



**Mestrado em Enfermagem na
Área de Especialização em Enfermagem Médico-
Cirúrgica, na Área de Intervenção em Enfermagem à
Pessoa Idosa**

Relatório de Estágio

**Pessoa Idosa com Disfunção da Eliminação Urinária:
Intervenção do Enfermeiro no Autocuidado**

Carla Alexandra Fernandes do Nascimento



**Lisboa
2020**

**Mestrado em Enfermagem na
Área de Especialização em Enfermagem Médico-
Cirúrgica, na Área de Intervenção em Enfermagem à
Pessoa Idosa**
Relatório de Estágio

**Pessoa Idosa com Disfunção da Eliminação Urinária:
Intervenção do Enfermeiro no Autocuidado**

Carla Alexandra Fernandes do Nascimento

Orientador: Professora Doutora Maria Adriana Pereira Henriques

**Lisboa
2020**

AGRADECIMENTOS

À Professora Doutora Adriana Henriques,
pela orientação deste trabalho.

Pelo rigor e exigência científica com que sempre se pautou,
os quais permitiram o meu desenvolvimento profissional.

Às instituições de saúde,
pelo interesse e recursos facultados.

Aos orientadores de estágio,
pela disponibilidade e empenho na minha trajetória.

À Sara, à Florinda, ao Ezequiel,
pela partilha e cooperação.

À Lina e à Márcia,
pela amizade construída e presença constante.

À Marta, pelo seu grandioso coração.
Pela confiança na mãe.

RESUMO

A elevada prevalência de patologia urológica e disfunção da eliminação urinária na pessoa idosa é referida na literatura como uma disfunção associada ao processo de envelhecimento, na qual a abordagem cirúrgica é frequentemente considerada. O enfermeiro tem uma importância significativa na capacitação da pessoa para o autocuidado, o qual é essencial à gestão de uma nova condição de saúde.

Em contexto de cirurgia de ambulatório, a consulta de enfermagem pré-operatória adquire uma elevada relevância, sobretudo na pessoa idosa. Porém, a mesma não existe em todas as instituições de saúde o que fundamentou este projeto de intervenção: a criação de uma consulta de enfermagem pré-operatória à pessoa idosa submetida a cirurgia de ambulatório de urologia, visando desenvolver conhecimento no cuidado centrado à pessoa idosa com disfunção da eliminação urinária e sua família e contribuir para a intervenção educativa do enfermeiro na promoção do autocuidado da eliminação urinária na pessoa idosa e família.

Contextualizada no paradigma holístico e centrado na pessoa, esta consulta de enfermagem assentou nos pressupostos de uma relação de confiança e num compromisso, visando primordialmente a ativação da pessoa idosa para o autocuidado.

Através da metodologia de trabalho de projeto, a consulta de enfermagem possibilitou: avaliação global da pessoa idosa; acesso e compreensão da informação; gestão do risco; educação, aconselhamento e promoção de boas práticas; qualidade de vida e bem-estar; satisfação com os cuidados de saúde.

O percurso realizado permitiu o desenvolvimento de competências de mestre e especializadas de enfermagem no cuidado à pessoa idosa e família com disfunção da eliminação urinária.

Palavras-chave: pessoa idosa, intervenção educativa do enfermeiro, autocuidado, consulta pré-operatória de enfermagem

ABSTRACT

A high prevalence of urological pathology and urinary voiding dysfunction in the elderly is cited in the published literature as one of the dysfunctions associated with the aging process, for which surgical treatment is frequently considered. The nursing team can have a significant impact in empowering the patients with the ability to self-care, which is an essential step in the management of a newly health condition.

In the context of day case surgery, and even more so for the elderly patients, the preoperative nursing review is highly relevant. However, not all healthcare providers have implemented this service, and this was the stepping stone to our intervention project: the creation a preoperative nurse clinic for elderly patients who underwent urology outpatient surgical procedures. The aim of our project was to expand the knowledge in the field of the care of elderly patients with urinary voiding dysfunction and their families, and to streamline the educational intervention of nurses in promoting self-care in this population.

With an holistic approach centered on the person, this nursing consultation was based on a relationship of presumed trust and on a commitment, aiming primarily at the activation of the elderly person for self-care.

Through our project work methods, the nursing consultation enabled: a global assessment of the elderly person; a provision of access to information and understanding; risk management; education, counseling and promotion of best practices; a focus in quality of life and well-being; a global satisfaction with health care.

The path taken led to the development of master and specialised nursing skills in caring for the elderly and their families with urinary voiding dysfunction.

Keywords: elderly person, nurse's educational intervention, self-care, preoperative nurse clinic

LISTA DE SIGLAS

CA – Cirurgia de Ambulatório

CE – Consulta de Enfermagem

DGS – Direção-Geral da Saúde

IU – Incontinência Urinária

OE – Ordem dos Enfermeiros

OMS – Organização Mundial de Saúde

SNS – Serviço Nacional de Saúde

UCA – Unidade de Cirurgia de Ambulatório

ÍNDICE

pág.

INTRODUÇÃO	9
1. ENQUADRAMENTO TEÓRICO	12
1.1. Pessoa Idosa com disfunção da eliminação urinária: a incontinência urinária.....	12
1.2. A pessoa idosa em cirurgia de ambulatório	16
1.3. Referencial conceptual de enfermagem	18
2. PERCURSO DE ESTÁGIO	22
2.1. Unidade da Próstata, Rim e Vias Urinárias	23
2.1.1. Caracterização do contexto	23
2.1.2. Descrição e análise das atividades realizadas	23
2.2. Unidade de Cirurgia de Ambulatório de Urologia	42
2.2.1. Caracterização do contexto	42
2.2.2. Descrição e análise das atividades realizadas	42
2.3. Dimensões éticas	60
3. DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS	62
CONSIDERAÇÕES FINAIS	64
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	66
ANEXOS	
ANEXO I – Certificado de frequência Curso <i>Statistical Package for the Social Sciences</i> (SPSS)	
ANEXO II – Certificado de presença Palestra Estomaterapia/ostomias: Casos Clínicos	
APÊNDICES	
APÊNDICE I – Sessão de formação na Unidade de Próstata, Rim e Vias Urinárias	
APÊNDICE II – Certificado de comunicação oral nas IIas Jornadas de Enfermagem da Escola Superior de Saúde Egas Moniz	
APÊNDICE III – Certificado de comunicação oral no VII Congresso Internacional Virtual Iberoamericano de Enfermería	
APÊNDICE IV – Questionário diagnóstico de situação na Unidade de Cirurgia de Ambulatório de Urologia	
APÊNDICE V – Sessão de formação na Unidade de Cirurgia de Ambulatório de Urologia	
APÊNDICE VI – Projeto de consulta de enfermagem de acompanhamento ao utente em cirurgia de ambulatório de urologia	

APÊNDICE VII – Guia de orientação da intervenção de enfermagem contacto telefónico pós-operatório

APÊNDICE VIII – Folheto Informativo Guia de Acolhimento do Utente

APÊNDICE IX – Instrução de trabalho Consulta de Enfermagem Pré-operatória

APÊNDICE X – Instrução de trabalho Circuito do Utente em Cirurgia de Ambulatório de Urologia

APÊNDICE XI – Guia de orientação da intervenção de enfermagem contacto telefónico pré-operatório

APÊNDICE XII – Questionários de satisfação do utente

APÊNDICE XIII – Certificado de comunicação oral na Escola Superior de Enfermagem de Lisboa

APÊNDICE XIV – Certificado de comunicação oral nas Ilas Jornadas de Enfermagem da Escola Superior de Saúde Egas Moniz

ÍNDICE DE TABELAS

	pág.
Tabela 1 – Objetivos específicos e atividades realizadas na Unidade da Próstata, Rim e Vias Urinárias.....	24
Tabela 2 – Caracterização da amostra.....	37
Tabela 3 - Níveis de ativação da amostra.....	38
Tabela 4 - Níveis de ativação e habilitações literárias da amostra.....	39
Tabela 5 - Níveis de ativação e tempo de doença atual da amostra.....	40
Tabela 6 - Objetivos específicos e atividades realizadas na Unidade de Cirurgia de Ambulatório de Urologia.....	43

INTRODUÇÃO

A realização do presente Relatório de Estágio surge no âmbito da Unidade Curricular Estágio com Relatório, do 10º Curso de Mestrado em Enfermagem na Área de Especialização em Enfermagem Médico-Cirúrgica, na área de intervenção Enfermagem à Pessoa Idosa, sustentado na melhor evidência científica e na metodologia de projeto.

Ainda que o exercício da prática clínica de enfermagem à pessoa idosa não seja a minha atividade profissional atual, a constante e incessante necessidade de querer aprender e consolidar conhecimento nesta área em expansão, e com a qual me confronto diariamente a nível pessoal, encerrou a motivação major de realização deste Curso de Mestrado. O desenvolvimento da perícia na prestação de cuidados de enfermagem, com base no Modelo de Aquisição de Perícia de Dreyfus (Dreyfus & Dreyfus, 1980) adaptado por Benner (2001), reforça a importância da experiência prática evolutiva que propicia uma progressão sustentada e diferenciadora do exercício profissional. Deste modo, e doravante, o presente documento divulga todo um percurso de trabalho que teve início no semestre curricular anterior e que terminou, com a sua execução e operacionalização em serviços de saúde, no terceiro semestre.

Devido à evolução dos cuidados de saúde prestados no último século, temos vindo a assistir gradualmente a um aumento da esperança média de vida (Rodrigues, 2018). Consequentemente, assiste-se a um acentuado envelhecimento da população com uma elevada prevalência de múltiplas morbilidades crónicas associadas o que, naturalmente, exerce um forte impacto na sociedade como um todo e exige adaptações e respostas em diversos níveis. As políticas de saúde colocam o enfoque na responsabilização dos cidadãos e nas famílias para cuidarem de si, no sentido de serem capazes de gerir com mais eficácia os processos de saúde-doença (Direção-Geral da Saúde [DGS], 2015b). Contudo, quando a condição humana ou o ambiente envolvente se alteram, a capacidade individual de autocuidado pode ficar comprometida (Queirós, Vidinha, & Filho, 2014), assumindo o enfermeiro uma responsabilidade acrescida enquanto agente de bem-estar e saúde da pessoa idosa e família.

Entre as alterações decorrentes do processo de envelhecimento, a literatura revela existir uma elevada prevalência de patologia urológica na pessoa idosa (Gaspar, Dias, & Lopes, 2017; Serviço Nacional de Saúde [SNS], 2017; Mota et al., 2014), como é o caso de neoplasias da próstata, bexiga, rim e pênis, hiperplasia benigna da próstata com ou sem retenção urinária, bexiga hiperativa e incontinência urinária. Atenta às disfunções da eliminação urinária daqui resultantes, o estímulo à adaptação da pessoa idosa e à sua capacidade de autocuidado é fundamental, constituindo-se este um campo diferenciador da intervenção do enfermeiro. No amplo espectro de possibilidades, dirigi o meu investimento teórico ao fenómeno da Incontinência Urinária (IU), entendido como a disfunção urológica mais comum na pessoa idosa (Mota et al., 2014), uma síndrome geriátrica (Fulmer, 2019), onde a intervenção cirúrgica está quase sempre presente; como fator precipitante ou como abordagem de tratamento.

Nesta matriz, encetei um percurso de aprendizagem e de desenvolvimento de competências através do Projeto de Intervenção “Pessoa idosa com disfunção da eliminação urinária: intervenção do enfermeiro no autocuidado”, materializado em dois contextos clínicos. O estágio teve início numa Unidade da Próstata, Rim e Vias Urinárias, onde a valência da consulta de enfermagem é extremamente representativa, seguindo-se uma Unidade de Cirurgia de Ambulatório de Urologia, com a intenção de trabalhar aprofundadamente uma consulta de enfermagem pré-operatória.

Com a finalidade de desenvolver competências de mestre e enfermeira especializada no cuidado à pessoa idosa, delineei como objetivos gerais de estágio:

- Desenvolver conhecimento no cuidado centrado à pessoa idosa com disfunção da eliminação urinária e sua família.
- Contribuir para a intervenção educativa do enfermeiro na promoção do autocuidado da eliminação urinária na pessoa idosa e família.

Como objetivos específicos, foram definidos os seguintes:

- Prestar cuidados de enfermagem à pessoa idosa com disfunção da eliminação urinária e sua família.
- Identificar níveis de ativação da pessoa idosa com disfunção da eliminação urinária em consulta de enfermagem.

- Colaborar na estruturação de uma consulta de enfermagem pré-operatória numa unidade de cirurgia de ambulatório de urologia.

A minha ação em estágio alicerçou-se na Teoria do Autocuidado de Dorothea Orem (2001), uma vez que em situação de déficit de autocuidado emerge a necessidade de uma intervenção terapêutica, como sendo a intervenção educativa do enfermeiro. Vários estudos revelam que esta intervenção aumenta a capacidade de autocuidado da pessoa (Carretas & Fonseca; 2017; Monteiro, 2018; Santos, Ramos, & Fonseca, 2017). O referencial teórico foi sobejamente complementado pelo Modelo Centrado na Pessoa (McCormack & McCance, 2006) e pela estrutura do Cuidado Fundamental (Kitson, 2018), potenciando a capacidade intrínseca da pessoa idosa atender às suas necessidades de cuidados fundamentais, neste caso, eliminação urinária.

Após este momento de Introdução, na sua estrutura o documento contempla três capítulos. O primeiro, integra um breve enquadramento teórico e referencial conceptual de enfermagem. O segundo capítulo reflete o percurso de estágio realizado sendo que o terceiro, aprecia as principais competências desenvolvidas. A terminar, as considerações finais e as referências bibliográficas.

O documento foi redigido segundo a norma da American Psychological Association (APA, 6th ed).

1. ENQUADRAMENTO TEÓRICO

Este capítulo engloba uma breve contextualização teórica sobre o fenómeno da IU na pessoa idosa, a pessoa idosa em cirurgia de ambulatório e o referencial conceptual de enfermagem norteador do percurso de estágio.

1.1. Pessoa Idosa com disfunção da eliminação urinária: a incontinência urinária

A IU é uma entidade comum na população idosa uma vez que o processo de envelhecimento está associado a várias disfunções no trato urinário inferior. Um dos órgãos mais importantes sujeito a doenças relacionadas com a idade é o sistema geniturinário. A capacidade de armazenamento da bexiga, a contratilidade e a capacidade de retardar a micção, estão geralmente diminuídas nesta faixa etária, o que pode precipitar mais urgência e frequência urinária (Mota et al., 2014).

Embora a idade seja um fator preponderante para a IU, esta não deve ser considerada como uma consequência natural ou inevitável do envelhecimento, como os próprios idosos muitas vezes pensam (Garret & Tomlin, 2015; Gibson & Wagg, 2014; Jung, Kim, & Cho, 2015). Os dados epidemiológicos revelam que uma em cada três pessoas com mais de 65 anos pode manifestar IU (Associação Portuguesa de Urologia, 2014). Em Portugal, estimam-se 600 000 pessoas com IU em que apenas 10% recorre a ajuda clínica (SNS, 2017). Os restantes recorrem à automedicação ou à autoproteção. Os dados epidemiológicos revelam que uma em cada três pessoas com mais de 65 anos pode manifestar IU (Associação Portuguesa de Urologia, 2014).

Atualmente, a IU é definida pela *International Continence Society* (2015) como a queixa de qualquer perda involuntária de urina, impactante na qualidade de vida da pessoa idosa (Carvalho et al., 2014; Faria, Menezes, Rodrigues, Ferreira, & Bolsas, 2014; Kessler et al., 2018; Kwak, Kwon, & Kim, 2015; Silva, Almeida, Aguiar, Neves, & Teles, 2013), limitadora da sua capacidade de autocuidado.

Trata-se de uma condição subdiagnosticada, subtratada e, naturalmente, subcuída. A pessoa idosa pode não procurar cuidados de saúde por vergonha, por medo do tratamento ou pela ideia de que a IU pode precipitar a sua

institucionalização. Por sua vez, os profissionais também nem sempre abordam esta dimensão enquanto uma necessidade fundamental da pessoa, surgindo alguma inércia clínica (Jung et al., 2015).

Existem várias classificações de IU, sendo a IU de esforço, a IU de urgência ou por imperiosidade e a IU mista, os tipos de IU mais frequentemente encontrados na prática clínica (Associação Portuguesa de Urologia, 2014). A IU de esforço corresponde à perda involuntária de urina que ocorre após um aumento de pressão abdominal, enquanto que a IU de urgência consiste na perda involuntária de urina acompanhada ou imediatamente precedida por desejo miccional inadiável. A IU mista define-se pela presença destas duas condições.

A evidência científica aponta um conjunto de fatores de risco à IU na pessoa idosa, designadamente: baixo nível de escolaridade e literacia em saúde (Bolina, Dias, Santos, & Tavares, 2013; Cohn et al., 2018), infeção do trato urinário (Foxman, 2014; Nazarko, 2013), depressão e deficit cognitivo (Furnaletto & Emond, 2016; Kessler et al., 2018; Kwak et al., 2015; Schumpf et al., 2017), risco de quedas e fraturas (Soliman, Meyer, & Baum, 2016), limitações funcionais, limitação de mobilidade ou dependência, comorbilidade e fragilidade (Omli, Hunskaar, Mykletun, Romild, & Kuhry, 2013). Mais acresce que a IU pode ser considerada como um fator de risco de mortalidade, institucionalização e hospitalização (Gibson & Wagg, 2014).

Na mulher, há também associação com fatores obstétricos, cirurgia ginecológica, histerectomia, menopausa e índice de massa corporal elevado (Carvalho et al., 2014). Apesar do grande avanço cirúrgico da atualidade, a prostatectomia radical mantém-se fortemente associada à IU no homem idoso (Radadia et al., 2018).

A IU também pode provocar alterações ao nível da vivência da sexualidade, apesar de a investigação sobre os efeitos da IU na sexualidade da pessoa idosa ser ainda escassa (Garrett & Tomlin, 2015).

Para definir um plano de intervenção adequado à pessoa idosa com IU, é fundamental realizar uma avaliação minuciosa e precisa, de modo a determinar o seu tipo - início, duração, frequência, quantidade das perdas, qualidade de perdas (jato ou gotejo contínuo) - e fatores precipitantes (tosse, espirro, riso, exercício, mudanças de posição). Outros fatores a explorar junto da pessoa são os momentos em que acontecem as perdas: se durante o dia ou no período noturno. Se existe

percepção de plenitude vesical, se consegue atrasar a micção após sentir vontade, se existe gotejamento pós-miccional, sensação de esvaziamento incompleto da bexiga, se existe sintomatologia obstrutiva (hesitação, diminuição ou interrupção do jato, esforço miccional) e sintomatologia de infecção urinária, como sendo, disúria e/ou hematúria (*National Institute for Health and Care Excellence*, 2013).

O aparecimento súbito de IU na pessoa idosa é um sintoma de alerta para a presença de patologias subjacentes, sugerindo a mnemónica DIAPPERS (Jung et al., 2015) como um instrumento útil neste despiste. Especificamente, avalia-se a presença de:

- D- Delírio
- I - Infecção urinária
- A - Vaginite atrófica e uretrite
- P - Farmacológica
- P - Psicológica
- E - Diurese excessiva
- R – Restrição da mobilidade
- S – Obstipação

A história médica revelante da pessoa idosa, medicação habitual, passado cirúrgico, tratamento anterior e a sua eficácia (Rocha & Redol, 2017), são indicadores a complementar. O exame físico inclui a avaliação da mobilidade física (destreza manual, marcha e equilíbrio), a avaliação cognitiva (estado mental, humor, motivação), a observação do abdómen e da região pélvica (Gray & Moore, 2012).

Conhecer e interpretar exames complementares de diagnóstico é importante na avaliação da pessoa com IU. Estes consistem no exame sumário de urina, prova da resposta ao esforço, medição de resíduo pós-miccional por ecografia vesical e estudo urodinâmico (Gray & Moore, 2012). O diário miccional é igualmente essencial para o diagnóstico da condição de IU, fornecendo informação sobre o número de micções, volume, número de perdas e episódios de urgência miccional. Devem ser registadas as 24 horas de, pelo menos, três dias consecutivos (Rocha & Redol, 2017).

Outros aspetos inerentes recaem no modo como a pessoa gere a IU no seu quotidiano, se usa algum dispositivo de retenção de urina, fatores ambientais

(acessibilidade e distância à casa de banho) e qual o impacto da IU na sua qualidade de vida, tendo em conta a dimensão pessoal, psicossocial, espiritual e económica, sem descurar a dimensão sexual (Garrett & Tomlin, 2015). Atualmente, existem várias escalas específicas para documentar o impacto da IU na qualidade de vida. Os instrumentos de avaliação mais comumente utilizados são: *Urinary Incontinence Quality of Life Scale*, *King's Health Questionnaire* e *International Consultation on Incontinence Questionnaire-Short Form* (Abrams, Cardozo, Wagg, & Wein, 2016). O tipo de apoio de que a pessoa idosa dispõe, a presença ou não de um cuidador, são também indicadores a incluir nesta avaliação clínica.

Para uma abordagem sistematizada da pessoa idosa com IU sugere-se o instrumento CHAMMP (Bucci, 2007), o qual permite uma avaliação integradora da pessoa e a elaboração de um plano individualizado de cuidados. Este instrumento contempla os seguintes parâmetros: Continência; História atual de saúde; Avaliação da pessoa caracterizando os aspetos em torno da perda involuntária de urina; Medicação; Mobilidade (se a pessoa é autónoma na satisfação das suas atividades de vida; se utiliza produtos de apoio e quais as condições/acessibilidades do meio onde vive); Plano de cuidados.

Outro instrumento para sinalizar áreas que precisam de avaliação e que têm correlação com a IU na pessoa idosa é o acrónimo SPICES (Fulmer, 2019). Este traduz-se em: (S) alterações do sono, (P) problemas com a alimentação, (I) presença de incontinência (I), (C) presença de confusão, (E) risco de quedas e (S) risco de alterações da integridade cutânea. A utilização deste instrumento permite prevenir iatrogenias evitáveis e implementar precocemente intervenções terapêuticas.

Segundo as diretrizes da Associação Europeia de Urologia (Lucas et al., 2015), existem três tipos de tratamento da IU: tratamento conservador, tratamento farmacológico e tratamento cirúrgico. O tratamento de primeira linha da IU é o tratamento conservador, abrangendo uma componente educativa sobre estilos de vida, ajustes na medicação, tratamento da obstipação, utilização de dispositivos anti-incontinência e realização de exercícios dos músculos do pavimento pélvico (McIntosh, Andersen, & Reekie, 2015). Se não apresentar os resultados esperados, o tratamento farmacológico deve ser proposto, sendo o medicamento selecionado com base na eficácia, segurança e custos para a pessoa idosa (Samuelsson et al., 2015). Quando as estratégias conservadoras ou farmacológicas não proporcionam

um alívio sintomático adequado, a cirurgia é frequentemente a estratégia apresentada para melhorar a qualidade de vida da pessoa (Abrams et al., 2016).

Nos casos em que não é possível resolver totalmente a IU, ou enquanto a pessoa aguarda o tratamento cirúrgico, as medidas de prevenção e controlo são extremamente importantes. Existem vários dispositivos de apoio sendo de salientar, mais uma vez, a importância da intervenção educativa do enfermeiro na prevenção de lesões cutâneas e promoção do conforto da pessoa.

1.2. A pessoa idosa em cirurgia de ambulatório

Considerado um grupo de risco cirúrgico (Otulu et al., 2019), a idade parece não ser um fator limitativo de intervenção cirúrgica na pessoa idosa (Boltz, Capezuti, Fulmer, & Zwicker, 2016; De Oliveira et al., 2015; Oster & Oster, 2015). Os recentes avanços tecnológicos e científicos, ao nível dos procedimentos cirúrgicos e das técnicas anestésicas, vieram modificar o paradigma dos cuidados cirúrgicos e, conseqüentemente, os efetuados em regime de cirurgia de ambulatório (Boltz et al., 2016; Mitchell, 2016; Vieira, Carmona, Silva Pinto, & Marcos, 2017).

Entende-se por Cirurgia de Ambulatório (CA) uma cirurgia programada, realizada em regime de admissão e alta num período inferior a 24 horas, em instalações próprias e condições de segurança de acordo com a atual prática clínica, incluindo a CA no mesmo dia ou a CA com pernoita (Administração Central dos Serviços de Saúde, 2019). Em crescente evolução e na agenda política atual (Despacho nº 1380/2018, de 08 de fevereiro), a mesma é descrita como um importante instrumento para o aumento da efetividade, da qualidade dos cuidados e da eficiência na organização hospitalar, com múltiplas vantagens associadas, reconhecidas internacionalmente. No ano de 2017, 63,2% das cirurgias realizadas em Portugal foi em modalidade de CA (Ministério da Saúde, 2017).

Além dos benefícios ao nível da redução dos custos em saúde, inovação e critérios de preferência (Mitchell, 2016), a CA confere à pessoa idosa a possibilidade de manter ou melhorar a sua independência e evitar o declínio funcional, facilitando a sua recuperação em meio familiar (Vieira et al., 2017). A segurança, os menores riscos de infeção hospitalar, a menor alteração na dinâmica familiar e profissional e a mobilização precoce, são fatores que determinam a CA

como o modelo cirúrgico mais favorável para a pessoa idosa (Boltz et al., 2016). No entanto, a este tipo de modelo também estão associados novos desafios e constrangimentos, tanto para a pessoa idosa e família, como para os profissionais. Urge dar respostas atempadas e concertadas ao maior número possível de pessoas no menor tempo de internamento, impondo ao enfermeiro uma maior responsabilidade no processo perioperatório, especificamente, na consulta de enfermagem pré-operatória, na preparação para alta e na vigilância pós-operatória (Hamström et al., 2012; Mitchell, 2016).

Na consulta de enfermagem pré-operatória, o enfermeiro deverá obter toda a informação relacionada com a pessoa idosa de forma a estabelecer um perfil, identificar fatores de risco e desenvolver um plano de cuidados que garanta segurança e satisfação ao longo de toda a experiência perioperatória (Boltz et al., 2016; Malley, Kenner, Kim, & Blakeney, 2015; Mitchell, 2016; Oster & Oster, 2015). Também este é o espaço dedicado às intervenções educativas favorecedoras da capacitação da pessoa idosa e família para o autocuidado (De Oliveira et al., 2015; Jones et al., 2016; Mitchell, 2016; Yeh, Wu, & Tung, 2017; Pettersson, Ohlen, Friberg, Hyden, & Carlsson, 2018; Samuelsson et al., 2018). É um processo interativo de fornecer informações e explicações sobre o processo cirúrgico, prestação de apoio psicossocial facilitador da gestão de expectativas e recuperação pós-operatória (Malley et al., 2015; Pettersson et al., 2018). Um estudo realizado sobre as necessidades das pessoas em CA (Jun & Oh, 2016), revela cinco subdomínios concretos, a saber: envolvimento da família; apoio emocional/ alívio de medo e ansiedade; informação, comunicação e educação; transição para a comunidade e conforto físico. Outros trabalhos indicam-nos que esta preparação pré-operatória torna o momento cirúrgico mais tranquilo, o que eleva a intervenção do enfermeiro na prevenção e diminuição dos níveis de ansiedade pré-operatória (Bagés et al., 2015; Gonçalves, Cerejo & Martins, 2017).

Os temas frequentemente discutidos na educação pré-operatória variam entre os cuidados perioperatórios, o procedimento cirúrgico, as potenciais complicações e a gestão da dor (Pettersson et al., 2018). A literatura defende a avaliação pré-operatória da pessoa idosa realizada em equipa multidisciplinar, numa ação interprofissional coordenada (Neves & Barnett, 2018). Aponta para a existência de protocolos de atuação adequados ao tipo de cirurgia e à patologia associada, devendo a pessoa receber informação escrita com os cuidados perioperatórios.

Recomenda-se evitar o jejum prolongado e adequar os planos operatórios, reduzindo o tempo de espera da pessoa idosa (Vieira et al., 2017).

A garantia da continuidade dos cuidados após a alta, é uma exigência obrigatória num programa de CA. A vigilância pós-operatória da pessoa idosa em CA decorre no ambiente domiciliário, em que o cuidado é delegado na pessoa idosa e família. Esta premissa deve ser iniciada no período pré-operatório, confirmada no dia da cirurgia e devidamente assegurada no momento da alta. Impõem-se as seguintes orientações nacionais e internacionais:

- presença obrigatória de um de adulto responsável e capaz no momento da alta;
- presença de cuidador responsável no domicílio;
- garantia de condições sociais adequadas ao pós-operatório;
- garantia que as indicações para o pós-operatório são compreendidas;
- garantia de comunicação com o hospital (disponibilidade de contacto telefónico da pessoa idosa, cedência do contacto telefónico da instituição e realização de contacto telefónico às 24 horas pelo serviço). Recomenda-se a existência de contactos posteriores às 24 horas sempre que se identifiquem complicações ou intercorrências;
- fornecer instruções escritas sobre os cuidados pós-operatórios (De Oliveira et al., 2015; Mitchell, 2016; Oster & Oster, 2015; Vieira et al., 2017).

1.3. Referencial conceptual de enfermagem

O autocuidado é um conceito introduzido em 1959 por Dorothea Orem, dando origem a teorias de médio alcance inter-relacionadas. Essas teorias são uma referência de múltiplos estudos que descrevem as práticas de autocuidado, exploram fatores que influenciam o autocuidado e investigam o efeito das intervenções de enfermagem no autocuidado. Em concreto, a Teoria do Autocuidado, que descreve o porquê e como as pessoas cuidam de si próprias; a Teoria do Défice de Autocuidado, que descreve e explica a razão pela qual as pessoas podem ser ajudadas através da enfermagem; e a Teoria dos Sistemas de Enfermagem, que descreve e explica as relações que têm de ser criadas e mantidas para que se produza enfermagem (Orem, 2001; Petronilho, 2012). No

seio dos métodos de ajuda possíveis ao enfermeiro, e nos definidos pela Teoria do Deficit do Autocuidado (Orem, 2001), centrei a minha atenção no orientar e apoiar, no fornecer um ambiente que promova o desenvolvimento da pessoa e no ensinar, inteirando o sistema de enfermagem apoio-educação da Teoria dos Sistemas.

O autocuidado corresponde à prática de atividades que a pessoa inicia e executa em seu próprio benefício, na manutenção da vida, da saúde e do bem-estar (Orem, 2001), sendo um resultado sensível aos cuidados de enfermagem (Fonseca, Lista, Redol, & Rocha, 2018; Petronilho, 2012) e um padrão de qualidade dos cuidados de enfermagem (Ordem dos Enfermeiros [OE], 2001).

Quando as necessidades de autocuidado da pessoa excedem a sua capacidade de autocuidado, surgem desvios de saúde, necessitando de cuidados por terceiros. É aqui que se justifica a importância da intervenção do enfermeiro, com tradução positiva na promoção da saúde e no bem-estar da pessoa através do aumento do seu conhecimento e melhoria das suas habilidades (Petronilho, 2012). O sistema de enfermagem apoio-educação ocorre quando a pessoa tem capacidade para executar o cuidado, mas tem de o aprender (Orem, 2001).

Tal pretensão intersecta com o Plano de Ação para a Literacia em Saúde, recentemente publicado pela Direção-Geral da Saúde (DGS, 2019a), o qual tem por objetivo promover as escolhas informadas dos cidadãos para obter ganhos em saúde e o seu bem-estar. Vários estudos correlacionam um nível inadequado de literacia em saúde na pessoa idosa com taxas de mortalidade e de comorbilidade mais elevadas, piores condições de saúde, menos acesso aos serviços de saúde, menos promoção de saúde e prevenção de doenças e menor capacidade para o autocuidado (Carollo, 2015; Henriques, 2017; MacLeod et al., 2017; Picetti et al., 2017).

Mais do que uma temática contemplada nas políticas nacionais de saúde (DGS, 2019a), entende-se por literacia em saúde o conhecimento, a motivação e as competências das pessoas para aceder/obter, compreender, avaliar e aplicar informação em saúde, de modo a fazer julgamentos e tomar decisões na sua vida quotidiana relativas a cuidados de saúde, prevenção de doenças e promoção da saúde, mantendo ou melhorando a qualidade de vida ao longo do ciclo vital (Sørensen et al., 2012).

Segundo a DGS (2015b), o Conselho da União Europeia recomenda que a pessoa seja informada e integrada na equipa que lhes presta cuidados de saúde.

Só assim poderá ser corresponsabilizada, quer pela sua saúde, quer pelo controlo da evolução da sua doença. Um cidadão melhor informado tem mais possibilidade de gerir as suas expectativas face aos cuidados de saúde que necessita e, por outro lado, se essa informação for transformada, pela ação dos profissionais de saúde, em capacitação, mais possibilidade terá de participar ativamente na melhoria do desempenho e dos resultados da prestação de cuidados (DGS, 2015b).

Assim, a intervenção educativa do enfermeiro junto da pessoa idosa deve considerar os seus hábitos, crenças, costumes, mas principalmente deve mobilizar o seu conhecimento prévio e a experiência vivida, sem imposição de práticas e normativos, negociando pequenas mudanças e elogiando os progressos alcançados (Azizi, Azadi, & Otaghi, 2019; Schoberer, Leino-Kilpi, Breimaier, Halfens, & Lohrmann, 2016). Isto significa que a intervenção apoio-educação do enfermeiro não se radica na transmissão da informação pela informação em si, mas constitui-se numa estratégia de literacia em saúde facilitadora do autocuidado.

Estas asserções têm implícito uma filosofia holística do cuidado, remetendo o meu pensamento para o Modelo Centrado na Pessoa (McCormack & McCance, 2006). A centralização na pessoa é sustentada por valores morais que reconhecem o "valor intrínseco" de cada pessoa. Como tal, enquanto modelo desocultador das crenças e dos valores, das necessidades individuais, apela à participação da pessoa nos cuidados de saúde para um processo de tomada de decisão negociado e partilhado. Este trabalho assenta sobretudo numa relação de confiança, promotora da autonomia enquanto "consciência autêntica" (McCormack & McCance, 2006). Como resultado, este modelo aspira a satisfação com os cuidados prestados, o envolvimento nos cuidados e o sentimento de bem-estar.

