

Construção e validação de uma escala de adaptação a ostomia de eliminação

Development and validation of an elimination ostomy adjustment scale

Construcción y validación de una escala de adaptación a la ostomía de eliminación

Clementina Fernandes de Sousa*; Célia Santos**; Luís Carlos Carvalho Graça***

Resumo

Enquadramento: Uma ostomia representa uma potencial ameaça na vida das pessoas que se manifesta por desajustes físicos, emocionais e sociais, podendo a intervenção específica de Enfermagem influenciar positivamente a adaptação às mudanças, ajudando-as a incorporá-las no seu dia-a-dia.

Objetivos: Construção e validação de um instrumento psicométrico denominado Escala de Adaptação a Ostomia de Eliminação (EAOE), pelas pessoas portadoras.

Metodologia: A escala gerou-se a partir da literatura de Enfermagem e de outros instrumentos de medida, com a participação de um painel de peritos. Constituíram a amostra, 256 pessoas com ostomia de eliminação digestiva ou urinária, seguidas em consulta de Enfermagem de estomaterapia. A validade de construto estudou-se pela análise fatorial de componentes principais, com rotação *varimax*.

Resultados: A análise revelou boa qualidade dos itens ($KMO=0,812$), extraindo-se seis fatores que explicam 52,38% da variância total da escala. A fiabilidade estimou-se pelo coeficiente alfa de *Cronbach*, (escala global= $0,87$; subescalas entre $0,85$ e $0,61$).

Conclusão: A escala revela boa validade e fidelidade, esperando-se que outros estudos se desenvolvam, complementando a sua análise psicométrica.

Palavras-chave: ostomia; adaptação; estudos de validação; cuidados de Enfermagem.

Abstract

Theoretical framework: An ostomy represents a potential threat to people's lives and is translated into physical, emotional and social maladjustments. The specific Nursing intervention may positively affect the adjustment to changes, helping people integrate them in their daily lives.

Objectives: Development and validation of a psychometric instrument designated as *Escala de Adaptação a Ostomia de Eliminação* (EAOE) (Elimination Ostomy Adjustment Scale) in ostomy patients.

Methodology: The scale was developed based on the Nursing literature, as well as other measuring instruments, with the participation of a panel of experts. The sample was composed of 256 patients with intestinal or urinary elimination ostomies, who were followed up in a stoma therapy Nursing consultation. Construct validity was assessed using the principal components analysis, with *varimax* rotation.

Results: The analysis showed good item quality ($KMO=0.812$). Six factors were retained, which explained 52.38% of the total scale variance. Reliability was assessed using *Cronbach's* alpha (global scale= 0.87 ; subscales= $0.85 - 0.61$).

Conclusion: The scale showed good validity and reliability. Further studies should be developed, thus complementing its psychometric analysis.

Keywords: ostomy; adjustment; validation studies; Nursing care.

* Doutoranda, Enfermagem. Professor adjunto. Escola Superior de Saúde - Instituto Politécnico de Viana do Castelo, 4901-911, Viana do Castelo, Portugal [clementinasousa@ess.ipv.pt]. Contribuição no artigo: pesquisa bibliográfica, recolha de dados, tratamento e avaliação estatística, análise e discussão de resultados, escrita do artigo. Morada para correspondência: Avenida Além do Rio nº 720, 4900-580, Viana do Castelo, Portugal.

** Ph.D., Psicologia. Professor Coordenador. Escola Superior de Enfermagem do Porto, 4200-072, Porto, Portugal [celiasantos@esep.pt]. Contribuição no artigo: tratamento e avaliação estatística, análise e discussão de resultados, revisão global do artigo.

*** Ph.D., Enfermagem. Professor adjunto. Escola Superior de Saúde - Instituto Politécnico de Viana do Castelo, 4901-911, Viana do Castelo, Portugal [luisgraca@ess.ipv.pt]. Contribuição no artigo: tratamento e avaliação estatística, análise e discussão de resultados, revisão global do artigo.

Resumen

Marco contextual: Una ostomía representa una posible amenaza para la vida de las personas, que se manifiesta por desajustes físicos, emocionales y sociales, de manera que la intervención específica de enfermería puede influir positivamente en la adaptación a los cambios, ayudando a las personas a incorporarlos en su día a día.

Objetivos: Construcción y validación de un instrumento psicométrico denominado *Escala de Adaptação a Ostomia de Eliminação* (EAOE) (Escala de Adaptación a la Ostomía de Eliminación) por las personas portadoras.

Metodología: La escala se creó a partir de la literatura de enfermería y de otros instrumentos de medición, y contó con la participación de un grupo de expertos. La muestra consistió en 256 personas con ostomía de eliminación digestiva o urinaria, a las cuales se realizó un seguimiento en la consulta de enfermería de estomaterapia. La validez de construto se estudió mediante el análisis factorial de los componentes principales, con rotación *varimax*.

Resultados: El análisis mostró buena calidad de los ítems ($KMO=0,812$), extrayéndose seis factores que explican el 52,38 % de la varianza total de la escala. La fiabilidad se estimó mediante el alfa de *Cronbach* (escala global= $0,87$; subescalas entre $0,85$ y $0,61$).

Conclusión: La escala muestra una buena validez y fidelidad. De este modo, se espera que se realicen otros estudios que complementen su análisis psicométrico.

