

ESCOLA SUPERIOR DE ENFERMAGEM DO PORTO

Curso de Mestrado em Enfermagem de Reabilitação

**DESENVOLVIMENTO DA COMPETÊNCIA DE
AUTOCUIDADO NA PESSOA COM OSTOMIA DE
VENTILAÇÃO**

Dissertação de Mestrado

Sílvia Maria Moreira Queirós

Porto | 2014

ESCOLA SUPERIOR DE ENFERMAGEM DO PORTO

Curso de Mestrado em Enfermagem de Reabilitação

**DESENVOLVIMENTO DA COMPETÊNCIA DE
AUTOUIDADO NA PESSOA COM OSTOMIA DE
VENTILAÇÃO**

Dissertação de Mestrado

Dissertação académica orientada pela Prof.^a Doutora Célia Santos e
coorientada pela Prof.^a Doutora Alice Brito

Sílvia Maria Moreira Queirós

Porto | 2014

AGRADECIMENTOS

Com estas palavras expresso o mais sincero reconhecimento a todos aqueles que contribuíram para a realização deste trabalho:

À Professora Doutora Célia Santos pela disponibilidade, pelas aprendizagens que proporcionou e pelo apoio, serenidade e confiança transmitidos;

À Professora Doutora Alice Brito pelo incentivo, pelo conhecimento, pela assertividade e pelo pragmatismo na resolução das dúvidas e angústias;

Aos colegas de trabalho do serviço de ORL pela compreensão, sensibilidade perante o cansaço e falta de tempo e pela flexibilidade na gestão de horários;

Aos amigos, de agora e de sempre, pela força, apoio e carinho;

Aos amigos e companheiros de Especialidade e Mestrado, Vera, Cármen, Pedro e Igor, por terem tornado este percurso mais simples e enriquecedor;

A todas as pessoas portadoras de ostomia de ventilação que participaram neste estudo, pelo tempo disponibilizado, pelas experiências proporcionadas e por reconhecerem o valor deste projeto;

Às Enfermeiras chefe Anabela Machado, Filomena Ramos e Meireles pela colaboração na colheita de dados;

À minha família por tudo... e vocês sabem que foi muito!

ABREVIATURAS E SIGLAS

- % – Percentagem
- A – Amplitude
- CIPE – Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem
- Ca – Carcinoma
- CIE – Conselho Internacional de Enfermeiros
- Cit. por – citado por
- DP – Desvio padrão
- ESEP – Escola Superior de Enfermagem do Porto
- et al. – e outros
- LT – Laringectomia total
- M – Média
- Me – Mediana
- Mo – Moda
- Mn – Mínimo
- Mx – 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
- r_s – coeficiente de correlação de Spearman
- SM – Score médio
- SPSS – Statistical Package for Social Sciences
- TU – Traqueostomia de urgência
- X – coeficiente de assimetria

INDICE

INTRODUÇÃO	17
CAPITULO 1 – ENQUADRAMENTO CONCEPTUAL	21
1.1. Ostomia de Ventilação	21
1.2. O Autocuidado à Ostomia de Ventilação	25
1.2.1. <i>A Competência no Autocuidado à Ostomia de Ventilação</i>	27
1.2.2. <i>Avaliação da Competência no Autocuidado à Ostomia de Ventilação</i>	33
CAPITULO 2 – ENQUADRAMENTO METODOLÓGICO	37
2.1. Justificação do Estudo	37
2.2. Questões de Investigação	38
2.3. Desenho do Estudo	39
2.4. Estudo 1 - Construção do Instrumento de Colheita de Dados	41
2.4.1. <i>Definição do Conceito</i>	42
2.4.2. <i>Formulação dos Itens do Instrumento: Indicadores do Conceito</i>	43
2.4.3. <i>Validade de Conteúdo do Instrumento</i>	46
2.4.4. <i>Desenvolvimento de Instruções para Utilizadores</i>	48
2.4.5. <i>Pré-teste do Instrumento</i>	48
2.4.6. <i>Confiabilidade do Instrumento</i>	49
2.5. Estudo 2 – Estudo Descritivo	56
2.6. Definição das Variáveis	58
2.7. População e Amostra	58
2.7.1. <i>Caracterização da Amostra</i>	59
2.8. Considerações Éticas	64
2.9. Estratégias de Análise dos Dados	65
CAPÍTULO 3 – RESULTADOS	69
3.1. Nível de Competência de Autocuidado na Pessoa com Ostomia de Ventilação	69
3.2. Relação entre as Variáveis em Estudo e o Nível de Competência de Autocuidado à Ostomia de Ventilação	75
3.2.1. <i>Variáveis de Atributo</i>	75
3.2.2. <i>Variáveis Clínicas</i>	77
3.2.3. <i>Variáveis de Tratamento</i>	80
3.2.4. <i>Outras Variáveis</i>	81

CAPÍTULO 4 – DISCUSSÃO DOS RESULTADOS	85
4.1. Formulário de Avaliação do Desenvolvimento da Competência de Autocuidado na Pessoa com Ostomia de Ventilação	85
4.2. Nível de Competência de Autocuidado na Pessoa com Ostomia de Ventilação	86
4.3. Relação entre as Variáveis em Estudo e o Nível de Competência de Autocuidado à Ostomia de Ventilação	90
4.4. Reflexões que Emergiram da Realização do Estudo	98
CONCLUSÃO	101
BIBLIOGRAFIA	105
ANEXOS	113
ANEXO I – Formulário de Avaliação do Desenvolvimento da Competência de Autocuidado na Pessoa com Ostomia de Ventilação	115
ANEXO II – Manual de Preenchimento do Formulário de Avaliação do Desenvolvimento da Competência de Autocuidado na Pessoa com Ostomia de Ventilação	123
ANEXO III – Mini Mental State Examination Validado e Traduzido para a População Portuguesa	143
ANEXO IV – Autorização dos Conselhos de Administração e Comissões de Ética em Saúde	149
ANEXO V – Consentimento Informado para Participação no Estudo	153

LISTA DE TABELAS

TABELA 1: Coeficiente de consistência interna da Escala e seus domínios	51
TABELA 2: Comparação dos alphas de cronbach da Escala e seus domínios de Cardoso (2011), Silva (2012) e Gomes (2012)	52
TABELA 3: Coeficiente de consistência interna da subescala do Conhecimento com a eliminação de cada item	53
TABELA 4: Coeficiente de consistência interna da subescala da Autovigilância com a eliminação de cada item	54
TABELA 5: Coeficiente de consistência interna da subescala da Interpretação com a eliminação de cada item	54
TABELA 6: Coeficiente de consistência interna da subescala da Tomada de Decisão com a eliminação de cada item	55
TABELA 7: Coeficiente de consistência interna da subescala da Execução com a eliminação de cada item.....	55
TABELA 8: Coeficiente de consistência interna da subescala da Negociação e Utilização de Recursos de Saúde com a eliminação de cada item	56
TABELA 9: Distribuição dos participantes no estudo pelos anos de escolaridade	60
TABELA 10: Distribuição dos participantes no estudo pela profissão atual/anterior.....	61
TABELA 11: Distribuição dos participantes no estudo pelo tempo decorrido desde a cirurgia, em dias e meses.....	62
TABELA 12: Distribuição dos participantes no estudo pelo tipo de traqueostomia cirúrgica.....	63
TABELA 13: Teste de Normalidade da distribuição.....	66
TABELA 14: Medidas de Tendência Central dos domínios da Escala.....	70
TABELA 15: Medidas de Tendência Central e Dispersão do domínio da Execução	70
TABELA 16: Medidas de Tendência Central e Dispersão do domínio do Conhecimento	71
TABELA 17: Medidas de Tendência Central e Dispersão do domínio da Autovigilância	72
TABELA 18: Medidas de Tendência Central e Dispersão do domínio da Negociação e Utilização de Recursos de Saúde	73
TABELA 19: Medidas de Tendência Central e Dispersão do domínio Tomada de Decisão....	74
TABELA 20: Medidas de Tendência Central e Dispersão do domínio da Interpretação.....	75
TABELA 21: Teste de Comparação de Mann-Whitney do nível da competência de autocuidado no domínio da Negociação de acordo com o sexo da amostra	76
TABELA 22: Testes de Comparação de Kruskal-Wallis do nível de competência de autocuidado no domínio da Interpretação de acordo com a situação profissional da amostra.....	76
TABELA 23: Teste de Correlação de Spearman entre o nível de competência de autocuidado e os anos de escolaridade da amostra.....	77
TABELA 24: Teste de Comparação de Kruskal-Wallis entre o nível de competência de autocuidado e o tipo de ostomia quanto à duração	78
TABELA 25: Teste de Comparação de Kruskal-Wallis entre o nível de competência de autocuidado e o tipo de cirurgia associada à traqueostomia.....	78
TABELA 26: Teste de Comparação de Mann-Whitney entre o nível de competência de autocuidado e o tempo decorrido desde a cirurgia	79

TABELA 27: Teste de Correlação de Spearman entre o nível de competência de autocuidado e o tempo decorrido desde a cirurgia	80
TABELA 28: Teste de Comparação de Mann-Whitney entre o nível de competência de autocuidado e a existência de um cuidador informal.....	81
TABELA 29: Regressão linear entre o domínio do Conhecimento e os restantes domínios da competência de autocuidado à ostomia.....	82

LISTA DE FIGURAS E GRÁFICOS

FIGURAS

FIGURA 1: Desenho do Estudo.....	40
----------------------------------	----

GRÁFICOS

GRÁFICO 1: Distribuição dos participantes segundo a idade	60
GRÁFICO 2: Distribuição dos participantes no estudo pelos anos de escolaridade	61

RESUMO

Desenvolvimento da Competência de Autocuidado na Pessoa com Ostomia de Ventilação

A presente investigação teve como objeto de estudo a competência de autocuidado na pessoa com ostomia de ventilação. Os seus principais objetivos foram: descrever o nível de competência de autocuidado na pessoa com ostomia de ventilação e perceber se existem diferentes níveis de competência de autocuidado na pessoa com ostomia de ventilação, de acordo com as variáveis de atributo, clínicas e de tratamento.

Face à inexistência de um instrumento de recolha de dados que permitisse cumprir os objetivos da investigação, o estudo teve de se dividir em duas fases. A primeira fase consistiu na criação do *Formulário de Avaliação do Desenvolvimento da Competência de Autocuidado na Pessoa com Ostomia de Ventilação*. A sua lógica estrutural foi adaptada do instrumento de avaliação da competência de autocuidado à ostomia de eliminação intestinal de Gomes, Silva e Cardoso (2011), que categoriza a competência de autocuidado em seis domínios: *Conhecimento, Autovigilância, Interpretação, Tomada de Decisão, Execução e Negociação e Utilização de Recursos de Saúde*. A segunda fase do estudo consistiu na aplicação do formulário criado a uma amostra da população alvo, num único momento, no período pós-operatório, de forma a responder às questões de investigação definidas. Assim, o estudo foi metodológico, quantitativo, descritivo e transversal.

Os resultados obtidos revelaram que os participantes do estudo eram parcialmente competentes no autocuidado à ostomia de ventilação. Face à multidimensionalidade da competência de autocuidado à ostomia de ventilação, constatou-se que os domínios em que a amostra demonstrou maior competência foram o *Conhecimento* e a *Execução*, enquanto os que demonstrou menor competência foram a *Interpretação* e a *Tomada de Decisão*. Foi ainda possível perceber que o nível da competência de autocuidado à ostomia de ventilação da amostra variou significativamente de acordo com o sexo, os anos de escolaridade, o tempo pós-operatório, a duração da ostomia e a existência de um cuidador.

Os resultados obtidos evidenciaram a importância dos enfermeiros adequarem o plano de cuidados às necessidades específicas do seu cliente, identificando as suas reais necessidades, para que as terapêuticas sejam dirigidas para os domínios da competência de autocuidado à ostomia de ventilação verdadeiramente necessitados de intervenção.

Palavras-chave: Autocuidado, Competência e Ostomia de Ventilação

ABSTRACT

Development of Self-care Competence in the Person with a Ventilation Ostomy

The study object was the self-care competence in the person with a ventilation ostomy. The aim of the study was describe the self-care competence in the person with a ventilation ostomy and understand if there were different levels of self-care competence in the person with a ventilation ostomy according to the attribute, clinical and treatment variables.

In the absence of an assessment toll for data collection, the study was designed in two phases. The first phase was the creation of a form to measure the development of the self-care competence in the person with a ventilation ostomy. Its logical structure was adapted from an assessment toll created by Gomes, Silva and Cardoso (2011) about development of self-care competence in the person with bowel elimination ostomy that categorized self-care competence in six domains: Knowledge, Self-monitoring, Interpretation, Decision Making, Execution and Negotiation and Use of health resources. The second phase was the application of the new assessment tool to a sample of the target population, in a single moment, in post-operative time. So it was a methodological, quantitative, descriptive and cross-sectional study.

The results demonstrated that the study participants were partially competent in ventilation ostomy self-care. Once self-care competence was considered multidimensional, it was found that the sample showed more competence in Knowledge and Execution domains and less competence in Interpretation and Decision Making domains. It was also possible to understand that the level of self-care competence of the sample varied significantly according to sex, education level, post-operative time, type of ostomy concerning to duration and existence of informal caregiver.

The results demonstrated the importance of nurses tailor the care plan to the specific needs of ostomy patients, identifying their real needs, to nursing therapeutics target the domains of self-care competence that truly need intervention.

Keyword: Self-care, Competence, Ventilation Ostomy

INTRODUÇÃO

Meleis e Trangenstein (1994) definiram Enfermagem como o processo facilitador das transições que promovem sentimentos de bem-estar. Essas transições podem ser desencadeadas por uma mudança no estado de saúde, nas relações, nas expectativas ou nas capacidades. Como tal, exigem que a pessoa modifique comportamentos, adquira novos conhecimentos e habilidades e assim altere o próprio conceito de si mesma (Ibidem).

Efetivamente, segundo a teoria das transições, existem pontos críticos na vida da pessoa que geram instabilidade e que inevitavelmente conduzem ao estabelecimento de novas rotinas e estilos de vida, bem como à aprendizagem de novas capacidades e atividades, de forma a restaurar a estabilidade (Meleis et al., 2000; Meleis, 2007). Essa estabilidade é garantida quando a pessoa demonstra indicadores de resultado que se traduzem na mestria e na identidade e integridade fluida face à transição vivenciada.

Com esta teoria introduzida por Meleis, há uma valorização do saber do enfermeiro relativamente aos processos de vida e aos processos de transição inerentes. A enfermagem assume, assim, como objeto de estudo as *“respostas humanas envolvidas nas transições geradas pelos processos de desenvolvimento ou pró eventos significativos da vida que exigem adaptação”* (Silva, 2007, p.14).

No subdomínio da Enfermagem de Reabilitação, que se constitui como a área de investigação em que se insere este trabalho, o objeto de estudo do enfermeiro centra-se particularmente nas respostas aos eventos críticos que exigem a promoção, restabelecimento ou maximização da funcionalidade e autonomia da pessoa.

Um dos campos de ação do enfermeiro que se enquadra nesse âmbito consiste no processo de transição para a vida com uma ostomia de ventilação, em que é requerido que a pessoa desenvolva autonomia no autocuidado à sua traqueostomia.

A preparação de um cliente para a vida com uma traqueostomia envolve a capacitação para a mudança física, psicológica, social, dos estilos de vida e do seu autocuidado (Bowers e Scase, 2007). Para além de um reajuste do desempenho das atividades de vida diárias, face

às alterações fisiológicas e funcionais após a cirurgia, é ainda necessário que a pessoa desenvolva novas competências relacionadas com o autocuidado à ostomia e as integre na sua vida.

O desenvolvimento da competência no autocuidado à ostomia, apesar de complexo e multidimensional, é descrito na literatura como um dos principais impulsionadores de uma transição saudável para a vida com uma ostomia. Vários estudos demonstram que a promoção do desenvolvimento da competência para o autocuidado à ostomia se constitui como o fator preditivo mais significativo de adaptação ao estoma (White, 1997; Piwonka e Merino 1999 Cit. por O'Connor, 2005). Este promove a aceitação do estoma, encoraja o envolvimento da pessoa no autocuidado à ostomia (Lo et al., 2010) e faculta um melhor ajustamento psicológico, através da melhoria da perceção do autocontrolo, da autoeficácia (Gesaro, 2012; RNAO, 2009), da confiança e da autoestima (Black, 2009 Cit. por Gesaro, 2012).

Efetivamente, o desenvolvimento da competência para o autocuidado à ostomia de ventilação constitui-se como um dos campos de intervenção do enfermeiro cujo *core* assenta no conhecimento disciplinar da Enfermagem, pelo que se constitui como uma das áreas mais significativas e valorizadas na prática profissional.

Apesar da sua relevância, existe ainda pouco conhecimento científico produzido que justifique as decisões clínicas sobre esta problemática. É cada vez mais reconhecido que o fomento do conhecimento em Enfermagem garante a melhoria da prática clínica. Cuidados baseados na evidência, isto é, baseados nos resultados da pesquisa científica, garantem uma correta fundamentação das decisões, ações e interações com os clientes de cuidados (Beck, Hungler e Polit, 2004). Tal denota que a pesquisa, para além de gerar e validar conhecimentos, permite orientar a prática profissional, melhorar os resultados dos cuidados prestados e conseqüentemente a qualidade de vida dos clientes (Ibidem).

Assim, no âmbito do curso de Mestrado em Enfermagem de Reabilitação da Escola Superior de Enfermagem do Porto, que decorreu entre Setembro de 2013 e Julho de 2014, foi desenvolvida a presente dissertação sobre o “Desenvolvimento de competência de autocuidado na pessoa com ostomia de ventilação”.

A finalidade deste trabalho foi contribuir para a melhoria da qualidade dos cuidados prestados, através da expansão do conhecimento sobre a problemática do autocuidado à ostomia de ventilação.

O principal objetivo da investigação foi descrever a competência de autocuidado na pessoa com ostomia de ventilação, tendo sido formuladas as seguintes questões de investigação:

1. Qual o nível de competência de autocuidado na pessoa com ostomia de ventilação?
2. Existem diferentes níveis de competência de autocuidado na pessoa com ostomia de ventilação, de acordo com as suas variáveis de atributo, clínicas e de tratamento?

Face à inexistência de um instrumento de colheita de dados que permitisse responder às questões de investigação formuladas, foi elaborado um formulário de avaliação do desenvolvimento da competência de autocuidado na pessoa com ostomia de ventilação.

Assim, o presente estudo desenvolveu-se em duas fases: na primeira – denominada estudo 1 – foi elaborado o instrumento de colheita de dados intitulado “Formulário de Avaliação do Desenvolvimento da Competência de Autocuidado na Pessoa com Ostomia de Ventilação”; na segunda – denominada estudo 2 – procedeu-se à aplicação do referido instrumento, numa amostra constituída por 80 pessoas com ostomia de ventilação que cumpriam os critérios de inclusão pré-definidos, num único momento de avaliação, no período pós-operatório.

Perante isto, a presente investigação consistiu num estudo de cariz quantitativo, metodológico, descritivo e transversal.

Neste sentido, este documento foi organizado em cinco partes: na primeira foi elaborado um enquadramento conceptual da problemática em estudo, na segunda foram descritas as opções metodológicas para a investigação, na terceira parte foram apresentados os resultados do estudo, na quarta a discussão dos resultados e na última parte as conclusões.

CAPITULO 1 – ENQUADRAMENTO CONCEPTUAL

Com o enquadramento conceptual pretende-se apresentar o estado da arte relativo ao problema de investigação. Para tal deve ser elaborada uma pesquisa documental extensiva sobre o domínio de investigação escolhido bem como dos seus conceitos definidores (Fortin, 2009).

Posto isto, no presente capítulo será efetuada uma revisão da literatura sobre a ostomia de ventilação e o processo de transição inerente, destacando-se como principais conceitos em análise o autocuidado à ostomia de ventilação, a competência e a avaliação da competência de autocuidado na pessoa com ostomia de ventilação.

1.1. Ostomia de Ventilação

A traqueotomia consiste num procedimento cirúrgico, programado ou emergente, em que é realizada uma abertura no pescoço até à traqueia, de forma a garantir a permeabilidade da via aérea (Serra, 2000). Essa abertura, de índole provisória ou permanente, é habitualmente denominada de traqueostomia, ostomia ou estoma de ventilação. A palavra ostomia tem origem grega e significa boca ou abertura, induzida por um ato cirúrgico. No caso particular da traqueostomia ou ostomia de ventilação traduzir-se-á como uma abertura na traqueia, órgão do sistema respiratório que se localiza entre a laringe e os brônquios, por onde passa o ar de e para os pulmões (Gemelli e Zago, 2002).

Segundo Durbin (2010) as principais causas para a sua realização são: (1) a obstrução da via aérea superior (por cancro, deformidades congénitas, infeção/inflamação, traumatismo, presença de corpo estranho), (2) o acesso facilitado à via aérea inferior para aspiração de secreções e ainda (3) a manutenção de uma via aérea estável em doentes que requerem ventilação mecânica prolongada.

O número de traqueotomias realizadas internacionalmente tem aumentado (Parker et al., 2007 Cit. por Paul, 2010), principalmente nos doentes internados nas unidades de cuidados intensivos, para facilitar a ventilação mecânica (Intensive Care Society, 2008 Cit. por Paul, 2010). Não obstante, a incidência crescente de cancro da cabeça e pescoço concorre igualmente para o aumento gradual do número de pessoas com traqueostomia. O cancro da cabeça e pescoço – que inclui as neoplasias que se originam nos seios perinasais, cavidade nasal, glândulas salivares, cavidade oral, faringe e laringe – é o sétimo mais comum no mundo (Maasland et al., 2014) e a sua incidência está a aumentar, principalmente em grupos etários mais jovens (Chin et al. 2006 Cit. por Semple et al., 2008). De entre os cancros da cabeça e pescoço o mais prevalente é o da laringe (Matos, Silva e Monteiro, 2012). O carcinoma da laringe é um tumor maligno que, segundo dados do registo oncológico regional do norte em Portugal, se constitui como o nono tipo de cancro mais prevalente no sexo masculino, tendo uma taxa de incidência de cerca de 9,2 casos por cada 100.000 habitantes (Roreno, 2007). Segundo dados internacionais são reportados anualmente cerca de 150.000 novos casos de cancro da laringe no mundo (Matos, Silva e Monteiro, 2012), que corresponde a 1-3% de todos os cancros diagnosticados (Rosso et al., 2012). Nos estádios mais severos de cancro da laringe, a opção de tratamento passa pela laringectomia total, que consiste na remoção cirúrgica da laringe, com a criação de uma ostomia de ventilação definitiva, com perda absoluta da sua ligação às vias aéreas superiores (Gul e Karadag, 2010).

Muitas das traqueostomias são encerradas antes dos doentes saírem das unidades de cuidados intensivos, após a melhoria do padrão respiratório, contudo algumas são mantidas após a fase aguda para facilitar a limpeza das vias aéreas e a ventilação (Barnett, 2008 Cit. por Paul, 2010). Noutras situações, as traqueostomias são definitivas, pela impossibilidade de resolução da causa da obstrução da via aérea superior (Garner et al., 2007 Cit. por Paul, 2010).

Consequentemente há cada vez mais pessoas com traqueostomia, tanto no meio hospitalar como no meio comunitário, pelo que a capacitação da pessoa para a vida com uma ostomia de ventilação é cada vez mais um importante campo de ação do enfermeiro (Lewis e Oliver, 2005 Cit. por Paul, 2010).

Efetivamente, a realização de uma ostomia, provisória ou definitiva, visa a melhoria da condição de saúde ou da qualidade de vida da pessoa (Noone 2010, Cit. por Williams, 2012).

Contudo, os desafios que a formação de um estoma acarreta, face às propriedades da transição que desencadeia, podem ter um impacto negativo em vários aspetos da vida da pessoa, nomeadamente ao nível fisiológico, social, psicológico, cultural e espiritual (Brown e

Randle, 2005; RNAO, 2009; Williams, 2012; Walker e Lachman, 2013).

Num estudo desenvolvido por Gul e Karadag (2010) que pretendia avaliar a qualidade de vida nas pessoas com traqueostomia, os autores concluíram que 64% das pessoas inquiridas sentiu um efeito adverso da traqueostomia na aparência física, 56% sentiu uma deterioração na sua relação social, 67% um agravamento do seu *status* económico, 30% referiu problemas respiratórios, 40% problemas na deglutição e 51% alteração no olfato.

Do ponto de vista fisiológico, as principais dificuldades sentidas prendem-se com a alteração na comunicação (nomeadamente a perda ou alteração da qualidade vocal), na respiração (pela perda da função das vias aéreas superiores), na deglutição (pela presença da cânula de traqueostomia e pela alteração ou ausência da funcionalidade das estruturas laríngeas), diminuição do olfato e alteração na imagem corporal (Gul e Karadag, 2010). A imagem corporal pode ser definida como a perceção da aparência física e da função da pessoa, que se forma gradualmente desde o nascimento e que decorre de um processo evolutivo (Dabirian et al., 2011). As doenças que requerem a criação de uma ostomia produzem inevitavelmente uma alteração abrupta e imprevista na aparência corporal e na própria função, pelo que é bem documentado na literatura que as pessoas com ostomia percecionam uma mudança negativa da sua imagem como consequência direta da cirurgia (Brown e Randle, 2005).

Ao nível social, as principais consequências descritas são o isolamento social, pelo medo de rejeição ou de não-aceitação pelo grupo de pares e família, a incapacidade de dar continuidade à atividade profissional e o condicionamento na realização das atividades recreativas habituais (Gemelli e Zago, 2002; Akenroye e Osukoya, 2013).

No que concerne ao domínio psicológico, segundo Borwell (2009), a perda de uma parte corporal ou função é uma experiência pessoal que representa uma grande mudança na vida da pessoa e pode potencialmente causar problemas psicológicos. Efetivamente, lidar com um estoma recentemente formado pode afetar negativamente a autoestima e, conseqüentemente, as estratégias de *coping* e adaptação face à condição de ostomizado (Borwell, 2009; Gesaro, 2012). Estudos descrevem que, após a cirurgia, as pessoas submetidas a ostomia frequentemente enfrentam sentimentos de revolta, fraqueza, estigma e rejeição de si mesmas, face à sensação de mutilação desencadeada pelas alterações fisiológicas e da sua imagem corporal (Gemelli e Zago, 2002). Outros sugerem ainda como problemas psicológicos decorrentes da realização de uma ostomia a depressão, ansiedade, a perda de esperança na recuperação e a diminuição da sensação de bem-estar (Gul e Karadag, 2010; Higgins, 2009).

Por outro lado, como consequência da alteração da anatomia e fisiologia respiratória, a ostomia acarreta ainda mudanças significativas no autocuidado da pessoa. De facto, a presença de uma ostomia requer um reajuste no desempenho de algumas das atividades de vida diárias de autocuidado da pessoa, bem como o desenvolvimento de novas competências, particularmente no que concerne ao autocuidado à sua ostomia (Bekkers et al., 1996).

A aquisição de competência para o autocuidado à ostomia é um dos maiores desafios que a pessoa enfrenta após a realização de uma traqueostomia, face à sua complexidade e necessidade premente para a manutenção da permeabilidade da via aérea, bem como para o restabelecimento de uma vida autónoma. Notoriamente, além de obter novos conhecimentos, a pessoa tem ainda de adquirir habilidades instrumentais e disposições que lhe permitam cuidar e viver com a ostomia, o que salienta o cariz multidimensional do problema.

O desenvolvimento de competência no autocuidado à ostomia, apesar de exigente e complexo, é descrito na literatura como um dos principais impulsionadores de uma transição saudável para a vida com uma ostomia. Vários estudos desenvolvidos (White, 1997; Piwonka e Merino 1999 Cit. por O'Connor, 2005) concluíram que a promoção do desenvolvimento de competência para o autocuidado à ostomia se constitui como o fator preditivo mais significativo de adaptação ao estoma. Este possibilita a promoção da aceitação do estoma e o encorajamento para que a pessoa fique envolvida no seu autocuidado (Fo et al., 2010). Faculta ainda um melhor ajustamento psicológico e auxilia a pessoa a readquirir o autocontrolo e a autoeficácia, percebidos como perdidos após a cirurgia (Gesaro, 2012; RNAO, 2009). Paralelamente, está também associado a níveis mais elevados de autoconfiança e autoestima (Black, 2009 Cit. por Gesaro, 2012). Neste sentido, se depreende que no desenvolvimento de competência para o autocuidado à ostomia de ventilação, enquanto processo, devem ser considerados os indicadores de processo da transição – sentir-se ligado, interagir, estar situado, demonstrar confiança e enfrentamento – e os indicadores de resultado – mestria e integridade fluída para a vida com a ostomia (Meleis et al., 2000; Meleis, 2007).

Perante isto se depreende que definir os conceitos autocuidado, competência e avaliação da competência se constitui como primordial para a compreensão do problema em estudo.

1.2. O Autocuidado à Ostomia de Ventilação

O autocuidado é tradicionalmente considerado como um conceito central e multidimensional na disciplina de Enfermagem, ao qual podem ser atribuídas diferentes interpretações (Söderhamn, 2000).

Segundo a Organização Mundial de Saúde, o autocuidado constitui-se como o conjunto de atividades realizadas pelo indivíduo, família ou comunidade com o intuito de melhorar a saúde, prevenir ou limitar a doença e restabelecer a saúde, através do uso do conhecimento e de competências adquiridas com profissionais de saúde e com a experiência de vida (WHO, 1983 Cit. por Bastos, 2012).

Pode também ser definido como um processo ativo de promoção da saúde – através da adesão ao tratamento, monitorização/vigilância, identificação/interpretação e tratamento de sinais e sintomas – e ainda um processo avaliativo, baseado na aprendizagem contínua com as respostas/decisões anteriores relativas ao autocuidado (Dickson, Tkacs, e Riegel, 2007).

Orem, na sua teoria do Défice de Autocuidado, descreve o autocuidado como o conjunto de atividades que o indivíduo desempenha de forma a manter, restaurar ou aumentar a sua saúde, vida e bem-estar geral (Orem, 1995; Söderhamn, 2013). Este pode, portanto, ser entendido como uma conduta que cada indivíduo adota em situações concretas da vida, dirigida para si próprio, de modo a controlar os fatores que afetam o seu desenvolvimento e funcionamento em prol da sua vida, saúde ou bem-estar. Quando desempenhado eficazmente, este contribui para a integridade estrutural, funcionalidade e desenvolvimento humano (Orem, 1995; Söderhamn, 2000; Söderhamn, 2013). Orem menciona ainda que o autocuidado é uma atividade aprendida, que requer a aquisição pela pessoa de conhecimento sobre o ambiente e sobre si mesma, de forma a ser capaz de dar respostas adaptadas às situações concretas e aos seus diferentes significados (Ibidem).

Segundo Gantz (1990), da análise de diferentes descrições de autocuidado provenientes de seis disciplinas do conhecimento, existem quatro características do autocuidado que são aceites de forma unânime pelos seus autores:

- O autocuidado é situacional e cultural;
- Relaciona-se e envolve a capacidade para agir e tomar decisões;
- É influenciado pelo conhecimento, competência, valores, motivação, locus de controlo e autoeficácia;

- Focaliza-se em aspetos dos cuidados de saúde sob o controlo individual.

Quando a pessoa vive uma situação de doença ou incapacidade pode necessitar de readaptações ou reajustes no desempenho das atividades de vida diária ou ainda de satisfazer novas necessidades no seu autocuidado, induzidas pela patologia e/ou tratamento (Alspach, 2011).

Nesse sentido, Theuerkauf (2000, p.173) menciona que o autocuidado *“é mais do que um grupo de capacidades aprendidas. É um adquirir a capacidade de funcionar eficazmente após um acidente ou doença e assumir a responsabilidade pelos cuidados de saúde pessoais”*.

No caso particular da cirurgia que conduz à formação de uma ostomia, esta exigirá que a pessoa reajuste as suas atividades de vida diária à nova condição de ostomizada, bem como adquira novas competências direcionadas para o autocuidado à ostomia.

O autocuidado a uma ostomia pode ser definido como a capacidade da pessoa para desempenhar as competências de gestão da sua ostomia (Sampaio et al., 2008). Este engloba o desenvolvimento de conhecimentos, capacidades e comportamentos para cuidar do estoma, da pele circundante, mudar e manter os dispositivos da ostomia, prevenir e gerir complicações e ainda identificar e utilizar recursos de saúde (Readding, 2005; O’Connor, 2005).

Apesar de a teoria de Orem ser o modelo teórico que fundamenta o fenómeno do autocuidado, para a elaboração deste trabalho optou-se pela utilização da definição de autocuidado do Conselho Internacional de Enfermeiros. O motivo dessa decisão foi o reconhecimento da relevância da utilização de uma linguagem/quadro de referência comum e unificador para o desenvolvimento disciplinar e por a CIPE® ser a terminologia mais utilizada nos padrões de documentação dos sistemas de informação de Enfermagem vigentes.

Segundo o Conselho Internacional de Enfermeiros (2011, p.41), o foco autocuidado é uma atividade executada pelo próprio, centrada no *“tratar do que é necessário para se manter, manter-se operacional e lidar com as necessidades individuais básicas e íntimas e as atividades de vida diária”*. Pela definição apresentada percebemos que se constitui como uma área de atenção relevante para a Enfermagem e que se enquadra nos pressupostos descritos anteriormente para o conceito de autocuidado, apesar de não estar especificamente dirigido à ostomia.

1.2.1. A Competência no Autocuidado à Ostomia de Ventilação

Para Gemelli e Zago (2002), face à problemática em estudo, o papel do enfermeiro centra-se na capacitação e desenvolvimento das potencialidades da pessoa para o desempenho do seu autocuidado de forma autónoma, reconhecendo-a como agente participante do processo de saúde e de cuidar. O enfermeiro é portanto o principal responsável pelo desenvolvimento da competência da pessoa para o autocuidado à sua ostomia (Fo et al., 2010). Neste sentido, definir o conceito de competência torna-se fundamental para a compreensão do fenómeno em análise.

O conceito de competência foi definido por Fleury e Fleury (2001) como o conjunto de conhecimentos, habilidades e atitudes, enquanto capacidades humanas, que justificam um bom desempenho. Noutras palavras, estes autores consideram que a competência pode ser percebida como o conjunto de recursos que a pessoa tem e adquire, fundamentados na sua inteligência e personalidade. Esta implica, portanto, saber como mobilizar, integrar e transferir os conhecimentos, recursos e habilidades necessários face a um determinado contexto específico (Ibidem).

Segundo Perrenoud (2000 Cit. por Mitchell, 2004), a competência pode também ser definida como a mobilização correta, rápida, pertinente e criativa de múltiplos recursos cognitivos, nomeadamente o saber, as habilidades, a inteligência, os esquemas de percepção/raciocínio e os valores e comportamentos, para solucionar um determinado problema.

Na mesma linha de pensamento, a aprendizagem, que neste caso particular será equiparada ao desenvolvimento de competência, foi definida por Bloom e colaboradores (1956 Cit. por Metcalf, 1999) como a obtenção de habilidades instrumentais (psicomotoras), conhecimento e atitudes, que podem ser conseguidos através do estudo, da experiência e do ensino. Segundo os seus autores, esses três elementos estão inter-relacionados mas são independentes. No que concerne ao domínio instrumental, este diz respeito ao conjunto de habilidades técnicas e práticas que a pessoa deve adquirir. Por sua vez, o domínio cognitivo (conhecimento) consiste no conjunto de saberes e informações que a pessoa deve possuir. Para tal, a pessoa deve ser capaz de desempenhar atividades intelectuais (como o uso do julgamento e a memória) que lhe permitam reter e compreender a informação e o conhecimento aprendido. Por fim, a atitude, prende-se com o conjunto de valores, crenças e respostas emocionais que condicionam quer a aquisição de competência quer o

desempenho da mesma (Ibidem).

Assim sendo, paralelamente às capacidades cognitivas e instrumentais, a condição psicológica e a motivação da pessoa são determinantes para o envolvimento da mesma na aprendizagem (Kaluger e Kaluger, 1984 e Slavin, 1991 Cit. por Metcalf, 1999).

Segundo Mitchell (2004), independentemente da definição escolhida, duas noções são indissociáveis da definição de competência: por um lado trata-se de um conceito dependente da pessoa e das suas capacidades individuais, por outro lado que o desenvolvimento da competência se trata de um processo, cujos resultados podem ser medidos. Assim, concebê-la como um processo significa reconhecê-la como uma manifestação da atividade humana, que engloba não somente a habilidade *per si* mas também a intencionalidade e valores que influem o seu desempenho.

Assumindo a possível variabilidade do conceito perante os diferentes autores, nesta investigação será adotada de forma consensual a definição de Fleury e Fleury (2001) que caracterizam a competência como o conjunto de conhecimentos, de habilidades instrumentais e de atitudes, estruturados em função de uma finalidade e num tipo de situação determinado.

Seguindo este raciocínio e reportando a definição anterior de competência mas agora especificamente para o autocuidado à ostomia, Gemelli e Zago (2002) referem igualmente que esta deve englobar não somente aspetos de domínio cognitivo e habilidades motoras, mas também as atitudes da pessoa face à ostomia e às mudanças que acarreta na sua vida. Ou seja, incorpora os novos conhecimentos que a pessoa deve adquirir para o cuidado à ostomia, como o desempenho psicomotor para trocar dispositivos, cuidados à pele, estoma e dispositivos, bem como com as atitudes que a pessoa adota perante a necessidade de adaptação e mudança (Metcalf, 1999).

Segundo Readding (2005), o desenvolvimento da competência no autocuidado à ostomia deve englobar:

- A aquisição de conhecimento sobre o estoma (o que é, características e função), cuidados com o estoma e pele circundante, equipamentos/dispositivos necessários à ostomia, onde adquirir equipamentos e informações e ainda sobre medidas de prevenção de complicações;
- A aquisição de habilidades práticas para cuidar do estoma, nomeadamente preparar o material necessário, remover e aplicar dispositivos, limpar e secar o estoma e pele circundante, aplicar produtos necessários na pele e fixar os equipamentos;
- A autovigilância da ostomia e dos seus dispositivos, na medida em que a inspeção da

pele e monitorização do estoma e dispositivos são consideradas como intervenções preventivas de complicações.

No caso concreto do desenvolvimento da competência no autocuidado à ostomia de ventilação, esta é definida como o processo que envolve a aquisição de conhecimento sobre o que esperar antes, durante e após a cirurgia, o desenvolvimento de habilidades técnicas para desempenhar o autocuidado e a cooperação com os desafios de viver com uma traqueostomia (Engelke, 2011).

Mitchel e colaboradores (2012), bem como Engelke (2011), referem que no domínio do conhecimento, a pessoa com ostomia de ventilação será competente se souber:

- O que é a traqueostomia, finalidade, tipo de traqueostomia e suas características;
- O tipo de cânula/equipamento e a sua influência no cuidado à ostomia;
- Como e quando limpar a traqueostomia e pele circundante;
- Como e quando limpar os equipamentos da traqueostomia (cânula, prótese...);
- As características das secreções;
- Como prevenir as complicações.

No que concerne à aquisição de habilidades, os autores mencionam a importância do desenvolvimento de competência técnica, de forma gradual, passo a passo, relativa a:

- Troca de equipamentos (Mitchel et al., 2012);
- Limpeza da traqueostomia (Engelke, 2011);
- Mecanismos de limpeza das vias aéreas (Engelke, 2011).

Paralelamente, Engelke (2011) menciona a importância da pessoa ser incentivada a participar na tomada de decisão acerca do seu tratamento, cuidados e equipamentos da traqueostomia e de ser capacitada para o reconhecimento de problemas e resposta aos mesmos. Efetivamente, tomar decisões relacionadas com a saúde e o autocuidado engloba identificar sinais de alerta através da autovigilância/automonitorização, determinar a gravidade das situações através da interpretação dos sinais, considerar as suas possíveis causas, identificar cursos de ação alternativos, considerar as implicações das suas opções/decisões e prever as consequências das mesmas (Thorne, Paterson e Russell, 2003). Assim, só se poderá falar em tomada de decisão quando a pessoa apresentar conhecimento sobre a sua doença, tratamento/cuidados, respostas corporais ao tratamento/cuidados e possíveis sinais de complicações. Para além desse conhecimento, deverá ainda possuir capacidades para vigiar e cuidar, baseadas na sua experiência pessoal com a doença e com o

contexto único da sua vida com a mesma (Thorne, Paterson e Russell, 2003). Neste sentido, se depreende que a tomada de decisão será dependente de vários fatores, como a perceção do estado de saúde/doença, o ambiente, o conhecimento, as capacidades, as expectativas e ainda a relação custo/benefício da ação (Munhall, 2001).

Por outro lado, Engelke (2011) salienta ainda a importância da pessoa com traqueostomia saber identificar recursos para esclarecimento de dúvidas e auxílio na resolução de problemas. Na mesma linha de pensamento, no artigo publicado por Joseph (2011) sobre as competências que os pais devem adquirir para cuidar de uma criança com ostomia de ventilação em casa, salienta também a importância do desenvolvimento da capacidade de identificar e gerir recursos, nomeadamente recursos de saúde hospitalares, comunitários e grupos de suporte para apoio técnico, obtenção de informação, partilha de dificuldades e esclarecimento de dúvidas.

É importante salientar que a literatura existente sobre o autocuidado à ostomia se reporta essencialmente ao domínio do conhecimento – informação que a pessoa deve ter para o desempenho do cuidado à ostomia – e ao domínio do executar – habilidades técnicas que a pessoa deve ter para cuidar do estoma e dos seus equipamentos. Assim, pouco se sabe sobre os restantes domínios da competência de autocuidado à ostomia que são brevemente mencionados ou inferidos nos artigos – como a tomada de decisão, identificação/gestão de recursos, vigilância/monitorização e interpretação – mas que são já largamente reconhecidos e estudados noutras áreas da enfermagem como por exemplo no autocuidado: gestão do regime terapêutico na doença crónica.

No âmbito das atitudes, de entre os fatores descritos na literatura como principais condicionantes (facilitadores ou inibidores) da aquisição de competência de autocuidado – e consequentemente da própria transição – salientam-se a motivação, a perceção da autoeficácia, a satisfação com a informação pré-operatória, o autocontrolo, as estratégias de *coping*, o envolvimento no processo de ensino e aprendizagem, e as crenças relativas à ostomia (Readding, 2005).

A motivação envolve a confiança que a pessoa tem em si própria enquanto aprendiz, a sua perceção de sucesso e a sua vontade ou desejo de aprender (Babcock e Miller, 1994 Cit. por Metcalf, 1999). Efetivamente, esta fortifica a aprendizagem e o desenvolvimento de competência (Metcalf, 1999).

Por sua vez, a autoeficácia desempenha um importante papel na adaptação pós-operatória, estando associada a sentimentos mais fortes de competência e mestria bem como a menos problemas psicológicos (Metcalf, 1999). Bekkers e colaboradores (1996)

definem a autoeficácia no autocuidado à ostomia como as expectativas/convicção da pessoa quanto à sua capacidade de gerir os cuidados à ostomia. Marques e colaboradores (Cit. por O'Connor, 2005) descobriram que as pessoas que se sentiam confiantes com a mudança dos dispositivos da ostomia demonstravam scores de qualidade de vida significativamente mais elevados do que os que não se sentiam confiantes nas suas capacidades.

A informação pré-operatória é igualmente descrita como um fator que pode influenciar a adaptação à ostomia e conseqüentemente o desenvolvimento da competência no autocuidado à ostomia. Quando a pessoa é confrontada com a necessidade de realização de uma ostomia, frequentemente enfrenta sentimentos de ansiedade, medo, depressão, especialmente quando o diagnóstico médico associado é de cancro. Nestas situações o ensino pré-operatório pode auxiliar a diminuir esses sentimentos e contribuir para o enfrentamento da situação e recuperação da confiança (O'Shea, 2001 Cit. por Pontieri-Lewis, 2006). Paralelamente, o ensino pré-operatório permite que o enfermeiro esclareça mitos, crenças e implicações culturais; identifique condições sociais, comportamentais, físicas ou cognitivas que possam condicionar o curso da doença e do seu tratamento (Walker e Lachman, 2013). Efetivamente, Richbourg e colaboradores (2007 Cit. por Walker e Lachman, 2013) demonstraram que a falta de informação pré-operatória está relacionada com um aumento de problemas urgentes/emergentes, sentimentos de negação e complicações pós-operatórias. Ley (1988 Cit. por Serra, 2000) refere ainda que doentes bem informados no pré-operatório estão mais predispostos a envolver-se nos cuidados no pós-operatório e revelam maiores níveis de satisfação e qualidade de vida.

Por outro lado, há medida que a pessoa desenvolve mestria no autocuidado à ostomia, maior sentido de autocontrolo ela sente, pelo que o autocontrolo, neste caso, poderá estar direta e proporcionalmente relacionado com a competência de autocuidado e com a adaptação psicológica à ostomia (RNAO, 2009; Gesaro, 2012). Averill (1973 cit por Metcalf, 1999) sugere que o autocontrolo é constituído por três componentes – comportamental, cognitivo e decisional – e pode ser usado pela pessoa para tornar um evento crítico menos ameaçador. O controlo cognitivo refere-se ao adquirir e interpretar informação sobre o evento ameaçador e desenvolver um plano cognitivo de ação sobre o mesmo. O controlo comportamental diz respeito ao desempenho da ação planeada. O controlo decisional envolve escolher ou contribuir para a escolha de cursos alternativos da ação.

Estabelecendo um paralelismo da definição de autocontrolo de Averill para a ostomia, Melcalf (1999) menciona que o controlo cognitivo da ostomia adquire-se com a aquisição de informação sobre o estoma, cuidados ao estoma, sua funcionalidade e impacto no seu estilo

de vida. O controlo comportamental obtém-se com o desenvolvimento das capacidades técnicas do autocuidado, tais como troca de equipamentos, limpeza do estoma, verificação da correta fixação dos equipamentos. Por sua vez, o controlo decisional pode ser desenvolvido com o envolvimento da pessoa nas decisões relacionadas com o cuidado ao estoma, tais como preferências de equipamentos, horários dos cuidados, frequência de consultas de enfermagem no *follow-up*.

Por outro lado, uma outra atitude condicionadora do desenvolvimento de competência é o *coping*. É já sabido que as pessoas submetidas a ostomia provisória/temporária tendem a usar a fuga e evitamento como estratégias para lidar com a sua ostomia, pelo que se envolvem menos no autocuidado. Pelo contrário, pessoas submetidas a ostomias reconhecidamente definitivas tendem a usar estratégias mais confrontativas, focadas na resolução de problemas, no enfrentamento e no desenvolvimento de confiança (RNAO, 2009), pelo que mais facilmente se adaptam à condição de ostomizados e desenvolvem competências de autocuidado mais precocemente.

Não obstante, Stuchfield (2000, Cit. por O'Connor, 2005) menciona que outro fator que poderá influenciar o desenvolvimento de competência no autocuidado à ostomia é a presença de um familiar/cuidador informal. Numa fase inicial da transição para casa, a presença de um familiar informado e capaz de assistir nos cuidados à ostomia é considerado reconfortante para a pessoa com ostomia, principalmente enquanto esta se sente insegura ou debilitada. Contudo, o desenvolvimento de competência do familiar cuidador para o cuidado à ostomia não deve inviabilizar ou retardar o desenvolvimento de autonomia da pessoa ostomizada, até como parte integrante do processo reabilitativo e de transição.

De salientar ainda que foram identificados outros fatores que se podem relacionar com a adaptação psicológica à ostomia e com o desenvolvimento de competência de autocuidado à ostomia, nomeadamente:

- Características sociodemográficas como a idade, o *status* socioeconómico, o estado civil e o suporte social existente (Bekkers et al., 1996; Brown e Randle, 2005);
- Fatores clínicos como o diagnóstico, os sintomas pré-operatórios, o tipo de ostomia quanto à duração (definitiva ou temporária), o tempo decorrido desde a cirurgia e a presença de complicações pós-operatórias (Bekkers et al., 1996; Brown e Randle, 2005; RNAO, 2009).

Assumindo a influência destes diferentes fatores no processo de transição e no desenvolvimento de competência no autocuidado à ostomia de ventilação, facilmente se reconhece a importância da sua identificação e compreensão.

1.2.2. *Avaliação da Competência no Autocuidado à Ostomia de Ventilação*

Promover a aquisição de competência da pessoa e da família para o cuidado à ostomia, de acordo com as necessidades individuais, preferencialmente antes da alta hospitalar, é recomendado como boa prática de enfermagem (RNAO, 2009). Para tal, o enfermeiro deverá delinear, o mais precocemente possível, um plano de cuidados individualizado, adaptado às necessidades particulares da pessoa, de forma a capacitá-la para uma vida autónoma com a sua ostomia.

Efetivamente, realizar o diagnóstico das necessidades de cuidados de enfermagem deverá ser o primeiro passo para qualquer ação do enfermeiro. Só após uma avaliação inicial, com a identificação das necessidades específicas de cuidados, é que o enfermeiro poderá definir o seu plano de intervenção, devidamente dirigido.

Avaliar a competência de autocuidado à ostomia de ventilação é indispensável pois, por um lado, permite ao enfermeiro definir o seu plano de intervenção inicial face às necessidades de cuidados identificadas nesse âmbito e, por outro lado, possibilita a monitorização da evolução no processo de desenvolvimento de competência no autocuidado. Assim, essa avaliação pode ser considerada uma atividade diagnóstica – essencial para a identificação das necessidades e definição do plano de cuidados – bem como uma atividade de avaliação – para a monitorização da evolução da aquisição de competência da pessoa e da eficácia das intervenções implementadas.

Neste sentido, pode assumir-se que a avaliação das necessidades de aprendizagem tem múltiplas finalidades para o enfermeiro: (1) permite dirigir as necessidades de aprendizagem, pois fornece os dados sobre o que a pessoa precisa de aprender, (2) pode ser usada para determinar o grau de sucesso/eficácia alcançados pela pessoa, (3) permite orientar sobre o progresso na aprendizagem da pessoa, (4) fornece oportunidade para reforçar os resultados pretendidos e (5) facilita a adequação das intervenções e estratégias utilizadas no processo (Redman, 2003).

Assim, através da avaliação da competência para o autocuidado à ostomia de ventilação compara-se o que a pessoa sabe/demonstra, com os critérios/padrões de desempenho esperados, emitindo assim um juízo sobre a sua adequação e potencialidade.

O processo de avaliação consiste, portanto, em estabelecer o valor relativo de algo, comparando-o a um padrão previamente determinado, permitindo mensurar o progresso na obtenção dos objetivos definidos (Redman, 2003).

No contexto da problemática em estudo, que consiste numa transição do tipo saúde/doença desencadeada pela cirurgia que conduz à formação de uma ostomia de ventilação, a avaliação da competência da pessoa tem um papel preponderante não só na promoção da consciencialização relativamente à mudança, mas também na compreensão do progresso da transição da pessoa, *per si*.

O término de uma transição saudável é caracterizado pela existência de mestria nos comportamentos e integridade fluída nas atitudes inerentes à nova condição e à nova identidade, e que se prolonga no tempo. Assim, considera-se que uma transição termina quando a pessoa demonstra conhecimentos, habilidades e comportamentos ajustados às novas circunstâncias, que possibilitam o desempenho do novo papel com satisfação e perícia (Meleis et al., 2000; Meleis, 2007).

Neste sentido, depreende-se que a avaliação do desenvolvimento de competência no autocuidado à ostomia de ventilação monitoriza a própria transição para a vida com uma ostomia, enquanto indicador de processo da transição e, eventualmente, como um possível indicador de resultado.

De facto, o desenvolvimento de competência para o autocuidado à ostomia é um processo complexo, baseado na avaliação contínua, no estabelecimento de metas e na resolução de problemas. Essa avaliação requer observar, questionar e validar conhecimentos e habilidades (Readding, 2005).

Este processo deverá iniciar-se o mais precocemente possível e preferencialmente no período pré-operatório (Lenza et al., 2013). A avaliação pré-operatória proporciona ao enfermeiro a oportunidade de mensurar o conhecimento da pessoa sobre a doença e o tratamento. Permite também identificar fatores sociodemográficos que possam influenciar o desenvolvimento da competência de autocuidado à ostomia (tais como situação profissional, recursos sociais e familiares, escolaridade, idade, entre outros). Permite ainda perceber possíveis limitações cognitivas e/ou físicas que condicionem a aprendizagem e o desempenho motor do autocuidado (Pontieri-Lewis, 2006).

Após a avaliação inicial, o enfermeiro deverá fazer uma avaliação contínua do processo de desenvolvimento de competência da pessoa no autocuidado à ostomia de ventilação, ao longo de todo o internamento e após o regresso a casa, no domicílio.

Efetivamente, Metcalf (1999) salienta a importância da pessoa ser competente em todos os domínios do autocuidado à ostomia até à alta hospitalar. Para além do conhecimento inerente à gestão dos cuidados à ostomia, antes do regresso a casa, a pessoa deverá demonstrar as habilidades psicomotoras que lhe permitirão desempenhar os cuidados e

utilizar os dispositivos da ostomia. Assim, idealmente, a pessoa submetida a uma ostomia de ventilação deverá antes da alta hospitalar ser capaz de desempenhar habilidades motoras complexas para cuidar da sua ostomia de ventilação de forma efetiva e segura. Paralelamente deverá ter habilidades intelectuais e cognitivas que lhe permitam compreender as informações importantes para a sua manipulação. Deve ainda ser considerado o seu bem-estar psicológico, pois um estilo de vida saudável com uma traqueostomia depende da motivação e das atitudes da pessoa perante a gestão das rotinas e implicações diárias do autocuidado à ostomia (Bowers e Scase, 2007).

Contudo, as altas hospitalares cada vez mais precoces, face à necessidade de contenção de custos na saúde, não possibilitam a aquisição de mestria no desempenho de todos os cuidados inerentes à ostomia, menos ainda de uma identidade integradora da mudança durante o internamento. Este processo inevitavelmente tem de ser continuado nos serviços comunitários após a alta hospitalar.

Assim, uma partilha de informação organizada e completa entre o hospital e os recursos de saúde da comunidade é essencial para a continuidade dos cuidados e conseqüentemente para a finalização saudável da transição. Nessa partilha de informação estruturada entre os diferentes serviços de saúde deve ser incluída informação relacionada com a condição clínica da pessoa, situação de doença e tratamento, bem como com a avaliação do progresso da pessoa no desenvolvimento de competências para o autocuidado à ostomia (O'Connor, 2005), enquanto padrão de resposta da transição.

Segundo Quinn (2000 Cit. por O'Connor, 2005) a definição de um plano de intervenção /avaliação, partilhado pelos diferentes recursos de saúde, para o desenvolvimento de competências para o autocuidado à ostomia ajuda a minimizar a possibilidade de omissão de algum domínio particular do autocuidado e assegura que todos os domínios de competência necessários para a autonomia e transição saudável são assegurados.

