

Validación de un instrumento para evaluación de servicios de atención a la salud de la persona ostomizada¹

Juliano Teixeira Moraes²
Carlos Faria Santos Amaral³
Eline Lima Borges⁴
Mauro Souza Ribeiro⁵
Eliete Albano Azevedo Guimarães²

Objetivos: desarrollar y validar una matriz de análisis y juzgamiento para la evaluación de Servicios de Atención a la Salud de la Persona Ostomizada. **Método:** estudio seccional en 28 unidades de salud del estado de Minas Gerais. Fue realizado un análisis descriptivo del instrumento y un estudio de sus propiedades psicométricas. Para la validación de contenido y de apariencia fue utilizada la técnica Delphi. El análisis psicométrico fue realizada por medio del estudio de la confiabilidad y validez de las medidas obtenidas con el instrumento. **Resultados:** fue posible construir una matriz de análisis y juzgamiento con 16 componentes (evaluados con puntajes de cero a cinco) agrupados de acuerdo con las dimensiones estructura y proceso considerados fundamentales para la evaluación del servicio. Los resultados alcanzados para la confiabilidad para estructura y proceso, por medio del Coeficiente Alfa de Cronbach ($\alpha = 0,771$ y $\alpha = 0,809$ respectivamente), y validez de contenido y de constructo, demostraron buena consistencia interna y satisfactoria validez. El análisis factorial exploratória apuntó el ítem "principal actividad realizada en la unidad" como limitación de la escala. **Conclusión:** el estudio suministra una nueva herramienta para la evaluación de estructura y proceso del Servicio de Atención a la Salud de la Persona Ostomizada.

Descriptores: Estudios de Validación; Evaluación de Programas y Proyectos de Salud; Estomía.

¹ Artículo parte de Tesis de Doctorado "Avaliação dos serviços de atenção à saúde da pessoa ostomizada de Minas Gerais", presentada en la Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, MG, Brasil.





² PhD, Profesor Adjunto, Universidade Federal de São João del-Rei, Divinópolis, MG, Brasil.

³ PhD, Profesor Asociado, Faculdade de Medicina, Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, MG, Brasil.

⁴ PhD, Profesor Adjunto, Escola de Enfermagem, Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, MG, Brasil

⁵ Enfermero, Coordenadoria de Atenção à Saúde das Pessoas com Deficiência, Secretaria de Estado de Saúde, Belo Horizonte, MG, Brasil

Cómo citar este artículo

Moraes JT, Amaral CFS, Borges EL, Ribeiro MS, Guimarães EAA. Validation of an instrument for evaluating health care services to ostomized people. Rev. Latino-Am. Enfermagem. 2016;24:e2825. [Access   ]; Available in: . DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/1518-8345.0748.2825>. mes día año

Introducción

La persona ostomizada es aquella que posee una abertura artificial en un órgano interno en la superficie del cuerpo (ostomía). Esa abertura es creada quirúrgicamente y su denominación depende del órgano que es exteriorizado⁽¹⁾.

Ostomía es un término derivado del griego y por mucho tiempo se utilizaron los términos "ostomia" y "ostomizado". Actualmente, considerando la grafía brasileña y por consenso entre especialistas, fue adoptada la terminología "estomía /estoma" y "estomizado". Los términos *ostomia/ostomizado* todavía son mantenidos solamente cuando se hace referencia a nombres vinculados a publicaciones gubernamentales⁽²⁾.

Desde que fueron establecidas las Directrices Nacionales para la Atención a la Salud de la Persona Ostomizada, los Servicios de Atención a la Salud de la Persona Ostomizada (SASPO) buscan incorporar esa política tratando de crear condiciones y posibilidades para prestar una atención eficiente en un contexto organizado en red.

Esta directriz amplía el cuidado más allá del suministro de dispositivos recolectores y adyuvantes. A pesar de que la distribución de esos materiales también sea esencial para la calidad de la asistencia, los servicios pasen a realizar un conjunto de acciones desarrolladas en la atención primaria y en los servicios especializados de nivel I o II⁽³⁻⁴⁾.