Palabras clave: ostomía; adaptación; estudios de validación; atención de Enfermería.

Recebido para publicação em: 13.02.14

Aceite para publicação em: 02.07.14

Introdução

Uma ostomia resulta de um procedimento cirúrgico que pode aliviar os sintomas, limitar ou travar a evolução da doença, mas implica alteração das funções biológicas com repercussões físicas e, frequentemente, emocionais, sociais e familiares. O ajustamento a este corpo alterado, que envolve apreensão e sofrimento, gera nas pessoas portadoras uma ampla gama de respostas perante a nova circunstância de vida, que não podem modificar. Ao serem confrontadas com as mudanças, tentam lidar com a situação, aceitando-a como um desafio e experimentando sentimentos de autocontrolo ou, adotam comportamentos de negação recorrendo à fuga ou minimização do problema, como formas de se protegerem, ou então, sentem-se incapazes perante um evento tão devastador (Sousa, Brito, & Castelo Branco, 2012; Popek et al., 2010; Lobão, Gaspar, Marques, & Sousa, 2009).

A notícia de uma doença grave (ex.: cancro) que, simultaneamente, pode implicar uma ostomia, coloca as pessoas perante uma ameaça súbita aos seus projetos de vida e às suas realidades, podendo torná-las emocionalmente vulneráveis, com grande risco de desagregação ou rotura da sua identidade. Nesta amálgama de sentimentos e emoções, que têm dificuldade de gerir e organizar, entram num processo de transformação da vida do *antes* para o *depois* da cirurgia de ostomia (Meleis, 2010). Segundo a mesma autora, a reconstrução do sentido de identidade e a rotura com o *antes* é fundamental para que a transição seja bem sucedida.

Na transição adaptativa, vão aprendendo progressivamente a incorporar as alterações nas suas vidas, através da mobilização de recursos pessoais e ou do suporte de familiares, amigos e de profissionais de saúde (Sun et al., 2013; Sousa et al., 2012; Cotrim, 2009; Albuquerque, Agostinho, Freitas, Machado, & Silva, 2009; Lobão et al., 2009).

Diferentes autores defendem que a intervenção específica e sistemática de Enfermagem influencia positivamente o percurso de adaptação à circunstância de viver com uma ostomia, pelo que pesquisamos ferramentas válidas que avaliassem este conceito.

Os instrumentos encontrados, embora válidos, não satisfaziam integralmente a análise do construto em estudo, fundamentando a realização deste trabalho que teve como objetivos construir e validar uma

escala que possibilitasse a avaliação da adaptação a uma ostomia de eliminação.

Fundamentação Teórica

O confronto com a criação de uma colostomia, ileostomia ou urostomia pode gerar complexas perturbações na saúde e qualidade de vida das pessoas que se manifestam por desajustes físicos, emocionais e sociais. É nestes momentos, de maior vulnerabilidade, que a ajuda na gestão da insegurança e dos medos deve ser intensificada, no sentido de facilitar uma transição mais satisfatória.

Transição, como conceito de Enfermagem, tem sido amplamente estudado por Meleis (2010), defendendo que há experiências de mudança, na vida das pessoas, que requerem intervenções de Enfermagem em diferentes estádios e pontos críticos. Define transição, como um processo de passagem de uma fase de vida, de condição ou de um estado para outro, desencadeado por uma mudança e caracterizado por diferentes estádios dinâmicos e pontos críticos ou de viragem. Implica uma reorganização interior de transformação e de adaptação, envolvendo processos intrapsíquicos de reconstrução de identidade, de autoconfiança e de integração da mudança nas próprias vidas. Facilitar a transição, como foco central da prática clínica de Enfermagem, prepara para a mudança, pela ajuda nos pontos de passagem de um estádio para outro (ex.: cirurgia de ostomia) e pelo acompanhamento no percurso de adaptação e de autonomia.

A transição bem sucedida, para a vida com ostomia, compreende uma aceitação efetiva das novas circunstâncias de saúde, através de uma reorganização e reorientação da vivência diária, onde sentimentos de angústia e comportamentos destrutivos sejam substituídos por sensações de bem-estar e de controlo da situação (International Council of Nurses, 2000). No entanto, aceitar o novo estado de saúde necessita a vivência do processo de luto, o que implica a consciencialização das perdas (Popek et al., 2010) e passagem de tempo para ajudar a suavizar o sofrimento (Lobão et al., 2009; Simmons, Smith, & Maekawa, 2009).

Para além da natureza do diagnóstico, uma ostomia de eliminação ameaça o elevado valor que socialmente se atribui ao corpo saudável, à beleza, ao limpo,

ao controlo fisiológico e em sentido contrário, à deficiência. Podendo não ser uma alteração visível, persiste a possibilidade de se revelar pela emissão de ruídos, gases e extravasamento do saco coletor. A percepção do significado desta mudança física e das funções fisiológicas, com mais ou menos reflexos no autoconceito, pode conduzir a sentimentos de rejeição, desprestígio social, incapacidade na gestão da situação e ao isolamento social (Sousa et al., 2012; Albuquerque et al., 2009; Cotrim, 2009).