Sendo a provisão de cuidados associados aos processos de eliminação um dos requisitos universais do autocuidado (Orem, 2001), outro referencial conceptual de enfermagem convergente com os pressupostos apresentados é a estrutura do Cuidado Fundamental (Kitson, 2018). Os cuidados fundamentais são definidos como a soma da dimensão do conforto físico, com a incorporação da necessidade de apoio psicossocial e o estabelecimento de um encontro significativo com o enfermeiro (Kitson, Conroy, Kuluski, Locock, & Lyons, 2013). Além de enfatizar a importância do vínculo enfermeiro-pessoa, a autora considera que o enfermeiro tem o desafio de garantir que os fundamentos básicos dos cuidados sejam realizados corretamente, sendo a eliminação urinária um cuidado fundamental (kitson, 2018).

Neste assento, importa reconhecer que uma atividade de autocuidado rotineira pode tornar-se numa atividade complexa para a pessoa pelo que, atender às necessidades dos cuidados fundamentais é imperativo para a segurança e recuperação em qualquer ambiente de saúde (Feo & Kitson, 2016).

O referencial teórico apresentado neste capítulo visou um elemento norteador das atividades realizadas que irei descrever e analisar no próximo capítulo.

2. PERCURSO DE ESTÁGIO

Em cada área de especialização, o processo de aquisição e desenvolvimento de competências profissionais requer a realização de estágios. Estes são momentos de observação e intervenção em contextos clínicos concretos, de desenvolvimento de capacidades, atitudes e competências, por meio da interação com situações reais em contextos diferenciados (Alarcão & Rua, 2005).

O percurso de estágio desenvolvido foi suportado pela metodologia de projeto, a qual decorre da pesquisa, análise e resolução de problemas reais do contexto, promotora de uma prática fundamentada e baseada em evidência (Ruivo, Ferrito, & Nunes, 2010). É uma metodologia de aprendizagem constituída por cinco fases: i)elaboração do diagnóstico da situação, ii)planificação das atividades, meios e estratégias, iii)execução das atividades planeadas, iv)avaliação e v)divulgação dos resultados. Embora o diagnóstico de situação e o planeamento tenham tido o seu início no semestre anterior, com a produção do Projeto de Estágio, estas fases estenderam-se ao período de estágio.

Este capítulo pretende documentar as três últimas fases da metodologia de projeto, dando a conhecer o percurso de estágio realizado entre 26 de setembro de 2019 e 7 de fevereiro de 2020, em dois contextos clínicos. Concretamente, na Unidade da Próstata, Rim e Vias Urinárias de uma Instituição de Saúde privada e na Unidade de Cirurgia de Ambulatório de Urologia de um Centro Hospitalar Universitário, sites na grande zona geográfica de Lisboa.

Para maior compreensão, irei fazer uma breve caracterização de cada contexto clínico, dar a conhecer as atividades realizadas, bem como a sua respetiva fundamentação, reflexão e consequente avaliação, respeitando a sequência cronológica do seu desenvolvimento, em função dos seguintes objetivos gerais de estágio:

- Desenvolver conhecimento no cuidado centrado à pessoa idosa com disfunção da eliminação urinária e sua família.
- Contribuir para a intervenção educativa do enfermeiro na promoção do autocuidado da eliminação urinária na pessoa idosa e família.

Para o atingir dos objetivos específicos de cada estágio, existiram duas grandes atividades transversais e contínuas: a pesquisa da literatura e a reflexão na e sobre a ação (Alarcão & Tavares, 2013).

2.1. Unidade da Próstata, Rim e Vias Urinárias

2.1.1. Caracterização do contexto

No seio de uma Instituição de Saúde privada, este serviço consiste numa Unidade dedicada ao tratamento e à investigação da doença oncológica do foro de urologia com maior incidência na população portuguesa. Com um horário de funcionamento das 8 às 20 horas nos dias úteis, o serviço congrega na sua equipa multidisciplinar cinco urologistas cirurgiões, dois oncologistas e três enfermeiros, sendo um deles enfermeiro especialista. Como intervenções de enfermagem, o serviço dispõe de consultas de enfermagem estruturadas: consulta de enfermagem pré-cirúrgica a todos os doentes submetidos a intervenção cirúrgica de urologia e consulta de enfermagem pós-cirúrgica aos doentes submetidos a prostatectomia radical robótica. São realizadas também consultas de enfermagem telefónicas de *follow-up*. O serviço integra ainda a realização de meios complementares de diagnóstico.

O estágio no serviço decorreu entre 23 de setembro e 21 de outubro de 2019.

2.1.2. Descrição e análise das atividades realizadas

Os objetivos específicos para este contexto de estágio são apresentados na Tabela 1, com as respetivas atividades realizadas.

Tabela 1

Objetivos específicos e atividades realizadas na Unidade da Próstata, Rim e Vias Urinárias

Objetivos específicos	Atividades realizadas
Prestar cuidados de enfermagem à pessoa idosa com disfunção da eliminação urinária e sua família	<ul style="list-style-type: none"> - Identificação da estrutura física e organizacional do serviço e sua articulação com os outros - Colaboração na prestação de cuidados especializados de enfermagem à pessoa idosa e família
Identificar níveis de ativação da pessoa idosa com disfunção da eliminação urinária em consulta de enfermagem	<ul style="list-style-type: none"> - Realização do estudo “Autocuidado da pessoa idosa com disfunção da eliminação urinária” - Sessão de formação em serviço “Pessoa Idosa com disfunção da eliminação urinária: ativação do enfermeiro para o autocuidado” - Comunicação oral “Cuidado centrado na pessoa idosa com disfunção da eliminação urinária em consulta de enfermagem: a ativação para o autocuidado” nas IIas Jornadas de Enfermagem da Escola Superior de Saúde Egas Moniz - Comunicação oral “A ativação para o autocuidado da pessoa com disfunção da eliminação urinária: a investigação na prática de enfermagem” no VII Congreso Internacional Virtual Iberoamericano de Enfermería

Prestar cuidados de enfermagem à pessoa idosa com disfunção da eliminação urinária e sua família

A observação participante no serviço foi importante para a minha integração no espaço, com os vários profissionais, mas também para o meu regresso à prática clínica de enfermagem ao fim de quase duas décadas. Além da consulta de normas e protocolos, uma atividade inicial que concorreu para a minha compreensão do funcionamento do serviço e a sua articulação com os demais, foi a visita ao internamento que ocorre quase todos os dias entre um enfermeiro do serviço e a equipa de urologistas cirurgiões. Nesta visita, a equipa médica e o enfermeiro avaliam o estado da pessoa no pós-operatório mediato, planeando necessidades

de intervenção e alta clínica. Outra atividade facilitadora da minha integração foi a participação na reunião multidisciplinar do serviço, a qual acontece semanalmente, onde vários profissionais (cirurgião, oncologista, radio-oncologista, imagiologista, anatomo-patologista, enfermeiro, gestor do cliente) discutem os casos clínicos que naquela semana, têm necessidade de tomada de decisão terapêutica.

Também a pesquisa bibliográfica realizada permitiu, não só desenvolver conhecimentos sólidos e atualizados sobre a área de intervenção do enfermeiro neste serviço, sustentando a minha intervenção profissional, como também, devolver à equipa de enfermagem evidência científica de boas práticas. Foi disso exemplo, a reflexão suscitada sobre o ensino da realização do plano de exercícios de fortalecimento da musculatura pélvica (exercícios de Kegel) nas consultas de enfermagem pré-cirúrgica (Radadia et al., 2018; Sayilan & Özbas, 2018).

Sendo a sexualidade outra área de intervenção do enfermeiro neste serviço, este foi outro contributo de evidência científica. As modificações fisiológicas que o corpo apresenta e que podem interferir na prática sexual, a cultura da assexualidade e o preconceito social com os mais velhos, favorecem o estereótipo que a sexualidade está designada aos mais jovens (Debert & Brigeiro, 2012). A negação da sexualidade na pessoa idosa gera outra problemática que vai para além do preconceito: a não abordagem do profissional, por desconforto pessoal ou por falta de conhecimento (Brennan-Ing et al., 2018; Vilelas, Hassamo, Vieira, & Branco, 2014). À medida que se aproxima a terceira idade, a sexualidade abrange uma dimensão que extrapola o prazer sexual (Queiroz et al., 2015). Nesta idade, a pessoa depara-se com a inatividade profissional, mudanças de estilo de vida e ritmos desacelerados, processos de viuvez, necessitando cada vez mais de um olhar profissional minucioso (Dantas et al., 2017; Vieira, Leal, Marques, & Alencar, 2014). A sexualidade da pessoa idosa deve ser entendida no seio do conceito de envelhecimento ativo definido pela Organização Mundial de Saúde [OMS] (2015), isto é, o processo de otimização de oportunidades para a saúde, participação e segurança, no sentido de aumentar a qualidade de vida durante o envelhecimento. Os enfermeiros devem garantir que têm o conhecimento, as habilidades e as atitudes para realizar uma avaliação adequada e sugerir intervenções ou encaminhar para apoiar a pessoa idosa a superar ou gerir a sua sexualidade (Vilelas et al., 2014; Sul, 2018).

Por outro lado, e situando a minha prática no Modelo Centrado na Pessoa (McCormack & McCance, 2006), no qual o enfermeiro deve não só satisfazer as necessidades físicas da pessoa como também as necessidades espirituais (Narayanasamy et al., 2004; Royal College of Nursing, 2011), incorporando no conforto físico o conforto psicossocial num encontro significativo (Kitson, 2018), analisei com o enfermeiro orientador a importância de implementar a intervenção musicoterapia na consulta de enfermagem da pessoa com doença oncológica submetida a intervenção cirúrgica (Bradt, Dileo, Magill, & Teague, 2016; Gencer et al., 2019; Gramaglia et al., 2019; Martí-Augé, Mercadal-Brotons, & Solé-Resano, 2015). O estado emocional da pessoa com doença oncológica vai sofrendo várias alterações ao longo do processo de doença sendo que a musicoterapia pode melhorar os níveis de ansiedade, o estado anímico, a expressão de emoções, facilitando a comunicação com o profissional de saúde e promovendo as interações não verbais (Gencer et al., 2019; Gramaglia et al., 2019; Martí-Augé et al., 2015). De acordo com a literatura citada, a música é um potente agente socializador e, quando aplicada ao contexto de doença oncológica, tem demonstrado facilitar o estabelecimento de vínculos com os profissionais de saúde, favorecer a comunicação com a pessoa e família, diminuir a ansiedade e a dor.

Na prestação de cuidados, foram várias as intervenções de enfermagem em que tive possibilidade de colaborar, de natureza especializada ou não. De um modo geral, consultas de enfermagem, pré e pós-cirúrgicas, de acompanhamento da pessoa com IU, realização de procedimentos específicos de urologia (colheitas de urina de ureterostomias e de nefrostomias, apoio em dilatação uretral, algaliação por retenção urinária, desalgaliação, realização de biópsias prostáticas transrectais, realização de urofluxometria), remoção de agrafes e pontos cirúrgicos, colheita de hemoculturas, acompanhamento à realização de exames complementares de diagnóstico, transferência para o serviço de internamento, aplicação de medidas de isolamento de contacto, avaliação e intervenção junto da pessoa com complicações pós-cirúrgicas Clavien-Dindo grau III (Mitropoulos et al., 2012). Sendo a minha área de interesse particular as consultas de enfermagem, irei dedicar os próximos parágrafos a esta intervenção.

Como consultas de enfermagem estruturadas, o serviço dispõe da consulta de enfermagem pré-cirúrgica e da consulta de enfermagem pós-cirúrgica à pessoa submetida a prostatectomia radical robótica, nos timings pós-operatórios definidos

em protocolo (7^o dia após a alta, 1M, 3M, 6M, 9M, 12M). O cancro da próstata é o segundo cancro mais diagnosticado nos homens, sendo a prostatectomia radical uma intervenção de tratamento muito comum no tratamento de tumores T1 ou T2 (Konga, Deatrck, & Bradway, 2017; Lassen, Gattinger, & Saxer, 2013). Inclui a extração de toda a glândula prostática, vesículas seminais e em alguns casos, outros tecidos. Esta cirurgia tem como complicações funcionais a IU e a disfunção erétil, associados a uma redução da qualidade de vida da pessoa com implicação no seu autocuidado (Santos, 2014; Simpson, 2015; Wang, Song, Siheng, & Sheng, 2018).

A consulta de enfermagem pré-cirúrgica é o momento em que se inicia a relação com a pessoa, que se pretende que seja de confiança (Kitson, 2018). Antes da consulta, em sala de espera, são entregues à pessoa determinados questionários para preencher: no âmbito da qualidade de vida no cancro da próstata, da IU e da função erétil. O enfermeiro analisa o processo clínico tomando conhecimento da situação de saúde, da consulta de anestesia e da proposta cirúrgica.

Em consulta, o enfermeiro faz a avaliação da pessoa recolhendo dados através de uma guia de admissão de enfermagem, analisando igualmente as respostas dadas aos referidos questionários. O enfermeiro informa sobre o procedimento cirúrgico que irá ser realizado indicando os cuidados necessários nos períodos pré e pós-operatório, as complicações possíveis e os contactos do serviço para qualquer eventualidade. Este processo de informação e esclarecimento é acompanhado de um folheto escrito, com linguagem simples e clara, que é entregue à pessoa, contribuindo para o reforço da sua confiança e conhecimento, conforme previsto no manual das Boas Práticas da Literacia em Saúde para os profissionais de saúde (DGS, 2019b).

Integrados nos cuidados pré-operatórios, o enfermeiro informa sobre o jejum recomendado, a suspensão da terapêutica anticoagulante e o banho cirúrgico, de acordo com o feixe de intervenções de prevenção de infeção do local cirúrgico - Norma nº 20/2015 (DGS, 2015a). Além do respetivo folheto da cirurgia, o enfermeiro entrega folhetos dedicados às complicações desta cirurgia: um folheto dedicado à IU e outro dedicado à sexualidade. O enfermeiro explica de que modo estas duas dimensões poderão ficar afetadas com a cirurgia, antecipando cuidados que serão prestados pela equipa do serviço, revelando disponibilidade para

esclarecimento de dúvidas. Como a pessoa irá ficar algaliada 8-10 dias após a cirurgia, o enfermeiro leva para esta consulta uma algália e um saco coletor, mostrando o material e fazendo os ensinamentos relativos à manutenção da algália em casa, prevenção da infecção urinária, bem como os seus sinais e sintomas. Por último, é explicado o percurso cirúrgico e feita uma breve caracterização do serviço de internamento de cirurgia.

Destaco a potencialidade que esta consulta de enfermagem parece oferecer no desocultar de medos, preocupações, significados (da doença e da cirurgia em si), captando desde logo as percepções da pessoa sobre o impacto da doença e da cirurgia na sua qualidade de vida. Durante o estágio, verifiquei que esta é uma grande preocupação da pessoa. Outra preocupação, a curto prazo, diz respeito à algaliação em domicílio e à limitação que a mesma pode impor. Sobre isto, foi curioso o relato de diversas pessoas cujas percepções eram de impedimento de sair de casa com algália.

A literatura diz-nos que a comunicação no momento pré-operatório contribui significativamente para os resultados funcionais da pós-prostatectomia radical robótica (Razden, 2016; Simpson, 2015). Segundo o National Institute for Health and Care Excellence (NICE, 2014), o enfermeiro especialista deve utilizar vários formatos possíveis de comunicação. Entre o formato *face-to-face*, contacto telefónico, internet, informação escrita, e-mail, grupos de apoio e sessões educativas, só os dois últimos não são usados no serviço.

Numa abordagem diferenciadora dos cuidados à pessoa idosa, apliquei o instrumento SPICES (Fulmer, 2019) na consulta de enfermagem; no total a 30 pessoas. Destaco três casos onde identifiquei a existência de alterações do sono (S), problemas com a alimentação (P), presença de incontinência (I), risco de quedas (E) e risco de alterações da integridade cutânea (S). No conjunto deste instrumento, não assinalei nenhum caso onde a confusão ou o risco de estivesse presente. Considero que esta avaliação pode ser preditora de resultados de saúde na medida em que, com esta avaliação, antecipei e preveni possíveis complicações pós-operatórias. Como exemplo, saliento alterações no ambiente em casa, como seja a remoção de tapetes, alerta para ter uma casa de banho perto do quarto ou um dispositivo urinário e manter uma luz de presença durante a noite. Outra medida preventiva de complicações foi o ensino com a manutenção da integridade da pele.

Pela importância da intervenção de enfermagem apoio-educação no período pré-operatório (Peate, 2015), analisei com o enfermeiro orientador a possibilidade de incluir na folha de registo do histórico de enfermagem uma caixa de texto “*check-list*” alusiva à validação da informação transmitida pelo enfermeiro e a reter pela pessoa, nomeadamente, jejum pré-operatório, suspensão de terapêutica, banho cirúrgico e realização de exercícios de kegel, nas situações aconselhadas. Outros contributos para esta consulta de enfermagem, discutidos com o enfermeiro orientador, foram: i) a visualização de imagens sobre a cirurgia e imagens do serviço de internamento e quarto individual, de modo a melhorar a informação transmitida, facilitar a compreensão da pessoa e desmistificar alguns receios existentes; ii) apresentação da escala da dor utilizada no pós-operatório imediato (neste caso, a Escala Visual Analógica), atendendo-se à continuidade dos cuidados de enfermagem (artº 83, OE, 2005). Constatando a não uniformização de conteúdo nos vários folhetos informativos fornecidos à pessoa nesta consulta, procedi às devidas alterações padronizando os materiais fornecidos enquanto métodos e meios promotores de literacia em saúde, respeitando as orientações da DGS (2019b).

Segundo o protocolo da Unidade, as consultas de enfermagem pós-cirúrgica realizam-se ao 7º dia após a alta, ao fim de 1 mês, 3 meses, 6 meses, 9 meses e um ano. Na primeira consulta pós-operatória, o enfermeiro avalia o estado geral da pessoa, faz uma observação física do abdómen e períneo, sendo frequente queixas de timpanismo e desconforto abdominal com edema escrotal. Nesta consulta, são retirados agrafes e pontos cirúrgicos e procede-se à desalgaliação; intervenção quase sempre acompanhada de receio e insegurança da pessoa. É feito novamente o ensino dos exercícios de fortalecimento da musculatura pélvica, pedindo à pessoa para os exemplificar. O enfermeiro valida que a pessoa sabe localizar e identificar corretamente os músculos a exercitar e que compreendeu a informação transmitida. A pessoa é incentivada a realizar os exercícios em qualquer posição a partir do dia seguinte à desalgaliação, realizando inicialmente um treino de 10 contrações de 5 segundos cada, com igual tempo de relaxamento muscular. Sugere-se a realização desta sequência três vezes por dia (manhã, tarde e noite), podendo-se, de acordo com a capacidade individual, aumentar este tempo de contração e de exercícios ao longo do tempo. A literatura aponta a sua eficácia para 4 a 6 semanas após o seu início (Radadia et al., 2018; Sayılan & Özbaş, 2018).

Para além do reforço dos ensinamentos sobre a IU e estimulação da prática de atividade sexual e reabilitação da função eréctil, nesta consulta é entregue o questionário *International Consultation on Incontinence Questionnaire-Short Form* (ICIQ-SF), para a pessoa preencher nas 24h após a desalgaliação, uma semana depois, duas semanas depois e ao fim de 1 mês, devolvendo-os na consulta de enfermagem seguinte (um mês de cirurgia). Sempre com o devido consentimento, o enfermeiro explora com a pessoa e com a/o parceiro a importância da satisfação conjugal, enfatizando a relevância da partilha de sentimentos entre ambos, e assegura um acompanhamento clínico de tratamento. Importa dizer que este acompanhamento sistematizado é feito com consultas de enfermagem e consultas médicas nos mesmos tempos. A exceção é na consulta de um mês de pós-operatório, em que a pessoa vem ao serviço exclusivamente para a consulta de enfermagem. Este compromisso de estabelecer encontros significativos com a pessoa materializa o cuidado fundamental (Kitson, 2018), sendo a presença nesta consulta um indicador de resultado de enfermagem.

Nas restantes consultas pós-cirúrgicas, as intervenções de enfermagem incidem na avaliação da qualidade de vida da pessoa através do preenchimento de questionários próprios, reforçando uma relação de confiança nos cuidados de saúde. Por diversas vezes, ouvi a verbalização de como era significativo para a pessoa e família conhecer o enfermeiro desde o início do seu processo de doença/cirúrgico. Este dado remete o meu pensamento para a importância do *Nurse Navigator* (Pautasso, Zelmanowicz, Flores, & Caregnato, 2018).

Como acima referido, a prostactetomia impõe a necessidade de algaliação, o que pode ter como complicação associada a infeção urinária, sendo este tipo de infeção frequente na pessoa idosa (Foxman, 2014; Lobão & Sousa, 2016; Nazarko, 2013). Sabemos que a infeção associada aos cuidados de saúde é considerada um dos eventos adversos que afeta, com maior frequência, a segurança da pessoa (DGS, 2015c). Durante o tempo de estágio, existiram vários casos de pessoas idosas que recorreram ao serviço por infeção urinária, tendo sido realizada colheita de urina e instituída a devida antibioterapia. A intervenção de enfermagem incidiu nos respetivos ensinamentos.

No que se refere à consulta de acompanhamento da pessoa com IU, verifiquei que o tipo de IU mais frequente é a IU de esforço; em alguns casos existem IU por imperiosidade e IU funcional. Estima-se que 90% dos homens, entre os 45 e os 90

anos de idade sofram, em grau variável de *Lower Urinary Tract Symptoms* (Norma nº 48/2011 da DGS, 2011), e que cerca de 20% dos homens submetidos a prostatectomia radical robótica desenvolve IU, sendo a sua recuperação dependente de vários fatores, mas expectável num período entre 3–24 meses após a cirurgia (Razden, 2016). Na abordagem de enfermagem, saliento a avaliação da história evolutiva dos sintomas, nomeadamente, o início das queixas, a duração, a frequência, o período em que ocorre, os fatores precipitantes, sensação de plenitude vesical, presença de disúria e hematúria. Como estratégia de quantificar as queixas da pessoa bem como o impacto na qualidade de vida, já foi referido que neste serviço existe a prática do preenchimento de questionários específicos e a confrontação do enfermeiro à perceção individual do impacto das perdas de urina no dia-a-dia da pessoa. A este propósito, refleti com o enfermeiro orientador a relevância deste confronto uma vez que, constatei por diversas vezes que a informação que a pessoa escrevia nestes questionários não era concordante com a sua informação verbal durante as consultas de enfermagem, o que poderá ser sugestivo da não compreensão da informação, alteração de (in)capacidades cognitivas e visuais. Considero ainda que esta intervenção do enfermeiro permite devolver à pessoa informação sobre a situação de saúde, contribuindo mais uma vez para a literacia em saúde (Sorensen et al., 2012).

Na minha intervenção junto da pessoa idosa com IU, utilizei o instrumento CHAMMP (Bucci, 2007) para uma avaliação integradora da pessoa e elaboração de um plano individualizado de cuidados. A juntar a estes dados, refleti com o enfermeiro orientador a necessidade de se atender às crenças, aos valores e às necessidades espirituais da pessoa (McCormack & McCance, 2006), pelo que, dirigi a minha intervenção também para os modos de lidar com a situação atual, rede de suporte, experiências passadas de saúde-doença, e expectativas face aos cuidados.

Nesta consulta, o enfermeiro analisa a quantidade de perda de urina negociando com a mesma a realização do *pad test* previamente à consulta, explicando como e o que fazer (colocar separadamente em sacos herméticos fornecidos pelo enfermeiro os dispositivos externos de apoio utilizados, nos três dias anteriores à consulta). Posteriormente, o enfermeiro faz a pesagem dos dispositivos externos de apoio para a IU utilizados pela pessoa (fraldas, pensos),

contabilizando as perdas de urina juntamente com a informação do diário miccional, que também é solicitada pelo enfermeiro.

Entroncado no pressuposto de que uma atividade de autocuidado rotineira pode tornar-se algo desafiante e embaraçoso para a pessoa, e enquanto intervenções especializadas de enfermagem para a promoção da continência urinária, colaborei na realização de técnicas comportamentais (Carvalho, Silva, & Silveira, 2018). Em concreto, o ensino sobre a realização do plano de exercícios de fortalecimento da musculatura pélvica, adaptado a cada pessoa, e realização de treino supervisionado. Acresce o treino vesical, adiando o ato da micção, o treino de hábitos, explicando à pessoa que deverá proceder ao esvaziamento vesical previamente ao deitar, ao sair de casa, ao exercício de atividades sociais e exercício físico. Também foi reforçado o plano de ingestão de líquidos, com cerca de 1,5 litro a 2 litros de água por dia, diminuindo o seu consumo após as 18h, o cuidado com o consumo de algumas substâncias mais irritativas e estimulantes da contractilidade vesical como a cafeína e alimentos picantes. A importância de uma ingesta adequada de alimentos com fibra, prevenindo situações de obstipação, foi outro ensino realizado.

Nesta experiência de cuidados, foi de igual modo enriquecedor verificar o impacto da IU na família/cuidador. Constatei situações em que o cônjuge manifesta preocupação com o medo do desconhecido, nomeadamente, sobre como a situação poderá evoluir, mas também afetação nas suas próprias necessidades físicas, como sendo as alterações ao nível do sono e repouso, com conseqüente cansaço, aumento da sobrecarga psicológica, aumento das responsabilidades familiares, isolamento do restante núcleo familiar, ausência de participação social e ainda, alterações relacionadas com a dimensão da sexualidade, conforme refere a evidência científica (Bicalho & Lopes, 2012). Sobre esta última, suportada na pesquisa bibliográfica realizada, sublinho a minha intervenção. Sempre que possível, envolvi a companheira, promovi a partilha de preocupações e receios, incentivei o diálogo entre o casal, reforcei a importância de manter o companheirismo e a intimidade, através de manifestações físicas de carinho, como o toque e o beijo. Como possíveis tratamentos, orientei a pessoa sobre o tratamento farmacológico, o uso de gel lubrificante com efeito térmico, o uso de anel constritor (no máximo 30 minutos e em caso de ereção) e a utilização de bombas de vácuo. Nestas consultas, a pessoa tomava contacto com estes materiais, através da sua

demonstração e da visualização de imagens e vídeos. Apesar do funcionamento sexual poder diminuir com a idade, a sexualidade e o sentido de si mesmos continua a ser um aspeto muito importante na identidade masculina pelo que constatei nesta experiência de estágio uma forte relação entre disfunção erétil e baixa de auto-estima (Alexis & Worsley, 2018; Goulart, Miranzi, & Goulart, 2017).

Nesta descrição e análise do meu percurso, enumero três situações de cuidados que contribuíram fortemente para o meu processo de aprendizagem. O primeiro caso refere-se a uma pessoa em consulta de enfermagem pré-cirúrgica de cistectomia, resultando na construção de uma urostomia. Consultando previamente o processo clínico, sabia que era uma pessoa com ansiedade identificada, seguida em consultas de psicologia, e que o conteúdo desta intervenção de enfermagem iria ser, por si só, fator indutor de ansiedade. Assim, sugeri ao enfermeiro orientador implementar a intervenção musicoterapia como estratégia de distração e de conforto psicoespiritual e existencial. Com esta intervenção implementada, foi explicado à pessoa em que iria consistir a sua cirurgia, o funcionamento da urostomia, os tipos de materiais existentes, o cuidado de manutenção diária e legislação atual sobre as condições de ajuda à pessoa com ostomia. Foi feita a marcação do estoma no abdómen, sempre com estimulação à participação ativa da pessoa na tomada de decisão (McCormack et al., 2015), aumentando a sua satisfação, reduzindo a ansiedade pré-operatória e promovendo a confiança na equipa de saúde (Oster & Oster, 2015; Samuelsson et al., 2018). A esposa estava presente com uma atitude de envolvimento no cuidar e no final da consulta expressou a importância que a música tinha tido na sua tranquilidade emocional, diminuindo também os seus níveis de ansiedade e os seus receios com a cirurgia e com a nova condição de saúde do marido.

Outra situação de cuidados refere-se a uma pessoa idosa com IU mista pós-prostatectomia radical e que, na consulta de 1 mês, referia que realizava os exercícios de Kegel várias vezes ao dia. Foi pedido que realizasse uma série de treino supervisionado. Em decúbito dorsal, verificou-se que a pessoa tinha dificuldade em identificar os músculos pélvicos e que não tinha capacidade de contração do esfíncter anal. Foi feita a articulação com o médico que prescreveu terapêutica antimuscarínica. Foi feito ensino à pessoa e à esposa sobre a realização do *pad test* na próxima consulta de enfermagem. Foi também conversado sobre a possibilidade de integrar um programa de reabilitação com

electroestimulação (Carvalho et al., 2018), na sua zona de residência. Na consulta seguinte, um mês depois, o *pad test* revelou uma perda diária de 1 litro de urina em 24 horas, com uma ingestão de cerca de 500 mililitros. A redução da ingestão de líquidos é uma atitude frequente na IU, contudo, a pessoa idosa apresenta um risco maior de desidratação devido à sua menor capacidade de compensar a perda renal de sódio e de água (Oster & Oster, 2015), situação que requer um cuidado acrescido na intervenção do enfermeiro. Por identificar urina com cheiro fétido, foi feita urocultura bem como avaliação médica, tendo sido pedido a realização de Ressonância Magnética para despiste de alguma massa a comprimir a bexiga. Revelando sentimentos de constrangimento e de vergonha, acompanhados pela diminuição da autoestima, a pessoa e a esposa expressaram inquietação e apreensão com a situação, uma vez que a IU estava a ser muito fraturante na sua qualidade de vida, impondo ao casal um isolamento social e familiar. Neste caso, refleti com o enfermeiro orientador a premência de ser introduzida na consulta de enfermagem pré-cirúrgica a avaliação da capacidade de realização dos exercícios de fortalecimento da musculatura pélvica, de modo a antecipar necessidades, recursos e complicações no pós-operatório (Sayilan & Özbaş, 2018). Resultante da minha avaliação SPICES, realizei ensino sobre a prevenção de lesões cutâneas, estimulando a mudança frequente dos produtos absorventes utilizados e aplicação de pomadas de barreira (Boltz et al., 2016). Este e outros casos clínicos possibilitaram-me uma compreensão experiencial do impacto que a IU pode ter na qualidade de vida da pessoa idosa, justificando a necessidade de um conhecimento especializado do enfermeiro (Konga et al., 2017; Lassen et al., 2013).

O terceiro caso, refere-se a uma pessoa idosa que teve oportunidade de acompanhar desde o período pós-cirúrgico mediato de ureterostomia. Em encontros negociados com a pessoa, o enfermeiro orientador ia selecionando o material de ostomia que mais se adequava ao conforto da pessoa, avaliando a capacidade de autocuidado. Nestes encontros, eu ia fazendo a aplicação da escala de educação na pessoa com urostomia (Kristensen & Jensen, 2016), monitorizando a evolução positiva da pessoa desde a sua reação ao estoma, à remoção do saco, à medição do estoma e ajuste do tamanho do diâmetro da ureterostomia ao novo saco, aos cuidados com a proteção da pele, à recolocação de um novo saco fechado de forma autónoma, respeitando as orientações da Norma nº 12/ 2106 da DGS (2016). Este processo de aprendizagem individual de autocuidado aconteceu

no prazo de duas semanas, numa pessoa idosa a viver com a esposa, mas que veio sempre sozinho à consulta de enfermagem. A minha evidência experiencial permite-me afirmar que o envolvimento ativo da pessoa no cuidado da disfunção da eliminação urinária, mediado por uma relação de compromisso e de confiança (Kitson, 2018), é um fator facilitador do autocuidado.

Nesta minha experiência de estágio, considero ainda que a intervenção educativa do enfermeiro esteve sempre presente. A intervenção de enfermagem apoio-educação visou a aprendizagem de comportamentos de autocuidado, culminando na autonomia, melhoria da auto-estima, recuperação da continência urinária e satisfação sexual. Para tal, analisei com o enfermeiro orientador o potencial desta intervenção, sendo que a mesma deve ser integradora dos vários níveis de literacia em saúde (Sorensen et al., 2012). O enfermeiro deverá não só facilitar o acesso/obtenção da informação, através da transmissão, mas estender a sua ação à compreensão da informação transmitida. Deste modo, além da demonstração, sugeri a introdução do método *teach back* (reprodução da informação transmitida). Posteriormente, o enfermeiro avaliará a capacidade que a pessoa tem de integrar e aplicar esse conhecimento, solicitando a execução de procedimentos, avaliando a eficácia da intervenção educativa, mas também estimulando a tomada de consciência e atitudes de compromisso para o tratamento (a título de exemplo: mudança no discurso “vou tentar” para “vou fazer” e ainda, “vou conseguir”).

Identificar níveis de ativação da pessoa idosa com disfunção da eliminação urinária em consulta de enfermagem

Enquanto contexto de doença oncológica do foro urológico, leia-se doença crónica (Despacho n.º 4027-A/2016), o enfermeiro deverá avaliar o conhecimento que a pessoa tem sobre a sua doença bem como, e devido à quantidade de informação atualmente existente, disponível e de fácil acesso, validar a credibilidade dessa informação, contribuindo para o aumento da literacia em saúde.

Neste sentido, questiono em que medida a pessoa idosa em processo de doença oncológica está disponível para obter a informação que os enfermeiros disponibilizam para o autocuidado da eliminação urinária? Como é feito o ajuste entre a necessidade de informação que a pessoa tem e a sua motivação e

capacidade para obter essa informação? Que níveis de participação nos cuidados de saúde têm as pessoas idosas que frequentam esta consulta de enfermagem?

Na tentativa de melhor compreender esta realidade, propus a realização do estudo “Autocuidado da pessoa idosa com disfunção da eliminação urinária”, com o objetivo de identificar níveis de ativação da pessoa idosa com disfunção da eliminação urinária em contexto de consulta de enfermagem de cirurgia oncológica de urologia. A ativação consiste na capacidade de a pessoa participar ativamente nos cuidados de saúde, sendo que o nível de ativação reflete as crenças da pessoa acerca do lugar que assume na gestão da sua saúde, a confiança que tem para o fazer e os conhecimentos que possui (Hibbard, Stockard, Mahoney, & Tusler, 2004).

