Para o estudo da concordância entre avaliadores ou também designada fidelidade inter-juízes, realizou-se uma comparação entre os dados obtidos pelo observador A versus os do observador B, tendo estes aplicado o formulário em simultâneo aos mesmos sujeitos. Para determinar o valor da concordância entre os testes dos diferentes observadores procedeu-

se à realização de um coeficiente de correlação, neste caso correlação de Spearman (r_s), alternativa não-paramétrica à correlação de Pearson, visto as variáveis escalares não apresentarem uma distribuição normal. Os resultados encontram-se descritos na tabela 6.

Tabela 6 - Avaliação da concordância entre avaliadores utilizando o teste não-paramétrico de correlação de Spearman.

	Conhecimen to Avaliador B	Autovigilância Avaliador B	Interpretação Avaliador B	Tomada de decisão Avaliador B	Execução ¹ Avaliador B	Negociação Avaliador B
Conhecimento Avaliador A	0,99** $p=0,0001$					
Autovigilância Avaliador A		0,92** $p=0,0001$				
Interpretação Avaliador A			0,98** $p=0,0001$			
Tomada de decisão Avaliador A				0,66* $p=0,03$		
Execução ¹ Avaliador A					1**	
Negociação Avaliador A						0,89** $p=0,0001$

*A correlação é significativa no nível 0,05/ **A correlação é significativa no nível 0,01/ ¹ - Com exclusão do item 31 - "Limpa a prótese fonatória"

Através da análise da tabela, é possível constatar que existe uma correlação muito alta entre os resultados obtidos pelos diferentes avaliadores, sendo que, os domínios do conhecimento, da autovigilância, e da interpretação obtiveram um valor de r_s acima dos 0,90 e com um nível de significância de 0,0001, o que traduz resultados muito significativos. O domínio da negociação e utilização dos recursos de saúde também apresentou uma correlação alta, sendo o valor de r_s de 0,89 com um valor de p de 0,0001, correspondendo a resultados igualmente com um elevado grau de significância estatística. O domínio da execução foi o único que obteve o valor r_s igual a 1, o que traduz uma correlação perfeita, existindo, portanto, concordância total entre os dois observadores, possivelmente por os itens que constituem este domínio serem mais objetivos e de fácil ponderação. O domínio da tomada de decisão obteve um valor r_s de 0,66 o que traduz uma correlação moderada, provavelmente em virtude do cariz mais subjetivo dos itens que constituem este domínio, aliado à sua difícil mensuração.

4.1.1.3 Teste das duas metades

Para se proceder ao teste das duas metades, separou-se as respostas dos itens pares das respostas dos itens ímpares e, para isso, criou-se uma variável par e uma variável ímpar de cada domínio, por exemplo criou-se a variável “Domínio conhecimento - par” constituída pela soma dos itens 2, 4, 6, 8, 10 e 12 e sua divisão por 6, e a variável “Domínio conhecimento - ímpar” pela soma dos itens 1, 3, 5, 7, 9, 11 e 13 e sua divisão por 7. Criadas essas novas variáveis para todos os domínios usando esta analogia, procedeu-se ao cálculo do coeficiente de correlação entre as variáveis, utilizando mais uma vez a correlação de Spearman. Os resultados encontram-se descritos na tabela 7.

Tabela 7 - Teste duas metades utilizando o teste não-paramétrico de correlação de Spearman.

	Conhecimento Par	Autovigilância Par	Interpretação Par	Tomada de decisão Par	Execução ¹ Par	Negociação Par
Conhecimento Ímpar	0,96** p=0,0001					
Autovigilância Ímpar		0,88** p=0,0001				
Interpretação Ímpar			0,93** p=0,0001			
Tomada de decisão Ímpar				0,85* p=0,0001		
Execução ¹ Ímpar					0,99** p=0,0001	
Negociação Ímpar						0,86** p=0,0001

****A correlação é significativa no nível 0,01/ ¹ - Com exclusão do item 31 - “Limpa a prótese fonatória”**

Como se pode comprovar através da análise da tabela, obteve-se: correlações muito elevadas nos domínios do conhecimento (rs=0,96; p=0,0001), interpretação (rs=0,93; p=0,0001) e execução (rs=0,99; p=0,0001) e correlações elevadas nos domínios da autovigilância (rs=0,88; p=0,0001), tomada de decisão (rs=0,85; p=0,0001) e negociação dos recursos de saúde (rs=0,86; p=0,0001). É importante referir que, mais uma vez, as correlações apresentam todas um elevado nível de significância, apresentando um p de 0,0001, sendo por isso consideradas altamente significativas.

O facto de o resultado da comparação das duas metades apresentar elevada correlação, demonstra que o instrumento apresenta uma boa consistência interna.

4.1.2 Estudo da validade de constructo

Para o estudo da validade de constructo optou-se pela análise fatorial, no sentido de confirmar a eventual dimensionalidade do instrumento. Primeiramente realizou-se análise fatorial exploratória pelo método da análise das componentes principais, sem forçar o número de fatores. Esses resultados encontram-se no Anexo 8. Obteve-se a extração de quatro componentes/fatores, ou seja, os itens a pesarem em apenas quatro domínios, e essencialmente no fator 1, o que não se adequa à estrutura teórica que presidiu à construção do instrumento, nem revela coerência teórica.

Seguidamente, procedeu-se a uma nova tentativa, utilizando o método de Rotação Varimax com normalização de Kaiser, forçando o número de fatores a seis, com a intenção de os itens se agruparem nas seis subescalas/domínios do formulário. Os resultados encontram-se no Anexo 9. Ao analisar a distribuição dos itens pelos seis domínios criados, apesar de demonstrarem mais coerência teórica que a primeira tentativa, ainda não demonstram uma estrutura com coerência teórica nem compatível com o constructo teórico do formulário, não sugerindo uma alocação lógica e significativa dos itens aos fatores. Por exemplo, sugere a colocação do item 26 - “Executa os procedimentos atendendo ao seu conforto, funcionalidade e segurança”; item 20 - “Refere quais as possíveis causas de alteração das características das secreções” e item 15 - “Identifica as características da ostomia de ventilação”, no mesmo domínio de avaliação, o que não demonstra coerência teórica visto se tratarem de ações diferentes - executar, referir e identificar. Assim, optou-se por não incluir esta análise no presente estudo.

Também foram estudadas as correlações interdomínios, que se encontram descritas na tabela 8.

Tabela 8 - Correlação significativa entre os domínios do formulário, recorrendo ao teste de correlação de Spearman

	Autovigilância	Interpretação	Tomada de decisão	Execução ¹	Negociação
Conhecimento	0,90** <i>p</i> =0,0001	0,81** <i>p</i> =0,0001	0,80** <i>p</i> =0,0001	0,91** <i>p</i> =0,0001	0,72** <i>p</i> =0,0001
Autovigilância	—	0,81** <i>p</i> =0,0001	0,77** <i>p</i> =0,0001	0,91** <i>p</i> =0,0001	0,68** <i>p</i> =0,0001
Interpretação	—	—	0,68** <i>p</i> =0,0001	0,82** <i>p</i> =0,0001	0,70** <i>p</i> =0,0001
Tomada de decisão	—	—	—	0,79** <i>p</i> =0,0001	0,50** <i>p</i> =0,0001
Execução ¹	—	—	—	—	0,68** <i>p</i> =0,0001

****A correlação é significativa no nível 0,01/ ¹ - Com exclusão do item 31 - “Limpa a prótese fonatória”**

Esta análise permite perceber se o constructo que estamos a utilizar, apesar de ser composto por vários domínios, faz parte de um todo coerente. Para isso é necessário que os domínios do formulário se relacionem entre si.

Através da análise da tabela 8 podemos comprovar a existência de uma correlação positiva entre todos os domínios, demonstrando associações moderadas, altas ou muito altas, e todas elas muito significativas estatisticamente. Este facto parece revelar que todos os domínios concorrem para o mesmo constructo, embora meçam componentes diferentes.

O domínio do conhecimento é o que apresenta correlações mais elevadas com os restantes domínios do formulário, sendo a correlação mais forte entre o domínio do conhecimento e o domínio da execução ($r_s=0,91$; $p=0,0001$).

O domínio da negociação e utilização dos recursos de saúde é o que apresenta correlações mais fracas com os restantes domínios do formulário, sendo a correlação mais fraca entre o domínio da negociação e utilização dos recursos de saúde e o domínio da tomada de decisão ($r_s=0,50$; $p=0,0001$).

4.1.3 Estudo da sensibilidade clínica

De forma a avaliar se o instrumento será sensível na sua aplicação clínica, optou-se por realizar um teste à relação estabelecida entre a variável principal e as variáveis

secundárias. Para isso, procedeu-se a uma revisão da literatura e encontraram-se relações plausíveis entre as diferentes variáveis, nomeadamente a existência de relação entre o desenvolvimento da competência de autocuidado à traqueostomia e o facto de ter prestador de cuidados informal e a existência de relação entre o desenvolvimento da competência de autocuidado à traqueostomia e a duração da traqueostomia (temporária vs definitiva).

Caso a análise dos resultados obtidos com a aplicação do formulário verifique e confirme estas relações, então esse facto poderá levar-nos a pensar na possibilidade de o instrumento possuir alguma sensibilidade clínica para essas variáveis.

Mota e colaboradores (2016) postulam que um dos fatores que motiva o desenvolvimento da competência de autocuidado na pessoa com ostomia é a inexistência de um familiar cuidador, ou seja, a falta de um familiar cuidador leva a que a pessoa ostomizada se dedique e empenhe mais no seu processo de recuperação da autonomia. De facto, em muitos casos, verifica-se que a família se excede nos cuidados prestados, acabando por substituir a pessoa ostomizada, originando uma dependência permanente, que prejudica a sua recuperação e o atingimento do máximo potencial de autonomia no autocuidado à ostomia (Mota et al., 2016). O apoio da família é considerado essencial no pós-operatório imediato, no entanto, à medida que a pessoa ostomizada vai recuperando e adquirindo segurança e capacidade para realizar os cuidados, estes devem, progressivamente, ser executados pelo próprio. No entanto, muitas vezes, os indivíduos acomodam-se à assistência/substituição por parte da família, sendo mais fácil serem substituídos do que enfrentarem a situação (Mota et al., 2016).

Neste caso, é esperado que os indivíduos que apresentam prestador de cuidados informal demonstrem uma menor competência no autocuidado à traqueostomia do que os que não possuem um familiar cuidador.

Assim, para verificar a relação entre a variável principal (competência de autocuidado à traqueostomia) e a variável secundária (ter prestador de cuidados informal) procedeu-se à realização do teste de Mann-Whitney (versão não-paramétrica do teste *t* de student para amostras independentes), visto não estar assegurado o pressuposto da distribuição normal da variável. A variável nominal, neste caso, define os dois grupos de comparação (ter prestador vs não ter prestador). Os resultados encontram-se expressos na tabela 9.

Tabela 9 - Relação entre a presença de prestador de cuidados informal e a competência de autocuidado à ostomia de ventilação, utilizando o teste de Mann-Whitney (U)

	Tem prestador de cuidados informal?	n	Score médio	DP	U; p
Conhecimento	Sim	81	3,37	0,69	U=891,00 p=0,0001
	Não	103	4,37	0,38	
Autovigilância	Sim	81	3,06	0,87	U=928,00 p=0,0001
	Não	103	4,31	0,47	
Interpretação	Sim	80	2,77	0,63	U=1154,00 p=0,0001
	Não	103	3,70	0,59	
Tomada de decisão	Sim	42	3,33	0,75	U=464,00 p=0,0001
	Não	82	4,33	0,43	
Execução ¹	Sim	57	1,80	1,05	U=103,00 p=0,0001
	Não	40	4,5	0,95	
Negociação e utilização dos recursos	Sim	57	3,65	0,55	U=1381,50 p=0,0001
	Não	98	4,19	0,56	

¹ - Com exclusão do item 31 (Limpa a prótese fonatória).

Através da análise da tabela 9, podemos concluir que existem diferenças estatisticamente significativas entre os dois grupos quanto ao nível de competência de autocuidado à ostomia de ventilação, em todos os domínios, sendo que, os indivíduos que não têm prestador de cuidados informal parecem apresentar um maior nível de competência de autocuidado à ostomia de ventilação, tal como é descrito na literatura (Mota et al., 2016).

No que diz respeito à duração da ostomia, na literatura é referido que, nos casos em que a ostomia da pessoa é de cariz temporário, a pessoa não sente a efetiva necessidade de se adaptar totalmente às mudanças e aos cuidados à sua ostomia, dado o conhecimento que tem da reversibilidade da sua situação (Boyles, 2010; Taylor & Morgan, 2010). Este facto leva a que a pessoa se distancie e desvalorize todo o processo de aquisição da competência de autocuidado à ostomia, aguardando apenas o momento em que se libertará da sua ostomia (Boyles, 2010; Taylor & Morgan, 2010).

É, portanto, esperado que os indivíduos com ostomia de ventilação temporária apresentem uma menor competência no autocuidado à traqueostomia, quando comparados com os indivíduos de ostomia de ventilação definitiva.

Para verificar a relação entre a variável principal (competência de autocuidado à traqueostomia) e a variável secundária (duração da ostomia de ventilação) procedeu-se, mais uma vez, à realização de um teste de Mann-Whitney, sendo que a variável nominal define os dois grupos de comparação (temporária vs definitiva). Os resultados encontram-se expressos na tabela 10.

Tabela 10 - Relação entre tipo de ostomia quanto à duração (temporária vs definitiva) e a competência de autocuidado à ostomia de ventilação, utilizando o teste de Mann-Whitney (U)

	Tipo de ostomia quanto à duração	n	Score médio	DP	U; p
Conhecimento	Temporária	42	3,52	0,73	U=1713,50 p=0,0001
	Definitiva	140	4,05	0,70	
Autovigilância	Temporária	42	3,23	0,93	U=1635,00 p=0,0001
	Definitiva	140	3,92	0,86	
Interpretação	Temporária	42	2,90	0,72	U=1801,00 p=0,0001
	Definitiva	139	3,40	0,74	
Execução ¹	Temporária	31	2,36	1,43	U=735,00 p=0,02
	Definitiva	66	3,19	1,74	
Negociação e utilização dos recursos	Temporária	31	3,74	0,55	U=1398,00 p=0,02
	Definitiva	123	4,04	0,61	

¹ - Com exclusão do item 31 (Limpa a prótese fonatória).

Através da análise da tabela 10, podemos concluir que existem diferenças estatisticamente significativas entre os dois grupos, em todos os domínios. As médias da competência de autocuidado demonstradas foram mais elevadas nas pessoas com ostomia do tipo definitiva do que nas pessoas com ostomia de ventilação de caráter temporário, o que também parece estar de acordo com o que é descrito na literatura. Verifica-se, assim, que poderá ser possível o instrumento possuir sensibilidade clínica.

4.2 Competência no autocuidado à ostomia de ventilação

O presente capítulo corresponde à segunda parte da investigação e centra-se no estudo descritivo. Este dá resposta ao segundo e terceiro objetivos do estudo, nomeadamente, à descrição do nível de competência de autocuidado da pessoa com ostomia de ventilação e à averiguação da existência de diferenças quanto à competência de autocuidado da pessoa com ostomia de ventilação, de acordo com as variáveis sociodemográficas, clínicas e de diagnóstico.

Tal como já foi mencionado, dado o método de amostragem não probabilística selecionado, os resultados obtidos com este estudo descritivo apenas serão extensíveis à amostra em questão, não podendo ser generalizados. No entanto, visto que a problemática em questão possui ainda muito pouco conhecimento científico, qualquer contribuição para o fenómeno ou para a população é relevante. Mais se acrescenta que as possíveis relações

que se possam verificar nesta amostra podem posteriormente ser utilizadas como possíveis hipóteses em investigações futuras.

4.2.1 Nível de competência no autocuidado à ostomia de ventilação

O instrumento de avaliação da competência de autocuidado à ostomia de ventilação em questão foi aplicado tanto no momento pré-operatório, como no contexto de internamento (pós-operatório imediato), quer no contexto da comunidade (após a alta clínica), uma vez que este se destina a ser utilizado em todo o processo contínuo de desenvolvimento de competência no autocuidado à traqueostomia.

De acordo com os resultados obtidos, foi possível verificar que a amostra demonstra uma competência parcial no autocuidado à ostomia de ventilação, visto que obteve uma média global do formulário de 3,7, que corresponde ao cumprimento de 50% a 75% dos critérios definidores de cada um dos 39 itens da escala de avaliação. De relembrar que a pontuação dos itens oscila entre 1 e 5, onde o score 1 corresponde a “Não demonstra” competência, o score 2, 3 e 4 a “Demonstra parcialmente”, e o score 5 a “Demonstra totalmente”.

Após a avaliação da média global da escala, procedeu-se à avaliação dos scores médios dos domínios que a compõe (tabela 11), e posteriormente à discriminação individual do score médio dos itens que constituem cada domínio (tabela 12 a 17), de forma a perceber quais os domínios e quais os itens em que a amostra apresentou maior ou menor nível de competência.

Tabela 11 - Medidas de Tendência Central dos domínios do formulário

	n	Score médio*	Mo	DP	Min	Max	Percentil		
							25	50	75
Conhecimento	195	3,84	5,00	0,81	1,85	4,92	3,23	4,08	4,54
Autovigilância	184	3,76	4,00	0,91	1,20	5,00	3,00	4,20	4,40
Interpretação	183	3,29	3,00	0,76	1,50	4,75	2,75	3,25	4,00
Tomada de decisão	124	3,99	4,00	0,73	2,00	5,00	3,67	4,00	4,67
Execução ¹	97	2,93	1,00	1,68	1,00	5,00	1,00	2,90	4,90
Negociação e utilização dos recursos	155	3,99	4,00	0,61	3,00	5,00	3,67	4,00	4,33

*Amplitude da escala de likert: 1-5/ ¹ - Com exclusão do item 31 (Limpa a prótese fonatória).

Através da análise da tabela 11, podemos comprovar que o score médio dos domínios oscilou entre 2,93 e 3,99, situando-se entre as opções de resposta 2 e 4, correspondendo a “Demonstra parcialmente” a competência no autocuidado à ostomia de ventilação. O domínio da tomada de decisão e da negociação e utilização dos recursos em saúde foram os que obtiveram melhor score médio (SM=3,99). O domínio da execução foi o que obteve menor score médio (SM=2,93).

Considerando os valores da moda, depreende-se que, em apenas um domínio (conhecimento) a opção mais repetida foi 5 - “Demonstra totalmente”. O domínio da interpretação foi o único em que a opção mais repetida foi 3 - “Demonstra parcialmente”, bem como o domínio da execução foi o único em que a opção mais repetida foi 1 - “Não demonstra”. Nos restantes domínios, a opção mais repetida foi 4 - “Demonstra parcialmente”.

Efetuada um estudo dos percentis verifica-se que, em todos os domínios, 25% das respostas dadas pela amostra são iguais ou superiores a 4. E que em quatro dos domínios (Conhecimento, Autovigilância, Tomada de decisão e Negociação) 50% das respostas são iguais ou superiores a 4.

Passando agora à análise individualizada dos itens que compõem cada domínio, começando pelo domínio Conhecimento (tabela 12), a média deste domínio é de 3,84, ou seja, situa-se na demonstração parcial, sendo que os scores médios dos itens oscilam entre $2,73 \leq \bar{x} \leq 4,74$. O item nº 5 - “Refere quais os sinais de complicação da ostomia de ventilação” foi o que apresentou score mais baixo (SM=2,73) e o item nº 2 - “Refere qual é a finalidade da ostomia de ventilação” apresentou o score mais elevado (SM=4,74).

Através da análise dos percentis, é possível depreender que doze dos treze itens do domínio apresentaram respostas em 50% dos indivíduos da amostra com o score igual ou superior a 4.

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

	Itens	n	Score médio	Mo	DP	Min	Max	Percentil		
								25	50	75
Conhecimento	1. Refere o que é uma ostomia de ventilação.	195	4,12	4,00	0,76	2,00	5,00	4,00	4,00	5,00
	2. Refere qual é a finalidade da ostomia de ventilação.	195	4,74	5,00	0,55	2,00	5,00	5,00	5,00	5,00
	3. Refere quais as características da ostomia de ventilação.	195	3,81	4,00	0,78	2,00	5,00	3,00	4,00	4,00
	4. Refere quais as consequências decorrentes da ostomia de ventilação.	195	3,61	4,00	0,76	2,00	5,00	3,00	4,00	4,00
	5. Refere quais os sinais de complicação da ostomia de ventilação.	195	2,73	3,00	0,92	1,00	5,00	2,00	3,00	3,00
	6. Refere quais os dispositivos necessários no cuidado à ostomia de ventilação.	195	4,07	5,00	1,08	1,00	5,00	3,00	4,00	5,00
	7. Refere quando deve proceder à substituição do(s) dispositivo(s).	195	4,05	5,00	1,17	1,00	5,00	3,00	5,00	5,00
	8. Refere como deve proceder à substituição do(s) dispositivo(s).	195	4,04	5,00	1,19	1,00	5,00	3,00	5,00	5,00
	9. Refere como realizar a manutenção do(s) dispositivo(s).	195	4,13	5,00	1,15	1,00	5,00	3,00	5,00	5,00
	10. Refere quando deve proceder à limpeza do estoma e pele circundante.	195	3,83	5,00	1,17	1,00	5,00	3,00	4,00	5,00
	11. Refere como deve proceder à limpeza do estoma e pele circundante.	195	3,88	5,00	1,17	1,00	5,00	3,00	4,00	5,00
	12. Refere quais os recursos disponíveis na comunidade para a pessoa com ostomia de ventilação	195	3,63	4,00	0,74	2,00	5,00	3,00	4,00	4,00
	13. Refere quais as medidas que deve adotar para a prevenção de complicações.	195	3,31	4,00	0,86	1,00	5,00	3,00	4,00	4,00
Total do domínio do conhecimento		195	3,84	5,00	0,81	1,85	4,92	3,23	4,08	4,54

Quanto ao domínio da autovigilância (tabela 13), a média total é de 3,76, ou seja, também se situa na demonstração parcial, sendo que os scores médios dos itens oscilam entre $2,85 \leq \bar{x} \leq 4,28$. O item nº 17 - “Identifica sinais de complicações da ostomia de ventilação” foi o que apresentou score mais baixo (SM=2,85), e o item nº 14 - “Observa a ostomia de ventilação” apresentou o score mais elevado (SM=4,28).