Globalmente, conceptualiza-se o autoconceito como a representação ou percepção que cada um tem de si a partir da sua relação com os outros. Um autoconceito positivo facilita interações sociais gratificantes, como o estabelecimento ou manutenção de contactos saudáveis promotores da autoestima e da autoimagem. Sendo a autoestima e a imagem corporal dimensões do mesmo constructo (autoconceito), a primeira permite a avaliação do mérito pessoal e a verbalização da autoaceitação e a segunda possibilita descrever a imagem mental que cada um tem do seu corpo e da sua aparência física (Santos, 2005).

A dimensão da sexualidade "que implica expressões comportamentais de desejos, valores, atitudes e atividades sexuais entre indivíduos" (ICN, 2000, p. 68) pode também ser afetada. A presença de uma ostomia, não sendo apenas visível pelo próprio, mas também pelo(a) companheiro(a), pode perturbar o relacionamento psicoafectivo entre ambos, como sugerem vários estudos (Danielsen, Burcharth, & Rosenberg, 2013a; Popek et al., 2010).

Decorrente da alteração fisiológica da(s) função(ões) de eliminação, as pessoas também terão de aprender e adquirir habilidades específicas de cuidado corporal, a fim de manterem a sua autonomia e o seu bem-estar. Tomando como referência o ICN (2000) que define o autocuidado como uma ação executada pelo próprio, gerindo o necessário para lidar com as atividades de vida e as necessidades individuais básicas e íntimas, uma ostomia altera substancialmente a representação cultural do cuidado pessoal da necessidade de eliminação. Este cuidado implica tocar e olhar um orifício, onde outrora existia pele íntegra, pelo qual são eliminadas fezes ou urina, passando a afigurar-se uma atividade exigente, do ponto de vista físico, social e psicoafectivo. Assumir os cuidados ao estoma implica capacidades físicas e cognitivas e acreditar no desempenho desta atividade com êxito (Bandura, 1993). Este autor introduziu e

aprofundou o conceito de autoeficácia percebida, definindo-o como a crença individual nas capacidades para produzir determinados níveis de desempenho que vão influenciar os eventos que afetam as nossas vidas. Neste sentido, um forte sentido de eficácia está associado ao otimismo, aumentando as aptidões de realização da ação e a revalorização pessoal.

Popek et al. (2010) encontraram relações significativas entre o otimismo e a autoeficácia nos cuidados ao estoma, argumentando que os otimistas acreditam que podem ultrapassar a situação com sucesso, procuram informação, são confiantes e persistentes, mesmo que o caminho seja lento e difícil. Pelo contrário, baixas expectativas de autoeficácia, aliadas ao pessimismo, podem predizer grande incapacidade, sentimentos de insegurança, baixa de autoestima, isolamento, ansiedade e depressão.

Em síntese, dadas as alterações que podem ocorrer na vida das pessoas, a adaptação a uma ostomia requer tempo e esforço individual, podendo ser potencializada na interação com os familiares e amigos e pela intervenção sistematizada dos profissionais de saúde, nomeadamente dos enfermeiros (Danielsen et al., 2013a; Sun et al., 2013; Sousa et al., 2012; Albuquerque et al., 2009; Lobão et al., 2009).

Estudos de revisão sistemática evidenciam que apesar de uma extensa literatura destacar a intervenção de Enfermagem, como favorecedora da adaptação e influenciando positivamente a qualidade de vida das pessoas com ostomia, ainda é escassa a investigação que demonstre tal eficácia (Danielsen, Burcharth, & Rosenberg, 2013b; Recalla et al., 2013). Por outro lado, escasseiam instrumentos que facilitem aos enfermeiros avaliarem a sua intervenção (Pittman, Kozell, & Gray, 2009). Norteados por estas constatações, direcionamos a pesquisa no sentido de descobrirmos escalas validadas que medissem o conceito de adaptação à ostomia. Apurámos que existem várias escalas específicas orientadas, na sua maioria, para avaliar dimensões de qualidade de vida, construto relacionado, porém distinto. Pittman et al. (2009) analisaram as características e o potencial uso clínico de alguns destes instrumentos, entre eles, o *Stoma Quality of Life Index*, desenvolvido por Padilla e adaptado por Marquis, Marrel, & Jambon, que comporta domínios como o bem-estar físico e psicológico, imagem corporal, dor, atividade sexual, alimentação, preocupações sociais, autoeficácia, ajuda e conselhos, satisfação com os cuidados de saúde e

adaptação à situação; o *City of Hope Quality of Life-Ostomy Questionnaire* de Grant e colaboradores, composto pelos domínios: bem-estar físico, bem-estar psicológico, bem-estar social e bem-estar espiritual; o *Stoma Quality of Life Questionnaire* de Prieto, Thorsen, & Juul, que integra os domínios sono, atividade sexual, relações com a família e amigos próximos, e relações com outros; a *Stoma Quality of Life Scale* de Baxter e colaboradores, constituída pelos domínios trabalho/função social, sexualidade/imagem corporal, função do estoma, preocupações financeiras e a irritação da pele.

Conceitos próximos à adaptação a uma ostomia são avaliados por outras medidas como o *Ostomy Adjustment Scale* (Olbrisch, 1983) que avalia o ajustamento psicológico à vida com ostomia, relacionando a preparação pré operatória e o tempo desde a cirurgia ao retorno ao trabalho e o *Ostomy Adjustment Inventory-23* de Simmons et al. (2009) que foi desenvolvido para avaliar o ajustamento psicossocial nos domínios aceitação, preocupação ansiosa, compromisso social e raiva. No entanto, apesar de válidos, estes instrumentos não respondiam integralmente à estrutura conceptual que pretendíamos analisar, razão que conduziu à realização deste estudo.