Como instrumento de recolha de dados foi utilizado o questionário *Patient Activation Measure - PAM 13* (Apêndice I), desenvolvido para avaliar o nível de ativação da pessoa (Hibbard, Mahoney, Stockard, & Tusler, 2005). Trata-se de instrumento de autopreenchimento, traduzido e validado para a população portuguesa (Laranjo, Dias, Nunes, Paiva, & Mahoney, 2018), constituído por 13 itens nas quais se pede uma resposta numa escala de medição de atitudes com cinco opções: discordo totalmente (1), discordo (2), concordo (3), concordo totalmente (4) e não aplicável (5). A ativação da pessoa é avaliada somando o nível selecionado para cada item. A pontuação varia de 0 a 100, sendo a pessoa classificada num dos quatro níveis de ativação definidos pelos autores:

- Nível 1 – não desempenha um papel ativo na sua saúde; recetor de cuidados
- Nível 2 – não tem conhecimento nem segurança para agir
- Nível 3 – inicia a ação de cuidados de saúde, podendo sentir falta de competências ou de confiança para manter comportamento
- Nível 4 – adota novos comportamentos de saúde de forma contínua (Hibbard et al., 2004)

Os valores mais elevados de ativação são associados a comportamentos positivos de saúde, como por exemplo: a procura de informação em saúde, utilização dos cuidados de saúde, aquisição de comportamentos de autocuidado (Hibbard et al., 2004, 2005; Rademakers et al., 2012).

Com a aprovação institucional do protocolo do estudo no mês de julho, a recolha de dados decorreu durante o período de estágio, tendo sido o questionário

aplicado por mim e preenchido pelo próprio, após a assinatura do consentimento informado, livre e esclarecido.

Tratou-se de uma amostra intencional de acordo com os seguintes critérios de inclusão: pessoa com 65 anos ou mais; pessoa em contexto de consulta de enfermagem de cirurgia oncológica de urologia; pessoa com estado de consciência preservado (*Glasgow Coma Scale* de 15); pessoa com língua nativa português.

Os dados sociodemográficos (sexo, idade, habilitações literárias), clínicos (tempo de doença) e níveis de ativação, foram analisados com recurso à análise estatística através do Programa *Statistical Package for the Social Sciences* (SPSS), versão 25. De modo a desenvolver competências de análise de dados quantitativos, realizei durante o estágio o Curso Análise de dados quantitativos com recurso ao SPSS, com 60 horas (Anexo I).

Quanto aos resultados obtidos, a amostra foi constituída por 30 homens, com uma idade mínima de 65 anos e máxima de 82 anos (Tabela 2).

Tabela 2

Caracterização da amostra (n= 30)

Variáveis	M (DP) / % (n)
Idade (anos)	70,41 (±4,22)
Habilitações literárias	
3 ^a /4 ^a classe	13,31% (4)
Ciclo preparatório	6,72% (2)
Ciclo secundário	36,71% (11)
Bacharelato	3,32% (1)
Licenciatura	36,71% (11)
Mestrado	3,32% (1)
Tempo de doença atual (meses)	33,23 (±41,53)

Nas habilitações literárias, destaca-se que 43% da amostra revelou ter estudos superiores, apontando assim para uma amostra diferenciada. Podendo ser ou não uma particularidade desta instituição de saúde, os dados parecem divergir de estudos nacionais (Carneiro, Silva, & Jóluskin, 2017; Espanha & Ávila, 2016; Pedro, Amaral, & Escoval, 2016; Veiga & Serrão, 2016).

A variável tempo de doença atual obteve uma grande amplitude de resposta, situada entre 1 e 120 meses de doença. Esta informação parece autenticar na amostra a vivência de uma doença crônica, o que implica a necessidade da intervenção capacitar para o autocuidado.

Conforme ilustra a Tabela 3, a amostra expressou um nível de ativação moderado a alto. A sua maioria ($n= 18, 63\%$), revelou um nível de ativação 3 (inicia a ação de cuidados de saúde, podendo sentir falta de competências ou de confiança para manter comportamento).

Tabela 3

Níveis de ativação da amostra

Nível de ativação	% (n)
1º nível	6,66% (2)
2º nível	26, 66% (8)
3º nível	63,34% (18)
4º nível	3,33 (1)

Mais uma vez, este resultado parece ser o oposto do encontrado em estudos sobre ativação (Alexander, Hearld, Mittler, & Harvey, 2012; Hibbard & Cunningham, 2008), e em estudos internacionais sobre literacia em saúde nas pessoas idosas e com doença oncológica (Halverson et al., 2015; Papadakos et al., 2018).

De modo a conhecer um pouco mais os sujeitos com estes níveis de ativação concretos, na associação estabelecida entre variáveis importa sublinhar que os níveis mais altos de ativação obtidos (3 e 4) estão presentes em quase todas as categorias de habilitações literárias da amostra, conforme representado na Tabela 4.

Tabela 4**Níveis de ativação e habilitações literárias da amostra**

Nível de ativação	Habilitações literárias % (n)					
	3ª e 4ª classe	Ciclo preparatório	Ciclo secundário	Bacharelato	Licenciatura	Mestrado
1º nível	0	0	3,33% (1)	0	3,33% (1)	0
2º nível	0	6,66% (2)	10,00% (3)	3,33% (1)	6,66% (2)	0
3º nível	13,33% (4)	0	20,00% (6)	0	26,66% (8)	3,33% (1)
4º nível	0	0	3,3% (1)	0	0	0

A heterogeneidade dos sujeitos nas várias categorias de habilitações literárias, não permite estabelecer um padrão, o que pode dever-se ao tamanho da amostra. Nas categorias com mais sujeitos (ciclo preparatório e licenciatura), a maioria da amostra está no nível 3 de ativação. Não existem grandes diferenças no nível de ativação nestas duas categorias, pelo que seria interessante perceber se este fenómeno variava da mesma forma nas pessoas com menor escolaridade. Os sujeitos com 3ª e 4ª classe, foram posicionados no nível 3 de ativação, desconhecendo-se se será uma tendência ou um dado fruto do acaso. Independentemente do seu nível de literacia literária, as precauções universais da literacia em saúde implicam o pressuposto de que todas as pessoas têm risco de ter dificuldade em aceder aos serviços de saúde e compreender informação (Ballard & Hill, 2016), pelo que reforço a importância da intervenção do enfermeiro nesta área.

No que concerne à associação entre os níveis de ativação e o tempo de doença atual, exibida na Tabela 5, voltou-se a constatar a dispersão de respostas anteriormente referida, o que dificulta a extração de resultados estatisticamente relevantes.

Tabela 5**Níveis de ativação e média de tempo de doença atual da amostra**

Nível de ativação	% (n)	M (DP)
1º nível	6,66% (2)	114,00 (±8,49)
2º nível	26,66% (8)	25,62 (±38,97)
3º nível	63,34% (18)	29,42 (±37,65)
4º nível	3,33 (1) (2)	5,00

No seu conjunto, os resultados deste estudo parecem concluir que a maioria da amostra percebe uma capacidade para participar ativamente nos seus cuidados de saúde. Embora com várias interrogações, a estatística aqui apresentada visou um instrumento de grande valor para a prática clínica. As respostas de cada pessoa permitem uma intervenção de enfermagem individualizada, mobilizadora do Modelo Centrado na Pessoa (McCormack & McCance, 2006). Na agregação dos dados, parece ser possível inferir que a intervenção de enfermagem apoio-educação à pessoa idosa em consulta de enfermagem de cirurgia oncológica de urologia consiste numa estratégia de ativação, naturalmente favorecedora da capacidade de autocuidado. Considerando a importância da ativação no modelamento comportamental, o enfermeiro deverá estimular essa ativação, informando, encorajando e motivando para comportamentos de saúde; tal corresponde a uma boa prática de literacia em saúde (DGS, 2019b). O estudo permite também robustecer a necessidade de dar evidência ao Cuidado Fundamental (Feo & Kitson, 2016), do qual a eliminação urinária é exemplo.

Como implicação para a prática clínica, advogo que a identificação do nível de ativação seria uma abordagem interessante para se projetar uma intervenção educativa evolutiva e individualizada, de acordo com o conhecimento, a motivação e as capacidades da pessoa para participar na sua saúde e gestão da doença, configurando-se um fator preditor do autocuidado.

Como limitação do estudo, sublinho o número de sujeitos. Com um maior número poderia ser possível obter resultados estatisticamente significativos, pelo que, pretendo dar continuidade ao estudo num futuro próximo.

As recomendações dadas à equipa de enfermagem passam por disponibilizar informação pertinente, simples e clara; tornar a informação pessoalmente pertinente; repetir a informação as vezes que forem necessárias; dar tempo para que a informação seja processada; utilizar o método *teach back*; encorajar a pessoa idosa a partilhar dúvidas acerca da sua saúde; envolver a família; e, por último, reforçar os benefícios da adoção de comportamentos de saúde.

Outra atividade no âmbito deste objetivo específico de estágio foi a realização de uma sessão de formação em serviço, em data definida pelo mesmo, para apresentar o estudo supracitado, mas também para refletir sobre a intervenção do enfermeiro na ativação da pessoa idosa para o autocuidado da eliminação urinária (Apêndice I). Assim, a sessão “Pessoa Idosa com disfunção da eliminação urinária: ativação do enfermeiro para o autocuidado”, com a duração de 45 minutos, contou com a presença de 10 enfermeiros, incluindo de outras Unidades, o Enfermeiro Chefe e uma enfermeira estudante de mestrado em enfermagem. Na avaliação realizada à formação, os formandos manifestaram, por unanimidade, um grau de satisfação muito bom.

Por último, considerando que a participação em eventos científicos permite um maior conhecimento do desenvolvimento da investigação em enfermagem, de práticas inovadoras e do discurso contemporâneo sobre a saúde/doença e a sua implicação nas políticas de saúde e na organização dos cuidados à pessoa idosa e família, apresentei este estudo nas Ilas Jornadas de Enfermagem da Escola Superior de Saúde Egas Moniz – Cuidado Centrado na Pessoa sob a forma de comunicação oral “Cuidado centrado na pessoa idosa com disfunção da eliminação urinária em consulta de enfermagem: a ativação para o autocuidado” (Apêndice II), dando ênfase ao referencial teórico de enfermagem em uso. Com foco na investigação em enfermagem, o estudo foi também apresentado no VII Congresso Internacional Virtual Iberoamericano de Enfermería, com a comunicação oral “A ativação para o autocuidado da pessoa com disfunção da eliminação urinária: a investigação na prática de enfermagem” (Apêndice III).

2.2. Unidade de Cirurgia de Ambulatório de Urologia

2.2.1. Caracterização do contexto

A criação de Unidades de Cirurgia de Ambulatório (UCA) em urologia é hoje uma necessidade nos grandes centros hospitalares, permitindo um maior aproveitamento dos tempos operatórios e dos recursos humanos, técnicos e estruturais. Os elevados padrões de qualidade e segurança nos cuidados prestados por estas Unidades, assim como o descongestionamento dos serviços de internamento, contribuem para a prática de uma urologia que se quer científica e moderna, mas também humanizada e centrada nas necessidades da pessoa (SNS, 2017).

Este serviço integra o modelo de UCA autónoma dentro de uma unidade hospitalar (Mendonça et al., 2010). Funciona todos os dias úteis, com horário das 8 às 16 horas, e tem na sua equipa multidisciplinar: 17 urologistas, 14 enfermeiros (Enfermeira Chefe e três enfermeiras especialistas, uma delas à pessoa idosa), cinco assistentes operacionais e três assistentes administrativas técnicas. Na sua área de intervenção, possui uma sala de Recobro com quatro cadeirões, duas camas e duas macas e uma Sala de Bloco Operatório.

O estágio no serviço decorreu entre 4 de novembro de 2019 e 7 de fevereiro de 2020. Durante este período, foram realizadas 276 intervenções cirúrgicas; 70% em pessoas idosas.

2.2.2. Descrição e análise das atividades realizadas

Os objetivos específicos para este contexto de estágio são apresentados no Tabela 6, com as respetivas atividades realizadas.

Tabela 6

Objetivos específicos e atividades realizadas na Unidade de Cirurgia de Ambulatório de Urologia

Objetivos específicos	Atividades realizadas
Prestar cuidados de enfermagem à pessoa idosa com disfunção da eliminação urinária e sua família	<ul style="list-style-type: none"> - Identificação da estrutura física e organizacional do serviço e sua articulação com os outros - Identificação do percurso do utente - Colaboração na prestação de cuidados de enfermagem à pessoa idosa e família - Realização da formação Curso SBV-DAE
Colaborar na estruturação de uma consulta de enfermagem pré-operatória numa unidade de cirurgia de ambulatório	<ul style="list-style-type: none"> - Aplicação de um questionário à equipa de enfermagem sobre consulta de enfermagem pré-operatória e pessoa idosa em cirurgia de ambulatório - Sessão de formação em serviço “Consulta Pré-operatória, o que pensamos nós? Intervenção do enfermeiro para o autocuidado da pessoa idosa” - Construção de caixa de sugestões do projeto - Construção do dossier “A Pessoa Idosa em Cirurgia de Ambulatório” - Presença em consultas de enfermagem pré-operatórias de outro hospital - Elaboração do Projeto de Consulta de Enfermagem de Acompanhamento do Utente em Cirurgia de Ambulatório de Urologia - Reuniões com Direção de Enfermagem e peritos - Sessão de formação Workshop - Elaboração do guião da consulta de enfermagem pré-operatória ao utente em cirurgia de ambulatório de urologia - Elaboração do guia da orientação da intervenção de enfermagem contacto telefónico pós-operatório - Elaboração do Folheto Informativo “Guia de Acolhimento Utente”

	<ul style="list-style-type: none"> - Reformulação de folhetos informativos sobre cuidados perioperatórios - Criação da instrução de trabalho “Consulta de Enfermagem Pré-operatória” - Criação da instrução de trabalho “Circuito do Utente em Cirurgia do Ambulatório de Urologia” - Elaboração do guia de orientação da intervenção de enfermagem contacto telefónico pré-operatório - Realização de contacto telefónico de enfermagem pré-operatório - Realização de consulta de enfermagem pré-operatória - Elaboração de questionário de satisfação do utente - Elaboração de proposta de questionário de satisfação do utente à consulta de enfermagem pré-operatória - Participação na palestra “Estomaterapia/ostomias: Casos Clínicos” - Póster “Consulta de enfermagem pré-cirúrgica, autocuidado na pessoa com disfunção da eliminação urinária”, nas 1 Jornadas Pensar a Enfermagem Avançada no contexto atual dos cuidados de saúde - Comunicação livre “A pessoa idosa no centro de cuidados: uma consulta de enfermagem em cirurgia ambulatória”, nas IIas Jornadas de Enfermagem – Cuidado Centrado na Pessoa - Comunicação oral “<i>Consulta de enfermagem pré-operatória, uma prática de literacia em saúde e promoção do autocuidado</i>”, no XIX Congresso Nacional da AESOP - Comunicação oral “<i>Consulta de enfermagem pré-operatória em cirurgia ambulatória, que resultados para a pessoa idosa e família?</i>”, no 13º Congresso Nacional de ASECMA y IX Congreso Ibérico de Cirugía Mayor Ambulatoria
--	--

Prestar cuidados de enfermagem à pessoa idosa com disfunção da eliminação urinária e sua família

No âmbito da realização do projeto de estágio, vários foram os momentos de contacto com o serviço possibilitando-me um conhecimento sobre a sua estrutura física e organizacional e sobre o percurso do utente.

A intervenção de enfermagem em contexto de CA requer uma abordagem individualizada, avaliando a pessoa no seu todo para um restabelecer ou conservar a saúde e o bem-estar da pessoa, antes, durante e após a cirurgia (Associação dos Enfermeiros de Sala de Operações Portugueses, 2006). Neste pressuposto, a minha colaboração na prestação de cuidados de enfermagem à pessoa idosa e família incidiu, numa fase inicial, na avaliação da pessoa no dia da intervenção cirúrgica. Integrei o instrumento SPICES (Fulmer, 2019), dando-o a conhecer à equipa de enfermagem, identificando síndromes existentes e prevenindo complicações cirúrgicas e pós-operatórias, com os respetivos ensinamentos à pessoa e família.

Durante este período, apliquei o instrumento a 27 pessoas, sendo que as síndromes prevalentes foram, por ordem da sua incidência, a IU, distúrbios no sono relacionados com situações de noctúria, problemas com alimentação relacionadas com a ingestão de alguns alimentos desaconselhados para a situação de saúde, lesões cutâneas relacionadas com o uso de produtos absorventes ou pessoas com ostomias de eliminação urinária. De destacar que foram identificados três utentes com síndrome confusional e três com evidência de queda. Além destes, a avaliação à pessoa idosa permitiu-me identificar riscos de queda, exatamente pela presença de noctúria, risco de perda de integridade da pele, em concreto pelo uso de fraldas, disfunção erétil na pessoa submetida a prostactetomia e situações de obstipação. Por outro lado, esta atividade interpelou a equipa de enfermagem para um conhecimento específico sobre a avaliação da pessoa idosa, reconhecendo-me com um elemento de referência nesta área de intervenção.

No recobro, a minha ação dirigiu-se à vigilância do estado hemodinâmico da pessoa, avaliação de sinais vitais, controlo de drenagens e pensos, avaliação da dor, introdução e avaliação da tolerância a líquidos e avaliação de micção espontânea. Deste modo, atuei no controlo de sinais e sintomas decorrentes do processo cirúrgico, monitorizando os fatores desencadeantes de efeitos adversos

instituindo medidas de prevenção. De salientar que a função de diagnóstico e vigilância do enfermeiro, tem vindo a desenvolver-se e a revestir-se de extrema importância uma vez que a “vigilância prudente e a detecção precoce dos problemas são a primeira forma de defesa do doente” (Benner, 2001:121). Neste momento de pós-operatório, colaborei também no planeamento da alta envolvendo sempre o acompanhante presente, reforçando o ensino para o autocuidado, dando indicações sobre sintomas de alerta, alimentação, hidratação e atividade física.

Ao longo do estágio ocorreram duas situações de urgência no serviço, identificando-se na equipa a necessidade de atualização de conhecimento sobre suporte básico de vida, o que novamente se articula com a função diagnóstico e vigilância (Benner, 2001), a qual presume “detectar e determinar mudanças significativas do estado do doente; fornecer um sinal de alarme precoce; antecipar uma crise e uma deterioração do estado do doente, antes que os sinais explícitos confirmem o diagnóstico” (pág.122). Neste âmbito, e como formadora certificada nesta área, foi-me solicitada a realização da formação Curso Suporte Básico de Vida-Desfibrilhação Automática Externa (SBV-DAE), o qual incorporou a totalidade da equipa de enfermagem e dois elementos assistentes operacionais.

Colaborar na estruturação de uma consulta de enfermagem pré-operatória numa unidade de cirurgia de ambulatório

Como atividade extensível à fase de diagnóstico de situação iniciada no semestre anterior, elaborei um questionário de opinião à equipa de enfermagem sobre consulta de enfermagem pré-operatória e especificidades à pessoa idosa em CA. O instrumento foi apresentado à Enfermeira Orientadora, Enfermeira Chefe e Enfermeira Supervisora, obtendo a sua validação.

O questionário foi entregue em mão a cada elemento da equipa, num envelope fechado, acompanhado de consentimento informado, livre e esclarecido (Apêndice IV). Ao fim de uma semana, o mesmo foi devolvido por todos os enfermeiros, respeitando o anonimato e a confidencialidade dos dados.

Os dados obtidos revelaram que os enfermeiros percecionam a consulta de enfermagem pré-operatória com elevada importância para o serviço, visando vários objetivos. Outros achados prendem-se com a implementação da consulta no serviço; planeamento, fatores condicionantes e intervenção do enfermeiro. Às questões sobre a pessoa idosa nesta consulta, quatro enfermeiros não

responderam sendo que, dos respondentes, 50% considerou existir a necessidade de uma especificidade a esta pessoa, corroborando a literatura pesquisada (Carretas & Fonseca, 2017; Hamström et al., 2012; Mitchell, 2016; Samuelsson et al., 2018). O reconhecimento da individualização da pessoa idosa nestes questionários, deve-se à necessidade de presença de um acompanhante, de possíveis alterações de capacidades (cognitivas, sensoriais) e de adaptação da linguagem utilizada pelo enfermeiro.

Este retrato da realidade fez-me inferir a necessidade de realizar uma sessão de formação à equipa com os objetivos de: refletir sobre a pertinência da consulta de enfermagem pré-operatória como intervenção de autocuidado, nomeadamente à pessoa idosa; apresentar os resultados do questionário realizado à equipa de enfermagem do serviço; discutir estratégias de implementação da consulta de enfermagem pré-operatória.

Para a presença de toda equipa, o planeamento e a divulgação atempada desta sessão de formação respeitou os períodos de férias de alguns elementos, realizando-se a mesma no início de dezembro (Apêndice V). A sessão “Consulta Pré-operatória, o que pensamos nós? Intervenção do enfermeiro para o autocuidado da pessoa idosa”, com a duração de 50 minutos, contou com a presença da Enfermeira Chefe e da totalidade da equipa de enfermagem. Com recurso a uma metodologia expositiva, foi sublinhada a importância da consulta de enfermagem pré-operatória para a pessoa idosa em CA, apresentados os resultados dos questionários e o planeamento concebido para a implementação da consulta no serviço. Seguidamente, com uma metodologia participativa, a equipa partilhou experiências, refletiu sobre a prestação de cuidados, mobilizou conhecimento e sugeriu propostas para a consulta. Para a inclusão de outras ideias neste planeamento, definiu-se a construção de uma caixa de sugestões do projeto colocada numa sala do serviço. Em suma, constatou-se um sentido de compromisso da equipa em participar ativamente no desenvolvimento da implementação da consulta no serviço. A apreciação global da sessão de formação foi muito positiva, sendo a sua avaliação de muito bom.

O exercício de reflexão anterior evidenciou a necessidade de pôr em perspetiva as especificidades da pessoa idosa em contexto de CA, pelo que, e constituindo-se um instrumento formativo para o serviço, elaborei o Dossier “A Pessoa Idosa em Cirurgia de Ambulatório”, compilando evidência científica recente.

Para maior robustez do meu conhecimento, e após autorização da Direção de Enfermagem, assisti a consultas de enfermagem pré-operatórias realizadas num outro hospital do mesmo Centro Hospitalar, discutindo e partilhando informação sobre a organização da consulta com os enfermeiros responsáveis pelo seu funcionamento.

Com diferentes aportes, elaborei o Projeto de Consulta de Enfermagem de Acompanhamento ao Utente em Cirurgia de Ambulatório de Urologia (Apêndice VI), requerido para a aprovação da Direção de Enfermagem e Direção do Serviço.

No decurso da estruturação da implementação da consulta de enfermagem pré-operatória no serviço, realizei várias reuniões: com a Enfermeira Supervisora que monitorizou todo o processo, com a Direção Clínica para conhecimento e aprovação, com a Administradora da área para autorização da criação do ato de enfermagem em desktop e com o enfermeiro do grupo de trabalho do desktop de enfermagem do Centro Hospitalar. Com este último, aprendi a utilizar o desktop de enfermagem bem como, a realizar registos informáticos através da utilização da plataforma Glintt. Esta consiste num registo de saúde eletrónico com linguagem codificada da Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem (CIPE).

Neste contexto clínico, os registos de enfermagem são realizados em dois sistemas de informação distintos - papel e informático, de acordo com a área de intervenção do enfermeiro. A utilização simultânea de dois sistemas de informação pode ter impacto na segurança da pessoa, com a possibilidade de ocorrência de erros e/ou eventos adversos, na privacidade e confidencialidade dos dados clínicos, na tomada de decisão, na gestão clínica e financeira e ainda, na produção de informação útil para a investigação científica. Deste modo, a informatização dos registos de enfermagem na consulta de enfermagem poderá facilitar a uniformização das suas práticas, promovendo maior eficiência e eficácia da atuação, incrementando o seu papel na equipa multidisciplinar, visando, desta forma, uma melhoria contínua da qualidade dos cuidados.

Para uma maior adequação deste registo à consulta de enfermagem, reformulei o Manual de Utilizador do Desktop de Enfermagem do Centro Hospitalar, disponibilizando-o a toda à equipa através dos computadores do serviço.

A valorização pré-operatória faz parte de um processo organizado para um cuidado seguro, eficaz e eficiente que garanta a atenção integral da pessoa, pelo que deve estar bem documentado e sustentando em protocolos de atuação. Com

este propósito, ancorada na literatura científica e na experiência desenvolvida, construí um guião da consulta de enfermagem pré-operatória ao utente em cirurgia de ambulatório de urologia, O documento contempla orientações sobre a educação ao utente e família (Engelke & Schub,2016), uma checklist da intervenção de enfermagem apoio-educação e uma lista de diagnósticos de enfermagem na pessoa com alterações da eliminação urinária proposta para CA. Como mais um mecanismo de vinculação da equipa de enfermagem, realizei uma sessão de formação em serviço em formato de *workshop* para que, de forma individual e em conjunto, o mesmo fosse analisado, discutido e aprovado. A metodologia escolhida para o Workshop Implementação da consulta de enfermagem pré-operatória foi a análise SWOT, em grupos de três pessoas, ocorrendo a sessão em dois momentos distintos com intervalo de uma semana. No primeiro momento foi apresentado o conteúdo do guião da consulta de enfermagem pré-operatória, a sua fundamentação científica, a metodologia de trabalho e a constituição dos grupos. O segundo momento foi dirigido à recolha dos dados da análise SWOT produzida pelos grupos e à discussão conjunta dos resultados. Os dois momentos contaram com a presença da Enfermeira Chefe e de toda a equipa.

Como resultados desta sessão, e no campo das forças, os grupos destacaram o facto de ser um guião bem documentando e permitir a sistematização da consulta de enfermagem pré-operatória em todos os elementos da equipa de enfermagem. As ameaças encontradas registaram-se na possível falta de acesso à equipa médica, para pedir prescrição de exames pré-operatórios que a pessoa ainda não tenha realizado para a intervenção cirúrgica, falta de um médico de apoio à consulta, não alinhamento do timing da consulta de enfermagem com a consulta de anestesia e inexistência de um protocolo de anticoagulantes e antiagregantes. A maior fraqueza identificada deve-se ao suporte informático do serviço, uma vez que este não tem criado o ato da consulta de enfermagem pré-operatória. Sucederam as mudanças que ocorrem frequentemente no plano operatório semanal. Quanto às oportunidades, a equipa realçou a otimização no acolhimento e preparação do utente no dia da cirurgia, a melhoria da segurança do utente e família, a redução de custos, a possibilidade de dar visibilidade a práticas de enfermagem já existentes mas que não são registadas, o envolvimento da família nos cuidados de saúde, a melhoria da comunicação e do trabalho da equipa de enfermagem.

Neste momento de formação foram tomadas decisões sobre vários aspetos organizativos da consulta. A saber, os horários de agenda da consulta (60 minutos entre cada consulta), os dias de consulta (de quarta a sexta-feira) e o gabinete para a realização da mesma. Definiu-se igualmente que o contacto telefónico de enfermagem no pós-operatório passaria a ser registado em sistema de informação informático, discutindo o documento orientador para esta intervenção e a minuta do registo livre de enfermagem por mim produzidos e apresentados à equipa neste dia. Sendo uma prática que como todas as outras tem uma dimensão ética associada, o atendimento telefónico de enfermagem deverá respeitar a privacidade e a confidencialidade dos dados do utente (Souza-Júnior, Mendes, Mazzo, & Godoy, 2016). O acompanhamento por telefone é uma intervenção de enfermagem estabelecida pela Classificação Internacional de Enfermagem que permite monitorizar as condições de saúde do utente. Neste caso concreto, é uma intervenção de “follow-up” em cirurgia de ambulatório (Freire & Branco, 2012; Peate, 2015), indicada para despistar complicações, esclarecer dúvidas, reforçar orientações educativas, evitar deslocações ao serviço de urgência, diminuir custos em saúde, aumentar o vínculo com os profissionais e a satisfação de quem recebe os cuidados (Cardozo et al., 2017). Neste momento conjunto, decidiu-se que a marcação deste ato de enfermagem no sistema informático ocorreria no dia da alta clínica.

Resultante da sessão de formação, além da versão final do guião da consulta de enfermagem pré-operatória ao utente em cirurgia de ambulatório de urologia, elaborei o guia de orientação da intervenção de enfermagem contacto telefónico pós-operatório (Apêndice VII).

As atividades anteriormente apresentadas serviram para identificar os recursos (físicos e humanos) disponíveis no serviço, a sua cultura e de que forma esta poderá influenciar a forma de cuidar e a liderança de enfermagem, decorrente da influência que o contexto tem para a qualidade dos cuidados fundamentais centrados na pessoa (Kitson, 2018; McCormack & McCance, 2006).

Como estratégia de literacia em saúde (DGS, 2019b), prática de cuidado centrado na pessoa e ainda, enquanto suporte à realização da consulta de enfermagem pré-operatória, elaborei o Folheto Informativo “Guia de Acolhimento Utente”. Para tal, a consulta de folhetos existentes noutras instituições e a revisão de literatura constituíram as fontes de conhecimento para a versão preliminar deste

folheto. Com o intuito de o otimizar e adaptar às necessidades do serviço, distribuí-o pela equipa de enfermagem e pela Enfermeira Chefe, recolhendo as suas sugestões. De igual modo, apresentei o folheto à Enfermeira Supervisora. Após auscultar os vários profissionais, o folheto foi aperfeiçoado dando origem ao Folheto Informativo Guia de Acolhimento do Utente (Apêndice VIII), ao qual foi atribuído um código IPM (modo de gestão da qualidade da organização dos documentos do serviço). O documento visa informar o utente e família sobre os requisitos necessários da cirurgia de ambulatório, os cuidados perioperatórios e o contacto do serviço. O mesmo também permite realizar o ensino, atuando como um meio facilitador no acesso e na compreensão da informação. Ao contribuir para a literacia em saúde, promove-se o envolvimento e a participação nos cuidados de saúde. Também para o enfermeiro que realiza a consulta, considero que este folheto informativo é benéfico, operando como um guia orientador, promovendo o acesso à informação de um modo mais estruturado e minimizando esquecimentos de informação. O mesmo concorre para o dever da excelência do exercício profissional (artº 88, OE, 2005).

Com as mesmas intenções, procedi à reformulação e devida atualização dos folhetos informativos existentes no serviço sobre banho cirúrgico e cuidados inerentes a determinadas intervenções cirúrgicas. Como referido no contexto de estágio anterior, além de uma estratégia de literacia em saúde (DGS, 2019b), estas medidas de correção pretendem salvaguardar a segurança e a qualidade dos cuidados. Devolvi os materiais à equipa e só após a sua aprovação, foi produzida a versão final atribuindo novamente um código IPM.

No seguimento destas produções escritas, e sendo o serviço um contexto acreditado pela entidade SGS de acordo com a Norma Portuguesa ISO 9001: 2015, tendo tido a possibilidade de estar presente numa reunião com a auditora externa do serviço, elaborei a instrução de trabalho “Consulta de Enfermagem Pré-operatória” (Apêndice IX), aprovada e assinada pela Direção do serviço. A criação desta instrução de trabalho teve por objetivo sistematizar a abordagem do enfermeiro na consulta pré-operatória de urologia. De igual modo, elaborei a instrução de trabalho “Circuito do Utente em Cirurgia de Ambulatório de Urologia” (Apêndice X), com os seguintes objetivos: descrever o circuito do utente em Cirurgia de Ambulatório de Urologia; garantir os procedimentos de segurança ao utente em Cirurgia de Ambulatório de Urologia.

Enquanto se estabeleciam as condições de implementação da consulta de enfermagem pré-operatória, e com o intuito de testar o atendimento de enfermagem pré-operatório, no princípio do mês de janeiro realizei a atividade contacto telefónico de enfermagem pré-operatório (24h antes da cirurgia), avaliando o estado de saúde do utente e relembrando os principais aspetos inerentes à preparação cirúrgica em regime ambulatorio (Associação dos Enfermeiros de Sala de Operações Portugueses, 2006). O processo de cuidados inerente à consulta telefónica de enfermagem precisa de ser sustentado numa metodologia que garanta a segurança da pessoa pelo que, elaborei um guia de orientação da intervenção de enfermagem contacto telefónico pré-operatório (Apêndice XI), utilizando como referência o formulário disponível no site da Associação Portuguesa de Cirurgia Ambulatória ao qual acrescentei informação específica sobre preparação pré-operatória na CA.

No total, realizei 34 contactos telefónicos pré-operatórios, dos quais 19 foram a pessoas idosas. Quando no primeiro contacto a pessoa não atendia, repetia o contacto. Na maioria dos casos foi sempre o próprio utente que atendeu o telefone. O que verifiquei com esta intervenção foi um grande contributo na gestão do plano operatório. De forma mais eficaz, identifiquei atempadamente falhas na admissão, bem como situações de utentes que iriam ser chumbados no dia da cirurgia porque não reuniam condições anestésicas/cirúrgicas ou porque tinham alterações da sua condição clínica. São exemplificativos os casos de pessoas com febre, pessoas idosas com co-morbilidades impeditivas da realização da intervenção cirúrgica em regime ambulatorio, pessoas sem critérios de elegibilidade para CA (vivem a mais de 60 minutos do hospital e não têm acompanhante), pessoas que não suspenderam terapêutica anticoagulante. Outros achados de relevo versaram a identificação de pessoas com infeção urinária, pessoas sem conhecimento sobre a realização do banho cirúrgico, pessoas com ansiedade perioperatória, pessoas e família sem conhecimento sobre o procedimento cirúrgico, os pressupostos da CA e ainda, sobre a marcação da cirurgia. As várias situações foram alvo da minha intervenção apoio-educação encaminhando, sempre que necessário, para outros profissionais de saúde do serviço. Além de um cuidado e capacitação da pessoa para a experiência cirúrgica, tratou-se de liderar uma estratégia inovadora de prevenção e controlo do risco cirúrgico associado aos cuidados perioperatórios, visando uma cultura de segurança cirúrgica numa perspetiva interprofissional.