La disposición SAS/MS n. 400 de 16 de noviembre de 2009 establece también que el SASPO debe atender en una estructura dotada de recursos materiales y humanos, de manera a desarrollar actividades de atención individual y en grupo; orientaciones a las familias; planificación cuantitativa y cualitativa de los equipamientos recolectores y adyuvantes de protección y seguridad; orientación y capacitación de los profesionales de la atención básica y hospitalarias para el establecimiento de flujos de referencia y contra referencia⁽³⁾.

A pesar del establecimiento de estas directrices, se desconoce en la literatura instrumentos validados que puedan medir la organización de los SASPOS en las dimensiones de estructura y de procesos de atención. Instrumentos de este tipo posibilitan evaluar esos servicios y a partir de allí subsidiar el proceso de la toma de decisiones de administradores para mejorar la asistencia y reorganizar los servicios.

Se sabe que la evaluación de servicios por medio de la adopción de instrumentos con potencial para el reconocimiento de las necesidades puede contribuir también para la reorganización de las prácticas de salud, con la finalidad de que sean mejor operacionalizadas⁽⁵⁾. Esa evaluación, cuando realizada por medio de

indicadores, permite además definir medidas cuantitativas de variables, características o atributos del proceso o del sistema⁽⁶⁾.

La construcción de indicadores para evaluar los SASPO, partió de la necesidad de analizar críticamente por medio de datos numéricos el grado de implantación de la disposición, que se constituyó objeto de estudio de este trabajo.

Este estudio tuvo como objetivo describir los criterios de construcción, validación de contenido, de apariencia y de constructo de un instrumento de evaluación de estructura y proceso de Servicios de Atención a la Salud de la Persona Ostomizada.

Hasta este momento, no se conoce en la literatura brasileña la existencia de algún instrumento que evalúe el SASPO y, de esa forma, la construcción y la validación de una herramienta podrán contribuir para evaluar la organización de esos Servicios y la calidad de la atención.

Método

Fue realizado un estudio seccional, metodológico de desarrollo y validación de instrumentos de evaluación del SASPO, entre julio de 2011 y abril de 2012, en el estado de Minas Gerais, Brasil.

El estudio fue desarrollado después de la autorización de la Coordinación de la Atención a la Salud de la Persona con Deficiencia (CASPD) de la Secretaría de Estado de Salud de Minas Gerais (SES-MG) que concedió acceso a los documentos y a los servicios de salud, y la aprobación por el Comité de Ética en Investigación de la Universidad Federal de Minas Gerais, a través de la disposición n° 35643/2012.

Fueron contactadas todas las 28 unidades de SASPO, implantadas en el Estado en el año de 2011, así distribuidas: tres unidades en la macrorregión Centro; tres en la Centro-Sur; una en la Jequitinhonha; dos en el Este; dos en el Este del Sur; dos en el Noreste; una en el Noroeste; tres en el Norte; tres en el Sureste; cinco en el Sur; dos en el Triangulo del Norte y una en el Triangulo del Sur. Hasta el año de 2012 la región Oeste de Minas no constaba con servicio de atención al estomizado y remitía sus pacientes para la región Central.

Fueron incluidas en el estudio las unidades prestadoras de asistencia a la salud del estomizado que atendían pacientes estomizados vinculados al área de influencia de la respectiva Gerencia/Superintendencia Regional de la Salud (GRS/SRS) y los municipios que aceptaron participar del estudio y respondieron los cuestionarios.

Las variables estudiadas fueron descompuestas según la estructura, que se refiere al tipo de servicio, existencia de atención al estomizado, número de

equipamientos disponibles para uso, número de profesionales (médicos, enfermeros, asistentes sociales, nutricionistas, psicólogos, técnicos de enfermería, agentes administrativos) y existencia de núcleo de distribución de bolsas recolectoras. Las variables relacionadas a los procesos comprendieron la organización, registro y actualización de los datos de los pacientes atendidos en el servicio, compra y suministro de dispositivos, actividades de asistencia clínica y de orientación y capacitación de los profesionales, atenciones (individual, en grupo y a familias), además de criterios de suministro de bolsas recolectoras y la forma de registro de las complicaciones observadas.