Através da análise dos percentis, é possível depreender que quatro dos cinco itens do domínio apresentaram respostas em 50% dos indivíduos da amostra com o score igual ou superior a 4.

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

	Itens	n	Score médio	Mo	DP	Min	Max	Percentil		
								25	50	75
Autovigilância	14. Observa a ostomia de ventilação.	184	4,28	5,00	1,07	1,00	5,00	4,00	5,00	5,00
	15. Identifica as características da ostomia de ventilação.	184	3,87	4,00	0,88	1,00	5,00	3,00	4,00	5,00
	16. Identifica as características das secreções.	184	3,83	4,00	0,85	2,00	5,00	3,00	4,00	4,00
	17. Identifica sinais de complicações da ostomia de ventilação.	184	2,85	3,00	0,91	1,00	5,00	2,00	3,00	4,00
	18. Atende à necessidade de troca de dispositivo(s).	184	3,99	5,00	1,36	1,00	5,00	3,00	5,00	5,00
Total do domínio da autovigilância		184	3,76	4,00	0,91	1,20	5,00	3,00	4,20	4,40

Quanto ao domínio da interpretação (tabela 14), a média total é de 3,29, ou seja, também se situa na demonstração parcial, sendo que os scores médios dos itens oscilam entre $2,34 \leq \bar{x} \leq 4,19$. O item nº 19 - “Refere quais as possíveis causas de complicações da ostomia de ventilação” foi o que apresentou score mais baixo (SM=2,34), e o item nº 21 - “Reconhece que os resultados do autocuidado à ostomia influenciam o seu bem-estar” apresentou o score mais elevado (SM=4,19). Neste domínio, é possível verificar que os itens situam-se em dois níveis díspares, sendo que, metade situa-se entre a opção de resposta $2 < \bar{x} < 3$, nomeadamente o item 19 e 20, e a outra metade situa-se entre $4 < \bar{x} < 5$, nomeadamente o item 21 e 22. O que também é comprovado pela análise dos percentis, sendo que metade apresenta respostas em 50% dos indivíduos da amostra com o score igual ou superior a 2, e a outra metade apresenta respostas em 50% dos indivíduos da amostra com o score igual ou superior a 4.

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

	Itens	n	Score médio	Mo	DP	Min	Max	Percentil		
								25	50	75
Interpretação	19. Refere quais as possíveis causas de complicações da ostomia de ventilação.	184	2,34	2,00	0,87	1,00	4,00	2,00	2,00	3,00
	20. Refere quais as possíveis causas de alteração das características das secreções.	184	2,53	3,00	0,98	1,00	5,00	2,00	3,00	3,00
	21. Reconhece que os resultados do autocuidado à ostomia influenciam o seu bem-estar.	183	4,19	5,00	0,79	2,00	5,00	4,00	4,00	5,00
	22. Questiona detalhadamente com o objetivo de encontrar uma explicação.	184	4,10	4,00	0,79	2,00	5,00	4,00	4,00	5,00
	Total do domínio da interpretação	183	3,29	3,00	0,76	1,50	4,75	2,75	3,25	4,00

Quanto ao domínio da tomada de decisão (tabela 15), a média total é de 3,99 e, tal como já foi referido, é um dos domínios com a média mais elevada. Os scores médios dos itens oscilam entre $3,35 \leq \bar{x} \leq 4,21$. O item nº 25 - “Previne as complicações da ostomia de ventilação” foi o que apresentou score mais baixo (SM=3,35), e o item nº 24 - “Reconhece as possíveis consequências das suas decisões” apresentou o score mais elevado (SM=4,21). A moda deste domínio situou-se no score 4 em todos os itens.

Quanto à análise dos percentis, é possível depreender que todos os itens do domínio apresentaram respostas em 50% dos indivíduos da amostra com o score igual ou superior a 4.

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

	Itens	n	Score médio	Mo	DP	Min	Max	Percentil		
								25	50	75
Tomada de decisão	23. Estabelece prioridades na tomada de decisão.	124	4,13	4,00	0,88	2,00	5,00	4,00	4,00	5,00
	24. Reconhece as possíveis consequências das suas decisões.	149	4,21	4,00	0,79	2,00	5,00	4,00	4,00	5,00
	25. Previne as complicações da ostomia de ventilação.	179	3,35	4,00	0,80	1,00	5,00	3,00	4,00	4,00
Total do domínio da tomada de decisão		124	3,99	4,00	0,73	2,00	5,00	3,67	4,00	4,67

O domínio da execução (tabela 16) apresentou um score médio total de 2,93, sendo o domínio com a média mais baixa. Contudo, o score médio dos itens deste domínio, oscila entre $3,05 \leq \bar{x} \leq 3,79$. O item nº 32 - “Aplica protetores cutâneos” foi o que apresentou um score mais baixo (SM=3,05), e o item nº 28 - “Remove a fita ou velcro” apresentou o score mais elevado (SM=3,79).

A moda deste domínio situou-se no score 5 em todos os itens.

Quanto à análise dos percentis, é possível depreender que todos os itens do domínio apresentaram respostas em 25% dos indivíduos da amostra com o score igual a 5.

Mais se acrescenta que, este domínio apresenta um valor elevado de desvio padrão (DP=1,67), o que significa que existe uma grande diferença entre os valores obtidos, sendo que existe um grupo a convergir para o score 1, e outro grupo (de maiores dimensões) a convergir para o score 5.

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

	Itens	n	Score médio	Mo	DP	Min	Max	Percentil		
								25	50	75
Execução	26. Executa os procedimentos, atendendo ao seu conforto, funcionalidade e segurança.	184	3,71	5,00	1,52	1,00	5,00	3,00	4,00	5,00
	27. Organiza e prepara o material necessário para o cuidado à ostomia de ventilação.	184	3,73	5,00	1,53	1,00	5,00	3,00	4,00	5,00
	28. Remove a fita ou velcro.	184	3,79	5,00	1,57	1,00	5,00	3,00	5,00	5,00
	29. Remove o(s) dispositivo(s).	184	3,74	5,00	1,60	1,00	5,00	2,00	5,00	5,00
	30. Limpa e seca o estoma e pele circundante.	184	3,58	5,00	1,58	1,00	5,00	2,00	4,00	5,00
	31. Limpa a prótese fonatória.	60	3,60	5,00	1,61	1,00	5,00	2,00	4,50	5,00
	32. Aplica protetores cutâneos.	110	3,05	5,00	1,69	1,00	5,00	1,00	3,00	5,00
	33. Insere o(s) dispositivo(s).	184	3,63	5,00	1,62	1,00	5,00	2,00	4,00	5,00
	34. Aplica penso de proteção.	123	3,29	5,00	1,69	1,00	5,00	1,00	4,00	5,00
	35. Fixa o(s) dispositivo(s).	184	3,65	5,00	1,58	1,00	5,00	2,00	4,00	5,00
	36. Confirma o ajuste do(s) dispositivo(s).	184	3,71	5,00	1,59	1,00	5,00	2,00	5,00	5,00
	Total do domínio da execução	97	2,93	1,00	1,68	1,00	5,00	1,00	2,90	4,90

O domínio da negociação e utilização dos recursos em saúde (tabela 17), tal como já foi referido, é um dos domínios com a média mais elevada, sendo o seu valor de 3,99. Os scores médios dos itens oscilam entre $3,86 \leq \bar{x} \leq 4,09$. O item nº 37 - “Negoceia os diferentes recursos disponíveis no apoio à pessoa com ostomia de ventilação” foi o que apresentou score mais baixo (SM=3,86), e o item nº 39 - “Recorre oportunamente aos serviços de saúde face às complicações da ostomia de ventilação” apresentou o score mais elevado (SM=4,09). A moda deste domínio situou-se no score 4 em todos os itens.

Quanto à análise dos percentis é possível depreender que, todos os itens do domínio apresentaram respostas em 50% dos indivíduos da amostra com o score igual ou superior a 4.

Além disso, este domínio é o que possui uma menor amplitude de respostas, sendo que o valor mínimo é 3 e o valor máximo é 5, sendo que nos restantes verifica-se um intervalo de respostas entre 1 e 5.

Tabela 17 - Medidas de tendência central e de dispersão, de acordo com os itens do domínio da negociação e utilização dos recursos em saúde.

	Itens	n	Score médio	Mo	DP	Min	Max	Percentil		
								25	50	75
Negociação e utilização dos recursos	37. Negoceia os diferentes recursos disponíveis no apoio à pessoa com ostomia de ventilação.	155	3,86	4,00	0,66	3,00	5,00	3,00	4,00	4,00
	38. Recorre aos serviços de saúde para esclarecimento de dúvidas e/ ou aconselhamento.	155	4,01	4,00	0,66	3,00	5,00	4,00	4,00	4,00
	39. Recorre oportunamente aos serviços de saúde face às complicações da ostomia de ventilação.	155	4,09	4,00	0,67	3,00	5,00	4,00	4,00	5,00
	Total do domínio da negociação e utilização dos recursos	155	3,99	4,00	0,61	3,00	5,00	3,67	4,00	4,33

4.2.2 Estudo da relação das variáveis com o nível de competência no autocuidado à ostomia de ventilação

Dando continuidade à parte descritiva da investigação, neste subcapítulo serão apresentados os resultados relativos à existência de diferenças quanto à competência de autocuidado da pessoa com ostomia de ventilação, de acordo com as variáveis sociodemográficas, clínicas e de diagnóstico. Mais se acrescenta que só serão apresentados os resultados estatisticamente significativos.

Quanto às variáveis do sexo e idade não se verificou a existência de diferenças estatisticamente significativas.

Quanto ao estado civil, com a aplicação do teste de kruskall-Wallis (H) (tabela 18), verificou-se a existência de diferenças estatisticamente significativas do nível de competência de autocuidado nos domínios do conhecimento (H=8,14; gl=3; p=0,04) e autovigilância (H=8,41; gl=3; p=0,04) entre os participantes solteiros, casados/união de facto, divorciados/separados e viúvos.

Tabela 18 - Teste de Comparação de Kruskal-Wallis entre o nível de competência de autocuidado e o estado civil da amostra

	Conhecimento	Autovigilância	Interpretação	Tomada de decisão	Execução ¹	Negociação e utilização recursos
Qui-quadrado	8,14	8,41	7,51	6,74	6,63	2,56
Gl	3	3	3	3	3	3
p	0,04	0,04	0,06	0,08	0,09	0,46

¹ - Com exclusão do item 31 (Limpa a prótese fonatória).

Para proceder à localização das diferenças, recorreu-se a testes de Mann-Whitney (U) e verificou-se que as diferenças se situavam entre os casados/união de facto e viúvos (tabela 19), e os divorciados/separados e viúvos (tabela 20).

Tabela 19 - Teste de Comparação de Mann-Whitney entre o nível de competência de autocuidado e o estado civil (casados/união de facto vs viúvos)

	Estado civil	n	Score médio	DP	U; p
Conhecimento	Casados/união de facto	151	3,86	0,83	U=618,00 p= 0,03
	Viúvos	13	3,35	0,73	
Autovigilância	Casados/união de facto	140	3,80	0,92	U=530,00 p=0,01
	Viúvos	13	3,14	0,95	

Tabela 20 - Teste de Comparação de Mann-Whitney entre o nível de competência de autocuidado e o estado civil (Divorciados/separados vs viúvos)

	Estado civil	n	Score médio	DP	U; p
Conhecimento	Divorciados/separados	15	4,21	0,47	U=34,00 p= 0,003
	Viúvos	13	3,35	0,73	
Autovigilância	Divorciados/separados	15	4,12	0,49	U=40,00 p=0,007
	Viúvos	13	3,14	0,95	

Através da análise da tabela 19, pode-se verificar que os viúvos demonstram menor competência de autocuidado à traqueostomia quando comparados com os casados/união de facto. Esse facto, também se verificou na sua comparação com os participantes divorciados/separados, que demonstraram maior nível de competência de autocuidado à traqueostomia.

Quanto às habilitações literárias, realizou-se um teste de kruskall-Wallis (H) (tabela 21) e verificou-se que existiam diferenças estatisticamente significativas do nível de competência de autocuidado nos domínios do conhecimento, autovigilância, tomada de decisão e negociação e utilização dos recursos de saúde.

Tabela 21 - Teste de Comparação de Kruskal-Wallis entre o nível de competência de autocuidado e as habilitações literárias da amostra

	Conhecimento	Autovigilância	Interpretação	Tomada de decisão	Execução ¹	Negociação e utilização recursos
Qui-quadrado	5,95	6,52	4,21	11,67	2,46	10,55
Gl	2	2	2	2	2	2
p	0,05	0,04	0,12	0,003	0,29	0,005

¹ - Com exclusão do item 31 (Limpa a prótese fonatória).

Para se proceder à localização das diferenças, recorreu-se a testes de Mann-Whitney (U) e verificou-se que as diferenças na competência de autocuidado se situavam entre os participantes que não sabiam ler nem escrever e os participantes que detinham habilitações literárias (Tabela 22). Os indivíduos que têm habilitações literárias demonstraram um maior nível de competência de autocuidado à ostomia de ventilação, quando comparados com os indivíduos que não sabiam ler nem escrever.

Tabela 22 - Teste de Comparação de Mann-Whitney entre o nível de competência de autocuidado e as habilitações literárias (Não sabe ler nem escrever vs Com habilitações literárias)

	Habilitações literárias	n	Score médio	DP	U; p
Conhecimento	Não sabe ler nem escrever	8	3,22	0,67	U=371,50 p= 0,02
	Com habilitações literárias	185	3,87	0,80	
Autovigilância	Não sabe ler nem escrever	8	2,98	0,81	U=325,50 p=0,01
	Com habilitações literárias	174	3,80	0,90	
Tomada de decisão	Não sabe ler nem escrever	5	2,80	0,61	U=55,00 p=0,002
	Com habilitações literárias	117	4,06	0,68	
Negociação e utilização dos recursos	Não sabe ler nem escrever	7	3,29	0,49	U=195,00 p=0,004
	Com habilitações literárias	147	4,02	0,60	

Este facto também é corroborado pela existência de uma correlação positiva e estatisticamente significativa entre os anos de escolaridade e o nível de competência de autocuidado à traqueostomia em todos os domínios (Tabela 23), sendo que, quanto mais anos de escolaridade o indivíduo apresenta, maior o nível de competência de autocuidado à traqueostomia. No que diz respeito à força da correlação, esta pode ser considerada como fraca em todos os domínios pois o coeficiente r_s pertence ao intervalo de 0,1 a 0,3.

Tabela 23 - Teste de Correlação de Spearman entre o nível de competência de autocuidado e os anos de escolaridade da amostra

	Conhecimento	Autovigilância	Interpretação	Tomada de decisão	Execução ¹	Negociação
Anos de escolaridade	0,14*	0,16*	0,17*	0,18*	0,20*	0,22**
	p=0,045	p=0,03	p=0,02	p=0,05	p=0,05	p=0,005
n	195	184	183	124	97	155

**A correlação é significativa no nível 0,01/ *A correlação é significativa no nível 0,05/ ¹ - Com exclusão do item 31 - "Limpa a prótese fonatória"

Quanto à situação profissional da amostra, através da aplicação do teste de kruskal-Wallis (H) (tabela 24), verificou-se a existência de diferenças estatisticamente significativas do nível de competência de autocuidado nos domínios do conhecimento, autovigilância, interpretação e execução.

Tabela 24 - Teste de Comparação de Kruskal-Wallis entre o nível de competência de autocuidado e a situação profissional da amostra

	Conhecimento	Autovigilância	Interpretação	Tomada de decisão	Execução ¹	Negociação e utilização recursos
Qui-quadrado	16,20	20,09	13,56	1,75	9,55	3,75
Gl	4	4	4	3	4	4
p	0,003	0,0001	0,009	0,63	0,049	0,44

¹ - Com exclusão do item 31 (Limpa a prótese fonatória).

Mais uma vez, para se proceder à localização das diferenças, recorreu-se a testes de Mann-Whitney (U) e verificou-se que as diferenças na competência de autocuidado se situavam entre os participantes que se encontravam empregados não ativo (baixa, licença) e os participantes reformados (tabela 25). Os indivíduos reformados apresentaram um maior nível de competência de autocuidado à traqueostomia, quando comparados com os indivíduos que se encontravam de baixa ou licença.

Tabela 25 - Teste de Comparação de Mann-Whitney entre o nível de competência de autocuidado e a situação profissional (Empregado não ativo vs Reformados)

	Situação profissional	n	Score médio	DP	U; p
Conhecimento	Empregado não ativo (baixa, licença)	29	3,41	0,77	U=1216,50 p= 0,0001
	Reformado	147	3,94	0,80	
Autovigilância	Empregado não ativo (baixa, licença)	26	3,17	0,86	U=888,00 p=0,0001
	Reformado	140	3,90	0,88	
Interpretação	Empregado não ativo (baixa, licença)	26	2,94	0,63	U=1139,50 p=0,003
	Reformado	139	3,39	0,78	
Execução ¹	Empregado não ativo (baixa, licença)	17	2,07	1,34	U=350,00 p=0,01
	Reformado	67	3,14	1,69	

¹ - Com exclusão do item 31 (Limpa a prótese fonatória).

No que concerne ao tempo decorrido desde a cirurgia, utilizando um teste de Kruskal-Wallis (H) (tabela 26), verificou-se a existência de diferenças estatisticamente significativas quanto ao nível de competência de autocuidado em todos os domínios.

Tabela 26 - Teste de Comparação de Kruskal-Wallis entre o nível de competência de autocuidado e o tempo decorrido da cirurgia

	Conhecimento	Autovigilância	Interpretação	Tomada de decisão	Execução ¹	Negociação e utilização recursos
Qui-quadrado	79,63	55,17	37,37	25,13	37,94	6,90
Gl	2	1	1	1	1	1
p	0,0001	0,0001	0,0001	0,0001	0,0001	0,009

¹ - Com exclusão do item 31 (Limpa a prótese fonatória).

Com recurso a testes de Mann-Whitney (U), verificou-se que as diferenças se localizavam entre todos os três grupos: participantes a aguardar cirurgia; participantes intervencionados até há um mês e participantes intervencionados há mais de um mês.

Comparou-se, inicialmente, os indivíduos que aguardavam cirurgia com os que tinham sido intervencionados há menos de um mês (tabela 27), verificando-se a existência de diferenças estatisticamente significativas.

Tabela 27 - Teste de Comparação de Mann-Whitney entre o nível de competência de autocuidado e o tempo decorrido da cirurgia (aguarda cirurgia vs Até um mês)

	Tempo decorrido da cirurgia	n	Score médio	DP	U; p
Conhecimento	Aguarda cirurgia	11	2,38	0,422	U=68,00 p=0,003
	Até um mês	32	2,90	0,49	

Seguidamente, comparou-se esse mesmo grupo com os indivíduos intervencionados há mais de um mês (tabela 28), verificando-se, igualmente, diferenças estatisticamente significativas. Os indivíduos intervencionados (até um mês e há mais de um mês) demonstraram um score médio superior no domínio do conhecimento (único domínio possível de avaliar na fase pré-operatória), quando comparados com os indivíduos que se encontravam a aguardar cirurgia.

Tabela 28 - Teste de Comparação de Mann-Whitney entre o nível de competência de autocuidado e o tempo decorrido da cirurgia (aguarda cirurgia vs Há mais de um mês)

	Tempo decorrido da cirurgia	n	Score médio	DP	U; p
Conhecimento	Aguarda cirurgia	11	2,38	0,422	U=34,00 p=0,0001
	Há mais de um mês	152	4,15	0,58	

Por último, verificou-se a existência de diferenças estatisticamente significativas entre o nível de competência de autocuidado à traqueostomia e o tempo decorrido desde a cirurgia (tabela 29). Os indivíduos que tinham sido submetidos a cirurgia há mais de um mês demonstraram um nível de competência superior em todos os domínios comparativamente com os que tinham sido submetidos há menos de um mês.

Tabela 29 - Teste de Comparação de Mann-Whitney entre o nível de competência de autocuidado e o tempo decorrido da cirurgia (Até 1 mês vs há mais de 1 mês)

	Tempo decorrido da cirurgia	n	Score médio	DP	U; p
Conhecimento	Até um mês	32	2,90	0,49	U=341,50 p=0,0001
	Há mais de um mês	152	4,15	0,58	
Autovigilância	Até um mês	32	2,55	0,59	U=410,00 p=0,0001
	Há mais de um mês	152	4,02	0,75	
Interpretação	Até um mês	31	2,54	0,49	U=723,00 p=0,0001
	Há mais de um mês	152	3,45	0,72	
Tomada de decisão	Até um mês	12	2,81	0,48	U=92,50 p=0,0001
	Há mais de um mês	112	4,12	0,64	
Execução ¹	Até um mês	30	1,34	0,73	U=237,00 p=0,0001
	Há mais de um mês	67	3,64	1,49	
Negociação e utilização dos recursos	Até um mês	3	3,00	0	U=33,00 p=0,009
	Há mais de um mês	152	4,01	0,60	

¹ - Com exclusão do item 31 (Limpa a prótese fonatória).

Após esta avaliação, procedeu-se à aplicação do teste de correlação de Spearman para as mesmas variáveis, mas com a mensuração em dias e meses, conforme é apresentado na tabela 30. Este mostrou que existe uma correlação positiva baixa entre os dias decorridos desde a cirurgia (quando até há um mês) e o nível de competência demonstrado no domínio do Conhecimento ($r_s=0,37$; $p=0,04$). Ou seja, quantos mais dias decorridos no primeiro mês pós-operatório, maior o nível de competência demonstrado pela amostra no domínio do Conhecimento.