Após as devidas autorizações hierárquicas e execução das várias etapas de planeamento, a consulta de enfermagem pré-operatória teve início no dia 15 de janeiro, com uma responsabilidade inicial maior de duas enfermeiras. Na véspera do dia da consulta, o enfermeiro acede ao processo clínico do utente verificando a existência dos exames complementares de diagnóstico pré-operatórios necessários à realização da intervenção cirúrgica (análises laboratoriais, urocultura, Rx tórax, ECG). Para que nesta consulta os enfermeiros não se tornem dactilógrafos com os registos informáticos, e deem atenção à pessoa como uma totalidade única, criando um ambiente propício à humanização dos cuidados (Artº 89, OE, 2001), desenvolvi a estratégia de imprimir a colheita de dados do utente existente no processo clínico, manuscrevendo neste sistema de informação os dados da pessoa. No final de todas as consultas do dia, o enfermeiro elabora o registo informático. Esta prática de registos foi também implementada pela equipa que faz o acolhimento à pessoa no dia da intervenção cirúrgica.

No dia da consulta pré-operatória, o enfermeiro prepara o ambiente validando a presença dos recursos materiais necessários (balança, esfigmomanómetro, esponjas cirúrgicas com folheto informativo, meias elásticas, folheto informativo “Guia de Acolhimento Utente”, escala da dor, folhetos informativos dos procedimentos cirúrgicos, *pen* com vídeo do serviço, placar “Em Consulta, Não Incomodar”, cartaz com imagem do aparelho urinário). De mencionar, a necessidade de otimizar o gabinete da consulta com a aquisição de escalas de avaliação da dor, produção do placar e cartaz acima referidos bem como, a produção do vídeo do circuito do utente no serviço; sugestão dada na caixa destinada a esse fim cuja realização foi da autoria de uma assistente operacional. Sabendo que os fatores contextuais são um fator influente ao nível da saúde e bem-estar, da segurança e da qualidade de vida da pessoa idosa (Batt-Rawden & Storlien, 2019), corroborando o cuidado fundamental centrado na pessoa (Kitson, 2018; McCormack & McCance, 2006), implementei a intervenção de enfermagem musicoterapia durante a ocorrência de toda a consulta.

O acolhimento da consulta inicia-se na sala de espera do serviço, onde o enfermeiro vai chamar o utente, apresentando-se pelo nome e cumprimentando o mesmo. A estruturação da consulta segue os vários momentos contemplados na instrução de trabalho produzida, terminando com uma visita ao serviço ou, quando

as condições do mesmo não o permitem, com a apresentação do vídeo do circuito do utente no serviço.

No conjunto das 52 consultas que realizei até terminar o estágio, 30 foram a pessoas idosas, nas quais identifiquei diversos problemas de saúde, embora uns mais frequentes do que outros. Identifiquei pessoas com hipertensão arterial diagnosticada, mas que não fazem qualquer gestão da doença ou que fazem o mesmo medicamento há 20 anos sem qualquer acompanhamento médico. Nestes casos, respeitando a minha margem de influência, contactei telefonicamente os enfermeiros do Centro de Saúde do utente, referenciando e encaminhando os mesmos, cumprindo o seu direito ao cuidado (artº 83, OE, 2005). Aqui saliento que a transição entre os diversos níveis de cuidados de saúde constitui uma vulnerabilidade para a pessoa idosa, comprometendo a continuidade de cuidados (Malley et al., 2015; Mitchell, 2016). Procedi de igual forma nos casos de pessoas idosas com excesso de peso, estilos de vida sedentária e risco de fraturas.

A consulta pré-operatória permitiu identificar várias pessoas que tinham outros atos de cuidados de saúde marcados durante o período perioperatório, mas que os mesmos não eram compatíveis com a intervenção cirúrgica marcada. Deste modo, em articulação com outros profissionais de saúde, com outras instituições, conseguiu-se intervir no seu reagendamento. Ao nível do planeamento e gestão cirúrgica, casos de pessoas com consulta de anestesia marcada para data posterior à cirurgia; pessoas que após a apreciação de enfermagem, e em comunicação com o médico assistente, deixaram de ter indicação cirúrgica ou passaram a incluir o programa da cirurgia convencional; pessoas com intervenção cirúrgica marcada, mas sem exames pré-operatórios pedidos e/ou realizados. Nestes casos, passou a ser normalizada a prática de prescrição e realização dos respetivos exames durante a consulta de enfermagem. Por último, pessoas com urocultura positiva o que carecia de articulação com o médico assistente.

Esta comunicação com a equipa médica tinha sido percecionada pela equipa de enfermagem como uma fragilidade à implementação da consulta, o que tal não se veio a verificar. Nestes casos, fica agendado o dia em que o utente contacta o serviço para ser informado do novo resultado. Como os utentes relataram dificuldades no contacto telefónico com o serviço, passou a ser a enfermeira a fazer este contacto para o utente, de acordo com o dia em que sai o resultado, antecipando assim a necessidade de toma de antibiótico ou de internamento na

véspera à cirurgia, de acordo com indicação médica. Conforme apresentado, ao estabelecer uma relação de compromisso com a pessoa, integrar as suas necessidades de cuidado e assegurar que o sistema de saúde responde a essas necessidades, esta consulta vem corporalizar o Cuidado Fundamental (Kitson, 2018).

O consentimento informado cirúrgico é entregue a todos os utentes na consulta, sendo que a maioria prefere assinar e entregar de imediato, ficando o mesmo arquivado no seu processo clínico. Esta tinha sido outra fragilidade apontada pela equipa de enfermagem à implementação da consulta pré-operatória no serviço.

De referir que o Diretor do serviço criou uma base de dados desta consulta, partilhada com a equipa médica e de enfermagem. Aqui, a enfermeira regista informação clínica essencial para o médico assistente ter conhecimento, corroborando recomendações internacionais (Neves & Barnett, 2018). Esta atividade veio igualmente fortalecer a eficácia da comunicação contínua entre as duas equipas, potenciadora de uma disponibilidade e incentivos constantes.

O portfólio dos diagnósticos de enfermagem mais identificados nas consultas que realizei contemplou: conhecimento sobre o processo cirúrgico diminuído, conhecimento sobre a doença diminuído, ansiedade atual, autoestima diminuída e continuidade de cuidados comprometida. Estes achados aproximam-se da literatura consultada (Lima, Nunes, Alvarez, Valcarenghi, & Bezerra, 2015).

Globalmente, sintetizo como intervenções de enfermagem nesta consulta: acolhimento; identificar necessidades relevantes para a pessoa e família; apoio-educação inerente ao processo cirúrgico capacitando para a gestão da experiência cirúrgica; valorizar o potencial da pessoa e família na vivência do processo de transição saúde-doença; maximizar a prevenção, intervenção e o controlo da infeção; gestão de sintomas; informar sobre gestão do processo de saúde-doença (alimentação, hidratação, regime medicamentoso, eliminação, sono e sexualidade); prevenir complicações; documentar a implementação das intervenções realizadas, envolvendo sempre que possível o utente e a família. Tendo em conta os postulados de Benner (2001), esta consulta exhibe a função de educação e guia, isto é, "(...) educar o doente para a intervenção cirúrgica e, depois, para a recuperação (...) [os enfermeiros] avisam os doentes sobre o que devem esperar, corrigem as más interpretações e fornecem explicações quando se produzem mudanças físicas (...) tornam familiar aquilo que assusta ou que é estranho ao doente" (pág. 91).

Ao nível da literacia em saúde, a consulta de enfermagem visou facilitar o acesso da pessoa à informação fidedigna, ajudar a pessoa a compreender a informação, validar a sua compreensão da informação, ativando recursos que permitam a tomada de decisões informadas, ou seja, promoção do autocuidado (Orem, 2001). Como estratégias pedagógicas, assinala-se o uso de linguagem simples, concisa e numérica, com perguntas abertas, a demonstração, o recurso ao suporte escrito da informação a reter, o uso de materiais educativos e a aplicação do método *teach back*, determinando o grau de compreensão da informação pela pessoa (DSG, 2019b).

A sexualidade da pessoa idosa encerrou uma dimensão de maior constrangimento para as enfermeiras que estavam comigo na consulta, corroborando a literatura consultada (Brennan-Ing et al., 2018; Vilelas, Hassamo, Vieira, & Branco, 2014). Como tinha sido percecionado no estágio anterior, a sexualidade representa uma parte da saúde geral da pessoa idosa (Saraiva, Rosas, Valente, & Marques, 2017), pelo que a falta de familiaridade dos profissionais induz o subestimar ou o ignorar as potencialidades sexuais na velhice. Na apreciação à pessoa idosa, identifiquei o diagnóstico de enfermagem disfunção sexual, o qual não estava contemplado no sistema informático do hospital. Deste modo, no último dia de estágio enviei um mail à Enfermeira Supervisora responsável pelos registos informáticos de modo a ser possível integrar este diagnóstico de enfermagem CIPE 2 no respetivo sistema.

Em jeito de avaliação da consulta, os utentes manifestaram verbalmente uma satisfação pela informação de saúde que passaram a deter (procedimento cirúrgico, circuito cirúrgico, cuidados perioperatórios), uma maior segurança nos cuidados de saúde e uma menor ansiedade perioperatória, conforme atestam os relatos seguintes: “estou espantado com este momento, muito interessante o que eu aprendi aqui hoje”; “que excelente momento este, nunca tinha tido antes em nenhuma cirurgia que fiz”; “é um ato de humanização”; “fiquei muito satisfeita de me terem vindo chamar para estar presente na consulta do meu pai uma vez que assim fico verdadeiramente informada, e isso nunca aconteceu”; “põem sempre esta música tão relaxante para a pessoa? É que funciona mesmo!”. No último dia de estágio, um utente com 89 anos, durante a nossa interação na consulta, interrompeu-me e disse: “estou estupefacto, já fui a tantos serviços de saúde, já fiz tantas cirurgias, no público e no privado, e nunca fui tão bem informado”,

expressando o seu louvor por escrito no Gabinete de Utente do hospital. Depois de analisar o presente agradecimento, a Diretora de Enfermagem do Centro Hospitalar enviou um ofício para o serviço felicitando o reconhecimento do trabalho desenvolvido e dedicação no cuidar.

No conjunto das opiniões recolhidas, especulo uma certa tendência nos serviços de saúde de arredar a pessoa da sua informação de saúde, sendo que, como parece ser evidente, esta proporciona satisfação, bem-estar e segurança à pessoa. Por outro lado, o destaque para a musicoterapia enquanto uma intervenção bem tolerada e eficaz para a mudança de estados emocionais, facilitando a criação de um ambiente de confiança e de segurança clínica na pessoa idosa (Sanchèz Guio, Barranco Obis, Millám Vivente, & Formies Baquedano, 2017).

Neste corolário, as dimensões de avaliação da consulta de enfermagem pré-operatória que se tornaram mais evidentes na pessoa idosa e família foram: o atendimento e a simpatia das enfermeiras, a atenção e o interesse pela sua situação de saúde, a informação e o esclarecimento de dúvidas, a explicação dos procedimentos, o ensino dos cuidados a ter no domicílio e a confiança transmitida; elementos centrais do Cuidado Fundamental e do Modelo Centrado na Pessoa (Kitson, 2018; McCormack & McCance, 2006). Os utentes referiram que depois desta consulta sentem maior capacidade para tomar decisões informadas, mais motivação para aderir aos seus cuidados de saúde, diminuição da ansiedade face ao processo cirúrgico e com os cuidados a desenvolver para a sua saúde.

A satisfação é uma perceção individual ligada à realização de uma expectativa ou satisfação de uma necessidade, pelo indivíduo ou com intervenção de outros, cuja avaliação se realiza na perspetiva da pessoa (Roque, Veloso, & Ferreira, 2016). A satisfação do utente é um conceito que, numa perspetiva teórica, refere-se ao leque variado de reações da pessoa perante os cuidados de saúde (Fernandes, Fernandes, & Almeida, 2019). Assim, a avaliação do grau de satisfação com a qualidade dos cuidados de saúde tem vindo a destacar-se no campo da investigação, uma vez que parece ser um fator determinante para a utilização dos serviços (Berhane & Enqueselassie, 2016; MacAllister, Zimring, & Ryherd, 2016). Com o meu pensamento ancorado no Modelo Centrado na Pessoa (McCormack & McCance, 2006), a satisfação com os cuidados de saúde é um resultado desejável, o qual, por sua vez, parece ser um indicador de resultados em saúde permitindo às instituições dar resposta às necessidades dos seus usuários.

Consequentemente, melhorar a qualidade do seu serviço. Ao mobilizar evidência sobre este assunto, e com inspiração no questionário European Task Force on Patient Evaluation of General Practice Care (EUROPEP), amplamente usado para avaliar a satisfação dos utentes com os cuidados de saúde primários (Roque, Veloso, & Ferreira, 2016), elaborei uma proposta de questionário de satisfação do utente no serviço (Apêndice XII), o qual foi aceite pela equipa e pela Enfermeira Chefe, que passou à sua codificação e implementação. De igual modo, elaborei uma proposta de questionário de satisfação do utente na consulta de enfermagem pré-operatória. O mesmo ficou no serviço como sugestão de implementação futura.

Para a equipa, também foi possível identificar fatores de satisfação, concretamente, a equipa que faz o acolhimento do utente no dia da cirurgia referiu uma maior eficácia na abordagem do enfermeiro permitindo uma continuidade de cuidados, exercendo assim o dever da excelência do exercício (artº 88, OE, 2005). Também foi muito interessante ouvir este relato de uma enfermeira perita no serviço: “conhecia aquele utente há tanto tempo, mas na verdade pouco sabia dele.

Sobre a presença da família na consulta pré-operatória, a minha experiência permite-me dizer que existiram muitas pessoas idosas a virem sozinhas; potencial indicador de autonomia e envelhecimento ativo pois, quando questionados, os utentes referiram não ter necessidade de acompanhamento. Porém, quando acompanhados verifiquei ser uma prática recorrente a família ficar sentada na sala de espera. Com os devidos cuidados de intrusão, quando explicado à pessoa que a família pode e deve estar presente na consulta de enfermagem, apesar de naturalmente ser uma decisão individual e atendendo ao respeito pela intimidade (artº 86, OE, 2005), a pessoa idosa escolhia sempre ter a presença da família. A responsabilidade do enfermeiro passar por identificar e fortalecer as redes de apoio da pessoa idosa (OMS, 2015), envolver os seus familiares em ações de literacia em saúde e de mudança de comportamentos, já que são elementos influentes e de suporte no processo de tomada de decisão (DGS, 2019b). De igual modo, esta intervenção tem sido recomendada para melhorar a segurança e a qualidade dos cuidados de saúde, reconhecendo-se que a presença da família diminui a ansiedade familiar, melhorando a perceção da prestação de cuidados e a satisfação da pessoa, fundindo o cuidado centrado na pessoa (Feo & Kitson, 2016, Gasparin, Champagne, Stephany, Hudson, & Fuchs, 2015, Mackiea, Mitchell, & Marshall, 2018).

Ao fim de duas semanas de implementação da consulta, recebemos uma auditoria aos registos informáticos pelo grupo de trabalho do desktop de enfermagem da instituição, na qual esteve presente toda a equipa para esclarecimento de dúvidas. Também nesta fase, dei *feedback* escrito à Enfermeira Supervisora sobre o estado da arte da consulta implementada.

A realização da consulta de enfermagem pré-operatória durante três semanas, tornou visível que a mesma é profícua para suprimir a problemática que identifiquei na etapa de diagnóstico de situação, ou seja, o cancelamento de cirurgias por incumprimento dos critérios de CA/requisitos pré-operatórios (suspensão da terapêutica anticoagulante/antiagregante, antibioterapia profilática pré-operatória).

De realçar o maior empenho de um grupo de três enfermeiras, com interesse em abraçar este projeto, ficando as mesmas responsáveis pela consulta após o término do estágio. A minha intenção foi formar uma equipa restrita para um atendimento centrado na pessoa, de forma a ganhar confiança e segurança na realização da consulta de enfermagem pré-operatória para posteriormente replicar esta filosofia de cuidados a todos os elementos. Ainda assim, acentuo a partilha constante de ideias com a totalidade dos enfermeiros desde o início do projeto, permitindo uma construção conjunta de saberes e uma alavancagem para a transformação das práticas e dos próprios indivíduos.

Tendo em conta a presença de pessoas com ostomia de eliminação urinária na consulta, e para um maior conhecimento na gestão das alterações e incapacidades impostas pela doença crónica, nomeadamente a alteração da imagem corporal, frequentei a palestra “Estomaterapia/ostomias: Casos Clínicos” organizada pela Bwizer (Anexo II), contributiva para o dever de excelência do exercício (artº 88, OE, 2005).

Devido à fundamentação apresentada no contexto de estágio anterior, apresentei a intervenção consulta de enfermagem pré-operatória em vários eventos científicos. Ainda em fase de planeamento da implementação da intervenção, e enquanto exemplo de uma prática de enfermagem avançada, apresentei o póster “Consulta de enfermagem pré-cirúrgica, autocuidado na pessoa com disfunção da eliminação urinária” nas 1 Jornadas Pensar a Enfermagem Avançada no contexto atual dos cuidados de saúde, realizadas na Escola Superior de Enfermagem de Lisboa (Apêndice XIII). Sendo uma intervenção sustentada no referencial teórico Modelo Centrado na Pessoa (McCormack & McCance, 2006), apresentei a

comunicação livre “A pessoa idosa no centro de cuidados: uma consulta de enfermagem em cirurgia ambulatoria”, nas IIas Jornadas de Enfermagem – Cuidado Centrado na Pessoa (Apêndice XIV).

Na sequência da pandemia Covid 19, foram adiadas para outubro as comunicações orais aceites:

-“Consulta de enfermagem pré-operatória, uma prática de literacia em saúde e promoção do autocuidado”, no XIX Congresso Nacional da AESOP em Gondomar;

-“Consulta de enfermagem pré-operatória em cirurgia ambulatoria, que resultados para a pessoa idosa e família?”, no 13º Congresso Nacional de ASECOMA y IX Congreso Ibérico de Cirugía Mayor Ambulatoria em Madrid.

2.3. Dimensões éticas

Este percurso de estágio pautou-se pelo respeito dos princípios éticos e deontológicos que regem a profissão de enfermagem, dando cumprimento ao Código Deontológico do Enfermeiro (OE, 2005). Apesar da referenciação ao longo do capítulo, a minha ação em estágio salvaguardou os direitos da pessoa idosa, promovendo a sua independência e autocuidado (artº 81), os direitos à vida e à qualidade de vida (artº 82), o dever de informar (artº 84), informando a pessoa e família sobre os cuidados de enfermagem, sobre os recursos de saúde a que podem ter acesso bem como a forma de os obter, exercendo assim práticas de literacia em saúde (DGS, 2019b), promotoras da ativação e do autocuidado. Concretamente na pessoa idosa, a promoção da literacia em saúde torna-se um requisito necessário para a defesa do princípio ético do direito à informação e autonomia, o que implica o respeito pela sua escolha individual, pela sua dignidade e integridade (OMS, 2015).

Conforme referido no capítulo anterior, as políticas nacionais de saúde consagram ao cidadão o direito a ser informado sobre o seu estado de saúde, sobre as alternativas de tratamento que lhe são propostas e sobre a evolução provável do seu estado de saúde (DGS, 2015b). Ainda sobre o dever de informar, destaco, em diferentes momentos do estágio, a defesa e a promoção do direito da pessoa ao consentimento informado, livre e esclarecido.

Nesta produção académica, intencionalmente não foram identificadas as instituições de estágio, garantindo o anonimato de todos os atores envolvidos e a

confidencialidade das diversas informações, exercendo o dever do sigilo (artº 85, OE, 2005).

Por último, a incessante procura pela atualização dos meus conhecimentos e a análise regular da minha prática, contribuíram para o dever da excelência do exercício (artº 88, OE, 2005).

3. DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS

A realização do Estágio e o Projeto de Intervenção possibilitaram uma aprendizagem de conteúdos, metodologias e uma identidade de enfermeira mestre e especializada no cuidado à pessoa idosa. Num processo dialético de reflexão-ação-reflexão, contínuo e sistemático, partilhando aprendizagens e adequando-as ao contexto, tracei um percurso dinâmico, motivador, responsável e responsabilizante dos vários intervenientes. A prática reflexiva sobre a intervenção especializada do enfermeiro à pessoa idosa, aliada a um cuidado fundamental centrado na pessoa e família, envolvendo-os em todo o processo de cuidar, rumo à independência e ao bem-estar, revelou-se fundamental para a mobilização, integrada e contextualizada, de saberes de diferentes naturezas. Mais concretamente, sobre o processo cirúrgico da pessoa idosa com alterações da eliminação urinária.

Revisitando os objetivos gerais e específicos e as atividades desenvolvidas, perceciono nesta trajetória o desenvolvimento de várias competências comuns do Enfermeiro Especialista (OE, 2019), particularmente, no domínio da responsabilidade profissional, ética e legal, gerindo e avaliando efetivamente processos de tomada de decisão ética de maior complexidade; no domínio da melhoria contínua da qualidade, através da implementação de boas práticas no processo de cuidados de enfermagem e concretização, com eficácia e eficiência, dos objetivos propostos e atividades da sua responsabilidade e as que lhe são solicitadas; no domínio da gestão dos cuidados, potencializando o processo de cuidados ao nível da tomada de decisão na realidade da pessoa idosa e família; e no domínio das aprendizagens profissionais, enquanto elemento consultor e facilitador da aprendizagem ao longo da vida e manutenção das competências em enfermagem. De igual modo, reconheço o desenvolvimento de competências específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica (OE, 2018), elevando o cuidar da pessoa idosa e família a vivenciar processos cirúrgicos decorrentes de doença aguda ou crónica; o otimizar o ambiente e os processos terapêuticos na pessoa idosa e família a vivenciar processos cirúrgicos decorrentes de doença aguda ou crónica; e o maximizar a segurança da pessoa idosa em situação perioperatória.

Semelhantemente, este caminho integrou uma prática de enfermagem avançada no cuidado à pessoa idosa. Em concreto, cuidados centrados na pessoa, aumentando a segurança e a qualidade dos cuidados em situação de doença crónica e de processo cirúrgico. De consulta e colaboração entre vários profissionais, integrando conhecimentos e experiência na área de especialidade. De liderança e agente de mudança, na identificação da necessidade de melhoria do acesso e qualidade dos cuidados, na iniciativa do processo de mudança, na sua condução e execução. De investigação, valorizando a investigação como contributo para o desenvolvimento da enfermagem e como meio para o aperfeiçoamento dos padrões de cuidados, pesquisa e uso deliberado e intencional do conhecimento em enfermagem, disseminando-o. Por último, competências de educação (Buchan, Temido, Fronteira, Lapão, & Dussault, 2013; Canadian Nurse Association, 2008; Gardner, Chang, Duffield, & Doubrovsky, 2013).

Pondero que a minha experiência profissional clínica, retomada com este desafio académico, conferiu-me capacidade para conceber e implementar projetos inovadores e de mudança pois, como nos refere Benner (2001, p.37), “as experiências concretas passadas guiam assim as percepções e os actos do perito e permitem-lhe apreender rapidamente a situação”, isto é, mobilizar a experiência e os conhecimentos que possuo como forma de intervir perante as situações com que me deparei, de modo seguro e eficaz.

À luz dos referenciais apresentados, penso ainda poder afirmar que esta produção permitiu-me desenvolver a capacidade de compreender problemas em situações novas e não familiares, demonstrar a capacidade de realizar julgamentos e tomar decisões e potenciar competências de auto-aprendizagem (Direção-Geral do Ensino Superior, 2008). Permitiu-me não só justificar e sustentar as opções desenvolvidas, como também identificar oportunidades de melhoria.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

No âmbito da melhoria da qualidade de vida e bem-estar da pessoa idosa e da segurança dos cuidados de saúde, este documento retrata a pessoa idosa enquanto importante agente de participação e de mudança que para exercer a responsabilidade na defesa da sua saúde precisa de estar informada, interiorizar essa informação e traduzi-la na alteração dos seus comportamentos de cuidados e na gestão da sua doença. Paralelamente, é preciso uma consciencialização dos enfermeiros sobre as especificidades da pessoa idosa, ajustando práticas clínicas em uso. Desiderato que procurei atingir.

A conceção e implementação do projeto de intervenção que este relatório de estágio apresenta, encerra uma intervenção especializada de enfermagem à pessoa idosa com alterações da eliminação urinária e família. A construção de uma consulta de enfermagem pré-operatória deu lugar a políticas de saúde, nomeadamente, ao cuidado centrado na pessoa, à participação da pessoa nos cuidados de saúde e à literacia em saúde (DGS, 2015b; 2019a). Concomitantemente, concedeu a possibilidade de participar na organização das unidades de saúde, definindo estratégias e políticas de cuidados de saúde.

Com humildade científica, reconheço a consulta de enfermagem aqui exposta como uma intervenção de apoio-educação para o autocuidado da pessoa idosa. Ao facilitar o acesso e a compreensão da informação, o enfermeiro estimula a capacidade de a pessoa tomar decisões e não a decidir por ela, não substituir, mas sim fornecer as condições para a sua autonomia. Esta promoção do autocuidado deveu-se a um processo comprometido, mútuo, transparente, flexível, negociado e contratualizado com a pessoa idosa fundado numa premissa essencial para mim, o saber escutar. O cuidado fundamental requer muito mais do que o uso de estratégias para dar respostas às necessidades básicas humanas, com base na melhor evidência científica; requer integrar estas duas componentes na relação com o Outro. Não posso deixar de manifestar a minha enorme satisfação pela significância, pelo valor acrescentado da intervenção educativa do enfermeiro na vida da pessoa idosa e família.

A metodologia de projeto traduziu-se numa metodologia de aprendizagem ativa, flexível, que se adaptou e reorientou o meu percurso de desenvolvimento. A

conceção, o planeamento e a implementação da consulta de enfermagem pré-operatória no tempo útil de estágio, constituiu para mim uma transgressão, uma experiência singular, cabendo a cada um de nós, enfermeiros, praticar essa transgressão. Se assim não fosse, não teria havido lugar à gratidão que sinto da oportunidade de dar vida a uma consulta de enfermagem num grande centro hospitalar da área de Lisboa.

A CA tem aumentado gradualmente e avizinha-se como sendo o futuro das intervenções cirúrgicas. Contudo, mantém-se uma área pouco explorada no âmbito da investigação em enfermagem, pelo que seria interessante desenvolver investigação sobre as perceções dos utentes sobre o acompanhamento de enfermagem no perioperatório, quais os diagnósticos de enfermagem identificados na consulta pré-operatória e no contacto telefónico de enfermagem no pós-operatório. Outra sugestão de desenvolvimento futuro seria perceber se os utentes que tiveram consulta pré-operatória de enfermagem recorriam menos ao serviço de urgência, se tinham menos complicações pós-operatórias.

Como proposta de melhoria para a consulta de enfermagem pré-operatória, além da avaliação da satisfação do utente, sugiro a implementação de instrumentos de avaliação adequados à pessoa idosa (Boltz et al., 2016; Neves & Barnett, 2018; Ward et al., 2017).

De forma coerente e suportada na literatura científica, na experiência profissional e na relação de compromisso, almejo que as linhas redigidas traduzam o caminho apazível percorrido de forma impactante na melhoria contínua da qualidade dos cuidados de Enfermagem (OE, 2001), ou seja, na promoção da saúde, autocuidado e prevenção de complicações.

Como implicações futuras para a prática de enfermagem penso que este projeto de intervenção estimula verdadeiramente o trabalho e a comunicação na equipa multidisciplinar, contribui para a satisfação e desenvolvimento profissional, aumenta a efetividade, eficiência e qualidade dos cuidados prestados. Deixo como nota final, a extensão do projeto a outros serviços de cirurgia da instituição hospitalar, fomentando uma cultura organizacional de literacia em saúde e autocuidado.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Abrams, P., Cardozo, L., Wagg, A., & Wein, A. (2016). *Incontinence* (6th ed). Paris: Health Publications Ltd.
- Administração Central dos Serviços de Saúde (2019). Circular Normativa nº15/2019 “Condições e procedimentos de pagamento das prestações de saúde realizadas aos beneficiários do Serviço Nacional de Saúde que devam ser cobradas pelas Instituições Hospitalares ao abrigo do Contrato-Programa 2019”. Acedido a 3 de dezembro de 2019. Disponível em: http://www.acss.min-saude.pt/wp-content/uploads/2019/11/CircularNormativa_15_2019_DPS_ACSS.pdf
- Alarcão, I., & Rua, M. (2005). Interdisciplinaridade, estágios clínicos e desenvolvimento. *Texto Contexto Enfermagem*, 14(3), 373–382. Acedido a 3 de janeiro de 2020. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/tce/v14n3/v14n3a08.pdf>
- Alarcão, I., & Tavares, J. (2013). *Supervisão da prática pedagógica*. Coimbra: Almedina.
- Alexander, J., Hearld, L., Mittler, J., & Harvey, J. (2012). Patient-physician role relationships and patient activation among individuals with chronic illness. *Health services research*, 47 (3), 1201–1223. [doi: 10.1111/j.1475-6773.2011.01354.x](https://doi.org/10.1111/j.1475-6773.2011.01354.x).
- Alexis, O., & Worsley, A. (2018). A meta-synthesis of qualitative studies exploring men’s sense of masculinity postprostate cancer treatment. *Cancer Nursing*. 41(4), 298-310. DOI: [10.1097/NCC.0000000000000509](https://doi.org/10.1097/NCC.0000000000000509)
- Associação dos Enfermeiros de Sala de Operações Portugueses (2006). *Enfermagem perioperatória—da filosofia à prática dos cuidados*. Loures: Lusodidacta.
- Associação Portuguesa de Urologia (2014). *Incontinência urinária*. Lisboa: Associação Portuguesa de Urologia. Acedido a 3 de junho de 2019. Disponível em:

https://apurologia.pt/incontinencia/incontinencia_2014/Dossier_Inc_Urinaria_2014.pdf

- Azizi, M., Azadi, A., & Otaghi, M. (2019). The effect of a self-care programme on urinary incontinence and self-esteem in elderly men dwelling in nursing homes in Iran. *Aging Male*, 15, 1-7. [doi: 10.1080/13685538.2019.1573891](https://doi.org/10.1080/13685538.2019.1573891)
- Bagés, C., Lleixà, M. M., Español, C., Imbernón, G., Munté, N., & Vázquez, D. (2015). Effectiveness of preoperative visit on anxiety, pain and wellbeing. *Enfermería Global*, 14(39), 41-51. Acedido 21 de novembro de 2019. Disponível em: http://scielo.isciii.es/pdf/eg/v14n39/en_clinica2.pdf
- Ballard, D., & Hill, J. (2016). The Nurse's Role in Health Literacy of Patients With Cancer. *Clinical Journal of Oncology Nursing*, 20(3), 232-234. [doi: 10.1188/16.CJON.232-234](https://doi.org/10.1188/16.CJON.232-234).
- Batt-Rawden, K. B., & Storlien, M. H. (2019). Systematic Use of Music as an Environmental Intervention and Quality of Care in Nursing Homes: A Qualitative case Study in Norway. *Medicines*, 6(12), 1-21. [doi: 10.3390/medicines6010012](https://doi.org/10.3390/medicines6010012).
- Benner, P. (2001). *De Iniciado a Perito: Excelência e Poder na Prática Clínica de Enfermagem*. Coimbra: Quarteto Editora.
- Berhane, A., & Enquesslassie, F. (2016). Patient expectations and their satisfaction in the context of public hospitals. *Patient Prefer Adherence*, 10, 1919–1928. [DOI: 10.2147/PPA.S109982](https://doi.org/10.2147/PPA.S109982)
- Bicalho, M. B., & Lopes, M. H. (2012). Impacto da incontinência urinária na vida de esposas de homens com incontinência: revisão integrativa. *Revista Escola Enfermagem USP*, 46(4), 1009-1014. <https://doi.org/10.1590/S0080-62342012000400032>.
- Bolina, A. F., Dias, F. A., Santos, N. M. F., & Tavares, D. M. S. (2013). Self-reported urinary incontinence in elderly and its associated factors. *Rev Rene*, 14(2), 354-363. Acedido 1 de junho de 2019. Disponível em: periodicos.ufc.br/rene/article/view/3392
- Boltz, M., Capezuti, E., Fulmer, T., Zwicker, D. (2016). *Evidence-based geriatric nursing protocols for best practice* (5th ed). New York: Springer Publishing Company.
- Bradt, J., Dileo, C., Magill, L., & Teague, A. (2016). Music interventions for improving psychological and physical outcomes in cancer patients. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 8. [DOI: 10.1002/14651858.CD006911.pub3](https://doi.org/10.1002/14651858.CD006911.pub3).