La investigación consistió de dos etapas. En la primera, organizada por el investigador, fueron elaborados dos cuestionarios con el propósito de recolectar datos referentes a la estructura y proceso de los SASPO, en MG, posibilitando un análisis de diagnóstico de los servicios⁽⁷⁾. La segunda etapa consistió en la elaboración de la matriz de análisis y juzgamiento que posibilitó la definición de los indicadores.

Las matrices de análisis y juzgamiento son utilizadas como forma de expresar la lógica causal de una intervención en parte y en el todo, traduciendo como sus componentes contribuyen en la producción de los efectos, favoreciendo la síntesis en forma de juicios de valor⁽⁸⁾.

Después de la construcción de la primera versión del instrumento que originó la matriz de análisis y juzgamiento, fue sometido a la validación de contenido y de apariencia, cuyos procesos serán descritos a seguir.

Para la validación de contenido y de apariencia fue utilizada la técnica Delphi⁽⁹⁻¹⁰⁾. La utilización de esta técnica permite que profesionales con experiencias diversificadas, peritos en determinado tema, puedan colaborar para la construcción de consensos de opiniones sobre el asunto estudiado, favoreciendo la discusión de aspectos relevantes⁽¹¹⁾.

Este método es especialmente recomendable en situaciones de carencia de datos históricos o cuando se pretende estimular la creación de nuevas ideas, tornándose de gran utilidad para la realización de análisis cualitativos que permiten la previsión a través de la busca de un consenso de opiniones de un grupo de especialistas⁽¹¹⁾.

Para evaluar la validez de constructo de la escala fue realizado un análisis descriptivo de todos los ítems. El coeficiente Alfa de Cronbach fue utilizado para evaluar la consistencia interna de los ítems nas escalas propuestas y después, se procedió al análisis factorial exploratoria con estimación de los índices "Test KMO" y "Test de Bartlett o esfericidad". También fue evaluado el porcentaje total de variancia explicada por el modelo, además de los

autovalores y *scree-plot* para definición del número de factores a ser considerado. La matriz factorial fue hecha utilizando la rotación Varimax y fueron excluidos los ítems con carga factorial menor que 0,40 o con carga elevada en dos factores simultáneamente⁽¹²⁾.

El Test KMO (Kaiser-Meyer-Olkin) es una estadística que indica la proporción de la variancia de los datos que puede ser considerada común a todas las variables, o sea, que puede ser atribuida a un factor común. Por tanto, cuanto más próximo de 1 (unidad) mejor es el resultado, o sea, más adecuada es la muestra para la aplicación del análisis factorial. Valores altos (entre 0,5 y 1,0) indican que el análisis factorial es apropiado; los valores bajos (por abajo de 0,5) indican que el análisis factorial puede ser inadecuado⁽¹⁵⁾.

Por último, el test de Bartlett también fue realizado para comprobar si las muestras tuvieron variancias homogéneas. Cuando el *p*-valor del test es mayor que el nivel de significancia escogido de 5%, no se rechaza la hipótesis de igualdad de las variancias⁽¹²⁾.

Por medio de este análisis, se buscó desarrollar un modelo cuyos factores contemplasen buenas características, tanto de consistencia interna (con valores de Alfa de Cronbach > 0,70)⁽¹³⁾, cuanto de validez (con buenas propiedades en el análisis factorial)⁽¹³⁾. Por eso, fueron comprobados diversos modelos, con diferentes números de factores e ítems, con la finalidad de tornar el modelo factorial más adecuado y por eso, se optó por excluir algunos ítems de la escala original.

Después de la definición del modelo final, por el análisis factorial, el coeficiente Alfa de Cronbach fue nuevamente calculado para evaluar la consistencia interna final de los factores creados.

También fue evaluada la correlación entre cada ítem que componía un determinado factor de la escala con su puntaje global. En todos los análisis se consideró un nivel de 5% de significancia. Fueron utilizados los *softwares Statistical Package for the Social Sciences* (SPSS) versión 15.0 y R versión 2.14.0.

La estandarización de los puntajes de evaluación de los SASPO fue establecida en una puntuación de 80 puntos distribuidos entre las dimensiones estructura (30 puntos) y proceso (50 puntos). La estructura fue analizada en dos factores: estructura física (15 puntos) y recursos profesionales (15 puntos). La puntuación referente al proceso fue distribuida entre las actividades de atención a la salud individual de la persona ostomizada (30 puntos) y atención ampliada (20 puntos), que corresponden a las actividades del SASPO I y II respectivamente.