Tabela 30 - Teste de Correlação de Spearman entre o nível de competência de autocuidado e o tempo decorrido desde a cirurgia

	Conhecimento	Autovigilância	Interpretação	Tomada de decisão	Execução ¹	Negociação
Há quanto tempo foi submetido a cirurgia em dias (até um mês)	0,37* p=0,04	—	—	—	—	—
n	32	32	31	12	30	3
Há quanto tempo foi submetido a cirurgia em meses (se há mais de um mês)	0,54** p=0,0001	0,58** p=0,0001	0,49** p=0,0001	0,31** p=0,001	0,51** p=0,0001	0,41** p=0,0001
n	152	152	152	112	67	152

**A correlação é significativa no nível 0,01/ ¹ - Com exclusão do item 31 - “Limpa a prótese fonatória”

No que diz respeito aos casos em que a cirurgia decorreu há mais de um mês, a análise da correlação de Spearman mostrou que existe uma correlação positiva moderada entre o tempo decorrido após a cirurgia (em meses) e o nível de competência demonstrado nos domínios do Conhecimento (rs=0,54; p=0,0001), da Autovigilância (rs=0,58; p=0,0001), da Interpretação (rs=0,49; p=0,0001), da Execução (rs=0,51; p=0,0001), e da Negociação e utilização dos recursos de saúde (rs=0,41; p=0,0001). Verificou-se também, a existência de uma correlação positiva baixa entre o tempo decorrido após a cirurgia (em meses) e o nível de competência demonstrado no domínio da Tomada de decisão (rs=0,31; p=0,001). Ou seja, quanto mais tempo decorrido em meses após a cirurgia, maior o nível de competência de autocuidado demonstrado em todos os domínios.

Relativamente ao tipo de ostomia quanto à duração (temporária versus definitiva), tal como já foi demonstrado no estudo da sensibilidade clínica do instrumento, a aplicação do teste de Mann-Whitney (U), mostrou que houve diferenças significativas entre os níveis de competência de autocuidado e o tipo de ostomia quanto à duração (temporária versus definitiva), em todos os domínios (Tabela 10). As médias da competência de autocuidado demonstradas foram mais elevadas nas pessoas com ostomia do tipo definitiva do que nas pessoas com ostomia de ventilação de carácter temporário.

Quanto à variável da existência de contacto prévio com pessoas ostomizadas, através da utilização do teste de Mann-Whitney (U), verificou-se que existem diferenças significativas entre o nível de competência de autocuidado e o contacto com indivíduos traqueostomizados a nível do domínio da interpretação (Tabela 31). Os indivíduos que tinham contactado previamente com pessoas traqueostomizadas demonstraram níveis de competência superiores no domínio da interpretação comparativamente com os que não tinham tido esse contacto.

Tabela 31 - Teste de Comparação de Mann-Whitney entre o nível de competência de autocuidado e ter contactado com pessoas com ostomia de ventilação

	Teve contacto com pessoas com ostomia de ventilação?	n	Score médio	DP	U; p
Interpretação	Sim	142	3,36	0,73	U=2225,50 p=0,02
	Não	41	3,05	0,84	

Pela aplicação do teste de Mann-Whitney (U) não se registaram diferenças estatísticas significativas entre ter ou não participado em consulta de enfermagem pré-operatória e o nível de competência de autocuidado à ostomia de ventilação demonstrado.

Por último, e tal como já havia sido comprovado no estudo da sensibilidade clínica do instrumento, a variável que apresentou resultados estatisticamente significativos foi a presença de um cuidador informal. Com a aplicação do teste de Mann-Whitney (U), verificou-se existir diferenças significativas nos níveis de competência de autocuidado em todos os domínios entre os participantes que tinham ou não um cuidador informal (Tabela 9). Os indivíduos que não apresentavam apoio de um cuidador informal apresentaram níveis de competência de autocuidado mais elevados em todos os domínios, quando comparados com os participantes que possuíam apoio de um familiar cuidador.

Resumindo os resultados obtidos, é possível afirmar que a amostra demonstrou ser parcialmente competente no autocuidado à ostomia de ventilação, em todos os seus domínios e em todos os itens da escala.

Os domínios em que a amostra revelou ser mais competente foram na tomada de decisão e na negociação e utilização dos recursos de saúde, enquanto no que demonstrou ser menos competente foi na execução.

Foi possível perceber que existem diferenças estatísticas significativas no nível de competência de autocuidado no domínio do Conhecimento e Autovigilância de acordo com o estado civil da amostra.

Existe igualmente diferenças estatisticamente significativas do nível de competência de autocuidado nos domínios do conhecimento, da autovigilância, da tomada de decisão, e da negociação e utilização dos recursos de saúde quanto às habilitações literárias. Os indivíduos que têm habilitações literárias parecem demonstrar um maior nível de competência de autocuidado à ostomia de ventilação, quando comparados com os indivíduos que não sabiam ler nem escrever. Este facto também foi comprovado pela existência de uma correlação positiva fraca e estatisticamente significativa entre os anos de escolaridade e o nível de competência de autocuidado à traqueostomia em todos os domínios.

Verificaram-se diferenças estatísticas significativas em todos os domínios entre o nível de competência de autocuidado à traqueostomia e o tempo decorrido desde a cirurgia. Os indivíduos que foram submetidos a cirurgia há mais de um mês parecem demonstrar um nível de competência superior comparativamente com os que tinham sido submetidos há menos de um mês.

Também houve diferenças estatísticas significativas no nível de competência de autocuidado de acordo com o tempo de duração da ostomia (temporária vs definitiva). As médias da competência de autocuidado demonstradas pelas pessoas com ostomia do tipo definitiva foram mais elevadas do que as pessoas com ostomia de ventilação do tipo temporário.

Foram também detetadas diferenças estatísticas significativas entre o nível de competência de autocuidado e o contacto prévio com indivíduos traqueostomizados, no domínio da interpretação. Os indivíduos que tinham contactado previamente com pessoas traqueostomizadas demonstraram níveis de competência superiores comparativamente com os que não tinham tido esse contacto.

Por fim, verificaram-se diferenças estatisticamente significativas entre o nível de competência de autocuidado e a presença de um cuidador informal, em todos os domínios. Os indivíduos que não apresentam apoio de um cuidador informal parecem apresentar um nível de competência de autocuidado mais elevado.

5. DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

Neste capítulo será realizada a discussão dos resultados obtidos, apresentados no capítulo anterior. Segundo Polit e Beck (2011, p. 481), os resultados devem ser analisados *“dentro do contexto dos objetivos do projeto, da sua base teórica, do corpo de informações científicas já existentes e das forças e limitações dos métodos de pesquisa”*. Assim, proceder-se-á a uma divisão da discussão pelos objetivos delineados, efetuando comparações e paralelismos com o conhecimento científico existente atual sempre com a consciência das limitações inerentes ao seu desenvolvimento.

Objetivo 1: Proceder ao teste das propriedades psicométricas do formulário “Avaliação do Desenvolvimento da Competência de Autocuidado na Pessoa com Ostomia de Ventilação”

Cada vez mais, nas ciências da saúde existe uma preocupação dos indivíduos em tentarem mensurar de forma objetiva os conceitos que pretendem avaliar. Ora, a mensuração parece ser crucial, na medida em que transporta a ideia de unanimidade, visto que, pessoas diferentes em locais diferentes poderão atribuir uma equivalente classificação a um conceito. Mensurar ou medir diz respeito ao processo de atribuir um valor/número a objetos, eventos e fenômenos. Trata-se de atribuir indicadores empíricos a conceitos abstratos (Monteiro & Monteiro da Hora, 2013).

Os instrumentos de medida são o meio através do qual se atribui uma noção quantitativa ao objeto em estudo que se pretende medir. São frequentemente utilizados para a avaliação de características psicossociais auxiliando os investigadores a compreenderem melhor o mundo e aquilo que nos rodeia, permitindo não só fazer medições, como previsões e antecipações (Monteiro e Monteiro da Hora, 2013). Segundo Souza, Alexandre e Guirardello (2017), os instrumentos de medida desempenham um papel importante não só na pesquisa/investigação como também na prática clínica e na avaliação em saúde.

No entanto, estes instrumentos, antes de serem utilizados, devem ser testados e devidamente validados, no sentido de contribuírem para a existência de instrumentos válidos e confiáveis, de modo a assegurar a qualidade dos resultados (Souza, Alexandre e Guirardello, 2017). Segundo os mesmo autores, essa qualidade fornecida pelos

instrumentos depende em grande parte das suas propriedades psicométricas, sendo as principais a fidelidade e a validade.

Focando no estudo da fidelidade do instrumento “Formulário de Avaliação do Desenvolvimento da Competência de Autocuidado na Pessoa com Ostomia de Ventilação” (Queirós, 2015), efetuou-se a avaliação da consistência interna, da concordância entre avaliadores e o teste das duas metades, tendo-se obtido excelentes resultados.

No que diz respeito à consistência interna, obteve-se um valor de *Alpha* de cronbach superior a 0,90 em todos os domínios, o que correspondeu a um excelente valor de consistência interna do instrumento. O valor mais baixo apresentado foi de 0,91 no domínio da interpretação e o valor mais alto foi de 0,99 no domínio da execução.

Objetivamente, observa-se uma possível redundância no domínio da execução tendo em conta que o valor de *Alpha* de cronbach se aproxima de 1. Sugere assim, que os itens desse domínio avaliam conceitos similares, podendo indicar redundância. Segundo Tavakol e Dennick (2011), existem diferentes opiniões sobre quais os valores aceitáveis de *Alpha* de cronbach, variando habitualmente entre 0,70 e 0,95. Os mesmos autores referem ainda que quando o valor de alpha é muito elevado pode sugerir que alguns itens são redundantes, na medida em que testam a mesma questão mas de uma forma diferente. Contudo, deve ser salientado que um valor de alpha de 0,99 no domínio da execução pode indiciar redundância dos seus itens, carecendo por isso de mais estudos confirmatórios. Comparando os resultados obtidos com os do estudo realizado por Queirós (2014), na construção do formulário de avaliação da competência de autocuidado na pessoa com ostomia de ventilação, verifica-se que, este obteve resultados inferiores, sendo que apenas dois domínios se situaram no nível excelente (0,9 - 1), e os restantes situaram-se no nível bom (0,8 - 0,9) e no nível razoável (0,7 - 0,8). No entanto, já eram previsíveis algumas diferenças, visto que o número de participantes era significativamente inferior (80 versus 195). Para além disso, algumas diferenças nas características da amostra também podem ter influenciado.

Apenas o domínio do conhecimento demonstrou mudanças no valor do Alpha de Cronbach aquando da exclusão de itens, nomeadamente o item 1 e 2, referentes à definição e finalidade da ostomia de ventilação. Contudo, optou-se por não excluir esses itens dada a relevância teórica que possuem e dado que o valor do alpha desse domínio já revelava um nível excelente, pelo que essa exclusão não traria mudanças significativas.

Continuando a análise da fidelidade do instrumento, no que diz respeito à concordância entre avaliadores ou fidelidade interjuízes, os resultados também foram encorajadores. Ao comparar os dados obtidos por dois observadores, que aplicaram os formulários em simultâneo aos mesmos sujeitos, verificou-se a existência de correlações positivas muito altas entre os resultados obtidos pelos diferentes avaliadores, o que traduz elevada concordância. O domínio da execução obteve o valor r_s igual a 1, o que corresponde a uma

correlação perfeita, existindo, portanto, concordância total entre os dois observadores. O domínio do conhecimento, autovigilância e interpretação obtiveram um valor de r_s acima dos 0,90 e com um nível de significância de 0,0001, o que traduz correlações positivas muito elevadas e resultados muito significativos. O domínio da negociação e utilização dos recursos em saúde também apresentou uma correlação positiva alta, sendo o valor de r_s de 0,89 com um valor de p de 0,0001. O domínio da tomada de decisão foi o único que obteve uma correlação positiva moderada, com um valor r_s de 0,66, no entanto, com elevado grau de significância estatística.

A existência de uma correlação perfeita no domínio da execução deve-se possivelmente, ao cariz objetivo dos itens que o constituem, sendo de fácil classificação, e daí a obtenção de resultados iguais. Porém, o mesmo não se verificou no domínio da tomada de decisão, em que as dissemelhanças observadas foram maiores, apesar de os valores serem aceitáveis e igualmente significativos. O facto de esse domínio apresentar questões mais subjetivas, de menor compreensão e complexa resposta para o participante, podem estar na base da sua difícil mensuração e justificar os resultados obtidos.

A exclusão do item 31 do domínio da execução demonstrou-se ser importante em alguns testes do tratamento dos dados, mas nesta avaliação, a sua exclusão foi extremamente significativa pois este encontrava-se omissa em 12 dos 20 participantes (10% da amostra) incluídos na fidelidade interjuízes, pelo que invalidaria as suas respostas, só permitindo a comparação dos resultados referentes a 8 indivíduos.

Efetivamente, ao longo da análise dos dados, foram ponderadas as situações em que a exclusão desse item deveria ser efetuada, não no sentido de descurar a sua importância, mas para não interferir negativamente na análise dos resultados, pois a sua consideração e inclusão levaria à perda de mais de metade dos dados da amostra (69%).

O número reduzido de participantes com prótese fonatória está relacionado com o facto de ser um procedimento médico realizado apenas a doentes submetidos a laringectomia total, que corresponde a 59% da amostra, não sendo portanto aplicável a todas as ostomias de ventilação. Por outro lado, segundo Teixeira (2017) a voz esofágica é a opção reabilitativa da voz após laringectomia mais comum na faixa etária entre os 65-74 anos de idade, sendo que, a média de idades neste estudo foi de 63,4 anos e a moda 67 anos, o que possivelmente também pode justificar o número reduzido de indivíduos com prótese fonatória. Este facto pode ainda estar relacionado com questões organizacionais das instituições de saúde ou contraindicações clínicas dos doentes.

Para finalizar a análise da fidelidade do instrumento, foi realizado o teste das duas metades, onde se comparou os itens pares com os ímpares. Os resultados foram muito positivos, sendo que no domínio do conhecimento, interpretação e execução observaram-se correlações positivas muito elevadas e altamente significativas ($p=0,0001$). Nos restantes domínios o valor de r_s foi igual ou superior a 0,85, o que revelou correlações

positivas elevadas e, mais uma vez altamente significativas. Estes resultados demonstram que existe homogeneidade na escala global, que avalia unanimemente o mesmo constructo e que o instrumento apresenta uma boa consistência interna.

Quanto à validade do instrumento, apenas se procedeu ao estudo da validade de constructo, visto que a validade de conteúdo já tinha sido testificada por Queirós (2014), e a validade de critério não ser possível avaliar, uma vez que, ainda não existe outro instrumento para avaliar este mesmo conceito de competência no autocuidado à ostomia de ventilação.

Para o estudo da validade de constructo realizou-se análise fatorial e determinação das correlações interdomínios, sendo estas as únicas técnicas passíveis de serem utilizadas. A validade convergente e discriminante não foram testadas, pois não existe outro instrumento que avalie um conceito similar ou um conceito oposto. Utilizou-se, portanto, a análise fatorial, no sentido de procurar e confirmar a dimensionalidade e estrutura do instrumento. No entanto, nas duas tentativas efetuadas, não se obteve a reorganização dos fatores segundo uma estrutura teórica coerente ou de acordo com a estrutura do formulário e do seu constructo teórico, optou-se assim por desconsiderar esta análise.

No que diz respeito à correlação interdomínios, verificou-se a existência de correlações positivas e estatisticamente significativas entre todos os domínios do formulário, o que parece revelar que todos os domínios concorrem para um mesmo constructo teórico, embora avaliem componentes diferentes.

O domínio do conhecimento é o que apresenta correlações mais elevadas com os restantes domínios do formulário. De facto, todos os domínios são dependentes de conhecimento, pois não é possível o indivíduo ter competência para vigiar, interpretar, tomar decisões, executar e negociar se não tiver desenvolvido e consolidado conhecimentos teóricos para o fazer. O conhecimento é, por isso, uma importante base sustentadora dos restantes domínios.

Esta avaliação interdomínios permitiu determinar que os domínios do formulário estabelecem relações positivas entre si, mais ou menos fortes, mostrando que se direcionam para um mesmo constructo. Este facto traduz uma boa validade de constructo.

A fidelidade e a validade são, portanto, qualidades essenciais que devem estar presentes num instrumento de medida, no entanto, tal como já foi referido, estas não devem ser sujeitas a uma avaliação rígida e inflexível em termos de presença/ausência, mas sim em termos de grau (Fortin, 2009).

Bem e colaboradores (2011) corroboram esta afirmação, postulando que, o processo de validação de um instrumento de medida deverá ser realizado em termos de grau, visto que, em todo o processo vai-se fazendo inferências sobre as diversas avaliações efetuadas com um dado nível de significância. Neste sentido, não é possível demonstrar que um dado

instrumento seja completamente certo e que outro seja totalmente errado (Bem et al., 2011).

Também Fortin (2009) descreve que não existem instrumentos completamente válidos, ou seja, não é possível determinar precisamente se uma medida é válida ou não. Mas, tal como já foi referido neste trabalho, a fidelidade de um instrumento pode contribuir para a sua validade, na medida em que, um instrumento com um grau elevado de fidelidade apresenta um erro de medida fraco, traduzindo-se numa grande probabilidade de a validade ser elevada. Sendo assim, visto que, o teste das propriedades psicométricas deste instrumento demonstrou um grau elevadíssimo de fidelidade, existe uma grande probabilidade de a validade ser elevada. No entanto, mais estudos necessitarão de ser realizados, quando existirem instrumentos que meçam o mesmo conceito e conceitos opostos.

O processo de validação de constructo é considerado um dos mais exigentes, dado a sua interatividade, sendo necessário, na maioria dos casos, estudos diversificados, de forma a se conhecerem e estabelecerem as covariâncias entre as variáveis relativas ao constructo (Bem et al., 2011). Neste momento, e com a evidência científica existente, este é o limite que é permitido alcançar.

No que diz respeito à análise da sensibilidade clínica do instrumento, ao comparar a relação obtida entre a variável principal e as variáveis secundárias, com a evidência científica disponível, parece existir consonância, ou seja, os resultados assemelham-se ao que é descrito na literatura. Tanto quanto à presença de um familiar cuidador como quanto ao tipo de ostomia de ventilação quanto à duração, obtiveram-se resultados compatíveis e animadores. Optou-se por não os explicitar aqui, visto que serão discutidos mais adiante na parte referente ao objetivo 3.

Em suma, o instrumento de “Avaliação do Desenvolvimento da Competência de Autocuidado na Pessoa com Ostomia de Ventilação” (Queirós, 2015) demonstrou um grau elevado de fidelidade com excelentes valores de consistência interna e correlações positivas muito fortes tanto na concordância entre avaliadores como no teste das duas metades. Também se pode considerar, tal como já foi explicado anteriormente, que o instrumento apresenta um bom grau de validade, sendo, no entanto, necessários mais estudos neste âmbito. Por fim, o instrumento demonstrou uma boa sensibilidade clínica, demonstrando boa capacidade de avaliar a realidade da prática clínica, obtendo-se dados verdadeiros e rigorosos com a sua utilização.

Objetivo 2: Descrever as competências de autocuidado da pessoa com ostomia de ventilação

De acordo com os resultados obtidos, a amostra demonstrou ser parcialmente competente no autocuidado à ostomia de ventilação e em todos os seus domínios. A média global do formulário foi de 3,7, que corresponde ao cumprimento de 50% a 75% dos critérios definidores de cada um dos 39 itens da escala de avaliação. De relembrar, que a pontuação oscila entre 1 - “Não demonstra” e 5 - “Demonstra totalmente”, o que revela um nível de competência intermédio alto. Estes resultados assemelham-se aos previamente encontrados no estudo de Queirós (2014), cuja amostra demonstrou competência parcial no autocuidado à ostomia de ventilação, com um score médio global de 4.

Contudo, estes achados carecem de uma análise mais detalhada do nível de competência nos diferentes domínios e respetivos itens, pois proporciona informação mais pormenorizada, garantindo interpretações mais fidedignas e sustentadas. Os domínios da tomada de decisão e da negociação e utilização dos recursos de saúde foram os que obtiveram melhor score médio (SM=3,99). As justificações para este facto podem ser várias. Por um lado, poderá estar relacionado com a publicação das normativas da Direção-Geral de Saúde sobre a prescrição de dispositivos médicos para a pessoa com ostomia e sobre orientações clínicas dos cuidados assistenciais à pessoa portadora de uma ostomia de respiração. A norma 026/2017 (DGS, 2017) sobre a prescrição de dispositivos médicos para pessoas com ostomia, em plataforma eletrónica e de distribuição gratuita, que até então não estava legislada nas pessoas com ostomia respiratória, foi facilitadora na acessibilidade e disponibilidade de recursos materiais nos diferentes contextos de cuidados. A Norma número 011/2016 (DGS, 2016) sobre Indicações Clínicas e Intervenção nas Ostomias Respiratórias em Idade Pediátrica e no Adulto possivelmente veio também orientar o circuito assistencial da pessoa com ostomia de respiração no SNS, quer em contexto hospitalar como na comunidade, o que poderá ter melhorado a capacidade da pessoa para aceder e recorrer aos diferentes serviços de saúde. Tal pode ter contribuído ainda para melhorar a capacidade da pessoa para tomar decisões sobre o seu autocuidado e sobre os recursos que dispõe para o mesmo. De facto, a regulamentação de uma assistência multidisciplinar, evidenciando as áreas de intervenção de cada um dos grupos profissionais, a todas as pessoas com ostomia de respiração, possibilitou a uniformização dos cuidados e a melhoria das respostas dos serviços de saúde às necessidades já identificadas pelas pessoas. Uma outra possível justificação poderá ser o facto de os participantes terem realizado a cirurgia de confecção da ostomia em média há 3 anos e 10 meses, que se constitui como um longo tempo pós-operatório, sendo já capazes de gerir os aspetos relacionados com a sua ostomia, de tomar decisões sobre esta e de utilizar os recursos de saúde de forma mais proficiente.