Efetivamente, até ao momento ainda não existe um instrumento estruturado e sistematizado que descreva e sistematize o desenvolvimento de competência para o autocuidado à ostomia de ventilação ou que permita avaliá-lo. Existem já instrumentos de avaliação da autoeficácia no autocuidado à ostomia, da qualidade de vida da pessoa com ostomia de ventilação, contudo não existe ainda nenhum especificamente dirigido à avaliação do desenvolvimento da competência para o autocuidado à ostomia de ventilação.

Neste sentido, uma das grandes limitações que os enfermeiros sentem na prestação de cuidados e na preparação do regresso a casa relaciona-se, por um lado, com a dificuldade em descrever e avaliar de forma sistematizada o desenvolvimento de competência da pessoa

para o autocuidado à sua ostomia de ventilação, e por outro lado, em partilhar essa informação estruturada relativa ao desenvolvimento de competência no autocuidado a ostomia com os enfermeiros que prestam cuidados na comunidade.

Face a essa limitação na avaliação e na partilha de informação sobre o autocuidado à ostomia de ventilação, existe ainda pouco conhecimento científico produzido e atualizado sobre o nível de competência que as pessoas portadoras de ostomia de ventilação possuem no autocuidado à sua ostomia, que permita uma maior compreensão deste fenómeno e que fundamente as decisões clínicas neste âmbito.

CAPITULO 2 – ENQUADRAMENTO METODOLÓGICO

A investigação em Enfermagem visa a produção de uma base científica que fundamente a sua prática e assegure a sua credibilidade enquanto profissão e disciplina. Assim, a investigação proporciona o incremento do seu campo de conhecimento e facilita o seu desenvolvimento enquanto ciência (Fortin, 2009). Para que tal seja possível, a investigação deverá assentar num processo racional, sistemático e rigoroso, que se traduza num método de investigação harmonizado com as orientações e objetivos do estudo (Ibidem).

Perante isto, no presente capítulo será efetuado um enquadramento metodológico da investigação, que incluirá a justificação, as questões e o desenho do estudo; a seleção e construção do instrumento de colheita de dados, a definição das variáveis, a escolha da população alvo e amostra, bem como as fundamentações que motivaram essas opções.

2.1. Justificação do Estudo

A reconstrução da autonomia no autocuidado após uma condição de doença ou incapacidade constitui-se como um dos principais domínios do exercício profissional dos enfermeiros e cujo conhecimento base é circunscrito ao da disciplina de Enfermagem (Pereira, 2007; Silva, 2007).

Notoriamente, a promoção da autonomia no autocuidado à ostomia tem sido descrita como uma estratégia crucial para a participação e responsabilização ativa da pessoa no tratamento da sua doença. Ao estimular o *empowerment* e a autonomia da pessoa, o enfermeiro contribui para a sua reabilitação e para a transição para uma vida saudável com uma ostomia (Gemelli e Zago, 2002).

Assim, foram várias as razões que fundamentaram a decisão sobre o objeto de estudo desta investigação. Por um lado, o número crescente de pessoas com ostomia de ventilação.

Por outro lado, as altas hospitalares cada vez mais precoces, que se repercutem na difícil gestão do tempo disponibilizado durante o internamento para o desenvolvimento de competência no autocuidado à ostomia de ventilação e assim impulsionam a necessidade de continuidade de cuidados na comunidade. Não obstante, a relevância da competência no autocuidado à ostomia de ventilação para a autonomia da pessoa, para a sua saúde, bem-estar e conseqüentemente para a sua qualidade de vida. Paralelamente, o pouco conhecimento científico atualizado existente sobre o nível de competência da pessoa com ostomia de ventilação para o autocuidado à sua ostomia. Por outro lado, a importância da sistematização da colheita de dados relevantes sobre o autocuidado à ostomia de ventilação, enquanto atividade diagnóstica para a identificação dos diagnósticos de enfermagem relativos ao autocuidado à ostomia de ventilação, bem como a atividade de avaliação da eficácia das intervenções de enfermagem implementadas e respetivos indicadores de resultado. Finalmente, pela inexistência de instrumentos que permitam avaliar, de forma estruturada e sistemática, a competência no autocuidado à ostomia de ventilação.

2.2. Questões de Investigação

Face ao anteriormente explanado, foi possível compreender que ainda não existe evidência sistematizada sobre a competência de autocuidado da pessoa com ostomia de ventilação, que auxilie e sustente a decisão/ação dos enfermeiros que prestam cuidados à pessoa com ostomia de ventilação.

Neste sentido, foram definidas as seguintes questões de investigação:

- 1.** Qual o nível de competência de autocuidado na pessoa com ostomia de ventilação?
- 2.** Existem diferentes níveis de competência de autocuidado na pessoa com ostomia de ventilação, de acordo com as suas variáveis de atributo, clínicas e de tratamento?

2.3. Desenho do Estudo

O desenho de investigação pode definir-se como uma estrutura geral ou plano de investigação do estudo (Ribeiro, 2010).

Face às questões delineadas e aos objetivos que lhe estão associados, a presente investigação teve de dividir-se em duas fases pois, como foi previamente mencionado, não existia ainda um instrumento que permitisse avaliar a competência para o autocuidado à ostomia de ventilação e que, conseqüentemente, permitisse responder às questões de investigação formuladas.

Nesse sentido, a primeira fase desta investigação – nominada de estudo 1 – reportou-se à construção de um novo instrumento de medida, neste caso particular, um formulário de avaliação da competência de autocuidado da pessoa com ostomia de ventilação. Face ao explanado, é conferido ao estudo 1 um cariz metodológico. Os estudos que englobam a construção de novos instrumentos de medida são considerados metodológicos e são indispensáveis para a produção de conhecimento disciplinar (Polit, Beck e Hungler, 2006). O estudo metodológico *“visa estabelecer e verificar a fidelidade e validade dos novos instrumentos de medida, permitindo aos investigadores utilizá-los com toda a confiança”* (Fortin, 2009, p.255). Quando um investigador constrói um novo instrumento de medida deve garantir que é aplicável a vários grupos da população ao qual se dirige, é apropriado às dimensões do conceito que está a medir, é fácil de utilizar e é suficientemente sensível para revelar mudanças no tempo (Fortin, 2009). Assim, a pesquisa metodológica lida com a medição de um conceito, através de ferramentas confiáveis e válidas (Lobiando-Wood e Haber, 2001).

Por sua vez, a segunda fase da investigação – nominada de estudo 2 – engloba a vertente descritiva da competência de autocuidado da pessoa com ostomia de ventilação, pelo que consiste numa investigação do tipo quantitativa, descritiva e transversal.

Segundo Polit e Beck (2011), o propósito dos estudos quantitativos não experimentais do tipo descritivos consiste em observar, descrever e documentar aspetos de uma determinada situação. Quando um tema ainda foi pouco estudado, como é o caso desta investigação, é necessário descrever as suas características antes de se estabelecer relações de associação ou de causalidade (Fortin, 2009). Assim, os estudos de cariz descritivo pretendem determinar a natureza e as características de conceitos, populações ou fenómenos em estudo. Para tal, o investigador observa, descobre, caracteriza e classifica a informação recolhida e produzida,

de forma a conhecer e definir com precisão o seu objeto de estudo (Fortin, 2009). De acordo com Fortin (2009, p.236), “*como se situam num primeiro nível de investigação, os estudos descritivos são geralmente baseados em questões de investigação ou objetivos e não em hipóteses*”.

No que concerne ao domínio temporal, trata-se de um estudo transversal pois os dados foram colhidos e examinados num ponto específico do tempo; ou seja, foram obtidos apenas numa única ocasião/momento (Lobiando-Wood, Haber, 2001), do período pós-operatório.

Na figura 1 é sintetizada a informação explanada para o desenho do estudo:

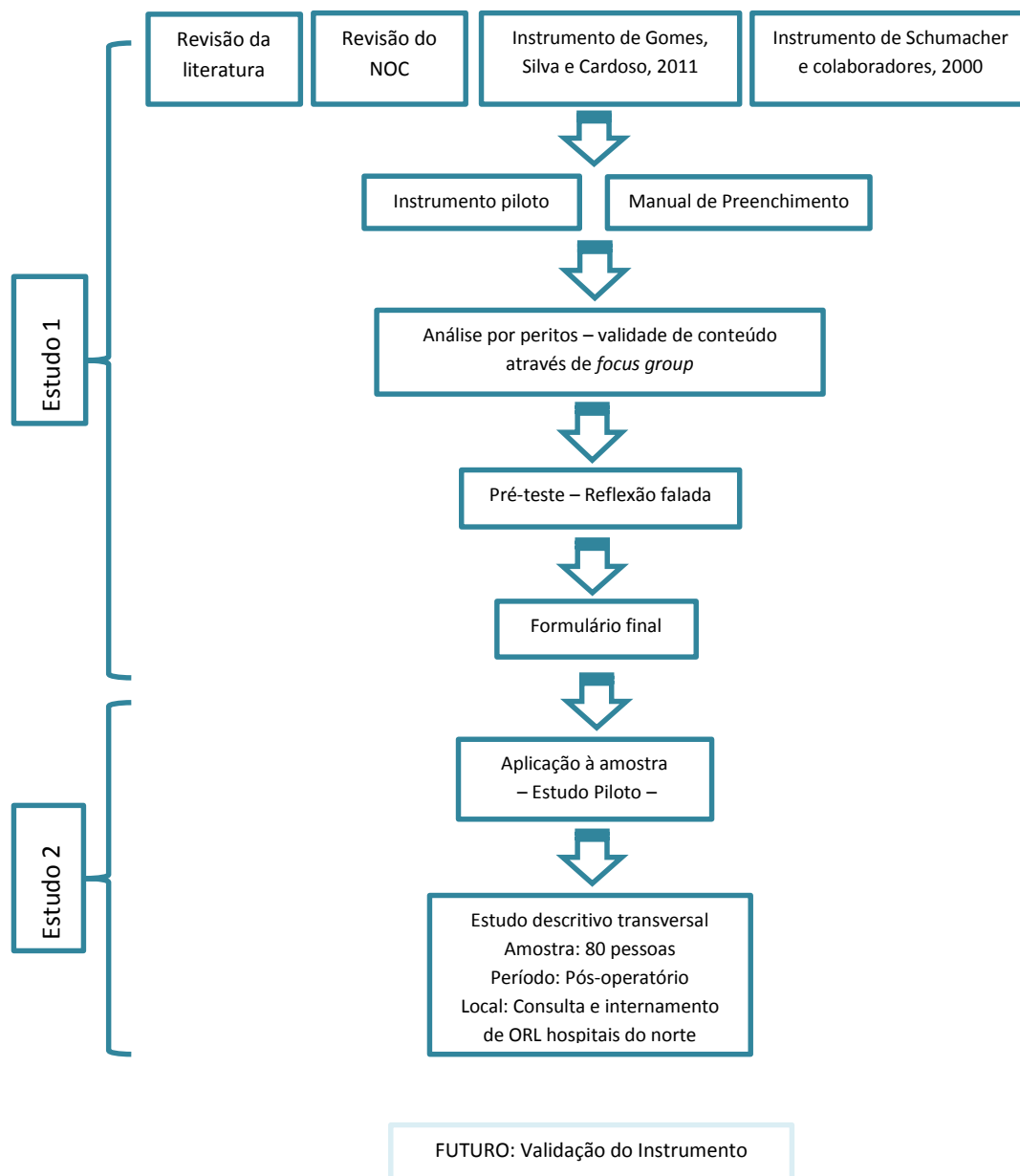


FIGURA 1: Desenho do Estudo

2.4. Estudo 1 - Construção do Instrumento de Colheita de Dados

A escolha do método de colheita de dados é dependente da natureza do problema em estudo, do conhecimento pré-existente sobre as variáveis em análise, do desenho do estudo, da possibilidade de obter medidas adequadas para as definições conceptuais, da fidelidade e validade dos instrumentos de medida que já existem e da possível conceção de novos instrumentos pelo investigador (Fortin, 2009).

No caso dos estudos descritivos, os métodos de recolha de dados podem ser variados, estruturados ou não-estruturados de acordo com as características do estudo (Fortin, 2009).

Como foi anteriormente mencionado, a primeira fase desta investigação – estudo 1 – consistiu na construção do *“Formulário de avaliação do desenvolvimento da competência de autocuidado na pessoa com ostomia de ventilação¹”*.

O formulário é um instrumento com o mesmo formato estrutural do questionário, mas é preenchido pelo investigador/pesquisador (Baptista e Campos, 2007). 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. Não obstante, salienta-se o facto da avaliação da competência de autocuidado à ostomia de ventilação constituir-se como informação de consumo particularmente relevante para a prática de enfermagem, pelo que se torna significativa para a conceção de cuidados realizada pelo enfermeiro.

De referir ainda o facto de se ter pretendido que o instrumento fosse não somente um método avaliativo, mas também um guia orientador do enfermeiro sobre o desenvolvimento da competência de autocuidado e do processo de transição para a vida com uma ostomia de ventilação. Assim, o instrumento foi desenvolvido de forma a poder ser aplicado em qualquer fase do desenvolvimento da competência para o autocuidado à ostomia de ventilação, ou seja, desde a fase inicial da transição até que esta esteja concluída.

Para garantir a confiabilidade e rigor dos resultados obtidos com o instrumento criado,

¹ Ver Anexo I – Formulário de Avaliação do Desenvolvimento da Competência de Autocuidado na Pessoa com Ostomia de Ventilação

segundo Lobiando-Wood e Haber (2001) o investigador deverá cumprir as seguintes etapas:

1. Definir o construto ou conceito que pretende medir;
2. Formular os itens do instrumento, que se constituem como indicadores mensuráveis do conceito em análise;
3. Avaliar se existe validade de conteúdo dos itens do instrumento;
4. Desenvolver instruções para os utilizadores do instrumento;
5. Pré-testar e aplicar um teste piloto aos itens/indicadores do instrumento;
6. Testar a sua confiabilidade e validade (Ibidem).

Neste sentido, o processo de construção do instrumento de avaliação do desenvolvimento de competência da pessoa no autocuidado à ostomia de ventilação assentou numa sequência de etapas bem definidas, que serão explanadas de seguida.

2.4.1. Definição do Conceito

Iniciou-se este processo com a elaboração de uma revisão da evidência produzida até à data sobre os conceitos em análise. De acordo com Lobiando-Wood e Haber (2001) definir o conceito a ser medido requer uma revisão exaustiva da literatura e de todos os testes e instrumentos pré-existentes que visam medir esse conceito, de forma a adquirir segurança nesse construto.

Após essa revisão, o investigador deverá definir e sintetizar o conhecimento obtido sobre o conceito em estudo. A síntese da evidência encontrada foi apresentada resumidamente no capítulo da contextualização teórica. De salientar que, como base e fundamento do instrumento criado, foram utilizadas as definições do conceito de autocuidado do CIE (2011, p.41): atividade executada pelo próprio, centrada no *“tratar do que é necessário para se manter, manter-se operacional e lidar com as necessidades individuais básicas e íntimas e as atividades de vida diária”* e de competência de Fleury e Fleury (2001): o conjunto de conhecimentos, de habilidades instrumentais e de atitudes, estruturados em função de uma finalidade e num tipo determinado de situação.

2.4.2. *Formulação dos Itens do Instrumento: Indicadores do Conceito*

Após a definição do construto, o investigador deverá criar ou desenvolver as diferentes questões ou itens que medem esse conceito em análise. A operacionalização de um conceito consiste no processo em que este é traduzido, de forma explícita, para as dimensões e respetivos indicadores que o permitem mensurar. O processo começa assim pela definição do conceito, pelas dimensões que explicitam o seu significado e os indicadores que o permitem medir (Fortin, 2009).

Para a elaboração dos itens do formulário foram inicialmente analisadas as orientações da Classificação dos Resultados de Enfermagem (Nursing Outcomes Classification - NOC) (Moorhead et al., 2010) sobre os indicadores de resultados referentes ao *“Autocuidado da Ostomia”* e ao *“Conhecimento: cuidado da ostomia”*. Posteriormente, esses indicadores foram comparados com os descritos na literatura revista e com a experiência pessoal no contexto da prática clínica.

De seguida, para a organização e sistematização desses indicadores de resultado identificados, foi utilizada a lógica estrutural de um instrumento pré-existente, construído por Gomes, Silva e Cardoso (2011), que visa avaliar o desenvolvimento de competência no autocuidado à ostomia de eliminação intestinal. A organização estrutural desse instrumento, atualmente em fase de validação, foi, por sua vez, adaptado do instrumento criado e validado por Schumacher e colaboradores (2000), referente à avaliação do desenvolvimento de competência do prestador de cuidados da pessoa dependente.

Segundo Comrey (1988 Cit. por Ribeiro, 2010) um método fácil e seguro de desenvolver e organizar itens é optar pelos existentes noutras escalas, desde que estas tenham sido desenvolvidas para avaliar o mesmo constructo e se relacionem estatisticamente, como é o caso.

Assim, face à natureza multidimensional da competência para o autocuidado à ostomia de ventilação, os indicadores selecionados foram organizados em seis principais dimensões/domínios, conforme estabelecido por Gomes, Silva e Cardoso (2011): (A) Conhecimento, (B) Autovigilância, (C) Interpretação, (D) Tomada de Decisão, (E) Execução e (F) Negociação e Utilização de Recursos de Saúde.

No que concerne à avaliação do (A) Conhecimento no autocuidado à ostomia de ventilação, os indicadores de resultado traduzem o saber e compreensão que a pessoa tem acerca do que é a ostomia de ventilação, finalidade, características, consequências, sinais de

complicações da mesma, quais os dispositivos necessários para o cuidado à ostomia de ventilação, quando e como substitui os dispositivos, como realiza a manutenção dos mesmos, como e quando procede à limpeza da ostomia, quais os recursos na comunidade e quais as medidas de prevenção de complicações.

Quanto à (B) Autovigilância, os indicadores de resultado referem-se à capacidade da pessoa para observar a ostomia de ventilação, as características da ostomia, os sinais de complicação, as características das secreções, os sinais de alteração nas características das secreções e ainda a necessidade de troca de dispositivos.

Relativamente à (C) Interpretação, os indicadores de resultados visam avaliar a capacidade da pessoa para analisar e atribuir significados às situações associadas ao cuidado à ostomia de ventilação, nomeadamente possíveis causas de complicações da ostomia, causas de alteração das características das secreções e ainda o reconhecimento de que os resultados do seu autocuidado influenciam a sua saúde e bem-estar.

Na dimensão da (D) Tomada de Decisão, pretende-se avaliar se a pessoa demonstra tomar decisões quanto ao cuidado à ostomia de ventilação, nomeadamente no estabelecimento de prioridades na tomada de decisão, no reconhecimento das possíveis consequências das suas decisões, e ainda na decisão de prevenir complicações da ostomia e adotar estilos de vida adaptados à condição de ostomizado.

No domínio da (E) Execução, é avaliada a habilidade instrumental para a execução dos procedimentos inerentes ao cuidado à ostomia de ventilação, que incluem organizar e preparar o material, remover a fita/velcro, remover dispositivos, limpar e secar a ostomia, aplicar protetor cutâneo, limpar a prótese fonatória, inserir dispositivo, aplicar penso, fixar o dispositivo e confirmar o seu ajuste.

O último domínio a ser avaliado é (F) a Negociação e Utilização de Recursos de Saúde e os seus indicadores de resultado referem-se à capacidade de negociar os recursos disponíveis para apoio à pessoa com ostomia, recorrer aos serviços de saúde para esclarecimento de dúvidas/aconselhamento e ainda recorrer oportunamente aos serviços de saúde em caso de complicações da ostomia.

Assim sendo, o instrumento elaborado consiste num formulário, que deverá ser aplicado pelo enfermeiro, através da observação e entrevista da pessoa, para avaliar a sua competência para o autocuidado à ostomia de ventilação, com a atribuição de uma pontuação ordinal, numa escala de *likert*, para cada um dos 39 indicadores de resultado dos seis domínios de avaliação, de acordo com a competência demonstrada pela pessoa.

O número de itens que uma escala deve ter é variável, mas é habitualmente recomendado que não exceda os 20 itens. Contudo, quando o conceito é multidimensional, como o caso em estudo, o número de itens poderá aumentar (Reckase, 1990 Cit. por Ribeiro, 2010).

A pontuação dessa escala de avaliação de tipo *likert* varia entre 1 e 5, em que quanto maior a pontuação, maior a competência demonstrada. Assim, a significância das categorias avaliadas traduz-se em 1 - não demonstra, 2, 3 ou 4 - demonstra parcialmente, 5 - demonstra totalmente, 0 - não se aplica. 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.

A opção pela conversão da escala ordinal numa escala de tipo likert prendeu-se com a necessidade de avaliar os resultados obtidos de forma quantitativa e com maior rigor.

De salientar ainda que na primeira parte do formulário existe um espaço inicial dedicado à caracterização do participante/avaliado, através das 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. Com esta caracterização pretendeu-se definir um “perfil” da pessoa com ostomia de ventilação e do seu contexto clínico e de tratamento, enquanto fatores condicionadores do desenvolvimento de competência no autocuidado à ostomia de ventilação.

2.4.3. Validade de Conteúdo do Instrumento

A validade de conteúdo permite perceber se os itens de um instrumento englobam e reproduzem corretamente o conceito que está a ser medido (Vilelas, 2009). Para tal, os enunciados devem partir de um quadro teórico, ligado à própria conceptualização e definição do conceito em análise. Assim, a validade de conteúdo permite perceber se as diferentes dimensões e respetivos itens do instrumento traduzem, de forma ampla e na íntegra, o conceito que se pretende medir (Fortin, 2009).

Neste sentido, para o estabelecimento da validade de conteúdo, o investigador deve em primeiro lugar efetuar uma revisão da literatura sobre o conceito que se pretende medir, posteriormente refletir sobre o significado do conceito, de seguida identificar as dimensões do conceito e dos seus enunciados e, por fim, analisar e relacionar os diferentes enunciados (Fortin, 2009).

Para a atribuição da validade de conteúdo é frequentemente utilizado o julgamento de peritos, em que um conjunto de pessoas detentoras de conhecimento especializado na área em estudo avalia a pertinência de cada enunciado e a sua representatividade no conceito a medir. Posteriormente, são definidos consensos através dos resultados concordantes entre os avaliadores (Fortin, 2009).

Neste sentido, após a formulação dos itens, o instrumento criado foi avaliado por um grupo de peritos na área de conhecimento em análise, de modo a garantir que este media o que se pretendia medir. A metodologia utilizada para esse efeito foi o *focus group*. O *focus group* é uma técnica que engloba um painel de discussão entre diferentes peritos, conduzida por um moderador, sobre um determinado tema de interesse (Vogt, King e King, 2004). Este gera dados qualitativos que podem ser usados para enriquecer ou estender o conhecimento sobre o conceito em análise e a relevância e representatividade dos itens do instrumento (Vogt, King e King, 2004). O *focus group* permite uma participação coletiva, aberta e diversificada, com comentários, partilha de opiniões e experiências entre os peritos. Esta dinâmica grupal torna-se portanto mais rica do que somente os contributos individuais dos peritos (Jamieson e Williams, 2003). O moderador do painel da discussão é habitualmente o investigador (Ibidem).

Assim, esse grupo de peritos foi constituído por docentes e por 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. A opção por este grupo de peritos prendeu-se com o facto de serem reconhecidos como detentores de maior nível de conhecimento disciplinar na área em análise.

Primeiramente, a versão inicial do formulário e respetivo manual de auxílio ao preenchimento foi enviado por correio eletrónico a todos os peritos, para que o analisassem individualmente. De seguida, em reunião de discussão (*focus group*), moderada pelo investigador principal, foi avaliado o instrumento na sua globalidade e item a item. Nessa reunião, foram definidos os consensos do grupo para o instrumento e registadas todas as alterações sugeridas.

Assim, com a discussão do formulário no *focus group* resultaram de forma consensual as seguintes alterações no instrumento:

1. A inclusão da opção “A aguardar cirurgia” na pergunta de caracterização da variável clínica referente ao tempo decorrido desde a realização da cirurgia, uma vez que se pretende que o instrumento seja aplicado ao longo do *continuum* do processo de desenvolvimento de competência de autocuidado à ostomia, e que preferencialmente se deve iniciar no momento da decisão terapêutica a implementar e consciencialização da mesma;
2. No domínio do Conhecimento, a divisão dos indicadores que incluíam no mesmo item a avaliação de duas atividades distintas, nomeadamente a separação de “como realizar a manutenção dos dispositivos” e “quando realizar a manutenção dos dispositivos” em dois itens de avaliação individual;
3. No domínio da Execução, a inclusão de um item para a avaliação da limpeza da prótese fonatória, apesar de se reconhecer que os resultados deste item se traduzem diretamente no foco da comunicação, mas que inevitavelmente está associado ao autocuidado à ostomia de ventilação.

Posteriormente, o instrumento e o manual, devidamente corrigidos com as modificações definidas pelo grupo, foram reenviados por correio eletrónico para todos os peritos, para que pudessem ser reavaliados. Após essa nova apreciação e após a concordância generalizada foi formalizada a versão piloto do instrumento e do manual de apoio ao preenchimento do mesmo.

2.4.4. *Desenvolvimento de Instruções para Utilizadores*

Para assegurar a correta e rigorosa aplicação do formulário foi desenvolvido um manual² de auxílio ao preenchimento, em que são explicados detalhadamente os critérios definidores de cada um dos indicadores de resultado dos seis domínios do conceito em análise, de forma teórica e conceptual.

Assim, é garantido que os scores atribuídos aos itens expressam realmente as características definidoras dos indicadores de resultado a avaliar, independentemente de quem o aplique. Ou seja, este manual garante que qualquer enfermeiro fica habilitado a preencher o formulário pois detém a informação necessária para a avaliação adequada de cada um dos indicadores. Paralelamente, garante a compreensão por todos do que se pretende com o instrumento.

2.4.5. *Pré-teste do Instrumento*

Posteriormente o instrumento de colheita de dados foi submetido a um pré-teste num grupo de 18 pessoas com ostomia de ventilação, acompanhadas na consulta externa de ORL numa instituição hospitalar do norte, que cumpriam os critérios de inclusão na amostra.

Quando uma primeira versão de um novo instrumento de colheita de dados é formulada, é necessário garantir que este seja aplicável e que responda efetivamente às questões colocadas pelo investigador. Assim, um pré-teste de um novo instrumento permite perceber como as questões e as respostas são compreendidas, evita erros de vocabulário e de formulação, e permite ainda salientar equívocos e incompreensões (Ghiglione e Matalon, 2005). Esse pré-teste deverá ser aplicado a um reduzido número de pessoas, em que uma dezena poderá ser suficiente (Ghiglione e Matalon, 2005).

Um método frequentemente aconselhado para a aplicação do pré-teste é a reflexão falada. Esse método consiste na aplicação do novo instrumento ao grupo de pessoas selecionadas, mas com registo de todas as suas verbalizações, impressões e comentários relativamente ao instrumento, aos itens, à forma como os abordam, as facilidades e ainda as

² Ver Anexo II – Manual de Preenchimento do Formulário

dificuldades encontradas (Almeida e Freire, 2008).

Neste sentido, foi pedido ao participante do pré-teste do instrumento de avaliação do desenvolvimento de competência da pessoa no autocuidado à ostomia de ventilação que respondesse ao formulário tal como está formulado, mas com respostas desenvolvidas/comentadas e com observações sobre o significado que atribui às questões, bem como ao formulário na sua globalidade e às condições da sua aplicação.

Com a implementação do pré-teste concluiu-se que todas as respostas foram compreendidas pelos inquiridos, da forma prevista pelo investigador, que a ordem das questões era aceitável e a lista de respostas cobria todas as possíveis. Contudo optou-se pela eliminação de um item do domínio D) da Tomada de Decisão – *adota estilos de vida adaptados à condição de ostomizado* – por se considerar que seria inútil pois era já inerentemente avaliado no item anterior que se refere à decisão de *prevenir as complicações da ostomia*, pelo que duplicava a informação obtida. Efetivamente quando a pessoa previne as complicações significa que adota estilos de vida de acordo com a sua condição de ostomizado, pelo que as questões são redundantes, por isso optou-se por incluir apenas uma.

Após a conclusão destas etapas procedeu-se à formulação do instrumento final.

2.4.6. Confiabilidade do Instrumento

Face aos objetivos delineados para a presente investigação, e ao limite temporal previamente definido, não se pretendia a realização da validação do instrumento. Contudo, considerou-se importante analisar a fidelidade do instrumento de avaliação construído, para garantir a adequação e rigor dos dados colhidos.

Efetivamente, a qualidade dos dados colhidos é parcialmente dependente da qualidade dos instrumentos de medida utilizados na recolha (Almeida e Freire, 2008). Segundo Fortin (2009, p.359), a *“fidelidade e a validade são características essenciais que determinam a qualidade de qualquer instrumento de medida”*.

A fidelidade *“designa a precisão e a constância dos resultados”* que o instrumento de medida fornece (Fortin, 2009, p.348). Um instrumento é considerado fidedigno quando os resultados obtidos por diferentes avaliadores, ao avaliarem as mesmas pessoas, em diferentes momentos, com os mesmos instrumentos ou com equivalentes, são semelhantes (Anastasi, 1990 Cit. por Ribeiro, 2010). Assim, esta permite perceber em que medida as

diferenças apresentadas nos resultados são atribuíveis a divergências verdadeiras das características avaliadas (Ibidem).

A fidelidade expressa-se sob a forma de um coeficiente de correlação entre a performance do instrumento e a sua capacidade de controlar o erro e varia entre 0 e 1. Se o coeficiente é próximo de 1 significa que o instrumento induz poucos erros e é classificado como altamente fiel. Caso se aproxime de 0 é classificado como pouco fidedigno. Habitualmente os autores consideram valores aceitáveis de coeficiente de fidelidade entre 0,7 e 0,9 (Fortin, 2009).

Existem quatro meios para avaliar a fidelidade de um instrumento de medida: 1) a estabilidade, 2) a consistência interna, 3) a equivalência e 4) a harmonização.

Um instrumento apresenta 1) estabilidade quando as respostas/resultados obtidos com os mesmos sujeitos, nas mesmas condições, em momentos diferentes é constante. Notoriamente este tipo de testes de avaliação aplica-se a instrumentos cujos constructos avaliados são estáveis no tempo (Fortin, 2009). No caso do constructo em análise – o desenvolvimento da competência – que é potencialmente mutável com o tempo, não se adequa esse tipo de apreciação.

Por sua vez, a 2) consistência interna corresponde à homogeneidade dos itens de um instrumento. Esta é obtida através da avaliação da correlação ou da covariância dos itens/enunciados do instrumento. Quanto maior a correlação entre os enunciados, maior a consistência interna do instrumento, dado que o mesmo avalia um só conceito/constructo (Fortin, 2009). O *alpha* de cronbach é habitualmente a técnica mais utilizada para avaliar a consistência interna dos instrumentos de medida que utilizam uma escala de likert, como é o caso em estudo. Este permite perceber se cada enunciado/item mede da mesma maneira, ou de maneira equivalente, o referido conceito. O coeficiente *alpha* de cronbach é dependente do número de enunciados e será mais elevado quanto mais enunciados comportar a escala. Este varia entre 0 e 1 e quanto mais próximo de 1 for o valor de *Alpha*, mais consistentes são os itens do instrumento (Almeida e Freire, 2008). Um teste é classificado com uma boa consistência interna quando o *alpha* de cronbach excede 0,80, contudo são considerados aceitáveis valores superiores a 0,60 (Ribeiro, 2010).

No que concerne à 3) equivalência esta consiste no grau de correlação entre duas versões ou formatos correspondentes de um instrumento, que são concebidas precisamente para evitar o efeito de aprendizagem (Fortin, 2009). Face às características do instrumento desenvolvido e às suas estratégias de implementação este tipo de avaliação não se aplica.

Relativamente à 4) harmonia entre juízes, esta refere-se ao grau de concordância nos resultados obtidos na utilização do mesmo instrumento por dois ou mais avaliadores,

enquanto observam e registam o mesmo acontecimento (Fortin, 2009). Este tipo de avaliação possibilita a mensuração do erro externo, que provem da falibilidade da observação e avaliação humana (Ibidem).

Face aos objetivos da investigação, às características do conceito em análise e do instrumento de colheita de dados desenvolvido, optou-se pela utilização da consistência interna para avaliação da sua fidelidade, através do *alpha* de cronbach.

A escala criada obteve um *alpha* de cronbach global de 0,89, o que confere ao instrumento de medida criado uma boa consistência interna.

Após a avaliação global do *alpha* de cronbach da escala, procedeu-se à avaliação do *alpha* dos seis domínios que a compõem. Dessa análise pôde concluir-se que todos apresentaram valores de confiabilidade nunca inferior a aceitável. O valor mais baixo apresentado foi de 0,71 no domínio da Negociação e Utilização de Recursos de Saúde. Este domínio é constituído por um reduzido número de itens, apenas 3, o que poderá justificar uma consistência interna mais baixa. De salientar ainda que o domínio do Conhecimento e da Execução obtiveram um *alpha* de cronbach superior a 0,90, o que lhes confere muito boa consistência interna. Os valores de *alpha* de cronbach da escala e dos seus domínios foram sintetizados na tabela 1.

Tabela 1: Coeficiente de consistência interna da Escala e seus domínios

Domínio da Escala	N de Itens	<i>Alpha</i> de Cronbach
Conhecimento	13	0,91
Autovigilância	5	0,79
Interpretação	4	0,80
Tomada de decisão	3	0,88
Execução	11	0,94
Negociação	3	0,71
Escala Global	39	0,89

Face à inexistência de outros estudos em que tenha sido utilizado um instrumento de avaliação da competência de autocuidado na pessoa com ostomia de ventilação, decidiu-se comparar os resultados dos *alphas* de cronbach obtidos na escala e seus domínios com os obtidos nos estudos sobre o desenvolvimento de competência de autocuidado na pessoa com ostomia de eliminação intestinal de Cardoso (2011), Silva (2012) e Gomes (2012), que

apresentam um instrumento de avaliação com a mesma sistematização dos domínios da competência de autocuidado, conforme anteriormente referido.

Tabela 2: Comparação dos *alphas* de cronbach da Escala e seus domínios de Cardoso (2011), Silva (2012) e Gomes (2012)

Escala/Domínio	Número itens	Alpha de Cronbach		
		Cardoso (2011)	Silva (2012)	Gomes (2012)
Conhecimento	9	0,82	0,77	0,74
Autovigilância	7	0,76	-	0,84
Interpretação	4	0,79	-	0,77
Tomada de Decisão	4	0,74	-	0,74
Execução	17	0,74	-	0,63
Negociação	4	0,71	-	0,90
Escala Global	45	0,91	-	0,93

Dessa análise comparativa é possível perceber que os *alphas* de cronbach globais de Cardoso (2011) e Gomes (2012) também são superiores a 0,80, o que lhes confere igualmente uma boa consistência interna.

No que concerne aos *alphas* de cronbach dos domínios da competência de autocuidado, constatou-se que Cardoso (2011) apresentou o *alpha* mais baixo na Negociação e Utilização de Recursos de Saúde, tal como no presente estudo.

De salientar ainda que Cardoso (2011) e Gomes (2012) também obtiveram *alphas* em todos os domínios superiores a 0,60, o que lhes confere igualmente uma consistência interna aceitável.

Posteriormente, procedeu-se à avaliação pormenorizada de cada um dos itens do *Formulário de Avaliação do Desenvolvimento de Competência de Autocuidado da Pessoa com Oostomia de Ventilação*. Com esta análise pretendeu-se perceber se os coeficientes *alpha* de cada um dos seus domínios poderiam ser melhorados com a eliminação de algum item que apresentasse uma correlação mais fraca. Os resultados referentes aos itens do domínio do Conhecimento foram apresentados na tabela 3.

Tabela 3: Coeficiente de consistência interna da subescala do Conhecimento com a eliminação de cada item

Domínio do Conhecimento	Correlação corrigida do Item-total	Alpha de Cronbach se Item eliminado
1. Refere o que é uma ostomia de ventilação	0,00	0,92
2. Refere qual a finalidade da ostomia de ventilação	0,00	0,92
3. Refere as características da ostomia de ventilação	0,67	0,90
4. Refere quais as consequências decorrentes da ostomia de ventilação	0,62	0,90
5. Refere quais os sinais de complicação da ostomia de ventilação	0,80	0,89
6. Refere quais os dispositivos necessários no cuidado à ostomia de ventilação	0,54	0,91
7. Refere quando deve proceder à substituição dos dispositivos	0,63	0,90
8. Refere como deve proceder à substituição dos dispositivos	0,76	0,90
9. Refere como realizar a manutenção dos dispositivos	0,71	0,90
10. Refere quando deve proceder à limpeza do estoma e pela circundante	0,60	0,90
11. Refere como deve proceder à limpeza do estoma e pela circundante	0,75	0,90
12. Refere quais os recursos disponíveis na comunidade para a pessoa com ostomia de ventilação	0,79	0,89
13. Refere quais as medidas que deve adotar para a prevenção de complicações	0,84	0,89
Alpha de Cronbach obtido no Domínio do Conhecimento		0,91

Assim, no domínio do Conhecimento (A), que obteve um *alpha* de cronbach de 0,91, aparentemente a subescala não beneficiaria com a eliminação de nenhum item, pois não se traduziria numa melhoria significativa no valor do *alpha*.

No que concerne ao domínio da Autovigilância (B), com a observação da tabela 4 pode perceber-se que o item nº14 aparenta ser frágil, pois a sua eliminação traduzir-se-ia num aumento do *alpha* de cronbach de 0,79 para 0,84, o que seria significativo. Uma vez que não se pretendia validar a escala e o *alpha* obtido com a inclusão desse item ainda assim foi considerado razoável, não se procedeu à eliminação do mesmo. Contudo, parece pertinente que este item seja reanalisado numa futura avaliação da escala com uma amostra maior e mais significativa.

Tabela 4: Coeficiente de consistência interna da subescala da Autovigilância com a eliminação de cada item

Domínio da Autovigilância	Correlação corrigida do Item-total	Alpha de Cronbach se Item eliminado
14. Observa a ostomia de ventilação	0,00	0,84
15. Identifica as características da ostomia de ventilação	0,70	0,70
16. Identifica as características das secreções	0,71	0,70
17. Identifica sinais de complicações da ostomia de ventilação	0,68	0,72
18. Atende à necessidade de troca dos dispositivos	0,65	0,72
Alpha de Cronbach obtido no Domínio da Autovigilância	0,79	

Relativamente ao domínio da Interpretação (C), que obteve um *alpha* de cronbach de 0,80, também não foi considerado que este beneficiaria com a eliminação de algum dos seus itens, pois não se traduziria numa melhoria significativa do coeficiente obtido, conforme apresentado na tabela 5.

Tabela 5: Coeficiente de consistência interna da subescala da Interpretação com a eliminação de cada item

Domínio da Interpretação	Correlação corrigida do Item-total	Alpha de Cronbach se Item eliminado
19. Refere quais as possíveis causas de complicações da ostomia de ventilação	0,74	0,68
20. Refere quais as possíveis causas de alteração das características das secreções	0,75	0,68
21. Reconhece que os resultados do autocuidado à ostomia influenciam o seu bem-estar	0,53	0,79
22. Questiona detalhadamente com o objetivo de encontrar uma explicação	0,46	0,83
Alpha de Cronbach obtido no Domínio da Interpretação	0,80	

Da análise da tabela 6, verifica-se que no domínio da Tomada de decisão (D) apenas a eliminação do item nº 25 significaria uma melhoria do *alpha* de cronbach, de 0,88 para 0,92. Contudo, como o *alpha* desse domínio por si só já é elevado e como não se pretende com este estudo a validação da escala, optou-se por não o excluir e ser reconsiderada a sua exclusão numa posterior investigação.

Tabela 6: Coeficiente de consistência interna da subescala da Tomada de Decisão com a eliminação de cada item

Domínio da Tomada de Decisão	Correlação corrigida do Item-total	Alpha de Cronbach se Item eliminado
23. Estabelece prioridades na tomada de decisão	0,86	0,74
24. Reconhece as possíveis consequências das suas decisões	0,85	0,76
25. Previne as complicações da ostomia de ventilação	0,72	0,92
Alpha de Cronbach obtido no Domínio da Tomada de Decisão	0,88	

Quanto ao domínio da Execução (E), verifica-se que foi o que obteve um coeficiente mais elevado – 0,94 – e que não se justifica a eliminação de nenhum item, dada a boa consistência interna conferida com todos os itens que o compõe.

Tabela 7: Coeficiente de consistência interna da subescala da Execução com a eliminação de cada item

Domínio da Execução	Correlação corrigida do Item-total	Alpha de Cronbach se Item eliminado
26. Executa os procedimentos atendendo ao seu conforto, funcionalidade e segurança	0,87	0,93
27. Organiza e prepara o material necessário para o cuidado à ostomia de ventilação	0,90	0,93
28. Remove a fita ou velcro	0,88	0,92
29. Remove os dispositivos	0,90	0,93
30. Limpa e seca o estoma e pele circundante	0,93	0,92
31. Limpa a prótese fonatória	0,50	0,95
32. Aplica protetores cutâneos	0,75	0,93
33. Insere os dispositivos	0,94	0,92
34. Aplica penso de proteção	0,79	0,93
35. Fixa os dispositivos	0,77	0,93
36. Confirma o ajuste dos dispositivos	0,90	0,93
Alpha de Cronbach obtido no Domínio da Execução	0,94	

Por fim, relativo ao domínio da Negociação e Utilização de Recursos de Saúde (F), que foi o que apresentou um *alpha* de cronbach mais baixo (0,71), este também aparenta lucrar com a eliminação do item nº39, o mais frágil, pois esta eliminação significaria um aumento do

alpha da subescala para 0,78. Assim, tal como o item nº14 da subescala da Autovigilância e o item nº25 da Tomada de decisão, também o item nº39 deveria ser reavaliado numa investigação futura com uma amostra mais significativa para perceber se de facto seria benéfica a sua eliminação. Neste caso, não se procedeu à sua eliminação, pois ainda assim a consistência interna da subescala é razoável e não se constituiu como objetivo desta investigação a validação da escala.

Tabela 8: Coeficiente de consistência interna da subescala da Negociação e Utilização de Recursos de Saúde com a eliminação de cada item

Domínio da Negociação	Correlação corrigida do Item-total	Alpha de Cronbach se Item eliminado
37. Negoceia os diferentes recursos disponíveis no apoio à pessoa com ostomia de ventilação	0,59	0,53
38. Recorre aos serviços de saúde para esclarecimento de dúvidas e/ ou aconselhamento	0,69	0,40
39. Recorre oportunamente aos serviços de saúde face a complicações da ostomia de ventilação	0,37	0,78
Alpha de Cronbach obtido no Domínio da Negociação	0,71	

Neste sentido, apesar de não se ter procedido à validação do instrumento, pôde verificar-se que este demonstrou ser fiel pois apresentou uma consistência interna global boa e nos seus subdomínios nunca inferior a razoável, o que confere robustez aos dados colhidos com este instrumento.

2.5. Estudo 2 – Estudo Descritivo

Os estudos descritivos são utilizados quando o investigador pretende obter informações precisas sobre as características dos sujeitos de pesquisa ou sobre um determinado fenómeno, principalmente quando ainda se sabe pouco sobre ele. Assim, os estudos descritivos colhem descrições sobre as variáveis que pretendem estudar e usam esses dados para justificar e avaliar as práticas vigentes ou propor novas, baseadas na evidência produzida (LoBiondo-Wood e Haber, 2001).

Com a segunda parte do estudo – estudo 2 – pretendeu-se descrever o nível de competência de autocuidado da pessoa com ostomia de ventilação e perceber se esse nível de competência de autocuidado da pessoa com ostomia de ventilação varia de acordo com as suas características de atributo, clínicas e de tratamento.

Para tal, o instrumento criado no estudo 1 foi aplicado a uma amostra da população alvo, de forma a responder às questões de investigação formuladas.

No contexto deste trabalho optou-se, por aplicar o instrumento apenas no período pós-operatório, quer em contexto de internamento (pós-operatório imediato) quer em contexto domiciliário/comunitário (após a alta clínica). Contudo, conforme foi anteriormente salvaguardado, o instrumento foi desenvolvido para ser aplicado no *continuum* do processo de desenvolvimento de competência de autocuidado à ostomia de ventilação, pelo que poderá ser aplicado desde o período pré-operatório até ao pós-operatório em contexto comunitário.

Apesar de ter sido elaborado um manual para auxílio ao preenchimento do formulário, face às características e dinâmicas organizacionais dos serviços onde foi elaborada a colheita dos dados, a totalidade dos dados obtidos foi recolhida pelo investigador principal.

Segundo Ribeiro (2010), quando no pré-teste do instrumento de colheita de dados construído não existe dificuldade de compreensão ou qualquer erro na sua construção, esses resultados poderão ser incluídos na totalidade da amostra do estudo. Assim, uma vez que se procedeu apenas à eliminação de um item que estaria repetido, esses resultados obtidos no pré-teste foram incluídos na amostra do estudo descritivo.

Face às suas características, os resultados obtidos com este estudo 2 serão apenas extensíveis à referida amostra, não podendo ser generalizados à população alvo. Contudo, face ao pouco conhecimento existente sobre esta problemática, assume-se que poderá constituir-se como um importante indício do fenómeno e da sua expressão na população. Paralelamente, estes resultados poderão ainda permitir inferir possíveis variâncias entre os scores obtidos na escala e as características de atributo, clínicas e de tratamento da pessoa, que poderão ser definidas como hipóteses em futuras investigações.

2.6. Definição das Variáveis

Face as características do estudo, as variáveis foram classificadas como principais e secundárias, uma vez que não se pretende estabelecer relações de dependência ou causalidade entre as mesmas (Beck, Hungler e Polit, 2004). Assim, a variável principal é a competência para o autocuidado à ostomia de ventilação, enquanto as variáveis secundárias são o conjunto de variáveis de atributo – sexo, idade, estado civil, habilitações literárias, situação profissional atual e profissão atual/anterior; clínicas – há quanto tempo foi submetido a cirurgia, diagnóstico clínico, tipo de ostomia, tipo de ostomia quanto à duração – de tratamento – teve contacto com pessoas com ostomia de ventilação antes da cirurgia e participou em consultas de enfermagem no pré-operatório – e outras variáveis, como se tem cuidador informal, que permite uma melhor compreensão da problemática em análise.

2.7. População e Amostra

A população-alvo de uma investigação constitui-se como o conjunto de pessoas que interessam ao investigador e que se constituem como seu objeto de estudo (Polit e Hungler, 1995; Fortin, 2009). Para o presente trabalho, a população-alvo foi considerada o conjunto de pessoas portadoras de uma ostomia de ventilação. Face à impossibilidade de estudar a população alvo na sua totalidade, foi definida uma amostra da mesma. Os critérios definidos para inclusão na amostra foram: ter idade igual ou superior a 18 anos, ser portador de uma ostomia de ventilação (temporária ou definitiva) e aceitar participar de forma livre e esclarecida no estudo. Os critérios de exclusão definidos foram: ser totalmente dependente no autocuidado à ostomia de ventilação e não ter capacidade cognitiva que possibilite a aquisição da competência. Esse critério foi avaliado, quando se considerou necessário, através da aplicação da Escala *Mini-mental state examination* (MMSE)³ validada e adaptada para a população portuguesa (Guerreiro et al., 1994).

A técnica de amostragem selecionada para a realização do estudo foi a não probabilística

³ Ver Anexo 3 – MMSE adaptado

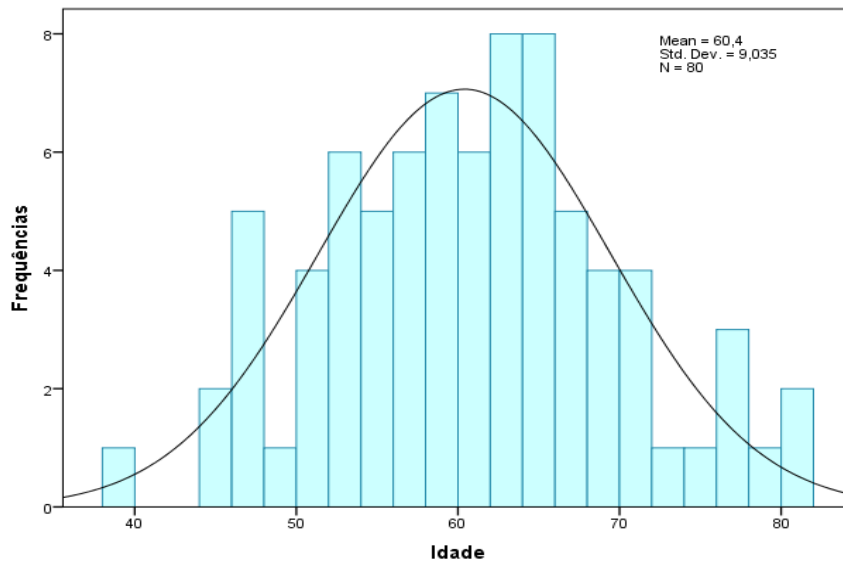
por conveniência ou acidental, uma vez que os participantes foram selecionados por um determinado critério de conveniência, neste caso particular a acessibilidade, por estarem presentes num determinado local e no momento certo (Fortin, 2009). Assim, por uma questão de acessibilidade, a amostra foi constituída por pessoas que satisfizeram os critérios de inclusão e que foram acompanhadas em consulta externa pós-operatória ou em regime de internamento em duas instituições hospitalares da região norte.

No que concerne ao tamanho da amostra, caso se pretendesse a validação do instrumento criado esta deveria ser, no mínimo, cinco vezes o número de itens da escala (Bryman e Cramer, 1992), ou seja 5 x 39, o que definiria um total de 195 participantes. Contudo, face ao limite temporal definido para a elaboração da investigação, não se constituiu como objetivo a validação do instrumento construído, mas sim um estudo piloto que permitisse descrever a competência de autocuidado da pessoa com ostomia de ventilação. Neste sentido, o critério de definição do tamanho da amostra relacionou-se com o objetivo e natureza do estudo, que neste caso foi descritivo, pelo que o tamanho da amostra pôde ser mais reduzido (Fortin, 2009). Segundo Ghiglioone e Matalon (1993) o estudo piloto de um instrumento deverá ser aplicado a uma amostra não inferior a 50 pessoas para que os seus resultados sejam aceitáveis. Neste sentido, foi definido como objetivo uma amostra superior a 50 participantes.

2.7.1. Caracterização da Amostra

Como seria expectável face aos dados estatísticos apresentados no enquadramento teórico, a amostra foi constituída maioritariamente por homens (95%, n=76), enquanto apenas 5% (n=4) era do sexo feminino.

A média de idades da amostra foi de 60 anos, tendo apresentado como valores extremos 39 no mínimo e 81 anos no máximo (A=42). Traduziu-se num desvio padrão em relação à média de 9,04. A mediana foi 60,5 anos e a moda foi tripartida pelos 54, 64 e 67 anos. Assim, pelo que se pode constatar no gráfico 1, a idade apresentou uma distribuição normal ($g=80$; $p=0,20$), tendencialmente simétrica ($X=0,5$).

Gráfico 1: Distribuição da amostra segundo a idade

No que concerne ao estado civil, 77,5% (n=62) da amostra era casada, 10% (n=8) era divorciada, enquanto 6,3% (n=5) era solteira ou viúva (n=5, 6,3%).

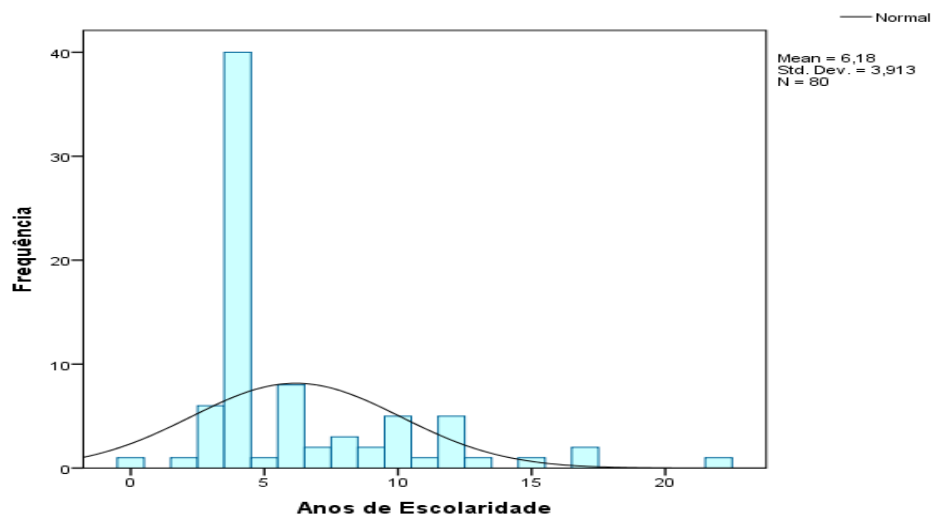
Dos 80 participantes, apenas um (1,3%) não tinha escolaridade, contudo sabia ler e escrever, enquanto os restantes 79 (98,8%) referiam ter tido frequência escolar.

Metade da amostra (n=40) frequentou a escola até à quarta classe (Me=Mo=4), enquanto a média do grupo foi de 6,18 anos de escolaridade, com um desvio padrão em relação à média de 3,91. A amplitude foi de 22 anos de escolaridade (Mn=0;Mx=22).

Tabela 9: Distribuição dos participantes no estudo pelos anos de escolaridade

Anos de Escolaridade	n	M	Me	Mo	DP	Assimetria	Erro de Assimetria	A	Mn	Mx
	80	6,18	4	4	3,91	1,74	0,27	22	0	22

Como se pode verificar no gráfico 2, a distribuição dos participantes do estudo pelos anos de escolaridade apresentou uma assimetria positiva pois a média fica mais à direita do que a moda e a mediana e $X(\text{Assim}/\text{Er Assim}) = +6,47 (> +1,96)$.

Gráfico 2: Distribuição dos participantes no estudo pelos anos de escolaridade

Relativamente à situação profissional, a maioria dos participantes estavam reformados ($n=51$, 63,8%), 14 apresentavam-se de baixa (17,5%), nove estavam desempregados (11,3%), cinco incapacitados para o trabalho (6,3%) e apenas um estava empregado no ativo (1,3%). De entre as profissões atuais ou anteriores mais comuns destacaram-se os operários, artífices e trabalhadores similares ($n=32$, 40%), bem como os vendedores ($n=10$, 12,5%) e os trabalhadores não qualificados ($n=8$, 10%).

Tabela 10: Distribuição dos participantes no estudo pela profissão atual/anterior

Profissão atual/anterior	Frequência	Percentagem
Quadros superiores e Dirigentes	2	2,5
Especialistas de profissões intelectuais e científicas	3	3,8
Técnicos e profissionais de nível intermedio	4	5,0
Pessoal administrativo e similares	7	8,8
Pessoal de serviços e vendedores	10	12,5
Agricultores e trabalhadores qualificados da agricultura e pesca	5	6,3
Operários, artífices e trabalhadores similares	32	40,0
Operadores de instalações e máquinas	6	7,5
Trabalhadores não qualificados	8	10,0
Outros: qualquer outra ocupação não incluída	3	3,8
Total	80	100,0

No que concerne à caracterização da situação clínica dos participantes, 22 (27,5%) tinham sido submetidos a cirurgia até há um mês, enquanto 58 (72,5%) já tinham sido intervencionados há mais de um mês, conforme pode ser visualizado na tabela 11.

Dos 22 participantes que tinham sido submetidos a cirurgia até há um mês, em média tinham realizado cirurgia há aproximadamente 16 dias, contudo o intervalo variou entre cinco a 30 dias após a cirurgia.

Dos 58 participantes que tinham sido submetidos a cirurgia há mais de um mês, em média tinham sido intervencionados há 34,7 meses, o que corresponde a cerca de dois anos e 10 meses após a cirurgia. De evidenciar ainda que o número mínimo de meses após a cirurgia foi um e o número máximo foi 288 (24 anos), o que corresponde a uma amplitude de 287 meses. O desvio padrão em relação à média foi elevado (48,7).

Tabela 11: Distribuição dos participantes no estudo pelo tempo decorrido desde a cirurgia, em dias e meses

Tempo decorrido	N	A	Mn	Mx	M	DP	Me	Mo
Há quanto tempo foi submetido a cirurgia em dias (se <= 1 mês)	22	25	5	30	15,82	6,91	14	23
Há quanto tempo foi submetido a cirurgia em meses (se » 1 mês)	58	287	1	288	34,66	48,73	19,5	48

Apenas dois dos participantes (2,5%) não sabiam qual o diagnóstico médico associado à cirurgia que conduziu à criação da ostomia de ventilação, pelo que a maioria (97,5%) sabia qual a patologia que esteve na base da cirurgia.

Dos 80 participantes, 65 tinham como diagnóstico médico carcinoma da laringe (81,3%), quatro carcinoma da faringe (5%), três carcinoma da língua (3,8%) e seis participantes (7,5%) apresentavam neoplasias noutros locais anatómicos como na amígdala, no trígono retromolar, entre outros.

Todos os participantes da amostra tinham uma traqueostomia cirúrgica (n=80, 100%). As cirurgias associadas à criação da traqueostomia cirúrgica foram diversas, contudo a maioria dos participantes tinham sido submetidos a laringectomia total (n=55, 68,8%). As

traqueostomias cirúrgicas urgentes foram realizadas em 15 participantes (18%), sendo que 8 desses terminaram também em laringectomias totais, o que corresponde a 10% da amostra.

Tabela 12: Distribuição dos participantes no estudo pelo tipo de traqueostomia cirúrgica

Tipo de Traqueostomia cirúrgica	Frequência	Porcentagem
Laringectomia Total (LT)	55	68,8
Traqueostomia associada a outras cirurgias	10	12,5
Traqueostomia de Urgência (TU)	7	8,8
TU com posterior LT	8	10,0
Total	80	100,0

No que concerne à duração da ostomia de ventilação, 10% da amostra (n=8) referiu tratar-se de uma traqueostomia temporária, 78,8% (n=63) assumiu tratar-se de uma ostomia permanente, enquanto 11,3% (n=9) não sabiam responder se a ostomia era temporária ou definitiva.

A maioria da amostra, que corresponde a 46 participantes (57,5%), não conheciam ninguém que tivesse uma ostomia de ventilação antes de terem realizado a cirurgia, enquanto 34 dos participantes (42,5%) referiram já ter contactado com alguma pessoa com ostomia de ventilação antes da cirurgia.

Relativamente à participação em consulta de enfermagem pré-operatória, 51,2% da amostra (n=41) não participou em consulta de enfermagem, enquanto 48,8% (n=39) referiu ter tido consulta com uma enfermeira em algum momento antes da cirurgia. De salientar que dos 41 que não participaram em consulta de enfermagem, 23 referiram ter-se tratado de uma cirurgia não programada, um referiu que não existia consulta de enfermagem pré-operatória na instituição em que fez a cirurgia e 17 referiram outros motivos para a não realização da consulta (faltaram ou tiveram apenas consulta com o médico).

Para finalizar a caracterização da amostra, 24 dos 80 participantes (30%) não tinham cuidador informal para apoio no autocuidado à ostomia de ventilação, enquanto 56 (70%) referiram ter um ou mais cuidadores informais no domicílio. De frisar ainda que dos 56 participantes que tinham um familiar cuidador, 41 eram o cônjuge e oito eram o/a filho/a.

Para facilitar a leitura e compreensão da caracterização da amostra do estudo foi elaborado um resumo da informação apresentada.

Resumo da Caracterização da Amostra:

Assim sendo, é possível concluir que, do ponto de vista sociodemográfico, a amostra era constituída maioritariamente por homens, casados, em média com 60 anos e com 6 anos de escolaridade, reformados.

Do ponto de vista clínico, a maioria já tinha sido submetida a cirurgia há mais de um mês (em média há 2 anos), sabia o diagnóstico que conduziu à cirurgia, tinha sido submetido a uma traqueostomia cirúrgica, definitiva, provavelmente uma laringectomia total e não tinha tido consulta de enfermagem pré-operatória.

De salientar ainda que a maioria não teve qualquer tipo de contacto com pessoas com ostomia de ventilação no pré-operatório e possuía um cuidador informal no domicílio, nomeadamente o cônjuge ou o/a filho/a.

2.8. Considerações Éticas

Para a implementação deste estudo foram satisfeitos todos os pressupostos éticos inerentes à investigação em saúde e sobre a pessoa humana, nomeadamente o cumprimento dos princípios da beneficência, não maleficência, igualdade e justiça.

Antes da implementação do estudo foi pedida a avaliação e autorização pelo conselho de administração bem como pela comissão de ética em saúde⁴ das instituições hospitalares envolvidas, de forma a assegurar a sua idoneidade, a isenção de prejuízo dos participantes, bem como a devida proteção dos dados colhidos.

⁴ Ver Anexo IV – Autorização dos Conselhos de Administração e das Comissões de Ética em Saúde

Paralelamente à avaliação e autorização das comissões de ética em saúde, foi pedido o consentimento informado e esclarecido para a participação na investigação a todos os potenciais participantes. Para o efeito, foi elaborado um documento⁵ com informação sobre o estudo, de acordo com as recomendações da Declaração de Helsínquia, que versava os objetivos, os métodos, os benefícios previstos, os riscos potenciais e o eventual desconforto provocado pela investigação. Além disso, foi conferido tempo para decidir, foram esclarecidas todas as dúvidas e foi afirmado o direito de recusar a qualquer momento a participação no estudo, sem que isso tivesse qualquer prejuízo na assistência que lhe estava a ser prestada na instituição.

2.9. Estratégias de Análise dos Dados

Para tratamento e análise dos dados foi utilizado o programa SPSS (Statistical Package for Social Sciences) versão 20.

No que concerne à estatística descritiva foram utilizadas as medidas de tendência central, nomeadamente a média (M), a moda (Mo) e a mediana (Me), as medidas de dispersão, como a amplitude (A) e o desvio padrão (DP), e ainda as medidas de partição (percentis).

Salienta-se o facto de ter sido utilizado um valor de score médio em vez da média nos resultados obtidos para a avaliação da escala e dos seus domínios. A opção pelo cálculo deste valor teve como intuito promover uma mais fácil leitura dos resultados obtidos. Assim esse score médio foi calculado dividindo as médias obtidas na escala/subescalas pelo número de itens da referida escala/subescala.

Para além da estatística descritiva, procedeu-se à avaliação da normalidade da distribuição tendo-se concluído que apenas a idade e a subescala do domínio do conhecimento apresentaram uma distribuição normal ($p > 0,05$). Ou seja, as restantes variáveis escalares (anos de escolaridade e as restantes subescalas) apresentaram uma distribuição que não era normal ($p < 0,05$). Para tal avaliação foi utilizado o teste de Normalidade de Kolmogorov-Smirnov.

⁵ Ver anexo V – Consentimento informado para a participação no estudo

Tabela 13: Teste de Normalidade da distribuição

Teste de Normalidade				
Variáveis Escalares	Kolmogorov-Smirnov		Shapiro-Wilk	
	GI	P	gl	P
Idade	80	0,20	80	0,79
Anos de escolaridade	80	0,00	80	0,00
Subescala do Conhecimento	9	0,15	9	0,31
Subescala da Autovigilância	9	0,01	9	0,01
Subescala da Interpretação	9	0,001	9	0,001
Subescala da Tomada de decisão	9	0,02	9	0,01
Subescala da Execução	9	0,01	9	0,002
Subescala da Negociação	9	0,01	9	0,01

Uma vez que a distribuição da amostra na globalidade não era normal, não se cumpriu um dos pressupostos indispensáveis para a utilização de testes de diferença ou associação paramétricos. Neste sentido, foram utilizados testes estatísticos de diferença ou associação não paramétricos para a análise estatística inferencial.

Assim sendo, para a avaliação de diferenças estatísticas para dois grupos independentes foi utilizado o teste Mann-Whitney (equivalente ao Teste t paramétrico), enquanto para a avaliação de diferenças estatísticas para três ou mais grupos interdependentes foi utilizado o Teste Kruskal-Wallis (em alternativa ao teste paramétrico ANOVA).

Para a avaliação da associação entre variáveis, foi utilizado o teste de correlação de Spearman (r_s) para variáveis ordinais e o teste de Qui-Quadrado (χ^2) para variáveis nominais.

Para a tomada de decisão quanto à significância estatística dos resultados obtidos nesses testes foi considerado o valor da probabilidade (representado por p), que estima quantas vezes o resultado obtido no teste se deverá ao acaso e não a diferenças ou associações que existam verdadeiramente na amostra. Perante isto, foram considerados resultados estatisticamente significativos quando o p foi inferior a 0,05, que se traduz numa probabilidade inferior a 5% de o resultado ser devido ao acaso (Martins, 2011). Pelo contrário, quando o p foi superior a 0,05 foi retida a hipótese nula e concluiu-se que os resultados não foram significativos. Foi ainda considerado outro nível de significância neste

trabalho, que foi o p inferior a 0,01, quando a probabilidade de o resultado ser devido ao acaso foi apenas de 1% ou menos (Martins, 2011), sendo por isso o resultado designado de muito significativo.

De salientar que os testes não paramétricos de avaliação de força de associação entre duas variáveis se expressam por um coeficiente de força de associação, que varia entre +1 e -1. O +1 corresponde a uma correlação positiva perfeita enquanto o -1 corresponde a uma correlação negativa perfeita (Martins, 2011). Os valores pertencentes ao intervalo 0,7 a 0,9 são classificados como tendo uma correlação forte, no intervalo 0,4 a 0,6 são considerados como tendo uma correlação moderada, enquanto no intervalo 0,1 a 0,3 é considerada uma correlação fraca.

Por fim, foi ainda utilizado o modelo estatístico de regressão linear simples (R) para prever o comportamento de cada uma das subescalas da Autovigilância, da Interpretação, da Tomada de Decisão, da Execução e da Negociação e Utilização de Recursos, individualmente, a partir de uma variável independente de natureza intervalar e com distribuição normal que foi a subescala do Conhecimento.

Para finalizar o presente capítulo optou-se pela apresentação de um resumo das principais opções metodológicas adotadas na elaboração da investigação.

Resumo da Metodologia do Estudo

Face aos objetivos do estudo, foram formuladas duas questões de investigação:

1. Qual o nível de competência de autocuidado na pessoa com ostomia de ventilação?
2. Existem diferentes níveis de competência de autocuidado na pessoa com ostomia de ventilação de acordo com as variáveis de atributo, clínicas e de tratamento?

Perante a inexistência de um instrumento de colheita de dados que respondessem às questões de investigação, o estudo dividiu-se em duas fases: o estudo 1 - consistiu na elaboração do *Formulário de Avaliação do desenvolvimento da Competência de Autocuidado na Pessoa com Ostomia de Ventilação* (estudo metodológico), o estudo 2 - consistiu na aplicação do instrumento à amostra selecionada, no período pós-operatório (estudo descritivo transversal).

A variável principal foi a competência de autocuidado à ostomia de ventilação. As variáveis secundárias foram o conjunto de variáveis de atributo – sexo, idade, estado civil, habilitações literárias, situação profissional e profissão; clínicas – há quanto tempo foi submetido a cirurgia, diagnóstico clínico, tipo de ostomia, tipo de ostomia quanto à duração; de tratamento – teve contacto com pessoas com ostomia de ventilação e se participou em consulta de enfermagem pré-operatório; e ainda outras variáveis como se tem cuidador informal.

Os critérios de inclusão na amostra foram ter idade igual ou superior a 18 anos, aceitar participar no estudo e ser portador de uma ostomia de ventilação. Os critérios de exclusão foram ser totalmente dependente no autocuidado à ostomia e não ter capacidade cognitiva para a aquisição da competência.

A técnica de amostragem foi não probabilística por conveniência.

Foram tidos em consideração todos os pressupostos éticos inerentes à investigação em saúde e com a pessoa humana, tendo sido concedida autorização das comissões de ética em saúde das instituições envolvidas e obtida a declaração de consentimento informado para a colaboração no estudo de todos os participantes.

CAPÍTULO 3 – RESULTADOS

No presente capítulo apresentam-se os resultados do estudo desenvolvido, com o intuito de responder às duas perguntas de investigação formuladas.

Assim, inicialmente são apresentados os resultados relativos à descrição do nível de competência de autocuidado na pessoa com ostomia de ventilação. De seguida, são expostos os resultados sobre os diferentes níveis de competência de autocuidado na pessoa com ostomia de ventilação, de acordo com as variáveis de atributo, clínicas e de tratamento. Por fim, é efetuado um resumo dos resultados obtidos na investigação.

3.1. Nível de Competência de Autocuidado na Pessoa com Ostomia de Ventilação

Neste subcapítulo apresentam-se os resultados obtidos com a aplicação do instrumento de avaliação do desenvolvimento da competência de autocuidado na pessoa com ostomia de ventilação à amostra pré-caracterizada, em resposta à primeira pergunta de investigação: Qual o nível de competência de autocuidado na pessoa com ostomia de ventilação?

De acordo com os resultados obtidos no estudo foi possível perceber que a amostra demonstrou parcialmente competência no autocuidado à ostomia de ventilação pois obteve uma média global de 4, numa escala de 1 a 5, o que corresponde ao cumprimento de cerca de 75% dos critérios definidores de cada um dos 39 itens da escala de avaliação.

Após a avaliação da média global da escala, procedeu-se à avaliação dos scores médios de cada um dos domínios que a compõe, de forma a perceber quais as subescalas e respetivos itens em que a amostra apresentou maior ou menor nível de competência.

Tabela 14: Medidas de Tendência Central dos domínios da Escala

Subescala/Domínio	n	Mn	Mx	Score médio*	DP	Percentil		
						25	50	75
Conhecimento	77	2,31	5,00	4,39	0,45	4,3	4,5	4,6
Autovigilância	66	2,60	5,00	4,25	0,45	4	4,4	4,6
Interpretação	80	1,00	5,00	3,68	0,83	3,0	3,75	4,5
Tomada de decisão	73	1,33	5,00	3,96	0,97	3,3	4,3	4,7
Execução	11	1,82	5,00	4,42	0,95	4,1	4,9	5,0
Negociação	61	3,00	5,00	4,19	0,44	4,0	4,3	4,7

*Amplitude da escala de likert: 1-5

Assim, da análise dos seis domínios que formam a escala, constatou-se que a Execução foi o que apresentou um score médio superior (SM=4,42), o que se traduziu num nível de competência parcial, mas muito próximo do cumprimento de todos os critérios definidores dos 11 itens desse domínio (> 75% e <100%).

Tabela 15: Medidas de Tendência Central e Dispersão do domínio da Execução

Itens por Domínio		n	Mn	Mx	M*	DP
Execução	26. Executa os procedimentos atendendo ao seu conforto, funcionalidade e segurança	77	2	5	4,51	0,81
	27. Organiza e prepara o material necessário para o cuidado à ostomia de ventilação	76	2	5	4,61	0,78
	28. Remove a fita ou velcro	67	1	5	4,01	1,49
	29. Remove os dispositivos	74	1	5	4,62	0,86
	30. Limpa e seca o estoma e pele circundante	77	1	5	4,26	1,12
	31. Limpa a prótese fonatória	39	1	5	3,13	1,84
	32. Aplica protetores cutâneos	48	1	5	4,27	1,20
	33. Insere os dispositivos	74	1	5	4,04	1,34
	34. Aplica penso de proteção	38	1	5	3,50	1,48
	35. Fixa os dispositivos	68	1	5	3,09	1,66
	36. Confirma o ajuste dos dispositivos	75	3	5	4,71	0,59
Total do Domínio da Execução		11	1,8	5,0	SM= 4,42	0,95

*Amplitude da escala de likert: 1-5

Da análise dos itens que compõe o domínio da Execução, conforme apresentado na tabela 15, constatou-se que os indicadores que obtiveram uma média mais alta foram o *confirma o ajuste do(s) dispositivo(s)* (M=4,7) e *remove os dispositivos* (M=4,6). Por sua vez, os itens que obtiveram médias inferiores foram os referentes a *fixa o(s) dispositivo(s)* (M=3,1) e *limpa a prótese fonatória* (M=3,1), o que se traduz no cumprimento de apenas 50% dos critérios definidores dos referidos itens.

O domínio do Conhecimento apresentou igualmente um score médio alto (SM=4,4), muito perto do nível 5, pelo que a amostra na globalidade revelou cumprir entre os 75% e os 100% (exclusive) dos critérios definidores dos 13 itens que compõe esse domínio. O desvio padrão em relação à média deste domínio foi menor (DP=0,45), uma vez que a amplitude dos scores médios obtidos neste domínio também foi menor (A=2,69).

Tabela 16: Medidas de Tendência Central e Dispersão do domínio do Conhecimento

Itens por Domínio		n	Mn	Mx	M	DP
Conhecimento	1. Refere o que é uma ostomia de ventilação	80	5	5	5,00	0,00
	2. Refere qual a finalidade da ostomia de ventilação	80	5	5	5,00	0,00
	3. Refere as características da ostomia de ventilação	80	1	5	4,08	0,73
	4. Refere quais as consequências decorrentes da ostomia de ventilação	80	2	5	3,69	0,76
	5. Refere quais os sinais de complicação da ostomia de ventilação	80	1	5	3,26	0,90
	6. Refere quais os dispositivos necessários no cuidado à ostomia de ventilação	78	3	5	4,94	0,30
	7. Refere quando deve proceder à substituição dos dispositivos	77	1	5	4,88	0,54
	8. Refere como deve proceder à substituição dos dispositivos	77	1	5	4,71	0,76
	9. Refere como realizar a manutenção dos dispositivos	77	1	5	4,71	0,74
	10. Refere quando deve proceder à limpeza do estoma e pela circundante	80	1	5	4,91	0,48
	11. Refere como deve proceder à limpeza do estoma e pela circundante	80	1	5	4,81	0,62
	12. Refere quais os recursos disponíveis na comunidade para a pessoa com ostomia de ventilação	80	1	5	3,64	0,89
	13. Refere quais as medidas que deve adotar para a prevenção de complicações	80	1	5	3,70	0,89
Total do Domínio do Conhecimento		77	2,3	5,0	SM 4,39	0,45

Da análise da tabela 16 é possível perceber que os itens da subescala que obtiveram média mais elevada ($Mn=Mx=M=5$) foram os relativos à descrição *do que é uma ostomia de ventilação* e a sua *finalidade* pois a amostra sabia todos os critérios definidores dos mesmos, ou seja demonstrou ser totalmente competente nesses indicadores. O item que apresentou uma média mais baixa foi o referente ao conhecimento *sobre quais os sinais de complicação da ostomia de ventilação* ($M=3,3$), que se traduz no cumprimento de aproximadamente 50% dos seus critérios definidores. De salientar que os scores mínimos e máximos para o referido item foram 1 e 5, o que se repercute numa amplitude máxima de respostas possíveis ($A=4$) para esse item.

Depois da Execução e do Conhecimento, o domínio que apresentou um score médio mais significativo foi a Autovigilância ($SM=4,25$). Tal traduz-se no não cumprimento de todos os critérios definidores do domínio, mas de pelo menos 75% dos mesmos. O score mínimo obtido nesta subescala foi de 2,6 enquanto o máximo foi de 5,0, o que confere uma amplitude de 2,4.

Tabela 17: Medidas de Tendência Central e Dispersão do domínio da Autovigilância

Itens por Domínio		n	Mn	Mx	M*	DP
Autovigilância	14. Observa a ostomia de ventilação	80	1	5	4,85	0,77
	15. Identifica as características da ostomia de ventilação	80	1	5	4,07	0,88
	16. Identifica as características das secreções	80	2	5	3,96	0,61
	17. Identifica sinais de complicações da ostomia de ventilação	69	1	5	3,41	0,81
	18. Atende à necessidade de troca do(s) dispositivo(s)	77	1	5	4,55	0,84
Total do Domínio da Autovigilância		66	2,6	5,0	SM= 4,25	0,45

*Amplitude da escala de likert: 1-5

Os itens desse domínio que obtiveram médias mais altas foram os que se reportaram ao *observar a ostomia de ventilação* e *atender à necessidade de troca do(s) dispositivo(s)*, com 4,9 e 4,6 respetivamente, que é muito próximo da obtenção da totalidade dos critérios que caracterizam esses itens. Por sua vez o item que obteve uma média inferior foi o *identifica sinais de complicações da ostomia de ventilação*, com um valor de 3,4, que corresponde ao cumprimento de cerca de 50% dos critérios definidores desse item pela amostra. De frisar

que nos 3 itens referidos, os valores mínimo e máximo foram 1 e 5, que correspondem há amplitude máxima de respostas possíveis para os mesmos.

Posteriormente, a subescala da Negociação e Utilização de Recursos de Saúde obteve um score médio de 4,2, tendo sido a que apresentou um desvio padrão menor e a que obteve uma amplitude de scores médios neste domínio menor (A=2; Mn=3; Mx=5). Assim sendo, a amostra na globalidade demonstrou cumprir 75% dos critérios definidores dos 3 itens dessa subescala.

Tabela 18: Medidas de Tendência Central e Dispersão do domínio da Negociação e Utilização de Recursos de Saúde

Itens por Domínio		N	Mn	Mx	M*	DP
Negociação	37. Negoceia os diferentes recursos disponíveis no apoio à pessoa com ostomia de ventilação	61	3	5	3,54	0,53
	38. Recorre aos serviços de saúde para esclarecimento de dúvidas e/ ou aconselhamento	61	3	5	4,18	0,67
	39. Recorre oportunamente aos serviços de saúde face a complicações da ostomia de ventilação	61	3	5	4,84	0,42
Total do Domínio da Negociação		61	3	5	SM= 4,18	0,44

*Amplitude da escala de likert: 1-5

Nesse domínio, o item que obteve média inferior foi o *negoceia os diferentes recursos disponíveis no apoio à pessoa com ostomia de ventilação* (M=3,5) enquanto o que obteve média superior foi o *recorre oportunamente aos serviços de saúde face a complicações da ostomia de ventilação* (M=4,8).

O domínio da Tomada de Decisão foi o que obteve o segundo score médio mais baixo, que foi de 3,96. Apresentou um desvio padrão de 0,97, o mais significativo dos 6 domínios. A amplitude dos scores médios obtidos nesta subescala foi de 3,7.

O item com média mais elevada foi o relativo ao *estabelecer prioridades na tomada de decisão* (M=4,1), enquanto o que obteve média mais baixa foi o referente ao *prevenir as complicações da ostomia de ventilação* (M=3,7).

Tabela 19: Medidas de Tendência Central e Dispersão do domínio da Tomada de Decisão

Itens por Domínio		N	Mn	Mx	M*	DP
Tomada Decisão	23. Estabelece prioridades na tomada de decisão	73	1	5	4,10	1,20
	24. Reconhece as possíveis consequências das suas decisões	74	1	5	3,86	1,29
	25. Previne as complicações da ostomia de ventilação	80	2	5	3,73	0,86
Total do Domínio da Tomada de decisão		73	1,3	5,0	SM=3,96	0,97

*Amplitude da escala de likert: 1-5

O domínio da Interpretação foi o que atingiu o score médio inferior (SM=3,7) e o que apresentou valores extremos de scores médios mais díspares, mínimo 1 e máximo 5, pelo que apresentou a amplitude mais elevada dos 6 domínios (A=4).

Da análise das medidas de partição foi também possível perceber que 25% da amostra atingiu médias de Interpretação até 3, 50% da amostra obteve até 3,8 (=Me) e 75% da amostra até 4,5, o que se traduziu nos valores mais baixos dos 6 domínios.

Assim foi possível perceber que no domínio da Interpretação a amostra cumpriu apenas entre 50 a 75% dos critérios definidores dos 4 itens da subescala.

O item que obteve uma média superior foi o do reconhecimento *que os resultados do autocuidado à ostomia influenciam o bem-estar* (M=4,6). Em contrapartida os que obtiveram médias inferiores foram os itens referentes à *identificação de possíveis causas de complicações da ostomia de ventilação* e à *identificação de possíveis causas de alteração das características das secreções*, que foram 3,1. Tal significa que a amostra cumpriu apenas 50% dos critérios que caracterizavam os referidos itens.

De notar que em todos os itens deste domínio os scores variaram entre o mínimo 1 e o máximo 5 pelo que a amplitude das respostas foi grande.

Os principais resultados referentes aos itens do domínio da Interpretação podem ser analisados na tabela 20.

Tabela 20: Medidas de Tendência Central e Dispersão do domínio da Interpretação

Itens por Domínio		N	Mn	Mx	M*	DP
Interpretação	19. Refere quais as possíveis causas de complicações da ostomia de ventilação	80	1	5	3,07	1,053
	20. Refere quais as possíveis causas de alteração das características das secreções	80	1	5	3,11	1,067
	21. Reconhece que os resultados do autocuidado à ostomia influenciam o seu bem-estar	80	1	5	4,60	,922
	22. Questiona detalhadamente com o objetivo de encontrar uma explicação	80	1	5	3,93	1,145
Total do Domínio da Interpretação		80	1,0	5,0	SM=3,68	0,829

*Amplitude da escala de likert: 1-5

3.2. Relação entre as Variáveis em Estudo e o Nível de Competência de Autocuidado à Ostomia de Ventilação

Neste subcapítulo são apresentados os resultados relativos à existência de diferentes níveis de competência de autocuidado à ostomia de ventilação demonstrados pela amostra de acordo com as variáveis de atributo, clínicas e de tratamento. Pretende-se assim dar resposta à segunda pergunta de investigação deste estudo.

3.2.1. Variáveis de Atributo

Da análise comparativa entre os níveis de competência de autocuidado à ostomia de ventilação e o sexo da amostra, só se verificaram diferenças significativas na subescala da Negociação e Utilização de Recursos de Saúde ($p=0,035$), em que as mulheres apresentaram médias significativamente mais altas nesse domínio, em relação aos homens. Os resultados obtidos podem ser consultados na tabela 21.

Tabela 21: Teste de Comparação de Mann-Whitney do nível da competência de autocuidado no domínio da Negociação de acordo com o sexo da amostra

Sexo	n	M (DP)	U (p)
Feminino	2	4,83 (0,24)	8,5 *
Masculino	59	4,16 (0,43)	

* $p < 0,05$

Por outro lado, os dados apresentados na tabela 22 demonstram que existem diferenças muito significativas entre a situação profissional da amostra e a competência no domínio da Interpretação ($p=0,005$), na medida em que os empregados no ativo e os incapacitados para o trabalho demonstram uma média de competência superior nessa subescala, particularmente em relação aos desempregados.

Tabela 22: Testes de Comparação de Kruskal-Wallis do nível de competência de autocuidado no domínio da Interpretação de acordo com a situação profissional da amostra

Situação Profissional	n	M (DP)	H (gl) p
Empregado no ativo	1	4,50	14,66 (4) **
Empregado não ativo	14	3,48 (0,83)	
Desempregado	9	2,83 (0,63)	
Incapacitado permanente	5	3,95 (0,72)	
Reformado, aposentado	51	3,84 (0,79)	

** $p < 0,01$

Com a aplicação do teste de correlação de Spearman foi possível perceber que não existem diferenças significativas entre o nível de competência de autocuidado à ostomia e a idade da amostra.

Em contrapartida, existem diferenças significativas entre os anos de escolaridade da amostra e o nível de competência demonstrado nos domínios do Conhecimento, Autovigilância, Interpretação, Tomada de Decisão e Negociação e Utilização de Recursos de Saúde ($p < 0,05$).

Trata-se de uma correlação positiva pois quanto mais anos de escolaridade apresenta a amostra, maior a competência demonstrada nos referidos domínios.

No que concerne à força da correlação pode ser considerada como fraca nos domínios do Conhecimento, Autovigilância, Interpretação e Tomada de Decisão pois o coeficiente pertence ao intervalo de 0,1 a 0,3. Pode ainda ser considerada como correlação moderada no domínio da Negociação e Utilização de Recursos de Saúde, pois o coeficiente pertence ao intervalo de 0,4 a 0,6.

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

Testes de Correlação de Spearman		Subescala Conhecimento	Subescala Autovigilância	Subescala Interpretação	Subescala Tomada de Decisão	Subescala Execução	Subescala Negociação
Anos de Escolaridade	r_s	0,32**	0,29*	0,28*	0,32**	n.s.	0,40**

* $p < 0,05$; ** $p < 0,01$

De seguida são expostos os resultados referentes às variáveis clínicas dos participantes.

3.2.2. Variáveis Clínicas

Com a aplicação do teste de Mann-Whitney não se verificaram diferenças significativas nos níveis de competência de autocuidado à ostomia entre os participantes que sabiam ou não o diagnóstico clínico associado à cirurgia.

Contudo, o teste de Kruskal-Wallis mostrou que houve diferenças significativas entre os níveis de competência de autocuidado nos domínios do Conhecimento, Autovigilância, Interpretação e Tomada de Decisão e o tipo de ostomia quanto à duração ($p < 0,05$). Nesses domínios, as médias de competência demonstradas foram mais elevadas nas pessoas com ostomia definitiva comparativamente com as que tinham uma ostomia de ventilação de carácter temporário ou que não sabiam responder à questão. Os resultados obtidos foram apresentados na tabela 24.

Tabela 24: Teste de Comparação de Kruskal-Wallis entre o nível de competência de autocuidado e o tipo de ostomia quanto à duração

Tipo ostomia quanto à duração	M (DP)			
	Subescala Conhecimento	Subescala Autovigilância	Subescala Interpretação	Subescala Tomada de Decisão
Temporária	4,06 (0,48)	3,6 (0,87)	2,72 (0,96)	2,67 (0,92)
Definitiva	4,45 (0,45)	4,33 (0,36)	3,86 (0,73)	4,16 (0,81)
Não sabe responder	4,34 (0,32)	3,93 (0,59)	3,25 (0,73)	3,67 (1,23)
H (gl) p	11,03 (2) **	8,21 (2) *	13,77 (2) **	12,59 (2) **

* p<0,05; ** p<0,01

Foram igualmente identificadas diferenças significativas entre o tipo de cirurgia associada à traqueostomia cirúrgica e a competência demonstrada nos domínios do Conhecimento, Interpretação e Tomada de Decisão ($p<0,05$). Efetivamente, as pessoas que realizaram uma laringectomia total apresentaram médias de competência de autocuidado superiores nesses domínios, particularmente em relação aos que realizaram traqueostomia de urgência, cujas médias foram as menores da amostra. Os resultados encontrados através da aplicação do teste de Kruskal-Wallis foram apresentados na tabela 25.

Tabela 25: Teste de Comparação de Kruskal-Wallis entre o nível de competência de autocuidado e o tipo de cirurgia associada à traqueostomia cirúrgica

Tipo de cirurgia associada à traqueostomia cirúrgica	M (DP)		
	Subescala Conhecimento	Subescala Interpretação	Subescala Tomada de Decisão
LT	4,47 (0,44)	3,85 (0,74)	4,16 (0,86)
Outras cirurgias	4,24 (0,34)	3,10 (0,73)	3,33 (1,05)
TU	4,12 (0,54)	2,86 (1,14)	2,91 (1,18)
TU com posterior LT	4,41 (0,54)	3,94 (0,56)	4,29 (0,52)
H (gl) p	9,56 (3) *	12,54 (3) **	13,39 (3) **

* p<0,05; ** p<0,01

No que concerne à comparação entre o tempo decorrido desde a cirurgia e o nível de competência demonstrado no autocuidado há ostomia de ventilação, foi possível perceber que existem diferenças significativas ($p<0,05$). As pessoas que tinham sido submetidas a cirurgia há mais de um mês demonstraram níveis de competência superiores em todos os domínios comparativamente com as que tinham sido submetidas há menos de um mês. Os resultados foram sintetizados na tabela 26.

Tabela 26: Teste de Comparação de Mann-Whitney entre o nível de competência de autocuidado e o tempo decorrido desde a cirurgia

Tempo decorrido desde a cirurgia	M (DP)					
	Subescala Conhecimento	Subescala Autovigilância	Subescala Interpretação	Subescala Tomada de Decisão	Subescala Execução	Subescala Negociação
<= 1 mês	3,95 (0,59)	3,67 (0,61)	2,81 (0,76)	2,93 (1,14)	3,36 (1,34)	3,69 (0,36)
> 1 mês	4,58 (0,19)	4,36 (0,31)	4,01 (0,58)	4,22 (0,73)	4,82 (0,35)	4,26 (0,39)
U (p)	132 ***	86,5 ***	136,5 ***	146 ***	2 *	44,5 ***

* $p<0,05$; ** $p<0,01$; *** $p<0,001$

Após essa avaliação procedeu-se à aplicação do teste de correlação de Spearman para as mesmas variáveis, conforme apresentado na tabela 27.

Este mostrou que existe uma correlação positiva moderada entre os dias decorridos desde a cirurgia (quando até há um mês) e o nível de competência demonstrado no domínio do Conhecimento ($n=22$; $r_s=0,54$; $p=0,01$). Mostrou ainda que existe uma correlação positiva perfeita entre os dias decorridos no primeiro mês pós-operatório e o domínio da Execução ($n=3$; $r_s=1$). Ou seja, quantos mais dias decorridos no primeiro mês pós-operatório, maior o nível de competência demonstrado pela amostra nos domínios do Conhecimento e Execução.

No que concerne aos casos em que a cirurgia decorreu há mais de um mês, a análise do teste de Spearman revelou 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 ($r_s=0,4;p<0,01$), da Autovigilância ($r_s=0,4;p<0,01$) e da Interpretação ($r_s=0,4;p<0,01$). Ou seja, quanto mais tempo decorrido em meses após a cirurgia, maior o nível de competência de autocuidado demonstrado nos domínios do Conhecimento, Autovigilância e Interpretação.

Tabela 27: Teste de Correlação de Spearman entre o nível de competência de autocuidado e o tempo decorrido desde a cirurgia

Teste Correlação de Spearman		Subescala Conhecimento	Subescala Autovigilância	Subescala Interpretação	Subescala Execução
Há quanto tempo foi submetido a cirurgia em dias (se até há 1 mês)	r_s	0,54**	n.s	n.s.	1,00**
Há quanto tempo foi submetido a cirurgia em meses (se há mais de 1 mês)	r_s	0,42**	0,42**	0,39**	n.s.

* $p<0,05$; ** $p<0,01$

De seguida são expostos os resultados referentes às variáveis de tratamento da amostra.

3.2.3. Variáveis de Tratamento

Pela aplicação do teste de Mann-Whitney não se registaram diferenças estatísticas significativas entre o nível de competência de autocuidado à ostomia e o contacto prévio com pessoas com ostomia de ventilação ($p>0,05$). Este teste demonstrou ainda não existirem 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 ($p>0,05$).

3.2.4. Outras Variáveis

Uma outra variável que se pretendeu comparar com o nível de competência de autocuidado à ostomia de ventilação foi a existência de um cuidador informal.

Para tal procedeu-se à aplicação do teste de Mann-Whitney, que revelou existir diferenças significativas nos níveis de competência de autocuidado nos domínios do Conhecimento, Autovigilância e Interpretação entre os participantes que tinham ou não um cuidador informal. Isto é, os que não possuíam qualquer suporte de um cuidador informal apresentaram níveis de competência superiores nos referidos domínios, comparativamente com os participantes que possuíam auxílio de um familiar cuidador.

Tabela 28: Teste de Comparação de Mann-Whitney entre o nível de competência de autocuidado e a existência de um cuidador informal

Tem cuidador informal	M (DP)		
	Subescala Conhecimento	Subescala Autovigilância	Subescala Interpretação
Não	4,58 (0,19)	4,42 (0,21)	4,03 (0,55)
Sim	4,33 (0,51)	4,17 (0,51)	3,53 (0,89)
U (p)	406,50 *	324,00 *	446,50 *

* p<0,05

Para finalizar procedeu-se à utilização do modelo estatístico de regressão linear para perceber se o nível de competência no domínio do Conhecimento podia prever o nível de competência nos restantes domínios da escala. Assim, foi aplicado o modelo de regressão linear simples para cada uma das variáveis critério definidas, de forma individual e consecutiva.

Neste sentido, foi possível perceber que o domínio do Conhecimento prevê o comportamento dos restantes domínios da competência da escala pois em todos o p foi de 0,0001, o que é muito significativo.

Tabela 29: Regressão linear entre o domínio do Conhecimento e os restantes domínios da competência de autocuidado à ostomia

Variável Preditora	Variável Critério	F (gl) p	R Square ajustado	β
Conhecimento	Autovigilância	172,61 (1) ***	0,73	0,85
	Interpretação	143,53 (1) ***	0,63	0,81
	Tomada de decisão	169,80 (1) ***	0,71	0,85
	Execução	75,70 (1) ***	0,88	0,95
	Negociação	33,63 (1) ***	0,36	0,61

***p<0,001

O Conhecimento explica 73% da Autovigilância, 63% da Interpretação, 71% da Tomada de Decisão, 88% da Execução e 36% da Negociação e Utilização de Recursos de Saúde. A Execução é portanto o domínio mais explicado pelo Conhecimento, enquanto a Negociação e Utilização de Recursos é o menos explicado. A força de associação entre o Conhecimento e as restantes variáveis foi positiva muito forte com a Execução ($\beta=0,945$) e positiva forte com a Autovigilância ($\beta=0,854$), Interpretação ($\beta=0,810$), Tomada de Decisão ($\beta=0,845$) e Negociação e Utilização de Recursos de Saúde ($\beta=0,613$).

Para facilitar a leitura dos resultados obtidos na investigação, foi realizado um resumo onde se explicitam os achados mais relevantes.

Resumo dos resultados obtidos

Com os resultados obtidos foi possível afirmar que a amostra demonstrou ser parcialmente competente no autocuidado à ostomia de ventilação e em todos os seus domínios.

Os domínios em que a amostra revelou ser mais competente foram a Execução e o Conhecimento, enquanto os que demonstrou ser menos competente foram a Interpretação e a Tomada de Decisão.

A amostra demonstrou ser parcialmente competente em todos os indicadores da escala, exceto no item 1 (*sabe o que é uma ostomia de ventilação*) e 2 (*sabe qual a finalidade da ostomia de ventilação*) do domínio do Conhecimento em que revelou ser totalmente competente.

Foi possível perceber que existem diferenças estatísticas significativas no nível de competência de autocuidado no domínio da Negociação e Utilização de Recursos de Saúde de acordo com o sexo da amostra.

Existe igualmente uma correlação positiva fraca a moderada entre os anos de escolaridade e a competência nos domínios do Conhecimento, Autovigilância, Interpretação, Tomada de Decisão e Negociação e Utilização de Recursos de Saúde.

Verificaram-se diferenças estatísticas significativas em todos os domínios da competência de autocuidado à ostomia de acordo com o facto de terem sido submetidos a cirurgia até há um mês ou há mais de um mês.

Paralelamente, houve diferenças estatísticas significativas no nível de competência de autocuidado dos participantes de acordo com o tempo de duração da ostomia (provisória, não sabe responder ou definitiva).

Foram também detetadas diferenças estatísticas significativas no nível de competência de autocuidado nos domínios do Conhecimento, Autovigilância e Interpretação de acordo com a existência ou não de um cuidador informal.

Por fim, o domínio do Conhecimento demonstrou conseguir prever o comportamento dos restantes domínios da competência de autocuidado à ostomia de ventilação.

CAPÍTULO 4 – DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

No presente capítulo discutem-se os resultados obtidos como resposta aos objetivos do presente estudo, já apresentados no capítulo anterior.

Apesar da construção do formulário de avaliação da competência de autocuidado da pessoa com ostomia de ventilação não se constituir como um resultado direto da investigação, foi um meio indispensável para a obtenção dos mesmos, pelo que será também brevemente referido neste capítulo.

Neste sentido, na primeira parte deste capítulo é realizada uma reflexão sobre o instrumento de colheita de dados criado nesta investigação; na segunda parte são discutidos os resultados obtidos sobre o nível de competência de autocuidado na pessoa com ostomia de ventilação; na terceira parte são discutidos os resultados relativos à existência de diferentes níveis de competência de autocuidado na pessoa com ostomia de ventilação, de acordo com as variáveis de atributo, clínicas e de tratamento; na última parte é realizada uma reflexão sobre outras questões que emergiram da investigação realizada.

4.1. Formulário de Avaliação do Desenvolvimento da Competência de Autocuidado na Pessoa com Ostomia de Ventilação

A construção de um instrumento de colheita de dados não foi, à partida, um objetivo definido para a presente investigação. Contudo, a inexistência de instrumentos que permitissem avaliar a competência de autocuidado na pessoa com ostomia de ventilação impulsionou a sua criação. Assim, o *Formulário de Avaliação do Desenvolvimento de Competência de Autocuidado na Pessoa com Ostomia de Ventilação*, não sendo um resultado *per se*, foi o meio utilizado para a obtenção de todos os dados do estudo, pelo que se considerou pertinente efetuar uma reflexão sobre o mesmo.

Neste sentido, considerou-se que o instrumento criado, com base na literatura e na experiência clínica, se revelou efetivo na avaliação da competência de autocuidado e das necessidades de aprendizagem das pessoas com ostomia de ventilação.

Apesar de não se ter procedido à sua validação, o instrumento demonstrou ser fidedigno, pela boa consistência interna obtida com um *alpha* de cronbach de 0,89.

Os enfermeiros que contactaram com o instrumento referiram-no como útil, fácil de usar e indispensável para a melhoria da continuidade de cuidados e partilha de informação entre os diferentes recursos de saúde. Efetivamente, numa era em que os sistemas de informação e a partilha de informação de saúde se torna cada vez mais simples e acessível, a criação de ferramentas que suportem a colheita de dados, a tomada de decisão e auxiliem a sua documentação só poderá ser uma mais-valia para o futuro.

O instrumento de recolha de dados elaborado contribuiu ainda com o conteúdo relativo à competência de autocuidado à ostomia de ventilação, ao identificar e sistematizar as dimensões da competência de autocuidado e os respetivos indicadores de resultado para cada uma delas. Efetivamente, no seu conjunto, são-lhe conferidas propriedades orientadoras para o processo diagnóstico, para as intervenções e para a avaliação da eficácia das mesmas.

Mais do que um instrumento de avaliação da competência de autocuidado à ostomia de ventilação, o formulário criado sistematiza a percurso de adaptação de forma longitudinal, pelo que auxilia inclusivamente na compreensão da transição, enquanto indicador de processo e eventualmente de resultado.

4.2. Nível de Competência de Autocuidado na Pessoa com Ostomia de Ventilação

Face aos resultados apresentados foi possível concluir que a amostra demonstrou competência parcial no autocuidado à ostomia de ventilação (SM=4), na sua globalidade, que se traduziu no cumprimento de cerca de 75% dos critérios definidores de cada um dos 39 indicadores da escala.

Assim, apesar de não se demonstrar totalmente competente, a amostra apresentou um nível de competência intermédio alto, mais próximo do nível máximo (demonstra totalmente=5) do que do nível mínimo (correspondente ao não demonstra=1).

Para compreender este resultado é necessário proceder à análise do nível de competência por domínios e respetivos itens, pois proporcionam informação mais pormenorizada, garantindo interpretações mais fidedignas e sustentadas.

Na análise dos níveis de competência de autocuidado por domínios, a amostra demonstrou parcialmente a competência em todas as subescalas, que se traduziu no cumprimento de mais de 50% e menos de 100% dos critérios definidores dos itens.

Os domínios que apresentavam scores médios superiores foram a Execução e o Conhecimento, aproximadamente 4,4, que corresponde a uma posição na escala entre o demonstra parcialmente a competência, com o cumprimento de pelo menos 75% dos critérios definidores dos itens, e o demonstra totalmente, com o cumprimento de 100% dos critérios definidores dos itens. Trata-se portanto de um nível de competência nesses domínios, muito bom.

Contrariamente, os domínios que apresentaram scores médios de competência inferiores foram o da Interpretação e da Tomada de Decisão, com 3,6 e 3,9 respetivamente, o que se traduz numa posição na escala correspondente ao demonstra parcialmente a competência, com o cumprimento de mais de 50% e menos de 75% dos critérios definidores dos itens que compõem os referidos domínios.

Estes resultados permitiram perceber que os domínios referentes ao saber (conhecimento) e ao saber-fazer (componente instrumental da execução) do autocuidado à ostomia foram os mais facilmente adquiridos pela amostra. Enquanto os domínios referentes à capacidade de interpretar e decidir sobre os cuidados à ostomia foram os que a amostra revelou ser menos competente.

Reading (2005) bem como Mitchel e colaboradores (2012) corroboram os resultados obtidos quando mencionam que o desenvolvimento da competência de autocuidado à ostomia de ventilação se centra na aquisição de informação e de habilidades técnicas para o cuidado à ostomia e seus dispositivos. Tal pode significar que as terapêuticas de enfermagem estão mais direcionadas para estes domínios do que para os restantes. Contudo, face aos resultados obtidos, depreende-se que, nesta fase, mais do que o saber e a capacidade para executar, os participantes necessitam de terapêuticas de enfermagem dirigidas para o desenvolvimento da capacidade de interpretar e fundamentar as decisões relacionadas com o cuidado à ostomia, nomeadamente na procura de explicações e na identificação de causas

de alterações/complicações da ostomia. Neste sentido, torna-se premente que o enfermeiro desenvolva o *empowerment* da pessoa para gerir os cuidados à sua ostomia e que a envolva ativamente no processo de cuidados, não só como executante, mas também como agente com potencial para decidir e agir ativamente na promoção da sua saúde e na prevenção de complicações.

Na análise dos itens por domínios da escala mais se sustenta esta interpretação do resultado. No domínio do Conhecimento, o indicador que obteve média inferior foi o relativo ao *refere quais os sinais de complicação da ostomia de ventilação* (M=3,26). No domínio da Autovigilância foi o item referente ao *identifica sinais de complicação da ostomia de ventilação* que obteve média mais baixa (M=3,41). No domínio da Interpretação, o que obteve média inferior foi o *refere quais as possíveis causas de complicações da ostomia de ventilação* (M=3,07). Já no domínio da Tomada de Decisão, o indicador com média inferior foi o *previne as complicações da ostomia de ventilação* (M=3,73). Portanto, nesses domínios, os itens com scores inferiores relacionam-se todos com as complicações da ostomia: conhecer os sinais de complicações da ostomia, saber identificá-los, perceber as possíveis causas das complicações para assim saber como e poder decidir como preveni-las. Tal salienta a importância do desenvolvimento de competência relacionada com a capacidade de vigiar a ostomia, identificar sinais de complicação, interpretar possíveis causas de complicação, saber decidir sobre como atuar nas complicações e como preveni-las. Neste sentido, há que evidenciar a necessidade de investir nas competências relacionadas com a capacidade de vigiar, interpretar e decidir sobre os cuidados à ostomia, tal como se investe nos domínios do Conhecimento e do Executar.

Uma outra possível justificação para estes resultados poderá ser uma coordenação deficitária da continuidade de cuidados entre serviços hospitalares e os recursos da comunidade. Segundo Walker e Lachman (2013), com a diminuição do tempo de internamento diminui o tempo disponível para a capacitação para o autocuidado à ostomia, pelo que na preparação do regresso a casa os enfermeiros se centram essencialmente nas habilidades práticas relacionadas com a ostomia e dispositivos. Assim, os restantes domínios da competência de autocuidado à ostomia, como a Autovigilância, a Interpretação, a Tomada de Decisão necessitam de ser desenvolvidos na comunidade. Neste sentido, a partilha de informação sistematizada sobre as necessidades de aprendizagem da pessoa, salientando os domínios do autocuidado à ostomia em que a pessoa possui ou não competência no momento da alta, é essencial para assegurar a continuidade dos cuidados no domicílio. O estudo realizado por Wick e colaboradores (2011) em pessoas com colostomia identificou as

altas prematuras e a fraca coordenação entre serviços hospitalares e recursos comunitários como fatores que contribuíram significativamente para o aumento das readmissões hospitalares por complicações nos primeiros três meses pós-operatório. Efetivamente se não existir uma coordenação e articulação da informação entre os diferentes recursos poderá ser favorecida a existência de lacunas no desenvolvimento de competência de autocuidado à ostomia, com um investimento formativo maior em alguns domínios em detrimento de outros. Walker e Lachman (2013), sobre esta questão, salientam a importância da partilha de informação eletrónica, através de *check-list* ou instrumentos análogos, incorporada no processo da alta hospitalar, que favoreça e credibilize a continuidade do processo formativo do autocuidado à ostomia na comunidade, após o regresso a casa. Essa partilha de informação estruturada permitirá identificar os domínios da competência de autocuidado à ostomia que requerem ser desenvolvidos e quais os que já estão demonstrados, para que assim se possam direcionar as terapêuticas de enfermagem para os domínios verdadeiramente necessitados.

De salientar também, que nos estudos de Cardoso (2011) e Gomes (2012) sobre o desenvolvimento de competência de autocuidado na pessoa com ostomia de eliminação intestinal, em contexto domiciliário e de internamento pós-operatório respetivamente, também foram os domínios do Conhecimento e da Execução que obtiveram resultados superiores e os da Interpretação e da Tomada de Decisão os resultados mais baixos, o que se coaduna com os resultados do presente estudo e ressalva igualmente a necessidade de reflexão sobre os mesmos.

Neste subcapítulo, pareceu ainda pertinente frisar a existência de dois itens na escala em que a amostra demonstrou competência total, nomeadamente *no refere o que é uma ostomia de ventilação* e *no refere qual a finalidade da ostomia de ventilação*, enquanto em todos os outros itens demonstrou parcialmente a competência. Tal pode ser justificado por ser essa a primeira informação fornecida à pessoa que vai ser submetida a uma traqueostomia, para a obtenção do consentimento informado. Em algumas situações, essa primeira informação poderá constituir-se como o evento crítico que desencadeia o início da transição para a vida com a ostomia de ventilação. Paralelamente, pode também ser justificado pelo facto da traqueostomia ser fundamental para o processo da respiração, que é uma função vital cujos efeitos são fácil e rapidamente sentidos pela pessoa portadora de traqueostomia. Assim, esta mais facilmente compreende o que é e qual a sua finalidade pois a oclusão da mesma traduz-se na incapacidade de ventilar, com efeitos físicos imediatos.

4.3. Relação entre as Variáveis em Estudo e o Nível de Competência de Autocuidado à Ostomia de Ventilação

Na análise do nível de competência de autocuidado de acordo com as variáveis de atributo constatou-se que existem diferenças significativas de acordo com o sexo no subdomínio da Negociação e Utilização de Recursos de Saúde. Neste caso, as mulheres da amostra revelaram-se mais competentes do que os homens para recorrer aos serviços de saúde para a obtenção de material, esclarecimento de dúvidas e resolução de problemas. Este resultado pode estar relacionado com o facto da ostomia de ventilação ser um problema pouco comum no sexo feminino (Matos, Silva e Monteiro, 2012). A dificuldade em partilhar experiências com outras mulheres poderá incitar a pro-atividade na procura de informação e apoio. Por outro lado, na faixa etária em que a maioria da amostra se encontra (60 anos em média), em que as famílias são tradicionalmente clássicas, habitualmente o papel de provedor de cuidados e terapêutico está mais conotado com a mulher (Hansen, 2005), o que as pode tornar mais predispostas para o desempenho desse tipo de funções e assim se manifeste nesse domínio da competência.

O estado civil e a idade não revelaram qualquer tipo de influência no nível de competência de autocuidado da amostra apesar de, na literatura encontrada, se fazer uma breve alusão à possível influência desses fatores (Bekkers et al., 1996; Brown e Randle, 2005).

Relativamente aos anos de escolaridade, constatou-se que quanto mais anos de escolaridade tinha a amostra, maior o nível de competência demonstrado nos domínios do Conhecimento, Autovigilância, Interpretação, Tomada de Decisão e Negociação e Utilização de Recursos de Saúde. Esses resultados foram totalmente concordantes com os obtidos no estudo de Gomes (2012). Tal pode estar associado ao facto de o desenvolvimento de competência ser dependente das capacidades cognitivas da pessoa e do seu potencial de aprendizagem (Perrenoud, 2000 Cit. por Mitchell, 2004). Tal permite supor que as pessoas com um grau de instrução superior poderão corresponder às que possuem recursos intelectuais mais favorecedores da aprendizagem e que este se repercuta no conhecimento e na aplicação deste na gestão dos cuidados à ostomia. Na mesma linha de pensamento, Phaneuf (2005) refere que a motivação, as capacidades intelectuais, o nível de instrução, a memória e a compreensão determinam a capacidade de aprender, pelo que vai de encontro à justificação apresentada. Assim, os resultados obtidos indiciam que os anos de escolaridade poderão ser uma condição facilitadora, intrínseca ao indivíduo, do desenvolvimento da

competência de autocuidado à ostomia e eventualmente da transição para a vida com a ostomia.

Ainda referente às variáveis de atributo, destaca-se a existência de diferenças significativas entre a situação profissional da amostra e o nível de competência de autocuidado no domínio da Interpretação. Dos resultados encontrados, os desempregados foram os que revelaram uma média de competência inferior comparativamente com os restantes grupos, particularmente os empregados no ativo. Uma justificação para esse facto será a possibilidade dos desempregados estarem a viver uma transição múltipla, de saúde/doença pela ostomia e situacional pelo desemprego, o que se poderá refletir num menor envolvimento e motivação para a aprendizagem. Por outro lado, os empregados no ativo, face às exigências profissionais, terão de ser mais autónomos nos cuidados, pois no local de trabalho terão de desempenhar os cuidados de forma independente. Tal poderá justificar o maior nível de competência dos participantes nessa situação profissional.

Na análise das variáveis clínicas constatou-se haver diferenças significativas entre o nível de competência de autocuidado nos domínios do Conhecimento, Autovigilância, Interpretação e Tomada de Decisão e o tipo de ostomia quanto à duração. Os participantes da amostra que sabiam que a sua ostomia era definitiva revelaram maior competência nesses domínios, comparativamente com os que tinham uma ostomia provisória ou que não sabiam responder a essa questão. Uma possibilidade para fundamentar essas diferenças será o facto de os participantes com ostomia definitiva poderem estar mais consciencializados da necessidade de mudança face à sua irreversibilidade e conseqüentemente estejam mais envolvidos na aprendizagem. Ao reconhecerem que é uma situação permanente, provavelmente mais predispostos estarão a ligar-se à situação e a enfrentá-la, enquanto indicadores de processo da transição. A literatura existente sobre esta questão comprova os resultados apresentados pois, em estudos realizados pela RNAO (2009), também se evidencia que as pessoas com ostomia definitiva tendem a utilizar estratégias confrontativas de resolução dos problemas, pelo que habitualmente desenvolvem mais confiança e mais facilmente se adaptam à mudança, o que se poderá repercutir num melhor e mais rápido desenvolvimento de competências de autocuidado à ostomia. Por outro lado, não terem sido encontradas diferenças significativas nos domínios da Execução e da Negociação e Utilização de Recursos de Saúde pode estar associado ao facto de a execução dos cuidados à ostomia, bem como a obtenção dos dispositivos para os cuidados, terem de ser realizados obrigatoriamente por todos os participantes para assegurar a permeabilidade da via aérea, independentemente da duração da ostomia. Ou seja, os participantes com ostomia

provisória poderão envolver-se menos na aquisição de conhecimento, na interpretação de sinais/causas e na tomada de decisão para prevenir complicações pois reconhecem que a situação será temporária. Mas são igualmente competentes na execução dos cuidados e na gestão dos recursos pois, mesmo que seja por um período de tempo reduzido, terão de desempenhar essas funções de forma eficaz para poderem assegurar a viabilidade da via aérea.

No que concerne à influência da cirurgia associada à ostomia no nível de competência de autocuidado, constatou-se que as pessoas que realizaram uma laringectomia total apresentaram níveis de competência de autocuidado superiores nos domínios do Conhecimento, Interpretação e Tomada de Decisão, particularmente em relação aos que realizaram traqueostomia de urgência. Tal pode ser justificável pelo facto de uma laringectomia total conduzir a uma ostomia definitiva que, como foi dito anteriormente, está associada a estratégias de *coping* confrontativas, centrados na resolução do problema, pelo que habitualmente aceitam e adaptam-se mais facilmente à ostomia (RNAO, 2009). Contudo, pode também ser justificado pelo facto da laringectomia total ser uma cirurgia programada, pelo que o participante vai já preparado e potencialmente consciencializado para a mudança. Pelo contrário, nas traqueostomias urgentes, não há possibilidade de preparação antecipatória para o evento crítico, pois decorre de uma situação urgente/emergente (que é uma condicionante inibitória), pelo que a aceitação do estoma será provavelmente mais longa e difícil e possivelmente repercutir-se-á no nível da competência de autocuidado à ostomia adquirido.

O tempo decorrido desde a cirurgia também demonstrou ter influência na aquisição de competência de autocuidado à ostomia de ventilação. As pessoas que tinham sido submetidas a cirurgia há mais de um mês demonstraram níveis de competência superiores em todos os domínios comparativamente com as que tinham sido submetidas há menos de um mês. Este resultado vai de encontro à evidência encontrada que sugere que o tempo é um preditor positivo da adaptação à condição de portador de uma ostomia (Brown e Randle, 2005; Richbour et al., 2007; RNAO, 2009) e como tal também poderá influenciar o desenvolvimento de competência de autocuidado e a transição para a vida com uma ostomia.

Por outro lado constatou-se que quantos mais dias decorridos no primeiro mês pós-operatório, maior o nível de competência demonstrado pela amostra nos domínios do Conhecimento e Execução. Tal pode ser justificado pelo facto de a maioria das terapêuticas de enfermagem, numa fase inicial de pós-operatório, se centrarem essencialmente na

transmissão de informação sobre os cuidados e no treino das habilidades necessárias ao cuidado à ostomia e seus dispositivos. A própria pessoa que vive essa transição, numa fase inicial, normalmente está mais centrada na recolha de informação e na aquisição de habilidades instrumentais relacionadas com a troca de dispositivos, para se sentir autónoma o mais rapidamente possível. Mead (1994 Cit. por O'Connor, 2005) sobre esta questão menciona que as intervenções de enfermagem iniciais se centram mais comumente nas implicações práticas da ostomia, pois auxilia na gestão do *stress* na alta e no período imediato de regresso a casa. Assim que as pessoas com ostomia adquirem competência técnica para os cuidados ao estoma e troca de dispositivos, provavelmente estarão mais predispostas para os restantes aspetos que englobam o autocuidado e a gestão da ostomia (Ibidem). Assim, naturalmente, os domínios do Conhecimento e da Execução serão os que maior sensibilidade demonstrarão ao fator tempo no pós-operatório mais recente (equivalente ao 1º mês).

Ainda referente ao tempo pós-operatório, com os resultados do estudo percebeu-se que quanto mais tempo decorrido em meses após a cirurgia, maior o nível de competência de autocuidado demonstrado nos domínios do Conhecimento, Autovigilância e Interpretação. Este resultado poderá ser explicado pelo facto de a experiência, a observação e a interação repetida com a ostomia permitirem que a pessoa se familiarize com as suas características, diferencie e identifique mais facilmente o que é normal dos sinais de alarme e ainda que aprenda com a tentativa/erro e com as experiências passadas. Essa experiência do dia-a-dia, adquirida com o tempo e com a continuidade do cuidado repercutir-se-á no conhecimento sobre os cuidados e as complicações, na capacidade de vigiar a ostomia e na capacidade de interpretar alterações e os seus fatores causais. Paralelamente, o tempo poderá conferir um aumento da confiança e da perceção da autoeficácia da pessoa, enquanto indicadores de processo da transição. Segundo os resultados do estudo de Bekkers e colaboradores (1996), sentimentos fortes de confiança e de autoeficácia nos cuidados à ostomia estão associados com menos problemas no período pós-operatório e uma melhor adaptação à vida com a ostomia.

Relativamente às variáveis de tratamento, os resultados revelaram que não existiam diferenças significativas entre o nível de competência de autocuidado à ostomia da amostra e esta ter participado ou não em consulta de enfermagem pré-operatória. Os resultados encontrados são contraditórios em relação à evidência encontrada sobre esta variável. Da revisão da literatura efetuada, a informação pré-operatória é reconhecida como um fator facilitador da aceitação e adaptação à ostomia, pois auxilia na diminuição do medo, da

ansiedade e promove a confiança, o enfrentamento e o envolvimento na mudança (Ley, 1988 Cit. por Serra, 2000; O'Shea, 2001 Cit. por Pontieri-Lewis, 2006; Richbourg et al., 2007; RNAO, 2009). Também os resultados obtidos no estudo de Cardoso (2011) e Gomes (2012) revelaram que os participantes tinham maior competência nos domínios da Interpretação, Tomada de Decisão, Execução e Negociação e Utilização de Recursos de Saúde quando participavam em consulta de enfermagem pré-operatória.

Da reflexão efetuada para a justificação dos resultados encontrados, emergiram diferentes possíveis fatores causais: 1) o facto de a consulta de enfermagem ter sido em média doze dias antes da cirurgia, o que poderá ser muito tempo antes da cirurgia e os participantes poderão ter esquecido a informação fornecida; 2) o facto de a consulta de enfermagem ser próxima da consulta médica, em que é informado o diagnóstico clínico e o tratamento que será instituído, e por isso a pessoa poderá ainda não estar consciencializada, estar ainda centrada na questão do diagnóstico e estigma associado à doença oncológica e como tal a informação fornecida na consulta de enfermagem não ser apreendida eficazmente; 3) a própria estruturação da consulta de enfermagem da instituição onde decorreu o estudo, que poderá englobar demasiada informação e atividades, pois inclui colheita de dados sociodemográficos, avaliação de sinais vitais, ensino sobre a ostomia e possível realização de exames e consultas complementares com outros profissionais de saúde (assistente social, terapeuta da fala, nutricionista), o que pode justificar a incapacidade dos participantes para absorverem toda a informação transmitida; 4) o ensino pré-operatório não ser adequado às características individuais da pessoa e assim não ser utilizada a estratégia pedagógica indicada para o participante; 5) a elevada ansiedade que o processo de doença e tratamento pode desencadear, inibindo a retenção de informação; 6) o facto de a colheita de dados ter sido realizada em média 2 anos após a cirurgia, pois, nessa fase, habitualmente já estão adaptados à ostomia, pelo que os resultados não serão tão sensíveis a esta questão, que se reflete mais precocemente com a aceitação e o desenvolvimento de habilidades para a gestão da ostomia. Sobre esta problemática Borwell (2009) salienta a importância do enfermeiro reconhecer a ansiedade associada ao diagnóstico de cancro como um fator que afeta significativamente a absorção e retenção da informação fornecida. Também Williams (2012) menciona que as preocupações relacionadas com o diagnóstico de cancro e o estigma dessa doença pode inviabilizar ou prejudicar o processo de ensino/aprendizagem dos cuidados ao estoma. Por outro lado, Quinn e Hughes (2007) referem que demasiada informação pode ser alarmante e dificultadora da preparação para a cirurgia e para o processo de aprendizagem do autocuidado à ostomia. Paralelamente

Lenza e colaboradores (2013) evidenciam a importância do processo de ensino/aprendizagem ser adaptado às características individuais da pessoa, na medida em que as técnicas utilizadas pelos enfermeiros devem ser adequadas a cada pessoa e a cada contexto, de forma a potenciar os resultados obtidos. Assim sendo, justificar-se-ia a realização de um outro estudo, com uma amostra mais alargada, num período pós-operatório mais recente, para perceber efetivamente a influência deste fator no desenvolvimento da competência de autocuidado à ostomia.

O contacto prévio com pessoas portadoras de ostomia de ventilação também não demonstrou ser significativo no nível de competência de autocuidado da amostra. Da colheita de dados efetuada, apenas 34 dos participantes tinham estabelecido algum contacto com pessoas com traqueostomia antes da cirurgia. Do que foi possível perceber, em quase todos os casos relatados, o contacto foi ocasional, não premeditado, em corredores das consultas, na rua ou hospitais, sem existir comunicação entre eles. Esse tipo de contacto furtivo, não intencional e sem haver partilha de opiniões/experiências pode fundamentar o facto de não ter demonstrado efeito no nível de competência. Num estudo realizado por Lobão e colaboradores (2009), as pessoas portadoras de ostomia revelaram que a partilha de experiências com pessoas com ostomia há mais tempo e já adaptadas à mesma foi muito útil na sua preparação pré-operatória e que contribuiu para a aceitação da ostomia. Também nos estudos de Cardoso (2011) e Gomes (2012) foram encontrados níveis de competência de autocuidado superiores nas pessoas que tinham contactado com pessoas ostomizadas no pré-operatório. Assim sendo, os resultados poderão estar relacionados com o tipo/características do contacto estabelecido, que neste caso foi ocasional e não intencional.

Importa também perceber os resultados apresentados relativos há existência ou não de um cuidador informal e a sua influência no nível de competência de autocuidado à ostomia de ventilação. Os participantes que não possuíam qualquer suporte de cuidador informal apresentaram níveis de competência superiores nos domínios do Conhecimento, Autovigilância e Interpretação, comparativamente com os participantes que possuíam auxílio de um familiar cuidador. Face aos resultados obtidos, supôs-se que provavelmente a existência de um cuidador propicie um menor envolvimento do participante no autocuidado, por saber que existe um familiar com competência e disposto a responsabilizar-se por esses cuidados. Sobre esta questão, Stuchfield (2000, Cit. por O'Connor, 2005) menciona que, numa fase inicial da transição para casa, a presença de um familiar capaz de assistir nos cuidados à ostomia é considerado reconfortante pelo ostomizado, contudo essa participação no cuidado à ostomia não deve inviabilizar ou retardar o desenvolvimento de autonomia da

pessoa ostomizada. Neste sentido, talvez esta seja a razão que justifique o facto de as pessoas que têm cuidador informal apresentarem níveis de competência inferiores pois provavelmente delegam continuamente essas funções para o familiar, envolvendo-se menos nos cuidados. Pelo contrário, as pessoas que não têm qualquer tipo de apoio no domicílio terão de se envolver mais nos cuidados, desenvolvendo autonomia e conseqüentemente maior competência no autocuidado à sua ostomia. Importa frisar que os resultados do estudo de Cardoso (2011) também evidenciaram as mesmas diferenças estatísticas no nível de competência de autocuidado à ostomia de eliminação intestinal de acordo com a presença de um cuidador, o que sustenta a credibilidade dos resultados apresentados.

Por fim, tentou-se perceber se o Conhecimento podia prever o comportamento dos restantes domínios da competência de autocuidado à ostomia. Apesar de não existir literatura especificamente dirigida para os domínios da competência de autocuidado à ostomia de ventilação, existem vários estudos noutras áreas disciplinares que evidenciam o conhecimento enquanto fator preditivo da tomada de decisão (Geertshuis e Cooper-Thomas, 2011), da interpretação (Brailovsky et al., 2001) e da capacidade de observar/vigiar (Waldmann e Hagmayer, 2005).

Efetivamente, com os resultados obtidos constatou-se que o Conhecimento explicou 73% da Autovigilância, 65% da Interpretação, 71% da Tomada de Decisão, 88% da Execução e 36% da Negociação e Utilização de Recursos de Saúde. Neste sentido, foi possível compreender que o Conhecimento está na base dos restantes domínios, em particular da Autovigilância, Interpretação, Tomada de decisão e Execução. De facto, o participante só saberá o que observar se tiver conhecimento sobre o que deve e como deve observar. O mesmo se processa para interpretar e tomar decisões: o participante só poderá identificar os sinais de alerta/complicações se souber quais são as características normais da ostomia e só poderá decidir prevenir complicações ou resolvê-las se possuir a informação necessária para o efeito. Também a Execução poderá ser fortemente explicada pelo Conhecimento, pois apesar deste domínio ser dependente de outros fatores como a destreza, a força e a coordenação, naturalmente a pessoa só poderá fazer se tiver conhecimento sobre como o fazer, quando o fazer e com o que fazer. No caso da Negociação e Utilização de Recursos de Saúde, o Conhecimento poderá não ser tão preditivo pelo facto de a pessoa poder recorrer aos serviços de saúde precisamente por considerar ter pouco conhecimento e não saber como lidar com a dúvida ou a complicação.

Por outro lado, ao nível da Negociação e Utilização dos Recursos de Saúde, foi possível perceber que muitos participantes optavam por recorrer quase exclusivamente aos serviços

de saúde hospitalares onde realizaram a cirurgia, por considerarem ser os mais habilitados e preparados para o efeito em recursos materiais e humanos. Portanto, alguns efetivamente não conheciam os diferentes recursos de saúde existentes. Outros conheciam, mas mesmo assim recorriam repetidamente ao mesmo local, por acharem que os restantes não respondiam tão eficazmente às suas necessidades. Estes comentários tecidos pelos participantes, que foram registados como notas de campo da investigação, podem levantar algumas questões relacionadas com a formação dos profissionais de saúde nesta área, nomeadamente nos serviços de saúde comunitários. Importa perceber se a especificidade e pouca frequência de pessoas com ostomia de ventilação até então nos recursos de saúde comunitários os torna pouco habilitados para o efeito. Importa ainda perceber como é que essa dificuldade poderá ser colmatada para que, quer os profissionais, quer os portadores de ostomia de ventilação possam sentir-se confiantes nesses recursos.

Efetivamente existem vários estudos realizados sobre a capacidade de resposta dos serviços comunitários às necessidades da pessoa com traqueostomia. Segundo Dorton e colaboradores (2014), existe uma necessidade significativa de aumentar a educação sobre os cuidados à pessoa com traqueostomia nos profissionais de saúde dos cuidados primários. No seu estudo constataram que os profissionais dos cuidados de saúde primários não se sentiam confortáveis na prestação de cuidados à pessoa com ostomia de ventilação, revelaram falta de conhecimento sobre os dispositivos, as complicações, a anatomia e como atuar em situações emergentes. Também no estudo de Carvalho e colaboradoras (2009) se constatou que é comum observar cuidados deficitários à pessoa com traqueostomia face à falta de conhecimento, experiência e prática dos enfermeiros sobre esta área. Esses cuidados sub-ótimos estão associados a maior risco de complicações, readmissões hospitalares e inclusivamente a maior risco de mortalidade (Paul, 2010; Dorton et al., 2014) entre as pessoas com traqueostomia em serviços não especializados. Assim, torna-se premente o investimento formativo dos enfermeiros de cuidados de saúde primários sobre o cuidado à pessoa com traqueostomia. Paul (2010) salienta a importância dos enfermeiros da comunidade participarem em programas de formação teórica e prática sobre traqueostomias, de forma a manterem ou desenvolverem a sua competência na prestação de cuidados a pessoas com traqueostomia. Uma sugestão formativa realizada foi os enfermeiros dos serviços comunitários visitarem os serviços hospitalares especializados para observarem a prática de cuidados (Barnett, 2005 Cit. por Paul, 2010).

Por fim, salienta-se ainda o facto de no estudo de Cardoso (2011) o Conhecimento também ter revelado comportamento preditivo em relação aos restantes domínios da

competência de autocuidado à ostomia de eliminação intestinal, particularmente na autovigilância, interpretação e tomada de decisão, o que confere maior segurança aos resultados obtidos neste trabalho.

4.4. Reflexões que Emergiram da Realização do Estudo

As características da investigação realizada, que englobava uma colheita de dados presencial, empática e intimista com o participante e, muitas vezes, com o cuidador informal, proporcionou a partilha de sentimentos, dúvidas e experiências, bem como uma melhor compreensão e enquadramento da competência de autocuidado no processo de transição para a vida com uma ostomia de ventilação.

Assim, paralelamente à colheita de dados, foram elaboradas notas de campo sobre fatores condicionantes, necessidades expressas ou considerações relevantes dos participantes, face à problemática em estudo.

Foi possível perceber que algumas das complicações relatadas pelos participantes no período pós-operatório se relacionaram com condições clínicas e de tratamento e não propriamente com os cuidados à ostomia, nomeadamente recidivas da neoformação e alterações resultantes da realização de tratamentos coadjuvantes, o que denota a incapacidade de as prevenir.

Das consequências que a cirurgia acarreta, as mais referenciadas e penosas para a amostra relacionaram-se com a alteração da autoimagem, da comunicação e da deglutição, o que vai de encontro ao referenciado na literatura. Algumas dessas consequências foram referidas como mais significativas no período pós-operatório inicial. O estudo realizado por Dabirian e colaboradores (2011) sobre a qualidade de vida da pessoa ostomizada também revelou que muitas das consequências decorrentes da cirurgia, como a alteração da autoimagem e a ansiedade com a gestão dos cuidados à ostomia e seus dispositivos, diminuía com o passar do tempo, pelo que identificaram o tempo pós-operatório como um dos principais fatores facilitadores da adaptação à ostomia e suas implicações na vida. Contudo, outras consequências físicas, como a alteração na deglutição e na comunicação, podem ser permanentes, pelo que frequentemente se refletem no funcionamento social, na qualidade de vida e bem-estar da pessoa ao longo do tempo. Neste sentido, estes também

deverão constituir-se como importantes focos de atenção dos enfermeiros que cuidam da pessoa com traqueostomia.

Do ponto de vista socioprofissional, a amostra na sua maioria viu-se impossibilitada de prosseguir a sua atividade laboral após a cirurgia. No estudo desenvolvido por Taylor e colaboradores (2004 Cit. por Semple et al., 2008) em doentes com cancro da cabeça e pescoço a maioria da amostra viu-se igualmente impossibilitada de prosseguir a atividade laboral pelas consequências da doença e/ou tratamento. Contudo, vários participantes referiram manter atividades lúdicas e recreativas para evitar o isolamento e a inatividade.

O suporte social proporcionado pela família, amigos e grupos de apoio, como a Associação Limitados da Voz, no período pós-operatório foi invariavelmente mencionado como preponderante para a aceitação e adaptação ao estoma e para o combate ao isolamento. Também na revisão da literatura realizada por Brown e Randle (2005) o suporte social foi identificado como fundamental para a adaptação à vida com a ostomia. Semple e colaboradores (2008) no seu estudo com doentes com cancro da cabeça e pescoço identificaram o suporte social como essencial para o bem-estar psicológico, para o envolvimento em atividades recreativas e para evitar o isolamento. Curiosamente, alguns dos participantes mencionaram que se tornaram voluntários da associação Limitados da Voz após o término da transição para a vida com a ostomia de ventilação, pois, pela própria experiência pessoal, consideraram importante e facilitadora a partilha de dificuldades, angústias e vivências com pessoas no pós-operatório recente da traqueostomia.

No que concerne ao autocuidado à ostomia, os participantes referiram o momento da alta e as primeiras semanas do regresso a casa como as mais stressantes e desafiadoras. Segundo Reading (2005), a informação, a educação, o aconselhamento, a ajuda prática e o suporte promovem uma transição mais segura para o domicílio e consequentemente otimizam a recuperação da pessoa bem como a sua adaptação ao estoma. Neste sentido, segundo a mesma investigadora, no momento da alta, todas as pessoas ostomizadas devem possuir o conhecimento e as habilidades práticas necessárias para cuidar do seu estoma de forma autónoma em casa. Também Lenza e colaboradores mencionam a importância de uma preparação adequada do regresso a casa, com um processo de ensino/aprendizagem sistematizado, gradual e adequado às características individuais da pessoa, de forma a garantir a segurança e adequação do desempenho do autocuidado no domicílio.

De salientar também que foi possível perceber que apesar de existirem muitos equipamentos e dispositivos desenvolvidos para melhorar a qualidade de vida da pessoa com ostomia de ventilação, como lenços adaptados à filtragem do ar, protetores de plástico para

o banho, filtro para comunicação com mãos livres, entre outros, estes não são compartilhados, são caros e, como tal, inacessíveis à maioria da população. Ainda assim foi notória a criatividade dos participantes e a sua capacidade para contornar as dificuldades, manifesta na criação de dispositivos adaptados de forma artesanal, que permitissem mimetizar os produzidos pelos laboratórios, como por exemplo o uso alças de soutien a substituir as fitas de nastro ou velcro para fixação da cânula. Importa perceber se não existe nenhum meio de tornar esses equipamentos, tão importantes para a qualidade de vida das pessoas com ostomia de ventilação, mais facilmente acessíveis e disponíveis.

CONCLUSÃO

A realização deste trabalho proporcionou conhecimentos e experiências que vão mais além das expostas neste documento.

Perceber como as pessoas com ostomia de ventilação vivem a transição e se adaptam à mudança na sua vida foi enriquecedor do ponto de vista profissional e inspirador do ponto de vista pessoal.

No que concerne ao instrumento de colheita de dados criado, revelou-se efetivo na avaliação do desenvolvimento da competência de autocuidado na pessoa com ostomia de ventilação, enquanto processo contínuo e multidimensional. Este demonstrou ainda ser fidedigno, pela boa consistência interna obtida através de um *alpha* de cronbach de 0,89.

Com os resultados obtidos na presente investigação, foi possível perceber que a amostra demonstrou ser parcialmente competente no autocuidado à sua ostomia de ventilação, sendo mais competente nos domínios da Execução e do Conhecimento e menos competente nos domínios da Interpretação e Tomada de Decisão. Estes resultados reforçam a relevância da ação dos enfermeiros, enquanto agentes promotores da aquisição de competência de autocuidado à ostomia. Contudo, evidenciam igualmente a necessidade de reflexão sobre a prática.

Efetivamente foi possível constatar que as terapêuticas de enfermagem se dirigem essencialmente para os domínios do Conhecimento e do Executar. Não negando a sua importância vital, importa que os enfermeiros compreendam a multidimensionalidade da competência de autocuidado à ostomia de ventilação, de forma a garantirem a inclusão de todos os domínios da competência de autocuidado no processo formativo dos seus clientes. A capacitação e empoderamento da pessoa para gerir a sua saúde/doença e cuidar da sua ostomia é reconhecidamente uma estratégia promotora de benefícios a vários níveis. Paralelamente à melhoria da saúde, satisfação e qualidade de vida das pessoas com ostomia de ventilação, a competência no autocuidado à ostomia de ventilação repercutir-se-á numa menor utilização dos serviços de saúde (de urgência e internamento) por complicações e

consequentemente em menos gastos (Williams, 2012). Neste sentido torna-se fulcral que os enfermeiros que atuam neste campo detenham conhecimento sobre como se processa o desenvolvimento de competência de autocuidado à ostomia de ventilação, quais os seus diferentes domínios e como podem intervir sobre eles.

Por outro lado, os resultados obtidos evidenciam a importância dos enfermeiros adequarem o plano de cuidados às necessidades específicas do seu cliente, identificando as suas reais necessidades, para que as terapêuticas sejam dirigidas para os domínios verdadeiramente necessitados de intervenção de enfermagem. Paralelamente, estes resultados podem salvaguardar ainda a necessidade de inovar e adequar as estratégias de ensino ao ritmo e características individuais de aprendizagem de cada cliente.

Não obstante, a confirmação da existência de diferentes níveis de competência de autocuidado à ostomia de ventilação na amostra de acordo com o sexo, anos de escolaridade, tempo decorrido no pós-operatório, duração da ostomia e existência de um cuidador informal permitiu perceber que existem fatores condicionadores, facilitadores e inibitórios, do desenvolvimento da competência de autocuidado. Como tal, identificá-los e compreender a sua influência é essencial para o sucesso do processo terapêutico. O reconhecimento da existência desses fatores pode igualmente ajudar a identificar precocemente os clientes com mais condicionantes inibitórios da aquisição de competência de autocuidado e que potencialmente necessitarão de um acompanhamento mais intenso e continuado pela equipa de enfermagem.

Com a elaboração deste trabalho de investigação, constatou-se ainda que os participantes reconheciam que alguns dos recursos de saúde da comunidade não estavam devidamente preparados, do ponto de vista técnico, humano e material, para prestar cuidados seguros e de qualidade às pessoas portadoras de ostomia de ventilação. Neste sentido é necessária uma avaliação e reflexão sobre a adequação desses recursos e essencialmente sobre o que pode e deverá ser feito para resolver essas dificuldades.

No que concerne às limitações do estudo, a principal relacionou-se com a representatividade da amostra, que impossibilitou a generalização dos resultados encontrados. De facto, o limite temporal instituído inviabilizou a colheita de dados a uma amostra maior e representativa da população alvo. Tal facto impossibilitou ainda a realização da validação do instrumento de colheita de dados criado. Apesar da boa consistência interna obtida, é reconhecida a necessidade de análises estatísticas mais completas e com uma amostra mais significativa, que possibilitem a confirmação da validade e fidelidade do mesmo. Neste sentido, seriam benéficas investigações futuras, que conduzissem à criação

de instrumentos similares ou à validação deste mesmo, de forma a conferir maior disponibilidade, rigor e segurança aos instrumentos de auxílio à tomada de decisão dos enfermeiros.

Por outro lado, o facto de o estudo ter sido transversal não permitiu dar de forma tão explícita a visibilidade e utilidade do formulário, que foi desenvolvido de forma a acompanhar todo o processo de transição e de desenvolvimento de competência de autocuidado à ostomia de ventilação, no *continuum* do tempo. Assim, uma vez que a colheita de dados se processou apenas num momento isolado, foi difícil conseguir perceber de forma clara como se processa o desenvolvimento da competência de autocuidado e a possível influência das variáveis de atributo, clínicas e de tratamento no nível de competência de autocuidado demonstrado ao longo do tempo. Naturalmente, seriam igualmente vantajosas investigações futuras de cariz longitudinal, que possibilitassem uma compreensão mais profunda do desenvolvimento de competência, enquanto processo contínuo.

Paralelamente, identificou-se ainda como limitação, a pouca evidência científica produzida sobre este tema, que tornou mais difícil a compreensão do fenómeno e a sua expressão na amostra. Efetivamente, a maioria dos estudos realizados são internacionais, não adaptados às características da população portuguesa, pouco direccionados exclusivamente para o autocuidado à ostomia e, dos existentes, a maioria reporta-se ao autocuidado à ostomia de eliminação.