Para la construcción del Grado de Implantación (GI), inicialmente fueron determinados los valores observados (Σ de los puntos de los indicadores) y calculado el

GI, en términos de porcentajes (Σ observados / Σ de las puntuaciones máximas x 100). A partir de esos porcentajes, fueron definidas las categorías para la clasificación de los SASPO, adoptándose los criterios: estructura y proceso con implantación plena, cuando la puntuación obtenida en comparación a los parámetros definidos para cada cuestión alcanzó porcentajes que variaron de 80,0% a 100,0%; implantación satisfactoria (60,0% a 79,9%); implantación incipiente (40,0% a 59,9%) y no implantado (abajo de 40,0%).

Resultados

Del total de las unidades de salud elegibles, 26 (93%) retornaron los cuestionarios evaluativos de estructura y 20 (71%) retornaron los cuestionarios evaluativos de proceso, en momentos diferentes. Cuando asociados, se verificó que 19 (68%) unidades tuvieron su estructura y proceso evaluados. Un municipio se recusó a participar y no respondió los cuestionarios y 08 (29%) participaron parcialmente de la investigación.

Estas unidades de salud eran en 40% SASPO del tipo II, 8% del tipo I y 52% no pudieron ser clasificados por no poseer el cuadro mínimo de profesionales exigidos para cada nivel.

En esta etapa del estudio, el consenso de las dimensiones distribuidas en la matriz de análisis y juzgamiento fue definido por un grupo constituido por seis personas, siendo un profesional enfermero experto en estomaterapia en el atención a la persona ostomizada vinculado al SASPO, dos profesionales estomaterapeutas vinculados a la enseñanza e investigación en personas ostomizadas, dos profesionales administradores de la salud vinculados a la SES-MG, siendo uno de ellos también enfermero estomaterapeuta y un usuario del servicio miembro de la Asociación *Mineira* de Ostomizados (AMOS).

En la estrategia de validación de contenido y apariencia por medio de la técnica de Delphi, fueron efectuadas las siguientes fases: selección y contacto con los participantes; construcción de la primera versión de la matriz de análisis y juzgamiento y sus indicadores de evaluativos; tres vueltas de discusión hasta la obtención de consensos que permitirán la definición de un modelo de organización para la construcción de la matriz de análisis y juzgamiento; y el informe final con los indicadores estimados para las respuestas organizadas en la matriz de análisis y juzgamiento (Figura 1). Entre una vuelta y otra de discusión presencial, los datos fueron tabulados y analizados en su consistencia interna, por medio del coeficiente de Alfa de Cronbach.