Metodologia

De acordo com os objetivos, realizou-se um estudo quantitativo desenvolvido em duas fases: elaboração da escala e estudo das suas propriedades psicométricas.

A construção da escala sustentou-se em abordagens teóricas de Enfermagem nomeadamente, os termos da CIPF[®] (ICN, 2000), da NIC[®] (McCloskey & Bulechek, 2004) e da NOC[®] (Johnson, Maas, & Moorhead, 2004). Iniciamos pela análise de áreas relevantes para o cuidado específico de Enfermagem às pessoas com ostomia de eliminação, de modo a constituir os domínios da escala. Selecionamos seis focos de atenção de Enfermagem, nomeadamente: Autoconceito, Autocuidado, Aceitação, Esperança, Interação Sexual e Interação Social (ICN, 2000), onde agrupamos 47 itens iniciais, que emergiram da Classificação de Resultados de Enfermagem (Johnson et al., 2004) e de instrumentos de medida específicos anteriormente referidos.

A versão inicial da escala foi submetida à análise de um painel de vinte e cinco peritos, para validação de conteúdo. Este grupo foi constituído por enfermeiros com formação e/ou experiência em estomaterapia; enfermeiros de serviços de cirurgia geral e de urologia, com cinco ou mais anos de exercício na área; docentes investigadores em Enfermagem e um psicólogo.

Após a análise das respostas e das sugestões dos peritos, gerou-se uma versão piloto que foi posteriormente validada por dez elementos do painel anterior, com formação e experiência em estomaterapia e docentes investigadores em Enfermagem. A versão de consenso encontrada, que designamos de Escala de Adaptação a Ostomia de Eliminação (EAOE), ficou constituída por 39 itens.

As opções de resposta para 37 itens foram operacionalizadas numa escala de *Likert* de 7 pontos, variando de 1=discordo totalmente a 7=concordo totalmente. Para 2 itens, foi associada uma escala tipo *Likert* de 6 pontos, de 1=nunca a 6=sempre, tendo em consideração o que se pretendia avaliar (desempenho nos cuidados ao estoma). Para evitar tendenciosidade de resposta, construíram-se afirmações que orientam para conceitos positivos e outras, para conceitos negativos.

No sentido de validar a clareza e a compreensão dos itens e identificar dificuldades de preenchimento, realizou-se o pré-teste com 20 sujeitos não incluídos no estudo. Foram apresentadas algumas dificuldades de resposta em questões de domínio íntimo, designadamente, quando a pessoa não tem relacionamento afetivo ou conjugal, pelo que se introduziu a opção *não se aplica*.

A análise das propriedades psicométricas da escala decorreu num segundo momento, após a apreciação favorável das Comissões de Ética e autorização das administrações dos hospitais da região norte de Portugal, onde decorreu a recolha de dados.

Constituiu-se uma amostra não probabilística acidental, de todos os utentes que cumpriam os seguintes critérios de inclusão: pessoas com ostomia de eliminação (digestiva ou/e urinária), idade igual ou superior a 18 anos e condições cognitivas e comunicacionais preservadas. Foram incluídos 256 utentes, que no período definido para a colheita de dados, compareceram na consulta de Enfermagem de estomaterapia e se disponibilizaram voluntariamente a participar no estudo. A garantia da confidencialidade dos dados, bem como, o anonimato dos respondentes

foi assegurada. O tamanho da amostra teve em consideração as recomendações para a prossecução da Análise Fatorial de Componentes Principais (ACP), propostas por Hill e Hill (citado por Pestana & Gajeiro, 2008).

Resultados

A amostra foi constituída por pessoas com idades compreendidas entre os 18 e os 80 anos, com uma média de $62,4 \pm 13,13$ anos e mediana de 65 anos, sendo o grupo etário mais representado o de 61 ou mais anos (59,0%) e menos representado o de idade inferior a 40 anos (7,5%). Predominantemente eram do

sexo masculino (52,0%), casados ou a viver em união de facto (65,2%), seguidos dos viúvos (23,8%). Quanto à escolaridade, a maioria estudou até à 4ª classe (55,5%) tendo 10,5% habilitações de nível superior. No que se refere à coabitação, viviam com o cônjuge (45,5%) e com o cônjuge e outros familiares (38,6%), sendo que 12,8% viviam sozinhos e 3,1% em alojamentos coletivos. Eram maioritariamente reformados (64,8%), seguidos de cerca de 29% em atividade profissional. Predominavam as pessoas com ostomia digestiva (78,1%), representando as ostomias urinárias 19,1% da amostra. Maioritariamente eram portadores de ostomia definitiva (68,7%). Quanto ao tempo de cirurgia, 50% tinha entre um mês e um ano, 28,9% tinha cerca de um mês e os restantes mais de um ano (Tabela 1).