- Brennan-Ing, M., Seidel, L., Ansell, P., Raik, B. L., Greenberg, D.,.... Adelman, R. D. (2018). Addressing sexual health in geriatrics education. *Gerontology & Geriatrics Education*, 39 (2), 249-263. DOI: [10.1080/02701960.2017.1340885](https://doi.org/10.1080/02701960.2017.1340885)
- Brinson, Z., Tang, V., Finlayson, E. (2016). Postoperative Functional Outcomes in Older Adults. *Curr Surg Rep*, 21 (4), 25-32. <https://doi.org/10.1007/s40137-016-0140-7>
- Bucci, A. T (2008). Be a Continence Champion: Use the CHAMMP Tool to Individualize the Plan of Care. *Geriatric Nursing*, 28(2), 120-124. <https://doi.org/10.1016/j.gerinurse.2006.12.002>
- Buchan, J., Temido, M., Fronteira, I., Lapão, L., & Dussault, D. (2013). Enfermeiros em funções avançadas: uma análise da aceitação em Portugal. *Revista Latino-americana de Enfermagem*, 21(10). Acedido em 25 de novembro de 2018. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/rlae/v21nspe/pt_06.pdf
- Cardozo, A. S., Santana, R. S., Rocha, I. C. M., Cassiano, K. M., Mello, T. D., & Melo, U. G (2017). Acompanhamento por telefone como intervenção de enfermagem na recuperação cirúrgica de idosos prostactetomizados. *Revista de Enfermagem UFPE online, Recife*, 11(8), 3005-3012. DOI: [10.5205/reuol.11064-98681-4-ED.1108201703](https://doi.org/10.5205/reuol.11064-98681-4-ED.1108201703)
- Carneiro, V., Silva, I., & Jóluskin, G. (2017). Literacia em saúde: um retrato da população portuguesa. *Revista de Estudios de Investigación en Psicología y Educacion*, 14, 133-137. <https://doi.org/10.17979/reipe.2017.0.14.2559>
- Carollo, S. (2015). Low health literacy in older women: the influence of patient-clinician relationships. *Geriatric Nursing*, 36(2), 38-42. doi: [10.1016/j.gerinurse.2015.02.017](https://doi.org/10.1016/j.gerinurse.2015.02.017)
- Carretas, N., & Fonseca, C. (2017). Modelo de autocuidado para pessoas em processo cirúrgico: ganhos dos cuidados de enfermagem de reabilitação, um Projeto de desenvolvimento de competências, *Journal of Aging & Innovation*, 6 (3), 68 – 74. Acedido 22 de maio de 2019. Disponível em: www.journalofagingandinnovation.org/wp-content/uploads/7-autocuidado-cir.pdf
- Carneiro, V., Silva, I., & Jóluskin, G. (2017). Literacia em saúde: um retrato da população portuguesa. *Revista de Estudios de Investigación en Psicología y Educacion*, 14, 133-137. DOI: <https://doi.org/10.17979/reipe.2017.0.14.2559>

- Carvalho, M. P., Andrade, F. P., Peres, W... Seleme, M. R. (2014). O impacto da incontinência urinária e seus fatores associados em Idosas. *Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia*, 17(4),721-730. Acedido 1 de junho de 2019. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/1809-9823.2014.13135>
- Carvalho, M. R., Silva, F. A., & Silveira, I. A. (2018). Terapias alternativas para recuperação precoce da continência urinária pós-prostatectomia: revisão sistemática. *Enfermeria Global*, 50, 557-570. <http://dx.doi.org/10.6018/eglobal.17.2.285871>
- Cohn, J. A., Shah, A. S., Goggins, K. M...Reynolds, W.S. (2018). Health literacy, cognition, and urinary incontinence among geriatric inpatients discharged to skilled nursing facilities. *Neurourology and Urodynamics*, 37, 854–860. Acedido 22 de maio de 2019. Disponível em: <https://doi.org/10.1002/nau.23368>
- Dantas, D. V., Filho, R. C. B., Dantas, R. A. N, Nascimento, J C. P., Nunes, H. M. A., Rodriguez, G. C. B., & Silva, I. F. X. (2017). Sexualidade e qualidade de vida na terceira idade. *Revista Brasileira Pesquisa Saúde, Vitória*, 19 (4), 140-148. DOI: [10.21722/rbps.v19i4.19814](https://doi.org/10.21722/rbps.v19i4.19814)
- De Oliveira, G. S., Holl, J. L., Lindquist, L. A., Hackett, N. J., Kim, J. Y. S., & McCarthy, R. J. (2015). Older Adults and Unanticipated Hospital Admission within 30 Days of Ambulatory Surgery: An Analysis of 53,667 Ambulatory Surgical Procedures. *JAGS*, 63, 1679-1685. DOI: [10.1111/jgs.13537](https://doi.org/10.1111/jgs.13537)
- Debért, G., & Brigeiro. M. (2012). Fronteiras de gênero e a sexualidade na velhice. *Revista Brasileira Ciências Sociais*, 27(80), 37-54. <https://doi.org/10.1590/S0102-69092012000300003>.
- Despacho nº 4027-A/2016 (2016). Determina a constituição de uma coordenação estratégica para a prevenção e gestão da doença crónica. Diário da República n.º 55/2016, 1º Suplemento, Série II (18-03-2016), 9720-(2).
- Despacho nº 1380/2018 (2018). Gabinete do Secretário de Estado Adjunto e da Saúde cria um Grupo de Trabalho para o Acompanhamento do Desenvolvimento da Cirurgia de Ambulatório (GTADCA). Diário da República II Série, n.º 28 (08-02-2018), 4511-4511.
- Dhesi, J., & Partridge, J. (2018). Comprehensive Geriatric Assessment in Perioperative Medicine. In: Pilotto, A. & Martin, F. C. (eds.), *Comprehensive Geriatric Assessment. Practical Issues in Geriatrics* (pp. 149-57). https://doi.org/10.1007/978-3-319-62503-4_4

- Direção-Geral da Saúde (2001). *Cirurgia de Ambulatório*. Lisboa: Direção-Geral da Saúde.
- Direção-Geral da Saúde (2006). *Programa Nacional para a Saúde das Pessoas Idosas*. Lisboa: Direção-Geral da Saúde.
- Direção-Geral da Saúde (2015a). Norma nº 20/2015, “*Feixe de Intervenções*” de *Prevenção de Infecção de Local Cirúrgico*. Lisboa: Direção-Geral da Saúde. Acedido a 15 de setembro de 2019. Disponível em: <https://www.dgs.pt/directrizes-da-dgs/normas-e-circulares-normativas/norma-n-0202015-de-15122015-pdf.aspx>
- Direção-Geral da Saúde (2015b). *Plano Nacional de Saúde: revisão e extensão a 2020*. Lisboa: Direção-Geral da Saúde.
- Direção-Geral da Saúde (2015c). *Plano Nacional para a Segurança dos Doentes 2015-2020*. Lisboa: Direção-Geral da Saúde.
- Direção-Geral da Saúde (2017). *Estratégia Nacional para o Envelhecimento Ativo e Saudável 2017-2025*. Lisboa: Direção-Geral da Saúde.
- Direção-Geral da Saúde (2016). Norma nº 12/2016, *Indicações Clínicas e Intervenção nas Ostomias de Eliminação Urinária em Idade Pediátrica e no Adulto*. Lisboa: Direção-Geral da Saúde. Acedido a 3 de outubro de 2019. Disponível em: <https://www.dgs.pt/directrizes-da-dgs/normas-e-circulares-normativas/norma-n-0122016-de-28102016-pdf.aspx>
- Direção-Geral da Saúde (2019a). *Plano de Ação Para a Literacia Em Saúde 2019-2021*. Lisboa: Direção-Geral da Saúde. Acedido a 14 de junho de 2019. Disponível em: <https://www.dgs.pt/documentos-e-publicacoes/plano-de-acao-para-a-literacia-em-saude-2019-2021.aspx>.
- Direção-Geral da Saúde (2019b). *Manual de Boas Práticas Literacia em Saúde. Capacitação dos Profissionais de Saúde*. Lisboa: Direção-Geral da Saúde. Acedido a 20 de outubro de 2019. Disponível em: <https://www.dgs.pt/documentos-e-publicacoes/manual-de-boas-praticas-literacia-em-saude-capacitacao-dos-profissionais-de-saude-pdf.aspx>
- Direção-Geral do Ensino Superior (2008). *Descritores de Dublin*. Acedido em 28 de março de 2019. Disponível em: <http://www.dges.mctes.pt/DGES/pt/Estudantes/Processo+de+Bolonha/Objectivos/Descritores+Dublin/>

- Dreyfuss, S. E., & Dreyfus, H. L. (1980). A five-stage model of the mental activities involved in directed skill acquisition. *Operations Research Center*, 1–18. <https://doi.org/ADA084551>
- Engelke, Z., & Schub, T. (2016). Patient Education: teaching the older adult. *Cinahl Information Systems*, 65(4). Acedido em 22 de maio de 2019. Disponível em: <https://eds.a.ebscohost.com/eds/delivery?sid=0de72112-42f2-4ec1-a6f7c84972774b7>
- Faria, C. A., Menezes, A. M. N., Rodrigues, A. O., Ferreira, A. L. V., & Bolsas, C. N. (2014). Incontinência urinária e noctúria: prevalência e impacto sobre a qualidade de vida em idosas numa Unidade Básica de Saúde. *Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia*, 17(1), 17-25. Acedido 22 de maio de 2019. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rbqg/v17n1/1809-9823-rbqg-17-01-00017.pdf>
- Feo, R., & Kitson, A. (2016). Promoting patient-centred fundamental care in acute healthcare systems. *International Journal of Nursing Studies*, 57, 1–11. <http://dx.doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2016.01.006>
- Fernandes, S. B., Fernandes, J. B., & Almeida, A. L. S. (2019). Variáveis que influenciam a satisfação dos clientes com a qualidade dos cuidados de saúde. *Projetar Enfermagem*, 1, 14-26. Disponível em: <https://projetarenfermagem.pt/wp-content/uploads/2019/11/Vari%C3%A1veis-que-influenciam-a-satisfa%C3%A7%C3%A3o-dos-clientes-com-a-qualidade-dos-cuidados-de-sa%C3%BAde.pdf>. Acedido a 25 de janeiro de 2020.
- Fonseca, C., Lista, A., Redol, F., & Rocha, J. (2018). Pessoas dependentes no autocuidado com comorbidade, indicadores sensíveis aos cuidados de enfermagem de reabilitação: revisão sistemática da literatura. *Journal of Aging & Innovation*, 7(1), 70 – 88. Acedido 22 de maio de 2019. Disponível em: www.journalofagingandinnovation.org/wp-content/uploads/8-comorbidade.pdf
- Foxman, B. (2014). Urinary tract infections syndromes: occurrence, recurrence, bacteriology, risk factors and disease burden. *Infectious Disease Clinics of North America*, 28 (1), 1-13. [doi: 10.1016/j.idc.2013.09.003](https://doi.org/10.1016/j.idc.2013.09.003).
- Fulmer, T. (2019). How to try this: Fulmer SPICES. *AJN*, 107(10), 40-48. [doi:10.1097/01.NAJ.0000292197.76076.e1](https://doi.org/10.1097/01.NAJ.0000292197.76076.e1)
- Furlanetto, K., & Emond, K. (2016). “Will I come home incontinent?” A retrospective file review: Incidence of development of incontinence and correlation with length

- of stay in acute settings for people with dementia or cognitive impairment aged 65 years and over. *Collegian*, 23(1),79–86. [doi: 10.1016/j.colegn.2014.09.013](https://doi.org/10.1016/j.colegn.2014.09.013)
- Gardner, G. E., Chang, A. M., Duffield, C., & Doubrovsky, A. (2013). Delineating the practice profile of advanced practice nursing: a cross-sectional survey using the modified strong model of advanced practice. *Journal of Advanced Nursing*, 69(9), 1931-1942. [doi: 10.1111/jan.12054](https://doi.org/10.1111/jan.12054)
- Garrett, D., & Tomlin, K. (2015). Incontinence and sexuality in later life. *Nursing older people*, 27(6), 26-29. [doi: 10.7748/nop.27.6.26.e717](https://doi.org/10.7748/nop.27.6.26.e717).
- Gaspar, S., Dias, J. S., & Lopes, T. (2017). *Protocolos de urgência em Urologia*. Lisboa: Lidel.
- Gasparin, R., Champagne, M., Stephany., Hudson, J., & Fuchs, M. A. (2015). Policy to practice: increased Family Presence and the Impact on Patient-and Family-Centered Care Adoption. *The Journal of Nursing Administration*, 45 (1), 28-34. [doi:10.1097/NNA.000000000000152](https://doi.org/10.1097/NNA.000000000000152)
- Gencer, D., Diel, A., Klotzbach, K., Christians, K., Rauch, M., Meissner, R....Hoftheinz, R. (2019). Cancer patients and music: (prospective) results from a survey to evaluate potencial complementary treatment approaches. *Journal of Cancer Research and Clinical Oncology*, 145 (8), 2141-2148. [doi: 10.1007/s00432-019-02959-3](https://doi.org/10.1007/s00432-019-02959-3).
- Gibson, W., & Wagg, A. (2014). New horizons: urinary incontinence in older people. *Age Ageing*, 43(2), 157–163. [doi: 10.1093/ageing/aft214](https://doi.org/10.1093/ageing/aft214)
- Gonçalves, M. A. R., Cerejo, M. N. R., & Martins, J. C. A. (2017). A influência da informação fornecida pelos enfermeiros sobre a ansiedade pré-operatória. *Revista de Enfermagem Referência*, 14, 17-26. <https://doi.org/10.12707/RIV17023>
- Göransson, C., Wengström, Y., Ziegert, K., Langius-Eklöf, A., Eriksson, I., Kihlgren, A., & Blomberg, K. (2017). Perspectives of health and self-care among older persons-to be implemented in an interactive information and communication technology platform. *Journal Clinical Nursing*, 26, 4745–4755. DOI: [10.1111/jocn.1382](https://doi.org/10.1111/jocn.1382)
- Goulart, D. M. M., Miranzi, M. A. S., & Goulart, P. E. N. (2017). Autoestima e satisfação sexual após complicações cirúrgicas da prostatetomia radical. *Revista SOBECC*, 22(1), 23-2. DOI: <https://doi.org/10.5327/Z1414-4425201700010005>

- Gramaglia, C., Gambaro, E., Vecchi, G., Licandro, D., Raina, G., Pisana, C. ...Zeppegno, P. (2019). Outcomes of music therapy interventions in cancer patients-A review of the literature. *Critical Reviews in Oncology/Hematology*, 138, 241-254. <https://doi.org/10.1016/j.critrevonc.2019.04.004>
- Halverson, J., Martinez-Donate, A., Palta, M., Leal, T., Lubner, S., Walsh, M. ... Trentham-Dietz, A. (2015). Health Literacy and Health-Related Quality of Life Among a Population-Based Sample of Cancer Patients. *Journal of Health Communication*, 20 (11), 1320–1329. DOI: [10.1080/10810730.2015.1018638](https://doi.org/10.1080/10810730.2015.1018638)
- Hamström, N., Kankkunen, P., Suominen, T., & Meretoja, R. (2012). Short hospital stays and new demands for nurse competencies. *International Journal of Nursing Practice*, 18, 501- 508. DOI:[10.1111/j.1440-172X.2012.02055.x](https://doi.org/10.1111/j.1440-172X.2012.02055.x)
- Henriques, A. (2017). Literacia em saúde e gestão do regime terapêutico. Cuidados e envelhecimento. *Perspetivas de enfermagem* (pp. 61- 87). Lisboa: Coisas de Ler.
- Hibbard J. H., Stockard, J., Mahoney, E. R., & Tusler, M. (2004). Development of the Patient Activation Measure (PAM): conceptualizing and measuring activation in patients and consumers. *Health services research*, 39, 1005– 1026. DOI: [10.1111/j.1475-6773.2004.00269.x](https://doi.org/10.1111/j.1475-6773.2004.00269.x)
- Hibbard, J. H., Mahoney, E. R., Stockard, J., & Tusler, M. (2005). Development and testing of a short form of the patient activation measure. *Health services research*, 40, 1918–30. DOI:[10.1111/j.1475-6773.2005.00438.x](https://doi.org/10.1111/j.1475-6773.2005.00438.x)
- Hibbard, J., & Greene, J. (2013). What The Evidence Shows About Patient Activation: Better Health Outcomes and Care Experiences; fewer data and costs. *Health Affairs*, 32(2), 207–214. doi: [10.1377/hlthaff.2012.1061](https://doi.org/10.1377/hlthaff.2012.1061).
- International Continence Society (2015). *Fact sheets: A background to fecal and urinary incontinence*. Acedido 22 de maio de 2019. Disponível em: <https://www.ics.org/%20public/factsheets>
- Jones, C. E., Hollis, R. H., Wahl, T. S., Oriel, B. S., Itani, K. M. F., Morris, M. S., & Hawn, M. T. (2016). Transitional care interventions and hospital readmissions in surgical populations: a systematic review. *The American Journal of Surgery*, 212, 327-335. <http://dx.doi.org/10.1016/j.amjsurg.2016.04.004>

- Jun, E-Y., & Oh, H. (2016). Patient Needs and Satisfaction With Nursing Care After Day Surgery Based on a Patient-Centered Care Framework. *Clinical Nursing Research*, 1-17. DOI: [10.1177/1054773816633656](https://doi.org/10.1177/1054773816633656)
- Jung, H., Kim, H., & Cho, S. (2015). A current perspective on geriatric lower urinary tract dysfunction. *Korean Journal of Urology*, 56, 266–275. doi:[10.4111/kju.2015.56.4.266](https://doi.org/10.4111/kju.2015.56.4.266)
- Kessler, M., Facchini, L. A., Soares, M. U., Nunes, B. P., França, S. M., & Thumé, E. (2018). Prevalence of urinary incontinence among the elderly and relationship with physical and mental health indicators. *Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia*, 21(4), 397-407. <http://dx.doi.org/10.1590/1981-22562018021.180015>
- Kitson, A. (2018). The Fundamentals of Care Framework as a Point-of-Care Nursing Theory. *Nursing Research*, 67(2), 99–107. Acedido 20 de dezembro de 2018. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/29489631>
- Kitson, A., Conroy, T., Kuluski, K., Locock, L., & Lyons, R. (2013). *Reclaiming and redefining the Fundamentals of Care: Nursing's response to meeting patients' basic human needs*. Adelaide. Acedido a 30 de março de 2019. Disponível: https://digital.library.adelaide.edu.au/dspace/bitstream/2440/75843/1/hdl_7584_3.pdf
- Kristensen, S. A., & Jensen, B. T. (2016). Testing inter-rater reliability of the Urostomy Educacion Scale. *European Journal of Oncological Nursing*, 20, 17-23. DOI: [10.1016/j.ejon.2015.06.004](https://doi.org/10.1016/j.ejon.2015.06.004)
- Konga, E., Deatricks, J. A., & Bradway, C. K. (2017). Men's experiences after prostatectomy: A meta-synthesis. *International Journal of Nursing Studies*, 74, 162–171. <https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2017.07.013>
- Kwak, Y., Kwon, H., & Kim, Y. (2015). Health-related quality of life and mental health in older women with urinary incontinence. *Aging Ment Health*, 8, 1–8. <https://doi.org/10.1080/13607863.2015.1033682>
- Laranjo, L., Dias, V., Nunes, C., Paiva, D., & Mahoney, B. (2018). Tradução e Validação do Questionário de Ativação do Doente (Patient Activation Measure) para Português, em Pessoas com Diabetes Mellitus Tipo 2. *Acta Medica Portuguesa*, 31 (7-8), 382-390. Acedido a 2 de abril de 2019. Disponível em: <https://doi.org/10.20344/amp.9072>

- Lassen, B., Gattinger, H., & Saxe, S. (2013). A systematic review of physical impairments following radical prostatectomy: effect of psychoeducational interventions. *Journal Advanced Nursing*, 69 (12), 2602-2612. DOI: [10.1111/jan.12186](https://doi.org/10.1111/jan.12186)
- Lima, W. G., Nunes, S. F., Alvarez, A. M., Valcarenghi, R. V., & Bezerra, M. L. (2015). Main nursing diagnoses in hospitalized elderly people who underwent urological surgery. *Rev Rene*, 16(1), 72-80. DOI: [10.15253/2175-6783.2015000100010](https://doi.org/10.15253/2175-6783.2015000100010)
- Lobão, M. J., & Sousa, P. (2016). Infecções Urinárias Associadas a Cateter Vesical: Contributos para a Prática Clínica. *Medicina Interna*, 23 (4), 65-68. Acedido a 29 de outubro de 2019, Disponível em: http://www.scielo.mec.pt/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S0872-671X2016000400016&lng=pt&nrm=iso
- Lucas, M. G., Bedretidnova, D., Bosch, J. L. H. R., Burkhard, F., Cruz, F., Nambiar, A. K, ... Pickard, R. S. (2015). *European Association of Urology - Guidelines on Urinary Incontinence*. Acedido a 1 de junho de 2019. Disponível em: <https://uroweb.org/wp-content/uploads/EAU-Guidelines-Urinary-Incontinence-2015.pdf>
- MacAllister, L., Zimring, C., & Ryherd, E. (2016). Environmental Variables That Influence Patient Satisfaction. A Review of the Literature. *HERD: Health Environments Research & Design Journal*, 10(1), 155-169. DOI: [10.1177/1937586716660825](https://doi.org/10.1177/1937586716660825)
- MacLeod, S., Gulyas, S., Cheng, Y., Tkatch, R., Cempellin, D., Bhattarai, G.R., Hawkins, K., & Yeh, C. S. (2017). The impact of inadequate health literacy on patient satisfaction, healthcare utilization, and expenditures among older adults. *Geriatr Nurs*, 38(4), 334-341. DOI: [10.1016/j.gerinurse.2016.12.003](https://doi.org/10.1016/j.gerinurse.2016.12.003)
- Mackiea, B. R., Mitchell, M., & Marshall, A. (2018). The impact of interventions that promote family involvement in care on adult acute-care wards: An integrative review. *Collegian* (25), 131-140, <https://doi.org/10.1016/j.colegn.2017.01.006>
- Malley, A., Kenner., C., Tiffany, K., & Blakeney, B. (2015). The Role of the Nurse and the Preoperative Assessment in Patient Transition. *AORN Journal*, 102(2), 181.e1– 181.e9. DOI: [10.1016/j.aorn.2015.06.004](https://doi.org/10.1016/j.aorn.2015.06.004)
- Marín, M. D., Cortés, A. L., Sanz, Y. M., & Serrano, R. M. (2015). Aspectos de la información preoperatoria con la ansiedad del paciente programado para

- cirugía. *Revista Enfermería Global*, 37, 181-191. Acedido 2 de abril de 2019. Disponível em:
<http://revistas.um.es/eglobal/article/download/185281/169021>
- Martí-Augé, P., Mercadal-Brotons, M., & Solé-Resano, C. (2015). La musicoterapia en oncología. *Gaceta Mexicana de Oncología*, 14(6), 346-352. <https://doi.org/10.1016/j.gamo.2015.11.013>
- Martínez, R. C., Paloalto, L. R., García, E. E. E., & Frader, J. J. (2019). Musicoterapia como atención de enfermería en procedimiento quirúrgico para disminuir estrés fisiológico y psicológico: propuesta de intervención. *Revista Evidentia*, 16, 1-5. <http://ciberindex.com/p/ev/e11354>
- McCormack, B., Borg, M., Cardiff, S., Dewing, J., Jacobs, G., Janes, N., & Wilson, V. (2015). Person-centredness – the “state” of the art. *International Practice Development Journal*, 5, 1–16. Acedido a 3 de dezembro de 2018. Disponível em:
[https://www.fons.org/Resources/Documents/Journal/Vol5Suppl/IPDJ_05\(supp\)01.pdf](https://www.fons.org/Resources/Documents/Journal/Vol5Suppl/IPDJ_05(supp)01.pdf)
- McCormack, B. & McCance, T. V. (2006). Development of a framework for personcentred nursing. *Journal of Advanced Nursing*, 56(5), 472–479. <http://doi.org/10.1111/j.1365-2648.2006.04042.x>
- McIntosh, L., Andersen, E., & Reekie, M. (2015). Conservative treatment of stress urinary incontinence in women: A 10-year (2004-2013) scoping review of the literature. *Urologic Nursing*, 35(4), 179-186. DOI:[10.2147/IJWH.S152616](https://doi.org/10.2147/IJWH.S152616)
- Ministério da Saúde (2017). *Relatório Anual Acesso a Cuidados de Saúde nos Estabelecimentos do SNS e Entidades Convencionadas*. Acedido e 3 de dezembro de 2019. Disponível em: https://www.sns.gov.pt/wp-content/uploads/2018/06/Relatorio_Acesso_SNS_2017_v.final_.pdf
- Ministério da Saúde (2018). *Retrato da Saúde, Portugal*. Lisboa: Ministério da Saúde.
- Mitchell, M. (2016). Day surgery nurses' selection of patient preoperative information. *Journal Clinical Nursing*, 26(1-2), 225-237. DOI: [10.1111/jocn.13375](https://doi.org/10.1111/jocn.13375).
- Mitchell, E. A., & McCance, T. (2012). Nurse–patient encounters in the hospital ward, from the perspectives of older persons: an analysis using the Authentic

- ConsciousnessFramework. *International Journal of Older People Nursing*, 7,95-104. DOI: [10.1111/j.1748-3743.2010.00233.x](https://doi.org/10.1111/j.1748-3743.2010.00233.x)
- Mitropoulous, D., Artibani, W., Graefen, M., Remzi, M., Rouprêt, M., & Truss, M. (2012). Reporting and grading of complications after urologic surgical procedures: an ad hoc EAU guidelines panel assessment and recommendations. *European Association of Urology*, 61 (2), 341-349. DOI: [10.1016/j.eururo.2011.10.033](https://doi.org/10.1016/j.eururo.2011.10.033).
- Monteiro, P. (2018). Sintomas urinários no homem adulto. *Urologia em Medicina Familiar*. Lisboa: Associação Portuguesa de Urologia.
- Mota, A., Figueiredo, A., Ferreira, C. A., Castelo, D., Parada, B., Nunes, P., & Rolo, F. (2014). Patologia urológica e envelhecimento. In: Veríssimo, M. *Geriatrics fundamental* (pp. 203-224). Lisboa: Lidel.
- Narayanasamy, A., Clissett, P., Parumal, L., Thompson, D., Annasamy, S., & Edge, R. (2004). Responses to the spiritual needs of older people. *Journal of Advanced Nursing*, 48(1), 6–16. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2648.2004.03163.x>
- National Institute for Health and Care Excellence (2014). Prostate Cancer: diagnosis and treatment. *NICE clinical guidelines CG175*. NICE: London. <https://www.nice.org.uk/guidance/cg175>
- Nazarko, L. (2013). Recurrent urinary tract infection in older women: an evidence-based approach. *British Journal of Community Nursing*, 18(8), 407-412. DOI: [10.12968/bjcn.2013.18.8.407](https://doi.org/10.12968/bjcn.2013.18.8.407)
- Neves, S. E., & Barnett, S. R. (2018). Preoperative Assessment of the Elderly. In: Neves, S. E., & Barnett, S. R. *Perioperative Care of the Elderly Patient* (1-13). United Kingdom: Cambridge University.
- Olotu, C., Weimann, A., Bahrs, C., Schwenk, W., Scherer, M., & Kiefmann, R. (2019). The perioperative care of older patients-time for a new, interdisciplinary approach. *Deutsches Ärzteblatt International*, 116, 63–9. DOI: [10.3238/arztebl.2019.0063](https://doi.org/10.3238/arztebl.2019.0063)
- Omli, R., Hunskar, S., Mykletun, A., Romild, U., & Kuhry, E. (2013). Urinary incontinence and risk of functional decline in older women: data from the Norwegian HUNT-study. *BMC Geriatrics*, 13(1), 47. DOI: [10.1186/1471-2318-13-47](https://doi.org/10.1186/1471-2318-13-47)
- Ordem dos Enfermeiros (2001). *Padrões de Qualidade dos Cuidados de*

- Enfermagem - Enquadramento conceptual - Enunciados descritivos*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.
- Ordem dos Enfermeiros (2005). *Código Deontológico dos Enfermeiros: dos comentários à análise de casos*. Acedido a 20 de julho de 2019. Disponível em <https://www.ordemenfermeiros.pt/media/8889/codigodeontologicoenfermeiroedicao2005.pdf>.
- Ordem dos Enfermeiros (2018). *Regulamento de competências específicas do enfermeiro especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica na Área de Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica, na área de enfermagem à pessoa em situação paliativa, na área de enfermagem à pessoa em situação perioperatória e na área de enfermagem à pessoa em situação crónica*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.
- Ordem dos Enfermeiros (2019). *Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.
- Orem, D. E. (2001). *Nursing: Concepts of practice* (6th ed.). St. Louis, MO: Mosby.
- Organização Mundial de Saúde (2015). *Relatório Mundial de Envelhecimento e Saúde. Resumo*. Genebra: Organização Mundial de Saúde. Acedido a 2 de janeiro de 2019. Disponível em: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/186468/6/WHO_FWC_ALC_15.01_por.pdf?ua=1
- Oster, K., & Oster, C. (2015). Special Needs Population: Care of the Geriatric Patient Population in the Perioperative Setting. *AORN Journal*, 101, 444-456. DOI:[10.1016/j.aorn.2014.10.02](https://doi.org/10.1016/j.aorn.2014.10.02)
- Partridge, J., Harari, D., Martin, F., & Dhesi, J. (2014). The impact of pre-operative comprehensive geriatric assessment on postoperative outcomes in older patients undergoing scheduled surgery: a systematic review. *Anaesthesia*, 69 (Suppl)1, 8-16. DOI: [10.1111/anae.12494](https://doi.org/10.1111/anae.12494).
- Papadakos, J., Hasan, S., Barnsley, J., Berta, W., Fazelzad, R., Papadakos, C., Giuliani, M., & Howell, D. (2018). Health Literacy and Cancer Self-Management Behaviors: A Scoping Review. *Cancer*, 124(21), 4202-4210. DOI: [10.1002/cncr.31733](https://doi.org/10.1002/cncr.31733).
- Pautasso, F. F., Zelmanowicz, A. M., Flores, C. D., & Caregnato, R. C. A. (2018). Atuação do Nurse Navigator: revisão integrativa. *Revista Gaúcha de*

Enfermagem, 39: e2017-0102. DOI: <https://doi.org/10.1590/1983-1447.2018.2017-0102>.

- Peate, I. (2015). Principles of surgical care: preoperative care. *British Journal of Healthcare Assistants*, 9(8), 380-385. <https://doi.org/10.12968/bjha.2015.9.8.380>
- Pedro, A., Amaral, O., & Escoval, A. (2016). Literacia em saúde, dos dados à ação: Tradução, validação e aplicação do European Health Literacy Survey em Portugal: *Revista Portuguesa de Saúde Pública*, 34, 259-275 <https://doi.org/10.1016/j.rpsp.2016.07.002>
- Petronilho, F. (2012). *Autocuidado*. Coimbra: Formasau.
- Pettersson, M. E., Ohlen, J., Friberg, F., Hyden, L.C., Wallengren, C., Sarenmalm, E. K., & Carlsson, E. (2018). Prepared for surgery – Communication in nurses' preoperative consultations with patients undergoing surgery for colorectal cancer after a person-centred intervention. *Journal of Clinical Nursing*, 27, 2904–2916. <https://doi.org/10.1111/jocn.14312>
- Picetti, D., Foster, S., Pangle, A. K., Schrader, A., George, M., Wei, J.Y., & Azhar, G. (2017). Hydration health literacy in the elderly. *Nutr Healthy Aging*, 4(3), 227-237. DOI: [10.3233/NHA-170026](https://doi.org/10.3233/NHA-170026).
- Portaria nº 132/2009, de 30 de janeiro. Regulamento que estabelece a definição de cirurgia de ambulatório. Diário da República I Série, N.º 21 (30-01-2009) 660 758.
- Portaria n.º 20/2014, 29 de janeiro (2014). Diário da República, Série I (29-01-214).
- Quallich, S., Bumpus, S. M., & Lajiness, S. (2016). Competencies for the Nurse Practitioner Working with Adult Urology Patient. In: Lajiness, M., & Quallich, S. *The Nurse Practitioner in Urology* (398-412). Suíça: Springer.
- Queirós, P. J., Vidinha, T. S., & Filho, A. J. A. (2014). Autocuidado: o contributo teórico de Orem para a disciplina e profissão de Enfermagem. *Revista de Enfermagem Referência*, 3, 157–164. <http://dx.doi.org/10.12707/RIV14081>
- Queiroz, M., Lourenço, R., Coelho, M., Miranda, K., Barbosa, R., & Bezerra, R. (2015). Representações Sociais da sexualidade entre idosos. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 68 (4), 662-667. <https://doi.org/10.1590/0034-7167.2015680413i>
- Radadia, K. D., Farber, N. J., Shinder, B., Polotti, C. F., Milas, L. J., & Tunuguntla, H. S. G. R. (2018). Management of Postradical Prostatectomy Urinary

- Incontinence: A Review. *Urology*, 113, 13-19. DOI: [10.1016/j.urology.2017.09.025](https://doi.org/10.1016/j.urology.2017.09.025).
- Razden. S. (Eds.) (2016). *Urinary Continence and Sexual Function After Robotic Radical Prostatectomy*. Miami, USA: Springer.
<http://link.springer.com/book/10.1007/978-3-319-39448-0>
- Rocha, C., & Redol, F. (2017). Intervenção de Enfermagem na Pessoa com Alterações da Eliminação Vesical e Intestinal. In: Marques Vieira, C., & Sousa, L. *Cuidados de Enfermagem de Reabilitação à Pessoa ao Longo da Vida* (pp. 271-280). Loures: Lusodidacta.
- Rodrigues, T. (2018). *Envelhecimento e políticas de saúde*. Lisboa: Fundação Manuel dos Santos.
- Royal College of Nursing (2011). *Spirituality in nursing care: a pocket guide*. Acedido em 25 de fevereiro de 2019. Disponível em:
http://www.rcn.org.uk/data/assets/pdf_file/0007/393154/guide_003887.pdf
- Roque, H., Veloso, A., & Ferreira, P.L. (2016). Versão portuguesa do questionário EUROPEP: contributos para a validação psicométrica. *Revista de Saúde Pública*, 50(61), 1-7. DOI:[10.1590/S1518-8787.2016050006259](https://doi.org/10.1590/S1518-8787.2016050006259)
- Ruivo, M., Ferrito, C., & Nunes, L. (2010). Metodologia de Projecto: Colectânea descritiva de Etapas. *Percursos*, (5), 1-37. Acedido 5 de maio de 2019. Disponível em:
web.ess.ips.pt/Percursos/pdfs/Revista_Percursos_15.pdf
- Sayilan, A. A., & Özbas, A. (2018). The Effect of Pelvic Floor Muscle Training On Incontinence Problems After Radical Prostatectomy. *American Journal of Men's Health*, 12 (4), 1007–1015.
DOI:[10.1177/1557988318757242](https://doi.org/10.1177/1557988318757242) journals.sagepub.com/home/jmh
- Samuelsson, K., Egenvall, M., Klarin, I., Lökk, J., Gunnarsson, U., & Iwarzon, M. (2018). The older patient's experience of the healthcare chain and information when undergoing colorectal cancer surgery according to the enhanced recovery after surgery concept. *Journal of Clinical Nursing*, 27(7-8), e1580-e1588. DOI: [10.1111/jocn.14328](https://doi.org/10.1111/jocn.14328)
- Sanchèz Guio, T., Barranco Obis, P., Millám Vivente, A., & FormiesBaquedano, M. E. (2017). La musicoterapia como indicador de mejora de la calidad de vida en un envejecimiento activo. *Metas Enferm*, 20 (7), 24-31.
DOI:<https://doi.org/10.35667/MetasEnf.2019.20.1003081116>