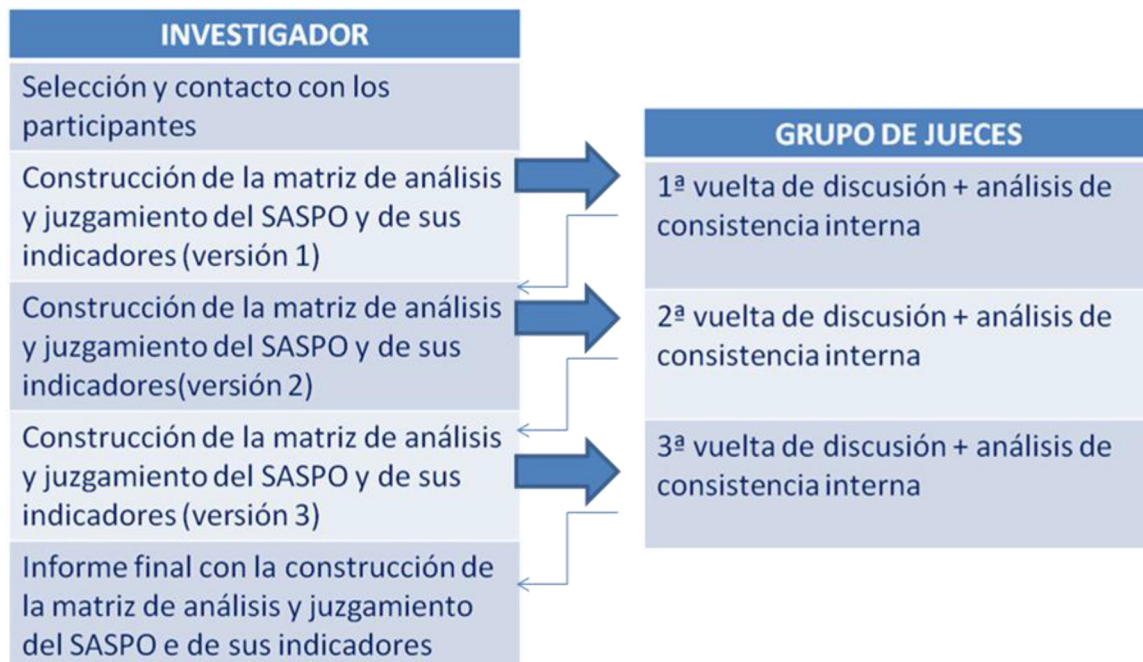


Figura 1 - Estrategia de la Técnica Delphi propuesta para este estudio

La versión preliminar de la Matriz de Análisis y Juzgamiento de Evaluación de SASPO se constituyó de la siguiente forma: estructura con seis ítems y proceso con diez ítems. A cada propuesta de cambio

de la matriz por los jueces, todas las sugerencias eran consideradas y las respuestas fueron tratadas y analizadas cuantitativamente.

Después de 03 vueltas de discusión, el grupo de jueces estableció la Matriz de Análisis y Juzgamiento para Servicios de Atención a la Salud de la Persona Ostomizada (SASPO)*. La matriz presentó un conjunto de 16 componentes agrupados de acuerdo con las dimensiones "estructura" y "proceso", considerados fundamentales para la evaluación del servicio y dispuestos en escala puntuada de cero a cinco.

La dimensión "evaluación de estructura" comprendió los componentes que se refieren a los recursos físicos y materiales (estructura física, equipamientos materiales básicos para consultorios clínicos, y equipamientos materiales - sala de inscripción/registro/suministro) y recursos humanos (médicos, equipo de enfermería y otros profesionales). Considerando la dimensión "evaluación de proceso" fue constituida por los componentes gestión del servicio (organización de la demanda y de atención, registro y actualización de datos de los pacientes atendidos en el servicio y administración de los equipamientos recolectores y adyuvantes de protección y seguridad) y asistencia (orientación y capacitación de la atención básica o de otros servicios, capacitación en las unidades hospitalarias y de los equipos de salud, programación con el paciente de la periodicidad para entrega de los equipamientos, atención individual, atención en grupo, atención a las familias, y principal actividad realizada en la unidad).

La definición por medio de un sistema de puntajes, con pesos diferenciados para cada indicador, se hizo según el nivel de importancia atribuido. Los ítems más valorizados (valor máximo - 5 puntos) fueron los considerados esenciales para la implantación del SASPO. En el caso de la estructura, se consideraron la existencia de baño adaptado, consultorio clínico, sala de reuniones, sala de almacenamiento, sala de inscripción y suministro; consultorios equipados con hamaca revestida con impermeable, escala de dos peldaños, balanza antropométrica, balde para basura con tapa, lavatorio para lavado de manos, mesita, sillas y espejo con dimensiones de 120 x 50 cm; sala de inscripción/registro/suministro equipada con mesa de oficina y sillas, teléfono, computador, internet, impresora, armarios, ficheros o archivo y recipiente de basura; presencia de médico proctólogo o urólogo, enfermero especialista (estomaterapeuta) y asistente social, nutricionista, psicólogo y asistente administrativo.

El análisis estadístico confirmó que la escala de estructura tuvo buena consistencia interna ($\alpha = 0,771$), en que los resultados del análisis factorial (Tabla 1) consideran un modelo con 2 factores y un total de 6 ítems en la escala. Se destaca que el modelo propuesto por el análisis factorial presentó buen ajuste de acuerdo con las estadísticas evaluadas ($KMO=0,562$, test de Bartlett $<0,001$) y porcentaje de variancia explicada por el modelo de 64,82%.

Tabla 1 - Análisis factorial de la escala de evaluación de la estructura de los servicios de atención a la salud de la persona ostomizada en Belo Horizonte, MG, Brasil 2011

Evaluación de Estructura	Factor 1: Recursos físicos y Materiales	Factor 2: Recursos Humanos
Estructura física	0,791	
Equipamientos materiales - Consultorios Clínicos	0,816	
Equipamientos materiales - Sala de inscripción/registro/suministro	0,669	
Recursos Humanos - Médicos		0,703
Recursos Humanos - Equipo de Enfermería		0,776
Recursos Humanos - otros profesionales		0,807

Puntaje total Alfa = 0,771 / IC 95%=[0,609; 0,881]; KMO=0,562 Valor-p Teste de Bartlett $<0,001$; Porcentaje de la variancia explicada por el modelo=64,82%

La escala de proceso (Tabla 2) también obtuvo buena consistencia interna (α Cronbach = 0,809). Los resultados del análisis factorial consideraron también un modelo con 2 factores y un total de 10 ítems en la escala. El ítem "Principal actividad realizada en la unidad" presentó una carga factorial menor que 0,40 y por eso no fue incluido en los dos factores analizados,

apenas en la escala global. El modelo propuesto por el análisis factorial también presentó buen ajuste, demostrando $KMO=0,605$, test de Bartlett=0,022 y porcentaje de la variancia=55,77%. Así, el análisis de los datos resultante del análisis factorial tuvo buena consistencia interna, cuando se evaluó la escala global (α Cronbach = 0,813).

*Moraes JT. Avaliação dos serviços de atenção à saúde do estomizado em Minas Gerais [tese de doutorado]. Belo Horizonte (MG): Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Minas Gerais; 2014. 130 p.

Tabla 2 - Análisis factorial de la escala de evaluación de proceso de los servicios de atención a la salud de la persona ostomizada en Belo Horizonte, MG, Brasil, 2011

Evaluación del proceso	Factor 1: Gestión del Servicio	Factor 2: Asistencia
Organización de la demanda y de la atención	0,801	
Registro y actualización de datos de los pacientes atendidos en el servicio	0,724	
Administración de los equipamientos recolectores y adyuvantes de protección y seguridad	0,684	
Orientación y capacitación de los profesionales de la atención básica		0,865
Capacitación en las unidades hospitalarias y equipos de salud en lo que se refiere a la asistencia		0,586
Programación con el paciente de la periodicidad para entrega de los equipamientos		0,745
Atención Individual		0,417
Atención en grupo		0,663
Atención a las familias		0,545
Principal actividad realizada en la Unidad	-	-

Score total Alfa = 0,809 / IC 95%=[0,655; 0,913]; KMO=0,605 Valor-p Teste de Bartlett=0,022; Porcentaje de la variancia explicada por el modelo=55,77%

Discusión

Los resultados obtenidos en el estudio de validez de conteúdo y de confiabilidad del instrumento de medida para la evaluación de los SASPO indicaron propiedades psicométricas satisfactorias para su utilización como herramienta de planificación y gestión de la salud.

La utilización de la técnica de Delphi posibilitó, por tanto, un consenso sobre los ítems que deberían componer la matriz de análisis y juzgamiento, de la misma manera que la definición de cada puntaje representó una consolidación del juzgamiento intuitivo basado en el uso estructurado del conocimiento, de la experiencia y de la creatividad de un panel de especialistas, esto presuponiendo que el juzgamiento colectivo, cuando organizado adecuadamente, es mejor que la opinión de solamente un individuo^(9,16).

Se destaca que la Técnica de Delphi señala tendencias de estos indicadores, y por tanto no indican una certeza absoluta sobre los resultados de una acción o de un proceso; así se considera que su función es ser un señalizador⁽¹⁷⁾.

Sin embargo, los indicadores de este estudio permitieron cuantificar y detallar si los objetivos de la propuesta estaban siendo bien conducidos. Estos parámetros constituyeron un importante dispositivo para medición, ya que establecieron parámetros de evaluación, siendo importantes instrumentos de gestión, los que permiten la monitorización de situaciones que deben ser cambiadas, incentivadas o potencializadas, desde el inicio de una intervención hasta el alcance de lo que fue pretendido y previsto como resultado⁽¹⁷⁾.

El análisis factorial posibilitó explicar la correlación o covariancia entre las variables, así fue posible reducir una gran cantidad de variables observadas en un número menor de factores⁽¹²⁾.

La confiabilidad calculada para la escala global a partir del coeficiente Alfa de Cronbach ($\alpha = 0,813$) para el instrumento compuesto por 16 componentes excedió a los valores propuestos como criterio para estudios de naturaleza exploratoria⁽¹³⁻¹⁴⁾.

El porcentaje de variancia explicada para las dos escalas demostró también un buen ajuste en el análisis multivariado de datos (64,82 y 55,77%). Cuanto mayor es el porcentaje de variancia que el modelo propuesto consigue explicar, más válido el modelo parece ser⁽¹⁴⁾.

Como limitación del estudio, el ítem "Principal actividad realizada en la unidad" presentó una carga factorial menor que 0,40, no obstante, se optó por mantenerlo en la escala global, una vez que ese resultado no presentó relación directa con el cruzamiento de los resultados. La escala permitió evaluar servicios que prestan asistencia al estomizado de forma general, ya que contempla indicadores de estructura y procesos específicos.

Conclusión

Fue posible validar una matriz de análisis y juzgamiento del SASPO. Los ítems referentes a los 16 componentes propuestos para la evaluación poseen validez de conteúdo y confiabilidad suficientes para su aplicación en otros estudios sobre la asistencia a personas ostomizadas en Brasil.

Los resultados alcanzados permiten disponer de un instrumento de medida del grado de implantación de la estructura y del proceso de los Servicios de Atención a la Salud de la Persona Ostomizada.

Este instrumento podrá constituirse en una herramienta de evaluación y acreditación, convirtiéndose en uno de los mecanismos para responder a las necesidades de planificación y toma de decisiones de los administradores.

Referencias

1. Cunha RR, Backes VMS, Heidemann ITSB. Desvelamento crítico da pessoa estomizada: em ação o programa de educação permanente em saúde. *Acta Paul Enferm*. [Internet]. 2012 [Acesso 5 ago 2016];25(2):296-301. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-21002012000200022&lng=en&nrm=iso <http://dx.doi.org/10.1590/S0103-21002012000200022>. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/S0103-21002012000200022>
2. Lenza NFB. Programa de ostomizados: o significado para ostomizados intestinais e familiares [Internet]. [dissertação]. Ribeirão Preto (SP): Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo; 2011. [Acesso 5 ago 2016]. 134 p. Disponível em: <http://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/22/22132/td-31102011-092509/en.php>
3. Portaria n. 400 de 16 de novembro de 2009 (BR). Estabelece as Diretrizes Nacionais para a Atenção à Saúde das Pessoas Ostomizadas no âmbito do Sistema Único de Saúde – SUS, a serem observadas em todas as unidades federadas, respeitadas as competências das três esferas da gestão. *Diário Oficial da União*. [Internet]. 18 nov 2009. [Acesso 10 jan 2014]. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/sas/2009/prt0400_16_11_2009.html.
4. Resolução n. 1249 de 20 de julho de 2007 (MG). Define critérios, normas operacionais e procedimentos para Assistência a Portadores de Derivação Intestinal ou Urinária no SIA/SUS/MG e no SIH/SUS/MG. [Internet]. 20 jul. 2007. [Acesso 10 dez 2013]. Disponível em: http://www.saude.mg.gov.br/atos_normativos/resolucoes/2007/resolucao1249.pdf.
5. Hino P, Ciosak SI, Fonseca RMGS, Egry EY. Necessidades em saúde e atenção básica: validação de instrumentos de captação. *Rev Esc Enferm USP*. [Internet]. 2009 [Acesso 5 ago 2016];43(Esp 2):1156-67. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-62342009000600003&lng=en&nrm=iso. <http://dx.doi.org/10.1590/S0080-62342009000600003>.
6. Silva CPR, Lacerda RA. Validação de proposta de avaliação de programas de controle de infecção hospitalar. *Rev Saúde Pública*. [Internet]. 2011 [Acesso 4 ago 2016];45(1):121-8. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89102011000100014&lng=en&nrm=iso. <http://dx.doi.org/10.1590/S0034-891020110005000052>.
7. Moraes JT, Amaral CFS, Borges EL, Ribeiro MS, Guimarães EAA. Serviços de atenção ao estomizado: análise diagnóstica no Estado de Minas Gerais, Brasil. *Cad Saúde Coletiva*. [Internet]. 2014 [Acesso 5 ago 2016];22(1):101-8. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-462X2014000100101&lng=en&nrm=iso. <http://dx.doi.org/10.1590/1414-462X201400010015>.
8. Samico I, Felisberto E, Figueiró AC, Frias PG. Avaliação em saúde: bases conceituais e operacionais. Rio de Janeiro: Medbook; 2010. 196 p.
9. Wright JTC, Giovinazzo RAD. Delphi: uma ferramenta de apoio ao planejamento prospectivo. *Cad Pesqui Adm*. [Internet]. 2000 [Acesso 4 ago 2016];1(12):54-65. Disponível em: <http://regeusp.com.br/arquivos/C12-art05.pdf>
10. Dalkey NC. The Delphi method: an experimental study of group opinion. Santa Monica (CA): Rand Corporation; 1969.
11. Scarparo AF, Laus AM, Azevedo ALCS, Freitas MRI, Gabriel CS, Chaves LDP. Reflexões sobre a técnica delphi em pesquisa na enfermagem. *Rev Rene*. [Internet]. 2012. [Acesso 10 jan 2014];13(1):242-51. Disponível em: <http://www.revistarene.ufc.br/revista/index.php/revista/article/view/36/31>.
12. Mingoti SA. Análise de dados através de métodos de estatística multivariada: uma abordagem aplicada. Belo Horizonte: UFMG; 2005. 297 p.
13. Tavakol M, Dennick R. Making sense of Cronbach's alpha. *Int J Med Educ*. [Internet]. 2011 [Acesso 10 jan 2014];2:53-55. Disponível em: <http://www.ijme.net/archive/2/cronbachs-alpha.pdf>.
14. Lorenzo-Seva U. How to report the percentage of explained common variance in exploratory factor analysis [Internet]. Technical Report. Tarragona: Department of Psychology, Universitat Rovira i Virgili; 2013 [Acesso 10 jan 2014]. Disponível em: <http://psico.fcep.urv.cat/utilitats/factor/>
15. Cerny CA, Kaiser HF. A study of a measure of sampling adequacy for factor-analytic correlation matrices. *Multivariate Behav Res*. [Internet]. 1977 [Acesso 3 jan 2015];12(1):43-7. Disponível em: http://www.tandfonline.com/doi/abs/10.1207/s15327906mbr1201_3?journalCode=hmb20
16. Munaretto LF, Corrêa HL, Cunha JAC. Um estudo sobre as características do método Delphi e de grupo

focal como técnicas na obtenção de dados em pesquisas exploratórias. Rev Adm UFSM. [Internet]. 2013. [Acesso 10 jan 2014];6(1):9-24. Disponível em: <http://cascavel.ufsm.br/revistas/ojs-2.2.2/index.php/reaufsm/article/view/6243>.

17. Minayo MCS. Construção de indicadores qualitativos para avaliação de mudanças. Rev Bras Educ Méd. [Internet]. 2009 [Acesso 10 jan 2014];33(Supl 1):83-91. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0100-55022009000500009&lng=en&nrm=iso. <http://dx.doi.org/10.1590/S0100-55022009000500009>.

Recibido: 30.4.2015

Aceptado: 28.7.2016

Correspondencia:

Juliano Teixeira Moraes

Universidade Federal de São João Del-Rei, Campus Centro Oeste
Av. Sebastião Gonçalves Coelho, 400

Bairro: Chanadour

CEP: 35501-296, Divinópolis, MG, Brasil

E-mail: julianotmoraes@ufsj.edu.br

Copyright © 2016 Revista Latino-Americana de Enfermagem

Este es un artículo de acceso abierto distribuido bajo los términos de la Licencia Creative Commons CC BY.

Esta licencia permite a otros distribuir, mezclar, ajustar y construir a partir de su obra, incluso con fines comerciales, siempre que le sea reconocida la autoría de la creación original. Esta es la licencia más servicial de las ofrecidas. Recomendada para una máxima difusión y utilización de los materiales sujetos a la licencia.