Tabela 1

Características sociodemográficas e clínicas dos participantes

	n	%
Idade (anos)		
18-30	5	2,0
31-40	14	5,5
41-50	31	12,0
51-60	55	21,5
61-70	74	28,9
71-80	77	30,1
Estado Civil		
Solteiro	13	5,1
Casado/união de facto	167	65,2
Separado/divorciado	15	5,9
Viúvo	61	23,8
Escolaridade		
Até à 4ª classe	142	55,5
Entre o 5º - 10º ano (antigo 1º- 5º ano)	59	23,0
11º -12º ano (antigo 6º-7º ano)	28	10,9
Ensino superior	27	10,5
Com quem vive		
Marido/mulher	99	45,5
Família (cônjuge, filhos, netos, irmãos, pais, etc.)	117	38,6
Lar	8	3,1
Sozinho	32	12,8
Situação profissional		
Empregado	74	28,9
Desempregado	16	6,3
Reformado	166	64,8
Tipo de Estoma		
Colostomia	160	62,5
Ileostomia	40	15,6
Urostomia	49	19,1
Dupla (ileostomia e colostomia ou colostomia e urostomia)	7	2,8
Temporalidade da ostomia		
Definitiva	176	68,7
Temporária	80	31,3
Tempo da Ostomia		
1 mês	74	28,9
Até um ano	128	50,0
> 1 ano	54	21,1

Numa primeira análise, a validade de construto da escala com 39 itens foi realizada através da ACP, com rotação *varimax*, sendo definidos como critérios de extração de fatores, valores próprios >1,0 e de retenção de itens, coeficientes de saturação >0,30.

A medida *Kaiser-Meyer-Olkin* (KMO) e o teste de esfericidade de Bartlett foram utilizados para aferir a adequação da amostra, tendo-se apurado valores de 0,686 e aprox. χ^2 2010,903; 780; $p=0,000$ respetivamente, permitindo prosseguir com a análise fatorial (Pestana & Gageiro, 2008).

Num primeiro momento, a extração de fatores pelo método de rotação *varimax* revelou 12 fatores, que no conjunto explicavam 70,78 % da variância total. Dado o elevado número de componentes, esta solução fatorial, apesar de estatisticamente válida apresentava deficiente articulação com a validade de conteúdo. Posteriormente realizaram-se soluções fatoriais forçadas tendo por base o *scree plot*, nomeadamente, o local onde se observavam os saltos mais significativos e a variância explicada era superior a 50%. Também com este método se obtiveram soluções válidas, designadamente, com sete e cinco fatores e mais coerentes com os domínios inicialmente identificados. Contudo, a opção final recaiu numa estrutura fatorial a seis fatores, que

se revelaram mais concordantes com os focos de atenção que sustentaram a construção da escala, e era estatisticamente satisfatória.

Pelos procedimentos efetuados foram eliminados 4 itens, ficando a versão final da EAOE com 35 afirmações. Os valores de KMO (0,812) e de Bartlett aprox. χ^2 1857,205; 595; $p=0,000$ possibilitaram a progressão para uma nova análise fatorial, forçando a seis fatores que explicam 52,38% do total da variância da escala. Os itens mantidos obtiveram pesos fatoriais situados entre 0,89 e 0,34 (Tabela 2). Adicionalmente, as communalidades eram razoáveis, indicando que os seis fatores retidos se apropriavam para descrever a estrutura correlacional entre os itens.

Para a nota total da escala, encontramos bons indicadores de consistência interna, com um coeficiente Alfa de *Cronbach* de 0,87 e de bipartição (*Split-half*) de 0,82. Por fator, os valores do Alfa oscilam entre 0,85 e 0,61 e do *Split-half* entre 0,83 e 0,60, indicando boa consistência interna no fator I (Autoconceito), razoável no fator II (Aceitação Positiva), III (Suporte Social/Religioso), IV (Interação Sexual) e V (Autocuidado) e fraca no fator VI (Aceitação Negativa). Nenhum dos itens, se retirado, faria aumentar a consistência interna da EAOE ou da subescala a que pertencia.

Tabela 2

Matriz da ACP, valores próprios e variância explicada da EAOE

FATORES / ITENS	I	II	III	IV	V	VI
I. Autoconceito (9 itens)						
18. Participar nos divertimentos que aprecio (convívios, festas, atividades sociais) é para mim doloroso	0,690	0,315				
21. Preocupa-me viajar devido ao meu estoma	0,682					
6. Procuo esconder que tenho uma ostomia	0,639					
5. O meu estoma impede-me usar a roupa de que gosto	0,605					
20. Tenho medo dos gases, cheiros ou que o saco descole, quando estou em público	0,600					
3. Estar ou sair com os meus vizinhos, amigos e/ou colegas de trabalho é para mim difícil	0,595	0,331				
36. Olhar para a minha ostomia é doloroso	0,592					
16. Sinto-me diminuído devido ao meu estoma	0,539					
23. O meu estoma interfere com o meu trabalho, a minha profissão ou a escola	0,510					
II. Aceitação Positiva (8 itens)						
30. Acredito que vou realizar os meus sonhos		0,674				
26. Tenho prazer de viver		0,669				
24. Estou otimista em relação ao futuro		0,628				
28. Aceito a minha ostomia		0,567				
1. Estou satisfeito com aparência do meu corpo	0,345	0,551				

27. A ostomia aumentou o meu bem-estar	0,517					-0,319
14. Sinto orgulho em mim	0,502					
7. Tento não pensar na minha situação	0,384					-0,330
II. Suporte Social/Religioso (5 itens)						
11. Faz-me bem falar dos meus sentimentos e preocupações com familiares e amigos	0,688					
17. Procuo ajuda de familiares, amigos e profissionais, quando necessário	0,684					
25. Acredito que as minhas orações vão-me ajudar	0,682					
10. Acreditar em alguém divino dá-me forças e ajuda-me a viver	0,634					
33. O apoio da minha família e amigos é para mim importante	0,521					0,464
IV. Interação Sexual (5 itens)						
29. O meu relacionamento sexual piorou com a ostomia	0,358			0,722		
12. Estou satisfeito(a) com a minha vida sexual				0,688		
35. Sinto-me sexualmente atraente				0,645		
34. Evito intimidade sexual por causa do meu estoma	0,503			0,556		
19. O meu cônjuge/companheiro(a) interessa-se sexualmente por mim				0,447		0,342
V. Autocuidado (4 itens)						
39. Mudo o saco da minha ostomia sozinho(a)						0,893
38. Cuido da higiene da minha ostomia sozinho(a)						0,883
37. Tocar na minha ostomia é para mim difícil	0,511					0,531
15. Identifico alterações do estoma, pele em redor, fezes e urina						0,480
VI. Aceitação Negativa (4 itens)						
31. Sinto-me culpado(a) pela minha situação						0,654
32. Acho que os outros me olham como uma pessoa diminuída	0,386	0,354				0,559
9. Descarrego nas outras pessoas a minha revolta		0,458				0,418
22. Perdi o meu interesse sexual por causa da minha ostomia	0,339					0,338
Valores Próprios	7,46	3,29	2,33	1,84	1,68	1,48
% Variância Explicada (EAOE total = 52,38)	21,33	9,39	6,65	5,25	4,80	4,23

Procedeu-se ainda, à análise das correlações (Pearson) observando-se correlações positivas, de moderadas a fortes entre todas as subescalas e a escala total, com exceção da subescala Autocuidado ($r=0,368$) que apresenta correlação fraca (Pestana & Gageiro, 2008). As subescalas mais relacionadas com a escala global são o Autoconceito ($r=0,809$), a Aceitação Positiva ($r=0,776$), a Aceitação Negativa ($r=0,738$) e a Interação Sexual ($r=0,629$). Observam-se, também, correlações entre quase todas as subescalas,

à exceção das subescalas: Suporte Social/Religioso e Autoconceito; Interação Sexual e Suporte Social/Religioso e entre a subescala Autocuidado com as subescalas Aceitação Positiva, Suporte Social/Religioso e Interação Sexual.

Por outro lado, verificamos que a associação entre as subescalas não é muito elevada, o que indica que os conceitos em estudo são diferentes entre si, embora no conjunto, contribuam para o conceito global de adaptação à ostomia de eliminação (Tabela 3).

Tabela 3

Correlação de Pearson entre as subescalas e o total da EAOE

	Autoconceito	Aceitação Positiva	Suporte Social Religioso	Interação Sexual	Auto cuidado	Aceitação Negativa
Aceitação Positiva	0,514**					
Suporte Social Religioso	0,044	0,263**				
Interação Sexual	0,453**	0,491**	0,027			
Autocuidado	0,196**	0,066	0,004	0,132		
Aceitação Negativa	0,496**	0,407**	0,172*	0,417**	0,233**	
EAOE Total	0,809**	0,776**	0,422**	0,629**	0,368**	0,738**

**($p < 0,01$) *($p < 0,05$)

Discussão

Pretendeu-se, com este estudo, desenvolver e validar uma escala para medir a adaptação à ostomia de eliminação, que possa ser utilizada quer na investigação, quer na prática clínica de Enfermagem. O processo de construção da escala, que designamos EAOE, sustentou-se, numa fase inicial, na literatura de Enfermagem e outros instrumentos específicos, que contribuíram para a seleção dos domínios e compilação dos itens. Posteriormente, a participação de um painel de peritos da área da Enfermagem, da investigação e da psicologia assegurou a validação do seu conteúdo.

Na fase seguinte, após a sua aplicação a uma amostra de 256 pessoas com estomas de eliminação intestinal e vesical, foram testadas as suas propriedades psicométricas.

A validade de constructo estudou-se pela análise fatorial de componentes principais, com rotação *varimax*, sendo eliminados 4 itens, ficando a versão final da EAOE composta por 35 afirmações. Recorreu-se, novamente, a análises e estudos psicométricos, optando-se por uma solução final forçada a seis fatores, que explica 52,38% do total da variância da escala, por ser mais concordante com os constructos teóricos que sustentaram a sua construção.

A matriz fatorial da EAOE apresenta validade de conteúdo, podendo reconhecer-se que os itens que compõem cada fator/subescala, a ela pertencem. A versão final também revelou bons valores de consistência interna, para o total da escala e para as subescalas, sendo que apenas uma delas (Aceitação Negativa, $\alpha = 0,61$) apresenta um valor de Alfa de *Cronbach* inferior a 0,70, preconizado com mínimo desejado (Pestana & Gageiro, 2008). Deste modo, as inferências dos resultados relativos a este domínio devem ser realizadas com alguma prudência. Contudo, saliente-se os valores obtidos para as restantes subescalas e sobretudo, para a escala global. As correlações entre as subescalas e a escala total são significativas, variando entre 0,81 e 0,37, o que também é bom indicador da validade do seu conteúdo. As subescalas Autoconceito, Aceitação Positiva, Aceitação Negativa e Interação Sexual são as que mais contribuem para a avaliação do conceito em estudo (Adaptação), indicando que a EAOE é sensível para medir o impacto que a presença de uma ostomia provoca em variáveis do domínio psicoemocional.