- Santos, B., Ramos, A., & Fonseca, C. (2017) Training to practice: Importance of Self-Care Theory in Nursing Process for improving care. *Journal of Aging & Innovation*, 6(1), 51-54. Acedido em 22 de abril de 2019. Disponível em: journalofagingandinnovation.org/journal-archive/
- Santos, P. (2014). Disfunção erétil – Definição, Epidemiologia e Etiologia. In Barros, F. & Figueiredo, R. *Manual da Medicina Sexual – visão multidisciplinar*. (67-77). Sociedade Portuguesa de Sexologia Clínica: Lisboa.
- Saraiva, R. J., Rosas, A. M. M. T. F., Valente, G. S. C., & Marques, E. M.B. G. (2017). The meaning of the elderly sexuality in the nursing consultation context. *International Archives of Medicine Section: Geriatrics*, 10 (249), 1-9. <https://doi.org/10.3823/2519>
- Sato, T., Hatakeyama, S., Okamoto, T., Yamamoto, H., Hosogoe, S., Tobisawa, Y. ...Ohyama, C. (2016). Slow Gait Speed and Rapid Renal Function Decline Are Risk Factors for Postoperative Delirium after Urological Surgery. *PloS ONE*, 11(5). DOI: [10.1371/journal.pone.0153961](https://doi.org/10.1371/journal.pone.0153961)
- Schoberer, D., Leino-Kilpi, H., Breimaier, H., Halfens, R., & Lohrmann, C. (2016). Educational interventions to empower nursing home residents: a systematic literature review. *Clinical Interventions in Aging*, 11, 1351–1363. [doi:10.2147/CIA.S114068](https://doi.org/10.2147/CIA.S114068)
- Schumpf, L. F., Theil, N., Scheiner, D. A., Fink, D., Riese, F., & Betschart, C. (2017). Urinary incontinence and its association with functional physical and cognitive health among female nursing home residents in Switzerland. *BMC Geriatrics*, 17, 1-17. [doi: 10.1186/s12877-017-0414-7](https://doi.org/10.1186/s12877-017-0414-7)
- Serrão, C., Veiga, S., & Vieira, I. (2015). Literacia em Saúde: resultados obtidos a partir de uma amostra de pessoas idosas portuguesas. *Revista Portuguesa de Enfermagem de Saúde Mental* (Ed. Esp. 2), 33-38. Acedido a 1 de janeiro de 2019. Disponível em: www.scielo.mec.pt/pdf/rpesm/nspe2/nspe2a06.pdf
- Serviço Nacional de Saúde (2017). *Rede Nacional de Especialidade Hospitalar e de Referência - Urologia*. Acedido 3 de abril de 2019. Disponível em: <file:///D:/eliminação%20vesical/RNEHR-Urologia-Aprovada-8-agosto-17.pdf>
- Silva, A. I., Almeida, C., Aguiar, H., Neves, M., & Teles, M. J. (2013). Prevalência e impacto da incontinência urinária na qualidade de vida da mulher. *Revista Portuguesa de Medicina Geral e Familiar*, 29, 364-376. Acedido em 22 de maio. Disponível em:

www.rpmgf.pt/ojs/index.php/rpmgf/article/download/11197/10923

- Simpson, P. (2015). Prostatectomy: information provision and education for patients. *British Journal of Nursing*, 4(9), 24-28. <https://doi.org/10.12968/bjon.2015.24.Sup9.S24>
- Soliman, Y., Meyer, R., & Baum, N. (2016). Falls in the elderly secondary to urinary symptoms. *Rev Urol*, 18, 28–32. Acedido 1 de junho de 2019. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4859925/>
- Sørensen, K., Broucke, S., Fullam, J., Doyle, G., Pelikan, J., Slonska, Z., & Brand, H. (2012). Health literacy and public health: A systematic review and integration of definitions and models. *BMC Public Health*, 12 (80), 1-13. [doi:10.1186/1471-2458-12-80](https://doi.org/10.1186/1471-2458-12-80).
- Souza-Junior, V. D., Mendes, I. A. C., Mazzo, A., & Godoy, S. (2016). Application of telenursing in nursing practice: na integrative literature review. *Applied Nursing Research*, 29, 254-260. <http://dx.doi.org/10.1016/j.apnr.2015.05.005>
- Sul, S. (2018) Contributos de Enfermagem para a Promoção da Saúde Sexual da Pessoa Idosa. *Journal of Aging & Innovation*, 7 (2), 65-80. <http://journalofagingandinnovation.org/>
- Vassão, F., Barbosa, L. R., Moraes, G. M., & Domenico, E. B. (2018). Abordagem da sexualidade no cuidado ao paciente oncológico: barreiras e estratégias. *Acta Paulista de Enfermagem*. 31(5), 564-571. <http://orcid.org/0000-0002-8065-8210>
- Vieira, J., Leal, M., Marques, A., & Alencar, D. (2014). Fatores que interferem na sexualidade de idosos: uma revisão integrativa. *Ciência & Saúde Coletiva*, 19(8), 3533-3542. <https://doi.org/10.1590/1413-81232014198.12092013>.
- Vieira, V., Carmona, C., Pinto, J. M. S., & Marcos, A. (2017). Recomendações para Abordagem Anestésica do Doente Idoso em Cirurgia Ambulatório. *Revista Sociedade Portuguesa de Anestesiologia*, 26(2), 52-60. Acedido em 2 de maio de 2019. Disponível em: <https://revistas.rcaap.pt/anestesiologia/article/view/10234>
- Vilelas, J., Hassamo, V., Vieira, S., & Branco, V. (2014). A vivência da sexualidade saudável nos idosos: O contributo do enfermeiro. *Revista de Ciências da Saúde da Escola Superior de Saúde da Cruz Vermelha Portuguesa*, 6, 35-45. Acedido em 3 de outubro de 2019. Disponível em: www.salutisscientia.esscvp.eu
- Wang, C., Song, S., Siheng, L., & Sheng, T. (2018). Extended nursing for the recovery of urinary functions and quality of life after robot-assisted laparoscopic

radical prostatectomy: a randomized controlled trial. *Supportive Care in Cancer*, 26, 553–1560. <https://doi.org/10.1007/s00520-017-3988-x>

Ward, W., Manstein, S., Goel, N., Chow, W., Ko, C., Rosenthal, R., & Esnaola, N. (2017). Optimal preoperative assessment of the geriatric patient. *Perioperative Care and Operating Room Management*, 9, 33-38. [DOI: 10.1016/j.pcorm.2017.11.005](https://doi.org/10.1016/j.pcorm.2017.11.005).

Yeh, M., Wu, S., & Tung, T. (2017). The relation between patient education, patient empowerment and patient satisfaction: a cross-sectional-comparison study. *Applied Nursing Research*, 39, 11-17. [doi:10.1016/j.apnr.2017.10.008](https://doi.org/10.1016/j.apnr.2017.10.008)

ANEXOS

ANEXO I

Certificado de frequência Curso *Statistical Package for the Social Sciences* (SPSS)

CERTIFICADO DE FORMAÇÃO PROFISSIONAL

(Decreto Regulamentar. n.º 35/2002)



Certifica-se que **Carla Alexandra Fernandes do Nascimento**, natural de Lisboa, nascido a 22 de novembro de 1974, nacionalidade portuguesa, sexo feminino, portador do Cartão de Cidadão n.º 10381507, concluiu com aproveitamento, o Curso de Formação Profissional

Analise de dados quantitativos com recurso ao SPSS

que decorreu de 20 de setembro a 22 de novembro de 2019, com a duração total de 60 horas.

Lisboa, 27 de novembro de 2019.

O Responsável pela Entidade Formadora,



Certificado N.º271/2019,

Curso de Análise de Dados com recurso ao SPSS Statistics

Total da formação 60H

Trabalho autónomo: 36h

Programa

1. Introdução ao SPSS, Criação e Manipulação de base de dados
2. Estatística Descritiva e Gráfica
3. Inferência Estatística
 - 3.1. Introdução à inferência estatística
 - 3.1.1. Intervalos de Confiança e dimensão do efeito
 - 3.2. Testes paramétricos
 - 3.2.1. Testes para comparação de duas populações: Testes t-student
 - 3.2.2. Análise de Variância e comparação múltipla de médias
 - 3.3. Testes não paramétricos
 - 3.3.1. Testes para comparação de variáveis qualitativas (Qui-quadrado/Fisher) e Odds Ratio
 - 3.3.2. Teste para comparação de variáveis ordinais (Mann-Whitney e Wilcoxon)
 - 3.3.3. Teste de Kruskal-Wallis e comparação múltipla de médias de ordens
 - 3.3.4. Teste de Friedman e comparação múltipla de médias de ordens
4. Regressão Linear Múltipla
 - 4.1. Estimação do modelo de Regressão Linear
 - 4.2. Significância do modelo e testes aos coeficientes de regressão
 - 4.3. Coeficiente de Determinação

ANEXO II

Certificado de presença Palestra Estomaterapia/ostomias: Casos Clínicos

CERTIFICADO

DE PARTICIPAÇÃO

A Bwizer certifica que

_____ frequentou a Palestra:

Estomaterapia/ostomias: Casos Clínicos

A palestra foi ministrada por Susana Costa, teve a duração de 2 horas, e decorreu no dia 25 de Janeiro de 2020, entre as 14h e as 16h nas instalações do Hotel 3k Barcelona, em Lisboa.



bwizer.
your evolution

O responsável pela unidade formadora,

Hugo Belchior
(assinatura e selo branco ou carimbo)

www.bwizer.com

APÊNDICES

APÊNDICE I

Sessão de formação na Unidade de Próstata, Rim e Vias Urinárias

Plano de Sessão da Formação

Título da Sessão	Pessoa idosa com disfunção da eliminação urinária: ativação do enfermeiro para o autocuidado
Local	Unidade de próstata, rim e vias urinárias
Data	3/12/2019
Duração	45 Minutos
Formador	Carla Nascimento, estudante de Curso de Mestrado em Enfermagem, área de especialização Médico-cirúrgica, área de intervenção Enfermagem à pessoa idosa
Formandos	Enfermeiros do serviço
Objetivos	<p>Apresentar o estudo de investigação realizado na Unidade da próstata, rim e vias urinárias.</p> <p>Refletir sobre a intervenção do enfermeiro na ativação da pessoa idosa para o autocuidado da eliminação urinária.</p>
Metodologia	Expositiva e interativa
Recursos	Powerpoint, projetor, sala de reuniões
Avaliação da Sessão	Questionário de avaliação da satisfação da formação

PESSOA IDOSA COM DISFUNÇÃO DA ELIMINAÇÃO URINÁRIA: ATIVAÇÃO DO ENFERMEIRO PARA O AUTOCUIDADO



CARLA ALEXANDRA FERNANDES DO NASCIMENTO
DOCENTE ORIENTADOR: PROFESSORA ADRIANA HENRIQUES

dezembro, 2019

SUMÁRIO

- Objetivos
- Problemática
- Desenho da investigação
- Resultados
- Conclusões
- Referências Bibliográficas

OBJETIVOS

- Apresentar o estudo de investigação realizado na Unidade da próstata, rim e vias urinárias.
- Refletir sobre a intervenção do enfermeiro na ativação da pessoa idosa para o autocuidado da eliminação urinária.

- Aumento da esperança média de vida, acentuado envelhecimento da população, elevada prevalência de múltiplas morbilidades crónicas (Rodrigues, 2018), justificam um aumento significativo das necessidades em saúde e uma maior responsabilização dos cidadãos nos cuidados (Direção-Geral da Saúde, 2015).
- Elevada prevalência de patologia urológica nas pessoas idosas (Gaspar, Dias & Lopes, 2017; Serviço Nacional de Saúde, 2017; Mota et al., 2014).
- A incontinência urinária (IU) é uma singularidade na pessoa idosa (Fulmer, 2019), uma síndrome geriátrica impactante na qualidade de vida (Carvalho et al., 2014; Faria, Menezes, Rodrigues, Ferreira, & Bolsas, 2014; Kessler et al., 2018; Kwak, Kwon, & Kim, 2015; Silva, Almeida, Aguiar, Neves, & Teles, 2013), impondo necessidades de autocuidado.

- A forma como a pessoa enfrenta a sua doença relaciona-se com os recursos, o conhecimento, a atitude, as crenças e as perceções que esta tem de saúde (Hibbard & Greene, 2013).
- As perceções de cada pessoa influenciam o seu comportamento de autocuidado; prática de atividades que a pessoa inicia e executa em seu próprio benefício, na manutenção da vida, da saúde e do bem-estar (Orem, 2001).
- Ativação consiste na capacidade da pessoa participar ativamente nos cuidados de saúde (Hibbard, Stockard, Mahoney, & Tusler, 2004).

- O nível de ativação reflete as **crenças** da pessoa acerca do papel que assume na gestão da sua saúde, assim como, a **confiança** que tem para o fazer e os **conhecimentos** que possui (Hibbard et al., 2004); níveis de ativação mais elevados estão associados a uma melhor compreensão da saúde e capacidade de autocuidado.
- Questão de partida: Que níveis de ativação revelam as pessoas idosas com disfunção da eliminação urinária em contexto de consulta de enfermagem de cirurgia urológica?

- **Estudo observacional descritivo transversal:** *Autocuidado da pessoa idosa com disfunção da eliminação urinária*

Objetivo: Identificar níveis de ativação da pessoa idosa com disfunção da eliminação urinária em contexto de consulta de enfermagem de cirurgia urológica.

Instrumento de recolha de dados: *Patient Activation Measure (PAM)13*

Escala de 13 itens com uma escala de resposta tipo Likert de 5 pontos (Hibbard, Mahoney, Stockard, & Tusler, 2005). A pontuação do PAM 13 varia de 0 a 100 pontos, definindo 4 níveis de ativação.

Níveis de Ativação:

- Nível 1 – não desempenha um papel ativo na sua saúde; recetor de cuidados
- Nível 2 – não tem conhecimento nem segurança para agir
- Nível 3 – inicia a ação de cuidados de saúde, podendo sentir falta de competências ou de confiança para manter comportamento
- Nível 4 – adota novos comportamentos de saúde de forma contínua

(Hibbard et al., 2004)

- **Variáveis sociodemográficas e clínicas:** idade, sexo, habilitações literárias, tempo de doença atual

PAM 13 – P (Laranjo et al, 2018)

	Não concordo nada	Não concordo	Concordo	Concordo totalmente	Não sei / Não se aplica
1. Eu sou o principal responsável pela minha saúde.					
2. Aquilo que é mais importante para a minha saúde é eu participar nos meus cuidados de saúde.					
3. Eu sei que posso evitar ou diminuir problemas da minha saúde.					
4. Eu sei para que servem os medicamentos que me foram receitados.					
5. Eu consigo perceber quando sou capaz de resolver um problema de saúde ou quando preciso ajuda do médico.					

Pedidos de autorização e aprovação do estudo

Colheita de dados - mês de outubro

Consentimento informado, livre e esclarecido

Quadro 1 – Caracterização das pessoas idosas com disfunção da eliminação

urinária em consulta de enfermagem (n= 30)

	Distribuição (n) ou média (± dp) / mediana
Idade (anos)	70.4 (±4.2)/69.0
Habilitações literárias	
3 ^o /4 ^o classe	13.3% (4)
Ciclo preparatório	6.7% (2)
Ciclo secundário	36.7% (11)
Bacharelato	3.3% (1)
Licenciatura	36.7% (11)
Mestrado	3.3% (1)
Tempo de doença atual (meses)	33.23 (±41.5)/12.0

Quadro 1 – Caracterização das pessoas idosas com disfunção da eliminação

urinária em consulta de enfermagem (n= 30)

	Distribuição (n)
Classificação do Nível de Ativação	
1 ^o Nível	6,7% (2)
2 ^o Nível	26,7% (8)
3 ^o Nível	63,3% (18)
4 ^o Nível	3,3% (1)

■ Itens com resposta discordante:

Não concordo - 1, 3, 5, 6, 8, 9, 11

Não concordo nada - 10, 12, 13

Gráfico 1 - Eu sou o principal responsável pela minha saúde.

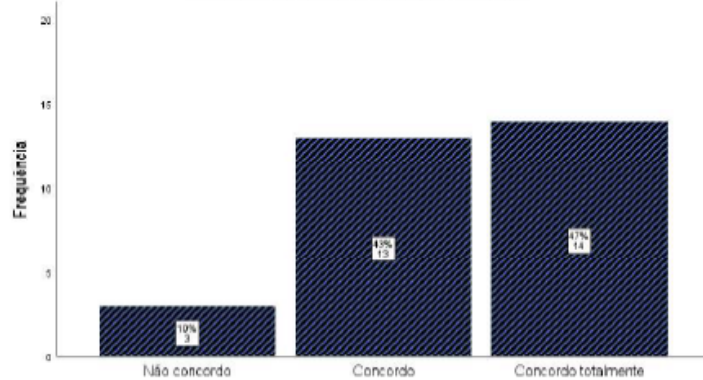


Gráfico 2 - Eu sei que posso evitar ou diminuir problemas da minha saúde.

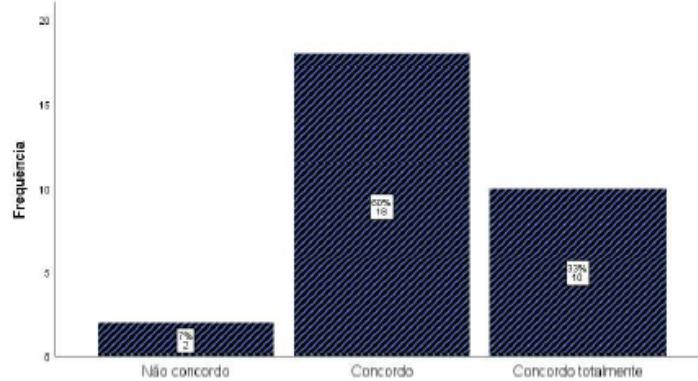


Gráfico 3 – Eu consigo perceber quando sou capaz de resolver um problema de saúde ou quando preciso ajuda do médico.

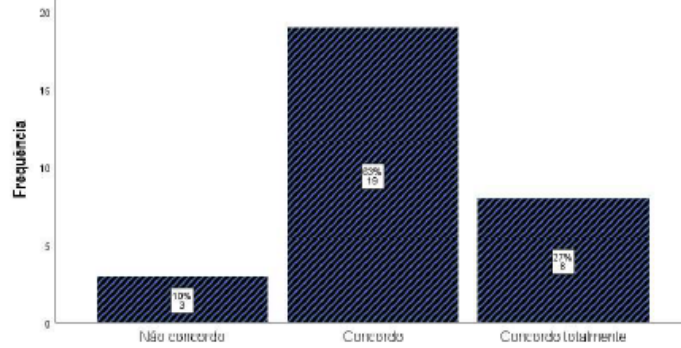


Gráfico 4 – Eu percebo os meus problemas de saúde e porque é que eles aparecem.

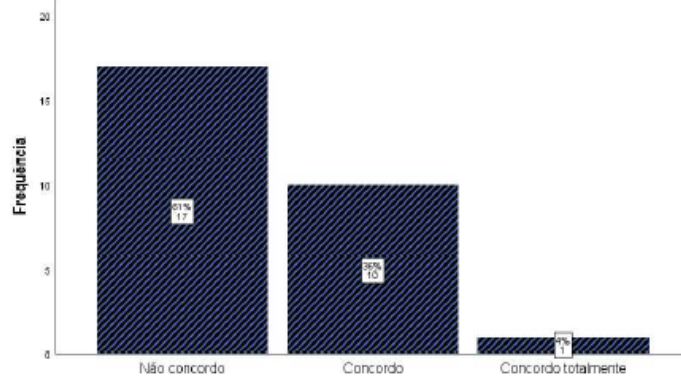


Gráfico 5 – Eu sei quais os tratamentos que existem para os meus problemas de saúde.

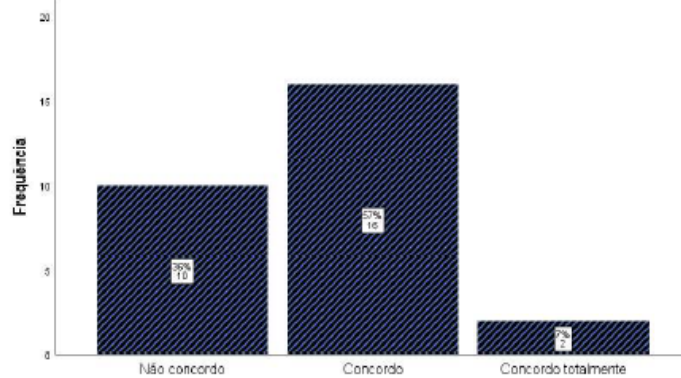


Gráfico 6 - Eu tenho conseguido manter hábitos de vida saudáveis.

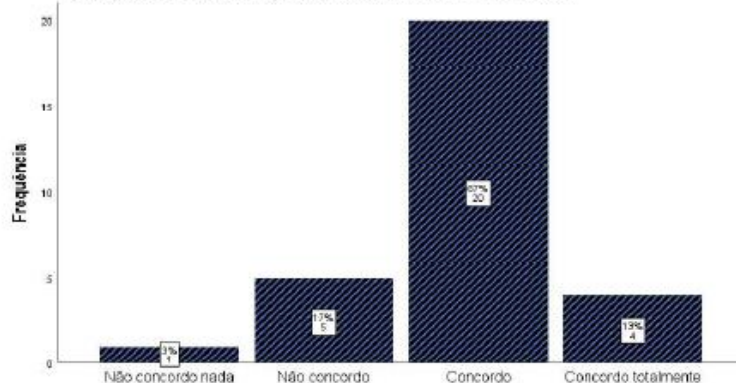


Gráfico 7 - Eu sei como evitar problemas relacionados com a minha saúde.

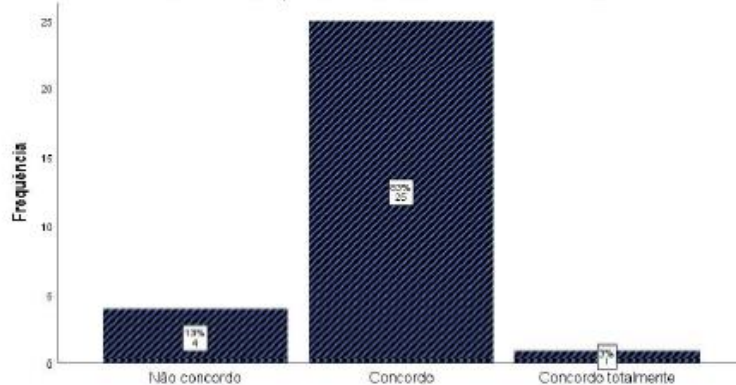


Gráfico 8 - Eu sou capaz de procurar soluções quando me aparecem novos problemas de saúde.

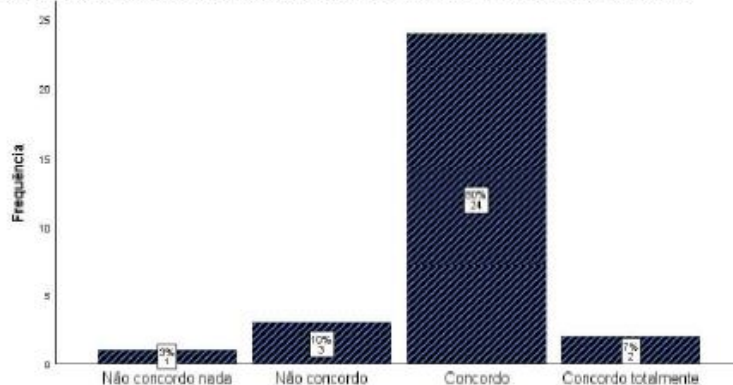
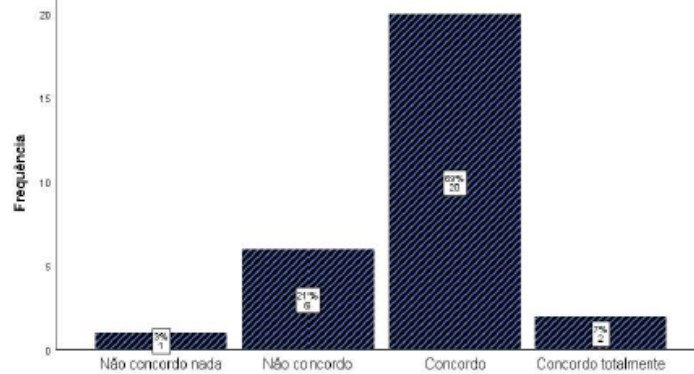


Gráfico 9 – Mesmo quando estou mais nervoso(a), sei que consigo manter hábitos de vida saudáveis.



■ Níveis de ativação e habilitações literárias

		Tabela cruzada: Classificação do Nível de Ativação * Habilitações Literárias							Total
				Habilitações Literárias					
Classificação do Nível de Ativação	1º Nível	Contagem	Ciclo					Total	
			3º ou 4º classe	preparatório	Ciclo secundário	Bacharelato	Licenciatura		Mestrado
	1º Nível	0	0	0	1	0	0	0	2
	1º Nível	% em Classificação do Nível de Ativação	0,0%	0,0%	50,0%	0,0%	50,0%	0,0%	100,0%
	2º Nível	Contagem	0	2	3	1	2	0	8
	2º Nível	% em Classificação do Nível de Ativação	0,0%	25,0%	37,5%	12,5%	25,0%	0,0%	100,0%
	3º Nível	Contagem	4	0	4	0	8	1	19
	3º Nível	% em Classificação do Nível de Ativação	21,1%	0,0%	31,6%	0,0%	42,1%	5,3%	100,0%
	4º Nível	Contagem	0	0	1	0	0	0	1
	4º Nível	% em Classificação do Nível de Ativação	0,0%	0,0%	100,0%	0,0%	0,0%	0,0%	100,0%
Total		Contagem	4	2	11	1	11	1	30
		% em Classificação do Nível de Ativação	13,3%	6,7%	36,7%	3,3%	36,7%	3,3%	100,0%

■ Níveis de ativação e tempo de doença atual

Há quanto tempo foi diagnosticada a sua doença? (meses)			
Classificação Nível de Ativação	N	Média	Erro Desvio
1º Nível	2	114,00	8,485
2º Nível	8	25,62	38,972
3º Nível	19	29,42	37,658
4º Nível	1	5,00	.
Total	30	33,23	41,859

- A amostra de pessoas idosas revela um nível de ativação moderado a alto. Este resultado é o inverso do que habitualmente é descrito nos estudos de ativação (Alexander, Hearld, Mittler, & Harvey, 2012; Hibbard & Cunningham, 2008), bem como nos estudos sobre literacia em saúde nas pessoas idosas com cancro (Papadakos et al., 2018).



- A maioria da amostra percebe capacidade de participar nos seus cuidados de saúde.
- Os itens onde se registam maiores níveis de discordância indiciam necessidades de intervenção do enfermeiro, reforçando informação, demonstração, treino...



- As habilitações literárias da amostra têm uma maior incidência no 3º ciclo do secundário e no 1º ciclo do ensino superior. O resultado não corrobora os estudos sobre literacia em saúde nas pessoas idosas em Portugal (Espanha & Ávila, 2016, Pedro, Amaral, & Escoval, 2016; Serrão, Veiga & Vieira, 2015).



- A identificação do nível de ativação de um grupo de pessoas idosas submetido a determinada intervenção clínica (consulta de enfermagem), possibilita a definição de objetivos e estratégias ajustadas, avaliando de igual modo a eficácia das mesmas.

- A identificação do nível de ativação será uma abordagem em saúde para se projetar uma intervenção educativa evolutiva e individualizada, de acordo com as crenças, conhecimentos e capacidades da pessoa para participar na sua saúde e gestão da doença, configurando-se um fator preditor do autocuidado.

- O presente estudo parece sugerir que a intervenção apoio-educação do enfermeiro em consulta de enfermagem resulta numa estratégia de ativação da pessoa idosa favorecendo o autocuidado.
- Seria necessária mais investigação para estabelecer causalidade entre as variáveis utilizadas no estudo.

- Considerando a importância da ativação das pessoas no modelamento comportamental, o enfermeiro deverá estimular essa mesma ativação, informando, encorajando e motivando para comportamentos de saúde. Tal corresponde a uma boa prática de literacia em saúde (Direção-Geral da Saúde, 2019).

- Promover a autonomia da pessoa idosa e o direito à sua autodeterminação
- Ter em conta as (in)capacidades da pessoa idosa
- Disponibilizar informação pertinente, simples e clara
- Tornar a informação pessoalmente relevante
- Repetir a informação as vezes que forem necessárias
- Dar tempo para que a informação seja processada
- Utilizar o método teach back

- Encorajar a pessoa a partilhar dúvidas acerca das suas condições de saúde, instruções e opções de tratamento
- Envolver a família
- Sublinhar os benefícios a curto prazo de adotar determinados comportamentos

- ▶ Alexander, J., Heard, L., Mittler, J., & Harvey, J. (2012). Patient-physician role relationships and patient activation among individuals with chronic illness. *Health services research*, 47 (3), 1201–1223. doi: 10.1111/j.1475-6773.2011.01354.x
- ▶ Direção-Geral da Saúde (2015). *Plano Nacional de Saúde: revisão e extensão a 2020*. Lisboa: Direção-Geral da Saúde.
- ▶ Direção-Geral da Saúde (2019). *Manual de Boas Práticas Literacia em Saúde. Capacitação dos Profissionais de Saúde*. Lisboa: Direção-Geral da Saúde. Acessado a 20 de outubro de 2019. Disponível em: <http://www.dgs.pt/documentos-e-publicacoes/manual-de-boas-praticas-literacia-em-saude-capacitacao-dos-profissionais-de-saude-pdf.aspx>
- ▶ Espanha, R., & Ávila, P. (2016). Health Literacy survey Portugal: A contribution for the knowledge on health and communications. *Proceedia Computer Science*, 100, 1033–1041.
- ▶ Faria, C. A., Menezes, A. M. N., Rodrigues, A. O., Ferreira, A. L. V., & Bolsas, C. N. (2014). Incontinência urinária e noctúria: prevalência e impacto sobre a qualidade de vida em idosos numa Unidade Básica de Saúde. *Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia*, 17(1), 17–25. Acessado 22 de maio de 2019. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rbagg/v17n1/1809-9823-rbagg-17-01-00017.pdf>
- ▶ Fulmer, T. (2019). How to try this: Fulmer SPICES. *AJN*, 107(10), 40–48. DOI:10.1097/01.NAJ.0000292197.76076.e1
- ▶ Gaspar, S., Dias, J. S. & Lopes, T. (2017). *Protocolos de urgência em Urologia*. Lisboa: Lidel.
- ▶ Hibbard J. H., Stockard, J., Mahoney, E.R., & Tusler, M. (2004). Development of the Patient Activation Measure (PAM): conceptualizing and measuring activation in patients and consumers. *Health services research*, 39, 1005–26. doi:10.1111/j.1475-6773.2004.00269.x
- ▶ Hibbard, J. H., Mahoney, E. R., Stockard, J., & Tusler M. (2005). Development and testing of a short form of the patient activation measure. *Health services research*, 40, 1918–30. DOI:10.1111/j.1475-6773.2005.00438.x
- ▶ Hibbard, J. & Greene, J. (2013). What The Evidence Shows About Patient Activation: Better Health Outcomes and Care Experiences; fewer data and costs. *Health Affairs*, 32, 2, 207–214. doi:10.1377/hlthaff.2012.1061.

- ▶ Kessler, M., Facchini, L. A., Soares, M. U., Nunes, B. P., França, S. M., & Thumé, E. (2018). Prevalence of urinary incontinence among the elderly and relationship with physical and mental health indicators. *Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia*, 21(4), 397–407. <http://dx.doi.org/10.1590/1981-22562018021180015>
- ▶ Kwak, Y., Kwon, H., & Kim, Y. (2015). Health-related quality of life and mental health in older women with urinary incontinence. *Aging Ment Health*, 8, 1–8. <https://doi.org/10.1080/13607863.2015.1033682>
- ▶ Mota, A. et al (2014). *Patologia urológica e envelhecimento. Geriatria Fundamental* (pp. 203-224). Lisboa: Lidel.
- ▶ Orem, D. E. (2001). *Nursing: Concepts of practice* (6th ed.). St. Louis, MO: Mosby.
- ▶ Papađakos, J., Hasan, S., Barnsley, J., Berta, W., Fazelzad, R., Papađakos, C., Giuliani, M., & Howell, D. (2018). Health Literacy and Cancer Self-Management Behaviors: A Scoping Review. *Cancer*, 124 (21), 4202–4210. DOI: 10.1002/cncr.31733
- ▶ Pedro, A., Amaral, O., & Escóval, A. (2016). Literacia em saúde, dos dados à acção: Tradução, validação e aplicação do European Health Literacy Survey em Portugal: *Revista Portuguesa de Saúde Pública*, 34, 259–275.
- ▶ Rodrigues, T. (2018). *Envelhecimento e políticas de saúde*. Lisboa: Fundação Manuel dos Santos.
- ▶ Serrão, C., Veigas, S. & Vieira, I. (2015). Literacia em Saúde: resultados obtidos a partir de uma amostra de pessoas idosas portuguesas. *Revista Portuguesa de Enfermagem de Saúde Mental* (Ed. Esp. 2), 33–38.
- ▶ Serviço Nacional de Saúde (2017). *Rede Nacional de Especialidade Hospitalar e de Referência - Urologia*. Acessado 3 de abril de 2019. Disponível em: <file:///D:/eliminaçao%20vrsical/RNEHR-Urologia/Aprovada%20agosto-17.pdf>
- ▶ Silva, A. L., Almeida, C., Aguiar, H., Neves, M., & Teles, M. J. (2013). Prevalência e impacto da incontinência urinária na qualidade de vida da mulher. *Revista Portuguesa de Medicina Geral e Familiar*, 29, 364–376. Acessado em 22 de maio. Disponível em: www.rpmgf.pt/opa/index.php/rpmgf/article/download/11197/10923



OBRIGADA

Questionário de Avaliação de Satisfação da Formação

Pessoa idosa com disfunção da eliminação urinária: ativação do enfermeiro para o autocuidado

Local: Unidade de próstata, rim e vias urinárias

Data: 3/12/2019

	Muito Bom	Bom	Suficiente	Insuficiente	Mau
1. CONTEUDO PROGRAMÁTICO					
- Interesse dos conteúdos apresentados	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- Ajuste dos temas aos objetivos definidos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- Duração da ação de formação	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. FORMADOR					
- Clareza da exposição	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- Domínio dos temas desenvolvidos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- Capacidade para esclarecer dúvidas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- Gestão do tempo disponível	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. RESULTADOS E EXPETATIVAS					
- Temas abordados face às expetativas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- Utilidade prática da formação	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. AVALIAÇÃO GLOBAL					
- Globalmente a ação de formação	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

5. SUGESTÕES/ COMENTÁRIOS

.....