Em contrapartida, os domínios da execução (SM=2,93) e da interpretação (SM=3,29) foram os que obtiveram menor score médio. Algumas características da população em estudo podem estar na base destes resultados. O facto de grande parte dos participantes

apresentarem um familiar cuidador pode contribuir para a acomodação dos indivíduos à assistência/substituição na execução dos cuidados à ostomia. Isto poderá justificar a baixa competência demonstrada no domínio da execução, pois poderá ser mais fácil para os indivíduos serem substituídos do que enfrentarem a situação e desenvolverem habilidades motoras que conduzam à autonomia. Contudo, comparando o score médio do domínio da execução com os scores médios de cada um dos seus itens evidenciou-se que o score médio do domínio era inferior a todos os scores dos itens individuais. Este facto conduziu a uma análise detalhada destes resultados. Desta análise foi possível constatar que o programa estatístico SPSS eliminou todos os casos que apresentavam pelo menos um item omissos nesse domínio, fazendo com que a amostra elegível reduzisse para 97. Tal prende-se com o facto de este domínio conter três itens que podem não ser aplicáveis à generalidade das pessoas com ostomia, nomeadamente o item 31 - “Limpa a prótese fonatória”, o item 32 - “Aplica protetores cutâneos” e o item 34 - “Aplica penso de proteção”. Assim, para compreender se o score médio do domínio poderia estar a ser influenciado pela omissão desses casos foi avaliada a média do domínio excluindo esses três itens, tendo sido obtido um score médio de 3,69 (n=184). Posto isto, foi possível perceber que possivelmente o score médio obtido não traduz o nível de competência de todos os inquiridos, podendo este, na verdade, ser superior aos valores sugeridos. De facto o uso de prótese fonatória não se verifica em todos os casos de traqueostomia, assim como o uso de protetor cutâneo e o uso de penso protetor com o tempo também, deixa de fazer sentido, quer pela tendência em diminuir a presença de humidade, quer pelo nível de proficiência da pessoa com traqueostomia.

Quanto ao baixo nível de competência no domínio da interpretação, Cardoso (2011), Queirós (2014) e Pinto (2014), também obtiveram esse resultado nos seus estudos. A capacidade de interpretar está relacionada com o facto de a pessoa ser capaz de colocar questões e referir possíveis fatores causais das alterações ou complicações inerentes ao autocuidado. Efetivamente, interpretar os sinais de alarme e relacionar cuidados com complicações possivelmente será das competências mais difíceis de adquirir, dada a necessidade de já ter um bom domínio da normalidade e ser capaz de ajuizar sobre a relação entre ações e resultados. Para além disto, o tempo reduzido de internamento poderá fazer com que o enfermeiro se centre mais nos aspetos teóricos e instrumentais do cuidado ao estoma e por isso invista menos no desenvolvimento destas competências em particular. Segundo Canduela e colaboradores (2018), os tempos de internamento cada vez menores, impossibilitam a aquisição de competência na totalidade dos conteúdos necessários, pelo que a preparação para a alta se focaliza no manuseamento do material e nos cuidados a ter com o estoma. Por outro lado, a inexistência de informação sistematizada sobre as necessidades do indivíduo ou sobre os domínios da competência de autocuidado desenvolvidos durante o internamento hospitalar, passível de ser partilhada com os recursos da comunidade, dificulta a continuidade e o seguimento do processo de aquisição de competência de autocuidado à ostomia em todos os seus domínios. Num

estudo realizado por Wick e colaboradores (2011) verificaram que as altas prematuras e a fraca coordenação entre serviços hospitalares e comunitários conduzem ao aumento das readmissões hospitalares por complicações nos primeiros três meses pós-operatórios. O processo de desenvolvimento de competências de autocuidado pode, por isso, ficar comprometido ou incompleto, com défices em alguns domínios. Também a baixa escolaridade da amostra poderá ser um fator contributivo, dado que Miranda e colaboradores (2016) mencionam que a baixa literacia é um fator que compromete as ações educativas dos enfermeiros para o autocuidado, além de que esses indivíduos demonstram maior dificuldade em questionar os profissionais de saúde a respeito do seu problema.

Analisando os resultados item a item, constata-se que o conteúdo em que os participantes necessitam de maior intervenção é na prevenção e deteção precoce de complicações. Efetivamente, nos domínios do conhecimento, autovigilância, interpretação e tomada de decisão os itens que obtiveram score médio mais baixo foram os relacionados com essa temática, sendo eles: item 5 - “Refere quais os sinais de complicação da ostomia de ventilação”; item 17 - “Identifica sinais de complicações da ostomia de ventilação”; item 19 - “Refere quais as possíveis causas de complicações da ostomia de ventilação”; e item 25 - “Previne as complicações da ostomia de ventilação”. Segundo Graboyes e colaboradores (2017) as pessoas submetidas a uma laringectomia total têm alto risco de readmissão hospitalar. Cerca de 25% das readmissões não planeadas após a alta estão relacionadas com complicações do estoma e/ou da prótese fonatória (Graboyes et al., 2017). A incidência de complicações do estoma constitui-se como uma sobrecarga física, económica e emocional para a pessoa, com repercussões ao longo do tempo (Gaudreau, et al., 2016). Por isso é determinante um investimento formativo nesta área da prevenção e identificação de sinais de complicações por parte dos enfermeiros dos recursos hospitalares, bem como dos serviços da comunidade que fazem acompanhamento da pessoa após a alta clínica. Efetivamente, alguns fatores de risco para o desenvolvimento de complicações e de readmissões hospitalares não são modificáveis. Contudo, outros fatores são potencialmente modificáveis pela ação dos enfermeiros. Segundo Graboyes e colaboradores (2017), as complicações do estoma e da prótese fonatória parecem estar relacionadas com conhecimento insuficiente da pessoa e do familiar cuidador sobre os cuidados a ter com o estoma após a sua confeção. Isto sugere a necessidade de serem desenvolvidos programas de intervenção de enfermagem mais robustos na promoção do autocuidado na pessoa com ostomia, que incluam todos os conteúdos dos diferentes domínios que o compõe. Por outro lado, evidencia a necessidade de melhorar a partilha de informação entre os enfermeiros dos diferentes serviços, com informação sistematizada e rigorosa, que assegure a continuidade dos cuidados naquelas que são as áreas que ainda não foram devidamente exploradas no período de internamento. Acreditamos que este instrumento poderá ser útil na resolução desta limitação.

Por último, é ainda revelante mencionar que o único item que se aproximou da demonstração total da competência foi o item 2 referente à finalidade da ostomia. Possivelmente esta será das primeiras informações a ser transmitida à pessoa, para além de ser o motivo justificativo para a confeção da ostomia, o que facilitará a sua compreensão e memorização. Quando já existe sintomatologia respiratória antes da realização da traqueostomia, muitas vezes, os indivíduos atribuem um significado positivo à traqueostomia, dado o alívio que esta pode conferir (Mota et al., 2015). A traqueostomia passa, então, a ser fundamental para o processo de respiração do indivíduo, em que o efeito da sua oclusão é facilmente reconhecido e compreendido.

Objetivo 3: Verificar se existem diferenças quanto à competência de autocuidado da pessoa com ostomia de ventilação, de acordo com as variáveis sociodemográficas e com as variáveis clínicas e de diagnóstico

Quanto ao estudo da relação das variáveis com o nível de competência de autocuidado à ostomia de ventilação, verificou-se a existência de diferenças estatisticamente significativas na amostra.

Os indivíduos que tinham habilitações literárias demonstraram um maior nível de competência de autocuidado à ostomia de ventilação, quando comparados com os indivíduos que não sabiam ler nem escrever, nomeadamente nos domínios do conhecimento, autovigilância, tomada de decisão, e negociação e utilização dos recursos de saúde. Este facto, também foi evidenciado pela existência de uma correlação positiva e estatisticamente significativa entre os anos de escolaridade e o nível de competência de autocuidado à traqueostomia em todos os domínios, sendo que, quanto mais anos de escolaridade o indivíduo apresentava, maior o nível de competência de autocuidado à traqueostomia demonstrado.

Este resultado vai totalmente ao encontro dos resultados obtidos por Queirós (2014). A explicação pode estar no facto de o nível de instrução dos indivíduos influenciar a compreensão e apreensão das informações. Dantas e seus colaboradores (2017) referem que os indivíduos com menor escolaridade apresentam maiores dificuldades em assimilar a informação e apropriar-se de conhecimento. Também Miranda e colaboradores (2016) corroboram este argumento, defendendo que a baixa literacia é um fator preocupante, que compromete as ações educativas dos enfermeiros para o autocuidado. Segundo os mesmos autores, estes indivíduos demonstram uma maior dificuldade em questionar os profissionais de saúde a respeito do seu problema e demonstram menor capacidade em realizar os cuidados necessários.

Um estudo realizado por Moura e colaboradores (2018) mostrou ainda que o nível de instrução interfere nas práticas de promoção da saúde, sugerindo que quanto menor for a escolaridade da pessoa, maior o déficit de conhecimentos verificados sobre os cuidados ao estoma, as medidas de prevenção e sinais de complicações. Além disso, o baixo nível educacional também pareceu influenciar a maneira como a pessoa enfrentava a situação (mecanismos adaptativos) e a aceitação da ostomia bem como da nova condição de vida (Moura et al., 2018).

Neste sentido, salienta-se a importância da adaptação e ajuste das intervenções de educação para a saúde proporcionadas pelos enfermeiros, às características do indivíduo em questão. A linguagem deverá ser acessível e clara, de forma a promover uma melhor compreensão (Dantas et al., 2017). Para além disso, o acompanhamento realizado pelos enfermeiros deverá começar logo no pré-operatório e prolongar-se até depois da alta clínica, dado que as consultas de enfermagem, as avaliações, orientações e acompanhamento visam prevenir complicações e proporcionar uma melhor adaptação da pessoa à sua nova condição de ostomizado (Dantas et al., 2017).

Por outro lado, estudos realizados no âmbito da qualidade de vida das pessoas com ostomias demonstraram que, os indivíduos com menor nível de instrução apresentavam um maior comprometimento da percepção da sua imagem corporal, o que interferia negativamente com a sua qualidade de vida (Pinto, 2012; Oliveira, 2016).

Assim, os resultados obtidos parecem sugerir que as habilitações literárias por parte dos indivíduos com traqueostomia parecem ser uma condição facilitadora, não só do desenvolvimento de competência de autocuidado à ostomia como também para a adaptação a uma vida com ostomia. O nível de instrução parece relacionar-se diretamente com as capacidades intelectuais da pessoa e consequentemente com a sua capacidade para reter, assimilar e aprender, o que facilita a aquisição de conhecimentos e habilidades necessárias para lidar com a ostomia.

No que diz respeito à variável da situação profissional, verificou-se que os indivíduos reformados demonstraram um nível superior de competência de autocuidado à traqueostomia, quando comparados com os indivíduos que se encontravam de baixa ou licença. Este facto poderá estar relacionado com o tempo decorrido desde a cirurgia, visto que os indivíduos que se encontram de baixa poderão ainda estar num processo de doença mais recente. Já os indivíduos reformados parecem indicar que o processo patológico conducente à confeção da ostomia é mais antigo, sendo portadores de uma ostomia há mais tempo, o que possibilitou não só desenvolverem conhecimentos e habilidades, como também adaptarem-se à sua nova condição de vida. No entanto, são apenas suposições, não existindo literatura que sustente ou explique esta relação verificada, pelo que se sugere a realização de mais estudos.

Quanto à variável tempo decorrido desde a cirurgia, verificou-se que as pessoas que tinham sido submetidas a cirurgia há mais de um mês demonstraram níveis de competência de autocuidado à traqueostomia superiores em todos os domínios comparativamente com as que tinham sido submetidas há menos de um mês, bem como com as que se encontravam a aguardar cirurgia (no domínio do conhecimento, único domínio passível de ser avaliado no momento pré-operatório). Estes resultados estão de acordo com o que foi verificado por Queirós (2014).

Esta relação identificada também foi comprovada pela existência de correlações positivas e estatisticamente significativas entre o tempo decorrido da cirurgia e o nível de competência de autocuidado à traqueostomia. Verifica-se que, quantos mais dias decorridos no primeiro mês pós-operatório, maior o nível de competência demonstrado pela amostra no domínio do conhecimento. Este facto pode ser explicado por grande parte da intervenção inicial da equipa de enfermagem, no momento pós-operatório imediato, se centrar essencialmente no ensino dos cuidados à ostomia, tratando-se, portanto, de informações/conhecimentos teóricos em relação aos cuidados a serem realizados. Além disso, a pessoa que se encontra a vivenciar a transição, numa fase inicial, dedica-se ou dirige mais a sua atenção para reter as informações necessárias relacionadas com os cuidados à ostomia e troca de cânula, e só numa fase mais avançada é que se preocupará com outras ações como vigiar, interpretar, tomar decisões, negociar e gerir os recursos disponíveis.

Por outro lado, verificou-se que quanto mais tempo decorre em meses após a cirurgia, maior o nível de competência de autocuidado à traqueostomia demonstrado em todos os domínios. Com o passar do tempo, com a experiência e familiaridade que a pessoa vai desenvolvendo com a ostomia, esta aumenta a sua capacidade para dirigir a sua atenção para outros aspetos relacionados com a gestão da ostomia, nomeadamente capacidade de vigiar, interpretar, tomar decisões e negociar, bem como aumenta a sua confiança e perceção de autoeficácia, indicadores do progresso positivo da transição para uma vida com ostomia. O tempo revela-se assim como um fator muito importante, visto que, tal como já foi referido, os indivíduos necessitam de um espaço de tempo para assimilarem as mudanças e diferenças, para se consciencializarem dessas mudanças, se envolverem, e assim conseguirem desenvolver estratégias para lidar com a sua nova condição de ostomizados. Além do mais, a transição experienciada consiste num processo que se estende ao longo do tempo.

Vários são os autores que consideram o tempo como um fator positivo para adaptação à ostomia (Brown e Randle, 2005; Richbourg et al., 2007; RNAO, 2009), sendo que, poderá ser possivelmente considerado um fator positivo para o desenvolvimento da competência de autocuidado à ostomia de ventilação.

Relativamente à duração da ostomia, os indivíduos com ostomia de ventilação do tipo definitiva apresentaram médias da competência de autocuidado superiores quando comparados com os indivíduos com ostomia de ventilação de carácter temporário. Mais uma vez, este resultado vai de encontro ao que é descrito na literatura. Nos casos em que a ostomia da pessoa é de cariz temporário, esta não sente a efetiva necessidade de se adaptar totalmente às mudanças e aos cuidados à sua ostomia, dado o conhecimento que tem da reversibilidade da sua situação (Boyles, 2010; Taylor e Morgan, 2010). Este facto leva a que a pessoa se distancie e desvalorize todo o processo de aquisição de competência de autocuidado à ostomia, aguardando apenas o momento em que se libertará desta (Boyles, 2010; Taylor e Morgan, 2010). Por outro lado, os indivíduos com ostomia do tipo definitiva parecem estar mais consciencializados para a necessidade de mudança e adaptação à sua nova condição de vida, visto estarem cientes de não haver possibilidade de reverter a sua situação. Daí eles se apresentarem mais envolvidos no processo de aprendizagem dos cuidados à ostomia. Além de que, o facto de reconhecerem a sua ostomia como permanente leva a que estejam mais predispostos a enfrentar a situação, a se conectarem e interagirem verdadeiramente com a sua nova condição, desenvolvendo confiança e estratégias de coping, progredindo mais facilmente na transição, quando comparados com os indivíduos portadores de ostomias temporárias. De facto, a literatura sugere que os indivíduos com ostomia de carácter permanente tendem a confrontar a situação utilizando estratégias de coping centradas no problema, o que facilita a sua adaptação à mudança, podendo refletir-se num maior comprometimento do indivíduo no desenvolvimento da competência de autocuidado à sua ostomia (RNAO, 2009).

No que diz respeito à variável de existência de contacto prévio com pessoas ostomizadas, verificou-se que os indivíduos que tinham contactado previamente com pessoas com traqueostomia demonstraram níveis de competência de autocuidado superiores no domínio da interpretação, comparativamente com os que não tinham tido esse contacto. Mota e colaboradores (2016) consideram que o contacto prévio com pessoas com ostomia pode apresentar-se como um potenciador do autocuidado, na medida em que, permite a troca de experiências e informações, elucidando o indivíduo para o que o espera. De facto, imaginar-se com uma ostomia é um processo difícil, visto tratar-se de algo incerto e desconhecido para muitos dos indivíduos, pelo que, o contacto com pessoas já ostomizadas permite aos indivíduos obterem conhecimento da situação, visualizarem a realidade dos acontecimentos, como é viver com uma ostomia e a terem noção do que pode acontecer. Tal permite não só à pessoa com ostomia lidar melhor com a sua situação no pós-operatório, como também impulsionar os indivíduos a tomarem decisões quanto ao seu autocuidado (Mota et al., 2016).

Este resultado é corroborado pelo estudo realizado por Lobão e colaboradores (2009), em que a partilha de experiências com pessoas ostomizadas e já adaptadas à sua nova

condição, demonstrou ser importante na preparação pré-operatória do indivíduo, bem como posteriormente para a aceitação da ostomia.

Por último, a variável que apresentou resultados estatisticamente significativos foi a existência de um cuidador informal. Os indivíduos que não apresentavam apoio de um familiar cuidador demonstraram níveis de competência de autocuidado superiores em todos os domínios, quando comparados com os participantes que possuíam apoio. Mota e colaboradores (2016) postulam que um dos fatores que motiva o desenvolvimento da competência de autocuidado na pessoa com ostomia é a inexistência de um familiar cuidador, ou seja, a falta deste leva a que a pessoa ostomizada se dedique e empenhe mais no seu processo de recuperação de autonomia. Pelo que os resultados verificados vão, mais uma vez, ao encontro do que é descrito na literatura. De facto, em muitos casos, verifica-se que a família se excede nos cuidados prestados, acabando por substituir totalmente a pessoa com ostomia, originando uma dependência permanente, que prejudica a sua recuperação e o atingimento do potencial máximo de autonomia no autocuidado à ostomia (Mota et al., 2016). O apoio da família é considerado essencial no pós-operatório imediato, no entanto, à medida que a pessoa com ostomia vai recuperando e adquirindo segurança e capacidade para realizar os cuidados, estes devem, progressivamente, serem transferidos para esta. No entanto, muitas vezes, os indivíduos acomodam-se à assistência/substituição por parte da família, sendo mais fácil serem substituídos do que enfrentarem a situação (Mota et al., 2016). Face aos resultados obtidos, pressupõe-se que provavelmente a existência de um familiar cuidador conduz a um menor envolvimento do indivíduo no seu autocuidado, visto este se acomodar aos cuidados prestados e à substituição efetuada, não sentindo necessidade de se envolver no processo de aprendizagem, podendo ser considerado uma condição dificultadora ao desenvolvimento da competência de autocuidado à ostomia.

Por fim, ao contrário do que se esperava, a relação entre o nível de competência de autocuidado e a variável da participação na consulta pré-operatória de enfermagem não revelou diferenças estatisticamente significativas, divergindo este resultado da literatura encontrada. Efetivamente, são vários os estudos que descrevem a informação pré-operatória como um fator facilitador da adaptação física e psicológica do indivíduo à sua nova condição, diminuindo o fator surpresa e stress pós-operatório, bem como promove a aceitação da ostomia (RNAO, 2009; Lenza et al., 2013; Canduela et al., 2018). Esta divergência de resultados também se verificou no estudo desenvolvido por Queirós (2014), que levantou várias possibilidades justificativas para este resultado, e que também se enquadram no perfil desta amostra, nomeadamente: o facto de a consulta de enfermagem se ter realizado muito previamente à cirurgia, neste caso foram em média 17 dias antes da cirurgia, e os indivíduos podem não ter retido a informação fornecida; o facto de a consulta de enfermagem se ter realizado no mesmo dia ou próxima da consulta médica onde foi transmitido o diagnóstico e/ou tratamento elegido, não se encontrando o

indivíduo com disponibilidade mental para receber informações ou por se encontrar transtornado (ansiedade, stress, negação), não tendo iniciado o processo de consciencialização; a estruturação e organização da consulta de enfermagem, que poderá englobar informação em excesso; o ensino não ter sido ajustado e adequado às características do indivíduo, não tendo sido utilizada a estratégia pedagógica mais indicada; o facto de a colheita de dados ter sido realizada em média 3 anos e 10 meses após a cirurgia, pelo que os indivíduos já poderão estar totalmente adaptados à ostomia e não estarem tão recordados do processo inicial. Assim, sugere-se a realização de mais estudos, mas abarcando pessoas num tempo operatório mais curto, para que esta relação possa ser confirmada e devidamente estudada.

6. CONCLUSÕES

A ostomia de ventilação coloca desafios ao indivíduo, à sua família e aos profissionais de saúde com quem este se cruza, sendo que cada um deles ocupa um papel importante na sua capacitação para uma vida com ostomia, onde a coesão e interajuda é indispensável.

A realização deste trabalho de investigação possibilitou conhecer como os indivíduos lidam com o processo de doença, mas principalmente como mudam para se adaptarem a ela ou a alguma condição provocada por esta, o que permitiu não só um crescimento a nível profissional como a nível pessoal. O contacto proporcionado pelos indivíduos com ostomia de ventilação demonstrou-se enriquecedor, indissociável de magníficas histórias de vida, permitindo uma melhor compreensão dos processos de transição experienciados.

Os desafios que esta nova condição de portador de uma ostomia impõe podem ser facilitados com a existência de instrumentos de avaliação da competência de autocuidado teoricamente sólidos e clinicamente relevantes, que permitam ao enfermeiro orientar a prestação de cuidados de saúde de forma mais completa, rigorosa e ajustada.

O instrumento de avaliação da competência de autocuidado à ostomia de ventilação demonstrou um grau elevado de fidelidade com excelentes valores de consistência interna e correlações positivas muito fortes tanto na concordância entre avaliadores como no teste das duas metades. Também apontou um bom grau de validade, bem como sensibilidade clínica, indicando boa capacidade de avaliar a realidade da prática clínica, obtendo-se dados verdadeiros e rigorosos com a sua utilização.