Assim sendo, com a elaboração deste trabalho foi evidenciada a importância do desenvolvimento de competência no autocuidado à ostomia de ventilação, enquanto indicador útil para a monitorização do curso da transição para a vida com uma ostomia de ventilação. Este permitiu ainda reforçar a convicção de que no desenvolvimento da competência de autocuidado à ostomia de ventilação é expectável que os enfermeiros assumam a responsabilidade de garantir rigor no diagnóstico das necessidades em cuidados de enfermagem e de aprimorar e inovar no âmbito das suas estratégias de intervenção terapêuticas.

Para finalizar, importa salientar o contributo da investigação em Enfermagem, como a apresentada, para a produção de conhecimento disciplinar, que justifique e fundamente as opções terapêuticas face às necessidades de cuidados de enfermagem identificadas, de forma a aumentar o bem-estar, saúde e qualidade de vida dos clientes.

BIBLIOGRAFIA

ALMEIDA, Leandro; FREIRE, Teresa – **Metodologia da Investigação em Psicologia e Educação**. Braga: Psiquilíbrios Edições, 2008.

ALSPACH, Joann – The patient's capacity for self-care: advocating for a pre-discharge assessment. **Critical Care Nurse**. Vol. 31, nº2 (2011), p.10-14.

AKENROYE, Manuwa; OSUKOYA, Arwo – Permanent tracheostomy: its social impacts and their management in Ondo State, Southwest, Nigeria. **Nigerian Journal of Clinical Practice**. Vol. 16, nº1/8 (2013), p.54-58.

BAPTISTA, Makilim; CAMPOS, Dinael – **Metodologias de pesquisas em ciências: Análise quantitativa e qualitativa**. Rio de Janeiro: LTC Editora, 2007.

BASTOS, Ana – **Saberes e Competências da pessoa com ostomia: preparação para o regresso a casa**. Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar da Universidade do Porto. Porto: [s.n.], 2006. Tese de Mestrado.

BASTOS, Fernanda – **A pessoa com doença crónica: teoria explicativa sobre a problemática da gestão da doença e do regime terapêutico**. Instituto de Ciências da Saúde da Universidade Católica Portuguesa. Porto: [s.n.], 2012. Tese de Doutoramento.

BECK, C.; HUNGLER, B.; POLIT, D. – **Fundamentos de Pesquisa em Enfermagem: Métodos, avaliação e utilização**. 5ª ed. Porto Alegre: Artmed Editora S.A., 2004.

BEKKERS, Mark [et al.] – Prospective evaluation of psychosocial adaptation to stoma surgery: the role of self-efficacy. **Psychosomatic Medicine**. nº58 (1996), p.183-191.

BJORLING, Gunilla [et al.] – Tracheostomy inner cannula care: a randomized crossover study of two decontamination procedures. **American Journal of Infection Control**. Vol.35, nº9 (2007), p.600-605.

BORWELL, Barbara – Rehabilitation and stoma care: addressing the psychological needs. **British Journal of Nursing**. Vol. 18, nº4 (2009), p.S20-S25.

BOWERS, Ben; SCASE, Claire – Tracheostomy: facilitating successful discharge from hospital to home. **British Journal of Nursing**. Vol. 16, nº8 (2007), p.476-479.

BRAILOVSKY, C. [et al.] – Measurement of clinical reflective capacity early in training as a predictor of clinical reasoning performance as the end of residency: na experimental study on the script concordance test. **Medical Education**. Vol. 35 (2001), p.430-436.

BRITO, Maria Alice – **A reconstrução da autonomia após um evento gerador de dependência no autocuidado: Uma teoria explicativa**. Instituto de Ciências da Saúde da Universidade Católica Portuguesa. Porto: [s.n.], 2012. Tese de Doutoramento.

BROWN, Hannah; RANDLE, Jacqueline – Living with a stoma: a review of the literature. **Journal of clinical nursing**. nº 14 (2005), p.74-81.

BRYMAN, Alan; CRAMER, Duncan – **Análise de dados em ciências sociais: introdução às técnicas utilizando SPSS para Windows**. 3ª ed. Oeiras: Celta Editora, 2003.

CARDOSO, Teresa – **Desenvolvimento da Competência de Autocuidado da Pessoa com Ostomia de Eliminação Intestinal**. Escola Superior de Enfermagem do Porto. Porto : [s.n.], 2011. Tese de Mestrado.

CARVALHO, Telma [et al.] – Tracheostomized patients care: efficacy of a brief theoretical education program for nursing personnel. **Support Care Cancer**. Vol. 17 (2009), p.749-751.

CONSELHO INTERNACIONAL DE ENFERMEIROS – **Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem CIPE: Versão 2**. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros, 2011.

COOPER-THOMAS, Susan – Learning about health. **Australian Journal of Adult Learning**. Vol. 51, nº3 (2011), p.518-546.

DABIRIAN, Aazam [et al.] – Quality of life in ostomy patients: a qualitative study. **Patient reference and adherence**. nº1 (2011), p.1-5.

DEDIVITIS, Rogerio [et al.] – Câncer de Laringe: Diagnóstico. Projeto Diretrizes. **Associação Médica Brasileira e Conselho Federal de Medicina** [Em linha]. 2011. [Consult. 11 Nov. 2013]. Disponível na Internet: <URL:http://www.projetodiretrizes.org.br/diretrizes11/cancer_de_laringe_diagnostico.pdf>.

DICKSON, V.; TKACS, N.; RIEGEL, B. – Cognitive influences on self-care decision making in persons with heart failure. **American Heart Journal**. Vol.154, nº3 (2007), p.424-430.

DORTON, L.; LINTZENICH, C.; EVANS, A. – Simulation Model for Tracheotomy education for primary health-care providers. **Annals of Otolaryngology, Rhinology & Laryngology**. Vol.123, nº1 (2014), p.11-18.

DURBIN, Charles – Tracheostomy: why, when and how?. **Respiratory Care**. Vol. 55, nº8 (2010), p.1056-1068.

ENGELKE, Zeena – Patient Education: teaching the patient with a tracheostomy. **Skill competency checklist** [Online]. 2012. [Consult. 20 Nov. 2013]. Disponível na internet: <URL:<http://web.a.ebscohost.com/nrc/pdf?sid=d00f7bc7-0f26-4a2c-840a-dfd3e5848b95%40sessionmgr4005&vid=5&hid=4112>>.

FLEURY, Maria; FLEURY, Afonso – Construindo o Conceito de Competência. **Revista de Administração Contemporânea** [Em linha]. 2001. [Consult. 20 Dez. 2013]. Disponível na internet: <URL:<http://www.scielo.br/pdf/rac/v5nspe/v5nspea10.pdf>>.

FORTIN, Marie-Fabienne – **Fundamentos e etapas do processo de investigação**. Porto: Lusodidacta, 2009.

- GANTZ, Susan – Self-Care: perspectives from six disciplines. **Holistic Nursing Practice**. Vol. 4, nº 2 (1990), p.1-12.
- GARRUBA, M.; TURNER, T.; GRIEVESON, C. – Multidisciplinary care for tracheostomy patients: a systematic review. **Critical Care**. Vol. 13, nº 6 (2009), p.1-6.
- GEMELLI, Lorena; ZAGO, Márcia – A interpretação do cuidado com o ostomizado na visão do enfermeiro: um estudo de caso. **Revista Latino-americana de Enfermagem**. Vol. 10, nº1 (2002), p.34-40.
- GESARO, Antonella – Self-care patient empowerment in stoma management. **Gastrointestinal Nursing**. Vol.10, nº2 (2012), p.19-23.
- GHIGLIONE, Rodolphe; MATALON, Ben – **O inquérito: Teoria e Prática**. 4ª ed. Oeiras: Celta Editora, 2005.
- GOMES, Ana Maria – **Desenvolvimento Da Competência De Autocuidado Da Pessoa Com Ostomia De Eliminação Intestinal No Momento Da Alta Do Internamento**. Escola Superior de Enfermagem do Porto. Porto: [s.n.], 2012. Tese de Mestrado.
- GUERREIRO, Manuela [et al.] - Adaptação à população portuguesa da tradução do “Mini Mental State Examination” (MMSE). **Revista Portuguesa de Neurologia**. Vol. 1, nº9 (1994), p.1-9.
- GUL, Nur; KARADAG, Ayse – An evaluation of the quality of life in patients with tracheostomy. **Pak Journal of Med Science**. Vol.26, nº2 (2010), p. 444-449.
- HANSEN, Shirley – **Enfermagem de cuidados de saúde à família: teoria, prática e investigação**. 2ª ed. Loures: Lusociência, 2005.
- HIGGINS, Dan – Basic Nursing Principles of caring for patients with a tracheostomy. **Nursing Times**. nº105 (2009), p.14-15.
- JAMIESON, Lynn; WILLIAMS, Leonie – Focus group methodology: explanatory notes for the novice nurse researcher. **Contemporary Nurse Journal**. Vol. 14, nº3 (2003), p.271-280.
- JOSEPH, Rachel – Tracheostomy in infants: parent education for home care. **Neonatal Network**. Vol. 30, nº4 (2011), p.231-242.
- KETELE, Jean-Marie; ROEGLERS, Xavier – **Metodologia de recolha de dados: fundamentos dos métodos de observações, de questionários, de entrevistas e de estudo de documentos**. Lisboa: Instituto Piaget, 1993.
- LAW, L.; AKROYD, K.; BURKE, L. – Improving nurse documentation and record keeping in stoma care. **British Journal of Nursing**. Vol. 19, nº21 (2010), p.1328-1332.
- LENZA, Nariman [et al.] – O ensino do autocuidado aos pacientes estomizados e seus familiares: uma revisão integrativa. **Revista Brasileira de Promoção da Saúde**. Vol. 26, nº1 (2013), p.139-145.
- LEYN, Paul [et al.] – Tracheotomy: clinical review and guidelines. **European Journal of Cardiothoracic Surgery**. Vol. 32 (2007), p.412-421.

- LITTLEWOOD, Keith – Evidence-based management of tracheostomies in Hospitalized patients. **Respiratory Care**. Vol. 50, nº4 (2005), p.516-518.
- LO, Shu-Fen [et al.] – Multimedia education programme for patients with a stoma: effectiveness evaluation. **Journal of Advanced Nursing**. Vol. 1, nº67 (2010), p.68-76.
- LO, Shu-Fen [et al.] – A cost-effectiveness analysis of a multimedia learning education. **Journal of Clinical Nursing**. nº19 (2011), p.1844-1854.
- LOBÃO, Catarina [et al.] – Aceitando o contra natura: O processo de aceitação do estado de saúde da pessoa com ostomia. **Referência**. Série II, nº11 (2009), p.23-26.
- LOBIONDO-WOOD, Geri; HABER, Judith – **Pesquisa em Enfermagem: métodos, avaliação crítica e utilização**. 4ª ed., Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2001.
- MAASLAND, Denise [et al.] – Alcohol consumption, cigarette smoking and the risk of subtypes of head-neck cancer: results from the Netherlands Cohort Study. **BMC Cancer**. Vol. 14, nº187 (2014), p.2-14.
- MARTINS, Carla – Manual de análise de Dados Quantitativos com recurso ao IBM® SPSS®. Braga: Psiquilíbrios Edições, 2011.
- MATOS, J.; SILVA, J.; MONTEIRO, E. – Causas de Morte nos Doentes com Neoplasia da Laringe nos Estádios I e II. **Acta Médica Portuguesa**. Vol. 25, nº5 (2012), p.317-322.
- MELEIS, Afaf [et al.] – Experiencing Transitions: an Emerging Middle-Range Theory. **Advances in Nursing Science**. Vol.23, nº 1 (2000), p. 12-28.
- MELEIS, Afaf – **Theoretical Nursing: Development & Progress**. 4ª ed. Philadelphia: Lippincott Williams &Wilkins, 2007.
- MELEIS, Afaf; TRANGENSTEIN, P. – Facilitating Transitions: redefinition of the nursing mission. **Nursing Outlook**. Vol. 42, nº6 (1994), p. 255-259.
- METCALF, Chris – Stoma care: empowering patients through teaching skills. **British Journal of Nursing**. Vol.8, nº9 (1999), p.593-600.
- MITCHEL, Luis – **Gestão de Pessoas por Competências no Ambiente AulaNet**. Departamento de Informática de Pontifícia Universidade Católica do Rio de Janeiro. Rio de Janeiro: [s.n.], 2004. Tese de Mestrado.
- MITCHEL, Ron [et al.] – Clinical Consensus Statement: Tracheostomy Care. **Otolaryngology – Head and Neck Surgery**. Vol.148, nº1 (2013), p.6-20.
- MOORHEAD, Sue [et al.] – **NOC Nursing Outcomes Classification**. 4ª ed. Rio de Janeiro: Mosby Elsevier, 2010.
- MUNHALL, Patricia – **Nursing research: A qualitative perspective** [Online]. 3ª ed. Jones and Bartlett Publishers, 2001. [Consult. 22 Mar. 2014]. Disponível na internet: <URL:http://books.google.pt/books?id=0drWE2JN1OgC&pg=PA269&lpq=PA269&dq=decision+making+selfcare&source=bl&ots=UXq5Wm9bcL&sig=4aPKUd_lxqk1cE5bYpgiE8vViDg&hl=pt-

PT&sa=X&ei=NyKOU8mzBufB0QW0g4HYCA&ved=0CFEQ6AEwBjgU#v=onepage&q&f=false>

NHS QUALITY IMPROVEMENT SCOTLAND – **Best practice statement: Caring for the patient with a tracheostomy** [Em linha]. 2007. [Consult. 20 Fev. 2014]. Disponível na internet: <URL: http://www.monashhealth.org/icms_docs/4743_Tracheostomy.pdf>.

NURSING AND MIDWIFERY COUNCIL – Record Keeping: Guidance for Nurses and midwives. **Nursing and Midwifery Council** [Online]. 2009. [Consult. 12 de Novembro de 2013]. Disponível na internet: <URL:<http://www.nmc-uk.org/Documents/NMC-Publications/NMC-Record-Keeping-Guidance.pdf>>.

O’CONNOR, Gloria – Discharge planning in rehabilitation following surgery for a stoma. **British Journal of Nursing**. Vol. 12, nº13 (2003), p. 800-807.

O’CONNOR, Gloria – Teaching stoma-management skills: the importance of self-care. **British Journal of Nursing**. Vol. 14, nº 6 (2005), p.320-324.

OREM, Dorothea – **Nursing: Concepts of Practice**, 5ª ed. New York: Mosby, 1995.

PAUL, Fiona – Tracheostomy care and management in general wards and community settings: litterature review. **Nursing in critical care**. Vol. 15, nº2 (2010), p.76-85.

PEREIRA, Filipe – **Informação e Qualidade do exercício profissional dos enfermeiros: Estudo empírico sobre um Resumo Mínimo de dados de Enfermagem**. Porto: [s.n.], 2007. Tese de Doutoramento.

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

PHIPPS, Wilma [et al.] – **Enfermagem médico-cirúrgica: conceitos e prática clínica**. 8ª ed. Loures: Lusodidacta, 2009.

POLIT, Denise.; BECK, Cheryl – **Fundamento de pesquisa em enfermagem: avaliação de evidências para a prática de enfermagem**. 7ª ed. Porto Alegre: Artmed Editora, 2011.

POLIT, Denise; HUNGLER, Bernadette – **Fundamentos de pesquisa em enfermagem**. 3ª ed. Porto Alegre: Artes Medicas, 1995.

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

PONTIERI-LEWIS, Vittoria – Basics of ostomy care. **Medsurg Nursing**. Vol. 15, nº4 (2006), p.199-203.

RAMALINGAM, Col [et al.] – Tracheo-esophageal puncture (TEP) for voice rehabilitation in laryngectomised patients blom-singer® Vs Provox® Prosthesis: Our experience. **MJAFI**. Vol. 63, nº1 (2007), p.15-18.

READDING, Linda A. – Hospital to home: smoothing the journey for the new ostomist. **British Journal of Nursing**. Vol. 14, nº 16 (2005),p. S16-S20.

- REDMAN, Barbara – **A prática da Educação para a Saúde**. 9ª ed. Loures: Lusociência, 2003.
- RIBEIRO, José – **Metodologia de Investigação em Psicologia e Saúde**. 3ª ed. Porto: Legis Editora/Livpsic, 2010.
- RICHBURG, L.; THORPE, J.; RAPP, C. – Difficulties Experienced by the Ostomate after Hospital Discharge. **Journal of Wound, Ostomy and Continence Nursing**. Vol. 34, nº1 (2007), p. 70-79.
- RICZ, Hilton [et al.] – Traqueostomia. **Revista Medicina**. Vol. 44, nº1 (2011), p. 63-69.
- RNAO, REGISTERED NURSES' ASSOCIATION OF ONTARIO – **Ostomy care and Management: Clinical Best Practice Guidelines**. Toronto, Canada: Registered Nurses' Association of Ontario, 2009.
- RORENO. REGISTO ONCOLÓGICO REGIONAL DO NORTE – **Registo Oncológico Nacional 2007**. Instituto Português de Oncologia do Porto Francisco Gentil EPE [Em linha]. 2007. [Consult. 12 de Novembro de 2013]. Disponível na internet: <URL: http://www.roreno.com.pt/images/stories/dpfs/ro_nacional2007.pdf>.
- ROSSO, Marínela [et al.] – Epidemiology of laryngeal cancer in Osijek-Baranja County (eastern Croatia). **Collegium Antropologicum**. Vol.36, nº2 (2012), p.107-110.
- RUSSELL, Claudia – Providing the nurse with a guide to tracheostomy care and management. **British Journal of Nursing**. Vol.14, nº8 (2005), p. 428-433.
- SAMPAIO, Francisca [et al.] – Nursing Care to an ostomy patient: application of the Orem's theory. **Acta Paul Enfermagem**. Vol. 21, nº1 (2008), p.94-100.
- SANTOS, Célia – **Representação Cognitiva e emocional, estratégias de coping e qualidade de vida do doente oncológico e família**. Faculdade de Psicologia e Ciências da Educação, Universidade do Porto, Porto: [s.n], 2003. Tese de doutoramento.
- SCHUMACHER, Karen [et al.] – Family caregiving skill: development of the concept. **Research in Nursing & Health**. nº23 (2000), p. 191-203.
- SCHUMMACHER, K.; JONES, P.; MELEIS, A. – Helping Elderly Persons in Transition: A Framework for Research a Practice. **School of Nursing Departmental Papers** [Online]. 1999. [Consult. 12 de Novembro de 2013]. Disponível na internet :<URL: <http://repository.upenn.edu/cgi/viewcontent.cgi?article=1009&context=nrs>>.
- SEMPLE, Cherith [et al.] – Changes and challenges to patients' lifestyle following treatment for head and neck cancer. **Journal of Advanced Nursing**. Vol. 63, nº 1 (2008), p.85-93.
- SEQUEIRA, Eduarda – **Os perfis de autocuidado dos clientes dependentes: estudo exploratório numa unidade de saúde familiar**. Instituto de Ciências da Saúde da Universidade Católica Portuguesa, Porto: [s.n.], 2011. Tese de Mestrado.
- SERRA, Anna – Tracheostomy care. **Nursing Standard**. Vol. 14, nº 42 (2000), p. 45-52.
- SHERLOCK, Z.; WILSON, J.; EXLEY, C. – Tracheostomy in the acute setting: Patients experience information needs. **Journal of Critical Care**. nº24 (2009), p.501-507.

- SILVA, Abel – **Sistemas de Informação em Enfermagem - uma teoria explicativa da mudança**. Coimbra: Formasau, 2006.
- SILVA, Abel – Enfermagem Avançada: um sentido para o desenvolvimento da Profissão e da Disciplina. **Servir**. Vol. 55, nº 1/2 (2007), p.11-20.
- SILVA, Carla Regina – **Desenvolvimento Da Competência De Autocuidado Da Pessoa Que Vai Ser Submetida A Ostomia De Eliminação Intestinal**. Escola Superior De Enfermagem Do Porto. Porto : [s.n.], 2012. Tese de Mestrado.
- SMELTZER, Suzanne; BARE, Brenda – **Brunner & Suddarth Tratado de Enfermagem Médico-Cirúrgica**. 12ª ed. Rio de Janeiro: Guanabara, 2011.
- SÖDERHAMN, Olle – Phenomenological perspectives on self-care in aging. **Clinical Interventions in Aging**. Vol. 2013, nº8 (2013), p.605-608.
- SÖDERHAMN, Olle – Self-care activity as structure: a phenomenological approach. **Scandinavian Journal of Occupational Therapy**. Vol. 7, nº4 (2000), p.183-189.
- THEUERKAUF, Anaise – **Autocuidado e actividades da vida diária. Enfermagem de Reabilitação: Aplicação e Processo**. Loures: Lusociência, 2000.
- THORNE, S.; PATERSON, B.; RUSSEL, C. – The structure of everyday self-care decision making in chronic illness. **Qualitative Health Research**. Vol. 13, nº10 (2003), p.1337-1352.
- VILELAS, José – **Investigação: O processo de construção do conhecimento**. Lisboa: Edições Sílabo, 2009.
- VOGT, D.; KING, D.; KING, L. – Focus Group in Psychological Assessment: Enhancing content validity by consulting members of the Target Population. **Psychological Assessment**. Vol.16, nº3 (2004), p.231-243.
- WALDMANN, Michael; HAGMAYER, York – Seeing Versus Doing: two models of accessing causal knowledge. **Journal of Experimental Psychology: Learning, Memory and Cognition**. Vol.31, nº2 (2005), p.216-227.
- WALKER, Cynthia; LACHMAN, Vicki – Gaps in the discharge process for patients with an ostomy: an ethical perspective. **MedSurg Nursing**. Vol. 22, nº1 (2013), p.61-64.
- WICK, Ec [et al.] – Surgical site infections in obese patients undergoing colorectal surgery. **Archives in Surgery**. Vol.146, nº9 (2011), p.1068-1072.
- WILLIAMS, Jenny – Patient stoma care: educational theory in practice. **British Journal of Nursing**. Vol. 21, nº 13 (2012), p. 786-794.
- WILLIAMS, Julia [et al.] – Evaluating skin care problems in people with stomas. **British Journal of Nursing**. Vol.19, nº17 (2010), p. S6-S15.

ANEXOS

**ANEXO I – Formulário de Avaliação do Desenvolvimento da
Competência de Autocuidado na Pessoa com Ostomia de Ventilação**

ESCOLA SUPERIOR DE ENFERMAGEM DO PORTO
CURSO DE MESTRADO EM ENFERMAGEM DE REABILITAÇÃO

FORMULÁRIO

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

Elaborado por: Sílvia Queirós

Porto, 2014

IDENTIFICAÇÃO DO FORMULÁRIO

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 sabe 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 sabe 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**

ESCOLA SUPERIOR DE ENFERMAGEM DO PORTO
CURSO DE MESTRADO EM ENFERMAGEM DE REABILITAÇÃO

MANUAL DE PREENCHIMENTO
DO FORMULÁRIO

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

Porto, 2014

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 física</u>), 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:

Habilitações literárias: *não sabe ler nem escrever; sabe ler e escrever sem qualquer habilitação literária; 1º ciclo do ensino básico; 2º ciclo ensino básico; 3º 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 <u>grau académico</u> .

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/toalhete;
- 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 e 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 traqueoesofágica 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 – Mini Mental State Examination Validado e Traduzido 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 rato rói a rolha" Nota: _____

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

(1 ponto por cada etapa bem executada)

Pega no papel com a mão direita _____

Dobra o papel ao meio _____

Colocar o papel na mesa _____

Nota: _____

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

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

Nota: _____

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

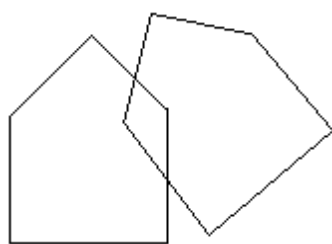
(Erros gramaticais ou ortográficos não contam – pontuada com 1 ponto)

Nota: _____

g) **Copiar o desenho seguinte:**

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

Desenho



Nota: _____

Cópia

TOTAL DO TESTE: _____

**ANEXO IV – Autorização dos Conselhos de Administração e Comissões
de Ética em Saúde**



Exma. Senhora
Aluna de Mestrado
Sílvia Maria Moreira Queirós
ESEP
Rua Dr. António Bernardino de Almeida.
4200-072

Porto, 2014//02/24

Assunto: Autorização de Estudo de Investigação " Desenvolvimento de Competência no autocuidado à Ostmia de Ventilação"

Face ao pedido solicitado no ofício datado de 25 de Novembro último, informamos que, após parecer favorável da Comissão de Ética para a Saúde, se encontra autorizado o desenvolvimento do Estudo de Investigação.

Apresentamos os melhores cumprimentos,

Prof. Doutor Rui Henrique
Diretor da Escola Portuguesa de Oncologia do Porto



ESCOLA PORTUGUESA DE ONCOLOGIA DO PORTO
formacao@ipoporto.min-saude.pt

RUA DR. ANTÓNIO BERNARDINO DE ALMEIDA
4200-072 PORTO - PORTUGAL

T. (+351) 22 508 40 00 E-MAIL: diripo@ipoporto.min-saude.pt
F. (+351) 22 508 40 01

Capital Social: 29.900.000,00€ Registrada na Conservatória do Registo Comercial do Porto com o N.º 57884 - NCP 506 362 299

MEMBRO




QUALIDADE



Direcção Clínica
4.14.2014


CES 23-14





Ao C.A.C.I. para homologar


7.4.2014

AUTORIZADO

CONSELHO DE ADMINISTRAÇÃO @ REUNIÃO DE 17 ABR 2014
Presidente do Conselho de Administração


Dr. Doutor António Pereira

Presidente do Conselho de Administração	Presidente do Conselho de Administração	Vogal Executivo	Vogal Executivo
			
Dr. Margarida Soares	Dr. António Pereira	Dr. João Calvo	Dr. António Pereira

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

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

Nome do Investigador Principal: Sílvia Maria Moreira Queirós

Título do projecto de investigação: Desenvolvimento de competência para o autocuidado à ostomia de ventilação

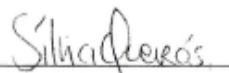
Pretendendo realizar no(s) Serviço(s) de Internamento e Consulta Externa de Otorrinolaringologia do Centro Hospitalar de S. João – EPE o estudo/projecto de investigação em epígrafe, solicito a V. Exa., na qualidade de Investigador/Promotor, autorização para a sua efectivação.

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

Com os melhores cumprimentos.

Porto, 20 / Janeiro / 2014

O INVESTIGADOR/PROMOTOR



**ANEXO V – Consentimento Informado para Participação no
Estudo**

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)

Desenvolvimento de 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.

Sílvia Maria Moreira Queirós, a frequentar o curso de Mestrado em Enfermagem de Reabilitação na Escola Superior de Enfermagem do Porto, pretende desenvolver um estudo de investigação sobre o “Desenvolvimento de competência de autocuidado na pessoa com ostomia de ventilação”. Os seus objetivos são:

- Descrever a competência de autocuidado da pessoa com ostomia de ventilação (traqueostomia)
- Perceber se existem diferentes níveis de competência de autocuidado na pessoa com ostomia de ventilação de acordo com as suas variáveis de atributo, clínicas e de tratamento

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 promoção da autonomia no autocuidado à 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 não ter participado em nenhum outro projeto de investigação durante este internamento/consulta, tendo compreendido a explicação que me foi fornecida acerca do meu caso clínico e da investigação que se tenciona realizar. Foi-me ainda dada 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: Sílvia Maria Moreira Queirós

Nº tlm: 916086279; email: enf.silvia.queiros@live.com.pt

Assinatura: _____