.....

.....

.....

.....

Carla Nascimento

APÊNDICE II

Certificado de comunicação oral nas IIas Jornadas de Enfermagem da
Escola Superior de Saúde Egas Moniz



II^{as} Jornadas de Enfermagem

Escola Superior de Saúde Egas Moniz

Certificado

Carla Nascimento

Participou com a apresentação da seguinte comunicação Livre "Cuidado centrado na pessoa idosa com disfunção da eliminação urinária em consulta de enfermagem: a ativação para o autocuidado", em co-autoria com Ezequiel Pessoa, Tiago Santos e Adriana Henriques, nas II^{as} Jornadas de Enfermagem – Cuidado Centrado na Pessoa, que decorreram nos dias 20 e 21 de Fevereiro de 2020, na Escola Superior de Saúde Egas Moniz.

Cidália Castro

Presidente da Comissão Científica

A. da Serra

Presidente da Comissão Organizadora

Com o apoio de :



APÊNDICE III

Certificado de comunicação oral no VII Congresso Internacional Virtual
Iberoamericano de Enfermería



D. José María Vázquez Chozas
Presidente de la Fundación para la Cooperación Investigación y Desarrollo de la Enfermería FUNCIDEN



Certifica que:

FERNANDES NASCIMENTO, CARLA ALEXANDRA

Ha participado como Autor principal con la Comunicación escrita:

A ativação para o autocuidado da pessoa com disfunção da eliminação urinária: a investigação na prática de enfermagem

En el **VII Congreso Internacional Virtual Iberoamericano de Enfermería**

Enfermería como Agente de Salud Sociosanitaria

Celebrado en la Plataforma de Congresos de la Fundación para la Cooperación, Investigación y Desarrollo de la Enfermería **FUNCIDEN**
Desde el día 4/03/2020 al 11/03/2020.

11/03/2020

Publicado en el **CD-ROM del Congreso**

Sala	2	Área temática	1	Capítulo	109
------	---	---------------	---	----------	-----

Editado por **FUNCIDEN**
ISBN CD-ROM: 978-84-16679-10-2
Depósito Legal: M-7106-2020

José María Vázquez Chozas
Presidente FUNCIDEN

APÊNDICE IV

Questionário diagnóstico de situação
na Unidade de Cirurgia de Ambulatório de Urologia

QUESTIONÁRIO

CONSENTIMENTO INFORMADO, LIVRE E ESCLARECIDO PARA PARTICIPAÇÃO EM ESTUDO DE INVESTIGAÇÃO de acordo com a Declaração de Helsínquia e a Convenção de Oviedo

Por favor, leia com atenção a seguinte informação. Se achar que algo está incorreto ou que não está claro, não hesite em solicitar mais informações. Se concorda com a proposta que lhe foi feita, queira assinar este documento.

Cara colega,

eu, Carla Nascimento, docente em enfermagem, com doutoramento em Educação, estou neste momento a realizar um projeto de estágio intitulado “Pessoa Idosa com disfunção da eliminação urinária: intervenção do enfermeiro no autocuidado”, orientado pela Professora Doutora Adriana Henriques, no âmbito do 10º Curso de Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica na Escola Superior de Enfermagem de Lisboa.

De forma a concretizar o projeto em causa, solicito a sua colaboração com o preenchimento do questionário que se segue sobre consulta de enfermagem pré-operatória. A sua opinião e experiência profissional é fundamental para a melhoria da qualidade dos cuidados de enfermagem.

De salientar a garantia de que tanto as suas respostas como a sua identidade serão confidenciais e anónimas.

Muito obrigada,
Carla Nascimento (carla.nascimento@esel.pt)

Declaro ter lido e compreendido este documento, bem como as informações que me foram fornecidas pela pessoa que acima assina. Foi-me garantida a possibilidade de, em qualquer altura, recusar participar sem qualquer tipo de consequências. Desta forma, aceito participar e permito a utilização dos dados que de forma voluntária forneço, confiando nas garantias de confidencialidade e anonimato que me são dadas.

Assinatura:Data: /..... /.....

QUESTIONÁRIO

Assinale com uma cruz a sua resposta às questões seguintes

1. Idade	Até 30 A <input type="checkbox"/>	30 a 40 A <input type="checkbox"/>	40 a 50 A <input type="checkbox"/>	> 50 A <input type="checkbox"/>	2. Género	M <input type="checkbox"/>	F <input type="checkbox"/>
-----------------	-----------------------------------	------------------------------------	------------------------------------	---------------------------------	------------------	----------------------------	----------------------------

3. Experiência clínica como enfermeiro(a)	Tempo de exercício profissional: 1 a 4 A <input type="checkbox"/> 5 a 7 A <input type="checkbox"/> 8 a 14 A <input type="checkbox"/> 15 a 22 A <input type="checkbox"/> ≥ 23 A <input type="checkbox"/>
	Tempo de exercício profissional em contexto cirúrgico: 1 a 4 A <input type="checkbox"/> 5 a 7 A <input type="checkbox"/> 8 a 14 A <input type="checkbox"/> 15 a 22 A <input type="checkbox"/> ≥ 23 A <input type="checkbox"/>

4. Consulta pré-operatória de enfermagem

4.1 Qual a sua opinião sobre a necessidade de uma consulta pré-operatória de enfermagem neste serviço? Porquê?

4.2 Da sua experiência, que dados seriam importantes o enfermeiro recolher nesta consulta?

QUESTIONÁRIO

4.3 Na sua opinião, que informação o enfermeiro devia trabalhar com a pessoa nesta consulta?

4.4 Assinale com um X os aspetos que considera menos favoráveis à realização desta consulta neste serviço:

Poucos recursos humanos

Falta de tempo

Inexistência de um espaço próprio

Inexistência de um guia estruturado para a realização da consulta

Outros _____

4.5 Por que enfermeiros considera que deveria ser realizada a consulta?

Todos os enfermeiros da equipa seguindo uma escala

Enfermeiros de anestesia

Enfermeiros de recobro

Enfermeiro específico para a consulta

Outro Explícite: _____

4.6 Com que antecedência deve ser realizada esta consulta?

Duas semanas antes

Uma semana antes

Outro tempo Especifique: _____

4.7 Que dados desta consulta considera importantes registar no processo clínico informático?

QUESTIONÁRIO

4.8 Na sua opinião, a intervenção do enfermeiro nesta consulta deve-se alterar se estiver perante uma pessoa idosa?

Sim Não

Se sim, em quê?

4.9 Prêve dificuldades nesta consulta ou no percurso da cirurgia ambulatória na pessoa idosa? Quais?

4.10 De um modo geral, que intervenções de enfermagem gostaria de destacar para a promoção do autocuidado da pessoa idosa submetida a cirurgia ambulatória?

APÊNDICE V

Sessão de formação na Unidade de Cirurgia de Ambulatório de Urologia

ACÇÃO DE FORMAÇÃO

Consulta de Enfermagem Pré-operatória, o que pensamos nós?

Data: 4 de dezembro

Hora: 14h

**Local: Unidade de Cirurgia de Ambulatório de
Urologia**

Destinatários: Enfermeiros do serviço

Formadora: Enfermeira Carla Nascimento

Plano de Sessão da Formação

Título da Sessão	Consulta Pré-operatória, o que pensamos nós? Intervenção do enfermeiro para o autocuidado da pessoa idosa
Local	Unidade de Cirurgia de Ambulatório de Urologia
Data	5/12/2019
Duração	45 Minutos
Formador	Carla Nascimento, estudante de Curso de Mestrado em Enfermagem, área de especialização Médico-cirúrgica, área de intervenção Enfermagem à pessoa idosa
Formandos	Enfermeiros do serviço
Objetivos	Refletir sobre a pertinência da consulta de enfermagem pré-cirúrgica como intervenção de autocuidado, nomeadamente da pessoa idosa; Apresentar os resultados do questionário realizado à equipa de enfermagem do serviço; Discutir estratégias de implementação da consulta de enfermagem pré-cirúrgica.
Metodologia	Expositiva e interativa
Recursos	Powerpoint, projetor, sala de reuniões
Avaliação da Sessão	Questionário de avaliação da satisfação da formação

CONSULTA PRÉ-OPERATÓRIA, O QUE PENSAMOS NÓS? INTERVENÇÃO DO ENFERMEIRO PARA O AUTOCUIDADO DA PESSOA IDOSA



CARLA ALEXANDRA FERNANDES DO NASCIMENTO
DOCENTE ORIENTADOR: PROFESSORA ADRIANA HENRIQUES

dezembro, 2019

SUMÁRIO

- Objetivos
- Pertinência do tema
- Diagnóstico de situação
- Resultados do questionário
- Planeamento
- Referências Bibliográficas

OBJETIVOS

- Refletir sobre a pertinência da consulta de enfermagem pré-operatória como intervenção de autocuidado, nomeadamente da pessoa idosa;
- Apresentar os resultados do questionário realizado à equipa de enfermagem do serviço;
- Discutir estratégias de implementação da consulta de enfermagem pré-operatória.

- A intervenção do enfermeiro em cirurgia de ambulatório divide-se entre o pré-operatório, onde o foco é o ensino pré-operatório, o intraoperatório, o recobro primário, com foco na monitorização e vigilância hemodinâmica da pessoa, o recobro secundário, com foco na preparação para a alta e no follow-up telefónico (Hamström, Kankkunen, Suominen, & Meretoja, 2012; Peate, 2015).



- A consulta de enfermagem pré-operatória (CEP) é procurada para obter informação sobre a doença e tratamento, para orientação da prática do autocuidado, resultando em redução do medo e ansiedade pré-operatória, recuperação mais rápida, redução de complicações pós-operatórias, redução de custos de saúde, promoção de segurança, confiança e satisfação nos cuidados de saúde (Gonçalves, Cerejo, & Martins, 2017; Goransson et al., 2017; Mitchell, 2016; Pearson, 2018; Santos, Ramos, & Fonseca, 2017; Samuelsson et al., 2018).



- Em contexto de cirurgia de ambulatório(CA), a CEP adquire elevada relevância no autocuidado, sobretudo na pessoa idosa (Carretas & Fonseca, 2017; Hamström et al., 2012; Mitchell, 2016; Samuelsson et al., 2018), sendo fundamental fornecer informação escrita com todos os cuidados peri-operatórios (Oster & Oster, 2015; Vieira, Carmona, Pinto, & Marcos, 2017); estratégia educativa favorecedora da literacia em saúde e da capacitação para o autocuidado (Direção-Geral da Saúde, 2019; Goransson et al., 2017; Yeh et al., 2017).



A pertinência da CEP encontra-se amplamente difundida em múltiplos artigos científicos, no entanto ainda não está implementada em todas as instituições.

- **Ensino de enfermagem não estruturado**
- **Resultados de auditoria – 203 cancelamentos, 38% podem ser supridos com a consulta de enfermagem pré-operatória** (utentes que não cumprem os requisitos pré-operatórios - não substituição da terapêutica anticoagulante, ausência de antibioterapia pré-operatória; utentes que faltam à admissão).
- **Pessoa idosa em 1º trimestre 2019 - 70%**

- **Aprovação do projeto pela Direção de Enfermagem**
- **Recolha informal de opinião dos utentes (necessidades de informação, preparação pré-operatória, cuidados pós-operatórios, conhecimento do procedimento e do percurso)**
- **Aplicação de questionário à equipa sobre a consulta de enfermagem**

Idade



■ 30 – 40 ■ 40-50 ■ superior a 50

Género



■ Masculino ■ Feminino

Tempo de exercício profissional (anos)



■ 8 a 14 ■ 15 a 22 ■ mais de 23

Tempo de exercício em contexto cirúrgico (anos)



■ 5 a 7 ■ 8 a 14 ■ 15 a 22 ■ mais de 23

Importância da consulta de enfermagem pré-operatória neste serviço?

- Redução de taxa de utentes chumbados
- Explicar ao utente o procedimento cirúrgico
- Explicar ao utente os cuidados pré-operatórios
- Informar o utente sobre os cuidados pós-operatórios
- Esclarecer dúvidas, reduzir ansiedade pré-operatória

Importância da consulta de enfermagem pré-operatória neste serviço?

- Redução do tempo de acolhimento no dia da cirurgia
- Promoção do autocuidado
- Aumentar a segurança cirúrgica
- Aumentar a satisfação do utente com os cuidados de saúde
- Familiarizar o utente com o serviço



Qual a intervenção do enfermeiro nesta consulta?

- Informar sobre o percurso do utente no dia da cirurgia
- Explicar os cuidados pré-operatórios, importância do banho cirúrgico e entrega das esponjas
- Explicar a importância da realização dos exames pré-operatórios (urocultura e necessidade de AB)
- Explicar os critérios de CA
- Validar os critérios de CA
- Informar sobre o impacto da cirurgia na qualidade de vida, cuidados pós-operatórios



Que dados importa o enfermeiro recolher/ registar nesta consulta?

- Antecedentes pessoais e cirúrgicos relevantes para a cirurgia
- Medicação, alergias
- SV, exames complementares de diagnóstico
- Expetativas e conhecimento sobre o procedimento
- Conhecimento da situação de saúde
- Validação do consentimento informado
- Validação dos critérios de elegibilidade de CA



Que dados importa o enfermeiro recolher/registar nesta consulta?

- Ensino sobre cuidados pré-operatórios
- Ensino sobre cuidados pós-operatórios
- Contacto do familiar, como regressa a casa
- Necessidades de apoio

Fatores condicionantes à realização da CEP



Qual o enfermeiro que deve realizar CEP



Com que antecedência deve ser realizada a CEP?



■ Duas semanas antes ■ Uma semana antes



A intervenção do enfermeiro na CEP deve-se alterar se estiver perante uma pessoa idosa?



■ Sim ■ Não

Porquê?

- Incentivar a pessoa para a necessidade de acompanhante
- Avaliar capacidades da pessoa (cognitivas, sensoriais)
- Adaptar a linguagem utilizada



Intervenção do enfermeiro à pessoa idosa nesta consulta?

- Incentivar a pessoa para a sua autonomia
- Incentivar exercício físico
- Estimular a adesão ao regime terapêutico
- Entrega de folhetos informativos
- Disponibilizar contactos do serviço
- Contacto telefónico às 24h e SOS
- Referenciação ao centro de saúde com os cuidados a ter



Objetivos da consulta de enfermagem pré-operatória neste serviço

- Realizar colheita de dados ao utente;
- Efetuar levantamento de necessidades de forma a planear cuidados intraoperatórios;
- Planear intervenções de enfermagem promotoras do autocuidado da pessoa e família;
- Realizar ensinamentos pré-operatórios fornecendo os folhetos “Guia de Acolhimento Utentes” e “Banho Pré-operatório”;

Objetivos da consulta de enfermagem pré-operatória neste serviço

- Identificar o familiar/ pessoa significativa ou cuidador, registando o seu contacto telefónico;
- Validar os critérios sociais de inclusão em CA;
- Fornecer os folhetos específicos para cada uma das patologias cirúrgicas;
- Fazer visita ao serviço de modo a promover o contacto da pessoa com alguns elementos da equipa multidisciplinar e conhecer o circuito no dia da cirurgia.

- Dossiê de estágio, reunindo literatura relacionada com o projeto
 - Criação de uma caixa de sugestões na “sala de trabalho”
 - Definição de DE e intervenções associadas
 - Construção de uma instrução de trabalho da consulta de enfermagem pré-operatória
 - Elaboração de guia de acolhimento ao utente (cuidados pré-operatórios e informações úteis)
 - Realização de guia/questionário do contacto telefónico de enfermagem às 24 h pós-operatório
 - Reformulação da folha de inquérito de satisfação do utente
 - Elaboração de Manual de Boas Práticas em CA
-

- ▶ Carretas, N., & Fonseca, C. (2017) Modelo de autocuidado para pessoas em processo cirúrgico: ganhos dos cuidados de enfermagem de reabilitação, um Projeto de desenvolvimento de competências. *Journal of Aging & Innovation*, 6 (3), 68 - 74. www.journalofagingandinnovation.org/wp-content/uploads/7-autocuidado-cir.pdf
- ▶ Direção-Geral da Saúde (2019). *Manual de Boas Práticas Literacia em Saúde. Capacitação dos Profissionais de Saúde*. Lisboa: Direção-Geral da Saúde. Acedido a 20 de outubro de 2019. Disponível em: <https://www.dgs.pt/documentos-e-publicacoes/manual-de-boas-praticas-literacia-em-saude-capacitacao-dos-profissionais-de-saude-pdf.aspx>
- ▶ Gonçalves, M. A. R., Cerejo, M. N. R., & Martins, J. C. A. (2017). A influência da informação fornecida pelos enfermeiros sobre a ansiedade pré-operatória. *Revista de Enfermagem Referência*, 14, 17-26. <https://doi.org/10.12707/RIV17023>
- ▶ Göransson, C., Wengström, Y., Ziegert, K., Langius-Eklöf, A., Eriksson, I., Kihlgren, A., & Blomberg, K. (2017). Perspectives of health and self-care among older persons-to be implemented in an interactive information and communication technology platform. *Journal Clinical Nursing*, 26, 4745-4755. DOI: 10.1111/jocn.1382
- ▶ Hamström, N., Kankkunen, P., Suominen, T., & Meretoja, R. (2012). Short hospital stays and new demands for nurse competencies. *International Journal of Nursing Practice*, 18, 501- 508. DOI:10.1111/j.1440-172X.2012.02055.x
- ▶ Mitchell, M. (2016). Day surgery nurses' selection of patient preoperative information. *Journal Clinical Nursing*, 26(1-2), 225-237. DOI: 10.1111/jocn.13375
- ▶ Oster, K. & Oster, C. (2015). Special Needs Population: Care of the Geriatric Patient Population in the Perioperative Setting. *AORN Journal*, 101, 444-456. DOI:10.1016/j.aorn.2014.10.02

- ▶ Pearson, L. (2018). Recovery after surgery: time to break. *Nursing standard*, 33, 70-72. Acedido a 3 de março de 2019. Disponível em: <http://erasociety.org/wp-content/uploads/2018/12/Pearse-2018-Recovery-after-Surgery-time-to-break-with-tradition-Nursing-Standard.pdf>
- ▶ Peate, I. (2015). Principles of surgical care: preoperative care. *British Journal of Healthcare Assistants*, 9(8), 380-385. <https://doi.org/10.12968/bjha.2015.9.8.380>
- ▶ Samuelsson, K., Egenvall, M., Klarin, I., Löök, J., Gunnarsson, U., & Iwarzon, M. (2018). The older patient's experience of the healthcare chain and information when undergoing colorectal cancer surgery according to the enhanced recovery after surgery concept. *Journal of Clinical Nursing*, 27(7-8), e1580-e1588. DOI: 10.1111/jocn.14328
- ▶ Santos, B., Ramos, A., & Fonseca, C. (2017.) Training to practice: Importance of Self-Care Theory in Nursing Process for improving care. *Journal of Aging & Innovation*, 6 (1), 51 -54. journalofagingandinnovation.org/journal-archive/
- ▶ Vieira, V., Carmona, C., Pinto, J. M. S., & Marcos, A. (2017). Recomendações para Abordagem Anestésica do Doente Idoso em Cirurgia Ambulatório. *Revista Sociedade Portuguesa de Anestesiologia*, 26(2), 52-60. <https://revistas.rcaap.pt/anestesiologia/article/view/10234>
- ▶ Yeh, M., Wu, S. & Tung, T. (2017). The relation between patient education, patient empowerment and patient satisfaction: a cross-sectional-comparison study. *Applied Nursing Research*, 39, 11-17. [doi:10.1016/j.apnr.2017.10.008](https://doi.org/10.1016/j.apnr.2017.10.008)



OBRIGADA

Questionário de Avaliação de Satisfação da Formação

Consulta pré-cirúrgica, o que pensamos nós?

Intervenção do enfermeiro para o autocuidado da pessoa idosa

Local: Unidade de Cirurgia de Ambulatório de Urologia

Data: 5/12/2019

1. CONTEUDO PROGRAMÁTICO	Muito Bom	Bom	Suficiente	Insuficiente	Mau
- Interesse dos conteúdos apresentados	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- Ajuste dos temas aos objetivos definidos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- Duração da ação de formação	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. FORMADOR	Muito Bom	Bom	Suficiente	Insuficiente	Mau
- Clareza da exposição	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- Domínio dos temas desenvolvidos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- Capacidade para esclarecer dúvidas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- Gestão do tempo disponível	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. RESULTADOS E EXPETATIVAS	Muito Bom	Bom	Suficiente	Insuficiente	Mau
- Temas abordados face às expetativas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- Utilidade prática da formação	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. AVALIAÇÃO GLOBAL	Muito Bom	Bom	Suficiente	Insuficiente	Mau
- Globalmente a ação de formação	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

5. SUGESTÕES/ COMENTÁRIOS

.....

.....

.....

.....

.....

Carla Nascimento

APÊNDICE VI

Projeto de consulta de enfermagem de acompanhamento ao utente em cirurgia de
ambulatório de urologia

CONSULTA DE ENFERMAGEM DE ACOMPANHAMENTO AO UTENTE EM CIRURGIA DE AMBULATÓRIO DE UROLOGIA

PROJETO DE INTERVENÇÃO

Estudante do 10º Curso de Mestrado em Enfermagem da ESEL, especialização Médico-cirúrgica, área de intervenção Enfermagem à Pessoa Idosa: Carla Nascimento

Lisboa, dezembro 2019



ÍNDICE

	Pág.
INTRODUÇÃO	3
1. ENQUADRAMENTO TEÓRICO	5
2. PLANEAMENTO DA CONSULTA DE ENFERMAGEM	
2.1 Objetivos	7
2.2 Destinatários	7
2.3 Responsável da consulta	7
3. CARACTERIZAÇÃO DA CONSULTA DE ENFERMAGEM	9
CONSIDERAÇÕES FINAIS	11
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	12

INTRODUÇÃO

No mês de maio de 2019, este serviço foi alvo de auditoria interna e externa tendo sido identificado que a meta definida para o indicador Total de Cirurgias de Ambulatório realizadas em relação às programadas não foi cumprida; foram desmarcadas 203 cirurgias. Entre os principais motivos de cancelamento, 77 casos (38%) são situações que uma consulta de enfermagem pré-operatória poderá suprir, ficando esta registada em ata de auditoria como uma medida a implementar no próximo ano. Identificadas situações em que as cirurgias programadas foram adiadas por falhas na comunicação dentro da equipa multidisciplinar e na comunicação com o utente; utentes que não cumprem os critérios de cirurgia de ambulatório nem os requisitos pré-operatórios por falta de informação (por exemplo suspensão da terapêutica anticoagulante/antiagregante, antibioterapia profilática pré-operatória).

A pertinência da consulta pré-operatória de enfermagem encontra-se amplamente difundida em múltiplos artigos científicos. A implementação esta consulta encontra-se em concordância com a missão deste Centro Hospitalar a qual aponta para o respeito pela dignidade humana, pela diversidade cultural e religiosa e pelos direitos dos utentes, bem como elevados padrões de humanização, de competência técnica e científica dos serviços prestados.

O presente projeto de intervenção surge da necessidade de planear a implementação de uma consulta de enfermagem de acompanhamento ao utente em cirurgia de ambulatório de urologia, dirigida ao utente proposto para cirurgia no Centro Hospitalar X.

Como objetivo geral deste documento, propõe-se apresentar o Projeto de Intervenção “Consulta de enfermagem de acompanhamento ao utente em cirurgia de ambulatório de urologia”

Como objetivos específicos foram definidos:

- Apresentar um breve enquadramento teórico sobre o tema;
- Estabelecer os objetivos da consulta de enfermagem pré-operatória;
- Definir a intervenção do enfermeiro no pós-operatório tardio/mediato.

1.ENQUADRAMENTO TEÓRICO

A cirurgia de ambulatório é considerada como uma das medidas recentes de melhoria contínua dos cuidados de saúde em Portugal (Serviço Nacional de Saúde, 2017), com desenvolvimento crescente na agenda política atual (Despacho n.º 1380/2018, de 08 de fevereiro de 2018). A mesma é descrita como um importante instrumento para o aumento da efetividade, da qualidade dos cuidados e da eficiência na organização hospitalar, com múltiplas vantagens associadas. O impacto positivo para o utente incide numa redução dos tempos de internamento, entrando e saindo no mesmo dia da cirurgia, com uma recuperação em ambiente familiar, o que por sua vez, coloca novos desafios aos profissionais de saúde, nomeadamente aos enfermeiros. Segundo a Direção-Geral da Saúde (2001a), a cirurgia de ambulatório pode ser entendida como uma intervenção cirúrgica programada, realizada sob anestesia geral loco-regional ou local que, embora efetuada em regime de internamento de curta duração, pode ser realizada em instalações próprias, com segurança e de acordo com as actuais *leges artis*, em regime de admissão e alta da pessoa no mesmo dia.

A enfermagem perioperatória compreende as três fases da experiência cirúrgica: pré-operatória, intra-operatória e pós-operatória (Hamström, Kankkunen, Suominen, & Meretoja, 2012; Peate, 2015). Todas as fases são importantes no processo cirúrgico, destacando-se aqui a fase pré-operatória na qual a pessoa está mais vulnerável nas suas necessidades. De acordo com Gonçalves, Cerejo e Martins (2017), “a equipa de enfermagem tem a responsabilidade fulcral de ajudar o doente cirúrgico a compreender e a lidar com as alterações físicas, psicológicas e sociais, com as circunstâncias e as complexidades que envolvem o momento cirúrgico, de modo a este poder adquirir um certo sentimento de domínio” (p.18); tal deverá acontecer desde o período pré-operatório.

Neste sentido, surge a importância da consulta de enfermagem pré-operatória. Segundo a Direção-Geral da Saúde (2001b), a consulta de enfermagem é uma intervenção que visa a realização de uma avaliação, o estabelecer de planos de enfermagem, no sentido de ajudar o indivíduo a atingir a máxima capacidade de autocuidado. A existência de uma consulta de enfermagem pré-operatória pretende facilitar o acesso da pessoa à informação fidedigna, avaliar necessidades de

informação, ajudar a pessoa a compreender a informação, validar a compreensão da informação, promover o acesso a recursos que permitam a pessoa tomar decisões informadas. A pessoa deverá receber informação escrita com todos os cuidados peri-operatórios (Oster & Oster, 2015; Vieira, Carmona, Pinto, & Marcos, 2017); estratégia educativa favorecedora da literacia em saúde e da capacitação para o autocuidado (Direção-Geral da Saúde, 2019; Goransson et al., 2017; Mitchell, 2016; Yeh et al., 2017; Samuelsson et al., 2018).

A literatura científica revela que a consulta de enfermagem pré-operatória é procurada para orientação da prática do autocuidado, para obter informação sobre a doença e tratamento, com resultados evidentes na diminuição da ansiedade (Barbosa, Terra & Carvalho, 2014; Gonçalves et al., 2017; Machado, 2016), redução de complicações e sensação de bem-estar após o atendimento (Oliveira, Queiroz, Matos, Moura, & Lima, 2012). Porém, a literatura também revela alguns constrangimentos associados a esta consulta, tais como, a falta de registos adequados, a dificuldade na implementação do processo de enfermagem por ausência de um referencial teórico-filosófico, a que muitas vezes se associa a ausência de um manual de orientação da própria consulta, a realização da consulta de forma diversa e sem padronização científica entre os elementos da equipa de enfermagem, o perfil do enfermeiro não direcionado para a consulta, a formação inadequada dos enfermeiros, a falta de apoio da equipa multiprofissional e a não referenciação do utente a outros profissionais de saúde.

Favorecendo a criação de um ambiente de literacia em saúde ao nível da organização hospitalar, neste projeto, a consulta de enfermagem pré-operatória pretende dar resposta às necessidades da pessoa submetida a cirurgia de ambulatório do foro urológico uma vez que, pelas condições do próprio programa cirúrgico, o ensino para a alta deverá ser planeado o mais precocemente possível possibilitando ao utente e família a promoção de mudanças comportamentais bem-sucedidas e mantidas no tempo.

No dia anterior à cirurgia, o enfermeiro deverá também realizar um contacto telefónico, avaliando o estado de saúde do utente e relembrando os principais aspetos inerentes à preparação cirúrgica em regime ambulatório (Associação dos Enfermeiros de Sala de Operações Portugueses, 2006). Esta intervenção pretende ainda diminuir o número de cancelamentos no dia da cirurgia, otimizar o programa cirúrgico e esclarecer possíveis dúvidas do utente.

A recuperação pós-operatória assume uma importância extrema no âmbito da cirurgia de ambulatório, dividindo-se entre o período pós-operatório imediato e o período pós-operatório tardio ou mediato; este último fora do contexto hospitalar.

O contacto telefónico de enfermagem pós-operatório surge como uma estratégia de continuidade de cuidados. O acompanhamento por telefone é uma intervenção estabelecida pela Classificação Internacional de Enfermagem que permite monitorar as condições de saúde do utente; pode diminuir a ansiedade do utente, esclarecer as suas dúvidas, aumentar o vínculo com os profissionais e a sua satisfação (Cardozo et al., 2017).

2.PLANEAMENTO DA CONSULTA DE ENFERMAGEM

2.1 Objetivos

A consulta de enfermagem de acompanhamento ao utente em cirurgia de ambulatório de urologia tem como objetivo geral prestar cuidados de enfermagem ao utente/família submetido a cirurgia de ambulatório de urologia.

Como objetivos específicos foram definidos:

- Avaliar o estado de saúde da pessoa;
- Identificar necessidades individuais de forma a planear cuidados intraoperatórios;
- Esclarecer dúvidas, receios, preocupações, expectativas;
- Dar apoio emocional;
- Promover o acesso e a compreensão da informação sobre a cirurgia de ambulatório, o procedimento cirúrgico a realizar e os cuidados perioperatórios;
- Realizar ensinamentos pré-operatórios fornecendo as esponjas cirúrgicas, as meias elásticas e os folhetos informativos;
- Identificar o acompanhante no dia da cirurgia, registando o seu contacto telefónico;
- Validar os critérios sociais de inclusão da cirurgia de ambulatório;
- Validar o consentimento informado cirúrgico;
- Fazer visita ao serviço, promovendo o contacto do utente com os elementos da equipa multidisciplinar e conhecer o circuito perioperatório no dia da cirurgia;
- Sistematizar o atendimento telefónico de enfermagem pré-operatório, na véspera da cirurgia;
- Sistematizar o atendimento telefónico de enfermagem pós-operatório tardio/mediato, no dia seguinte da cirurgia.

2.2 Destinatários

A consulta de enfermagem destina-se a todos os utentes propostos para cirurgia de ambulatório de urologia.

3. CARACTERIZAÇÃO DA CONSULTA DE ENFERMAGEM

Centro de custo: XXX

Duração: O tempo previsto para a realização da consulta de enfermagem pré-operatória é de 60 minutos. O atendimento de enfermagem não presencial, telefónico, nas 24h antes da cirurgia e nas 24h depois da cirurgia será de 15 minutos.

Horário: 2^a a 6^a das 9h às 14:30h

Recursos Humanos: Enfermeiros, Apoio administrativo, Apoio Assistente Operacional.

Recursos materiais e físicos: Computador com Processo de Enfermagem eletrónico no Gabinete, Monitor de Sinais Vitais, Balança, telefone, esponjas cirúrgicas, meias elásticas, escala visual analógica e numérica da dor, guia de acolhimento e folhetos informativos.

Marcações: Marcação em agenda eletrónica associada à consulta de anestesia. No momento da marcação da consulta de anestesia é agendada a consulta de enfermagem pré-operatória pelo técnico administrativo. No caso em que não seja possível realizar consulta de anestesia, a marcação da consulta de enfermagem pré-operatória mantém-se. A consulta deverá ser realizada cerca de duas semanas antes da cirurgia do utente, devendo-se neste dia marcar o atendimento telefónico de enfermagem na véspera da cirurgia. O atendimento telefónico de enfermagem no dia seguinte da cirurgia é marcado no momento da alta do utente.

Indicadores de processo:

- Realizar consulta de enfermagem pré-operatória a 80% dos utentes submetidos a cirurgia de ambulatório de urologia.
- Realizar contacto telefónico no dia anterior à cirurgia a 80% dos utentes submetidos a cirurgia de ambulatório de urologia.

- Realizar contacto telefónico no dia seguinte à cirurgia a 100% dos utentes submetidos a cirurgia de ambulatóri de urologia.

Indicadores de qualidade:

- Redução de 10% da taxa de cancelamento da cirurgia do próprio dia em 6 meses.
- Redução de 10% de faltas na admissão em 6 meses.
- Aumento de 10% da taxa de utentes operados em cirurgia de ambulatório em 6 meses.
- Obtenção de 80% de satisfação dos inquéritos dos utentes.