Este trabalho contribui assim com uma ferramenta que permitirá melhorar a continuidade de cuidados, assim como a partilha de informação relativa ao autocuidado à ostomia nos diferentes contextos de saúde, contribuindo para a qualidade dos cuidados de enfermagem à pessoa com ostomia. Contudo, salienta-se a necessidade de proceder a mais estudos confirmatórios e exaustivos da sua validade e fidelidade, que confirmem mais segurança aos resultados preliminares aqui apresentados.

A constatação de que a amostra possui um nível de competência de autocuidado à ostomia de ventilação intermédio alto vem salientar o papel determinante dos enfermeiros nesta área de intervenção tão relevante e que assenta no core do seu conhecimento disciplinar. No entanto, parece igualmente importante refletir no porquê dos níveis de competência serem díspares nos diferentes domínios que o compõe. É premente que os enfermeiros que

prestam cuidados à pessoa com ostomia reconheçam a multidimensionalidade do autocuidado à ostomia e que integrem todos os seus domínios no seu plano de atuação.

Não obstante, a existência de diferenças estatisticamente significativas na amostra de acordo com as habilitações literárias, a situação profissional, o tempo decorrido da cirurgia, o tipo de ostomia quanto à duração (temporária vs definitiva), o contacto prévio com pessoas com traqueostomia e a presença de cuidador informal, permitiram perceber a possível existência de fatores facilitadores e dificultadores do desenvolvimento da competência de autocuidado. Assim, considera-se fundamental proceder ao seu estudo e identificação, bem como compreender a sua influência. Este facto poderá ajudar a sinalizar os indivíduos com características inibidoras da aquisição de competência de autocuidado, possibilitando a adequação das intervenções de enfermagem aos seus critérios de vulnerabilidade. Mais uma vez, se evidencia a importância das características pessoais serem ponderadas na avaliação e planeamento dos cuidados, permitindo ao enfermeiro conceber e implementar intervenções adaptadas à especificidade de cada cliente. O rigor na conceção do processo de enfermagem assume uma grande notoriedade, pois a sua ausência culminará num plano intervenção desajustado à pessoa, às suas características bem como à sua situação. Assim, para além do contributo da validação do instrumento, consideramos que o presente estudo permitiu também melhorar as ferramentas disponíveis na promoção da transição vivenciada pela pessoa com ostomia, ao dotar o enfermeiro de um instrumento que auxilia o acompanhamento e apoio personalizado da pessoa ao longo do desenvolvimento da competência de autocuidado à ostomia, nas diferentes fases de adaptação à sua nova condição.

Para finalizar, importa salientar a importância da realização de mais estudos no âmbito desta temática. Foi notória a escassa evidência científica existente sobre as ostomias de ventilação, tendo sido este facto identificado como uma limitação ao estudo, dificultando a compreensão do fenómeno, bem como a interpretação dos resultados obtidos. A maioria dos estudos encontrados eram internacionais, parcamente direccionados para o autocuidado à ostomia e a maioria referia-se a ostomias de eliminação intestinal.

Para uma compreensão mais profunda e contínua do desenvolvimento da competência de autocuidado à ostomia seria importante que se desenvolvessem trabalhos de cariz longitudinal. Pois, o facto de este estudo ser transversal direccionou a avaliação da competência de autocuidado do indivíduo num dado momento, não possibilitando o acompanhamento e entendimento de como ocorre o processo de aquisição de habilidades ao longo do tempo.

7. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ANTUNES, S. *A qualidade de vida do doente laringectomizado total por cancro da laringe e alguns fatores com ela relacionados*. Faculdade de medicina da Universidade de Coimbra, 2012. Dissertação de mestrado. Disponível em <<https://estudogeral.sib.uc.pt/bitstream/10316/25060/1/tese%20final.pdf>>

ARGIRIS, A., KARAMOUZIS, M., RABEN, D., FERRIS, R. Head and neck cancer. *The Lancet*. 2008, Vol. 371, pp. 1695-1709. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/18486742>

BARBOSA, L., SANTOS, D., AMARAL, M., GONÇALVES, A., BRUSCATO, W. Repercussões psicossociais em pacientes submetidos à laringectomia total por câncer de laringe: Um estudo clínico-qualitativo. *Revista SBPH*. 2004, Vol.7, nº 1, pp. 45-58. Disponível em: <http://pepsic.bvsalud.org/pdf/rsbph/v7n1/v7n1a05.pdf>

BARBOSA, L. & FRANCISCO, A. - Paciente laringectomizado total: perspectivas para a ação clínica do psicólogo. *Paidéia*. 2011, Vol. 21, nº 48, pp. 73-81. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/paideia/v21n48/a09v21n48.pdf>

BARNABE, N. & ACQUA, M. Coping strategies of ostomized individuals. *Rev. Latino-Am. Enfermagem*. 2008, Vol. 16, nº4, pp. 712-719. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/rlae/v16n4/pt_10.pdf

BEM, A., LANZER, E., FILHO, E., SANCHEZ, O., JUNIOR, P. Validade e confiabilidade de instrumento de avaliação da docência sob a ótica dos modelos de equação estrutural. *Avaliação (Campinas)*. 2011, Vol. 16, nº 2, pp.375-401. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/aval/v16n2/a08v16n2.pdf>

BICKFORD, J., COVENEY, J., BAKER, J., HERSH, D. Living with the altered self: A qualitative study of life after total laryngectomy. *Journal International Journal of Speech-Language Pathology*. 2013, Vol. 15, nº 3, pp. 324-333. Disponível em: <https://www.tandfonline.com/doi/full/10.3109/17549507.2013.785591?scroll=top&needAccess=true>

BOYLES, A. Patient outcomes and quality of life following stoma-forming surgery. *Gastrointestinal Nursing*. 2010, Vol. 8, nº 8, pp. 30-35. Disponível em: <https://www.magonlinelibrary.com/doi/pdf/10.12968/gasn.2010.8.8.79163>

BRYMAN, A., CRAMER, D. (2003). *Análise de dados em ciências sociais: introdução às técnicas utilizando SPSS para Windows*. (3ª edição). Oeiras: Celta Editora.

BRITO, M. - *A reconstrução da autonomia após um evento gerador de dependência no autocuidado - uma teoria explicativa*. Instituto de Ciências da Saúde. Porto : Universidade Católica Portuguesa, 2012. Dissertação de Doutoramento. Disponível em: <http://repositorio.ucp.pt/handle/10400.14/12617>

BROWN, H. & RANDLE, J. Living with a stoma: a review of the literature. *Journal of clinical nursing*. 2005, nº 14, pp.74-81. Disponível em: https://www.researchgate.net/publication/8074290_Living_with_a_stoma_A_review_of_the_literature

CANDUELA, P., GONZÁLEZ, I., DURBAN, R., SUÁREZ, A., SECALL, M., ARIAS, P. Rehabilitación del paciente laringectomizado. Recomendaciones de la Sociedad Española de Otorrinolaringología y Cirugía de Cabeza y Cuello. *Acta Otorrinolaringológica Española*. 2018. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/29784244>

CARDOSO, T. *Desenvolvimento da competência de autocuidado da pessoa com ostomia de eliminação intestinal*. Escola Superior de Enfermagem do Porto, 2011. Dissertação de mestrado. Disponível em: <http://comum.rcaap.pt/handle/10400.26/9258>

CHICK, N. & MELEIS, A. (1986). *Transitions: A Nursing Concern. Nursing Research Methodology - Issues and implementation*. New York: Aspen Publication. Disponível em: <https://repository.upenn.edu/cgi/viewcontent.cgi?article=1008&context=nrs>

CHICÓRIA, M. *Cuidados de Enfermagem: Uma Prática Baseada na Evidência*. Escola Superior de Enfermagem de Coimbra, 2013. Dissertação de mestrado. Disponível em: <https://repositorio.esenfc.pt/private/index.php?process=download&id=27656&code=210>

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. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3034300/pdf/ppa-5-001.pdf>

DANTAS, F., SOUZA, A., MELO, G., FREITAS, L., LUCENA, S., COSTA, I. Prevalência de complicações em pessoas com estomias urinárias e intestinais. *Revista Enfermagem Atual*. 2017, Vol. 82, pp. 55-61. Disponível em: http://revistaenfermagematual.com/arquivos/ED_82_REVISTA_20/07.pdf

DIREÇÃO GERAL DE SAÚDE. Norma 011/2016 - Indicações Clínicas e Intervenção nas Ostomias Respiratórias em Idade Pediátrica e no Adulto. Ministério da Saúde, 2016.

DIREÇÃO GERAL DE SAÚDE. Norma 026/2017 - Prescrição de Dispositivos Médicos para Pessoas com Ostomia e Incontinência / Retenção Urinária. Ministério da Saúde, 2017.

DURBIN, C. Tracheostomy: why, when, and how? *Respiratory care*. 2010, Vol. 55, Nº 8, pp. 1056-1068. Disponível em:

https://pdfs.semanticscholar.org/b8ea/0a1d6da83926d998297ce459d12c471cbdb4.pdf?_ga=2.127711757.1492402171.1549040859-788788851.1549040859

ENGELKE, Z. Patient Education: Teaching the Patient with a Tracheostomy. *Skill Competency Checklist*. CINAHL Nursing Guide, 2017. Disponível em: <http://web.b.ebscohost.com/nrc/pdf?vid=16&sid=24837374-72b9-4bde-8cd8-8f642cc2f90f%40sessionmgr104>

FILIPPE, J., RIBEIRO, H., AMARAL, A., FINO, R., ESTIBEIRO, H., MONTALVÃO, P., MAGALHÃES, M. Laringectomia parcial supracricoideia reconstrutiva com C.H.E.P. - Experiência do serviço nos últimos 10 anos. *Revista portuguesa de otorrinolaringologia e cirurgia cérvico-facial*. 2011, Vol. 49, nº 4, pp. 267-272. Disponível em: <https://www.journalsporl.com/index.php/sporl/article/download/198/198/+&cd=2&hl=pt-PT&ct=clnk&gl=pt>

FERNANDEZ-BUSSY, S., MAHAJAN, B., FOLCH, E., CAVIEDES, I., GUERRERO, J., MAJID, A. Tracheostomy Tube Placement - Early and Late Complications. *J Bronchol Intervent Pulmonol*. 2015, Vol. 22, nº 4, pp. 357-364.

FLEURY, M. & FLEURY, A. - Construindo o Conceito de Competência. *Revista de Administração Contemporânea*. 2001, pp. 183-196. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rac/v5nspe/v5nspea10.pdf>

FORTIN, M. (1996). *O processo de investigação: da concepção à realização*. Loures: Lusociência.

FORTIN, M. (2009). *Fundamentos e etapas do processo de investigação*. Porto: Lusodidacta.

FREITAS, L., QUEIROZ, C., MEDEIROS, L., MELO, M., ANDRADE, R., COSTA, I. Indicadores do resultado de enfermagem autocuidado da ostomia da classificação dos resultados de enfermagem: revisão integrativa. *Revista Cogitare Enferm*. 2015, Vol. 20, nº 3, pp. 618-625. Disponível em: <https://revistas.ufpr.br/cogitare/article/view/40045/26254>

FRONTEIRA, I. Estudos Observacionais na Era da Medicina Baseada na Evidência: Breve Revisão Sobre a Sua Relevância, Taxonomia e Desenhos. *Acta Med. Port*. 2013, Vol. 26, nº 2, pp. 161-170. Disponível em: <https://www.actamedicaportuguesa.com/revista/index.php/amp/article/view/3975/3223>

GALVÃO, C. & SAWADA, N. Prática baseada em evidências: estratégias para sua implementação na enfermagem. *Rev Bras Enferm*. 2003, Vol. 56, nº 1, pp. 57-60. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/reben/v56n1/a12v56n1>

GALVÃO, M. & JANEIRO, J. O autocuidado em enfermagem: autogestão, automonitorização e gestão sintomática como conceitos relacionados. *Rev Min Enferm.* 2013, Vol. 17, nº 1, pp. 225-230. Disponível em: <http://www.reme.org.br/artigo/detalhes/593>

GAUDREAU, P., GREENLICK, H., DONG, T., LEVY, M., HACKETT, A., PRECIADO, D., ZALZAL, G., REILLY, B. Preventing Complications of Pediatric Tracheostomy Through Standardized Wound Care and Parent Education. *JAMA Otolaryngology-Head & Neck Surgery.* 2016, Vol. 142, nº 10, pp. 966-971. Disponível em: <https://jamanetwork.com/journals/jamaotolaryngology/articlepdf/2537359/oi160056.pdf>

GONÇALVES, G., GUTERRES, J. & NOVAIS, S. A vivência da transição numa pessoa laringectomizada. *onco.news.* 2010, nº 14, pp. 7-17. Disponível em: https://www.researchgate.net/publication/260188734_A_vivencia_da_transicao_numa_pessoa_laringectomizada

GONÇALVES, G. *Qualidade de vida da pessoa com traqueostomia na área do grande Porto.* Escola Superior de Enfermagem do Porto, 2012. Dissertação de mestrado. Disponível em: <https://comum.rcaap.pt/bitstream/10400.26/9367/1/DISSERTA%C3%87%C3%83O%20definitiva.pdf>

GRABOYES, E., KALLOGJERI, D., ZEREGA, J., KUKULJAN, S., NEAL, L., ROSENQUIST, K., NUSSENBAUM, B. Association of a perioperative education program with unplanned readmission following total laryngectomy. *JAMA Otolaryngology - Head and Neck Surgery.* 2017, Vol. 143, nº 12, pp. 1200-1206. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/28880984>

HIRANI, I., SIDDIQUI, A. & KHYANI, I. Apprehensions and problems after laryngectomy: Patients' perspective. *Journal of the Pakistan Medical Association.* 2015, Vol. 65, pp. 1214-1218. Disponível em: https://www.researchgate.net/publication/283792447_Apprehensions_and_problems_after_laryngectomy_Patients'_perspective

INTERNATIONAL COUNCIL OF NURSES. Tabelas CIPE: versão 2015 - Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros. 2015

KRALIK, D., VISENTIN, K. & VAN LOON, A. Transition: a literature review. *Journal of Advanced Nursing.* 2006, Vol. 55, nº 3, pp. 320-329. Disponível em: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/abs/10.1111/j.1365-2648.2006.03899.x>

LAW, L., AKROYD, K. & BURKE, L. Improving nurse documentation and record keeping instoma care. *British Journal of Nursing.* 2010, Vol. 19, nº 21, pp. 1328-1332. Disponível em: <https://pdfs.semanticscholar.org/57cf/49b9b043bae6e2d44e41a3ddadcfb420a0e7.pdf>

LENZA, N., SONOBE, H., BUETTO, L., SANTOS, M., LIMA, M. O ensino do autocuidado aos pacientes estomizados e seus familiares: uma revisão integrativa. *Rev. Brasileira em Promoção da Saúde*. 2013, Vol. 26, nº1, pp. 139-145. Disponível em: <https://periodicos.unifor.br/RBPS/article/view/2644>

LEWARSKI, J. Long-Term Care of the Patient With a Tracheostomy. *Respiratory care*. 2005, Vol. 50, nº 4, pp. 534-537. Disponível em: <http://rc.rcjournal.com/content/50/4/534>

LEWIS, T. & OLIVER, G. Improving tracheostomy care for ward patients. *Nursing Standard*. 2005, Vol. 19, pp. 33-37. Disponível em: <https://www.deepdyve.com/lp/royal-college-of-nursing-rcn/improving-tracheostomy-care-for-ward-patients-3tFLH3e6jk>

LIMA, D. Desenhos de pesquisa: uma contribuição para autores. *Online Brazilian Journal of Nursing*. 2011, Vol. 10, nº 2, pp. 1-20. Disponível em: <http://www.objnursing.uff.br/index.php/nursing/article/view/3648/html>

LO, S., WANG, Y., WU, L., HSU, M., CHANG, S., HAYTER, M. Multimedia education programme for patients with a stoma: effectiveness evaluation. *Journal of Advanced Nursing*. 2010, Vol. 1, nº 67, pp.68-76. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21158903>

LOBÃO, C., GASPAR, M., MARQUES, A., SOUSA, P. Aceitando o contra natura: O processo de aceitação do estado de saúde da pessoa com ostomia. *Referência*. 2009, Série II, nº11, pp.23-26. Disponível em: https://rr.esenfc.pt/rr/index.php?module=rr&target=publicationDetails&pesquisa=&id_artigo=2150&id_revista=4&id_edicao=31

MAASLAND, D., VAN DEN BRANDT, P., KREMER, B., GOLDBOHN, R., SCHOUTEN, L. Alcohol consumption, cigarette smoking and the risk of subtypes of head-neck cancer: results from the Netherlands Cohort Study. *BMC Cancer*. 2014, Vol. 14, nº187, pp. 2-14. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/24629046>

MACIEL, E. *O potencial de reconstrução da autonomia no autocuidado : estudo exploratório acerca da sua concretização numa amostra de clientes, três meses após a alta hospitalar*. Escola Superior de Enfermagem do Porto, 2013. Dissertação de mestrado. Disponível em: <https://comum.rcaap.pt/bitstream/10400.26/9453/1/O%20potencial%20de%20reconstru%C3%A7%C3%A3o%20da%20autonomia%20no%20autocuidado%2C%20estudo%20explorat%C3%B3rio....pdf>

MARTINS, G. Sobre confiabilidade e validade. *RBGN*. 2006, Vol. 8 nº 20, pp. 1-12. Disponível em: https://edisciplinas.usp.br/pluginfile.php/4114944/mod_resource/content/1/Sobre%20Confiabilidade%20e%20Validade.pdf

MELEIS, A. & TRANGENSTEIN, P. Facilitating transitions: redefinition of a nursing mission. *Nursing Outlook*. 1994, Vol 42, nº 6, pp.255-259. Disponível em: <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/0029655494900450>>

MELEIS, A., SAWYER, L., IM, E., MESSIAS, D., SCHUMACHER, K. Experiencing Transitions: An Emerging Middle-Range Theory. *Advances Nursing Science*. 2000, Vol 23, nº 1, pp. 12-28. Disponível em: https://www.researchgate.net/publication/12352146_Experiencing_Transitions_An_Emerging_Middle-Range_Theory

MENEZES, L., GUEDES, M., OLIVEIRA, R., OLIVEIRA, S., MENESES, L., CASTRO, M. Prática de autocuidado de estomizados: contribuições da teoria de Orem. *Rev Rene*. 2013, Vol. 14, nº 2, pp. 301-310. Disponível em: http://www.repositorio.ufc.br/bitstream/riufc/11723/1/2013_art_lcgmenezes.pdf

MIRANDA, S., LUZ, M., SONOBE, H., ANDRADE, E. & MOURA, E. Caracterização Sociodemográfica e Clínica de Pessoas com Estomia em Teresina. *Estima*. 2016, Vol.14, nº1, pp. 29-35. Disponível em: <https://pdfs.semanticscholar.org/6af1/16802b309d2aaf32dabdefff7dd358107649.pdf>

MONTEIRO, A. *As práticas de cuidados com a pessoa com estoma de eliminação intestinal*. Escola Superior de Enfermagem de Coimbra, 2017. Dissertação de Mestrado. Disponível em: <https://repositorio.esenfc.pt/private/index.php?process=download&id=52985&code=196>

MONTEIRO, G. & MONTEIRO DA HORA, H. (2013). *Pesquisa em saúde pública: Como desenvolver e validar instrumentos de coleta de dados*. (1ª Edição). Curitiba: Appris. Disponível em: https://www.researchgate.net/publication/261562381_Pesquisa_em_Saude_Publica_Como_Desenvolver_e_Validar_Instrumentos_de_Coleta_de_Dados

MOTA, M., GOMES, G., PETUCO, V., HECK, R., BARROS, E., GOMES, V. Facilitadores do processo de transição para o autocuidado da pessoa com estoma: subsídios para Enfermagem. *Revista Da Escola De Enfermagem Da USP*. 2015, Vol. 49, nº 1, pp. 82-88. Disponível em: <https://www.revistas.usp.br/reeusp/article/view/103164/101550>

MOTA, M., GOMES, G., SILVA, C., GOMES, V., PELZER, M., BARROS, E. Autocuidado: uma estratégia para a qualidade de vida da pessoa com estomia. *Investig Enferm*. 2016, Vol.18, nº1, pp. 63-78. Disponível em: <https://revistas.javeriana.edu.co/index.php/imagenydesarrollo/article/view/12201/12236>

MOURA, R., GUIMARÃES E. & MORAES, J. Análise clínica e sociodemográfica de pessoas com estomias: estudo transversal. *Estima*. 2018, Vol. 16, pp. 1-8. Disponível em: https://www.revistaestima.com.br/index.php/estima/article/viewFile/637/pdf_1

NHS SOUTHERN HEALTH. *Tracheostomy Care Guidelines*. 2017. Disponível em: http://www.southernhealth.nhs.uk/_resources/assets/attachment/full/0/153927.pdf.

NASCIMENTO, C., TRINDADE, G., LUZ, M., SANTIAGO, R. Vivência do paciente estomizado: uma contribuição para a assistência de enfermagem. *Texto Contexto Enferm*. 2011, Vol. 20, nº 3, pp. 557-564. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/tce/v20n3/18.pdf>

O'CONNOR, G. Teaching stoma-management skills: the importance of self-care. *British Journal of Nursing*. 2005, Vol. 14, nº 6, pp. 320-324. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/15902027>

OLIVEIRA, J., OLIVEIRA, A., MORAIS, F., SILVA, G., SILVA, C. O questionário, o formulário e a entrevista como instrumentos de coleta de dados: vantagens e desvantagens do seu uso na pesquisa de campo em ciências humanas. *III Congresso Nacional de Educação*. 2013. Disponível em: http://www.editorarealize.com.br/revistas/conedu/trabalhos/TRABALHO_EV056_MD1_SA_13_ID8319_03082016000937.pdf

OLIVEIRA, A. *Qualidade de Vida da Pessoa Portadora de Ostomia na Unidade Local de Saúde Nordeste*. Instituto politécnico de Bragança, Escola superior de saúde, 2016. Dissertação de mestrado. Disponível em: <https://bibliotecadigital.ipb.pt/bitstream/10198/13339/1/Tese%20Final%20CD.pdf>

ONOFRE, F. *Efeito do treinamento do canto em laringectomizados totais com prótese traqueoesofágica*. Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, 2011. Dissertação de Mestrado. Disponível em: http://roo1.fmrp.usp.br/teses/2011/fernanda_onofre.pdf

ORDEM DOS ENFERMEIROS. *Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem*. Conselho de Enfermagem, 2001.

PACHECO, M., GOULART, B. & ALMEIDA, C. Tratamento do câncer de laringe: revisão da literatura publicada nos últimos dez anos. *Rev. CEFAC*. 2015, Vol.17, nº 4, pp. 1302-1318. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rcefac/v17n4/1982-0216-rcefac-17-04-01302.pdf>

PESTANA, M., GAGEIRO, J. (2005). *Análise de Dados para Ciências Sociais. A complementaridade do SPSS*. (4ª edição). Lisboa: Edições Sílabo.

PINTO, M. *A Pessoa Ostomizada: Um estudo sobre qualidade de vida*. Escola Superior de Saúde, Instituto politécnico da Guarda, 2012. Dissertação de mestrado. Disponível em:

http://bdigital.ipg.pt/dspace/bitstream/10314/1315/1/E%20Com%20-%20A%20Pessoa%20Ostomizada_Um%20estudo%20sobre%20qualidade%20de%20vida%20-%20Margarida%20Isabel%20Alves%20Cordeiro%20Pinto.pdf

PINTO, I. *Desenvolvimento da competência de autocuidado da pessoa com ostomia de eliminação intestinal: validação do formulário*. Escola Superior de Enfermagem do Porto, 2014. Dissertação de Mestrado. Disponível em: https://comum.rcaap.pt/bitstream/10400.26/9537/1/Igor_Pinto_Dissertacao_Mestrado_Porto_2014.pdf

POLIT D., BECK, C. (2011). *Fundamentos de pesquisa em enfermagem: avaliação de evidências para a prática da enfermagem*. (7ª Edição). Porto Alegre: Artmed.

POTTER, P., PERRY, A. (2006) *Fundamentos de enfermagem - conceitos e procedimentos*. (5ª Edição). Loures: Lusociência.

QUEIRÓS, S. *Desenvolvimento da competência de autocuidado na pessoa com ostomia de ventilação*. Escola Superior de Enfermagem do Porto, 2014. Dissertação de mestrado. Disponível em: <http://comum.rcaap.pt/handle/10400.26/9539>

QUEIRÓS, S., SANTOS, C., BRITO, M., PINTO, I. Construção do Formulário de Avaliação da Competência de Autocuidado na Pessoa com Ostomia de Ventilação. *Revista de Enfermagem Referência*. 2015, Série IV, nº 7 - out./nov./dez, pp.51-60. Disponível em: <http://www.scielo.mec.pt/pdf/ref/vserIVn7/serIVn7a06.pdf>

READDING, L. Hospital to home: smoothing the journey for the new ostomist. *British Journal of Nursing*. 2005, Vol. 14, nº 4, pp.16-20. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/16215498>

RETTIG, E. & D'SOUZA, G. Epidemiology of Head and Neck Cancer. *Surg Oncol Clin N Am*. 2015, Vol. 24, nº 3, pp. 379-96. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/25979389>

RICHTBOURG, L., THORPE, J. & RAPP, C. Difficulties Experienced by the Ostomate after Hospital Discharge. *Journal of Wound, Ostomy and Continence Nursing*. 2007, Vol. 34, nº1, pp. 70-79. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/17228210>

RNAO, REGISTERED NURSES' ASSOCIATION OF ONTARIO. *Ostomy care and Management: Clinical Best Practice Guidelines*. Toronto, Canada: Registered Nurses Association of Ontario, 2009.

SANTOS, R., PERES, R., TRES, D., ROSIN, J., GEMELLI, L. Práticas assistenciais de enfermagem em um núcleo de ostomia: relato de experiência. *Revista Varia Scientia - Ciências da Saúde*. 2015, Vol. 1, nº 2, pp. 137-142. Disponível em:

https://www.researchgate.net/publication/299769103_PRATICAS_ASSISTENCIAIS_DE_ENFERMAGEM_EM_UM_NUCLEO_DE_OSTOMIA_RELATO_DE_EXPERIENCIA

SCHUMACHER, K. & MELEIS, A. Transitions a central concept in nursing. *Journal of Nursing Scholarship*. 1994, Vol. 26, nº 2, pp. 119-127. Disponível em: <https://sigmapubs.onlinelibrary.wiley.com/doi/pdf/10.1111/j.1547-5069.1994.tb00929.x>

SILVA, M. *Educar para o autocuidado num serviço hospitalar*. Instituto de ciências biomédicas de Abel Salazar, 2007. Dissertação de mestrado. Disponível em: <http://repositorio.uma.pt/bitstream/10400.13/101/1/MestradoDulceOrnelas.pdf>

SILVA, D. *O desafio do autocuidado de pacientes oncológicos estomizados: da reflexão à ação*. Escola de enfermagem Aurora de Afonso Costa, 2013. Dissertação de mestrado. Disponível em: <https://app.uff.br/riuff/bitstream/1/1027/1/Daniela%20Ferreira%20da%20Silva.pdf>

SILVA, R., MACÊDO, L. & SILVA, I. *Avaliação das características psicométricas dos questionários utilizados nos periódicos da área contábil: um estudo longitudinal compreendido no período 2003-2012*. XX Congresso Brasileiro de Custos - Uberlândia, Brasil, 2013. Disponível em: <https://anaiscbc.emnuvens.com.br/anais/article/viewFile/124/124>

SOUSA, L, VIEIRA, C., CARVALHO, M., VELUDO, F., JOSÉ, H. Fidelidade e validade na construção e adequação de instrumentos de medida. *Enformação*. Nov. - Dez. 2014 | Jan. 2015, pp. 25-32. Disponível em: https://issuu.com/acenfermeiros/docs/enformacao_05

SOUZA, A., ALEXANDRE, N. & GUIARDELLO, E. Propriedades psicométricas na avaliação de instrumentos: avaliação da confiabilidade e da validade. *Epidemiol. Serv. Saude*. 2017, Vol. 26, Nº3, pp. 649-659. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/ress/v26n3/2237-9622-ress-26-03-00649.pdf>

SMITH, M & PARKER, M. (2015) *Nursing theories and nursing practice*. (4th Edition). Philadelphia: F.A. Davis Company.

TAYLOR, C. & MORGAN, L. Quality of life following reversal of temporary stoma after rectal cancer treatment. *European Journal of Oncoly Nursing*. 2010, pp. 1-8. Disponível em: [https://www.ejncologynursing.com/article/S1462-3889\(10\)00094-3/abstract](https://www.ejncologynursing.com/article/S1462-3889(10)00094-3/abstract)

TAVAKOL, M. & DENNICK, R. Making sense of Cronbach's alpha. *International Journal of Medical Education*. 2011, Vol. 2, pp. 53-55. Disponível em: <https://www.ijme.net/archive/2/cronbachs-alpha.pdf>

TEIXEIRA, A. *Limitações Comunicativas dos doentes Laringectomizados*. Universidade Fernando Pessoa, Faculdade de Ciências da Saúde, 2017. Dissertação de mestrado. Disponível em: https://bdigital.ufp.pt/bitstream/10284/5993/1/PG_%2029732.pdf

WICK, E., HIROSE, K, SHORE, A., CLARK, J., GEARHART, S., EFRON, J., MAKARY, M.
Surgical site infections in obese patients undergoing colorectal surgery. *Archives in Surgery*. 2011, Vol.146, nº9, pp.1068-1072. Disponível em:
<https://jamanetwork.com/journals/jamasurgery/fullarticle/1107134>

8. ANEXOS

**ANEXO I - Formulário de Avaliação do Desenvolvimento Da
Competência De Autocuidado Da Pessoa Com Ostomia De
Ventilação**

IDENTIFICAÇÃO DO FORMULARIO

ID: _____

Data: _____

I – CARACTERIZAÇÃO SOCIODEMOGRÁFICA

1. SEXO:

¹ Masculino ☐

² Feminino ☐

2. IDADE: _ (anos)

3. ESTADO CIVIL:

¹ Solteiro (a) ☐

² Casado (a)/União de facto ☐

³ Divorciado(a)/Separado(a) ☐

⁴ Viúvo(a) ☐

4. HABILITAÇÕES LITERÁRIAS:

¹ Não sabe ler nem escrever ☐

² Sabe ler e escrever sem habilitações literárias ☐

³ Anos de escolaridade _____

5. SITUAÇÃO PROFISSIONAL ATUAL:

¹ Empregado no ativo ☐

² Empregado não ativo (baixa, licença) ☐

³ Desempregado ☐

⁴ Incapacitado permanente para o trabalho ☐

⁵ Reformado, aposentado ou em reserva ☐

⁶ Estudante ☐

⁷ Tarefas domésticas ☐

6. PROFISSÃO ATUAL/ANTERIOR:

¹ _____

7. HÁ QUANTO TEMPO FOI SUBMETIDO A CIRURGIA PARA CONSTRUÇÃO DA OSTOMIA DE VENTILAÇÃO:

- ¹ A aguardar cirurgia ☐
² Até há 1 mês ☐ Há _____ dias
³ Há mais de 1 mês ☐ Há _____ meses

8. DIAGNÓSTICO CLÍNICO ASSOCIADO À CIRURGIA:

- ¹ _____
² Não saber responder ☐

9. TIPO DE OSTOMIA DE VENTILAÇÃO:

- ¹ Traqueostomia cirúrgica ☐ especificar: _____
² Traqueostomia percutânea ☐

10. TIPO DE OSTOMIA DE VENTILAÇÃO, QUANTO À DURAÇÃO:

- ¹ Temporária ☐
² Definitiva ☐
³ Não saber responder ☐

11. TEVE CONTACTO COM PESSOAS COM OSTOMIA DE VENTILAÇÃO ANTES DA CIRURGIA?

- ¹ Não ☐
² Sim ☐

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

- ¹ Não ☐
^{1.1} Não existe ☐
^{1.2} Cirurgia não programada ☐
^{1.3} Outros ☐
² Sim ☐
^{2.1} Quanto tempo antes da cirurgia _____ (dias) ☐
^{2.2} Ainda a aguardar cirurgia ☐

13. TEM PRESTADOR DE CUIDADOS INFORMAL?

- ¹ Não ☐
² Sim ☐ Quem? Especificar: _____

II – AVALIAÇÃO DA COMPETÊNCIA NO AUTOCUIDADO À OSTOMIA

DOMÍNIOS DA COMPETÊNCIA		AVALIAÇÃO DA COMPETÊNCIA					
A) CONHECIMENTO		1	2	3	4	5	0
INDICADORES	1. Refere o que é uma ostomia de ventilação.						
	2. Refere qual é a finalidade da ostomia de ventilação.						
	3. Refere quais as características da ostomia de ventilação.						
	4. Refere quais as consequências decorrentes da ostomia de ventilação.						
	5. Refere quais os sinais de complicação da ostomia de ventilação.						
	6. Refere quais os dispositivos necessários no cuidado à ostomia de ventilação.						
	7. Refere quando deve proceder à substituição do(s) dispositivo(s).						
	8. Refere como deve proceder à substituição do(s) dispositivo(s).						
	9. Refere como realizar a manutenção do(s) dispositivo(s).						
	10. Refere quando deve proceder à limpeza do estoma e pele circundante.						
	11. Refere como deve proceder à limpeza do estoma e pele circundante.						
	12. Refere quais os recursos disponíveis na comunidade para a pessoa com ostomia de ventilação.						
	13. Refere quais as medidas que deve adotar para a prevenção de complicações.						
B) AUTO-VIGILÂNCIA		1	2	3	4	5	0
INDICADORES	14. Observa a ostomia de ventilação.						
	15. Identifica as características da ostomia de ventilação.						
	16. Identifica as características das secreções.						
	17. Identifica sinais de complicações da ostomia de ventilação.						
	18. Atende à necessidade de troca de dispositivo(s).						

C) INTERPRETAÇÃO		1	2	3	4	5	0
INDICADORES	19. Refere quais as possíveis causas de complicações da ostomia de ventilação.						
	20. Refere quais as possíveis causas de alteração das características das secreções.						
	21. Reconhece que os resultados do autocuidado à ostomia influenciam o seu bem-estar.						
	22. Questiona detalhadamente com o objetivo de encontrar uma explicação.						
D) TOMADA DE DECISÃO		1	2	3	4	5	0
INDICADORES	23. Estabelece prioridades na tomada de decisão.						
	24. Reconhece as possíveis consequências das suas decisões.						
	25. Previne as complicações da ostomia de ventilação.						
E) EXECUÇÃO		1	2	3	4	5	0
INDICADORES	26. Executa os procedimentos, atendendo ao seu conforto, funcionalidade e segurança.						
	27. Organiza e prepara o material necessário para o cuidado à ostomia de ventilação.						
	28. Remove a fita ou velcro.						
	29. Remove o(s) dispositivo(s).						
	30. Limpa e seca o estoma e pele circundante.						
	31. Limpa a prótese fonatória.						
	32. Aplica protetores cutâneos.						
	33. Insere o(s) dispositivo(s).						
	34. Aplica penso de proteção.						
	35. Fixa o(s) dispositivo(s).						
	36. Confirma o ajuste do(s) dispositivo(s).						

F) NEGOCIAÇÃO E UTILIZAÇÃO DOS RECURSOS DE SAÚDE		1	2	3	4	5	0
INDICADORES	37. Negoceia os diferentes recursos disponíveis no apoio à pessoa com ostomia de ventilação.						
	38. Recorre aos serviços de saúde para esclarecimento de dúvidas e/ ou aconselhamento.						
	39. Recorre oportunamente aos serviços de saúde face às complicações da ostomia de ventilação.						

**GRATOS PELA SUA
PARTICIPAÇÃO.**

**ANEXO II - Manual de Preenchimento do Formulário de Avaliação do
Desenvolvimento da Competência de Autocuidado na Pessoa com
Ostomia de Ventilação**

**MANUAL DE PREENCHIMENTO DO
FORMULÁRIO**

**Avaliação do Desenvolvimento da Competência de
Autocuidado na Pessoa com Ostomia de Ventilação**

Com este documento, pretende-se clarificar e definir critérios de preenchimento do formulário com o objetivo de uniformizar as respostas e a compreensão dos conceitos definidores dos indicadores de resultado.

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

I - CARACTERIZAÇÃO SOCIODEMOGRÁFICA

1 - Sexo

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 com ostomia de ventilação 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).*

¹ Solteiro(a)	Quem nunca se casou ou que teve o casamento anulado.
² Casado(a)	Quem contraiu <u>matrimónio</u> , independentemente do regime de bens adotado.
² 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).
³ Divorciado(a)	Após a homologação do <u>divórcio</u> pela <u>justiça</u> (por divórcio entenda-se que é a rutura legal e definitiva do vínculo de <u>casamento civil</u>).
³ Separado(a)	Separado(a) judicialmente - pessoa que não vive mais com o cônjuge (vive em <u>separação</u> física), mas que ainda não obteve o <u>divórcio</u> , todavia obteve sentença que deliberou decretar a separação judicial dos cônjuges, cessando, assim, os deveres oriundos da sociedade conjugal.
⁴ Viúvo(a)	Pessoa cujo cônjuge <u>faleceu</u> .

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:

Habilidades 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.*

¹ Não sabe ler nem escrever	
² 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); Desempregado; Incapacidade permanente para o trabalho; Reformado, Aposentado ou em reserva; Estudante; Tarefas domésticas/lar.*

¹ Empregado(a) no ativo	Exerce funções numa qualquer atividade profissional
² Empregado(a) não ativo	Não exerce funções por determinado motivo (licença sem vencimento, baixa médica, etc...)
³ Desempregado(a)	Não exerce funções em nenhuma entidade empregadora
⁴ Incapacidade permanente para o trabalho	Não exerce funções por diminuição permanente das funcionalidades físicas, sensoriais e mentais e da capacidade de trabalho daí decorrente.
⁵ Reformado (a)/ Aposentado(a) ou em reserva	Não exerce funções mas continua a receber ordenado mensal relativo aos anos em que trabalhou

⁶ Estudante	Atualmente a frequentar estabelecimento de ensino
⁷ Tarefas domésticas	Exerce funções dentro da própria casa

6 - Profissão atual ou anterior

O inquiridor deve indicar a profissão/ocupação da pessoa ostomizada no momento da aplicação do instrumento, ou a que desempenhava anteriormente, caso não esteja atualmente no ativo.

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

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

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

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

6.2 - Especialistas de profissões intelectuais e científicas:

- Especialistas das Ciências Físicas, Matemáticas e Engenharia;
- Especialistas das Ciências da Vida e Profissionais da Saúde;
- Docentes do Ensino Secundário, Superior e Profissões Similares;
- Outros Especialistas das Profissões Intelectuais e Científicas.

6.3. Técnicos e profissionais de nível intermédio:

- Técnicos e Profissionais de Nível Intermédio das Ciências Físicas e Químicas, da Engenharia e Trabalhadores Similares;
- Profissionais de Nível Intermédio das Ciências da Vida e da Saúde;
- Profissionais de Nível Intermédio do Ensino;
- Outros Técnicos e Profissionais de Nível Intermédio.

6.4 - Pessoal administrativo e similares:

- Empregados de Escritório;
- Empregados de Receção, Caixas, Bilheteiros e Similares.

6.5 - Pessoal de serviços e vendedores:

- Pessoal dos Serviços Diretos e Particulares, de Proteção e Segurança;
- Manequins, Vendedores e Demonstradores.

6.6 - Agricultores e trabalhadores qualificados de agricultura e pescas:

- Agricultores e Trabalhadores Qualificados da Agricultura, Criação de Animais e Pescas;
- Agricultores e Pescadores - Agricultura e Pesca de Subsistência.

6.7 - Operários, artífices e trabalhadores similares:

- Operários, Artífices e Trabalhadores Similares das Indústrias Extrativas e da Construção Civil;
- Trabalhadores da Metalurgia e da Metalomecânica e Trabalhadores Similares;
- Mecânicos de Precisão, Oleiros e Vidreiros, Artesãos, Trabalhadores das Artes Gráficas e Trabalhadores Similares;
- Outros Operários, Artífices e Trabalhadores Similares.

6.8 - Operadores de instalações e máquinas e trabalhadores de montagem:

- Operadores de Instalações Fixas e Similares;
- Operadores de Máquinas e Trabalhadores da Montagem;
- Condutores de Veículos e Embarcações e Operadores de Equipamentos pesados Móveis.

6.9 - Trabalhadores não qualificados:

- Trabalhadores não Qualificados dos Serviços e Comércio;
- Trabalhadores Não Qualificados da Agricultura e Pescas;
- Trabalhadores Não qualificados das Minas, da Construção e Obras Públicas, da Indústria Transformadora e dos Transportes.

6.10 - Outros: Qualquer outra ocupação não incluída na Classificação Nacional de Profissões.

6.11 - Não se aplica: não exerce atualmente qualquer profissão nem nunca exerceu.

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

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

7.1 - O inquiridor deve assinalar caso a pessoa ainda esteja a aguardar a realização da cirurgia.

7.2 - O registo deve ser feito em dias se a cirurgia tiver sido realizada até há 1 mês.

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

8 - Diagnóstico clínico associado à cirurgia:

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

9 - Tipo de ostomia de ventilação:

O inquiridor deve questionar a pessoa sobre qual o tipo de ostomia de ventilação ou consultar o processo clínico.

9.1 - Traqueostomia cirúrgica: abertura na traqueia, através de um ato cirúrgico que consiste numa incisão na linha mediana do pescoço, ao nível do 2º, 3º ou 4º anel traqueal, abaixo da cartilagem cricóide. A principal finalidade é promover a ventilação recorrendo para isso ao uso de uma cânula de traqueostomia.

O inquiridor deverá ainda especificar, se possível, o tipo de traqueostomia cirúrgica: laringectomia total, laringectomia frontolateral, supraglótica, hemilaringectomia (entre outros).

9.2 - Traqueostomia percutânea: abertura na traqueia, através da realização de uma punção traqueal, onde é introduzido um fio guia para a colocação da cânula de traqueostomia.

10- Tipo de ostomia de ventilação, 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 permitir a ventilação até haver restabelecimento da patência das vias aéreas superiores.

10.2 - Definitiva ou permanente: passa a ser a via de ventilação permanente, pela impossibilidade de haver o restabelecimento da patência da via aérea superior.

10.3 - Não sabe responder: quando não se consegue prever se a permeabilidade da via aérea superior será restabelecida.

11 - Teve contacto com pessoas com ostomia de ventilação 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 com ostomia de ventilação.

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

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

12.1.1 - Não existe: no caso de a pessoa depreender não existir consulta pré-operatória

12.1.2 - Cirurgia não programada: no caso de a pessoa ter efetuado a cirurgia sem que esta estivesse programada antecipadamente (ex: urgente)

12.1.3 - Outros: noutros casos não contemplados anteriormente (ex: faltou ou recusou a consulta)

12.2.1 - Quanto tempo antes da cirurgia: deve-se colocar em dias o tempo que a consulta pré-operatória de enfermagem antecedeu a data da realização da cirurgia.

12.2.2 - Preencher caso a pessoa ainda esteja a aguardar a marcação da cirurgia.

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

O inquiridor deve indicar se a pessoa possui ou não um prestador de cuidados. Caso este seja identificado deverá indicar o seu grau de parentesco com a pessoa ostomizada.

II – AVALIAÇÃO DA COMPETÊNCIA DE AUTOCUIDADO À OSTOMIA

A utilização deste instrumento de avaliação da competência de autocuidado à ostomia de ventilação implica a apreciação dos conhecimentos, habilidades e atitudes da pessoa ostomizada.

O preenchimento do instrumento pressupõe avaliar (questionar e/ ou observar) na pessoa ostomizada os indicadores de resultado relativos a cada domínio da competência.

A avaliação do enfermeiro sobre o desempenho da pessoa deve basear-se nos critérios definidores dos indicadores dos domínios da competência, assinalando como:

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

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

A) CONHECIMENTO

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

1. Refere o que é uma ostomia de ventilação

A pessoa deverá referir que uma ostomia de ventilação é:

- Abertura artificial construída na traqueia para permitir a ventilação.

2. Refere qual é a finalidade da ostomia de ventilação

A pessoa deverá referir que a principal finalidade da ostomia de ventilação é:

- Permitir a conexão entre as vias aéreas inferiores e o exterior, de forma a manter o processo de ventilação e a patência da via aérea.

3. Refere quais as características da ostomia de ventilação

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

- Pele circundante lisa, rosada e íntegra;
- Orifício único, de tamanho e forma regular (circular).

4. Refere quais as consequências decorrentes da ostomia de ventilação

A pessoa deverá referir que as possíveis consequências da ostomia de ventilação são:

- Alteração na função respiratória: por perda do aquecimento, humidificação e filtragem do ar inspirado;
- Eliminação de secreções pela ostomia no pescoço;
- Desaparecimento ou alteração da vocalização;
- Possível perda de olfato e de parte da sensação gustativa;
- Possível alteração na deglutição.

5. Refere quais os sinais de complicação da ostomia de ventilação

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

- Alteração das características da pele circundante à ostomia:
 - » Escoriação da pele
 - » Eritema ou rubor
 - » Maceração
 - » Edema
 - » Presença de ulcerações, tumorações ou granulomas
- Obstrução da via aérea;
- Hemorragia;
- Infecção;
- Estenose traqueal;
- Fístula traqueoesofágica;
- Enfisema subcutâneo;
- Granulomas;
- Complicações decorrentes da presença de prótese fonatória;

- » infecção, candidíase, formação de biofilme;
- » degradação ou perda de funcionalidade da prótese fonatória;
- » granulomas;
- » mobilidade da prótese com risco de deslocamento da mesma;
- » passagem de saliva e alimentos pela prótese ou espaço circundante e consequente risco de aspiração.

6. Refere quais os dispositivos necessários no cuidado à ostomia de ventilação

A pessoa deverá verbalizar quais os dispositivos necessários no cuidado à ostomia:

- Cânula(s):
 - » tipo de cânula
 - » Cânula única de um só lúmen
 - » Cânula de duplo lúmen (externa e interna)
 - » número da cânula (6, 8,9, 10 ...)
 - » marca comercial da cânula (Shiley, Portex ...)
- Seringa de 10 ml (se cânula com cuff);
- Fio ou velcro;
- Mandril, se adequado;
- Barreiras protetoras da pele:
 - » Penso de espuma de poliuretano
 - » Creme ou spray protetor cutâneo
- Água e sabão neutro ou solução salina;
- Compressas esterilizadas ou pano/toallete;
- Gel lubrificante à base de água;
- Escova específica para limpeza da prótese fonatória;
- Filtro;
- Placa adesiva para fixação do filtro, caso não utilize cânula.

7. Refere quando deve proceder à substituição do(s) dispositivo(s)

A pessoa deverá referir que:

- A cânula externa ou cânula única deve ser trocada de acordo com a indicação da equipa de enfermagem (face à variabilidade de indicações possíveis de frequência de troca);
- A cânula interna (caso exista) deverá ser trocada uma vez dia e em SOS;
- O filtro e as placas adesivas de fixação do filtro devem ser substituídos de acordo com a indicação do fabricante e em SOS.

8. Refere como deve proceder à substituição do(s) dispositivo(s)

A pessoa deverá referir que para proceder à substituição do(s) dispositivo(s) deve:

Cânula externa ou cânula única

- Lavar as mãos;
- Abrir todo o material necessário;
- Preparar a cânula de traqueostomia:
 - » Se cânula com cuff:
 - » Testar o cuff - insuflar ar com a seringa de 10 ml e observar se há desinsuflação espontânea,
 - » Desinsuflar o cuff,
 - » Colocar a fita ou velcro na cânula de traqueostomia;
 - » Colocar o mandril na cânula externa de traqueostomia (se indicado) e lubrificar a mesma com lubrificante à base de água;

- Desapertar a fita ou velcro;
- Remover a cânula de traqueostomia e o penso de traqueostomia;
- Limpar e secar o estoma e pele circundante;
- Aplicar protetor cutâneo na pele circundante do estoma, se adequado;
- Colocar a cânula externa sobre o traqueostoma e depois num movimento único e suave introduzi-la progressivamente no sentido para “dentro e para baixo”;
- Remover rapidamente o mandril, caso tenha sido utilizado;
- Colocar o penso de poliuretano à volta da cânula externa de traqueostomia, caso seja utilizado;
- Fixar a cânula de traqueostomia com o fio ou velcro à volta do pescoço, lateralmente, deixando o espaço de um a dois dedos entre a fita e o pescoço para permitir a mobilidade do pescoço;
- Se a cânula tiver cuff insuflar o cuff com uma seringa com ar.

Cânula interna

- Lavar as mãos;
- Remover cânula interna de traqueostomia da cânula externa rodando no sentido contrário dos ponteiros do relógio até se ouvir um ressalto ou um “click”;
- Inserir a cânula interna de traqueostomia na cânula externa rodando no sentido dos ponteiros do relógio até se ouvir um ressalto ou um “click”.

Placa/penso de fixação do filtro

- Lavar as mãos;
- Remover a placa adesiva anterior e o filtro;
- Limpar e secar o estoma e pele circundante;
- Aplicar spray protetor da pele e que aumente a adesividade da placa (se adequado);
- Com ligeira extensão do pescoço, deve aplicar a nova placa à volta do estoma, de baixo para cima, pressionando a região adesiva circundante ao estoma para garantir a correta fixação da placa.
- Aplicar o novo filtro no encaixe da placa no estoma.

9. Refere como realizar a manutenção do(s) dispositivo(s)

A pessoa deve referir que a(s) cânula(s) :

- Devem ser lavadas com água fria ou tépida e sabão neutro;
- Se necessário podem ser colocadas num recipiente com água e sabão neutro;
- No fim devem ser lavadas novamente só por água corrente;
- Caso se utilize uma escova para a limpeza do interior da(s) cânula(s) esta deverá ser trocada regularmente.
- Secar e guardar os dispositivos para serem novamente utilizados quando necessário.

A pessoa deve referir que a prótese fonatória:

- Deve ser observada diariamente;
- Deve ser confirmada a sua fixação e posição diariamente (patela rodada para baixo);
- Deve ser limpa pelo menos uma vez por dia com o uso de uma escova apropriada, humedecida em solução salina;
- Deve inserir a escova humedecida dentro da prótese e limpá-la em movimentos suaves e rotativos;
- Deve repetir o procedimento até a escova sair limpa;
- No fim deve lavar a escova com soro fisiológico, secá-la e guardá-la para posterior utilização.

10. Refere quando deve proceder à limpeza do estoma e pele circundante

A pessoa deve referir que deve proceder à limpeza do estoma e pele circundante diariamente e sempre que necessário (isto é, quando apresentar secreções).

11. Refere como deve proceder à limpeza do estoma e pele circundante

A pessoa tem de referir que deve:

- Limpar o traqueostoma com soro fisiológico 0,9% (se ainda tiver pontos) num movimento único e circular;
- Limpar o traqueostoma com água e sabão neutro (após remoção dos pontos e cicatrização da ostomia) num movimento único e circular;
- Secar o traqueostoma e pele circundante;
- Proteger a pele periestomal:
 - » Aplicar spray ou creme protetor cutâneo, se necessário;
 - » Aplicar penso (de poliuretano) para absorção de secreções (caso existam).

12. Refere quais os recursos disponíveis na comunidade para a pessoa com ostomia de ventilação

A pessoa verbaliza quais os recursos disponíveis na comunidade para a pessoa ostomizada:

- Associação Portuguesa Limitados da Voz - sede R. Dr. António Bernardino de Almeida (IPO- Porto);
- Equipa de enfermagem da consulta externa do serviço de Otorrinolaringologia da instituição hospitalar;
- Consulta de estomaterapia na instituição hospitalar;
- Equipa de enfermagem da unidade de cuidados de saúde primários onde se encontra inscrita.

13. Refere quais as medidas que deve adotar para prevenir complicações

A pessoa verbaliza que para prevenir complicações deve:

- Evitar movimentos de fricção da ostomia e pele circundante;
- Cortar com tesoura eventuais pelos que existam à volta da ostomia;
- Usar um filtro ou lenço protetor para filtrar o ar inspirado;
- Não se expor a ambientes poluídos, fumo, poeiras e frio;
- Manter a pele peri-estoma seca e isenta de secreções;
- Trocar dispositivo(s) sempre que necessário;
- Evitar entrada de água pela traqueostomia;
- Pedir ajuda especializada ao profissional de saúde sempre que necessário;
- Realizar higiene brônquica e utilizar mecanismos eficazes de limpeza das vias aéreas;
- Ingestão hídrica adequada.

AUTO-VIGILÂNCIA

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

14. Observa a ostomia de ventilação

A pessoa observa a ostomia de ventilação quando:

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

15. Identifica as características da ostomia de ventilação

A pessoa identifica as características da ostomia de ventilação quando:

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

- Presença de pontos de fixação no traqueostoma;
- Ligeiro sangramento pela ostomia.

No pós-operatório tardio, é considerado normal:

- Pele circundante lisa, rosada e íntegra;
- Orifício único, de tamanho e forma regular.

16. Identifica as características das secreções

A pessoa identifica as características das secreções quando:

- Refere a cor das secreções;
- Refere o cheiro das secreções (se possível);
- Refere a quantidade das secreções;
- Refere a consistência das secreções.

17. Identifica sinais de complicações da ostomia de ventilação

A pessoa identifica sinais de complicação do estoma quando atende a:

- Estreitamento do lúmen da ostomia: estenose;
- Presença de fístula traqueoesofágica;
- Obstrução da via aérea;
- Hemorragia;
- Infecção;
- Enfisema subcutâneo;
- Granulomas.

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

- Escoriações na pele;
- Eritema;
- Maceração;
- Edema;
- Presença de ulcerações, tumorações ou granulomas.

A pessoa identifica sinais de complicação relacionados com a prótese fonatória quando reconhece:

- Sinais de infecção/candidíase, biofilme;

- Alteração da funcionalidade da prótese fonatória e da qualidade da voz;
- Saída de saliva ou alimentos pela prótese ou pela região circundante da prótese fonatória;
- Presença de granulomas peri-prótese.

18. Atende à necessidade de troca de dispositivo(s)

A pessoa atende à necessidade de troca de dispositivo(s) da ostomia quando após uma vigilância adequada:

- Troca a cânula interna ou única por apresentar sinais de obstrução (presença de secreções, respiração ruidosa, dificuldade respiratória);
- Troca a placa de fixação do filtro por perda da adesividade e consequente má aderência à pele;
- Troca o filtro por perda da sua funcionalidade.

INTERPRETAÇÃO

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

19. Refere quais as possíveis causas de complicações da ostomia de ventilação

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

- A estenose ocorre quando o orifício do estoma apresenta uma acentuada diminuição do seu calibre causado pela permanência prolongada sem cânula;
- A fístula traqueo-esofágica existe quando há saída de saliva ou alimentos pela ostomia ou à volta da ostomia;
- A obstrução do lúmen ocorre por estase de secreções, técnica de tosse ineficaz e alteração da consistência das secreções;
- A hemorragia é devido a traumatismo com a cânula ou a fricção constante da ostomia;
- A infeção é devido a maus cuidados de higiene do traqueostoma e pele circundante ou devido à não prevenção de complicações;
- O enfisema subcutâneo pode ocorrer por má colocação da cânula/ traumatismo;
- Os granulomas podem ocorrer por irritação mecânica provocada pelos dispositivos (rígidos e inflexíveis), pela humidade constante, pela presença por longos períodos de dispositivos com fenestra e ainda por estomas muito estreitos.

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 dos dispositivos e penso;
- Secreções em contacto com a pele;
- Alergias ao penso de proteção ou placa de fixação do filtro, que propiciam a irritação cutânea;

- Presença de complicações da ostomia (fistulas, estenose) que dificultam a adaptação e colocação de dispositivos apropriados.

A pessoa ostomizada refere as possíveis causas de complicações relacionadas com a prótese fonatória:

- Má técnica de limpeza da prótese fonatória;
- Degradação ou mau funcionamento do material da prótese fonatória;
- Deslocamento da prótese fonatória.

20. Refere quais as possíveis causas de alteração das características das secreções

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

- Ingestão hídrica insuficiente;
- Infecção respiratória;
- Exposição a ambientes poluídos, poeiras, frio.

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

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

22. Questiona detalhadamente com o objetivo de encontrar uma explicação

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

TOMADA DE DECISÃO

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

23. Estabelece prioridades na tomada de decisão

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

24. Reconhece as possíveis consequências das suas decisões

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

25. Previne as complicações da ostomia de ventilação

A pessoa ostomizada refere e demonstra que para evitar complicações da ostomia:

- Evita movimentos de fricção da pele circundante e ostomia;
- Aplica protetor cutâneo na pele circundante ao estoma;
- Corta com tesoura eventuais pelos que existam à volta da ostomia;

- Usa um filtro ou lenço protetor para filtrar o ar inspirado;
- Não se expõe a ambientes poluídos, fumo, poeiras e frio;
- Mantém a pele peri-estoma seca e isenta de secreções;
- Troca o(s) dispositivo(s) sempre que necessário;
- Evita entrada de água pela traqueostomia;
- Pede ajuda especializada ao profissional de saúde sempre que necessário.
- Não fuma;
- Evita ingestão de bebidas alcoólicas;
- Mantém uma ingestão hídrica e nutricional adequada;
- Realiza higiene brônquica e utiliza mecanismos eficazes de limpeza das vias aéreas.

EXECUÇÃO

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

26. Executa os procedimentos atendendo ao seu conforto, funcionalidade e segurança

A pessoa ostomizada executa os procedimentos de autocuidado atendendo a aspetos como:

- Temperatura ambiente;
- Privacidade;
- Postura corporal;
- Acessibilidade e boa apresentação/manutenção do material necessário;
- Organização correta do material a inutilizar ou vestuário sujo para lavar;
- Lavagem adequada das mãos.

27. Organiza e prepara o material necessário para o cuidado à ostomia de ventilação

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

- Organiza e prepara 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.

28. Remove a fita ou velcro

Remove a fita ou o velcro de fixação da cânula, caso seja utilizada.

29. Remove o(s) dispositivo(s)

Remove:

- a(s) cânula(s) num movimento único e suave, de dentro para fora, e coloca-as num recipiente para efetuar a posterior lavagem;
- a placa de fixação e o filtro, num movimento suave, e posteriormente rejeita-os.

30. Limpa e seca o estoma e pele circundante

Limpa o estoma e pele circundante com solução salina e compressas (enquanto tiver pontos) ou com água tépida e sabão neutro (após cicatrização) e um toalhete/pano, num movimento único, circular e suave.

Seca o estoma e pele circundante com compressas esterilizadas (enquanto tiver pontos) ou com um pano seco/toalhete num movimento único, suave e circular.

31. Limpa a prótese fonatória

A pessoa ostomizada coloca-se em frente a um espelho e observa a fixação e posição da prótese fonatória.

Posteriormente com a escova apropriada e previamente humedecida em soro fisiológico insere-a na prótese fonatória e com movimento suave e rotativo limpa-a.

Repete este procedimento até a escova sair completamente limpa. Lava e guarda a escova para posteriores utilizações.

32. Aplica protetores cutâneos

Atendendo às características da pele, tem o cuidado de aplicar protetores cutâneos na pele circundante, se adequado.

33. Insere o(s) dispositivo(s)

Para inserir a(s) cânula(s) a pessoa:

- Coloca a cânula externa ou única sobre o traqueostoma e depois num movimento único e suave insere-a progressivamente no sentido para “dentro e para baixo”;
- Remove rapidamente o mandril, se utilizado;
- Insere a cânula interna de traqueostomia na cânula externa rodando no sentido dos ponteiros do relógio até se ouvir um ressalto ou um “click”, caso exista.

Para aplicar a placa de fixação e o filtro a pessoa:

- Com ligeira extensão do pescoço, coloca a placa à volta do estoma, de baixo para cima, e ajusta-a pressionando a parte adesiva, para garantir a adequada adesividade;
- Adapta posteriormente o filtro no encaixe da placa adesiva.

34. Aplica penso de proteção

Aplica penso de poliuretano entre a ostomia e a cânula para absorver secreções (se necessário).

35. Fixa o(s) dispositivo(s)

Após a inserção da(s) cânula(s) fixa-a(s) com fita ou velcro, apertando lateralmente, com o espaço de 1 a 2 dedos entre a fita/velcro e a pele.

36. Confirma o ajuste do(s) dispositivo(s)

Confirma a adaptação da(s) cânula(s) com um leve puxão na fita ou velcro.

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 de ventilação, traduzidos nos critérios definidores dos seguintes indicadores:

37. Negoceia os diferentes recursos disponíveis para apoio ao cuidado da pessoa com ostomia de ventilação

A aquisição do material e recursos para os cuidados à ostomia é efetuada tendo em conta os seguintes aspetos:

- A(s) cânulas são adquiridas na instituição hospitalar ou na farmácia;
- Compressas, solução salina, pensos de poliuretano, seringas, protetores cutâneos, fita ou velcro podem ser adquiridas nos serviços da comunidade ou na farmácia se não for fornecido;
- Filtros, lenços de filtragem de ar e outros dispositivos de proteção da traqueostomia podem ser adquiridos através da Associação de Limitados de Voz, consulta externa de Otorrinolaringologia ou na farmácia/lojas de material médico.

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

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

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

39. Recorre oportunamente aos serviços de saúde face às complicações da ostomia de ventilação

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

**ANEXO III - Escala Mini Mental State Examination Validada e Traduzida para a
População Portuguesa**

Escala de Mini-Mental State Examination (adaptada)

O Mini-Exame do Estado Mental (MMSE) é um teste neuro psicológico 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 Cálculo
- 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?"

b) Mostrar o lápis "Como se chama isto?"

c) Repetir a frase: "O oratório a rolha" Nota: _____

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

(1 ponto por cada etapa bem executada)

Pega no papel com a mão direita __ Dobra o
papel ao meio _____
Colocar o papel na mesa _____

Nota: _____

e) Leia e cumpra o que diz neste cartão (se for analfabeto, deverá ler-se a frase)
(Mostrar cartão com a frase: “Feche os olhos” - pontuada com 1 ponto)

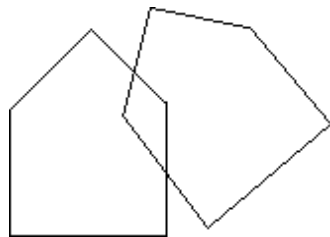
Nota: _____

f) Escrever uma frase com sujeito, verbo e com sentido.
(Erros gramaticais ou ortográficos não contam - pontuada com 1 ponto)

Nota: _____

g) Copiar o desenho seguinte:
(Tremor e erros de rotação não são valorizados - pontuada com 1 ponto)

Desenho



Nota: _____

Cópia

TOTAL DO TESTE: _____

ANEXO IV - Autorização da Autora Do Formulário

Pedido de autorização para a utilização do formulário "Avaliação do Desenvolvimento da Competência de Autocuidado na Pessoa com Ostomia de Ventilação"

Caixa de entrada x



Brizida Pereira

Exma. Enf. Sílvia Queirós, Eu sou a Enfermeira Brizida Manuela Barbosa Pereir...

3/10 ☆



Sílvia Queirós

para mim ▾

4/10 ☆



Bom dia Enf Brizida,

Fico muito contente pelo tema que escolheu para a sua dissertação.
Autorizo a utilização do formulário "Avaliação da competência de autocuidado na pessoa com ostomia de ventilação" com o intuito da sua validação.
Desde já disponibilizo todo o meu apoio para a concretização deste trabalho, para o esclarecimento de dúvidas e para a divulgação dos resultados dos nossos trabalhos na comunidade científica através de publicação.
Desejo-lhe boa sorte e bom trabalho.

Deixo o meu contacto caso necessite da minha ajuda.
Com os melhores cumprimentos,

Sílvia Queirós

ANEXO V - Autorizações das Instituições

Parecer CES IPO: 93/2018

Assunto: Avaliação de pedido realização de projeto investigação intitulado *"Validação do formulário de avaliação do Desenvolvimento da competência de autocuidado na pessoa com ostomia de ventilação"*

Investigadora Principal: Enf.ª Brízida Manuela Barbosa Pereira

Data: 15 de março de 2018

PARECER

É parecer desta CES, não existir impedimento de natureza ética ao desenvolvimento do referido estudo de investigação



Dr. Artur Lima Bastos
Presidente da CES – IPO Porto EPE



INSTITUTO PORTUGUÊS DE OTOLOGIA E ACOUSTICA, EPE
4100-072 PORTO - PORTUGAL
T: (00351) 22 208 15 80 S: (00351) 22 208 15 81
F: (00351) 22 208 40 41 E: ipo@iporporto.pt; ipo@iapo.pt

Capital Social: 36.998.000,00 € - Pessoa com Qualificação de Pessoa Colectiva do Direito da União de Portugal - N.º de Registo: 505 585 100



UNIDADE LOCAL DE SAÚDE DE MATOSINHOS

HOSPITAL PEDRO HISPANO

INFORMAÇÃO

Nº 39/ 18 / RS

Data: 2018/03/19

Para: Conselho de Administração
De: Serviço de Gestão de Conhecimento

Assunto: Autorização de estudo

INFORMAÇÃO

Exmos. Senhores,

Estando reunidas as condições necessárias, vimos solicitar a V. Exas. autorização para realização de estudo observacional intitulado "*Validação do formulário de avaliação do desenvolvimento da competência de autocuidado na pessoa com ostomia de ventilação (CAO-V)*" proponente e investigadora principal, Brízida Manuela Barbosa Pereira, no âmbito do Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica da Escola Superior de Enfermagem do Porto.

Em anexo a informação respectiva.

Com os melhores cumprimentos



Rui Silva

Serviço de Gestão e Informação Científica/ Biblioteca

ENTRENA
19 MAR. 2018
Bene. Consigli

UNIDADE LOCAL DE SAÚDE DE MATOSINHOS HOSPITAL PEDRO HISPANO	INFORMAÇÃO	Nº 22/CE/JAS Data: 09-03-2018
---	-------------------	---

Para: Serviço de Gestão do Conhecimento
De: Comissão de Ética

Pedido de autorização para realização de estudo intitulado "Validação do formulário de avaliação
Assunto: do desenvolvimento da competência de autocuidado na pessoa com ostomia de ventilação
(CAO-V)"

INFORMAÇÃO

Exmos. Senhores,

A Comissão de Ética analisou o pedido de autorização para realização de estudo intitulado "Validação do formulário de avaliação do desenvolvimento da competência de autocuidado na pessoa com ostomia de ventilação (CAO-V)", proponente e investigadora principal, Brizida Manuela Barbosa Pereira, no âmbito do Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica da Escola Superior de Enfermagem do Porto.

Decidido nada opor à realização deste estudo, desde que seja indicada a esta CES o nome do elo de ligação da ULSM para a realização do mesmo.

Com os melhores cumprimentos

 **Dr. José Alberto Silva**
Presidente da Comissão de Ética
da ULSM Matosinhos

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

Unidade de Investigação
 Tomei conhecimento, Nada a opor.
 16 de Maio de 2018
 A Coordenadora da Unidade de Investigação
 [Assinatura]
 (Prof.ª Doutora Ana Azevedo)

DIRECÇÃO CLÍNICA
 Aprovado, Ao CA.
 [Assinatura]
 (Prof.ª Doutora Ana Azevedo)



PEDIDO DE AUTORIZAÇÃO

Realização de Investigação

n.º 37/18

Exmo. Senhor Presidente do Conselho de Administração
 do Centro Hospitalar de São João

Nome do Investigador Principal:

Brizida Manuela Barbosa Pereira

Título da Investigação:

“Validação do formulário de avaliação do Desenvolvimento da
 competência de autocuidado na pessoa com ostomia de ventilação”

AUTORIZADO
 CONSELHO DE ADMINISTRAÇÃO HSPJ/UNICI DE 21 MAI 2018
 Presidente do Conselho de Administração
 [Assinatura]
 [Assinatura] [Assinatura] [Assinatura] [Assinatura]
 [Assinatura] [Assinatura] [Assinatura] [Assinatura]

Pretendendo realizar no(s) Serviço(s) de:

Internamento e consulta externa de Otorrinolaringologia

a investigação em epígrafe, solicito a V. Exa. na qualidade de Investigador/Promotor, autoriza-
 ção para a sua efetivação.

Para o efeito, anexo toda a documentação referida no dossier da Comissão de Ética do Centro
 Hospitalar de São João/ Faculdade de Medicina da Universidade do Porto respeitante à investi-
 gação, à qual enderecei pedido de apreciação e parecer.

Com os melhores cumprimentos.

O Investigador/Promotor

Porto, 25 de Janeiro de 2018. Brizida Manuela Barbosa Pereira
 [Assinatura]

Centro de Investigação HSPJ
RECEBI
 15,5.2018

Parecer da Comissão de Ética para a Saúde do
Centro Hospitalar de São João / Faculdade de Medicina da Universidade do Porto

Título do Projecto: Validação do formulário de avaliação do desenvolvimento da competência de autocuidado na pessoa com ostomia de ventilação

Nome da Investigadora Principal: Enf.ª Brízida Manuela Barbosa Pereira

Onde decorre o Estudo: No Serviço de Otorrinolaringologia do CHSJ. Faça apresentar declaração da Direcção de Serviço de Otorrinolaringologia. O profissional de ligação será o Enf.º Mário Silva.

Objectivos do Estudo:

Este trabalho de investigação tem como principal objectivo a validação do formulário 'Avaliação do desenvolvimento da competência de autocuidado na pessoa com ostomia de ventilação' (Queirós et al., 2015).

Descrever as competências de autocuidado da pessoa com ostomia de ventilação.

Estudo realizado no âmbito do Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica da ESEP, sob orientação da Prof.ª Doutora Maria Alice Correia de Brito e co-orientação da Mestre Sílvia Maria Moreira Queirós.

Concepção e Pertinência do estudo:

A pesquisa realizada no Repositórios científicos de acesso aberto em Portugal (RCAAP), sobre trabalhos de investigação subordinados ao tema ostomias, verificou-se que cerca de 60% se referiam a ostomias de eliminação, seguindo-se os trabalhos sobre gastrostomias (4%) e com 2% os trabalhos sobre ostomias de ventilação.

A utilização de um formulário para avaliação da competência de autocuidado na pessoa com ostomia de ventilação permitirá uma recolha de dados mais completa, sistemática e rigorosa, facilitando a identificação das necessidades em cuidados de enfermagem daquela pessoa, bem como o processo de tomada de decisão.

Deste modo será desenvolvido um estudo, quantitativo, observacional, descritivo e transversal.

A amostra será constituída por pessoas portadoras de ostomia de ventilação acompanhadas no CHSJ, sendo que o tamanho da amostra respeitará o que defende Bryman e Granger (1999) no mínimo, cinco vezes o número de itens da escala (5 X 39) ou seja 195 participantes, que cumpram os critérios de inclusão definidos.

A recolha de dados será realizada através do Formulário de avaliação do desenvolvimento da competência de autocuidado na pessoa com ostomia de ventilação

Benefício/risco:

Não existem quaisquer riscos ou prejuízos para os participantes no estudo. Os benefícios estão relacionados com a promoção do envolvimento da pessoa no processo de cuidados e melhoria da identificação das necessidades em cuidados de enfermagem da pessoa com ostomia de ventilação.

Confidencialidade dos dados:

A confidencialidade e o anonimato estão garantidos pela investigadora. Todos os dados serão mantidos em sigilo e não será associado a qualquer dado recolhido o nome ou qualquer outro elemento identificativo do participante.

Respeito pela liberdade e autonomia do sujeito de ensaio: Salvaguardado pelo consentimento informado, esclarecido e livre, da investigadora e adequada informação ao participante.

Curriculum da investigadora: Adequado à investigação.

Data previsível da conclusão do estudo: maio de 2018

Conclusão: Proponho um parecer favorável à realização deste projecto de investigação.

Porto, 16 de Fevereiro de 2018


A Relatora da CES, Enf.ª Teresa Guerreiro

*Foi apresentada declaração
de Grupo de Trabalho de ORL
Peder Brito
10/05/18*

ANEXO VI - Consentimento Informado

CONSENTIMENTO INFORMADO, LIVRE E ESCLARECIDO PARA PARTICIPAÇÃO EM INVESTIGAÇÃO

de acordo com a Declaração de Helsínquia e a Convenção de Oviedo

Designação do Estudo (em português)

“Validação do formulário de avaliação do Desenvolvimento da competência de autocuidado na pessoa com ostomia de ventilação”

Informação ao Participante

Antes de decidir se quer participar neste estudo de investigação, deve ler este documento para compreender quais os seus objetivos, finalidades, riscos e benefícios.

Ser-lhe-á dado tempo para refletir ou decidir junto de amigos/familiares sobre a sua participação. Se achar necessário, deve pedir esclarecimento para qualquer informação adicional, antes de aceitar participar.

Brizida Manuela Barbosa Pereira, a frequentar o curso de Mestrado em Enfermagem Médico-cirúrgica na Escola Superior de Enfermagem do Porto, pretende desenvolver um estudo de investigação sobre a avaliação do Desenvolvimento da competência de autocuidado na pessoa com ostomia de ventilação. Os seus objetivos são:

- Proceder à validação do formulário “Avaliação do Desenvolvimento da Competência de Autocuidado na Pessoa com Ostomia de Ventilação” (Queirós et al., 2015);
- Descrever as competências de autocuidado da pessoa com ostomia de ventilação.

A sua participação neste estudo é voluntária. Se decidir participar, é livre de desistir da sua colaboração a qualquer momento. Se decidir não participar, receberá todos os cuidados de saúde necessários, de acordo com os padrões de qualidade do serviço, e sem qualquer prejuízo.

Se aceitar participar, o procedimento consiste em responder a algumas questões colocadas pelo enfermeiro, através de um formulário sobre o tema em estudo.

Não existem quaisquer riscos ou prejuízos para os participantes do estudo. Como benefício na participação do estudo prevê-se a promoção do envolvimento da pessoa no processo de cuidados, e a melhoria da identificação das necessidades em cuidados de enfermagem da pessoa com ostomia de ventilação.

Todos os dados deste estudo serão mantidos em sigilo. A informação colhida, caso decida participar, será identificada apenas por um número atribuído a cada participante, para que não possa ser reconhecido. Após a conclusão do estudo todos os dados relativos aos participantes serão destruídos. Na publicação dos resultados não serão incluídos nenhum tipo de dados que possam permitir identificar os participantes.

O presente estudo foi aprovado pela Comissão de Ética em Saúde desta instituição hospitalar.

Eu, abaixo-assinado, (nome completo do doente ou voluntário são) _____, declaro ter

compreendido 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, e de todas obtive resposta satisfatória.

Tomei conhecimento de que, de acordo com as recomendações da Declaração de Helsínquia, a informação ou explicação que me foi prestada versou os objetivos, os métodos, os benefícios previstos, os riscos potenciais e o eventual desconforto. Além disso, foi-me afirmado que tenho o direito de recusar a todo o tempo a minha participação no estudo, sem que isso possa ter como efeito qualquer prejuízo na assistência que me é prestada.

Por isso, consinto que me seja aplicado o formulário proposto pelo investigador.

Data: / / 201

Assinatura do doente ou voluntário são:

O Investigador responsável:

Nome: Brizida Manuela Barbosa Pereira

Email: enf.brizida@gmail.com

Assinatura:

**ANEXO VII - Análise do *Alpha* de Cronbach dos domínios do formulário
aquando da exclusão de cada item**

Domínio do Conhecimento	Correlação corrigida do Item-total	Alfa de Cronbach se o item for excluído
1. Refere o que é uma ostomia de ventilação	0,45	0,97
2. Refere qual a finalidade da ostomia de ventilação	0,30	0,97
3. Refere as características da ostomia de ventilação	0,77	0,96
4. Refere quais as consequências decorrentes da ostomia de ventilação	0,78	0,96
5. Refere quais os sinais de complicação da ostomia de ventilação	0,78	0,96
6. Refere quais os dispositivos necessários no cuidado à ostomia de ventilação	0,93	0,96
7. Refere quando deve proceder à substituição dos dispositivos	0,91	0,96
8. Refere como deve proceder à substituição dos dispositivos	0,94	0,96
9. Refere como realizar a manutenção dos dispositivos	0,91	0,96
10. Refere quando deve proceder à limpeza do estoma e pela circundante	0,94	0,96
11. Refere como deve proceder à limpeza do estoma e pela circundante	0,94	0,96
12. Refere quais os recursos disponíveis na comunidade para a pessoa com ostomia de ventilação	0,80	0,96
13. Refere quais as medidas que deve adotar para a prevenção de complicações	0,89	0,96
Alfa de Cronbach obtido no Domínio do Conhecimento	0,96	

Domínio da Autovigilância	Correlação corrigida do Item-total	Alfa de Cronbach se o item for excluído
14. Observa a ostomia de ventilação	0,86	0,91
15. Identifica as características da ostomia de ventilação	0,88	0,91
16. Identifica as características das secreções	0,85	0,91
17. Identifica sinais de complicações da ostomia de ventilação	0,73	0,93
18. Atende à necessidade de troca dos dispositivos	0,86	0,92
Alfa de Cronbach obtido no Domínio da Autovigilância	0,93	

Domínio da Interpretação	Correlação	Alfa de
---------------------------------	-------------------	----------------

	corrigida do Item- total	Cronbach se o item for excluído
19. Refere quais as possíveis causas de complicações da ostomia de ventilação	0,85	0,87
20. Refere quais as possíveis causas de alteração das características das secreções	0,82	0,88
21. Reconhece que os resultados do autocuidado à ostomia influenciam o seu bem-estar	0,78	0,89
22. Questiona detalhadamente com o objetivo de encontrar uma explicação	0,76	0,90
Alpha de Cronbach obtido no Domínio da Interpretação	0,91	

Domínio da Tomada de Decisão	Correlação corrigida do Item-total	Alfa de Cronbach se o item for excluído
23. Estabelece prioridades na tomada de decisão	0,86	0,87
24. Reconhece as possíveis consequências das suas decisões	0,85	0,87
25. Previne as complicações da ostomia de ventilação	0,80	0,91
Alpha de Cronbach obtido no Domínio da Interpretação	0,92	

Domínio da Execução	Correlação corrigida do Item-total	Alfa de Cronbach se o item for excluído
26. Executa os procedimentos atendendo ao seu conforto, funcionalidade e segurança	0,98	0,99
27. Organiza e prepara o material necessário para o cuidado à ostomia de ventilação	0,98	0,99
28. Remove a fita ou velcro	0,98	0,99
29. Remove os dispositivos	0,99	0,99
30. Limpa e seca o estoma e pele circundante	0,99	0,99
31. Limpa a prótese fonatória	0,97	0,99
32. Aplica protetores cutâneos	0,98	0,99
33. Insere os dispositivos	0,99	0,99
34. Aplica penso de proteção	0,99	0,99
35. Fixa os dispositivos	0,99	0,99
36. Confirma o ajuste dos dispositivos	0,99	0,99
Alpha de Cronbach obtido no Domínio da Execução	0,99	

Domínio da Negociação e utilização dos recursos de saúde	Correlação corrigida do Item-total	<i>Alfa</i> de Cronbach se o item for excluído
37. Negoceia os diferentes recursos disponíveis no apoio à pessoa com ostomia de ventilação	0,82	0,91
38. Recorre aos serviços de saúde para esclarecimento de dúvidas e/ ou aconselhamento	0,87	0,86
39. Recorre oportunamente aos serviços de saúde face a complicações da ostomia de ventilação	0,83	0,90
<i>Alpha</i> de Cronbach obtido no Domínio da Execução	0,92	

ANEXO VIII - Análise fatorial exploratória

Matriz de componente ^a					
	Componente				h2
	1	2	3	4	
1. Refere o que é uma ostomia de ventilação	0,24	0,69	0,56	0,25	0,91
2. Refere qual a finalidade da ostomia de ventilação	0,15	0,76	0,37		0,75
3. Refere as características da ostomia de ventilação	0,83	0,43			0,87
4. Refere quais as consequências decorrentes da ostomia de ventilação	0,79	0,36			0,76
5. Refere quais os sinais de complicação da ostomia de ventilação	0,87	0,10	-0,21		0,82
6. Refere quais os dispositivos necessários no cuidado à ostomia de ventilação	0,93	-0,16	0,11	0,17	0,94
7. Refere quando deve proceder à substituição dos dispositivos	0,92	-0,18	0,17	0,19	0,95
8. Refere como deve proceder à substituição dos dispositivos	0,97	-0,14			0,96
9. Refere como realizar a manutenção dos dispositivos	0,88		0,21	0,21	0,87
10. Refere quando deve proceder à limpeza do estoma e pela circundante	0,91		0,14		0,84
11. Refere como deve proceder à limpeza do estoma e pela circundante	0,94			-0,11	0,90
12. Refere quais os recursos disponíveis na comunidade para a pessoa com ostomia de ventilação	0,69			0,47	0,70
13. Refere quais as medidas que deve adotar para a prevenção de complicações	0,88				0,78
14. Observa a ostomia de ventilação	0,90	-0,29			0,90
15. Identifica as características da ostomia de ventilação	0,89	0,16	-0,25	-0,13	0,89
16. Identifica as características das secreções	0,91	0,22	-0,11		0,89
17. Identifica sinais de complicações da ostomia de ventilação	0,90		-0,21	-0,15	0,87
18. Atende à necessidade de troca dos dispositivos	0,97	-0,14			0,96
19. Refere quais as possíveis causas de complicações da ostomia de ventilação	0,86		-0,29	0,12	0,84
20. Refere quais as possíveis causas de alteração das características das secreções	0,80		-0,42	0,16	0,84
21. Reconhece que os resultados do autocuidado à ostomia influenciam o seu bem-estar	0,88	0,20		-0,19	0,84
22. Questiona detalhadamente com o objetivo de encontrar uma explicação	0,83	0,37		-0,20	0,86
23. Estabelece prioridades na tomada de decisão	0,85		0,19	-0,26	0,83
24. Reconhece as possíveis consequências das suas decisões	0,76		0,37	-0,47	0,93
25. Previne as complicações da ostomia de ventilação	0,84			-0,29	0,79
26. Executa os procedimentos atendendo ao seu conforto, funcionalidade e segurança	0,95	-0,23			0,97
27. Organiza e prepara o material necessário para o cuidado à ostomia de ventilação	0,95	-0,23			0,97
28. Remove a fita ou velcro	0,93	-0,24	0,12	0,16	0,97
29. Remove os dispositivos	0,97	-0,20			0,99
30. Limpa e seca o estoma e pele circundante	0,97	-0,20			0,99
31. Limpa a prótese fonatória	0,93	-0,20			0,92
32. Aplica protetores cutâneos	0,94	-0,23			0,93
33. Insere os dispositivos	0,98	-0,16			0,98
34. Aplica penso de proteção	0,95	-0,23			0,96

35. Fixa os dispositivos	0,96	-0,18			0,96
36. Confirma o ajuste dos dispositivos	0,97	-0,20			0,99
37. Negoceia os diferentes recursos disponíveis no apoio à pessoa com ostomia de ventilação	0,69	0,57	-0,31	0,16	0,92
38. Recorre aos serviços de saúde para esclarecimento de dúvidas e/ ou aconselhamento	0,60	0,70	-0,17		0,87
39. Recorre oportunamente aos serviços de saúde face a complicações da ostomia de ventilação	0,64	0,57	-0,20		0,76
Variância explicada	73,8%	8,9%	3,6%	2,7%	
Método de Extração: Análise de Componente Principal. ^a - 4 componentes extraídos.					

ANEXO IX - Análise fatorial forçada a seis fatores e com rotação Varimax

Matriz da componente Rotativa ^a							
	Componente						h2
	1	2	3	4	5	6	
1. Refere o que é uma ostomia de ventilação	0,24	0,69	0,56	0,25	-0,16		0,94
2. Refere qual a finalidade da ostomia de ventilação	0,15	0,76	0,37		0,46		0,95
3. Refere as características da ostomia de ventilação	0,83	0,43			-0,25		0,93
4. Refere quais as consequências decorrentes da ostomia de ventilação	0,79	0,36			0,24	0,14	0,84
5. Refere quais os sinais de complicação da ostomia de ventilação	0,87	0,10	-0,21		0,21	0,19	0,90
6. Refere quais os dispositivos necessários no cuidado à ostomia de ventilação	0,93	-0,16	0,11	0,17		-0,15	0,96
7. Refere quando deve proceder à substituição dos dispositivos	0,92	-0,18	0,17	0,19			0,95
8. Refere como deve proceder à substituição dos dispositivos	0,97	-0,14				-0,15	0,98
9. Refere como realizar a manutenção dos dispositivos	0,88		0,21	0,21		-0,26	0,94
10. Refere quando deve proceder à limpeza do estoma e pela circundante	0,91		0,14			0,26	0,91
11. Refere como deve proceder à limpeza do estoma e pela circundante	0,94			-0,11		0,14	0,92
12. Refere quais os recursos disponíveis na comunidade para a pessoa com ostomia de ventilação	0,69			0,47	-0,28	0,43	0,97
13. Refere quais as medidas que deve adotar para a prevenção de complicações	0,88				-0,15		0,81
14. Observa a ostomia de ventilação	0,90	-0,29					0,90
15. Identifica as características da ostomia de ventilação	0,89	0,16	-0,25	-0,13			0,90
16. Identifica as características das secreções	0,91	0,22	-0,11				0,89
17. Identifica sinais de complicações da ostomia de ventilação	0,90		-0,22	-0,15	0,25	0,15	0,96
18. Atende à necessidade de troca dos dispositivos	0,97	-0,14				-0,15	0,98
19. Refere quais as possíveis causas de complicações da ostomia de ventilação	0,86		-0,29	0,12		-0,28	0,92
20. Refere quais as possíveis	0,80		-0,42	0,16	-0,23	-0,13	0,91

causas de alteração das características das secreções							
21. Reconhece que os resultados do autocuidado à ostomia influenciam o seu bem-estar	0,88	0,20		-0,19	-0,20		0,89
22. Questiona detalhadamente com o objetivo de encontrar uma explicação	0,83	0,37		-0,20			0,87
23. Estabelece prioridades na tomada de decisão	0,85		0,19	-0,26	-0,13	-0,18	0,88
24. Reconhece as possíveis consequências das suas decisões	0,76		0,37	-0,47	-0,14		0,95
25. Previne as complicações da ostomia de ventilação	0,84			-0,29	-0,20		0,84
26. Executa os procedimentos atendendo ao seu conforto, funcionalidade e segurança	0,95	-0,23					0,97
27. Organiza e prepara o material necessário para o cuidado à ostomia de ventilação	0,95	-0,23					0,97
28. Remove a fita ou velcro	0,93	-0,24	0,12	0,16	0,13		0,98
29. Remove os dispositivos	0,97	-0,20					1
30. Limpa e seca o estoma e pele circundante	0,97	-0,20					1
31. Limpa a prótese fonatória	0,93	-0,20					0,92
32. Aplica protetores cutâneos	0,94	-0,23			0,14		0,95
33. Insere os dispositivos	0,98	-0,16					0,99
34. Aplica penso de proteção	0,95	-0,23			0,14		0,98
35. Fixa os dispositivos	0,96	-0,18					0,97
36. Confirma o ajuste dos dispositivos	0,97	-0,20					1
37. Negoceia os diferentes recursos disponíveis no apoio à pessoa com ostomia de ventilação	0,69	0,57	-0,31	0,16			0,93
38. Recorre aos serviços de saúde para esclarecimento de dúvidas e/ ou aconselhamento	0,60	0,70	-0,17				0,89
39. Recorre oportunamente aos serviços de saúde face a complicações da ostomia de ventilação	0,64	0,57	-0,20		0,10		0,78
Variância explicada	51%	21,4%	8,8%	5,9%	3,3%	2,5%	

Método de Extração: Análise de Componente Principal.

Método de Rotação: Varimax com Normalização de Kaiser.

^a - Rotação convergida em 6 iterações.