Por outro lado, a correlação encontrada entre o Autocuidado e a Adaptação não é muito significativa, o que parece demonstrar que à medida que o tempo evolui, as pessoas portadoras de ostomia têm mais facilidade em integrar as mudanças relacionadas com os cuidados ao estoma (desempenho instrumental) do que gerir os aspetos psicoafectivos e emocionais. As associações entre as subescalas Autoconceito, Interação Sexual e Aceitação sugerem que um autoconceito positivo facilita a aceitação da ostomia e melhora a sexualidade. No entanto, mesmo não havendo lesões, derivadas da manipulação cirúrgica, que condicionem definitivamente a função sexual, o impacto de uma ostomia na autoestima e na imagem corporal afeta a sexualidade, podendo dificultar o processo de adaptação (Popek et al., 2010; Albuquerque et al., 2009; Cotrim, 2009; Lobão et al., 2009; Pittman et al., 2009).

De salientar que as associações entre as subescalas não são muito elevadas, o que significa que os conceitos, embora interligados a uma estrutura global (adaptação), medem partes distintas desse construto, contribuindo para a sua avaliação total.

Constatou-se ainda, que a organização dos itens e a designação dos fatores apresenta-se algo distinta da previamente definida. Das subescalas encontradas, cinco, designadamente, o Autoconceito, o Autocuidado, a Interação Sexual, a Aceitação Positiva e a Aceitação Negativa, orientaram-se para os domínios anteriormente selecionados. Emergiu uma subescala que denominamos Suporte Social/Religioso, construto não considerado à priori, mas que integra recursos e redes de apoio promotoras da interação social e da esperança.

Pelos resultados analíticos apresentados, a EAOE parece cumprir critérios de validade e confiabilidade mínimos, necessários para poder ser utilizada em estudos sobre a complexidade do ajustamento psicossocial a um estoma intestinal ou urinário. Os itens que a constituem pretendem abranger situações que procuram estudar respostas subjetivas da pessoa com ostomia, como sentimentos, emoções e estratégias mais ou menos ativas para lidar com este trauma específico e as suas implicações.

Consideramos, no entanto, que os resultados deste estudo, bem como a utilização da escala e planeamento de novas pesquisas, devem ser considerados à luz de algumas limitações. A amostra circunscreveu-se a uma região limitada do norte de

Portugal, embora compreendendo pessoas oriundas de meios rurais e urbanos. Assim, alargar o terreno de pesquisa será desejável. Outra limitação prende-se com a baixa escolaridade da maioria dos participantes podendo levar a dificuldades na compreensão de alguns itens. Embora, a análise da influência das variáveis sociodemográficas e clínicas na adaptação à ostomia, não tenha sido considerada, é fundamental que seja contemplada em futuros trabalhos, dado o seu particular interesse, tanto para o estudo da sensibilidade da escala, como para a sua aplicação à prática de Enfermagem. Finalmente, outras limitações na análise das propriedades da escala prendem-se com o facto de não se ter avaliado a estabilidade temporal, através do teste-reteste, nem a validade concorrente e discriminativa, correlacionando-a com outros instrumentos que avaliam conceitos similares ou díspares.

Todavia, a maioria dos participantes constitui o grupo de pessoas com ostomia de eliminação até um ano, pelo que os resultados parecem reveladores da utilidade da escala na avaliação da adaptação no primeiro ano pós cirurgia, tempo que representa, como documentam alguns estudos, o período mais difícil para gerir as mudanças associadas à nova situação (Simmons et al., 2009; Pittman et al., 2009). Porém, também está descrito que uma ostomia continua a afetar a vida dos sobreviventes, durante vários anos após a sua formação, pelo que estudos longitudinais poderão ajudar a aprimorar as características da EAOE.

A construção desta escala pode responder a lacunas existentes, uma vez que a sua utilização isolada ou associada a outros instrumentos, pode ser útil para a investigação sobre a adaptação a uma ostomia e para a prática clínica de Enfermagem em estomaterapia.

Apesar das limitações da EAOE, espera-se a sua utilização futura em pesquisas mais amplas, de modo a contribuir para a melhoria da sua aplicabilidade à prática de Enfermagem.

Conclusão

Uma ostomia representa uma potencial ameaça para todos os aspetos da vida das pessoas que têm, não só, de aprender a gerir os cuidados ao estoma, como incorporá-lo no seu dia-a-dia.

Norteados por estes fundamentos, procedemos à construção e validação de uma Escala de Adaptação a uma Ostomia de Eliminação (EAOE) que assentou em dimensões do domínio psicossocial mais afetadas, incorporando questões relacionadas com o autocuidado ao estoma.

Embora existissem outros instrumentos específicos consistentes e aplicáveis, orientavam-se para avaliar aspetos da qualidade de vida, ou apenas, para algumas das dimensões que pretendíamos medir com a EAOE, razões que sustentaram o desenvolvimento deste estudo.

A versão final da EAOE ficou constituída por 35 afirmações, organizadas em seis subescalas que se ajustam ao significado dos itens que as constituem e ao construto a medir, o que representa uma mais-valia do ponto de vista da validade da escala. Demonstra razoáveis propriedades psicométricas para medir a adaptação de pessoas com estomas de eliminação, sendo mais sensível para avaliar as implicações da ostomia ao nível do autoconceito, da aceitação e da sexualidade.

Apesar das boas indicações da EAOE, quanto às suas propriedades psicométricas, futuras aplicações são necessárias, nomeadamente, para estudo da sua validade concorrente e discriminativa e, estabilidade no tempo.

Assim, sugere-se que novos estudos sejam desenvolvidos e possam contribuir para a melhoria da robustez desta escala, que pode ser uma ferramenta útil na prática clínica com pessoas ostomizadas e na investigação sobre a adaptação à ostomia.

Referências bibliográficas

- Albuquerque, M. I. N., Agostinho, A. C. H., Freitas, C. C., Machado, M. M. L. C., & Silva, R. C. G. (2009). O domínio de si: A experiência vivida nas palavras de uma ostomizada. *Referência*, 2(9), 27-33.
- Bandura, A. (1993). Perceived self-efficacy in cognitive development and functioning. *Educational Psychologist*, 28(2), 117-148. Recuperado de <http://des.emory.edu/mfp/BanduraPubs.html>
- Cotrim, H. M. T. S. (2009). *Impacto do cancro colorectal no doente e cuidadores/família: Implicações para o cuidar* (Tese de doutoramento). Recuperado de <http://repositorio-aberto.up.pt/handle/10216/7231>
- Danielsen, A., Burcharth, J., & Rosenberg, J. (2013a). Spouses of patients with a stoma lack information and support and are

- restricted in their social and sexual life: A systematic review. *International Journal of Colorectal Disease*, 28(12), 1603–1612. Recuperado de <http://download.springer.com/static/pdf/606/art%253A10.1007%252F00384-013-1>
- Danielsen, A. K., Burcharth, J., & Rosenberg, J. (2013b). Patient education has a positive effect in patients with a stoma: A systematic review. *Colorectal Disease*, 15(6), 276–283. Recuperado de <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/codi.12197/pdf>
- International Council of Nurses. (2000). *Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem (CIPE/ICNP): Versão Beta 1*. Lisboa, Portugal: Associação Portuguesa de Enfermeiros.
- Johnson, M., Maas, M., & Moorhead, S. (2004). *Classificação dos resultados de enfermagem (NOC) (2ª ed.)*. Porto Alegre, Brasil: Artmed.
- Lobão, C., Gaspar, M., Marques, A., & Sousa, P. (2009). Aceitando o contra-natura? O processo de aceitação do estado de saúde da pessoa com ostomia. *Referência*, 2(11), 23-36.
- Mccloskey, J., & Bulechek, G. (2004). *Classificação das intervenções de enfermagem (NIC) (3ª ed.)*. Porto Alegre, Brasil: Artmed.
- Meleis, A. I. (2010). *Transitions theory: Middle-range and situation-specific theories in nursing research and practice*. New York, NY: Springer Publishing Company.
- Olbrisch, M. E. (1983). Development and validation of the ostomy adjustment scale. *Rehabilitation Psychology*, 28(1), 3-12. doi: 10.1037/h0090996
- Pestana, M. H., & Gageiro, J. N. (2008). *Análise de dados para ciências sociais: A complementaridade do SPSS (5ª ed.)*. Lisboa, Portugal: Sílabo.
- Pittman, J., Kozell, K., & Gray, M. (2009). Should WOC nurses measure health-related quality of life in patients undergoing intestinal ostomy surgery? *Journal Wound Ostomy Continence Nursing*, 36(3), 254-265. Recuperado de <http://www.dsr.dk/fs/fs22/Documents/Artikler/Should%20WOC%20Nurses%20>
- Popek, S., Grant, M., Gemmill, R., Wendel, C. S., Mohler, M. J., Rawl, S. M., Krouse, R. S. (2010). Overcoming challenges: Life with an ostomy. *The American Journal of Surgery*, 200(5), 640-645. Recuperado de <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0002961010004526>
- Recalla, S., English, K., Nazarali, R., Mayo, S., Miller, D., & Gray, M. (2013). Ostomy care and management: A systematic review. *Journal of Wound, Ostomy and Continence Nursing*, 40(5), 489-500. Recuperado de http://www.nursingcenter.com/nc/ce_articleprint?an=00152192-201309000-00009
- Santos, V. L. (2005). Representações do corpo e a ostomia. Estigma. In V. L. Santos & I. U. R. Cesaretti (Eds.), *Assistência em estomaterapia: Cuidando do ostomizado* (pp. 89-102). São Paulo, Brasil: Atheneu.
- Simmons, K., Smith, J., & Maekawa, A. (2009). Development and psychometric evaluation of the ostomy adjustment inventory-23. *Journal of Wound, Ostomy and Continence Nursing*, 36(1), 69-76. Recuperado de <http://www.researchgate.net/publication/23677283>
- Sousa, C. F., Brito, D. C., & Castelo Branco, M. Z. P. (2012). Depois da colostomia... vivências das pessoas portadoras. *Enfermagem em Foco*, 3(1), 12-15.
- Sun, V., Grant, M., McMullen, C. K., Altschuler, A. M., Mohler, J. H., Mark C., & Krouse, R. S. (2013). Surviving colorectal cancer long-term, persistent ostomy-specific concerns and adaptations. *Journal Wound Ostomy Continence Nursing*, 40(1), 61-72. Recuperado de <http://pubmedcentralcanada.ca/pmc/articles/PMC3536890/>