Atividades de enfermagem a desenvolver:

- Acolhimento à pessoa e família;
- Avaliação inicial em desktop de enfermagem, avaliando, entre outras, as seguintes dimensões:
 - Alergias
 - Patologias associadas
 - Medicação habitual (no caso de anticoagulantes/antiagregantes, atuar de acordo com o protocolo do serviço)
 - Exames complementares de diagnóstico pré-operatórios
 - Lateralidade da cirurgia, quando aplicável
 - Existência de urocultura e resultados (administração de antibiótico segundo prescrição médica);
- Validação dos critérios sociais de inclusão de cirurgia de ambulatório;
- Validação do consentimento informado cirúrgico;
- Prevenção da infeção do local da ferida cirúrgica realizando ensino do banho pré-cirúrgico fornecendo as respetivas esponjas cirúrgicas;
- Prevenção de tromboembolismo fornecendo meias elásticas e realizando ensino de como as calçar em casa;
- Apresentação da escala visual analógica e numérica da dor;
- Apresentação do serviço e de elementos da equipa multidisciplinar;
- Elaboração do plano de cuidados com formulação de diagnósticos e intervenções de enfermagem:

DIAGNÓSTICOS DE ENFERMAGEM (CIPE)	INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM (CIPE)
Conhecimento sobre o processo cirúrgico diminuído	<ul style="list-style-type: none"> -Distribuir material educativo; -Ensinar o indivíduo sobre o processo da cirurgia; -Envolver pessoa significativa do indivíduo; -Executar técnica de marcação do estoma; -Explicar sobre processo cirúrgico.
Conhecimento sobre a doença diminuído	<ul style="list-style-type: none"> -Distribuir material educativo; - Ensinar o indivíduo sobre autocuidado; - Ensinar o indivíduo sobre ostomia de eliminação; -Envolver a pessoa significativa do indivíduo; -Explicar sobre o estado de saúde; -Negociar contrato terapêutico com o indivíduo.
Ansiedade atual	<ul style="list-style-type: none"> -Monitorizar SV; -Envolver (pessoa significativa) do indivíduo; - Escutar o indivíduo; - Explicar sobre o estado de saúde; - Explicar sobre técnica; - Monitorizar a ansiedade do indivíduo (escala de HADS); - Promover estratégias de coping; -Solicitar apoio para o indivíduo.
Medo	<ul style="list-style-type: none"> -Envolver (pessoa significativa) do indivíduo; -Escutar o indivíduo; - Explicar sobre estado de saúde; - Identificar causa de medo; - Promover estratégias de coping; - Promover a esperança;

	-Solicitar apoio para o indivíduo.
Auto-estima diminuída	-Envolver (pessoa significativa) do indivíduo; - Escutar o indivíduo; - Explicar sobre o estado de saúde; - Promover estratégias de coping; - Promover a esperança; -Solicitar apoio para o indivíduo; -Vigiar comportamento.
Conforto diminuído	-Monitorizar SV; - Aplicar (protetor/tratamento) em região corporal; -Assistir o indivíduo na execução de procedimento técnico; -Envolver (pessoa significativa) do indivíduo; -Escutar o indivíduo; - Explicar sobre o estado de saúde; - Explicar sobre técnica; -Gerir com o indivíduo a atividade executada pelo próprio; - Identificar com o indivíduo causa do desconforto; -Promover a esperança; -Vigiar dor.
Imagem corporal comprometida	- Escutar o indivíduo; - Explicar sobre o estado de saúde; -Gerir com o indivíduo a atividade executada pelo próprio; - Promover estratégias de coping; - Promover a esperança; -Solicitar apoio para o indivíduo; -Vigiar comportamento.
Capacidade de desempenho de papel comprometida	-Escutar o indivíduo; - Explicar sobre o estado de saúde;

	<ul style="list-style-type: none"> -Gerir com o indivíduo a atividade executada pelo próprio; - Orientar o indivíduo; - Promover estratégias de coping; - Promover a esperança; -Solicitar apoio para o indivíduo.
<p>Continuidade de cuidados comprometida</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Monitorizar sinais vitais; - Aplicar (protetor/tratamento) em região corporal; -Assistir o indivíduo na execução de procedimento técnico; -Envolver (pessoa significativa) do indivíduo; -Escutar o indivíduo; - Explicar sobre estado de saúde; - Explicar sobre técnica; - Gerir com o indivíduo a atividade executada pelo próprio; - Identificar causa de desconforto do indivíduo; -Promover a esperança; - Vigiar a dor.
<p>Risco de não adesão</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Distribuir material educativo; -Envolver a pessoa significativa do indivíduo; - Escutar o indivíduo; - Executar contacto por telefone para continuidade de cuidados; - Executar técnica; - Explicar sobre execução da técnica; - Explicar sobre estado de saúde; - Identificar fatores preditivos de não adesão; -Identificar estratégias de adesão com o indivíduo; - Orientar o indivíduo;

	<ul style="list-style-type: none">- Promover estratégias de coping;- Promover a esperança;-Solicitar apoio para o indivíduo.
--	--

- Contactar telefonicamente o utente na véspera da cirurgia, validando novamente os critérios sociais de inclusão de cirurgia de ambulatório, relembrando a preparação cirúrgica necessária, diminuindo a probabilidade de falta à admissão;
- Contactar telefonicamente o utente no dia seguinte à cirurgia visando avaliar o estado de saúde do utente despistando complicações (classificação Clavien-Dindo), avaliar a eficácia da terapêutica analgésica, reforçar o ensino, esclarecer dúvidas, relembrar necessidade de preenchimento e devolução do inquérito de satisfação.
- Se a situação clínica do utente for preocupante, contactar o utente às 48h pós-cirurgia.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

De forma coerente e suportado na literatura científica e experiência profissional, este projeto identifica uma necessidade de intervenção em saúde com impacto na melhoria contínua da qualidade dos cuidados, sendo o autocuidado um dos Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem (Ordem dos Enfermeiros, 2001). O Projeto Nacional dos Padrões de Qualidade promovido pela Ordem dos Enfermeiros, veio criar uma janela de oportunidade para as instituições de saúde refletirem sobre as suas práticas.

Enquanto conjunto de intenções no âmbito da melhoria da qualidade de vida e bem-estar da pessoa e da segurança dos cuidados de saúde, este projeto retrata a pessoa enquanto importante agente de participação e de mudança, que para exercer a responsabilidade na defesa da sua saúde precisa de estar informada, interiorizar essa informação e traduzi-la na alteração dos seus comportamentos de cuidados e na gestão da sua doença. Como área de intervenção autónoma do enfermeiro, justifica-se a necessidade de lhe dar visibilidade documentando os cuidados prestados. Para tal, reforça-se a necessidade de uma linguagem comum através dos sistemas de informação informáticos, garantindo a continuidade dos cuidados num processo individualizado de educação à pessoa e família. Acresce ainda que, desta forma, poderá obter-se dados que favoreçam a produção de indicadores de qualidade, produtividade e eficiência em saúde.

Por fim, e considerando que para que um projeto em serviço ter sucesso tem de contar com a colaboração de toda a equipa, o mesmo pretende envolver todos os elementos da equipa multidisciplinar na concretização do seu planeamento e operacionalização.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Associação dos Enfermeiros de Sala de Operações Portugueses (2006). *Enfermagem perioperatória-da filosofia à prática dos cuidados*. Loures: Lusodidacta.
- Barbosa, A., Terra, F., & Carvalho, J. (2014). Humanização da assistência médica e de enfermagem ao paciente no perioperatório em um hospital universitário. *Revista de enfermagem UERJ*, 22(5), 699-704. DOI: <http://dx.doi.org/10.12957/reuerj.2014.2605>
- Cardozo, A. S., Santana, R. S., Rocha, I. C. M., Cassiano, K. M., Mello, T. D., & Melo, U. G (2017). Acompanhamento por telefone como intervenção de enfermagem na recuperação cirúrgica de idosos prostactetomizados. *Revista de Enfermagem UFPE online, Recife*, 11(8), 3005-3012. DOI: [10.5205/reuol.11064-98681-4-ED.1108201703](http://dx.doi.org/10.5205/reuol.11064-98681-4-ED.1108201703)
- Despacho nº 1380/2018 (2018). Gabinete do Secretário de Estado Adjunto e da Saúde cria um Grupo de Trabalho para o Acompanhamento do Desenvolvimento da Cirurgia de Ambulatório (GTADCA). Diário da República II Série, N.º 28 (08-02-2018) 4511-4511.
- Direção-Geral da Saúde (2001a). *Cirurgia de ambulatório: recomendações para o seu desenvolvimento*. Lisboa: Direção-Geral da Saúde. Acedido a 4 de maio de 2019. Disponível em: <http://www.associacaoamigosdagrandeidade.com/wp-content/uploads/filebase/consultoria/DGS%20Cirurgia%20de%20ambulat%C3%83%C2%B3rio.pdf>
- Direção-Geral da Saúde (2001b). Glossário de conceitos para produção de estatísticas em saúde. Acedido em 2 de janeiro de 2019. Disponível em: http://metaweb.ine.pt/sim/conceitos/Detail.aspx?cnc_cod=3562&cnc_ini=25-09-2002
- Direção-Geral da Saúde (2019). *Plano de Ação Para a Literacia Em Saúde 2019-2021*.Lisboa: Direção-Geral da Saúde. Acedido a 14 de junho de 2019. Disponível em: <https://www.dgs.pt/documentos-e-publicacoes/plano-de-acao-para-a-literacia-em-saude-2019-2021.aspx>.
- Göransson, C., Wengström, Y., Ziegert, K., Langius-Eklöf, A., Eriksson, I., Kihlgren, A., & Blomberg, K. (2017). Perspectives of health and self-care among older

- persons-to be implemented in an interactive information and communication technology platform. *Journal Clinical Nursing*, 26, 4745–4755. DOI: [10.1111/jocn.1382](https://doi.org/10.1111/jocn.1382)
- Gonçalves, M. R., Cerejo, M. N. R., & Martins, J. C. A. (2017). A influência da informação fornecida pelos enfermeiros sobre a ansiedade pré-operatória. *Revista de Enfermagem Referência*. Série IV - n.º 14 - jul./ago./set. 17-26. Disponível em: <https://doi.org/10.12707/RIV17023>
- Hamström, N., Kankkunen, P., Suominen, T., & Meretoja, R. (2012). Short hospital stays and new demands for nurse competencies. *International Journal of Nursing Practice*, 18, 501- 508. DOI:[10.1111/j.1440-172X.2012.02055.x](https://doi.org/10.1111/j.1440-172X.2012.02055.x)
- Machado, S. (2016). *Ansiedade do Doente no Pré-Operatório de Cirurgia de Ambulatório: Influência da Consulta de Enfermagem*. Dissertação de Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica, Escola Superior de Enfermagem de Coimbra, Coimbra.
- Mitchell, M. (2016). Day surgery nurses' selection of patient preoperative information. *Journal Clinical Nursing*, 26(1-2), 225-237. DOI: [10.1111/jocn.13375](https://doi.org/10.1111/jocn.13375).
- Oliveira, S. K. P., Queiroz, A. P. O., Matos, D. P. M., Moura, A. F., & Lima, F. E. T. (2012). Temas abordados na consulta de enfermagem: revisão integrativa da literatura. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 65(1), 155-161. Acedido a 3 de novembro de 2019. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/reben/v65n1/23.pdf>
- Ordem dos Enfermeiros (2001). Padrões de Qualidade dos cuidados de Enfermagem - Enquadramento conceptual - Enunciados descritivos. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.
- Oster, K., & Oster, C. (2015). Special Needs Population: Care of the Geriatric Patient Population in the Perioperative Setting. *AORN Journal*, 101, 444-456. DOI:[10.1016/j.aorn.2014.10.02](https://doi.org/10.1016/j.aorn.2014.10.02)
- Peate, I. (2015). Principles of surgical care: preoperative care. *British Journal of Healthcare Assistants*, 9(8), 380-385. <https://doi.org/10.12968/bjha.2015.9.8.380>
- Samuelsson, K., Egenvall, M., Klarin, I., Lökk, J., Gunnarsson, U., & Iwarzon, M. (2018). The older patient's experience of the healthcare chain and information when undergoing colorectal cancer surgery according to the enhanced recovery

after surgery concept. *Journal of Clinical Nursing*, 27(7-8), e1580-e1588. DOI: [10.1111/jocn.14328](https://doi.org/10.1111/jocn.14328)

Serviço Nacional de Saúde (2017). Rede Nacional de Especialidade Hospitalar e de Referência - Urologia. Acedido 3 de abril de 2019. Disponível em: <file:///D:/elimina%20vesical/RNEHR-Urologia-Aprovada-8-agosto-17.pdf>

Vieira, V., Carmona, C., Pinto, J. M. S., & Marcos, A. (2017). Recomendações para Abordagem Anestésica do Doente Idoso em Cirurgia Ambulatório. *Revista Sociedade Portuguesa de Anestesiologia*, 26(2), 52-60. Acedido em 2 de maio de 2019. Disponível em: <https://revistas.rcaap.pt/anestesiologia/article/view/10234>

Yeh, M., Wu, S., & Tung, T. (2017). The relation between patient education, patient empowerment and patient satisfaction: a cross-sectional-comparison study. *Applied Nursing Research*, 39, 11-17. doi:[10.1016/j.apnr.2017.10.008](https://doi.org/10.1016/j.apnr.2017.10.008)

APÊNDICE VII

Guia de orientação da intervenção de enfermagem
contacto telefónico pós-operatório

Nome do utente: _____

Número de utente: _____

Contacto telefónico feito para o nº: _____

Cirurgia realizada: _____

Data: __/__/__

Respondeu ao questionário: utente familiar Quem? _____

	SIM	NÃO
- Teve febre?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- Teve dor?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

sem dor	Ligeira	moderada	Intensa	máxima
---------	---------	----------	---------	--------

	SIM	NÃO
- Tomou analgésicos?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- O penso repassou?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- Teve náuseas?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- Vomitou?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- Tolerou alimentos?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- Urinou sem dificuldade?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- Evacuuou?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

- Como qualifica o seu estado geral → Excelente Bom Normal Mau Observações: _____

- Resultado da avaliação:

A – clinicamente bem B – Embora não inspire cuidados, há dúvidas que levam à
necessidade de 2º contacto C – Há preocupações clínicas, pelo que tem indicação de se
dirigir ao serviço de urgência - É necessário fazer novo contacto telefónico? Sim Não

- Resultado do 2º contato

_____**RELEMBRAR O PREENCHIMENTO E DEVOLUÇÃO DO INQUÉRITO DE SATISFAÇÃO**

Data: _____

Enfª: _____

MINUTA DE REGISTO DE ENFERMAGEM

Foi efetuado contacto telefónico de follow-up de 24h. Foi o **utente/familiar** (quem? _____) que respondeu ao questionário.

Utente referiu ter regressado bem a casa.

Referiu ter passado **bem/mal a** noite.

Referiu ter tido episódio de febre: **S/N** Temperatura: _____

Referiu ter dor: S/N Escala da dor (0-10): _____ Referiu ter tomado _____ com efeito.

Referiu **ter o penso repassado**, tendo sido dado indicação de ir ao Centro de Saúde da área.

Referiu não **ter tido** náuseas/vómitos.

Referiu **ter tolerado** alimentação.

Referiu **ter urinado sem dificuldade**. Urina clara/com vestígios de sangue.

Referiu **ter** evacuado, fezes sem alterações no padrão.

Qualifica o seu estado geral como **Excelente/Bom/Normal/Mau**.

Observações: Utente clinicamente bem

Embora o utente não inspire cuidados, há dúvidas que levam à necessidade de um segundo contacto telefónico.

Há preocupações clínicas, pelo que o utente foi informado que se deve dirigir ao serviço de urgência.

Foi lembrado ao utente o preenchimento e devolução do inquérito de satisfação.

APÊNDICE VIII

Folheto Informativo Guia de Acolhimento do Utente

INFORMAÇÕES

Ser-lhe-á fornecida toda a informação relacionada com pensos, tratamentos, consultas, medicação e informação relacionada com o período depois da cirurgia.

Quando vier à consulta e/ou realizar penso deve trazer a **guia de tratamento e a nota de alta.**

NAS 24 HORAS APÓS A CIRURGIA É CONSIDERADO NORMAL:

- Dor moderada no local operado.
- Penso do local operado com pequeno repasse de sangue.
- Urina rosada ou cor vinho do Porto.

EM CASO DE:

- Náuseas ou vômitos frequentes;
- Dores intensas no local operado;
- Penso operatório com repasse de líquido purulento e/ou sangue;
- Calor e vermelhidão intensa no local operado;
- Febre (Temperatura axilar $\geq 38^{\circ}$ C)
- Dificuldade em urinar
- Urina com sangue vivo

DIRIJA-SE AO SERVIÇO DE URGÊNCIA

Este folheto foi elaborado pela equipa de Enfermagem do Serviço e pela Enfermeira Carla Nascimento (estudante da ESEL) com a finalidade de promover a informação ao utente e família sobre a cirurgia ambulatória e os cuidados necessários no período perioperatório.

No dia seguinte à cirurgia a equipa de enfermagem telefonará para saber do seu estado de saúde, e para esclarecer todas as dúvidas que ainda possam existir.

Poderá telefonar sempre que necessitar, pois a equipa de enfermagem estará sempre disponível para o ajudar e/ou encaminhar.

CONTACTOS

Telefone:

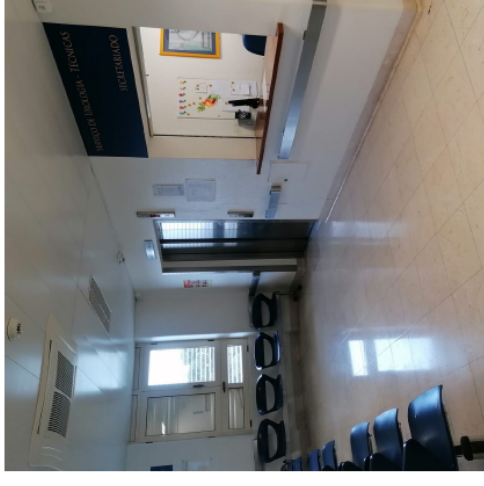
Telefone:

LOCALIZAÇÃO E ACESSO AO SERVIÇO

HORÁRIO DE FUNCIONAMENTO

Segunda a Sexta feira, das 08:00 às 15:00

UNIDADE DE CIRURGIA DE AMBULATÓRIO



GUIA DE ACOLHIMENTO AO UTENTE

Bem vindo,

foi proposto para cirurgia ambulatoria a qual possibilita um tempo de permanência reduzido no hospital e a sua recuperação em casa.

Requer como condições obrigatórias:

- companhia de um adulto responsável nas primeiras 24 horas da cirurgia
- transporte para casa em veículo auto-móvel (próprio, táxi ou ambulância)
- residir a menos de 60 minutos de distância do hospital
- acesso fácil a um telefone.

Este folheto reúne um conjunto de informações que deve possuir.

ANTES DA CIRURGIA

- Suspender/substituir terapêutica anticoagulante conforme indicação médica.
- Realizar o banho cirúrgico na véspera à noite, conforme explicado no respetivo folheto.
- Remover o verniz das unhas.
- Tomar antibiótico, se prescrito pelo médico.

DEPOIS DA CIRURGIA

Irá para uma sala de recobro, onde ficará sob vigilância clínica até reunir as condições para a alta.

- Poderá ter a companhia do seu familiar
- Ser-lhe-ão entregues os documentos necessários após a alta e indicações sobre a medicação.
- Não poderá conduzir.
- Só poderá sair do serviço se acompanhado.

NO DIA DA CIRURGIA

Se nos dias anteriores à cirurgia tiver tosse, ex-petoração, febre, diarreia ou vômitos deverá informar o serviço pois poderá não ter critérios operatórios.

Deve comparecer no serviço à hora indicada, bem como:

- Estar em jejum, pelo menos 6 horas antes (não come nem bebe nada, nem mesmo água).
- Realizar o banho cirúrgico imediatamente antes de vir para o Hospital, conforme explicado no respetivo folheto.
- Realizar higiene oral.
- Calçar as meias elásticas fornecidas.
- Não trazer adornos ou outros objetos de valor.
- Trazer os exames pedidos.
- Trazer a medicação que toma habitualmente.
- Vir com um acompanhante.

CUIDADOS PÓS-OPERATÓRIOS

- Até ao restabelecimento do trânsito intestinal deverá ingerir uma dieta ligeira.
- Fazer reforço hídrico cerca de 1,5/2 L por dia.
- Pode reiniciar a sua atividade diária de forma moderada e de acordo com as indicações médicas.
- Se tiver pensos, evitar molhar.

APÊNDICE IX

Instrução de trabalho Consulta de Enfermagem Pré-operatória

Instrução	Consulta de Enfermagem Pré-operatória	Código IT127.00 Data: 15/01/2020 Pag. 1/171
-----------	--	--

Resumo das revisões:

Nº DA REVISÃO	DESCRIÇÃO DA ALTERAÇÃO	DATA DE ENTRADA EM VIGOR	EMISSOR
00	Documento inicial	15/01/2020	

ELABORADO POR:	VERIFICADO POR:	APROVADO POR:
ENF ^a CARLA NASCIMENTO		
DATA:	DATA:	DATA:

Instrução	Consulta de Enfermagem Pré-operatória	Código IT127.00 Data: 15/01/2020 Pag. 2/171
-----------	--	--

OBJETIVO

Sistematizar a abordagem do enfermeiro na consulta pré-operatória de urologia.

1. DESCRIÇÃO

-Identificar (**previamente ao acto da consulta**) se o utente tem os exames complementares de diagnóstico necessários à realização da intervenção cirúrgica (análises laboratoriais, urocultura, Rx torax, ECG), bem como o tempo da sua realização e os resultados de acordo com cada situação clínica.

- Preparar o ambiente da consulta: balança, esfigmomanómetro, esponjas cirúrgicas com folheto informativo, meias elásticas, folheto informativo “Guia de Acolhimento Utente”, escala da dor, folhetos informativos do procedimento cirúrgico, musicoterapia no computador, *pen* com vídeo do serviço, placar “Em Consulta, Não Incomodar”, cartaz com aparelho urinário.

Avaliar o utente e planear cuidados perioperatórios:

- apresentar-se ao utente e família
- explicar ao utente e família o objetivo da consulta pré-operatória (esclarecer dúvidas, informar sobre o tipo de cirurgia, informar sobre os cuidados a ter no período perioperatório, promover o autocuidado no domicílio)
- recolher informação sobre o utente (antecedentes pessoais, cirúrgicos, alérgicos)
- registar contacto telefónico do utente e do cuidador
- identificar medicação atual
- avaliar peso
- avaliar tensão arterial
- identificar presença de ansiedade pré-operatória e o seu motivo
- identificar impacto da situação de saúde na qualidade de vida do utente/problemas de saúde (explorar alimentação, hidratação, incontinência urinária, sexualidade, sono e repouso)
- confirmar a lateralidade da intervenção cirúrgica
- saber se realizou ou não consulta de Anestesia-Urologia; saber se o médico deu alguma indicação referente aos medicamentos anticoagulante e/ou antiagregantes

- na ausência de indicações contactar o médico assistente e solicitar indicações sobre eventual suspensão e/ou substituição de medicação
- informar sobre cirurgia de ambulatório e percurso do utente (fornecer folheto informativo “Guia de Acolhimento Utente”)
- validar critérios sociais de cirurgia ambulatória (vir acompanhado no dia da cirurgia, ter alta acompanhado, ter acompanhamento de adulto responsável nas 24h seguintes, transporte para o domicílio em carro particular, táxi ou ambulância, local de pernoita a menos de 60 minutos do hospital, ter acesso fácil a contacto telefónico)
- informar sobre a necessidade de avisar o serviço em caso de alteração do estado de saúde (tosse, febre, expectoração)
- informar sobre cuidados pré-operatórios:
 - jejum total (enfatizar que não deve comer nem beber líquidos e informar como tomar algum medicamento necessário)
 - banho cirúrgico (dar esponjas cirúrgicas e folheto informativo “Banho pré-operatório”)
 - meias elásticas (fornecer ao utente, fazer ensino sobre como colocar e reforçar a necessidade de as trazer colocadas no dia)
 - realizar higiene oral no dia da cirurgia
 - exames e medicação a trazer
 - remoção de verniz, maquilhagem e adornos pessoais
 - vestir roupa confortável
 - presença de acompanhante
- informar sobre a avaliação da dor apresentando ao utente a escala numérica
- questionar se o utente tem alguma(s) dúvida(s) sobre procedimento cirúrgico e esclarecer a(s) mesma(s). Utilizar imagens e dar informação escrita (folhetos informativos da intervenção cirúrgica)
- validar o consentimento informado ao utente. Se assinado guardar em pasta própria
- avaliar a compreensão do utente e cuidador sobre a informação a reter (método *teachback*)
- apresentar o serviço ao utente e cuidador. Quando as condições do serviço não o permitem, apresentar o vídeo do circuito do utente no serviço.

APÊNDICE X

Instrução de trabalho Circuito do Utente em Cirurgia de Ambulatório de Urologia

Instrução	Circuito do utente em Cirurgia do Ambulatório de Urologia	Código IT001.01 Data: 16/01/2020 Pag. 73/171
-----------	--	--

Resumo das revisões:

Nº DA REVISÃO	DESCRIÇÃO DA ALTERAÇÃO	DATA DE ENTRADA EM VIGOR	EMISSOR
00	Documento inicial		
01	Documento alterado	16/01/2020	

ELABORADO POR:	VERIFICADO POR:	APROVADO POR:
ENFª CARLA NASCIMENTO		
DATA:	DATA:	DATA:

Instrução	Circuito do utente em Cirurgia do Ambulatório de Urologia	Código IT001.01 Data: 16/01/2020 Pag. 2/171
-----------	--	---

1. OBJECTIVO

Descrever o circuito do utente em Cirurgia de Ambulatório de Urologia.

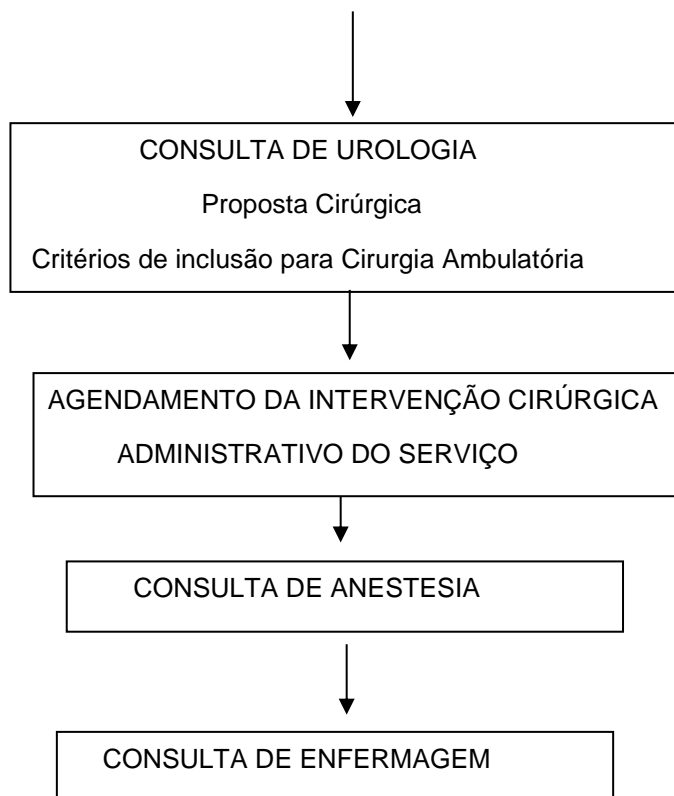
Garantir os procedimentos de segurança ao utente em Cirurgia Ambulatória de Urologia.

2. DESCRIÇÃO

PERCURSO DO UTENTE EM CIRURGIA AMBULATÓRIA:

2.1. Planeamento da intervenção cirúrgica

Envio do utente à consulta de Urologia pelo Centro de Saúde ou equivalente.



2.2. Dia da intervenção cirúrgica

Admissão e acolhimento ao serviço

O utente é admitido pelo secretariado à chegada ao serviço pelas 8h da manhã. Após cumpridas formalidades administrativas, o assistente operacional acompanha e orienta o utente nos vestiários. Na sala de Recobro de Ambulatório, o enfermeiro faz a verificação pré-operatória preparando o utente para o Bloco Operatório.

Instrução	Circuito do utente em Cirurgia do Ambulatório de Urologia	Código IT001.01 Data: 16/01/2020 Pag. 3/171
-----------	--	---

Bloco operatório

A intervenção cirúrgica decorre num bloco operatório respeitando as normas da Cirurgia Segura.

Recobro

O utente faz o recobro anestésico na sala de Recobro de Ambulatório.

Alta

A alta do utente deverá ser dada até às 18 horas pelo cirurgião responsável, ou pelo cirurgião de urgência, de acordo com a aplicação dos critérios de Aldrete. Caso surja qualquer imprevisto que impeça a alta do utente, este é transferido para o serviço de internamento de urologia.

Após a confirmação da alta pela equipa médica, é o enfermeiro que acompanha a alta e verifica se o utente reúne todas as condições, nomeadamente:

- acompanhante
- instruções escritas pós-operatórias
- reforço do ensino ao utente e cuidador
- atendimento telefónico de enfermagem das 24h seguintes marcado
- agendamento de penso, se necessário
- nota de alta
- receita médica e/ou guia de tratamento
- certificado de incapacidade temporária e/ou declaração para o utente e acompanhante, quando justificado
- entrega de questionário de satisfação ao utente

Follow up telefónico

O enfermeiro faz o contacto telefónico às 24h da intervenção cirúrgica para identificar estado de saúde do utente, avaliar eficácia da terapêutica analgésica prescrita, despistar complicações, esclarecer dúvidas e reforçar ensinamentos. Caso o enfermeiro identifique necessidade, remarca novo agendamento telefónico.

APÊNDICE XI

Guia de orientação da intervenção de enfermagem
contacto telefónico pré-operatório

Nome do utente: _____

Número de utente: _____

Contacto telefónico feito para o nº: _____

Cirurgia a realizar: _____

Data: ___/___/___

Respondeu ao questionário: utente familiar Quem? _____

1 - Alteração do estado clínico, em relação à última avaliação?

Se sim, qual _____

2. Confirmar jejum (não come, nem bebe), a partir das _____ horas.

3. Relembrar a necessidade de realizar banho pré-operatório e higiene oral.

4. Relembrar a necessidade de trazer calçadas meias elásticas.

5. Relembrar a toma da medicação habitual.

6. Solicitar que traga, no dia da cirurgia, medicação habitual e exames complementares de diagnóstico realizados fora do Centro Hospitalar.

7. Confirmar chegada ao serviço às _____ horas.

8. Relembrar necessidade de vir acompanhado, de sair acompanhado do serviço e de permanecer acompanhados nas primeiras 24 horas.

APÊNDICE XII

Questionário de satisfação do utente

	QUESTIONÁRIO DE SATISFAÇÃO DO UTENTE	
--	---	--

Este questionário pretende conhecer a sua opinião sobre a sua experiência neste serviço, com o objetivo de melhorar continuamente a qualidade dos cuidados prestados. Solicitamos que dedique alguns minutos a preenchê-lo, garantindo que a sua informação é anónima e confidencial.

Classifique o seu grau de satisfação assinalando com um X a resposta mais adequada na escala abaixo apresentada.

Insatisfeito	Pouco Satisfeito	Satisfeito	Muito Satisfeito	Totalmente satisfeito
1	2	3	4	5

SECRETARIADO

Atendimento/Simpatia	1	2	3	4	5
Disponibilidade/Interesse	1	2	3	4	5
Comunicação/Informação	1	2	3	4	5
Eficácia	1	2	3	4	5

CONSULTA DE ENFERMAGEM PRÉ-OPERATÓRIA

Utilidade/importância	1	2	3	4	5
Atendimento/Simpatia	1	2	3	4	5
Disponibilidade/Interesse	1	2	3	4	5
Comunicação/Informação	1	2	3	4	5
Qualidade	1	2	3	4	5

CUIDADOS MÉDICOS

Atendimento/Simpatia	1	2	3	4	5
Disponibilidade/Interesse	1	2	3	4	5
Comunicação/Informação	1	2	3	4	5
Qualidade	1	2	3	4	5

CUIDADOS DE ENFERMAGEM

Atendimento/Simpatia	1	2	3	4	5
Disponibilidade/Interesse	1	2	3	4	5
Comunicação/Informação	1	2	3	4	5
Qualidade	1	2	3	4	5

ASSISTENTES OPERACIONAIS

Atendimento/Simpatia	1	2	3	4	5
Disponibilidade/Interesse	1	2	3	4	5
Comunicação/Informação	1	2	3	4	5
Qualidade	1	2	3	4	5

INSTALAÇÕES

Conforto	1	2	3	4	5
Limpeza e higiene	1	2	3	4	5
Ruído	1	2	3	4	5
Privacidade	1	2	3	4	5
Alimentação	1	2	3	4	5

CONTACTOS TELEFÓNICOS

Secretariado	1	2	3	4	5
Enfermagem 24h pós-intervenção	1	2	3	4	5

VOLTE A PÁGINA POR FAVOR |

GRAU DE SATISFAÇÃO GLOBAL

1 2 3 4 5

Procedimento que realizou: Cirurgia Litotricia

Já retomou a atividade normal que tinha antes da intervenção cirúrgica?

Total Parcial Ainda não

No período entre a intervenção cirúrgica e a resposta a este questionário (+/- 30 dias), necessitou de ser internado?

Não Sim

Motivo: _____

SUGESTÕES DE MELHORIA/OBSERVAÇÕES:

Data: ____ / ____ / ____

Em nome de todo o serviço, muito Obrigado pela sua colaboração

- | | | | | | |
|--|---|---|---|---|---|
| - na diminuição da ansiedade face ao processo cirúrgico | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| - na sua autonomia nos cuidados pós-operatórios no domicílio | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |

Recomendaria a vinda à consulta de enfermagem pré-operatória? (assinale com X)

Sim

Não

Por fim, deixe-nos por favor, as suas sugestões ou comentários se assim o desejar.

Muito obrigado pela sua colaboração!

APÊNDICE XIII

Certificado de comunicação oral na Escola Superior de Enfermagem de Lisboa



1 Jornadas
Pensar a Enfermagem Avançada no
contexto atual dos cuidados de saúde

18 Dezembro 2019
Escola Superior de Enfermagem de Lisboa
Auditório do pólo Artur Ravara

Certificado

Carla Nascimento; Adriana Henriques, participaram com um poster, subordinado ao tema “Consulta de enfermagem pré-cirúrgica, autocuidado na pessoa idosa com disfunção da eliminação urinária”, nas **1 Jornadas Pensar a Enfermagem Avançada no Contexto atual dos Cuidados de Saúde**, realizadas pela Escola Superior de Enfermagem de Lisboa, no dia 18 de dezembro de 2019.

O Presidente da ESEL, João Carlos Barreiros dos Santos



LUSODIDACTA



ESEL
Escola Superior
de Enfermagem
de Lisboa

APÊNDICE XIV

Certificado de comunicação oral nas IIas Jornadas de Enfermagem da
Escola Superior de Saúde Egas Moniz



II^{as} Jornadas de Enfermagem

Escola Superior de Saúde Egas Moniz

Certificado

Carla Nascimento

Participou com a apresentação da seguinte comunicação Livre "A pessoa idosa no centro de cuidados: uma consulta de enfermagem em cirurgia ambulatória", em co-autoria com Sara Santos, Marta Lages e Adriana Henriques, nas II^{as} Jornadas de Enfermagem – Cuidado Centrado na Pessoa, que decorreram nos dias 20 e 21 de Fevereiro de 2020, na Escola Superior de Saúde Egas Moniz.

C. de Almeida Castro

Presidente da Comissão Científica

A. da Serra

Presidente da Comissão Organizadora

Com o apoio de:

