



**Mestrado em Enfermagem na
Área de Especialização em Enfermagem Médico-
Cirúrgica, na Área de Intervenção em Enfermagem
Oncológica
Relatório de Estágio**

**Capacitação para o autocuidado no pós-operatório da
pessoa com urostomia**

Nádia Filipa Carvalho Pégo Marques

**Lisboa
2022**



**Mestrado em Enfermagem na
Área de Especialização em Enfermagem Médico-
Cirúrgica, na Área de Intervenção em Enfermagem
Oncológica**
Relatório de Estágio

**Capacitação para o autocuidado no pós-operatório da
pessoa com urostomia**

Nádia Filipa Carvalho Pêgo Marques



Orientador: Prof. Doutora Maria Alexandra Pinto Santos da Costa



**Lisboa
2022**

AGRADECIMENTOS

Agradeço à minha família o apoio que me deu durante o curso, especialmente ao meu marido e às minhas filhas que tiveram de partilhar a esposa e a mãe com a escola..., a pequena Sara que me acompanhou, dentro da barriga, ao longo do primeiro ano e a minha menina “crescida” Sofia que tinha apenas 2 aninhos quando iniciei esta pequena aventura.

Agradeço a todos os orientadores clínicos que tanto me ensinaram permitindo-me crescer enquanto pessoa e enfermeira. Independentemente da sobrecarga de trabalho ou do cansaço sentido estiveram sempre disponíveis para me ajudar. Não poderia deixar de agradecer também às enfermeiras chefes dos serviços onde estagiei por me abrirem as suas portas, acolhendo-me tão bem no seio das suas equipas.

Agradeço aos enfermeiros que colaboraram no processo de validação do Programa educativo para a capacitação do autocuidado no pós-operatório da pessoa com urostomia. Os vossos contributos foram muito importantes no desenvolvimento deste documento.

Agradeço à Professora Doutora Maria Alexandra Pinto Santos da Costa por me acompanhar e orientar ao longo deste percurso, encaminhando-me para os caminhos necessários rumo à concretização dos meus objetivos.

Um bem haja a todos!

LISTA DE SIGLAS

ACS	- American Cancer Society
AVC	- Acidente Vascular Cerebral
CHKS	- Caspe Healthcare Knowledge System
CIPE	- Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem
DGS	- Direção Geral de Saúde
DRE	- Diário da República
EE	- Enfermeiro Especialista
EONS	- European Oncology Nursing Society
ERAS	- Enhanced Recovery After Surgery
IARC	- International Agency for Research on Cancer
ISUP	- International Society of Urological Pathology
IVC	- Índice de Validade de Conteúdo
JBI	- Joanna Briggs Institute
OE	- Ordem dos Enfermeiros
OMS	- Organização Mundial de Saúde
RNAO	- Registered Nurses' Association of Ontario
SNS	- Serviço Nacional de Saúde
TC	- Tomografia Computorizada

RESUMO

São conhecidos os défices de autocuidado das pessoas que fazem cirurgias oncológicas com construção de urostomias estando indicado que estas pessoas sejam acompanhadas em consultas ou por enfermeiros especialistas em estomaterapia, desde o pré-operatório até um ano após a alta. Num serviço de urologia foi identificada a omissão de consultas pré-operatórias de estomaterapia para as pessoas submetidas a urostomia e a falta de sistematização e fundamentação do programa educativo para capacitar estas pessoas para o autocuidado à sua urostomia durante o internamento de pós-operatório. Colocou-se por isso a questão “quais as intervenções de enfermagem na promoção do autocuidado no pós-operatório da pessoa com urostomia por doença oncológica?” com a finalidade de promover o autocuidado no pós-operatório imediato da pessoa com urostomia. Numa primeira fase fez-se uma revisão *scoping* que permitiu identificar 114 intervenções de enfermagem, dando origem ao “Programa educativo para a capacitação do autocuidado no pós-operatório da pessoa com urostomia” com cinco sessões de 1h cada, que integra um “Algoritmo de intervenção de enfermagem: avaliação do autocuidado” e uma avaliação da progressão do autocuidado à ostomia ao longo do programa com recurso da *Urostomy Education Scale*. Este documento foi sujeito a um processo de validação por painel de 6 enfermeiros peritos na área pelo método de Delphi e, posteriormente, enriquecido com uma “Brochura informativa-Urostomia” elaborada no decorrer dos estágios realizados, maioritariamente, em contexto de consulta de estomaterapia. Foi realizada formação a 79% da equipa de enfermagem do serviço de urologia onde o “Programa educativo para a capacitação do autocuidado no pós-operatório da pessoa com urostomia”, com os restantes documentos de apoio, será implementado.

Palavras-chave: autocuidado, enfermeiros, pós-operatório, programa educativo, urostomia.

ABSTRACT

The self-care deficits of people who undergo oncological surgeries with urostomy construction are known, and it is recommended that these people be accompanied in consultations or by nurses specializing in stomatherapy, from the preoperative period to one year after discharge. In a urology service, it was identified the omission of preoperative stomatherapy consultations for people undergoing urostomy and the lack of systematization and rationale of the educational program to enable these people to self-care their urostomy during the postoperative hospitalization. Therefore, the question “what are the nursing interventions in the promotion of self-care in the postoperative period of the person with urostomy due to oncological disease?” with the purpose of promoting self-care in the immediate postoperative period of the person with urostomy. In a first phase, a scoping review was carried out, which allowed the identification of 114 nursing interventions, giving rise to the “Educational program for the training of self-care in the postoperative period of the person with urostomy” with five sessions of 1h each, which integrates an “Algorithm of nursing intervention: self-care assessment” and an assessment of the progression of ostomy self-care throughout the program using the Urostomy Education Scale. This document was subject to a validation process by a panel of 6 expert nurses in the area using the Delphi method and, later, enriched with an “Information Brochure-Urostomy” prepared during the internships carried out, mostly in the context of stomatherapy consultation. Training was provided to 79% of the nursing team of the urology service where the “Educational program for the training of self-care in the postoperative period of the person with urostomy”, with the remaining supporting documents, will be implemented.

Key-words: self-care, nurses, postoperative, education program, urostomy.

ÍNDICE

0.	INTRODUÇÃO	11
1.	ENQUADRAMENTO TEÓRICO	15
1.1	Impacto do cancro da bexiga com invasão muscular na pessoa	15
1.2	Planos educativos para capacitação para o autocuidado	17
2.	EXECUÇÃO DAS ATIVIDADES PREVISTAS	21
2.1	Metodologia de implementação do projeto	21
2.2	Estágio numa Consulta de estomaterapia de um hospital público	23
2.3	Estágio numa Consulta de estomaterapia de um hospital privado	35
2.4	Estágio numa Consulta de estomaterapia, num Serviço de cirurgia geral e num Serviço de internamento de urologia	47
3	AVALIAÇÃO	54
4.	CONCLUSÃO E TRABALHO FUTURO	57
5.	REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	60

ANEXOS

Anexo I:	Plano de Ensino à Pessoa com Ostomia de Eliminação Urinária
Anexo II:	<i>Diagrama de Flujo de Educación Sanitaria sobre Ostomías</i>
Anexo III:	<i>Urostomy Education Scale</i>
Anexo IV:	Ficha de Avaliação pelo Formando

APÊNDICES

Apêndice I:	Análise SWOT
Apêndice II:	Planeamento das atividades do estágio numa consulta de estomaterapia de um hospital público
Apêndice III:	Guião de entrevista para conhecimento da estrutura e dinâmica do serviço e a articulação entre a equipa multidisciplinar
Apêndice IV:	Revisão de literatura segundo a metodologia de revisão scoping da JBI
Apêndice V:	Lista dos dispositivos e acessórios de urostomia 100% compartilhados pelo SNS

Apêndice VI:	Guia de colheita de dados para a pessoa com urostomia
Apêndice VII:	Programa educativo para a capacitação do autocuidado no pós-operatório da pessoa com urostomia (1ª versão)
Apêndice VIII:	Algoritmo de intervenção de enfermagem: avaliação do autocuidado à urostomia
Apêndice IX:	Instrumento de colheita de dados para a 1ª ronda de validação de Delphi
Apêndice X:	Planeamento das atividades do estágio numa consulta de estomaterapia de um hospital privado
Apêndice XI:	Matriz de resultados da 1ª ronda
Apêndice XII:	Instrumento de colheita de dados para a 2ª ronda de validação de Delphi
Apêndice XIII:	Matriz de resultados da 2ª ronda
Apêndice XIV:	Programa educativo para a capacitação do autocuidado no pós-operatório da pessoa com urostomia (2ª versão)
Apêndice XV:	Guia de colheita de dados para a pessoa com ostomia de eliminação
Apêndice XVI:	Brochura informativa – Urostomia
Apêndice XVII:	Planeamento das atividades de estágio numa consulta de estomaterapia, num serviço de cirurgia geral e num serviço de internamento de urologia
Apêndice XVIII:	Critérios para solicitar assessoria aos enfermeiros da consulta de estomaterapia
Apêndice XIX:	Estudo de caso: implementação do Programa educativo para a capacitação do autocuidado no pós-operatório da pessoa com urostomia
Apêndice XX:	Plano das sessões de formação
Apêndice XXI:	Slides apresentados nas sessões de formação
Apêndice XXII:	Avaliação das sessões de formação pelos formandos
Apêndice XXIII:	Programa educativo para a capacitação do autocuidado no pós-operatório da pessoa com urostomia (versão final)

0. INTRODUÇÃO

O presente trabalho foi desenvolvido no âmbito da unidade curricular Estágio com Relatório do 11.º Curso de Mestrado em Enfermagem na área de Especialização em Enfermagem Médico-Cirúrgica, na Área de Intervenção de Enfermagem Oncológica e tem como objetivos revelar o pensamento crítico articulado com o conhecimento e evidência científica, descrever o desenvolvimento do projeto e identificar os contributos que as aprendizagens em estágio tiveram para o desenvolvimento das Competências de Mestre (Decreto-Lei 107/2008) e de Enfermeiro Especialista (EE), quer comuns (OE, 2019), quer de Enfermagem Médico-Cirúrgica e Enfermagem à Pessoa em Situação Crónica (OE, 2018).

A escolha da temática advém do reconhecimento do impacto que a construção de uma ostomia definitiva tem na vida da pessoa, que procura nos enfermeiros respostas para as suas dúvidas e ajuda para lidar com esta nova e difícil condição. A sensação de impotência perante algumas situações complexas com que me deparei ao longo da minha vida profissional permitiu-me identificar a necessidade de investir em estomaterapia de forma a otimizar a prestação de cuidados junto das pessoas com urostomia e poder ajudá-las a retomar a sua vida com qualidade.

Para o desenvolvimento do presente trabalho foi utilizada a metodologia de projeto que visa a resolução de problemas identificados num contexto real através de um diagnóstico de situação. Este diagnóstico fez-se pela observação e comparação da prática de enfermagem do contexto, com o recomendado na evidência científica e através de uma análise SWOT (Apêndice I) elaborada com a colaboração voluntária de enfermeiros do serviço de internamento de urologia. Foi diagnosticada a omissão de intervenções importantes na promoção do autocuidado à pessoa com urostomia o que motivou a elaboração de um projeto que permitisse uniformizar e otimizar a capacitação da pessoa para o autocuidado à urostomia, no período pós-operatório.

O cancro da bexiga é o sexto mais comum no mundo, tendo uma maior incidência no sexo masculino e maior prevalência em pessoas com idade superior a 60 anos (Walls, 2018). Em Portugal, a sua incidência é de 17,3 por cada 100.000 habitantes e se considerarmos apenas o sexo masculino, passa para 27,9 em cada 100.000 habitantes (DGS, 2017), correspondendo ao quinto tipo de cancro com maior incidência no sexo masculino (IARC & Globocan, 2019).

O cancro mais frequente é o carcinoma urotelial (Walls, 2018), que em 30% dos casos é diagnosticado quando já existe invasão da camada muscular, sendo o tratamento de eleição a cistectomia radical com derivação urinária (Merandy, Morgan, Lee & Scherr, 2017).

A derivação urinária mais confiável a longo prazo, mais adequada (cl clinicamente) e com melhor custo-benefício é o conduto ileal (Colombo & Naspro, 2010). Esta técnica implica o uso de uma porção do ileon para derivar a urina desde os rins até à parede abdominal, com criação de um estoma cutâneo que possibilita a saída da urina (urostomia) (Colombo & Naspro, 2010).

Na atualidade, a pessoa com cancro da bexiga, submetida a cistectomia radical tem mais tempo de vida, o que implica viver mais tempo com urostomia e as suas implicações (Villa et al., 2019a) que podem ser atenuadas por diversas variáveis, sendo o autocuidado uma das mais importantes (Brown, 2017; Kristensen & Jensen, 2014). De acordo com a European Oncology Nursing Society (EONS, 2018) os enfermeiros devem fornecer informação à pessoa com doença oncológica para promover e apoiar o autocuidado e autogestão, permitindo-lhe alcançar a independência.

Assim sendo, o modelo conceitual que sustenta este projeto é o de Dorothea Orem que define autocuidado como a função humana que as pessoas têm de desempenhar por si próprias ou que tem que ser desempenhada por outros de forma a preservar a saúde, a vida, o bem-estar e o desenvolvimento (Orem, 2001).

O serviço de internamento de urologia onde exerço funções é onde ocorre o primeiro contacto entre enfermeiros e a pessoa com cirurgia eletiva para cistectomia radical e construção de urostomia. Embora exista na instituição uma consulta de estomaterapia que visa responder às necessidades de autocuidado das pessoas com ostomias de eliminação no período pré e pós-operatório, esta depende fisicamente e funcionalmente do serviço de cirurgia geral e só inicia o acompanhamento das pessoas com ostomias urinárias no período pós-operatório. Assim sendo, a intervenção educativa relacionada com a ostomia de eliminação urinária só se poderia iniciar após a admissão hospitalar, no entanto, esta ocorre a menos de 24 horas da cirurgia, resultando num tempo de contacto com a pessoa muito reduzido, uma vez que esta é admitida após as 14 horas da véspera da cirurgia e inicia a preparação pré-cirúrgica, como a preparação intestinal, no imediato. Além do tempo limitador é comum a presença de ansiedade na pessoa que irá ser sujeita à intervenção cirúrgica, ansiedade esta que está muitas vezes relacionada com o medo de não acordar da

anestesia, de ter dor, náuseas ou vômitos no pós-operatório, de ocorrer erros ou complicações durante a cirurgia ou da cirurgia ter que ser adiada (Homzová & Zeleníková, 2015). Às cirurgias por doença oncológica, como a cistectomia radical, estão associados os níveis mais elevados de ansiedade no período pré-operatório (Homzová & Zeleníková, 2015). Conseqüentemente a capacitação para o autocuidado à urostomia é direcionada para o período pós-operatório ficando as pessoas com doença oncológica do foro urológico privadas de aspetos relevantes descritos na literatura como boas práticas de cuidados de enfermagem, como por exemplo: conhecer enfermeiros de referência antes da intervenção cirúrgica; discutir o motivo da cirurgia; conhecer o aspeto do estoma e fazer a sua marcação; visualizar e manipular dispositivos de ostomia; contactar com pessoas com ostomia; esclarecer dúvidas, dissipar mitos e ideias pré-concebidas (Fulham, 2008; Burch, 2017b; Cronin, 2012).

A cistectomia radical com construção de urostomia é uma das cirurgias urológicas mais complexas, com elevada morbidade e mortalidade peri-operatórias (11-68% e 0-3,9% respetivamente) que implica, em média, um internamento de 11,5 dias (Araújo, Cruz, Freitas, Morais & Oliveira, 2014). O pós-operatório é um período exigente para a pessoa que devido à cirurgia perde a autonomia ficando dependente de terceiros para garantir a satisfação de alguns requisitos universais para o autocuidado, que devem ser compensados pela intervenção dos enfermeiros de acordo com a Teoria dos Sistemas de Orem (Orem, 2001). É neste período, após a cirurgia, e em contexto de internamento, que a equipa de enfermagem inicia o processo de capacitação da pessoa para o autocuidado à urostomia. Para o efeito a equipa rege a sua intervenção segundo um documento denominado “*Plano de ensino à pessoa com ostomia de eliminação urinária*” (Anexo I) que contempla três fases de ensino, contudo é pouco sistematizado, não permite uniformizar as sessões educativas, não está fundamentado na evidência científica e é omissivo, não contemplando todas as intervenções recomendadas na literatura científica, carecendo de uma atualização que permita: abordar todas as áreas de interesse descritas e justificadas pela evidência, identificar intervenções de enfermagem concretas de forma a uniformizar as práticas de avaliação e de gestão do autocuidado e permitir extrair indicadores de enfermagem (O'Connor, 2005; Kristensen, Laustsen, Kiesbye & Jensen, 2013). Outro problema que se identifica no contexto é a ausência de uma

escala de avaliação do autocuidado à urostomia, como preconizam Kristensen et al. (2013), que permita extrair indicadores sensíveis aos cuidados de enfermagem.

Assim sendo, define-se como finalidade deste projeto melhorar a qualidade dos cuidados de enfermagem na capacitação para o autocuidado, no pós-operatório, da pessoa com urostomia. Para o efeito foi elaborado um programa educativo estruturado, objetivo e baseado na evidência que possibilita uniformizar a prática de enfermagem, abordar as áreas de interesse no pós-operatório em contexto de internamento e incluir uma escala que permite avaliar e registar o desempenho da pessoa no autocuidado e extrair indicadores de enfermagem. Para o desenvolvimento do programa educativo foi importante identificar as intervenções de enfermagem para a promoção do autocuidado no pós-operatório da pessoa com urostomia, por doença oncológica, assim como os contributos extraídos dos estágios realizados em contexto de ambulatório e internamento.

O Programa educativo, bem como os restantes documentos elaborados serão apresentados ao longo do presente relatório que é constituído por três capítulos: o primeiro capítulo apresenta o enquadramento teórico focado no impacto do cancro da bexiga invasivo, na pessoa, e nos planos educativos para a capacitação do autocuidado no pós-operatório da pessoa com urostomia, sustentado pela Teoria do défice do autocuidado de Dorothea Orem; o segundo capítulo apresenta a metodologia de implementação do projeto, os objetivos definidos para o estágio, as atividades desenvolvidas para os alcançar e a análise reflexiva sobre os contributos para o desenvolvimento de Competências de Mestre (Decreto-Lei 107/2008), Competências Comuns de EE (OE, 2019), e Competências Específicas em Enfermagem Médico-Cirúrgica em Enfermagem à Pessoa em Situação Crónica (OE, 2018); o terceiro capítulo contempla a avaliação do projeto e o seu contributo para a melhoria da qualidade dos cuidados.

1. ENQUADRAMENTO TEÓRICO

1.1 Impacto do cancro da bexiga com invasão muscular na pessoa

A doença oncológica surge inesperadamente na vida das pessoas provocando sofrimento, sensação de perda da identidade, da integridade, da autonomia e do controlo sobre a vida (Chaves & Simões, 2018). É muito associada à morte e ao incurável tendo um forte impacto emocional na pessoa com doença (Barreto & Henriques, 2016) que teme pelo diagnóstico, tratamento, recidivas ou morte (Chaves & Simões, 2018).

O cancro da bexiga com invasão muscular tem, como tratamento de eleição, a cistectomia radical com derivação urinária (Walls, 2018), como já referido, que implica a pessoa lidar com um estoma e suas possíveis complicações para o resto da vida (Liu et al., 2016). As complicações cutâneas representam a principal complicação, com uma taxa de incidência de 50 a 55%, e podem ter diversas causas como, traumatismo mecânico, humidade provocada pelo extravasamento de urina ou má localização do estoma (Nazarko, 2014; Walls, 2018). Em segundo lugar surgem as infeções do trato urinário, diagnosticadas em 23% das pessoas com urostomia (Nazarko, 2014). No entanto, a construção de uma ostomia, por si só, mesmo na ausência de complicações, tem um impacto negativo na vida das pessoas por diversos motivos tais como: a alienação do corpo, a alteração da autoimagem, a influência na vida sexual e social, a influência nas atividades desportivas e de lazer e a incerteza relativamente ao estilo de vida (Brown & Randle, 2004). O estilo de vida é afetado de várias maneiras, como por exemplo, na necessidade de ajustar a dieta, o vestuário e em alguns casos a necessidade de mudar de emprego ou de se aposentar (Brown & Randle, 2004; Brown, 2017).

A interação social e as restrições profissionais surgem fortemente associadas à falta de controlo da eliminação urinária com o risco de fuga de urina associado e que, segundo Brown (2017), pode ameaçar o sentido de identidade de adulto e levar ao isolamento social. A ansiedade e o medo de extravasamento de urina afetam a autoconfiança das pessoas, tornando-as menos propensas a socializar, optando por ficar em casa ou por perto, onde tenham acesso facilitado a instalações sanitárias (Brown, 2017).

A alteração da autoimagem surge como consequência direta da cirurgia, que modifica a função e aparência do corpo (Brown & Randle, 2004). Esta alteração é identificada, pelo sexo feminino, como um dos piores fatores da construção do estoma, podendo gerar choque, ódio, repulsa, nojo, devastação, embaraço, negação ou sentimento de anormalidade (Brown & Randle, 2004).

O impacto na sexualidade está relacionado com a referida alteração da autoimagem da pessoa, que julga ter a sua atratividade diminuída pela presença do estoma, e com a disfunção sexual (Brown, 2017) que surge como consequência da cirurgia pélvica realizada que, na cistectomia radical, implica a remoção da bexiga, nódulos linfáticos pélvicos e órgãos adjacentes (Silva, Farinha, Monteiro & Pinheiro, 2008). Na mulher os órgãos adjacentes removidos são a uretra, a parede anterior da vagina, o útero e anexos (exenteração pélvica) e as principais disfunções sexuais descritas são, diminuição da lubrificação, incapacidade para atingir o orgasmo, diminuição do desejo sexual, dispareunia e diminuição da frequência de relações sexuais. As disfunções sexuais descritas têm duas potenciais causas, sendo a primeira a lesão dos feixes vasculonervosos que ocorre no momento da remoção da bexiga, uretra e parede anterior da vagina, podendo comprometer a enervação clitoriana e vaginal; a segunda a lesão dos nervos uterovaginais aquando da remoção do útero com desenervação da vagina (Silva et al., 2008). No homem é removida a próstata (cistoprostatectomia) (Boas et al, 2009) resultando em disfunção sexual, sendo a disfunção erétil a mais comum nas cirurgias pélvicas radicais (Barros & Figueiredo, 2014). Não existe consenso nos estudos realizados acerca da disfunção erétil, porém, as causas mais discutidas são, lesão dos nervos cavernosos e lesão vascular arterial e/ou venosa, assumindo-se que o compromisso das artérias pudendas resulte em hipóxia dos tecidos cavernosos com consequente fibrose e incapacidade erétil. A fibrose e a colagenização dos corpos cavernosos condicionam também o fluxo sanguíneo adequado a estas estruturas resultando em tumescência peniana insuficiente para desencadear o mecanismo veno-oclusivo (Barros & Figueiredo, 2014).

Em suma, a construção de uma ostomia representa uma mudança significativa na pessoa com um impacto negativo na sua vida devendo os enfermeiros agir no sentido de minimizar este impacto e ajudar a pessoa a adaptar-se à sua nova realidade, viver com uma ostomia, o que é possível através da capacitação da pessoa

para o autocuidado à ostomia identificado por Kristensen e Jensen (2014) como o fator mais relevante no ajuste positivo à nova condição de vida.

O cancro da bexiga, a cistectomia radical e a construção de uma urostomia traduzem-se em desvios de saúde que interferem, portanto, na capacidade da pessoa para se autocuidar e, segundo Orem (2001), comprometem a satisfação de alguns dos requisitos universais para o autocuidado como, por exemplo, a prestação de cuidados associados aos processos de eliminação de excrementos. Neste requisito universal inclui-se o autocuidado à urostomia que as pessoas consideram, frequentemente, como difícil (Menezes et al., 2013).

1.2 Planos educativos para capacitação para o autocuidado

Nas pessoas com cirurgia eletiva os ensinamentos devem iniciar-se no período pré-operatório, antes da admissão hospitalar, num local privado e confortável para as mesmas (Fulham, 2008; Cronin, 2012) e no momento da admissão hospitalar deve rever-se a informação fornecida anteriormente dando espaço à pessoa para expor e discutir quaisquer dúvidas ou medos (O' Connor, 2005). Se o local do estoma não tiver sido marcado na consulta, este é o momento para o fazer (O' Connor, 2005) uma vez que Banks e Razor (2003) referem que a ausência de marcação aumenta significativamente as complicações no pós-operatório. De modo a prevenir complicações e aumentar a possibilidade de a pessoa ser independente, permanecer fisicamente ativa e socialmente segura, o local escolhido deve, idealmente, ser no músculo reto, visível para a pessoa, longe de cicatrizes, dobras, vincos ou proeminências ósseas e permitir 2 cm de superfície lisa em redor do estoma (Burch, 2017b; Banks & Razor, 2003).

No pós-operatório os enfermeiros devem iniciar ou continuar o processo de capacitação para o autocuidado à urostomia a partir do momento em a pessoa estiver alerta, tiver iniciado dieta, já se mobilizar e, preferencialmente, estiver disponível para aprender (O'Connor, 2005). Fatores como a ansiedade, medo, fadiga, náusea e dor influenciam a motivação para o autocuidado à urostomia (O' Connor, 2005) pelo que se deve controlar estes fatores, o melhor possível, antes do início de cada sessão de educação. No fundo, o que O'Connor (2005) sugere é que estejam assegurados os elementos essenciais dos domínios necessários ao autocuidado, nomeadamente, o domínio cognitivo quando é referido que a pessoa tem que estar alerta, condição

necessária à tomada de decisão, o domínio físico subentendido pela necessidade da pessoa ter iniciado dieta com tolerância, conseguir mobilizar-se e apresentar dor controlada e o domínio emocional ou psicossocial referente à ansiedade e medo que têm influência na motivação e disponibilidade da pessoa para iniciar o processo educativo (Orem, 2001). Ao proporcionar à pessoa as condições necessárias para alcançar os domínios acima referidos, os enfermeiros poderão trabalhar também o último domínio necessário à ação do autocuidado, o domínio do comportamento que representa as habilidades necessárias para executar os comportamentos do autocuidado (Orem, 2001).

Para o efeito deve ser providenciado um programa educativo que contemple sessões estruturadas, com objetivos definidos, que permitam à pessoa alcançar a independência no autocuidado, e intervenções baseadas em evidência, de forma a diminuir a prática clínica aleatória e reduzir a possibilidade dos profissionais alterarem o seu conteúdo (Berti-Hearn & Elliott, 2019; O'Connor, 2005; Fulham, 2008; Kristensen et al, 2013), embora Villa et al. (2019b) defendam o desenvolvimento de um plano personalizado que garanta qualidade no regresso à comunidade, pelo que se conclui que, embora estruturados, os programas educativos devem considerar sempre as necessidades individuais das pessoas.

As sessões de educação devem realizar-se diariamente (Lo et al., 2011) e embora não esteja definido um número de sessões a incluir nos programas educativos O'Connor (2005) refere que, num estudo realizado por Mohamed e Mohamed (2014), foram alcançados resultados positivos com a implementação de um programa educativo à pessoa com urostomia, que consistia em 5 sessões de 2 horas cada.

Perante a ausência de estudos relacionadas com o desenvolvimento de competências no autocuidado ao estoma devem considerar-se as teorias de educação, como a Taxonomia de Aprendizagem de Bloom, em que a aprendizagem é definida como aquisição de habilidades (psicomotor), conhecimentos (cognitivo) e atitudes (afetivo) que pode ser alcançada através de estudo, experiência ou ensino (Metcalf, 1999). A componente psicomotora refere-se ao desenvolvimento ou aperfeiçoamento de habilidades práticas; a cognitiva à aquisição de conhecimento e a afetiva aos valores, sentimentos, atitudes e percepção que a pessoa tem sobre o evento (Williams, 2012) como por exemplo, assumir que consegue trocar o saco de ostomia de forma independente ou que nunca o conseguirá fazer (Metcalf, 1999). Foi escolhida esta teoria de educação pela analogia entre 3 dos domínios do autocuidado de Orem (2001) e os domínios de categorização de Bloom, nomeadamente, o domínio

cognitivo presente em ambas as teorias, o domínio emocional ou psicossocial de Orem e o *domínio afetivo* de Bloom e o domínio do comportamento de Orem e o *domínio psicomotor* de Bloom. Esta categorização permitiu agrupar em domínios *cognitivo*, *afetivo* e *psicomotor* as intervenções de enfermagem para a promoção do autocuidado no pós-operatório—da pessoa com urostomia, por doença oncológica extraídas na revisão de literatura realizada segundo a metodologia de revisão scoping e apresentada no capítulo 2.2.

Durante as sessões de educação e antes da alta hospitalar deve avaliar-se e registar-se as competências de autocuidado à urostomia adquiridas pela pessoa contudo, na pesquisa realizada, não foram identificadas escalas de avaliação validadas em Portugal, no entanto existem duas ferramentas que permitem fazer a avaliação e o registo de forma objetiva que são o *Diagrama de flujo de educación sanitaria sobre ostomías* (Anexo II) recomendada pela *Registered Nurses' Association of Ontario* (RNAO) (2009) e a *Urostomy Education Scale* (Anexo III) elaborada por Kristensen et al (2013).

O *Diagrama de Flujo de Educación Sanitaria sobre Ostomías* contempla intervenções de enfermagem na promoção do autocuidado à urostomia descritas pela literatura desde o período pré-operatório até às 6 semanas pós-alta, o que implica a avaliação de habilidades adquiridas já em contexto de ambulatório. Considera-se um instrumento interessante para uso em consulta de estomaterapia mas muito abrangente para o pós-operatório imediato, em contexto de internamento. Pelo contexto onde se implementa o presente projeto se tratar de um serviço de internamento de urologia onde se dá início ao processo de capacitação da pessoa para o autocuidado à urostomia no pós-operatório, antes da alta hospitalar, optou-se por adotar a *Urostomy Education Scale* por avaliar os domínios do comportamento do autocuidado à urostomia (Kristensen et al, 2013) relacionados com o despejo e substituição de dispositivos que, segundo a *Wound Ostomy and Continence Nurses Society* deve ser o foco dos ensinamentos a realizar em contexto de internamento (RNAO, 2009).

De acordo com a revisão de literatura realizada pela RNAO (2019) um programa educativo no pós-operatório, que contemple o planeamento do acompanhamento após a alta hospitalar aumenta a satisfação das pessoas, diminui o tempo de internamento e reduz as taxas de readmissão hospitalar. Tendo em conta que o sofrimento psicológico permanece até um ano após a cirurgia, o

acompanhamento deve manter-se durante este período, permitindo uma adaptação bem-sucedida aos estilos de vida (O'Connor, 2005).

A Direção Geral de Saúde (DGS) preconiza que as consultas de acompanhamento ocorram aos 15 dias, 30 dias, 3 meses, 6 meses e 12 meses pós-alta e após este período se mantenham anualmente e sempre que existam intercorrências (DGS, 2016).

2. EXECUÇÃO DAS ATIVIDADES PREVISTAS

O presente capítulo destina-se à apresentação das várias etapas do projeto desenvolvido e à descrição das atividades concretizadas nos diferentes contextos de estágio, refletindo sobre a importância das mesmas no desenvolvimento de competências de EE, de Mestre e da EONS.

2.1. Metodologia de implementação do projeto

No desenvolvimento do presente trabalho foi aplicada a metodologia de projeto por se pretender resolver problemas identificados num contexto real através da implementação de estratégias e intervenções sustentadas e baseadas na investigação, permitindo a produção do conhecimento necessário à resolução dos problemas (Ruivo, Ferrito & Nunes, 2010).

A primeira etapa do projeto consiste no diagnóstico de situação que tem como objetivo descrever a situação-problema identificada e sobre a qual se pretende agir em prol da mudança que se julgue necessária para alcançar benefícios que possam perdurar após o término do projeto (Ruivo et al, 2010). Trata-se de um processo dinâmico e contínuo que requer uma análise sistémica, interpretativa e prospectiva do problema, considerando o contexto social, económico e cultural onde o mesmo é identificado (Ruivo et al, 2010). No presente projeto o diagnóstico de situação alcançou-se através da observação e comparação dos procedimentos de enfermagem em prática no contexto real com a prática recomendada pela evidência científica e através da elaboração de uma análise SWOT (Apêndice I) na qual participaram, voluntariamente, enfermeiros peritos do contexto com o objetivo de analisar os cuidados à pessoa com urostomia, aliás, como já referido. Esta consiste numa técnica muito utilizada na elaboração de diagnóstico, através da identificação dos factores positivos e negativos de uma situação, proporcionando uma análise reflexiva (Ruivo et al, 2010).

O método utilizado permitiu identificar os problemas do contexto, destacando-se, a ausência de acompanhamento desde o período pré-operatório, em consulta de estomaterapia, da pessoa com cancro da bexiga submetida a cistectomia radical com construção de urostomia.

Como referido na introdução, no hospital público onde o projeto se desenvolveu foi criada no ano de 2016, uma consulta de estomaterapia para as pessoas com

ostomia de eliminação intestinal no serviço de cirurgia geral assegurada por duas enfermeiras especialistas desse serviço que posteriormente passaram também a acompanhar as pessoas com construção de urostomia referenciadas pela equipa de enfermagem do serviço de internamento de urologia, contexto real deste projeto. Mas esta referenciação acontece só no período pós-alta ficando a pessoa com cancro da bexiga na situação de ter o primeiro contacto com os enfermeiros apenas na véspera da cirurgia, a menos de 24 horas da intervenção, período de tempo muito limitado, com objetivos próprios, como o de garantir o acolhimento e a preparação pré-cirúrgica da pessoa que está frequentemente ansiosa (Homzová & Zeleníková, 2015) e situando o início das intervenções de enfermagem na promoção do autocuidado à urostomia só no internamento e após a cirurgia, indo contra as recomendações da Direção Geral de Saúde (DGS, 2016). Nas sessões de educação implementadas a equipa de enfermagem rege a sua intervenção seguindo um documento denominado “Plano de ensino à pessoa com ostomia de eliminação urinária” (Anexo I) com indicação sucinta e pouco objetiva das intervenções de enfermagem, não permitindo uniformizar as sessões educativas. Este plano não tem sustentação na evidência científica e é omissivo, sobre algumas intervenções recomendadas na literatura científica, como a avaliação do autocuidado à urostomia e a extração de indicadores de enfermagem (O'Connor, 2005; Kristensen et al., 2013), carecendo por isso de atualização. Durante as sessões de educação a avaliação do autocuidado à urostomia é feita subjetivamente pela equipa de enfermagem, sem recurso a escalas que permitam avaliar e registar o autocuidado à urostomia, tal como recomenda Kristensen et al.(2013). Foi assim colocada a questão “quais as intervenções de enfermagem na promoção do autocuidado no pós-operatório da pessoa com urostomia por doença oncológica?”

Após a identificação do problema passou-se à segunda etapa da metodologia do projeto, definindo-se os objetivos:

- Desenvolver competências de comunicação, avaliação, análise e interpretação da pessoa com urostomia por doença oncológica, em contexto de consulta de estomaterapia;
- Otimizar os cuidados especializados à pessoa com urostomia em contexto de internamento e de consulta, intervindo com competências de comunicação na avaliação e interpretação da informação proveniente da mesma;

- Promover a melhoria da qualidade dos cuidados de enfermagem à pessoa com urostomia no pós-operatório quer na capacitação da pessoa para o autocuidado à urostomia, no pós-operatório em contexto de internamento e ambulatório quer na articulação e colaboração entre as equipas de enfermagem da consulta de estomaterapia e do serviço de internamento de urologia.

O conhecimento dos objetivos a alcançar, dos recursos disponíveis e das limitações existentes foi essencial para o desenvolvimento da terceira etapa, o planeamento das atividades a desenvolver, sendo a pesquisa bibliográfica feita segundo a metodologia das revisões *scoping* da JBI (Aromataris & Munn, 2020), importante para a identificação da evidência científica e dos métodos adequados para as intervenções planeadas, seus recursos e respetiva avaliação (Ruivo et al., 2010). Estabeleceu-se assim um plano, que foi posteriormente executado em cada um dos três estágios.

A execução, a quarta etapa da metodologia do projeto, foi realizada nos três campos de estágio, dois em consultas de estomaterapia e um em dois serviços de internamento, um de cirurgia geral e outro de urologia, sendo o seu cumprimento descrito, de forma reflexiva e crítica, no presente relatório nos sub-capítulos seguintes.

A última fase da metodologia de projeto, a quinta relativa à divulgação dos resultados, permite dar a conhecer a pertinência do projeto e todo o trabalho desenvolvido (Ruivo et al., 2010). A divulgação dos resultados é feita através da elaboração do presente relatório de estágio que possibilita informar o público, adaptar o trabalho desenvolvido a outros contextos e obter retorno de informação que permite adaptar a abordagem efetuada, o material e/ou o método utilizado (Ruivo et al., 2010).

2.2 Estágio numa Consulta de estomaterapia de um hospital público

O estágio I decorreu no período compreendido entre 23 de Novembro e 15 de Janeiro, com 128 horas tendo como objetivo geral “desenvolver competências de comunicação, avaliação, análise e interpretação da pessoa com urostomia por doença oncológica, em contexto de consulta de estomaterapia”, que foi subdividido em quatro objetivos específicos alcançados com o desenvolvimento de atividades, que podem ser consultados no “Planeamento das atividades do estágio numa consulta de estomaterapia de um hospital público” (Apêndice II)

O primeiro objetivo específico foi “identificar os aspetos organizacionais, funcionais e procedimentais da consulta de enfermagem de estomaterapia de modo à integração na equipa”, tendo sido a primeira atividade deste objetivo, a apresentação do projeto à enfermeira chefe das Consultas Externas e enfermeiras da Consulta de Estomaterapia, sendo uma delas a coordenadora da consulta e minha orientadora clínica. Esta apresentação permitiu dar a conhecer à equipa de enfermagem o problema identificado no diagnóstico de situação, os objetivos estabelecidos, com especial enfoque nos estabelecidos para este estágio e as atividades que me propunha desenvolver, entre as quais, a elaboração de um “Programa educativo para a capacitação do autocuidado no pós-operatório da pessoa com urostomia”. Foi-me proposto a apresentação do mesmo à equipa de enfermagem do serviço de internamento de urologia. Na reunião realizada, *a posteriori*, com a orientadora clínica e a professora orientadora foi-me proposto, além da apresentação do programa educativo, a sua validação por pares, ambas as atividades apresentadas no quarto objetivo deste campo de estágio.

Para integrar o serviço foi importante a visita às instalações, a minha apresentação à equipa, a consulta dos documentos de apoio à consulta de enfermagem e a realização de uma entrevista à orientadora clínica, com recurso ao “Guião de entrevista para conhecimento da estrutura e dinâmica do serviço e a articulação entre a equipa multidisciplinar” (Apêndice III).

A consulta funciona num gabinete com porta que se tranca por dentro, impedindo a entrada inesperada de pessoas e a interrupção brusca da consulta, e o ambiente interior é climatizado, aspetos importantes na promoção da privacidade e conforto da pessoa (Fulham, 2008; Cronin, 2012). Neste espaço existe um lavatório rebaixado com um espelho alto fixado na parede em frente que facilita o autocuidado à ostomia. O modelo rebaixado facilita o escoamento do afluente e, juntamente com o espelho afixado, permite a visualização total do abdómen, importante nos cuidados ao estoma e pele peri-estoma, permitindo à equipa de enfermagem avaliar o autocuidado à ostomia. De apoio à consulta existe uma sala de armazenamento onde se encontra o stock de dispositivos e acessórios de estomaterapia facultados, gratuitamente, pela indústria farmacêutica. Ter à disposição amostras de vários laboratórios é importante pois facilita a escolha do dispositivo em prol das necessidades e preferências da pessoa com ostomia.

Esta consulta de enfermagem funciona de forma independente de 2ª a 5ª feira, entre as 9h e às 16h, e é assegurada por duas enfermeiras com competências

avançadas em estomaterapia que acompanham a pessoa com doença oncológica, inscrita no hospital, que tenha ou esteja proposta para a construção de uma ostomia de eliminação ou de alimentação desde o período pré-cirúrgico até ao pós-operatório seguindo as recomendações da DGS (2016), inclusivé, no que concerne à periodicidade de acompanhamento pós-alta, nomeadamente, aos 15 dias, 30 dias, 3 meses, 6 meses, 12 meses após a alta, anualmente e sempre que surjam intercorrências ou que a pessoa julgue necessário.

Embora o atendimento seja em ambulatório as enfermeiras da consulta também se deslocam aos serviços de internamento quando algum profissional de saúde solicita assessoria para intervenção junto das pessoas com ostomia.

O método de trabalho é de enfermeiro de referência, ou seja, ocorre uma distribuição das pessoas com ostomia pelas enfermeiras de forma a que sejam acompanhada pela mesma profissional desde o primeiro contacto, favorecendo a relação terapêutica, o que está recomendada pela RNAO (2009). O planeamento e o registo das intervenções de enfermagem é feito informaticamente no programa Sclenic e a articulação entre a equipa é feita, semanalmente, em reunião de serviço.

A referenciação para a consulta é feita pelo médico assistente da pessoa e ocorre, geralmente, antes da cirurgia por contacto presencial, telefónico ou através de modelo interno de marcação de consultas. Ainda assim, para garantir que todas as pessoas, com cirurgias eletivas, são referenciadas para a consulta de pré-operatório, as enfermeiras consultam semanalmente os programas cirúrgicos e se identificarem alguma pessoa sem consulta, agendam nesse momento. No primeiro contacto é recolhida alguma informação acerca da pessoa, aplicando um instrumento de colheita de dados da consulta que permite registar a identificação da pessoa e da pessoa significativa ou cuidador (quando aplicável) e a manutenção ou alteração das capacidades sensoriais, motoras, cognitivas ou emocionais da pessoa que interferem com a execução do autocuidado, dados aconselhados colher pela RNAO (2009). Esta avaliação permite identificar possíveis défices e planear (pré-operatório) ou implementar (pós-operatório) estratégias que permitam capacitar a pessoa para o autocuidado ou identificar a necessidade de envolver um cuidador no treino do cuidado ao estoma e pele peri-estoma. É registada também informação cirúrgica (data de cirurgia, cirurgia realizada ou programada), o tipo de ostomia e as complicações identificadas em consulta que são, posteriormente, registadas numa matriz em excel para extração de indicadores de enfermagem uma

vez que, até à data, não foi possível extrair esses indicadores do programa informático SClinic, em uso na instituição. Neste documento não consta um campo destinado ao “estilo de vida” e “profissão”, mas seria interessante colher esta informação para que desde cedo se pudesse planear estratégias que permitissem à pessoa regressar com confiança à sua atividade profissional ou de lazer tal como recomendam Burch (2017a) e O’Connor (2005), também lhe falta uma escala de avaliação do autocuidado (Kristensen et al, 2013) e outra da qualidade de vida com ostomia, como por exemplo, a recomendada pela DGS (2016).

Existe na consulta guias informativos adaptados a cada tipo de ostomia de eliminação, que são entregues à pessoa no período pré-operatório. No caso do guia informativo da urostomia este aborda o conceito de urostomia, assim como, alguns aspectos recomendados na norma da DGS (2016), nomeadamente, os cuidados ao estoma e pele peri-estoma, a prevenção de complicações cutâneas, o procedimento de aparelhagem do dispositivo coletor e a marcação do estoma. Está omissa, propositadamente, a informação acerca da prevenção de complicações do estoma para não provocar medo e ansiedade à pessoa, no entanto, julgo que no ponto onde são descritas as características do estoma pudesse ser feita uma pequena ressalva que indicasse que, ao identificar alguma mudança no aspecto ou forma do estoma a pessoa deve agendar consulta de estomaterapia para avaliar a situação.

Em suma, a prática de enfermagem nesta consulta de estomaterapia cumpre as orientações da DGS (2016), exceto a marcação do estoma, que é realizada na véspera da cirurgia, em contexto de internamento; a avaliação da qualidade de vida da pessoa com ostomia e a avaliação do autocuidado à ostomia com recurso a uma escala. Carece, a meu ver, de uma sistematização da prática de enfermagem nas diversas consultas realizadas, isto é, guias orientadores a aplicar nas diferentes consultas, ou seja, na consulta do pré-operatório e nas consultas aos 15 dias pós alta, aos 30 dias, 3 meses, 6 meses, 12 meses e anuais. Nestas consultas poderia ser introduzido o *“Diagrama de Flujo de Educación Sanitaria sobre Ostomías”* sugerido pela RNAO (2009) que além de enumerar os objetivos a alcançar pela pessoa com ostomia de eliminação permite avaliá-los desde o pré-operatório até à 6ª semana pós-alta.

O segundo objetivo deste estágio foi “identificar as intervenções de enfermagem à pessoa no pós-operatório de urostomia por doença oncológica, na literatura científica selecionada segundo protocolo de revisão *scoping*”. Para atingir

este objetivo foi realizada uma revisão de literatura segundo a metodologia de revisão *scoping* da *Joanna Briggs Institute* (JBI) (Aromatis & Munn, 2020) (Apêndice IV). Esta revisão permitiu-me identificar 114 intervenções de enfermagem na promoção do autocuidado, no pós-operatório, da pessoa com urostomia por doença oncológica que foram agrupadas nos domínios *cognitivo*, *afetivo* e *psicomotor* e, posteriormente, reagrupadas por termos do eixo de ação da Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem (CIPE®). Além do mapeamento das intervenções de enfermagem esta pesquisa da evidência permitiu-me identificar a *Urostomy Education Scale*, que vim a adoptar como instrumento de avaliação do autocuidado da pessoa com urostomia. Por tudo isto considero que a concretização deste objetivo foi fulcral para a aquisição de conhecimento baseado na evidência importante na prestação de cuidados especializados e necessário ao desenvolvimento dos diferentes instrumentos a implementar no contexto onde foi identificado o problema, tendo um contributo significativo na promoção e apoio do autocuidado e autogestão da pessoa com cancro, pelo que considero como adquirida esta competência da EONS (2018), bem como a competência baseia a sua praxis clínica especializada em evidência científica do perfil de competências de EE (OE, 2019) e a competência de Mestre possuir conhecimentos e capacidades de compreensão, pelo aprofundamento de conhecimento obtidos no 1º ciclo (Decreto-Lei 107/2008).

O terceiro objetivo deste estágio foi “identificar o material de estomaterapia para urostomia existente na consulta de enfermagem” conhecimento que me pareceu essencial na prestação de cuidados à pessoa com urostomia, uma vez que a necessidade de adequar o tipo de dispositivo ou acessórios às necessidades de cada pessoa exige conhecer o material disponível no mercado português e 100% participado pelo Serviço Nacional de Saúde (SNS). A diversidade é significativa devido ao investimento que vários laboratórios têm feito na área da estomaterapia e todos os dispositivos/acessórios têm particularidades que farão a diferença, uns porque têm um placa mais maleável/flexível favorecendo a adesividade a abdómens mais flácidos ou com mais pregas, outros porque a válvula de despejo é de fácil manipulação favorecendo as pessoas com alterações da motricidade fina, entre outros exemplos. É verdade que este conhecimento é adquirido pela prática clínica, mas, efetivamente, a construção do documento em excel “Lista dos dispositivos e acessórios de urostomia 100% participados pelo SNS” (Apêndice V) permitiu-me agrupar os dispositivos e acessórios pelas suas características para quando fosse necessário utilizar, por exemplo, um dispositivo de duas peças com convexidade,

conseguisse identificar os dispositivos com estas características e analisá-los de forma a sugerir o que melhor se adaptaria à situação. Para facilitar a consulta foram aplicados filtros nas colunas das tabelas excel que permitem limitar a pesquisa de dispositivos de acordo com o laboratório pretendido, modelo/referência, tamanho, tipo de sistema e designação dos dispositivos, e, laboratório, modelo/referência, tamanho/características e designação no caso dos acessórios.

O quarto objetivo foi “prestar cuidados especializados à pessoa com urostomia por doença oncológica e respetiva família, em consulta de enfermagem”. Ao longo do estágio prestei cuidados às pessoas e respetiva família/pessoa significativa, que se dirigiram à consulta de enfermagem, tendo sido essencial na tomada de decisão sobre os mesmos, o conhecimento adquirido pela revisão de literatura realizada, consolidado pela reflexão de e sobre a experiência clínica obtida diariamente neste contexto, permitindo-me assumir uma postura cada vez mais ativa e qualificada no decorrer do estágio, culminando na realização de algumas consultas de estomaterapia.

Considero como fundamental na prática de enfermagem o pensamento crítico e lembro-me com clareza de discutir com a orientadora clínica algumas situações sobre as quais tive que tomar uma decisão, nomeadamente, a higiene da pele peri-estoma porque na evidência existem várias versões, nomeadamente, a limpeza com água (ACS, 2019), a limpeza com água e lenços de papel (Burch, 2017a; O’connor, 2005;), a limpeza com compressa, água e gel de banho (Geng et al, 2009) e a limpeza com compressa em tecido não tecido e soro fisiológico no pós-operatório imediato e esponja natural com sabonete líquido (Ph neutro) após funcionamento da ostomia (DGS, 2016). Em última instância prevalece a orientação da DGS, contudo considero-a ambígua uma vez que o funcionamento da urostomia ocorre no pós-operatório imediato. Assim sendo, permaneceu a dúvida relativamente à transição dos cuidados de higiene com compressa com soro fisiológico para a esponja natural com o gel de banho e a decisão foi tomada baseada no risco de infeção. Ao considerar que o risco de infeção urinária está aumentado durante o internamento hospitalar e durante a permanência dos catéteres ureterais, assumi que a mudança ocorria após a alta hospitalar e remoção dos catéteres.

Uma segunda atividade foi a avaliação das pessoas em consulta de enfermagem, pelo que foi construído um “Guia de colheita de dados para a pessoa com urostomia” (Apêndice VI) que sistematiza as intervenções referidas na evidência científica e que foi organizado pelos seguintes tópicos:

- Consulta de enfermagem no período pós-operatório: Este campo identifica a fase em que a pessoa se encontra, ou seja, há quanto tempo foi contruída a urostomia, importante para o enfermeiro conhecer a história da pessoa (RNAO, 2009) e gerir a consulta e a sua intervenção.

- Identificação da pessoa com urostomia: Identifica os fatores determinantes do autocuidado como, por exemplo, o género, a atividade profissional, as crenças religiosas e culturais e as capacidade físicas, cognitivas e motoras (Petronilho, 2012).

- Situação da doença: Permite completar a história de doença da pessoa, como recomenda RNAO (2009).

- Dúvidas e dificuldades manifestadas pela pessoa: Este ponto destina-se à identificação de dificuldades ou dúvidas pois é importante que o enfermeiro encoraje a pessoa com ostomia e pessoa significativa (se presente) a exporem as suas preocupações e solicitarem ajuda sempre que necessitarem (Berti-Hearn & Elliott, 2019; Burch, 2017a). Desta forma o enfermeiro poderá intervir, de modo mais personalizado, de forma a ajudar a pessoa a ultrapassar as suas dificuldades, fornecendo conselhos especializados (Fulham, 2008; O'Connor, 2005).

- Observação dos dispositivos em uso: Este campo permite avaliar se a pessoa está a adaptar corretamente os dispositivos e acessórios, se estes se mantêm íntegros e se o recorte do dispositivo está adequado ao tamanho atual do estoma, despistando possíveis complicações como episódios de extravazamento de urina (Geng et al, 2009) e prevenindo complicações da pele peri-estoma (RNAO, 2009).

- Observação do estoma, pele peri-estoma e urina: Ponto destinado à avaliação do estoma, pele peri-estoma e urina, uma vez que esta vigilância deve ser realizada em cada substituição de dispositivos de forma a identificar possíveis complicações (ACS, 2019; Berti-Hearn & Elliott, 2019; DGS, 2016; Geng et al, 2009);

- Intervenção de enfermagem: campo destinado ao registo das intervenções de enfermagem na consulta.

- Avaliação do autocuidado com recurso à *Urostomy Education Scale*: O autocuidado deve ser avaliado e registado pelos enfermeiros (Fulham, 2008; Kristensen et al, 2013).

Uma das pessoas a quem prestei cuidados foi uma mulher de 46 anos, oriunda de África que vive com a irmã na região centro do país. Foi-lhe diagnosticado carcinoma urotelial da bexiga há 3 anos, tendo sido, no mesmo ano, submetida a cistectomia radical com construção de urostomia. Tem sido acompanhada em

consulta de estomaterapia contundo tinha faltado à última consulta de acompanhamento anual pelo que a minha orientadora clínica decidiu telefonar-lhe, apresentando-me no início da chamada e permitindo-me gerir o contacto seguindo o guia de colheita de dados. Durante a chamada a senhora referiu estar tudo bem e quando questionada acerca da sua ostomia disse que de vez em quando os dispositivos descolavam, mas não soube identificar o motivo e não soube dizer com exactidão a periodicidade de substituição dos dispositivos. Por estarmos perante uma complicação, fuga de efluente, tentei perceber como seria possível observarmos a sua ostomia para se identificar a razão dos descolamentos e resolvê-los, tendo referido estar próximo de Lisboa por ter uma consulta agendada na mesma instituição no dia seguinte e, como tal, foi agendada uma consulta de estomaterapia para a mesma data. Na consulta presencial verifiquei que a senhora apresentava um dispositivo de duas peças, placa convexa em hidrocolóide e rebordo em tecido não tecido. O estoma era raso e estava próximo de uma prega cutânea, a urina não apresentava alterações e a pele peri-estoma tinha uma maceração exuberante desde o estoma até à região supra púbica, que coincidia com o trajeto da urina em extravazamento, apresentando até algumas escoriações. Segundo Silva (2021b) a maceração é uma lesão de etiologia irritativa que representa uma abrasão extensa do tecido de revestimento da superfície do corpo associado à presença contínua de humidade. Pelo discurso da senhora percebi que desvalorizou a maceração por não ter sido capaz de a reconhecer como uma complicação o que corrobora Burch (2017a) quando diz que é importante garantir que a pessoa com ostomia reconheça o que é normal e anormal e que contacte com enfermeiros de estomaterapia se detectar alguma alteração. Perante a complicação decidi introduzir nos cuidados o pó cicatrizante e alterar o tipo de dispositivo para uma placa 100% hidrocolóide que favorecesse a adesividade e a cicatrização dos tecidos macerados. Para prevenir novos episódios de fuga introduzi o cinto e tiras de fixação uma vez que o estoma era raso e estava próximo de uma prega cutânea, características que identifiquei como possíveis causas do descolamento do dispositivo agravado, certamente, pela lesão da pele peri-estoma que entretanto se formou. Poderia ter introduzido apenas 1 acessório, mas em breve a senhora voltaria a ausentar-se para o centro do país e seria difícil comparecer, presencialmente, na consulta de estomaterapia. Como tal preferi aumentar os dispositivos de segurança nesta fase e garantir que não ocorreriam mais episódios de fuga, e mais tarde reavaliar a necessidade de manter o uso do cinto e das tiras de fixação. Foi explicado o modo de aplicação do pó cicatrizante e dos acessórios de

suporte e reforçados ensinamentos acerca das características normais do estoma, pele peri-estoma e urina alertando para a necessidade de contacto conosco se verificasse alguma alteração, ou seja, fomentei *“estratégias para autogestão e promoção da saúde em pessoas com doença prolongada”* (OE, 2018, p.19369), uma competência do EE em Enfermagem Médico-Cirúrgica (OE, 2018). Ficou ainda assim agendado um novo contacto telefónico com a senhora, a realizar pela enfermeira orientadora, para avaliar as intervenções implementadas em consulta.

Neste caso reconheci os episódios de descolamento de dispositivo e a maceração da pele como situações potencialmente complexas, dando resposta aos critérios de avaliação de competências *“diagnostica precocemente as complicações resultantes da doença aguda ou crónica”* (OE, 2018, p.19361), *“diagnostica precocemente as complicações resultantes da doença crónica”* (OE, 2018, p.19369) *“reconhece as implicações e complicações, inerentes à doença crónica”* (OE, 2018, p.19368) e *“atua rápida e eficazmente a situações decorrentes de processos médicos e/ou cirúrgicos complexos”* (OE, 2018, p.19361).

As intervenções desenvolvidas tiveram como objetivo identificar o motivo de descolamento dos dispositivos, tratar a maceração da pele, prevenir novos episódios de fuga de efluente e capacitar a senhora para reconhecer as características normais do estoma, pele peri-estoma e da urina para que consiga identificar as complicações decorrentes da construção da urostomia e contactar os enfermeiros da consulta de estomaterapia. Em suma, foi implementado um plano de cuidados individualizado, ou seja, adequado às necessidades da senhora, que contribuiu para a capacitar para a gestão da sua ostomia, em prol do seu bem-estar e melhoria da qualidade de vida, como recomendado pelo descritivo de bem-estar e autocuidado dos Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem Médico-Cirúrgica e Enfermagem Médico-Cirúrgica à Pessoa em Situação Crónica (OE, 2017).

Considero que as minhas intervenções, nesta situação de cuidados permitiram desenvolver as competências específicas do EE em Enfermagem Médico-Cirúrgica cuida da pessoa e família/cuidadores a vivenciar processos médicos e/ou cirúrgicos complexos, decorrentes de doença aguda ou crónica e otimizar o ambiente e os processos terapêuticos na pessoa e família/cuidadores a vivenciar processos médicos e/ou cirúrgicos complexos, decorrente de doença aguda ou crónica (OE, 2018).

Como referido no objetivo n.º 1 outra das atividades desenvolvidas foi a construção do “Programa educativo para a capacitação do autocuidado da pessoa no

pós-operatório da pessoa com urostomia” (Apêndice VII). Este documento visa orientar a prática da equipa de enfermagem na promoção do autocuidado da pessoa à urostomia no pós-operatório imediato, no serviço de internamento de urologia onde se desenvolve o projeto e foi organizado com cinco sessões de educação, como o programa de Mohamed e Mohamed (2014), citado por O’Connor (2005), realizadas diariamente com uma duração média de 1 hora. São sessões estruturadas, com objetivos definidos (Fulham, 2008), que minimizam a omissão de informação relevante, tal como é recomendado pela literatura (Berti-Hearn & Elliott, 2019; O’Connor, 2005; Fulham, 2008; Kristensen et al, 2013). As duas primeiras sessões focam-se na demonstração do despejo e substituição dos dispositivos, como recomendado pela Wound Ostomy and Continence Nurses Society (RNAO, 2009) para o contexto de internamento, e que deve ser realizada pelo menos uma vez (RNAO, 2009). É também abordado o conceito de urostomia, os dispositivos de urostomias disponíveis no serviço, as características normais do estoma, pele peri-estoma e urina, uma vez que as pessoas com urostomia do contexto estão privadas da consulta pré-operatória e não tiveram oportunidade de explorar estes temas. Ao conhecerem as características normais do estoma, pele peri-estoma e urina poderão identificar o surgimento de complicações, nomeadamente, as cutâneas e as infeções do trato urinário que apresentam taxas de incidência elevadas na pessoa com urostomia (Nazarko, 2014; Walls, 2018), e contactar enfermeiros de estomaterapia ou médico assistente cumprindo o descrito por Burch (2017a); Fulham (2008) e Geng et al (2009). De acordo com Orem (2001) nestas duas sessões o sistema de enfermagem é totalmente compensatório e prevê-se que, gradualmente e ao longo do “Programa educativo para a capacitação do autocuidado da pessoa no pós-operatório da pessoa com urostomia” a pessoa adquira capacidades que lhe permitam ser independente, ou seja, que progressivamente haja uma diminuição da intervenção dos enfermeiros no cuidado à urostomia. Assim sendo, na sessão de educação n.º 3 um dos objetivos é que a pessoa execute o autocuidado ao estoma e pele peri-estoma com assistência do enfermeiro, o que implica a evolução para um sistema parcialmente compensatório, e nas últimas duas sessões de educação a pessoa deve ser capaz de despejar e substituir os dispositivos, transitando-se para o sistema de enfermagem de apoio-educação (Orem, 2001). Assim sendo, a partir da 3ª sessão de educação é instruído e treinado o cuidado à urostomia que é avaliado e registado, com recurso à *Urostomy Education Scale*, aplicada a partir da 2ª sessão de educação, na qual não está prevista a participação da pessoa no despejo e substituição dos dispositivos, contudo, é

importante avaliar o autocuidado da pessoa desde o momento em que depende totalmente da intervenção de enfermagem na concretização do autocuidado à urostomia (sistema totalmente compensatório) até ao momento da alta em que já executa na totalidade ou parcialmente o autocuidado, encontrando-se no sistema de apoio-educação. Na 5ª e última sessão é envolvido o familiar ou pessoa significativa da pessoa que a poderá assistir nos primeiros dias após a alta ou num momento em que esta não se sinta bem (O'Connor, 2005). A pessoa significativa é convidada a participar só neste momento porque nas pessoas capazes de se autocuidarem é preferível aguardar que tenham aprendido todas as capacidades inerentes à substituição dos dispositivos de ostomia para que não se tornem dependentes do familiar (O'Connor, 2005).

Durante a construção do programa educativo surgiu a necessidade de construir um algoritmo que orientasse a equipa de enfermagem nos casos em que não existisse evolução da pessoa em algum dos sete domínios do autocuidado avaliados pela escala adotada, isto é, se a pontuação permanecer inferior a 3 e inalterada entre sessões e em, pelo menos, um dos domínios. Se tal acontecer deve ser aplicado o “Algoritmo de intervenção de enfermagem: avaliação do autocuidado a urostomia” (Apêndice VIII) no dia seguinte, repetindo a sessão de educação em que a pessoa se encontrava, não progredindo no programa educativo. O algoritmo deve ser interpretado na horizontal, ou seja, se a pessoa no domínio n.º 1 da escala apresentar uma pontuação 0 (zero) nas duas avaliações realizadas o enfermeiro deve perceber como a pessoa se sente em relação ao estoma (à vontade ou não à vontade) e encorajar a observação do estoma ou incentivar a comunicação de emoções, escutar as preocupações da pessoa e fornecer conselhos especializados. Se no fim dessa sessão a pontuação se mantiver inalterada deve seguir-se a seta azul do algoritmo (1ª avaliação) que nos remete para a repetição das intervenções no dia seguinte. E se não se verificar evolução na mesma deve-se seguir a linha vermelha (2ª avaliação) que nos remete para o envolvimento da equipa multidisciplinar para ajudar a pessoa a ultrapassar a sua limitação no autocuidado à urostomia, como por exemplo, a incapacidade em aceitar e manipular a ostomia ou dificuldade em recortar a placa por baixa acuidade visual ou alterações na motricidade fina. Nesta situação deve também ser envolvida a pessoa significativa, uma vez que o tempo de internamento é limitado e tem que estar garantido o despejo e substituição dos dispositivos pela própria pessoa ou por terceiros no momento da alta. Contudo, a intervenção da pessoa significativa tem como objetivo apenas, colmatar as incapacidades da pessoa no

cuidado à urostomia. No caso do segundo exemplo, a pessoa significativa deveria intervir apenas no recorte da placa, assistindo parcialmente no autocuidado (sistema parcialmente compensatório). Por outro lado, se a pessoa apresentar um aumento da pontuação na *Urostomy Education Scale* deve dar-se continuidade às cinco sessões de educação estabelecidas no programa educativo.

As intervenções de enfermagem presentes no documento estão de acordo com a linguagem CIPE® e as que se encontram a azul existem, inclusive, no sistema de informação Sclinico, sendo possível registrá-las.

O “Programa educativo para a capacitação do autocuidado no pós-operatório da pessoa com urostomia” consiste num guia orientador de boa prática construído a partir da evidência científica para responder às necessidades da pessoa submetida à construção de urostomia pelo que considero ter *“agiliza[do] a elaboração de guias orientadores de boa prática”* (OE, 2019, p. 4747) e *“identifica[do] oportunidades de melhoria”* (OE, 2019, p. 4747) com conseqüente melhoria da qualidade, permitindo desenvolver a competência comum de EE desenvolve práticas de qualidade, gerindo e colaborando em programas de melhoria contínua (OE, 2019).

Como mencionado no objetivo n.º 1 deste campo de estágio foi-me solicitada a apresentação do “Programa educativo para a capacitação do autocuidado no pós-operatório da pessoa com urostomia” no serviço de internamento de urologia, com a possibilidade de iniciar um processo de validação por pares. Para o efeito foi selecionado um grupo de enfermeiros peritos na área por, segundo Benner (2001), terem uma enorme experiência e conseguirem, de forma intuitiva, identificar problemas e compreender situações, *não sendo “difíceis de reconhecer porque, muitas vezes, dão opiniões clínicas ou gerem situações complexas de uma maneira notável ... o reconhecimento dos colegas é visível”* (p. 60). O método de amostragem adotado foi um método não probabilístico, em concreto, o método de amostragem acidental por as pessoas escolhidas estarem presentes num determinado local e por isso facilmente acessíveis (Fortin, 2003) e os critérios de inclusão definidos foram: participação voluntária no estudo, exercer funções num serviço de urologia ou numa consulta de estomaterapia e ter mais de 5 anos de experiência na prestação de cuidados à pessoa com urostomia. A amostra inicial incluiu 9 enfermeiros do sexo feminino das quais 3 tinham formação avançada em estomaterapia. A experiência profissional média da amostra foi de 18 anos e de 15 anos na prestação de cuidados à pessoa com urostomia. A esta amostra foi apresentada o programa educativo, incluindo o “Algoritmo de intervenção de enfermagem: avaliação do autocuidado a

urostomia” e dado início ao processo de validação recorrendo ao Método de Delphi por ser considerado um método confiável para estudos que pretendam obter um consenso de especialistas relativamente a um problema (Massaroli, Martini, Lino, Spenassato & Massaroli, 2017). Neste método o consenso é alcançado por meio de validações articuladas por rondas de inquéritos estruturados cujas respostas são posteriormente analisadas (Massaroli et al, 2017). Os itens que obtenham consenso são extraídos do inquérito que é revisto pelo investigador e devolvido aos participantes juntamente com o resultado dos inquéritos da ronda anterior, sendo o processo repetido até todos os itens avaliados alcançarem uma concordância de 70-80% dos especialistas (Massaroli et al, 2017). A primeira ronda do processo de validação ocorreu no fim da sessão de apresentação aos enfermeiros peritos e foi feita com recurso ao “Instrumento de colheita de dados para a 1ª ronda de validação de Delphi” (Apêndice IX) constituído por uma escala tipo Likert com cinco pontos (1 - discordo totalmente, 2 - Discordo, 3 – não concordo nem discordo, 4 – concordo e 5 – concordo totalmente) e um campo destinado a sugestões. A análise dos inquéritos foi concluída durante o estágio seguinte motivo pelo qual os resultados se apresentam na descrição das atividades realizadas nesse contexto.

O desenvolvimento e apresentação do “Programa educativo para a capacitação do autocuidado no pós-operatório da pessoa com urostomia” assim como a sua validação, permitiu-me alcançar a competência de Mestre ser capaz de comunicar as suas conclusões e os conhecimentos e raciocínios a elas subjacentes, quer a especialistas, quer a não especialistas, de uma forma clara e sem ambiguidade (Decreto-Lei 107/2008).

2.3 Estágio numa Consulta de estomaterapia de um hospital privado

O estágio II decorreu no período de 18 de Janeiro a 25 de Fevereiro na Consulta de estomaterapia de um hospital privado, tendo como objetivo geral “otimizar os cuidados especializados à pessoa com urostomia em contexto de internamento e de consulta, intervindo em competências de comunicação com a pessoa e na avaliação e interpretação da informação proveniente da mesma”. Este objetivo foi subdividido em três objetivos específicos, tendo sido planeadas atividades a desenvolver que

podem ser consultadas no “Planeamento das atividades do estágio numa consulta de estomaterapia de um hospital privado” (Apêndice X).

O primeiro objetivo foi “identificar os aspetos organizacionais, funcionais e procedimentais da consulta de enfermagem de estomaterapia de modo a integrar a equipa” e para alcançar este objetivo realizei uma entrevista, recorrendo ao guião utilizado no contexto de estágio anterior, e que me permitiu saber que a consulta é assegurada por dois enfermeiros com competências avançadas em estomaterapia e tem como objetivo acompanhar pessoas com ostomia em regime de ambulatório ou de internamento, ou seja, além do atendimento realizado duas vezes por semana em ambiente de consulta externa os enfermeiros deslocam-se, nesses mesmos dias, aos serviços de internamento sempre que se encontre internada alguma pessoa com ostomia. A sua intervenção centra-se na avaliação da pessoa com ostomia, na prestação de cuidados à ostomia e na implementação de um plano de cuidados adequado às necessidades identificadas. Em cada visita é realizada uma breve reunião com o enfermeiro responsável e a pessoa para se conhecer as ocorrências dos últimos turnos e para se transmitir toda a informação pertinente, nomeadamente, as intervenções de enfermagem planeadas para a pessoa e que a equipa do internamento deve assegurar nos dias em que não há consulta de estomaterapia. Assim sendo, todas as pessoas com ostomia internadas na instituição são acompanhadas por enfermeiros com experiência e formação específica e reconhecida em cuidados de estomaterapia tal como recomenda a DGS (2016).

Em ambulatório o acompanhamento faz-se desde o pré-operatório até ao momento pós-alta cumprindo as orientações da DGS (2016), tal como, a marcação do estoma sobre o músculo reto, num local que permita a autovisualização e autocuidado, longe de pregas cutâneas, cicatrizes e linha da cintura (DGS, 2016). São ainda consideradas a preferência da pessoa, a profissão, hábitos de vida e vestuário usual de forma a promover a retoma de atividades, como viajar, praticar desporto e comer fora (Fellows, Gutman, Clark & DuBois, 2017). A consulta pós-alta é marcada entre 2 a 6 dias após alta e não aos 15 dias como recomendado pela DGS (2016) e isso acontece pelo tempo reduzido de internamento durante o pós-operatório imediato (3 a 5 dias) devido ao programa *Enhanced Recovery After Surgery* (ERAS), no caso das cirurgias do colon e reto, e da cirurgia robótica nas cistectomias radicais com construção de urostomia. Consequentemente, o número de vezes que a pessoa observa ou executa os cuidados à ostomia durante o internamento é reduzido e por

isso os enfermeiros agendam consulta no primeiro dia de consulta após a alta, para prevenir complicações e permitir à pessoa sentir-se mais segura e acompanhada.

Atualmente não são utilizados documentos de apoio à consulta pelo facto dos existentes necessitarem de atualização e esta ser uma atividade exclusiva da enfermeira chefe das consultas externas.

O segundo objetivo foi “finalizar a validação do programa educativo para a capacitação do autocuidado no pós-operatório da pessoa com urostomia, por enfermeiros peritos”, assim sendo procedi à análise das respostas dos nove inquéritos da 1ª ronda do Método *Delphi*, equivalente a 100% de participação. Na análise foi utilizado o método de Índice de Validade de Conteúdo (IVC) que mede a percentagem de peritos que estão em concordância sobre os diversos itens do instrumento sujeito a avaliação e sobre o instrumento como um todo, recorrendo à aplicação de uma escala de Likert. (Alexandre & Coluci, 2011). Na 1ª ronda foi obtida uma taxa de concordância superior a 0,8 em todos os itens podendo estes serem considerados válidos (Alexandre & Coluci, 2011), no entanto, foram feitas algumas sugestões que foram analisadas pelo método de análise de conteúdo, segundo (Bardin, 2016). As avaliações e as sugestões dos peritos foram transcritas para a “Matriz de resultados da 1ª ronda” (Apêndice XI) e deram origem a alterações do documento inicial, nomeadamente, na 1ª sessão de educação o acréscimo da intervenção “encorajar a pessoa a esclarecer as suas dúvidas” e, na 5ª sessão de educação, a substituição da intervenção “explicar o cuidado ao estoma e pele peri-estoma à pessoa significativa” por “instruir o cuidado ao estoma e pele peri-estoma à pessoa significativa”. Não foram aceites as sugestões de fornecimento do manual informativo no pré-operatório e de apenas validar o conhecimento da pessoa acerca do conceito de urostomia, dos dispositivos de urostomia e da existência do manual informativo pelo facto do contexto onde o programa seria implementado não ter consulta de pré-operatório para as pessoas submetidas à construção de urostomia e os ensinamentos apenas se iniciarem no pós-operatório. Foi sugerido também que o objetivo para a pessoa com urostomia “conhecer as características normais da urina” presente na 2ª sessão de educação, passasse para a 1ª sessão, sugestão esta que, juntamente às alterações realizadas, foram sujeitas a avaliação na 2ª ronda de inquéritos com recurso ao “Instrumento de colheita de dados para a 2ª ronda de validação de Delphi” (Apêndice XII), na qual se obteve seis respostas, correspondendo a 67% dos participantes do estudo. Os peritos concordaram com as alterações realizadas (IVC superior a 0,8) e cinco dos seis

peritos (IVC= 0,83) consideraram que o objetivo “conhecer as características normais da urina” deveria ser transferido da 2ª para a 1ª sessão e, como tal, foi realizada a alteração sugerida. As avaliações dos peritos podem ser consultadas na “Matriz de resultados da 2ª ronda” (Apêndice XIII).

Considerando que o número final de participantes no estudo foi de seis peritos, e que a avaliação individual de cada item e a avaliação geral do documento obtiveram uma taxa de concordância superior a 0,78 e 0,8, respetivamente, foi elaborada uma segunda versão do “Programa educativo para a capacitação do autocuidado no pós-operatório da pessoa com urostomia” (Apêndice XIV).

O terceiro objetivo foi “prestar cuidados especializados à pessoa com urostomia por doença oncológica e respetiva família” teve como primeira atividade a atualização do guia de colheita de dados elaborado no campo de estágio anterior com o objetivo de o tornar mais completo e passível de aplicar a todas as pessoas com ostomia de eliminação e não apenas às pessoas com urostomia. Assim sendo desenvolvi o instrumento “Guia de colheita de dados para pessoa com ostomia de eliminação” (apêndice XV) que orientou a avaliação de 19 pessoas com ostomia de eliminação. O acompanhamento ocorreu em contexto de ambulatório, com a realização de 2 consultas de pré-operatório e 12 consultas de pós-operatório, mas também em contexto de internamento com 34 consultas concretizadas. Passo a descrever o caso clínico de duas pessoas, a primeira que acompanhei desde o período pré-operatório até ao pós-operatório, em contexto de internamento e de ambulatório, e o segundo caso que me permitiu treinar e otimizar a comunicação.

Caso n.º 1: Senhora I.F. 64 anos de idade, autónoma nos autocuidados, profissionalmente ativa exercendo funções de assistente operacional numa escola. Mantinha capacidade cognitiva, perceptível durante a consulta, pela compreensão da informação fornecida, sendo capaz de a repetir, mantendo um discurso coerente e perceptível, não sendo necessário a aplicação de um instrumento de avaliação cognitiva; e negou apresentar alterações visuais ou motoras. Gosta de nadar e vive com a filha que se disponibilizou para assumir o papel de cuidadora, assistindo a mãe no regresso a casa enquanto esta se encontrasse a recuperar da cirurgia. A senhora I.F. foi referenciada para a consulta de estomaterapia pelo médico urologista, por lhe ter sido diagnosticado um carcinoma urotelial T1G3 e proposto como tratamento a realização de cistectomia radical com construção de urostomia. No início da consulta apresentei-me, expliquei o objetivo da mesma e solicitei o consentimento verbal da

senhora para dar continuidade à consulta, obtendo o seu aval (Cronin, 2012). Foi abordado o motivo da cirurgia, as suas implicações e o conceito de urostomia, sendo possível validar que esta informação tinha sido facultada à senhora (Fulham, 2008). Desta forma, informei a senhora e a sua filha dos cuidados de enfermagem praticados na consulta de estomaterapia, obtendo o seu consentimento informado e voluntário para prosseguir com os cuidados e validei que a informação, quanto à natureza da intervenção e construção da ostomia, tinha sido fornecida pela equipa médica e corretamente interpretada pela senhora. Logo, respeitei o artigo 84º Do Dever de Informação do Código Deontológico do Enfermeiro (OE, 2015), o que me permitiu desenvolver a competência comum de EE desenvolve uma prática profissional, ética e legal, na área de especialidade, agindo de acordo com as normas legais, os princípios éticos e a deontologia profissional (OE, 2019).

A senhora reconheceu a necessidade da cirurgia, mas manifestou dificuldade em aceitar a ideia de viver com uma ostomia, o que se refletiu na sua atitude inquieta e no som tremido da sua voz. Percebendo o seu nervosismo esforcei-me por adotar uma postura serena, baixando o tom de voz, falando pausadamente e dando liberdade para a senhora (e a sua filha) expressarem os medos e esclarecerem as dúvidas existentes (Cronin, 2012). Nesse instante a senhora colocou três dúvidas de imediato, nomeadamente, se conseguiria dormir, tomar banho e ir à praia. Esclareci as dúvidas adotando uma atitude positiva para que a senhora não julgasse que a sua vida iria mudar incomensuravelmente após a formação do estoma (Burch, 2017b). Clarifiquei o conceito de urostomia, descrevi as características normais do estoma e pele peri-estoma, apresentei os dispositivos de urostomia, assim como, os cuidados gerais ao estoma e pele peri-estoma (Burch, 2017b). No fim da sessão marquei o local ideal para a construção do estoma com o objetivo de prevenir complicações e aumentar a probabilidade de a senhora alcançar a autonomia no autocuidado (Burch, 2017b). Esta marcação representa o início da vida com uma ostomia e deve ser acordada pelo profissional de saúde e a pessoa durante a consulta pré-operatória ou após a admissão hospitalar (O'Connor, 2005; Cronin, 2012). Assim sendo, garanti o fornecimento de conhecimento sobre a ostomia que segundo Silva (2021a) é o objetivo da consulta pré-operatória.

Ao marcar o estoma e ao fazê-lo em parceria com a senhora preveni *“complicações, reconhecendo a complexidade das situações de saúde vivenciadas pela pessoa, família e cuidadores”* (OE, 2018, p.19361) e envolvi *“a pessoa, família/cuidadores no processo de cuidar, rumo ao bem-estar e qualidade de vida”*

OE, 2018, p.19368) desenvolvendo, respetivamente, a competência específica do EE em Enfermagem Médico-Cirúrgica cuida da pessoa e família/cuidadores a vivenciar processos médicos e/ou cirúrgicos complexos, decorrentes de doença aguda ou crónica (OE, 2018) e a competência específica do EE em Enfermagem Médico-Cirúrgica em Enfermagem à Pessoa em Situação Crónica cuida da pessoa e família/cuidadores a vivenciar a doença crónica (OE, 2018).

O segundo contacto com esta senhora e a sua filha ocorreu no serviço de internamento, 4 dias após a construção da urostomia e dia de alta hospitalar. A senhora apresentava um estoma rosado, oval e pouco proeminente, urina amarela e pele peri-estoma macerada devido aos episódios de fuga de urina que tinham ocorrido até ao momento, provavelmente, associados ao uso de saco de drenagem colocado no bloco operatório, em vez de dispositivos de urostomia. Já deambulava, negava dor e alimentava-se com tolerância e apetite, logo estavam reunidas as condições para dar início às sessões de educação para o autocuidado à urostomia, mas, considerando que a senhora tinha alta nesse mesmo dia e não aceitava permanecer mais tempo internada houve necessidade de sintetizar a informação transmitida e dar enfoque à instrução e treino para o despejo e substituição de dispositivos. Em parceria com a senhora foram estabelecidos como objetivos da sessão: Conhecer a urostomia e o seu funcionamento, conhecer os dispositivos de urostomia, conhecer as características normais da urina e da pele peri-estoma e treinar o cuidado ao estoma e pele peri-estoma. Iniciei a sessão lembrando o conceito e funcionamento da urostomia e as características normais do estoma, pele peri-estoma e urina. Em seguida providenciei os dispositivos que se adequavam à senhora, ou seja, optei por um dispositivo de duas peças que permite manter a placa no abdómen durante 3 dias, sendo apenas necessário substituir, diariamente, o saco de urostomia (Fulham, 2008) e pelo facto do abdómen estar edemaciado fazendo uma prega e o estoma ser pouco proeminente introduzi, como acessórios, a pasta niveladora para preencher a prega cutânea e nivelar o abdómen, e o cinto para favorecer a adesividade dos dispositivos e reduzir o risco de infiltração de urina por baixo da placa. Após selecionar os dispositivos e acessórios dei início à instrução e treino dos cuidados à ostomia e, nesse momento, a senhora demonstrou relutância em olhar para o estoma, tendo sido encorajada a exprimir as suas emoções (Fellows et al, 2017) acabando por referir que sentia nojo do muco. Assim sendo, foi removido o excesso do muco e foi encorajada a observar o estoma, com sucesso, embora a mesma tenha assumido que não lhe conseguia tocar. Respeitou-se esta afetividade da senhora e envolveu-se a filha nos

cuidados à ostomia, tendo a mesma, executado o despejo e substituição dos dispositivos, sob orientação verbal, sem demonstrar dificuldade, estando assim assegurado o despejo e substituição dos dispositivos, pelo cuidador, no momento da alta hospitalar (RNAO, 2009). Ao respeitar a afetividade da senhora fui de encontro ao recomendado pelo enunciado satisfação do cliente dos Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem Especializados em Enfermagem Médico-Cirúrgica à Pessoa em Situação Crónica (OE, 2017) e respeitei a escolha da senhora, assumindo “a defesa dos direitos humanos, conforme deontologia profissional” (OE, 2019, p.4746), desenvolvendo a competência comum de EE desenvolve uma prática profissional, ética e legal, na área de especialidade, agindo de acordo com as normas legais, os princípios éticos e a deontologia profissional (OE, 2019).

Nesta consulta foi ainda realizado ensino acerca das características normais da urina, da necessidade de ingerir 2-2,5L água ao dia, gerindo a ingestão em função da coloração da urina que deve ser amarela cor de palha (Geng et al, 2009), e da importância da permanência dos cateteres ureterais, em média, 7 a 10 dias. Foram informadas que qualquer alteração no estoma, pele peri-estoma ou urina deveria ser comunicada ao enfermeiro de estomaterapia ou médico assistente. No fim da sessão avaliei o autocuidado recorrendo à *Urostomy Education Scale* obtendo pontuação zero em todos os domínios avaliados. Aconselhei a senhora a agendar consulta de estomaterapia dois dias após este contacto, para um acompanhamento pós-alta precoce, devido ao facto de a filha só ter tido oportunidade de executar o cuidado à urostomia uma vez. Esta consulta no internamento focou-se na promoção do autocuidado e prevenção de complicações, seguindo as recomendações de Silva (2021a).

Dois dias depois, na consulta pós-alta, a senhora apresentou uma atitude mais tranquila, mas ainda com dificuldade, em olhar e tocar no estoma. Os dispositivos estavam íntegros e adequadamente aplicados, mas sem cinto por se ter esquecido dele em casa. O estoma e a urina não apresentavam alterações, mas a pele peri-estoma apresentava lesões sugestivas de infeção fúngica (sem perda de integridade cutânea) pelo que se contactou o médico assistente (urologista) que prescreveu tratamento tópico, tendo sido ensinada a aplicação do mesmo. Além da complicação cutânea a senhora referiu que tinha dificuldade em aparelhar o saco à placa de urostomia por ser opaco e não conseguir visualizar o seu interior, motivo pelo qual se forneceram dispositivos semelhantes aos que a senhora estava a usar (por se sentir confortável), mas transparentes. No decorrer da consulta encorajei a senhora a

proceder ao despejo e substituição dos dispositivos, que, desta vez aceitou, tendo sido treinada na sua execução, pelo que considero ter intervindo *“na promoção do autocuidado na pessoa em processo de transição”* (OE, 2018, p.19369) indo de encontro ao enunciando Promoção de Saúde dos Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem Médico-Cirúrgica (OE, 2017), onde é recomendado o “ensino, instrução e treino de atividades que visem minimizar o impacto dos processos médicos e cirúrgicos complexos e a adaptação aos processos de transição saúde/doença” (p.6). Considerando a capacidade para se autocuidar como uma atividade que minimiza o impacto da construção de uma ostomia entendo ter alcançado a competência específica do EE em Enfermagem Médico-Cirúrgica em Enfermagem à Pessoa em Situação Crónica maximiza o ambiente terapêutico em articulação com a pessoa e família/cuidadores a vivenciar a doença crónica (OE, 2018).

Nesta consulta o autocuidado foi novamente avaliado obtendo-se como pontuação: Domínio 1- 1; domínio 2- 2; domínio 3 – 0; domínio 4 – 1; domínio 5 – 2; domínio 6- 2; domínio 7- 3. Verifiquei evolução positiva em seis dos domínios avaliados e o único domínio em que a avaliação não mudou foi o domínio 3, referente à medição do estoma, pelo facto da senhora ter dificuldade em ver a parte inferior do estoma pelo edema abdominal e pela inexistência de espelho no gabinete de consulta que facilitasse a visualização do abdómen. Ao *“monitorizar os progressos da pessoa, família/cuidador considerando os resultados esperados”* (OE, 2018, p.19369) desenvolvi a competência específica do EE em Enfermagem Médico-Cirúrgica em Enfermagem à Pessoa em Situação Crónica cuida da pessoa e família/cuidadores a vivenciar a doença crónica (OE, 2018).

Avaliando a intervenção de enfermagem do contacto anterior foi possível apurar que, embora a senhora não trouxesse cinto aplicado, não ocorreram fugas de urina, a filha da senhora não teve dificuldade em substituir o saco de urostomia e a senhora já estava disponível para executar os cuidados à mesma.

Terminei o contacto sugerindo marcação de nova consulta, aos 15 dias após alta de acordo com orientação da DGS (2016), contundo, se surgisse algum problema ou dificuldade deveriam agendar consulta para uma data mais próxima. Neste contacto avaliei e treinei o autocuidado ao estoma e pele peri-estoma, em prol da autonomia como sugerido por Silva (2021a) para o período pós-alta.

Caso n.º 2: Senhora MQ com 54 anos de idade, assistente administrativa, com capacidades cognitivas, motoras e visuais mantidas. Reside com 2 filhos jovens

adultos a frequentarem o ensino superior e encontra-se em processo de luto pelo falecimento recente do pai, por Sars-Cov 2, e do marido, por Acidente Vascular Cerebral (AVC) hemorrágico, há cerca de um mês. Com diagnóstico de adenocarcinoma do colon e submetida a hemicolecotomia à direita com construção de ileostomia temporária em Agosto de 2019, contudo, na cirurgia de encerramento da ostomia houve complicações levando a uma colectomia total e ileostomia terminal. O estoma encontrava-se rosado, oval e raso e a pele peri-estoma apresentava hipergranulação do tecido, descrita como uma das possíveis complicações cutâneas (DGS, 2016). Apresentava um dispositivo de duas peças com convexidade e, como acessórios, pasta niveladora, tiras de fixação e cinto. Contudo, o dispositivo não estava íntegro contendo fezes infiltradas por baixo da placa, que tinha sido substituída há 6 dias, ou seja, todos os acessórios de nivelamento e suporte se tornaram ineficientes perante a ausência de substituição da placa de 3/3 dias como recomendado (Fulham, 2008).

Ao longo da consulta foram identificadas várias dificuldades ressaltando a situação de luto que aparentava ser complicado, por tratar-se de uma perda inesperada e traumática (Barbosa, 2010), citado por Bidarra (2012), e pelo facto de a senhora abordar a morte do marido imensas vezes, chorando e demonstrando revolta relativamente à perda vivenciada. O esposo era o cuidador da senhora MQ assegurando os cuidados ao estoma e pele peri-estoma e após o seu falecimento a senhora MQ teve que assumir esses cuidados, manifestando dificuldade em adaptar o saco à placa de ileostomia. Percebi então que a senhora atrasava a data de substituição da placa por se sentir stressada no momento de substituição deste dispositivo, por não ser capaz de o fazer sozinha, dependendo da assistência de um dos filhos. No entanto, a senhora MQ tinha potencial para executar a substituição do dispositivo, necessitando, a meu ver, de ser encorajada e treinada para tal. Assim sendo, a minha intervenção consistiu no treino da adaptação do saco à placa de ileostomia, no encorajamento da expressão de emoções permitindo à senhora um espaço e momento para desabafar e chorar, no tratamento da hipergranulação com nitrato de prata e no reforço da necessidade de substituição da placa de 3/3 dias. Ao identificar os cuidados à ostomia como fonte de stress para a senhora respondi ao critério de avaliação de competência *“reconhece os processos médicos e/ou cirúrgicos complexos e a gestão da doença aguda ou crónica como fatores de stress”* (OE, 2018, p.19361), identificado a necessidade de *“apoia[r] a pessoa e família/cuidador no processo de transição e adaptação saúde-doença perante a situações decorrentes de*

processos médicos e/ou cirúrgicos complexos” (OE, 2018, p.19361). Naquele momento, priorizei o treino e capacitação da pessoa para o autocuidado à ostomia *“em busca do bem-estar e melhoria da qualidade de vida”, como é sugerido no enunciado o bem-estar e o autocuidado* (p.7) dos Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem Médico-Cirúrgica (OE, 2017). Esta intervenção promoveu o desenvolvendo da competência específica do EE em Enfermagem Médico-Cirúrgica cuida da pessoa e família/cuidadores a vivenciar processos médicos e/ou cirúrgicos complexos, decorrentes de doença aguda ou crónica (OE, 2018).

Na consulta de enfermagem de estomaterapia, realizada 7 dias depois, a senhora estava mais lábil emocionalmente por lhe ter sido comunicado pelo médico assistente um aumento dos marcadores tumorais, nas últimas análises realizadas. Após a notícia foi assolada com a possibilidade de ter metástases e de morrer, ficando os seus filhos sem pai e sem mãe; e a angústia era tanta que a senhora precisava de desabafar e que alguém a escutasse e apoiasse. Assim sendo, solicitei à senhora que se sentasse e dei abertura para falar dos seus medos, necessidades, expectativas e perceções, mantendo sempre contato visual. Um olhar franco é *“o indício de uma comunicação honesta e autêntica”* (Phaneuf, 2005, p.35) que transmite consideração e interesse na pessoa cuidada (Phaneuf, 2005). Senti-me nervosa, mas esforcei-me para manter a interação e estabelecer uma relação de ajuda que segundo Phaneuf (2005) é difícil pois coloca-nos perante o sofrimento do outro. Adotei uma postura tranquila, inclinando-me ligeiramente sobre a mesa e ficando mais próxima da senhora que percebeu que eu estava ali para a ouvir e ajudar. Permaneci alguns momentos em silêncio enquanto escutava a senhora, limitando-me a acenar afirmativamente com a cabeça, de forma a validar que a estava a ouvir; e quando intervi mantive um tom de voz baixo, mas audível, e um ritmo de palavras lento que ajudou a senhora a acalmar-se e a descontrair (Phaneuf, 2005). O tom de voz era baixo mas seguro, transmitindo autoconfiança, importante na construção de uma relação de segurança (Phaneuf, 2005). Durante a conversa foi perceptível a revolta com a situação vivenciada através de frases como: *“mas porque é que ele [esposo] não foi ao médico?!Eu disse-lhe tantas vezes. Eu estava doente e se morresse os miúdos tinham-no a ele e agora como vai ser?”*; *“o meu marido e o meu pai eram o meu porto de abrigo e agora não tenho ninguém para me ajudar com os miúdos”*; *“eu estava doente e ele [esposo] estava tão preocupado comigo e afinal ele é que morreu”*. Tentei perceber que familiares e amigos estariam disponíveis para ajudar esta família e incentivei a senhora a desabafar com eles e pedir a sua ajuda. Visto tratar-se de um caso muito

difícil aconselhei-a também a consultar um psicólogo ou psiquiatra que a ajudasse a lidar com todas as situações, o que a senhora considerou pertinente. Após ter desabafado agradeceu-me, pediu desculpa por estar a chorar e referiu sentir-se melhor. Nesse momento pousei a minha mão levemente na sua sorri e respondi que não tinha que agradecer, nem pedir desculpa e que estava satisfeita por a ter ajudado. Segundo Phaneuf (2005) o toque afetuoso e o sorriso permitem ao utente perceber que a enfermeira partilha do seu sofrimento. Esta interação permitiu-me otimizar o autoconhecimento, isto é, reconheci o sofrimento do “outro” como uma fonte de stress para mim, sendo necessário concentrar-me para ser capaz de gerir os sentimentos e emoções de forma a ajudar aquela pessoa sem que a mesma percebesse, através da minha comunicação verbal e não verbal, que eu estava nervosa, pelo que considero ter desenvolvido a competência comum de EE desenvolve o autoconhecimento e a assertividade (OE, 2019). As estratégias de comunicação adotadas foram fulcrais nesta intervenção, permitindo-me responder aos critérios de avaliação de competência “*estabelece relação terapêutica eficaz/adequada com a pessoa e família/cuidador*” (OE, 2018, p.19360) e “*demonstra competências específicas em técnicas de comunicação que lhe permite adaptar a comunicação à pessoa e ao contexto*” (OE, 2018, p.19360) e consequentemente desenvolver a competência específica do EE em Enfermagem Médico-Cirúrgica cuida da pessoa e família/cuidadores a vinvenciar processos médicos e/ou cirúrgicos complexos, decorrentes de doença aguda ou crónica (OE, 2018).

Nesta consulta e após a senhora se acalmar avancei para a avaliação da ostomia constatando que a senhora apresentava dispositivos, que embora aparentassem estar íntegros, tinham infiltração de fezes por baixo da placa, que a senhora referiu substituir a cada 3 ou 4 dias. A pele peri-estoma continuava macerada, mas agora com escoriações que a senhora associou ao descolamento dos dispositivos no dia em que realizou uma TC abdominal com contraste, que lhe provocou diarreia com necessidade de ajuste da dieta. Durante os cuidados à ostomia verifiquei que as fezes já se encontravam pastosas e por isso a senhora poderia retomar a sua alimentação normal, em vez de manter uma dieta pobre em resíduos. Como tratamento das escoriações a senhora estava a aplicar pó cicatrizante, que adere à área de pele com lesão, estimula a granulação e absorve a humidade (Silva, 2021a), contudo, não removia o excesso do pó o que diminuía a adesividade do dispositivo (Silva, 2021a), tendo sido ensinada acerca da adequada aplicação do pó cicatrizante. Quando questionei quem tinha substituído os dispositivos referiu ter sido

ela com a ajuda de um dos filhos por manter dificuldade na adaptação do saco à placa de ostomia pelo que usei o resto da consulta no treino da aparelhagem dos dispositivos e sugeri novo agendamento de consulta na semana seguinte.

Na terceira consulta a senhora surgiu sorridente e acompanhada pela filha, referindo que na TC realizada não foram identificados novos sinais de doença, que tinha agendado consulta de psicologia para si e para os filhos e que desejava regressar ao trabalho porque “a vida tem que continuar” (SIC). O reconhecimento da necessidade de encaminhar a senhora para um psicólogo permitiu-me dar resposta ao critério de avaliação de competência *“reconhece as necessidades de intervenção especializada nas áreas de atenção relevantes para a pessoa, família/cuidadores que vivenciam a doença crónica”* (OE, 2018, p. 19368) e desenvolver a competência específica do EE em Enfermagem Médico-Cirúrgica em Enfermagem à Pessoa em Situação Crónica cuida da pessoa e família/cuidadores a vivenciar a doença crónica (OE, 2018), assim como a competência da EONS identificar o impacto do cancro na pessoa, desenvolvendo cuidados individualizados (2018).

Nesta consulta a senhora apresentava dispositivos íntegros e sem infiltração, a pele, embora macerada, estava melhor, já sem apresentar escoriações. Fez questão de informar como estava a aplicar o pó cicatrizante e do cumprimento da substituição da placa a cada 3 ou 4 dias. Desde o último contacto assumiu a substituição de todos os dispositivos mas sempre na presença de um dos filhos porque se enervava muito e tinha medo de não conseguir terminar o procedimento. Foi dado reforço positivo quanto, ao agendamento da consulta de psicologia, aos cuidados à ostomia e à vontade de retomar o seu dia-a-dia. Treinou-se a adaptação do saco à placa de ileostomia e foi feito agendamento de nova consulta, ao fim de 7 dias, essencialmente para vigilância da maceração da pele e preparação do regresso à atividade laboral com uma ileostomia. Para tal, os enfermeiros orientarão a senhora sobre estratégias que lhe permitam manter o autocuidado à ileostomia, mesmo estando profissionalmente ativa, mostrando-se disponíveis para a esclarecer ou ajudar a ultrapassar alguma dificuldade identificada, praticando o que Orem (2001) chama de sistema de apoio-educação. Ao *“promove[r] intervenções especializadas, junta da família/cuidador, tendo como objetivo a facilitação do processo de transição saúde/doença decorrente da doença crónica”* (OE, 2018, p.19368) desenvolvi a competência específica do EE em Enfermagem Médico-Cirúrgica em Enfermagem à Pessoa em Situação Crónica cuida da pessoa e família/cuidadores a vivenciar a doença crónica (OE, 2018).

Outra atividade desenvolvida para alcançar o terceiro objetivo deste campo de estágio foi “elaboração de uma brochura informativa para a pessoa com urostomia” onde conste uma lista de instruções para execução do autocuidado à urostomia (O’Connor, 2005), os contatos úteis após a alta hospitalar (Berti-Hearn & Elliot, 2019; Geng et al, 2009; RNAO, 2009) bem como outras informações pertinentes para responder às necessidades da pessoa com urostomia durante o internamento e após a alta. Foi então elaborada a “Brochura informativa – Urostomia” (Apêndice XVI) que se encontra dividido em 8 pontos, o ponto 1 aborda o funcionamento e anatomia do sistema urinário antes e após a construção da urostomia; o ponto 2 informa sobre as características normais do estoma, pele peri-estoma e urina, conferindo necessário para a pessoa com urostomia poder interpretar o normal e identificar possíveis complicações (Berti-Hearn & Elliott, 2019; ACS, 2019; DGS, 2016; Geng et al, 2009); o ponto 3 apresenta os dispositivos de urostomia existentes, se de duas ou de uma peça associando-os à sua periodicidade de substituição (Burch, 2011; DGS, 2016); o ponto 4 explica o procedimento de despejo e substituição dos dispositivos (O’Connor, 2005); o ponto 5 informa sobre recomendações, como a dieta para prevenção de infeções do trato urinário (Burch, 2017a; Berti-Hearn & Elliott, 2019; Geng et al, 2009; Black, 2016; ACS, 2019; Fellows et al, 2017); o ponto 6 dá conselhos que facilitam o dia-a-dia da pessoa com urostomia, como a necessidade de verificar regularmente o volume do saco de urostomia e despejá-lo quando alcançar 1/2 ou 1/3 da sua capacidade (Berti-Hearn & Elliott, 2019; ACS, 2019), ou o conselho de ter sempre consigo um conjunto de dispositivos recortados e material necessário para a substituição de dispositivos em caso de urgência (Berti-Hearn & Elliott, 2019); o ponto 7 dá informação dos recursos existentes na comunidade (Fulham, 2008; RNAO, 2009); e o ponto 8 informa sobre os sinais de alerta que requerem avaliação por enfermeiros de estomaterapia ou médico assistente (Burch, 2017a; Fulham, 2008; Berti-Hearn & Elliott, 2019; Geng et al, 2009; RNAO, 2009; ACS, 2019; DGS, 2016; Fellows et al, 2017).

2.4 Estágio numa consulta de estomaterapia, num serviço de cirurgia geral e num serviço de internamento de urologia

O último estágio foi projetado para ocorrer entre 1 de Março e 16 Abril, com a realização de 3 turnos na consulta de estomaterapia e os restantes no serviço de internamento de urologia. Contudo, o contexto pandémico que se vivia obrigou à

reestruturação dos serviços afetando o funcionamento, quer do serviço de urologia, quer da consulta de estomaterapia do serviço de cirurgia.

A consulta de estomaterapia esteve encerrada reabrindo apenas em Março e a funcionar apenas 1 dia por semana, ou seja, a 50% e o serviço de urologia foi reorganizado como “serviço Covid” e os utentes de urologia foram deslocados para o serviço de cirurgia geral até finais de Março, local, portanto, da consulta de estomaterapia.

Assim sendo, houve necessidade de alargar o período de estágio, alterar o número de horas realizado em cada contexto e incluir 5 turnos no serviço de cirurgia geral, onde se encontravam os doentes do foro urológico. Em suma, iniciei o estágio na consulta de estomaterapia a 1 de Março, realizando 4 turnos e em seguida passei para o serviço de cirurgia geral para poder contactar com pessoas no pós-operatório da construção de urostomia e poder aplicar o “Programa educativo para a capacitação do autocuidado no pós-operatório da pessoa com urostomia”. A fase final do estágio realizei no serviço de internamento de urologia para capacitar a equipa de enfermagem para a implementação do referido programa educativo, assim que retornassem os utentes de urologia.

O objetivo geral estabelecido para este estágio foi “promover a melhoria da qualidade dos cuidados de enfermagem à pessoa com urostomia pela otimização da capacitação da pessoa para o autocuidado à urostomia e da colaboração entre as equipas de enfermagem do serviço de internamento de urologia e da consulta de estomaterapia”, que foi subdividido em objetivos específicos, para cada contexto, alcançados através do planeamento e realização de atividades (Apêndice XVII).

O primeiro contexto foi a consulta de estomaterapia, que faz parte do serviço de cirurgia geral, assegurada por duas enfermeiras especialistas. Surgiu em 2016 com o objetivo de acompanhar as pessoas com ostomias de eliminação intestinal construídas no serviço de cirurgia geral, e como já referido, a funcionar uma vez por semana. Quando mais tarde a consulta foi alargada às pessoas com urostomia após a alta hospitalar, o número de dias de consultas semanais, passou para dois. Esta consulta não tem código de consulta de enfermagem, nem possibilidade de registo no SCLinic, programa informático utilizado no hospital. Como alternativa, as marcações são feitas como consulta de cirurgia geral da médica cirurgiã que dá apoio à consulta e os registos são feitos com o seu perfil, embora as enfermeiras assinem no fim do registo.

Esta consulta segue as recomendações da DGS (2016), exceto na realização de consulta pré-operatória às pessoas com ostomias de eliminação urinária, motivo pelo qual defini como primeiro objetivo deste contexto “promover o acompanhamento da pessoa com urostomia em consulta de estomaterapia desde o período pré-operatório, garantindo a igualdade de assistência a todas as pessoas com ostomias de eliminação”. Embora o meu projeto incida sobre o período pós-operatório não poderia deixar de intervir nesta situação visto que as pessoas com urostomia estão privadas do acesso à consulta de enfermagem no período pré-operatório e, conseqüentemente, privadas de obter informação pertinente relacionada com a cirurgia e com o autocuidado à urostomia, esclarecer dúvidas e preocupações existentes, marcar o local para construção do estoma e treinar o autocuidado (O’Connor, 2005). Além disso está comprometido “o acesso, ao longo da vida, à promoção, prevenção, tratamento e reabilitação da saúde” (Lei 95/2019, p. 56) e “a igualdade e a não discriminação no acesso a cuidados de saúde” (Lei de bases da saúde, p. 57). Logo, considere importante identificar os antecedentes responsáveis por esta desigualdade, tentando estabelecer o acesso da pessoa com urostomia à consulta de estomaterapia, desde o pré-operatório. O principal fator encontrado foi a inexistência de articulação entre a equipa de enfermagem da consulta de estomaterapia e a equipa médica de urologia. Com o aval da enfermeira chefe do meu serviço, sensibilizei a equipa de urologia para a necessidade de acompanhamento da pessoa em consulta de estomaterapia desde o pré-operatório. Não sendo possível aos médicos urologistas solicitarem informaticamente o agendamento da consulta de estomaterapia, sugeri que, na consulta de urologia em que é feita a proposta cirúrgica, o médico entregasse à pessoa um impresso para referenciação dessa consulta com o nome e número de processo do utente e a designação “consulta de estomaterapia 4º piso Cirurgia Geral”. Este impresso deveria ser entregue pela pessoa ao secretariado do serviço de cirurgia geral que, por sua vez, o faria chegar às enfermeiras, que agendam a consulta pré-operatória. Esta minha intervenção cumpre o descrito nos artigos 99º e 104º do Código Deontológico do Enfermeiro, nomeadamente, o “*respeito pelos direitos humanos na relação com os destinatários dos cuidados*” (OE, 2015, p.6) e “*orientar o indivíduo para o profissional de saúde adequado para responder ao problema, quando o pedido não seja da sua área de competência*” (OE, 2015, p.8). No momento da redação do presente relatório já se iniciou a referenciação das pessoas de urologia para a consulta de estomaterapia no período pré-operatório pelo que considero ter

desenvolvido a competência comum do EE garante práticas de cuidados que respeitem os direitos humanos e as responsabilidades profissionais (OE, 2019).

O segundo objetivo foi “otimizar a articulação entre as equipas de enfermagem do serviço de internamento de urologia e da consulta de estomaterapia” para minimizar a prática aleatória nos cuidados à pessoa com ostomia e prevalecer a avaliação por enfermeiros com experiência e formação específica em estomaterapia tal como recomendado pela DGS (2016). Para alcançar este objetivo, construí um cartaz com os “Critérios para solicitar assessoria aos enfermeiros da consulta de estomaterapia” (Apêndice XVIII). Este documento permite orientar a equipa de enfermagem do serviço de internamento de urologia para a necessidade de assessoria pelas enfermeiras da consulta de estomaterapia. Ainda assim, o conhecimento que adquiri, pela pesquisa da evidência científica na área da estomaterapia e pela experiência clínica em estágio, foi reconhecido pelos enfermeiros do meu serviço, que passaram a solicitar a minha assessoria aquando da prestação de cuidados a pessoas com ostomia, motivo pelo qual considero ter desenvolvido a competência comum de EE gere os cuidados de enfermagem, otimizando a resposta da sua equipa e a articulação na equipa de saúde (OE, 2019).

A segunda fase deste estágio ocorreu no Serviço de Cirurgia Geral que, como referido anteriormente, foi sujeito a reorganização funcional ficando, provisoriamente, com os utentes da especialidade de urologia, onde dei cumprimento ao objetivo “implementar o programa educativo para a capacitação do autocuidado no pós-operatório da pessoa com urostomia”. No entanto, durante este período apenas uma pessoa foi submetida a cistectomia radical e construção de urostomia, tendo decidido elaborar o “Estudo de caso: implementação do programa educativo para a capacitação do autocuidado no pós-operatório da pessoa com urostomia” (Apêndice XIX) com essa pessoa.

Em suma, considero que o “Programa educativo para a capacitação do autocuidado no pós-operatório da pessoa com urostomia” permitiu-me instruir e treinar o senhor para o autocuidado à urostomia, orientando-me relativamente aos ensinamentos a realizar, às temáticas a abordar e ao momento para o fazer. A *Urostomy Education Scale* permitiu-me monitorizar e registar a evolução do senhor no autocuidado à urostomia identificando os domínios onde o mesmo apresentava mais dificuldade. Ao identificar a estagnação na evolução do domínio da aplicação do dispositivo implementei o “Algoritmo de intervenção de enfermagem: avaliação do autocuidado à urostomia” que se revelou útil na tomada de decisão sobre os cuidados, pois, ao

perceber que o senhor não estava a evoluir na pontuação de um domínio, orientou-me para o treino do cuidado desta etapa com a participação, no caso, da pessoa significativa para a execução unicamente deste passo. Além disso foi também importante na decisão de antecipar a consulta de estomaterapia no pós-alta. O aspeto menos positivo da competência do autocuidado à ostomia foi o revelado pela regressão do nível de dependência medido pela Escala de Barthel, que passou de 70 para 45. Este agravamento de dependência está muitas vezes relacionado com a atitude do cuidador que assume como sua função a substituição do idoso no desempenho das tarefas, sem ter noção que está a potenciar a perda da autonomia e a prejudicar aquela pessoa, ficando antes tranquilo e satisfeito pessoalmente por garantir que cumpriu o seu dever e que o idoso se encontra bem (Müller, 2014).

Esta experiência profissional permitiu-me aplicar o “Programa educativo para a capacitação do autocuidado no pós-operatório da pessoa com urostomia”, que consiste num documento original construído com base na evidência científica, pelo que considero ter respondido ao critério de avaliação “incorporação do novo conhecimento no contexto da prática de cuidados, visando ganhos em saúde dos cidadãos” (OE, 2019, p.4749) e com isto desenvolver a competência comum de EE baseia a sua práxis clínica especializada em evidência científica (OE, 2019) e as competências de Mestre possuir conhecimentos e capacidades de compreensão a um nível que permitam e constituam a base de desenvolvimento e ou aplicações originais, em muitos casos em contexto de investigação e capacidade para integrar conhecimentos, lidar com questões complexas, desenvolver soluções ou emitir juízos em situações de informação limitada ou incompleta, incluindo reflexões sobre as implicações e responsabilidades éticas e sociais que resultem dessas soluções e desses juízos ou os condicionem (Decreto-Lei 107/2008).

A fase final do estágio ocorreu no serviço de internamento de urologia, local da equipa de enfermagem que implementará o programa quando os utentes da especialidade regressarem ao serviço. Desta forma a minha intervenção foi direccionada à equipa de enfermagem, para atingir o quarto e último objetivo definido para este estágio “capacitar a equipa de enfermagem para a implementação do Programa educativo para a capacitação do autocuidado no pós-operatório da pessoa com urostomia”. Inicialmente, tive uma reunião com a enfermeira chefe e a orientadora clínica, para apresentação do meu projeto, que teve parecer favorável de ambas. Nessa reunião ficou estabelecido que se fariam oito sessões de formação no período de trabalho dos enfermeiros, por não ser possível dispensar enfermeiros devido à

escassez de recursos humanos, atribuída ao início do período de férias e à adaptação quase diária a que estes profissionais estavam sujeitos.

As sessões foram divulgadas por cartaz com “Plano das sessões de formação” (Apêndice XX) afixado na sala de passagem de turno, com o tema “Capacitação para o autocuidado no pós-operatório da pessoa com urostomia” e objetivo, “sensibilizar a equipa de enfermagem para os procedimentos que capacitam o autocuidado na pessoa, no pós-operatório, de urostomia”.

Os slides elaborados (Apêndice XXI) foram apresentados nas oito sessões de formação onde participaram 19 enfermeiros (79%), que avaliaram a formação através da “Ficha de avaliação pelo formando” (Anexo IV) da própria instituição que permite, através de duas perguntas abertas, avaliar o “impacto da formação do desempenho profissional” e auscultar “sugestões” e através de uma escala de Likert com 4 níveis, [insuficiente (1), Suficiente (2), bom (3) e muito bom (4)] avaliar, a “ação” com 8 indicadores, a saber: “divulgação da formação”, “apoio administrativo”, “utilidade do tema”, “objetivos da ação”, “conteúdos/estrutura da ação”, “duração da ação”, “instalações” e “equipamentos audiovisuais”, e avaliar o “formador” com 8 indicadores, a saber: “domínio dos conteúdos”, “clareza da linguagem”, “esclarecimento de dúvidas”, “capacidade de motivação”, “relacionamento com os formandos”, “adequação do método pedagógico”, “cumprimento de horários” e “documentação de apoio”. O tratamento dos dados pode ser consultado em apêndice (Apêndice XXII). O item “ação” obteve 85,5% dos itens com “muito bom”, sobretudo pela “utilidade do tema” e “duração da ação”, ambos com 100% de “muito bom”. O desempenho do formador teve 98,0% dos itens com “muito bom”, contribuindo para esta percentagem 5 itens, “domínio dos conteúdos”, “clareza da linguagem”, “esclarecimento de dúvidas”, “relacionamento com os formandos” e “cumprimento de horários”, todos com 100% de “muito bom”. A documentação de apoio disponibilizados aos formandos foi o “Programa educativo para a capacitação do autocuidado no pós-operatório da pessoa com urostomia”, o “Algoritmo de intervenção de enfermagem: avaliação do autocuidado à urostomia”, a “Brochura informativa – Urostomia” e o cartaz com os “Critérios para solicitar assessoria aos enfermeiros da consulta de estomaterapia”. Os formandos referiram como impacto positivo da formação, o dar contributos para a melhoria ou otimização dos cuidados, ser orientadora da prática e contribuir para o seu aperfeiçoamento profissional.

Assim sendo, considero ter desenvolvido as competências comuns de EE garante um papel dinamizador no desenvolvimento e suporte de iniciativas

estratégicas intitucionais na área da governação clínica e gere os cuidados de enfermagem, otimizando a resposta da sua equipa e a articulação na equipa de saúde (OE, 2019).

Por fim, importa referir que durante este estágio se verificou a necessidade de melhorar a nota introdutória e a formatação do “Programa educativo para a capacitação do autocuidado no pós-operatório da pessoa com urostomia”, tendo também sido identificado que, por lapso, ficou omissa no procedimento de substituição de dispositivos de algumas sessões de educação, a lavagem das mãos antes e após a execução do procedimento pelo que se acrescentou esta informação, originando uma terceira, e última versão do programa educativo (Apêndice XXIII).

3. AVALIAÇÃO

A avaliação dos contributos do projeto para a melhoria da qualidade dos cuidados foi feita através da análise dos padrões de qualidade dos cuidados especializados em enfermagem médico-cirúrgica, na área de enfermagem à pessoa em situação crónica definidos pelo colégio desta especialidade (OE, 2017).

Após analisar os enunciados dos ditos padrões de qualidade foi possível identificar a existência de contributos em várias áreas de intervenção, nomeadamente, a satisfação do cliente, uma vez que o “Programa educativo para a capacitação do autocuidado no pós-operatório da pessoa com urostomia” permite ao enfermeiro minimizar o impacto e as limitações impostas pela doença crónica e pela construção de uma urostomia, essencialmente, através da capacitação da pessoa para gerir a sua ostomia; a prevenção de complicações através da capacitação da pessoa para a utilização adequada dos dispositivos de urostomia; do ensino das características normais do estoma, pele peri-estoma e urina possibilitando à pessoa reconhecer possíveis complicações e contactar com enfermeiros de estomaterapia ou médico assistente e do ensino de estratégias para prevenção de complicações; o bem-estar e o autocuidado através da instrução e treino sistematizado da pessoa para o autocuidado à urostomia em busca do bem-estar e melhoria da qualidade de vida que advém dessa capacitação; a readaptação funcional uma vez que o programa educativo contempla intervenções de enfermagem aplicáveis na prática de cuidados com o objetivo de promover o autocuidado e o acompanhamento após a alta hospitalar; a organização dos cuidados de enfermagem alcançada pela aplicação do “Programa educativo para a capacitação do autocuidado no pós-operatório da pessoa com urostomia”, que uniformiza a prática de enfermagem garantindo a abordagem, em contexto de internamento, de todas as temáticas relevantes, bem como a avaliação do autocuidado à urostomia, permitindo identificar os focos sensíveis aos cuidados de enfermagem e os domínios com maior e menor progressão.

A operacionalização do projeto foi sujeita a alterações em relação ao seu planeamento devido, essencialmente, à pandemia por SARS-Cov 2 e ao impacto que a mesma teve nas unidades de saúde. Impacto este que levou à reestruturação organizacional dos serviços de saúde, e no meu serviço em concreto, à transferência da população-alvo do projeto para outro serviço de internamento. Porém, os projetos são dinâmicos e permitem atualizações em função da realidade das instituições de

saúde, motivo pelo qual considerei este fator como limitador, mas não como impeditivo da realização do projeto planeado. No entanto, esta reorganização limitou a aplicação do “Programa educativo para a capacitação do autocuidado no pós-operatório da pessoa com urostomia”, apenas a uma pessoa, que representa uma amostra reduzida, podendo ser encarada como uma fragilidade metodológica o que considero uma consequência indesejável decorrente, como nos lembra Ramos (2008) citado por Ruivo et al (2010), de reformulações “*ao plano inicial [do projeto e] por vezes, tornam-se inevitáveis perante contratempos imprevisíveis*” (p.23).

Outro ponto franco identificado foi a ausência de análise e aprovação da “Brochura informativa – Urostomia”, em tempo útil, pela enfermeira chefe que se comprometeu a fazê-lo em data posterior à do término do estágio. Como último ponto fraco considero a aplicação de uma escala de avaliação do autocuidado à urostomia que se encontra em inglês e que não foi validada para a população portuguesa, contudo, não foi identificada nenhuma escala validada para Portugal.

Como pontos fortes do projeto considero a atualização dos conhecimentos da equipa de enfermagem acerca da promoção do autocuidado à urostomia, fundamentados pela evidência científica e pelas experiências clínicas que obtive durante os estágios; a sistematização e orientação da intervenção da equipa ao longo das sessões de educação em função da avaliação do autocuidado à urostomia; a possibilidade de avaliar e registar o autocuidado à urostomia favorecendo a continuidade dos cuidados no internamento e, após a alta, na consulta de estomaterapia, podendo, inclusivamente, ser uma ferramenta útil na avaliação de indicadores de enfermagem como, por exemplo, o “número de pessoas independentes no despejo e substituição dos dispositivos no momento da alta hospitalar”; a promoção do acompanhamento da pessoa sujeita à construção de urostomia desde o período pré-operatório até ao período pós-alta através de ganhos de articulação entre equipa médica e de enfermagem de serviços diferentes e a aplicabilidade do “Programa educativo para a capacitação do autocuidado no pós-operatório da pessoa com urostomia”, mesmo em serviços diferentes do contexto de implementação do projeto.

Em suma, considero que as experiências obtidas e o trabalho desenvolvido ao longo dos estágios foram uma mais valia na elaboração e implementação do projeto de intervenção. A dedicação e empenho na concretização dos objetivos individuais; a rentabilização das oportunidades de aprendizagem, nomeadamente o contacto com enfermeiros peritos em estomaterapia; a proatividade e o desejo de aperfeiçoar a

minha intervenção enquanto enfermeira em cada dia de estágio, e sem dúvida o apoio incondicional de todos os profissionais envolvidos neste percurso, permitiu-me desenvolver as competências de Mestre e as várias de EE, tanto as comuns, como as específicas de Enfermagem Médico-Cirúrgica à Pessoa em Situação Crónica com contributo para a melhoria dos cuidados prestados à pessoa com doença oncológica.

4. CONCLUSÃO E TRABALHO FUTURO

Um longo percurso foi feito até esta fase final caracterizada pelo relato das experiências obtidas nos estágios e da implementação do projeto. Percurso este que se iniciou pela vontade em investir numa área da minha intervenção, isto é, onde tenho experiência clínica, permitindo-me aplicar o conhecimento, a experiência e a investigação que segundo a Canadian Nurses Association (2008) é uma das características da prática avançada de enfermagem.

Assumindo o compromisso de melhorar os cuidados de enfermagem prestados à pessoa com urostomia, nomeadamente, na sua capacitação para o autocuidado no pós-operatório imediato surgiu a necessidade de realizar uma revisão de literatura que permitisse sustentar a minha prática na evidência científica. Esta revisão foi realizada segundo a metodologia de Revisão *Scoping* da JBI (Aromatis & Munn, 2020) e permitiu identificar 114 intervenções de enfermagem que promovam o autocuidado no pós-operatório da pessoa com urostomia por doença oncológica que foram, posteriormente, agrupadas em três domínios, o *cognitivo*, o *afetivo* e o *psicomotor*.

O conhecimento extraído da evidência científica e as experiências clínicas em contexto de estágio, quer as da prestação direta de cuidados aos utentes, quer a partilha de conhecimentos e práticas profissionais entre pares, nortearam a minha prática e sustentaram a elaboração dos documentos utilizados em estágio. Estes estágios permitiram-me acompanhar a pessoa submetida à construção de urostomia desde o período pré-operatório até ao pós-operatório em regime de ambulatório mas também de internamento o que enriqueceu as minhas experiências.

No último estágio tive a oportunidade de prestar cuidados na consulta de estomaterapia do hospital onde exerço funções, conseguindo identificar os motivos pelo qual os utentes do serviço de urologia não são referenciadas para a consulta no pré-operatório. Para ultrapassar esta limitação estabeleci uma estratégia com o objetivo de promover o acompanhamento da pessoa com urostomia nesta consulta desde o período pré-operatório, garantindo a igualdade de assistência a todas as pessoas com ostomias de eliminação da instituição.

O acompanhamento no pré-operatório está dependente do trabalho em equipa entre profissionais, nomeadamente, os médicos de urologia, as administrativas que dão apoio à consulta de estomaterapia e a equipa de enfermagem, tendo consciência da assunção da responsabilidade profissional, pois basta um profissional falhar para os cuidados à pessoa serem menos qualificados. Contudo, no momento da elaboração deste relatório já se tinha iniciado a referenciação, com sucesso, dos utentes de urologia para a consulta de estomaterapia no período pré-operatório permitindo-lhes usufruir de benefícios, anteriormente comprometidos, como por exemplo, obter informação pertinente relacionada com a cirurgia e a ostomia, esclarecer dúvidas, dissipar mitos e ideia pré-concebidas e iniciar o treino do autocuidado.

Um dos documentos construídos a partir da informação obtida pela evidência e pela experiência clínica foi o “Programa educativo para a capacitação do autocuidado no pós-operatório da pessoa com urostomia”, que foi produzido com o objetivo de melhorar a qualidade dos cuidados de enfermagem na capacitação da pessoa para o autocuidado à urostomia, no período pós-operatório em contexto de internamento, tal como sugere o nome do documento. Após a sua elaboração o documento foi apresentado a um painel de peritos em cuidados de enfermagem à pessoa com urostomia que, voluntariamente, colaboraram num processo de validação do documento. A versão final deste programa seria implementada no contexto onde o projeto se desenvolveu, contudo, devido à reestruturação dos serviços pela pandemia por SARS-COV 2 a urologia foi transferida, provisoriamente, para o Serviço de Cirurgia Geral o que não foi impeditivo da execução do plano do projeto uma vez que quando há *“alterações ao planeado, estas devem ser estudadas e deverão ser colocadas em prática medidas de recuperação para que os objetivos do projeto não se encontrem comprometidos”* (Ramos, 2008, citado por Ruivo et al, 2010, p. 23). As medidas adotadas passaram por realizar o estágio no Serviço de Cirurgia Geral, para aplicar o “Programa educativo para a capacitação do autocuidado no pós-operatório da pessoa com urostomia”, e manter o estágio no serviço de internamento de urologia, onde foi levantado o problema e onde se encontra a equipa de enfermagem de urologia a quem foi dirigida formação em serviço sobre o assunto. O objetivo de manter o contexto foi para não se deixar de capacitar os enfermeiros de urologia para implementarem o “Programa educativo para a capacitação do autocuidado no pós-operatório da pessoa com urostomia” logo que a população alvo regressasse ao serviço. Para o efeito atuei

como formadora de 79% da equipa que avaliou a ação com 85,5% de muito bom e o desempenho do formador em 98% de itens como muito bom.

Quanto à aplicação do “Programa educativo para a capacitação do autocuidado no pós-operatório da pessoa com urostomia”, considero-o um documento de fácil consulta, servindo como instrumento orientador das várias sessões de educação e obter ganhos na capacitação da pessoa para o autocuidado à urostomia no pós-operatório, em contexto de internamento medidos através de uma escala – a *Urostomy Education Scale*, que necessita de ser validada. Este programa contempla todas as intervenções de enfermagem na promoção do autocuidado, descritas na evidência para o pós-operatório em contexto de internamento, permitindo abordar todas as temáticas essenciais, sem omitir informação importante. Por este motivo perspetivo dar continuidade a este trabalho no meu serviço, com o compromisso de assessorar a minha equipa em prol da melhoria da qualidade dos cuidados de enfermagem à pessoa com urostomia.

Findo este percurso, exigente e desafiante, estou certa que contribui para a melhoria dos cuidados de enfermagem, mas jamais conseguirei mensurar os ganhos que obtive, quer a nível profissional, quer pessoal. Reconheço a melhoria do meu raciocínio clínico e, conseqüentemente, do meu julgamento clínico traduzindo-se numa otimização da interpretação das necessidades da pessoa doente e família, considerando aspetos fisiopatológicos presentes numa situação clínica mas também a forma como o utente e respetiva família os experienciam e o impacto que os mesmos têm, tal como recomenda Tanner (2006). Como tal, considero que esta fase “*não é o fim, é só um princípio*” (Benner, 2001, p.25).

5. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Alexandre, N., & Coluci, M. (2011). Validade de conteúdo nos processos de construção e adaptação de instrumentos de medidas. *Ciência e Saúde Coletiva*, 16(7), 3061–3068. <https://doi.org/10.1590/S1413-81232011000800006>.
- American Cancer Society (ACS) (2019). *Caring for a Urostomy*. <https://cancer.org/treatment/treatments-and-side-effects/treatment-types/surgery/ostomies/urostomy/management.html>.
- Araújo, P., Cruz, R., Freitas, R., Morais, A., & Oliveira, J. (2014). Cistectomia radical/experiência de um centro oncológico. *Acta Urológica Portuguesa*, 31(3), 63–68.
- Aromataris, E. & Munn, Z. (2020). JBI manual for evidence synthesis. JBI. <https://synthesismanual.jbi.global>.
- Banks, N., & Razor, B. (2003). Preoperative stoma site assessment and marking. *AJN, American Journal of Nursing*, 103(3), 64A-64B. <https://doi.org/10.1097/00000446-200303000-00051>.
- Bardin, L. (2016). *Análise de Conteúdo*. São Paulo: Edições 70.
- Barreto, O., & Henriques, A. (2016). Processo de construção de um programa psicoeducativo em oncologia segundo as intervenções complexas : Uma revisão sistemática de literatura. *Onco.News*, 32, 18–22.
- Barros, F., & Figueiredo, R. (2014). *Manual de Medicina Sexual - Visão Multidisciplinar*. Sociedade Portuguesa de Sexologia Clínica; Sociedade Portuguesa de Andrologia, 1–293. <http://www.spandrologia.pt/Pdfs/Publicacoes/manualdemedicinasexual.pdf>.
- Benner, P. (2001). *De iniciado a perito*. Coimbra: Quarteto Editora.
- Berti-Hearn, L., & Elliott, B. (2019). Urostomy care: a guide for home care clinicians. *Home Healthcare Now*, 37(5), 248–255. <https://doi.org/10.1097/nhh.0000000000000792>.
- Bidarra, A. (2012). *Intervenção do enfermeiro de saúde mental na pessoa em risco de luto complicado: Dissertação de mestrado*. ESEL, Lisboa. <https://comum.rcaap.pt/handle/10400.26/15976?mode=full>.

- Black, P. (2016). Teaching stoma patients the practical skills for self-care. *British Journal of Healthcare Assistants*, 4(3), 132–135. <https://doi.org/10.12968/bjha.2010.4.3.47085>.
- Boas, V., Morales, J., Pardal, H., Lopes, S., Menezes, N., Carneiro, C., Santos, A., & Ferronha, F. (2009). Neoplasia prostática em doentes submetidos a cistoprostatectomia radical por carcinoma vesical. *Acta urológica Portuguesa*, 2009 26(2), 159.
- Brown, F. (2017). Psychosocial health following stoma formation: A literature review. *Gastrointestinal Nursing*, 15(3), 43–49. <https://doi.org/10.12968/gasn.2017.15.3.43>.
- Brown, H., & Randle, J. (2004). Living with a stoma: A review of the literature. *Journal of Clinical Nursing*, 14(1), 74–81. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2702.2004.00945.x>.
- Burch, J. (2011). Essential care for patients with stomas. *Nursing Times*, 107(45), 12–14.
- Burch, J. (2017a). Care of patients undergoing stoma formation: what the nurse needs to know. *Nursing Standard*, 31(51), 41–45. <https://doi.org/10.7748/ns.2017.e10198>.
- Burch, J. (2017b). Preoperative care of patients undergoing stoma formation: what the nurse needs to know. *Nursing Standard*, 31(41), 40–45. <https://doi.org/10.7748/ns.2017.e10177>.
- Canadian Nurses Association (2008). *Advanced nursing practice: A national framework*. Ottawa: Canadian Nurses Association.
- Chaves, L., & Simões, C. (2018). O papel Das competências de comunicação não-verbal dos enfermeiros na experiência subjetiva de sofrimento de pessoas com doença oncológica. *Onco.News*, 11(36), 10–19. <https://doi.org/10.31877/on.2018.36.05>.
- Conselho Internacional de Enfermeiras (2005). *Classificação internacional para a prática de enfermagem versão 1.0*. Lisboa: Associação Portuguesa de Enfermeiros.

- Colombo, R., & Naspro, R. (2010). Ileal conduit as the standard for urinary diversion after radical cystectomy for bladder cancer. *European Urology, Supplements*, 9(10), 736–744. <https://doi.org/10.1016/j.eursup.2010.09.001>.
- Cronin, E. (2012). What the patient needs to know before stoma siting: an overview. *British Journal of Nursing*, 21(22), 1234–1237.
- Direção Geral da Saúde (2016). Norma n.º 012/2016, de 28/10/2016, atualizada a 03/03/2017 – Indicações clínicas nas ostomias de eliminação urinária em idade pediátrica e no adulto. 1-37.
- Direção Geral da Saúde. (2017). *Programa nacional para as doenças oncológicas 2017*. Direção-Geral Da Saúde, 22–24. <https://doi.org/ISSN: 2183-0746>.
- EONS (2018). *Cancer nursing education framework*. <https://cancernurse.eu/education/cancer-nursing-education-framework>.
- Fellows, J.; Gutman, N; Clark, J.& DuBois, H. (2017). Urostomy guide. United Ostomy Associations of America, 1–17. <https://www.ostomy.org>.
- Fortin, M. (2003). *O Processo de Investigação: Da concepção à realização* (3ª ed.). Loures:Lusociência.
- Fulham, J. (2008). A guide to caring for patients with a newly formed stoma in the acute hospital setting. *Gastrointestinal Nursing*, 6(8), 14–23. <https://doi.org/10.12968/gasn.2008.6.8.31425>.
- Geng, V., Cobussen-Boekhorst, H., Fillingham, S., Holroyd, S., Kiesbye, B. & Vahr, S. (2009). The good practice in health care: incontinent urostomy. *European Association of Urology Nurses*. http://www.uroweb.org/gls/EAUN/epub/EAUN_2009_LR.html.
- Glina, S., Ortiz, V., Ferreira, U., Eduardo, C., & Fonseca, C. (2008). Câncer de bexiga - Estadiamento e tratamento I. *Revista Da Associacao Medica Brasileira*, 54(3), 196–198. <https://doi.org/10.1590/S0104-42302008000300007>.
- Gomes, G., Nunes, P., Furriel, F., Moreira, P., Bastos, C., & Mota, A. (2012). Fatores de risco para cirurgia por complicações após cistectomia radical. *Acta Urológica*, 4, 13–18.
- Homzová, P., & Zeleníková, R. (2015). Measuring preoperative anxiety in patients undergoing elective surgery in Czech Republic. *Central European Journal of*

International Agency for Research on Cancer (IARC) & Globocan (2019). *All cancers*. The Global Cancer Observatory. <https://gco.iarc.fr/today/fact-sheets-cancers>.

Kristensen, S., & Jensen, B. (2014). Testing inter-rater reliability of the Urostomy Education Scale. *European Journal of Oncology Nursing*, 20, 17–23. <https://doi.org/10.1016/j.ejon.2015.06.004>.

Kristensen, S., Laustsen, S., Kiesbye, B., & Jensen, B. T. (2013). The urostomy education scale a reliable and valid tool to evaluate urostomy self-care skills among cystectomy patients. *Journal of Wound, Ostomy and Continence Nursing*, 40(6), 611–617. <https://doi.org/10.1097/01.WON.0000436778.39349.12>.

Lei de bases da saúde, aprovado pela Lei n.º 95/2019, de 4 de Setembro. Diário da República n.º 169/2019, Série I (n.º 95 de 4-09-2019), 55-66. <https://data.dre.pt/eli/lei/95/2019/09/04/p/dre/pt/html>.

Liu, C., Ren, H., Li, J., Li, X., Dai, Y., Liu, L., Ma, L., He, Q., & Li, X. (2016). Predictors for quality of life of bladder cancer patients with ileal conduit: A cross-sectional survey. *European Journal of Oncology Nursing*, 21, 168–173. <https://doi.org/10.1016/j.ejon.2015.09.008>.

Lo, S., Wang, Y., Wu, L., Hsu, M., Chang, S., & Hayter, M. (2011). Multimedia education programme for patients with a stoma: effectiveness evaluation. *Journal of Advanced Nursing*, 67(1), 68–76. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2648.2010.05455.x>.

Martins, A., Junior, S., Cologna, A. & Suaid, H. (1997). Tumores da bexiga. *Diagn. Tratamento*, 2(2), 39–41.

Massaroli, A., Martini, J., Lino, M., Spenassato, D. & Massaroli, R. (2017). Método Delphi como referencial metodológico para a pesquisa em enfermagem. *Texto Contexto Enfermagem*, 26(4), 1-9.

Menezes, L.; Guedes, M.; Oliveira, R.; Oliveira, S.; Menezes, L. & Castro, M. (2013). Prática de autocuidado de estomizados: contribuições da Teoria de Orem. *Revista Da Rede de Enfermagem Do Nordeste*, 14(2), 301–310.

Merandy, K., Morgan, M., Lee, R., & Scherr, D. (2017). Improving self-efficacy and

- self-care in adult patients with a urinary diversion: A pilot study. *Oncology Nursing Society*, 44(3), E90–E100. <https://doi.org/10.1188/17.ONF.E90-E100>.
- Metcalf, C. (1999). Stoma care: empowering patients through teaching practical skills. *British Journal of Nursing*, 8(9), 593–600. <https://doi.org/10.12968/bjon.1999.8.9.6621>.
- Müller, A. (2014). *Perceções de dependência e autonomia de cuidadores de idosos dependentes : impacto sobre os cuidados prestados e o relacionamento mantido com os idosos*. Faculdade de Educação e Psicologia, Porto. <https://repositorio.ucp.pt/handle/10400.14/17311>.
- Nazarko, L. (2014). Urostomy management in the community. *British Journal of Community Nursing*, 19(9), 448–452. <https://doi.org/10.12968/bjcn.2014.19.9.448>
- O'Connor, G. (2005). Teaching stoma-management skills: the importance of self-care. *British Journal of Nursing*, 14(6), 320–325.
- Ordem dos Enfermeiros (2005). *Código deontológico do enfermeiro: dos comentários à análise de casos*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.
- Ordem dos Enfermeiros (2017). *Padrões de qualidade dos cuidados especializados em enfermagem médico-cirúrgica*. Leiria: Ordem dos Enfermeiros.
- Ordem dos Enfermeiros (2019). *Regulamento das competências comuns do enfermeiro especialista*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros .
- Ordem dos Enfermeiros (2018). *Regulamento das competências específicas do enfermeiro especialista em enfermagem médico-cirúrgica enfermagem à pessoa em situação crónica*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.
- Orem, D. (2001). *Nursing Concepts of Practice* (6ª ed.). St. Louis : Mosby.
- Prata, R., (2016). *Cistectomias radicais por tumor vesical – valor prognóstico das características clínicas , analíticas e patológicas pré-operatórias Índice* (Dissertação de Mestrado). Faculdade de Medicina da Universidade de Coimbra, Coimbra.
- Petronilho, F. (2012). *Autocuidado-Conceito Central da Enfermagem*. Coimbra: Formasau.
- Phaneuf, M. (2005). *Comunicação, entrevista, relação de ajuda e validação*. Loures: Lusociência.

- Registered Nurses' Association of Ontario (RNAO) (2009). Cuidado y manejo de la ostomía. *Best Practice Guideline*, 1-120.
- Registered Nurses Association of Ontario. (2019). Supporting adults who anticipate or live with an Ostomy. *Best Practice Guideline*, April, 1–140.
- Ruivo, A., Ferrito, C., & Nunes, L. (2010). Metodologia de projecto: colectânea descritiva de etapas. *Percursos*, 15, 1–38. http://web.ess.ips.pt/Percursos/pdfs/Revista_Percursos_15.pdf.
- Silva, C. (2021a). Higiene e proteção da pele peri-estoma. *In Congresso Nacional de Estomaterapia 2021*. APECE.
- Silva, S. (2021b). Higiene e proteção da pele peri-estoma. *In Congresso Nacional de Estomaterapia 2021*. APECE.
- Silva, T., Farinha, R., Monteiro, L., & Pinheiro, L. (2008). Cistectomia radical e o seu impacto na sexualidade feminina: uma revisão da literatura. *Acta Urológica*, 25(3), 21–28.
- Tanner, C. A. (2006). Thinking like a nurse: A research-based model of clinical judgment in nursing. *Journal of Nursing Education*, 45(6), 204–211. <https://doi.org/10.3928/01484834-20060601-04>.
- Villa, G., Mannarini, M., Della, G., Marzo, E., Manara, D. & Vellone, E. (2019a). A literature review about self-care on ostomy patients and their caregivers. *International Journal of Urological Nursing*, 13(2), 75–80. <https://doi.org/10.1111/ijun.12182>.
- Villa, G., Vellone, E., Sciara, S., Stievano, A., Proietti, M., Manara, D., Marzo, E., & Pantaleo, G. (2019b). Two new tools for self-care in ostomy patients and their informal caregivers: Psychosocial, clinical, and operative aspects. *International Journal of Urological Nursing*, 13(1), 23–30. <https://doi.org/10.1111/ijun.12177>.
- Walls, P. (2018). Overcoming problems with stoma site placement and improving quality of life after urinary diversion. *WCET Journal*, 38(3), 21-25.
- Williams, J. (2012). Patient stoma care: educational theory in practice. *British Journal of Nursing*, 21(13), 786–794. <https://doi.org/10.12968/bjon.2012.21.13.786>.

ANEXOS

**Anexo I: Plano de Ensino à Pessoa com Ostomia de
Eliminação Urinária**

Plano de Ensino à Pessoa com Ostomia de Eliminação Urinária

ETIQUETA

CAMA: _____

1ª FASE DE ENSINO

Pessoa Cuidador Ambos

Demonstrar a técnica de prestação dos cuidados ao estoma (como se retira o saco, como se limpa, lava o estoma e e adaptação do saco). Periodicidade da troca dos dispositivos.

Enf.º: _____
Data: _____

Demonstrar a técnica de remoção da placa, limpeza da pele periestomal, medição do estoma, recorte e adaptação da placa à pele

Enf.º: _____
Data: _____

Entregar o guia e o kit da pessoa ostomizada

Enf.º: _____
Data: _____

Explicar, enquanto a pessoa ostomizada observa, que:

- a) O rubor do estoma é normal e resulta de uma boa circulação
- b) A presença dos cateteres é normal e irão, posteriormente, cair
- c) O edema é comum, devido à manipulação cirúrgica e que este tende a diminuir ao fim de dois meses.

Enf.º: _____
Data: _____

Obs.: _____

2ª FASE DE ENSINO

Pessoa Cuidador Ambos

Com a ajuda da pessoa ostomizada prepara-se o material necessário para a prestação dos cuidados à ostomia

Enf.º: _____
Data: _____

Explicar as complicações que possam surgir no estoma /pele periestomal e como resolver

Enf.º: _____
Data: _____

Responder a dúvidas

Enf.º: _____
Data: _____

Obs.: _____

Plano de Ensino à Pessoa com Ostomia de Eliminação Urinária (CONT)

3ª FASE DE ENSINO

Pessoa Cuidador Ambos

A pessoa ostomizada reúne todo o material e efetua os cuidados ao estoma

Enf.º: _____
Data: _____

Ensinar e instruir sobre alimentação / hidratação

Enf.º: _____
Data: _____

Ensinar e instruir sobre as características da urina e odores

Enf.º: _____
Data: _____

Ensinar e instruir sobre as atividades diárias de higiene, vestuário e atividades recreativas.

Enf.º: _____
Data: _____

Ensinar e instruir sobre os recursos materiais e recursos existentes na comunidade

Enf.º: _____
Data: _____

Obs.: _____

ALTA CLÍNICA

Pessoa Cuidador Ambos

Avaliar os procedimentos executados pela pessoa ostomizada (a pessoa ostomizada efetua toda a técnica ensinada)

Enf.º: _____
Data: _____

Esclarecer dúvidas

Fornecer material (quando necessário) e respetiva receita médica

Enf.º: _____
Data: _____

Entregar a receita e declaração médica (outros subsistemas)

Marcar consulta de enfermagem de estomaterapia

Enf.º: _____
Data: _____

Obs.: _____

Anexo II: *Diagrama de Flujo de Educación Sanitaria sobre Ostomías*

Diagrama de Flujo de Educación Sanitaria – Estomas Urinarios

Ostomía – Diagrama de flujo de educación sanitaria – ESTOMAS URINARIOS

Objetivos de aprendizaje: Se han de completar todas las etapas en las 6 semanas posteriores a la operación. Este diagrama ayudará al paciente y a la enfermera a hacer un seguimiento del progreso y de las necesidades de aprendizaje antes y después de la operación.

Grado de comprensión de este proceso por parte del paciente:

C = Capaz de entender y describir

N = Necesita reafirmación

Incapaz de entender (señalar en caso de discrepancias)

Fecha de la operación: _____

Fecha del alta hospitalaria: _____

Objetivos de aprendizaje	Preop.	En el Hospital	En casa Semana 1	En casa Semana 2	En casa Semana 3	En casa Semana 4	En casa Semana 5	En casa Semana 6
1. Charlar sobre cómo se siente ante la cirugía y la ostomía								
2. Revisión de recursos y grupos de apoyo								
3. Revisión de la anatomía y fisiología del tracto GU antes y después de la cirugía								
4. Revisión del tipo de cirugía y ostomía								
5. Revisión de los materiales de ostomía y de cómo facilitar su financiación								
6. Manejo y prevención del olor urinario								
7. Revisión de los requisitos dietéticos y de ingesta de líquidos								
8. Indicios y síntomas de infección del tracto urinario								
9. Cómo obtener muestras de orina en caso de una presunta ITU								
10. Manejo del sistema de drenaje nocturno								
11. Cambio del tamaño del estoma a lo largo de las 6 semanas								
12. Estado y manejo de la piel periestomal								
13. Baño y ducha								
14. Vuelta a la actividad								
15. Socialización, vuelta al trabajo o a los estudios								
16. Viajar								
17. Relaciones íntimas y sexualidad								
18. Descripción del régimen de cambio del sistema de bolsa								
Otros								

Registered Nurses Association of Ontario. (2009). Cuidado y manejo de la ostomía. *Best Practice Guideline*, Agosto, 1–120

Diagrama de Flujo de Educación Sanitaria – Estomas Urinarios

Ostomía – Diagrama de flujo de educación sanitaria – ESTOMAS URINARIOS (Continuación)

Procedimientos de manejo: Se han de completar todas las etapas en las 6 semanas posteriores a la operación.

Enfermera estomaterapeuta y Hospital _____ Teléfono: _____

Nivel de independencia del paciente: D = Dependiente A = Necesita ayuda I = Independiente

En el hospital: requisitos mínimos, independencia con n.º 1-4 antes del alta. Lo ideal es que practique n.º 1-20 con apoyo antes del alta.

En su domicilio: mantiene la independencia con n.º 1-4; objetivo de independencia con n.º 5-20 para la semana 4-6.

Procedimientos de gestión	Preop.	En el Hospital	En casa Semana 1	En casa Semana 2	En casa Semana 3	En casa Semana 4	En casa Semana 5	En casa Semana 6
1. Observación y tacto del estoma								
2. Vaciado de la bolsa								
3. Conexión y desconexión del sistema de drenaje nocturno								
4. Limpieza del sistema de drenaje nocturno								
5. Recopilación y preparación de los materiales para el cambio cotidiano								
6. Retirada del sistema de bolsa								
7. Limpieza del estoma y de la piel periestomal								
8. Examen y descripción del estado del estoma y de la piel periestomal								
9. Eliminación del vello periestomal si es necesario								
10. Medición del estoma								
11. Diseño de una plantilla sobre la parte trasera del disco o moldeado del disco (si está cortado a la medida)								
12. Corte y moldeado de la abertura del disco								
13. Aplicación de anillos de barrera a la parte trasera del disco (en caso de usarlos)								
14. Comprobación de que la piel está limpia y seca.								
15. Colocación del disco sobre la piel.								
16. Enganche de la bolsa al disco (si se usa dispositivo de dos piezas).								
17. Cierre de la llave.								
18. Colocación de un cinturón de ostomía (en caso de usarlo).								
19. Retirada de los accesorios usados.								
Otros								

Cuidado y manejo de la ostomía

Registered Nurses Association of Ontario. (2009). Cuidado y manejo de la ostomía. *Best Practice Guideline*, Agosto, 1–120

Anexo III: *Urostomy Education Scale*

Urostomy Education Scale

Skill	0 points	1 points	2 points	3 points	Score
1. Reaction to the stoma	The patient shows no interest in/has difficulty coping with the stoma.	The patient has seen and touched the stoma on the initiative of the nurse	The patient has seen and touched the stoma on his/her own initiative	The patient copes with the stoma and is preparing for the future	
2. Removing the stoma appliance	The nurse removes the stoma appliance	The patient needs assistance to remove the stoma appliance	The patient needs verbal guidance to remove the stoma appliance	The patient can remove the stoma appliance independently	
3. Measuring the stoma diameter	The nurse measures the stoma diameter	The patient needs assistance to measure the stoma diameter correctly	The patient needs verbal guidance to measure the stoma diameter correctly	The patient can measure the stoma diameter correctly independently	
4. Adjusting the size of the urostomy diameter in a new stoma appliance	The nurse cuts the size of the urostomy diameter	The patient needs assistance to cut the size of the urostomy diameter	The patient needs verbal guidance to cut the size of the urostomy diameter	The patient can cut the size of the urostomy diameter independently	
5. Skin care	The nurse cleans and dries the skin	The patient needs assistance to clean and dry the skin	The patient needs verbal guidance to clean and dry the skin	The patient can clean and dry the skin independently	
6. Fitting a new stoma appliance	The nurse fits a new stoma appliance	The patient needs assistance to fit a new stoma appliance	The patient needs verbal guidance to fit a new stoma appliance	The patient can fit a new stoma appliance independently	
7. Emptying procedure (Emptying bag and attaching/detaching night bag)	The nurse performs the emptying procedure	The patient needs assistance to perform the emptying procedure	The patient needs verbal guidance to perform the emptying procedure	The patient can perform the emptying procedure independently	
Total points					

Kristensen, S., Laustsen, S., Kiesbye, B., & Jensen, B. (2013). The urostomy education scale a reliable and valid tool to evaluate urostomy self-care skills among cystectomy patients. *Journal of Wound, Ostomy and Continence Nursing*, 40(6), 611–617.

Anexo IV: Ficha de Avaliação pelo Formando

Ficha de Avaliação pelo Formando

FICHA DE AVALIAÇÃO PELO FORMANDO

1. IDENTIFICAÇÃO DA FORMAÇÃO										
Designação Ciclo Formativo										
Designação Ação										
Data(s)										
Duração										
Modalidade	Inicial	<input type="checkbox"/>	Contínua	<input type="checkbox"/>	Serviço	<input checked="" type="checkbox"/>	Outra	<input type="checkbox"/>		
2. APRECIÇÃO GLOBAL DA AÇÃO										
A sua opinião é importante para garantir a qualidade da formação promovida pelo CHS. Neste contexto, considerando a classificação abaixo indicada, avalie cada item introduzindo o número correspondente.										
Insuficiente - 1		Suficiente - 2		Bom - 3		Muito bom - 4				
AVALIAÇÃO DA AÇÃO										
Divulgação da formação										
Apoio administrativo (inscrições e informações)										
Utilidade do tema										
Objetivos da ação										
Conteúdos/ Estrutura da ação										
Duração da ação										
Instalações (espaço físico, mobiliário...)										
Equipamentos e meios audiovisuais										
AVALIAÇÃO DO FORMADOR										
Domínio dos conteúdos										
Clareza da linguagem										
Esclarecimentos de dúvidas										
Capacidade de motivação										
Relacionamento com os formandos										
Adequação do método pedagógico										
Cumprimento de horários										
Documentação de apoio										
APRECIÇÃO GLOBAL										
A ação de formação terá impacto positivo ao nível do seu desempenho? Sim <input type="checkbox"/> Não <input checked="" type="checkbox"/>										
Justifique _____ _____ _____										
Sugestões/ observações: _____ _____ _____ _____										

APÊNDICES

Apêndice I: Análise SWOT

Análise SWOT

	POSITIVO	NEGATIVO
ORIGEM INTERNA	Forças:	Fraquezas:
	<ul style="list-style-type: none"> • Existência de Plano de ensino à pessoa com ostomia de eliminação urinária • Envolvimento da família/pessoa significativa nos ensinamentos, considerando a sua disponibilidade horária • Início precoce dos ensinamentos • Alta apenas quando está garantida a aquisição de capacidades para o cuidado à urostomia pela pessoa com urostomia ou cuidador • Fornecimento de kit de urostomia • Referenciação da pessoa com urostomia para a consulta de estomaterapia no momento da alta • Existência de grupo de trabalho de estomaterapia no serviço • Sala própria para ensinamentos, com material, espelho e privacidade 	<ul style="list-style-type: none"> • Ausência de acompanhamento em consulta de estomaterapia por enfermeiros do serviço de urologia • Ausência de instrumento para avaliação e registo do autocuidado à urostomia • Desvalorização pela equipa médica de urologia do acompanhamento em consulta de estomaterapia e da marcação do local do estoma do estoma • Ausência de consulta de estomaterapia no período pré-operatório, implicando o início dos ensinamentos só após a cirurgia • Permanência prolongada (15 dias) entre o momento da alta e a 1ª consulta de estomaterapia sem acompanhamento de enfermagem • Ausência de articulação com a comunidade (ex: C. Saúde) • Pouca diversidade de material de estomaterapia no serviço – apenas placas planas e sacos de urostomia de 1 laboratório • Plano de ensino à pessoa com ostomia de eliminação urinária não fundamentado pela evidência e pouco sistematizado • Ausência de brochura informativa para a pessoa com urostomia • Reduzido conhecimento acerca dos dispositivos e acessórios de estomaterapia existentes no mercado e comparticipados pelo SNS • Apenas 1 enfermeira do serviço com formação na marcação do estoma
ORIGEM EXTERNA	Oportunidades	Ameaças
	<ul style="list-style-type: none"> • Hospital reacreditado pelo CHKS, tendo como um dos objetivos a promoção da investigação e da formação profissional • Existência de consulta de estomaterapia na instituição • Existência de norma da DGS (2016) – Indicações clínicas nas ostomias de eliminação urinária em idade pediátrica e no adulto 	<ul style="list-style-type: none"> • Reorganização dos serviços devido à pandemia com transferência, provisória, dos utentes urológicos para outro serviço • Consulta de estomaterapia funcional e estruturalmente dependente de um serviço de internamento e só a funcionar 2x semana • Demora da chefia na aprovação da implementação de novas práticas ou novos documentos no serviço

Apêndice II: Planeamento das atividades do estágio numa
consulta de estomaterapia de um hospital público

Planeamento das atividades do estágio numa consulta de estomaterapia de um hospital público

Objetivo Geral: Desenvolver competências de comunicação, avaliação, análise e interpretação da pessoa com urostomia por doença oncológica, em contexto de consulta de estomaterapia

Objetivos Específicos	Atividades	Recursos	Indicadores de Avaliação
<p>1. Identificar os aspetos organizacionais, funcionais e procedimentais da consulta de enfermagem de estomaterapia de modo a integrar na equipa</p>	<p>1.1 Apresentação do projeto à enfermeira chefe, equipa de enfermagem e restante equipa multidisciplinar</p> <p>1.2 Conhecimento da dinâmica do serviço e da articulação entre a equipa de enfermagem e a equipa multidisciplinar com recurso a entrevista</p> <p>1.3 Visita do serviço</p> <p>1.4 Consulta de documentos de apoio do serviço relacionados com a capacitação para o autocuidado da pessoa com urostomia por doença oncológica, como por exemplo:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Escalas de avaliação do autocuidado • Folhetos informativos para a pessoa com urostomia • Instrumento de colheita de dados • Instrumentos orientadores da prática de enfermagem • Normas técnico-científicas 	<p><u>Humanos:</u> Enfermeira chefe; enfermeira orientadora; equipa de enfermagem; equipa multidisciplinar</p> <p><u>Materiais:</u> Documentos de apoio do serviço, guia de entrevista, computador, 2 exemplares do projeto</p>	<p>1.1. Apresenta o projeto à enfermeira chefe e à equipa de enfermagem</p> <p>1.2. Faz uma análise crítica, segundo a evidência científica, do instrumento de colheita de dados e dos documentos de apoio da consulta de enfermagem</p> <p>1.3 Realiza relatório de estágio que inclui a estrutura e dinâmica do serviço e dados sobre a articulação entre a equipa de enfermagem e a equipa multidisciplinar</p>
<p>2. Identificar as intervenções de enfermagem à pessoa no pós-operatório de urostomia por doença oncológica na literatura científica segundo protocolo de revisão scoping</p>	<p>2.1 Pesquisa bibliográfica segundo a metodologia da revisão scoping da JBI e leitura crítica de artigos científicos sobre intervenções de enfermagem na capacitação para o autocuidado da pessoa com urostomia por doença oncológica, no pós-operatório</p>	<p><u>Humanos:</u> Enfermeira orientadora; professora orientadora</p> <p><u>Materiais:</u></p>	<p>2.1 Elabora uma pesquisa bibliográfica segundo protocolo de Revisão Scoping para identificação de artigos existentes</p>

	2.2 Listagem das intervenções de enfermagem para capacitação para o autocuidado da pessoa com urostomia por doença oncológica, no pós-operatório	Computador, internet, revisão scoping	2.2 Sintetiza e categoriza as intervenções de enfermagem identificadas na literatura científica de modo a responder à questão de investigação 2.3 Passa para linguagem CIPE
3. Identificar o material de estomoterapia para urostomia existente na consulta de enfermagem	3.1 Lista com os dispositivos médicos de estomoterapia existentes na consulta de enfermagem, agrupados por características	<u>Humanos:</u> Enfermeira orientadora; equipa de enfermagem; equipa multidisciplinar; professora orientadora <u>Materiais:</u> Computador, internet, listagem de material de estomoterapia	3.1 Apresenta uma lista com o material de estomoterapia para urostomia agrupado pelas suas características
4. Prestar cuidados especializados à pessoa com urostomia por doença oncológica e respetiva família, em consulta de enfermagem	4.1 Avaliação das pessoas em consulta de enfermagem segundo um guia de colheita de dados que sistematize as intervenções referidas na evidência científica 4.2 Colaboração na prestação de cuidados à pessoa com urostomia por doença oncológica mobilizando o conhecimento obtido na evidência científica 4.3 Aplicação de escala de avaliação do autocuidado 4.4 Elaboração de um instrumento de apoio às sessões de educação da pessoa com urostomia por doença oncológica, no pós-operatório 4.5 Apresentação e discussão da proposta do programa educativo com a professora orientadora e com a enfermeira orientadora 4.6 Dar início a um processo de validação do programa educativo elaborado, junto de um painel de peritos:	<u>Humanos:</u> Enfermeira orientadora; equipa de enfermagem; equipa multidisciplinar; professora orientadora <u>Materiais:</u> Computador com programa powerpoint, internet, projetor, sala de sessões, inquérito, revisão scoping, escalas de autocuidado, guia de colheita de dados, telefone, equipamento e material necessário à prestação de cuidados	4.1 Apresenta um guia de colheita de dados que permita avaliar as pessoas através do diálogo e observação 4.2 Faz notas de campo das consultas de enfermagem realizadas na consulta de estomoterapia às pessoas com urostomia por doença oncológica 4.3 Aplica a escala de avaliação do autocuidado 4.4 Constrói um programa educativo orientador da prática de enfermagem na capacitação para o autocuidado da pessoa, no pós-operatório de urostomia por doença oncológica

	<p>4.6.1 Construção de uma apresentação em powerpoint do programa educativo</p> <p>4.6.2 Construção de um inquérito para avaliação do programa educativo</p> <p>4.6.3 Apresentação do programa educativo aos enfermeiros peritos</p> <p>4.6.4 Realização da 1ª ronda de validação seguindo o método de Delphi</p>		<p>4.5 Apresenta e discute o programa educativo com a professora orientadora e com a enfermeira orientadora</p> <p>4.6.1 Constrói uma apresentação do programa educativo em powerpoint;</p> <p>4.6.2 Constrói um inquérito para avaliação do programa educativo por enfermeiros peritos</p> <p>4.6.3 Apresenta o programa educativo a enfermeiros peritos</p> <p>4.6.4 Realiza primeira ronda de validação seguindo o método Delphi</p>
--	---	--	---

Apêndice III: Guião de entrevista para conhecimento da estrutura e dinâmica do serviço e a articulação entre a equipa multidisciplinar

Guião de entrevista para conhecimento da estrutura e dinâmica do serviço e a articulação entre a equipa multidisciplinar¹

1. Estrutura física, equipamentos, recursos materiais da unidade

1.1 Quanto tempo tem a unidade de funcionamento?

1.2 Qual a estrutura física da unidade?

1.3 Com que serviços a unidade articula?

1.4 Qual a forma de articulação da unidade com outros serviços?

1.5 Como é que se realiza a reposição de stocks de material?

1.6 Como são fornecidos/repostos os dispositivos ?

2. Recursos humanos

2.1 Quais os profissionais que a unidade dispõem para a assistência direta às pessoas?

3. Modelo de cuidados

3.1 Quais os critérios de admissão na unidade?

3.2 Qual o método de trabalho na unidade (individual, funcional, enfermeiro de referência, equipa, enfermeiro de referência, gestão de cuidados)?

3.3 Quais os documentos de apoio do serviço?

¹ UNIDADE CURRICULAR ESTÁGIO COM RELATÓRIO (Apontamentos). Prof. Maria Alexandra Pinto Santos da Costa, 2020.

3.4 Como realizam o processo de sistematização da informação e o seu registo?

4. Intervenções dos Enfermeiros

4.1 Como é realizado o acolhimento à pessoa e ao seu cuidador?

4.2 Que informação é colhida?

4.3 Como é definido o plano de intervenção para a pessoa?

4.4 Como se articula a informação na equipa?

4.5 Que população de utentes têm e com que problemas?

5. Projetos de serviço

5.1 Que projetos se encontram a desenvolver na unidade?

6. Plano de Formação

6.1 Quais as próximas ações de formação dirigidas aos profissionais da unidade?

Apêndice IV: Revisão de literatura segundo a metodologia de revisão *scoping* da JBI



**Mestrado em Enfermagem na
Área de Especialização em Enfermagem Médico-
Cirúrgica, na Área de Intervenção em Enfermagem
Oncológica**

**Intervenções de enfermagem para a promoção do
autocuidado no pós operatório da pessoa com
urostomia: a scoping review**

Nádia Filipa Carvalho Pégo Marques

**Lisboa
2020**



**Mestrado em Enfermagem na
Área de Especialização em Enfermagem Médico-
Cirúrgica, na Área de Intervenção em Enfermagem
Oncológica**

**Intervenções de enfermagem para a promoção do
autocuidado no pós operatório da pessoa com
urostomia: a scoping review**

Nádia Filipa Carvalho Pégo Marques

Orientador: Prof. Doutora Maria Alexandra Pinto Santos da Costa

**Lisboa
2020**

PESQUISA BIBLIOGRÁFICA SEGUNDO O PROTOCOLO DAS REVISÕES SISTEMÁTICAS DA JBI PARA AS SCOPING REVIEW

Intervenções de enfermagem para a promoção do autocuidado no pós-operatório da pessoa com urostomia: a scoping review

Nádia Pégo Marques

Questão de investigação

Quais as intervenções de enfermagem para a promoção do autocuidado no pós-operatório da pessoa com urostomia por doença oncológica

Objetivo

Mapear as intervenções de enfermagem na promoção do autocuidado no pós-operatório da pessoa com urostomia, por doença oncológica.

População – Pessoas adultas, com cancro, submetidas à construção de urostomia.

Conceitos - Intervenções de enfermagem para a promoção do autocuidado.

Contexto – Período pós-operatório de pessoas com urostomia, em meio hospitalar.

Background

O cancro da bexiga é o sexto mais comum no mundo, tendo uma maior incidência no sexo masculino e maior prevalência em pessoas com idade superior a 60 anos (Walls, 2018).

Em Portugal a sua incidência é de 17,3 por cada 100.000 habitantes e se considerarmos apenas o sexo masculino passa para 27,9 em cada 100.000 habitantes (DGS, 2016) correspondendo ao quinto tipo de cancro com maior incidência no sexo masculino (IARC & Globocan, 2019).

O cancro da bexiga mais frequente é o carcinoma urotelial (Walls, 2018), que em 30% dos casos é diagnosticado quando já existe invasão da camada muscular tendo como tratamento de eleição a cistectomia radical com derivação urinária (Merandy, Morgan, Lee & Scherr, 2017). A derivação urinária mais confiável a longo prazo, mais adequada (cl clinicamente) e com melhor custo-benefício é o conduto ileal (Colombo & Naspro, 2010). Esta técnica implica o uso de uma porção do íleon para

derivar a urina, desde os rins até à parede abdominal, com criação de um estoma cutâneo que possibilita a saída da urina (urostomia) (Colombo & Naspro, 2010).

A sobrevivência da pessoa com cancro da bexiga, submetida a cistectomia radical aumentou cerca de 5 anos o que implica viver mais tempo com urostomia e as suas implicações (Villa et al., 2019). Estas podem ser atenuadas por diversas variáveis, sendo o autocuidado uma das mais importantes (Brown, 2017; Kristensen & Jensen, 2014) e, segundo O'Connor (2005), o treino do autocuidado após a cirurgia permite à pessoa ganhar confiança e capacitar-se para gerir a sua ostomia, resultando na melhoria da qualidade de vida da pessoa e no aumento da probabilidade de retomar os seus hábitos de vida.

Os enfermeiros devem fornecer à pessoa com cancro a informação necessária para promover e apoiar o autocuidado e autogestão do mesmo, permitindo-lhe alcançar a independência (EONS, 2018). Assim sendo é de interesse conhecer as intervenções de enfermagem para a promoção do autocuidado no pós-operatório da pessoa com urostomia. Para o efeito, realizou-se esta revisão scoping, seguindo a metodologia preconizada pelo Instituto Joanna Briggs.

Critérios de Inclusão e exclusão

Os critérios utilizados na seleção dos textos da revisão são apresentados no Quadro n.º1.

Quadro n.º1 - Critérios de seleção

Critérios de seleção		
	Critérios de inclusão	Critérios de exclusão
Participantes	Pessoa adulta com urostomia	Pessoa com urostomia em idade pediátrica
Conceito	Intervenções de enfermagem na promoção do autocuidado	Literatura sem intervenções de enfermagem
Contexto	Pós-operatório de pessoas com urostomia em meio hospitalar	Literatura que não contemple o meio hospitalar
Tipo de documento	Literatura que inclua estudos qualitativos, quantitativos, mistos ou revisões	

	sistemáticas de literatura que respondam à questão de investigação	
Data de publicação	Entre Janeiro de 2005 e Agosto de 2020	Anterior a 2005
Idioma de publicação	Literatura publicada em Português ou Inglês	Literatura cuja publicação não seja em Português ou Inglês
Disponibilidade	Literatura publicada digitalmente	Literatura não publicada digitalmente

Estratégia de pesquisa

A revisão scoping foi realizada tendo como referência a metodologia proposta pelo Joanna Briggs Institute (2020) e consiste em três etapas distintas. Na primeira etapa foi feita uma pesquisa dos estudos publicados nas bases de dados CINAHL e Medline, com as palavras em linguagem natural referentes aos critérios de inclusão, analisando as palavras presentes no título e resumo, de forma a selecionar os termos de indexação da revisão scoping.

Na segunda etapa foi realizada uma pesquisa nas bases de dados CINAHL, Medline com os termos de indexação selecionados e operacionalizados com as expressões booleanas AND e OR, como apresentado no Quadro 2 – Palavras-chave e termos de indexação. Com esta pesquisa foram identificados 33 estudos na base de dados CINAHL e 23 na base de dados Medline, que poderão ser consultados em apêndice (Apêndice I) e na pesquisa realizada no Google Scholar foram identificados 7 novos registos, perfazendo um total de 63 artigos. Destes 63 artigos foram excluídos 7 por se encontrarem duplicados e 25 pelo facto dos títulos e resumos não se adequarem à revisão, restando 31 artigos. Procedeu-se à leitura na íntegra destes últimos verificando que apenas 13 cumpriam os critérios de inclusão e exclusão identificado no Quadro n.º1. Esta seleção dos artigos poderá ser mais facilmente interpretada pela consulta do fluxograma do processo de seleção e inclusão do estudo (Apêndice II).

Na terceira etapa foram analisadas as referências bibliográficas dos artigos selecionados, contudo não se acrescentou nenhum documento por se considerar que não adicionaria respostas à questão de investigação, diferentes das obtidas com os estudos já selecionados.

Quadro n.º2: Palavras-chave e termos de indexação

Termos Naturais	Nurs*	AND	Self-care OR Stoma care	AND	Program OR Education OR Formation	AND	Urostomy OR Ostomy
Termos Indexados CINAHL	Nurs	AND	Self-care OR Ostomy care	AND	Program Development OR Program Evaluation OR MH Education OR Formation	AND	Urostomy OR MH Ostomy
Termos Indexados Medline	Nurs*	AND	MH Self care OR Stoma Care	AND	Program Development OR Program Evaluation OR MH Education OR Formation	AND	Urostomy OR MH Ostomy

Extração dos Resultados

Os resultados foram extraídos com recurso a uma grelha previamente construída com as variáveis: Título, autor, ano de publicação, objetivo, amostragem, contexto e intervenções de enfermagem para o autocuidado à urostomia no período pós-operatório e a informação extraída é apresentada desde o Quadro n.º 3 até ao Quadro n.º 15.

Quadro n.º3: Extração de resultados do artigo n.º 1

ARTIGO N.º 1	Título
	Care of patients undergoing stoma formation: what the nurse needs to know
	Autor
	Jennie Burch
	Ano de publicação
	2017
	Tipo de documento
	Artigo de revisão de literatura
	Objetivo
	Fornecer uma visão geral dos vários tipos de estomas abdominais e dos procedimentos cirúrgicos que dão origem aos estomas
	Participantes
	Não se aplica
Contexto	
Não se aplica	
Intervenções de enfermagem na promoção do autocuidado no pós-operatório da pessoa com urostomia	
<p>É importante garantir que a pessoa reconhece o que é normal e anormal no estoma e pele peri-estoma, para que possa contactar os enfermeiros de estomaterapia se verificar alguma alteração ou tiver alguma preocupação.</p> <p>Cada pessoa reage de forma diferente ao ter um estoma, mas para a maioria das pessoas a prioridade, durante o internamento hospitalar, é aprender a cuidar do seu estoma e os enfermeiros podem assistir a pessoa neste processo.</p> <p>Idealmente, o treino do autocuidado ao estoma deve iniciar-se no período pré-operatório e continuar no dia seguinte à intervenção cirúrgica, quando a pessoa estiver alerta, acordada e já tiver comido e se mobilizado.</p> <p>O procedimento de substituição dos dispositivos de ostomia, implica os seguinte passos:</p> <ul style="list-style-type: none">- Preparar o material necessário ao autocuidado à ostomia (dispositivos de ostomia, régua para medir o estoma, tesoura, lenços de papel, saco para lixo e água quente)- Remover, suavemente, os dispositivos em uso e descartá-los no saco do lixo- Lavar, suavemente, a pele peri-estoma- Secar, suavemente, a pele peri-estoma- Medir o estoma	

ARTIGO N.º 2	<ul style="list-style-type: none"> - Cortar o dispositivo com o tamanho e forma do estoma, garantindo uma margem máxima de 2-3 mm - Remover o papel de proteção - Aplicar o dispositivo em redor do estoma, pressionando a placa de ostomia contra a pele durante, aproximadamente, 30 segundos - Eliminar o lixo no fim do procedimento. <p>Pessoas com urostomia devem ingerir um volume adequado de líquidos, 1,5-2l/dia é geralmente suficiente.</p>
--------------	--

Quadro n.º4: Extração de resultados do artigo n.º 2

ARTIGO N.º 2	Título
	The Urostomy Education Scale: a reliable and valid tool to evaluate urostomy self-care skills among cystectomy patients
	Autor
	Susanne Ammitzbøll Kristensen, Sussie Laustsen , Berit Kiesbye, Bente Thoft Jensen
	Ano de publicação
	2013
	Tipo de documento
	Artigo de estudo quantitativo
	Objetivo
	Validar uma escala quantitativa para os enfermeiros monitorizarem o autocuidado à urostomia em pessoas submetidas a cistectomia
Participantes	
12 utentes submetidos a cistectomia com construção de urostomia	
Contexto	
Contexto de internamento hospitalar	
Intervenções de enfermagem na promoção do autocuidado no pós-operatório da pessoa com urostomia	
<p>A evidência recomenda que os enfermeiros sigam um plano educativo estruturado quando ensinam os cuidados à ostomia. Contudo, não foram encontrados planos padrão para o autocuidado à urostomia.</p> <p>O desenvolvimento de capacidades de autocuidado à ostomia poderá ser otimizada com recurso a uma ferramenta validada que permita <u>registar</u> e</p>	

monitorizar, diariamente, as capacidades do autocuidado ao estoma no pós-operatório.

A Urostomy Education Scale foi criada em colaboração com representantes da European Association of Urology Nurses e monitoriza 7 capacidades necessárias ao autocuidado à urostomia: Reação ao estoma, remoção do dispositivo do estoma, medição do diâmetro do estoma, ajuste do tamanho do diâmetro da urostomia no novo dispositivo, cuidados com a pele, aplicação do novo dispositivo no estoma, despejo da saco e conexão/desconexão do saco de drenagem noturno.

Cada capacidade é avaliada com uma pontuação que varia de 0 a 3 pontos. Score 0 significa que a pessoa é totalmente dependente do enfermeiro, score 1 indica que a pessoa participa mas requer assistência do enfermeiro, score 2 indica que a pessoa requer orientação verbal do enfermeiro, score 3 que a pessoa executa autonomamente o autocuidado.

A escala foi originalmente desenvolvida em dinamarquês e traduzida para inglês e é o primeiro instrumento validado para monitorizar as capacidades de autocuidado à urostomia.

Quadro n.º5: Extração de resultados do artigo n.º 3

ARTIGO N.º 3	Título
	A guide to caring for patients with a newly formed stoma in the acute hospital setting
	Autor
	Juliette Fulham
	Ano de publicação
	2008
	Tipo de documento
	Artigo de revisão de literatura
	Objetivo
	Promover uma visão geral do suporte emocional, cuidados ao estoma e apoio
Participantes	
Não se aplica	
Contexto	

Não se aplica

Intervenções de enfermagem na promoção do autocuidado no pós-operatório da pessoa com urostomia

As equipas de enfermagem têm um papel importante a ajudar, física e psicologicamente, as pessoas submetidas à construção de um estoma.

Os enfermeiros devem recorrer a uma abordagem estruturada para ensinar as pessoas a cuidar do seu estoma, na qual se definem objetivos a atingir pela pessoa em cada sessão de educação. O autocuidado e os progressos alcançados devem ser registados.

Qualquer barreira ao desenvolvimento da autonomia no cuidado ao estoma deve ser identificada com maior brevidade possível e ser discutida com a equipa multidisciplinar.

O enfermeiro deve informar a pessoa que o estoma está edemaciado no pós-operatório imediato reduzindo, gradualmente, o seu tamanho poucas semanas após a cirurgia.

O enfermeiro deve informar a pessoa que os cateteres ureterais permanecem no estoma cerca de 10 dias após a cirurgia.

O enfermeiro deve informar a pessoa das associações de ostomizados existentes.

O enfermeiro deve ensinar à pessoa que o saco de urostomia deve ser substituído diariamente. Contudo, enquanto os cateteres ureterais permanecerem, a substituição poderá ocorrer com 48 horas de intervalo;

O enfermeiro deve ensinar à pessoa que a placa de urostomia, nos sistemas de duas peças, pode permanecer no abdómen entre 24 a 72 horas.

O enfermeiro deve ensinar a pessoa a identificar complicações e a contactar com o enfermeiro de estomaterapia, se tal se verificar.

O enfermeiro deve instruir a pessoa a recortar o dispositivo de acordo com o tamanho do estoma.

O enfermeiro deve instruir a pessoa a inserir os cateteres uretrais, cuidadosamente, pela abertura da saco de urostomia.

O enfermeiro deve instruir a pessoa a despejar o saco de ostomia antes da sua substituição.

O enfermeiro deve providenciar uma bolsa para armazenamento dos dispositivos de estomaterapia.

	<p>O enfermeiro deve providenciar, no momento da alta, dispositivos de ostomaterapia necessários para executar o cuidado à ostomia nas duas semanas seguintes à alta.</p> <p>O enfermeiro deve encorajar a pessoa a observar o seu estoma e o procedimento de substituição de dispositivos desde o primeiro dia.</p> <p>O enfermeiro deve escutar as preocupações da pessoa e fornecer conselhos especializados.</p>
--	--

Quadro n.º6: Extração de resultados do artigo n.º 4

ARTIGO N.º 4	Título	Essential care for patients with stomas
	Autor	Jennie Burch
	Ano de publicação	2011
	Tipo de documento	Artigo de revisão de literatura
	Objetivo	Descrever três tipos de estomas, os dispositivos usados em cada tipo, exemplos de cirurgias que podem levar à formação de estoma e as razões para a sua formação.
	Participantes	Não se aplica
	Contexto	Não se aplica
	Intervenções de enfermagem na promoção do autocuidado no pós-operatório da pessoa com urostomia	Os enfermeiros poderão ter que cuidar de pessoas com ostomia, em qualquer área médica onde se encontrem a exercer, pelo que é importante que tenham um entendimento básico de cuidados ao estoma.
	Intervenções de enfermagem na promoção do autocuidado no pós-operatório da pessoa com urostomia	Os enfermeiros poderão ter que cuidar de pessoas com ostomia, em qualquer área médica onde se encontrem a exercer, pelo que é importante que tenham um entendimento básico de cuidados ao estoma.
	Intervenções de enfermagem na promoção do autocuidado no pós-operatório da pessoa com urostomia	Os enfermeiros poderão ter que cuidar de pessoas com ostomia, em qualquer área médica onde se encontrem a exercer, pelo que é importante que tenham um entendimento básico de cuidados ao estoma.
	Intervenções de enfermagem na promoção do autocuidado no pós-operatório da pessoa com urostomia	Os enfermeiros poderão ter que cuidar de pessoas com ostomia, em qualquer área médica onde se encontrem a exercer, pelo que é importante que tenham um entendimento básico de cuidados ao estoma.

ARTIGO N.º 5	<p>O enfermeiro deve instruir a pessoa a aplicar, corretamente, os dispositivos de urostomia na pele peri-estoma, garantindo que a placa fica sem vincos.</p> <p>O enfermeiro deve instruir a pessoa a medir o estoma e recortar a abertura do dispositivo com 2-3 mm de margem;</p> <p>O enfermeiro deve informar a pessoa que após 8 semanas, aproximadamente, os moldes para corte da abertura do dispositivo poderão ser utilizados, no caso do estoma ser circular.</p> <p>O enfermeiro deve ensinar a pessoa a eliminar o lixo resultante dos cuidados à ostomia.</p> <p>O enfermeiro deve informar a pessoa que os dispositivos podem ser de 1 ou 2 peças.</p> <p>O enfermeiro deve informar a pessoa que no período noturno é possível adaptar um saco coletor de urina ao saco de urostomia para permitir uma drenagem adicional.</p>
--------------	--

Quadro n.º7: Extração de resultados do artigo n.º 5

ARTIGO N.º 5	Título
	Teaching stoma-management skills: the importance of self-care.
	Autor
	Gloria O'Connor
	Ano de publicação
	2005
	Tipo de documento
	Artigo de revisão de literatura
	Objetivo
	Explorar como os enfermeiros de estomaterapia podem otimizar as oportunidades de ensino nos períodos pré e pós-operatórios
	Participantes
Não se aplica	
Contexto	
Não se aplica	
Intervenções de enfermagem na promoção do autocuidado no pós-operatório da pessoa com urostomia	

As pessoas que se sentem confiantes e conseguem gerir a sua ostomia têm uma qualidade de vida superior a quem não se sente confiante e têm maior probabilidade de retomar os seus hábitos de vida. Esta confiança e gestão começa a adquirir-se com o treino do cuidado ao estoma após a cirurgia.

O medo, a ansiedade, dor, fadiga e náusea influenciam a motivação e capacidade de aprender. Assim sendo, os enfermeiros devem dar início ao plano de ensinos, preferencialmente, quando a pessoa estiver disponível para aprender.

Um plano de ensinos estruturado minimiza a omissão de elementos importantes das sessões de educação.

Num estudo realizado por Mohamed e Mohamed (2014) foram alcançados resultados positivos com a implementação de um programa educativo que consistiu em 5 sessões com duração de 2 horas cada.

É importante treinar o autocuidado nas instalações sanitárias para simular o ambiente que a pessoa terá, no futuro, em casa. Ainda assim, algumas pessoas preferem treinar na cama.

Os ensinos realizados no pós-operatório devem ser focados na capacidade de despejo e substituição de dispositivos, para que estejam garantidas no momento da alta hospitalar.

Algumas pessoas consideram tranquilizante ter um elemento da família instruído sobre o cuidado à ostomia. Este familiar poderá assistir a pessoa nos primeiros dias após a alta ou num momento em que esta não se sinta bem. No entanto para as pessoas capazes de se autocuidarem é preferível aguardar que estas tenham aprendido todas as capacidades inerentes ao cuidado à ostomia para que estas não se tornem dependentes do familiar. A demonstração do procedimento ao familiar deve ser realizado pela própria pessoa, permitindo a validação de que a aprendizagem ocorreu.

É importante assistir a pessoa a integrar a ostomia no seu estilo de vida.

Deve haver transmissão de informação entre o hospital e a comunidade sobre a condição clínica e o progresso no autocuidado à ostomia.

O enfermeiro deve providenciar os recursos necessários para a aprendizagem do autocuidado à ostomia (lenços, água limpa, régua para

medir o estoma, saco para o lixo, dispositivos de estomaterapia e área privada para executar o procedimento).

O enfermeiro deve providenciar uma lista de instruções para a substituição dos dispositivos de estomaterapia.

O enfermeiro deve ensinar a pessoa a lavar as mãos no início e no fim do procedimento de substituição de dispositivos.

O enfermeiro deve ensinar a pessoa a reunir o material necessário para a substituição dos dispositivos: água, lenços para lavar e secar a pele peri-estoma, dispositivos novos, régua para medir o estoma e saco para eliminar os dispositivos utilizados.

O enfermeiro deve instruir a pessoa a remover, cuidadosamente, os dispositivos em uso enquanto apoia a pele circundante, para evitar lesões locais.

O enfermeiro deve ensinar a pessoa a eliminar os dispositivos usados no saco do lixo.

O enfermeiro deve instruir a pessoa a lavar, cuidadosamente, o estoma e pele peri-estoma, eliminando os lenços no saco do lixo.

O enfermeiro deve instruir a pessoa a secar, cuidadosamente, a pele peri-estoma, eliminando os lenços no saco do lixo.

O enfermeiro deve instruir a pessoa a medir o estoma com a régua e escolher o molde de recorte do estoma do mesmo tamanho ou ligeiramente maior, garantindo um ajuste confortável.

O enfermeiro deve instruir a pessoa a remover o papel de proteção.

O enfermeiro deve instruir a pessoa a posicionar, cuidadosamente, o dispositivo em redor do estoma desfazendo quaisquer vincos.

O enfermeiro deve ensinar a pessoa a confirmar se o mecanismo de segurança está devidamente fechado.

O enfermeiro deve escutar com atenção as preocupações da pessoas.

O enfermeiro deve ensinar à pessoa qual a cor e aparência de um estoma saudável.

O enfermeiro deve ensinar à pessoa que o estoma sangra facilmente ao toque.

O enfermeiro deve informar a pessoa que o estoma está edemaciado no pós-operatório reduzindo o seu tamanho até às 6-8 semanas.

Quadro n.º8: Extração de resultados do artigo n.º 6

ARTIGO N.º 6	Título
	Urostomy Care - A guide for home care clinicians
	Autor
	Linda Berti-Hearn e Brenda Elliott
	Ano de publicação
	2019
	Tipo de documento
	Artigo de revisão de literatura
	Objetivo
	Cuidados prestados às pessoas com urostomia
	Participantes
	Não se aplica
	Contexto
Não se aplica	
Intervenções de enfermagem na promoção do autocuidado no pós-operatório da pessoa com urostomia	
<p>O ensino do autocuidado à pessoa com urostomia deve, preferencialmente, seguir uma plano educacional estruturado.</p> <p>A Urostomy Education Scale é uma ferramenta que permite avaliar o autocuidado à urostomia.</p> <p>O enfermeiro deve informar a pessoa que os cateteres ureterais irão cair espontaneamente;</p> <p>O enfermeiro deve educar a pessoa a ingerir alimentos acidificantes da urina para prevenir infeções urinárias.</p> <p>O enfermeiro deve informar a pessoa da possibilidade de usar saco coletor de urina de perna e saco coletor de urina noturno, ambos com validade de um mês.</p> <p>O enfermeiro deve ensinar a pessoa a enxaguar os sacos coletores de urina com água morna e, posteriormente, lavar com uma diluição de lixívia em água (1 para 10 partes) ou de vinagre em água (1 para 3 partes) em cada utilização.</p> <p>O enfermeiro deve ensinar à pessoa estratégias para disfarçar o saco de urostomia – faixas abdominais, roupa florida ou com cores escuras, roupa íntima de cintura alta, calções de desporto, roupa de banho adaptada,</p>	

O enfermeiro deve ensinar à pessoa estratégias para disfarçar o saco de urostomia – faixas abdominais, roupa florida ou com cores escuras, roupa íntima de cintura alta, calções de desporto, roupa de banho adaptada, suspensórios, lenços ou artigos manufacturados como cintos ou proteções de estoma.

O enfermeiro deve instruir a pessoa a medir o estoma.

O enfermeiro deve instruir a pessoa a despejar o saco de urostomia quando a urina alcançar 1/3 a 1/2 da sua capacidade.

O enfermeiro deve instruir a pessoa a sentar-se na sanita chegando-se para trás e despejando a saco de urostomia entre as pernas.

O enfermeiro deve ensinar a pessoa a vigiar a pele peri-estoma em cada substituição de dispositivos, valorizando as complicações da pele que possam surgir.

O enfermeiro deve educar a pessoa a ingerir sumo de arando, vitamina C, pão, cereais, queijo, milho, ovos, massas, nozes, plumas, peixe, aves e a maioria das carnes para acidificar a urina.

O enfermeiro deve educar a pessoa a ingerir 2-2,5 L de água ao dia ou 30 ml/kg/dia.

O enfermeiro deve informar a pessoa que deve ter sempre, junto de si, um conjunto de dispositivos e material necessário para substituição de dispositivos: desinfetante para as mãos, placas de urostomia já recortadas, sacos de urostomia e lenços.

O enfermeiro deve encorajar a pessoa a expor as suas preocupações e pedir ajuda. O parceiro poderá ser envolvido nesta intervenção.

O enfermeiro deve providenciar os contactos que poderão ser úteis à pessoa para esclarecer dúvidas após a alta hospitalar.

Quadro n.º9: Extração de resultados do artigo n.º 7

ARTIGO N.º 7	Título
	Post-discharge care for patients following stoma formation: what the nurse needs to know.
	Autor
	Jennie Burch

Ano de publicação
2017
Tipo de documento
Artigo de revisão de literatura
Objetivo
Discutir os cuidados pós-alta para as pessoas submetidos a formação de estoma
Participantes
Não se aplica
Contexto
Não se aplica
Intervenções de enfermagem na promoção do autocuidado no pós-operatório da pessoa com urostomia
<p>Os enfermeiros apoiam as pessoas com ostomias de diversas maneiras, nomeadamente através de aconselhamento, assistência para capacitar a pessoa a gerir a sua ostomia e as alterações da autoimagem causadas pelo procedimento cirúrgico.</p> <p>A Association of Stoma Care Nurses (ASCN) reconhece a importância do acompanhamento regular das pessoas com ostomias para identificar e resolver preocupações que possam ter. Este acompanhamento pode consistir num telefonema 1 semana após a alta hospitalar, seguido de visitas domiciliárias às 2 semanas, 3 e 6 meses pós alta, com revisões anuais.</p> <p>No momento da alta o enfermeiro deve providenciar à pessoa dispositivos de estomaterapia e informá-la como poderá obter mais após a alta.</p> <p>O enfermeiro deve encorajar a pessoa a retomar hábitos de vida, atividade física e contactos sociais com amigos, família e grupos de apoio.</p> <p>O enfermeiro deve ensinar a pessoa a tomar banho com os dispositivos antigo, substituindo-os por novos no fim da higiene.</p> <p>O enfermeiro deve informar a pessoa da possibilidade de nadar.</p> <p>O enfermeiro deve ensinar a pessoa a aplicar dispositivos novos, pelo menos, 1 hora antes de nadar.</p> <p>O enfermeiro deve ensinar a pessoa a despejar o saco de urostomia imediatamente antes de nadar.</p>

ARTIGO N.º 8	<p>O enfermeiro deve informar a pessoa da possibilidade de adquirir online fatos de banho e outras peças de vestuário apropriadas.</p> <p>O enfermeiro deve ensinar a pessoa a despejar o saco de urostomia antes do ato sexual.</p> <p>O enfermeiro deve ensinar a pessoa a usar roupa íntima ou cinto adaptado à ostomia para disfarçar a ostomia e manter os dispositivos junto ao abdômen durante o ato sexual.</p>
--------------	---

Quadro n.º10: Extração de resultados do artigo n.º 8

ARTIGO N.º 8	Título
	Good practice in health care – incontinent urostomy
	Autor
	V. Geng, H. Cobussen-Boekhorst, S. Fillingham, S. Holroyd, B. Kiesbye, S. Vahr
	Ano de publicação
	2009
	Tipo de documento
	Manual de boas prática publicado pela European Association of Urology Nurses
	Objetivo
	Melhorar as práticas de enfermagem e desenvolver protocolo padrão e confiável
	Participantes
	Não se aplica
	Contexto
Não se aplica	
Intervenções de enfermagem na promoção do autocuidado no pós-operatório da pessoa com urostomia	
<p>O enfermeiro deve informar a pessoa que alguns medicamentos e alimentos podem alterar o odor e a cor da urina.</p> <p>O enfermeiro deve informar a pessoa do processo de acompanhamento pelo cirurgião e pelo enfermeiro de estomaterapia.</p>	

O enfermeiro deve ensinar a pessoa a reconhecer as características normais da urina: clara, cor de palha e com pouco odor.

O enfermeiro deve ensinar a pessoa a reconhecer as características normais do estoma.

O enfermeiro deve informar a pessoa que o estoma está edemaciado no pós-operatório imediato reduzindo, gradualmente, o seu tamanho 6-8 semanas após a cirurgia.

O enfermeiro deve ensinar à pessoa que o estoma sangra facilmente ao toque.

O enfermeiro deve ensinar a pessoa a vigiar o estoma, pele peri-estoma e identificar possíveis complicações;

O enfermeiro deve ensinar à pessoa como identificar as complicações mais comuns e como proceder, se as detetar. São exemplos de sinais e sintomas de complicações comuns a febre, dor na região lombar, náuseas, vômitos, urina turva ou com odor intenso, aumento do muco na urina e o extravasamento de urina frequente.

O enfermeiro deve ensinar à pessoa estratégias para viajar, tais como, levar dispositivos extra; informar-se acerca de locais de venda de dispositivos no destino da viagem; manter os dispositivos longe do calor para prevenir que o adesivo derreta; retirar os dispositivos das caixas e guardá-los dentro de sacos de plástico limpos para otimizar o espaço e ter sempre dispositivos recortados na bagagem de mão durante as viagens de avião.

O enfermeiro deve educar a pessoa a ingerir 25-35ml de líquidos por Kg de peso ao dia.

O enfermeiro deve educar a pessoa a ingerir arando, diariamente, quando apresentar sinais ou sintomas de infeção urinária.

O enfermeiro deve providenciar contactos que a pessoa poderá utilizar para expor problemas ou dúvidas.

O enfermeiro deve encorajar a pessoa a participar, o máximo possível no cuidado à ostomia.

O enfermeiro deve observar a relação e interação da pessoa com os seus familiares.

O enfermeiro deve demonstrar o procedimento completo de substituição de dispositivos.

ARTIGO N.º 9	<p>O enfermeiro deve instruir a pessoa a obter e preparar todo o material necessário à substituição dos dispositivos.</p> <p>O enfermeiro deve instruir a pessoa a remover o saco de urostomia;</p> <p>O enfermeiro deve lavar a pele peri-estoma com compressa com água e gel de banho isento de óleo e álcool.</p> <p>O enfermeiro deve informar a pessoa da existência de toalhetes de limpeza para ostomias.</p> <p>O enfermeiro deve instruir a pessoa a secar a pele peri-estoma.</p> <p>O enfermeiro deve instruir a pessoa a aplicar, se necessário, produtos na pele peri-estoma.</p> <p>O enfermeiro deve instruir a pessoa a recortar o dispositivo com o exato tamanho e forma do estoma para proteger a pele peri-estoma e prevenir extravasamentos. Poderá usar o guia de medidas que acompanha os dispositivos.</p> <p>O enfermeiro deve instruir a pessoa a aplicar os novos dispositivos e verificar se estão corretamente adaptados.</p> <p>O enfermeiro deve instruir a pessoa a adaptar um saco coletor de urina ao saco de urostomia.</p> <p>O enfermeiro deve instruir a pessoa a despejar o saco de urostomia.</p>
--------------	---

Quadro n.º11: Extração de resultados do artigo n.º 9

ARTIGO N.º 9	Título
	Cuidado y manejo de la ostomia: guías de buenas prácticas clínicas
	Autor
	Registered Nurses Association of Ontario
	Ano de publicação
	2009
	Tipo de documento
	Guia de boas prática clínicas – baseadas na evidência
	Objetivo
Melhorar as práticas de enfermagem e desenvolver um protocolo padrão e confiável	
Participantes	
Não se aplica	

Contexto
Não se aplica
Intervenções de enfermagem na promoção do autocuidado no pós-operatório da pessoa com urostomia
<p>Não existe investigação que defina o conjunto mínimo de capacidades que as pessoas com ostomia devem apresentar no período pós-operatório, no entanto, em conferência com a Wound Ostomy and Continence Nurses Society (WOCN) concluiu-se que deve existir: 1) capacidade de substituir os dispositivos de ostomia (incluindo mecanismo de segurança e válvula de despejo), 2) capacidade de despejar o saco de ostomia. Outras destrezas que se deve ensinar, se possível, são: 1) higiene pessoa, roupa e atividades restritas; 2) influencia dos medicamentos no funcionamento da ostomia; 3) influencia da dieta no funcionamento da ostomia; 4) cuidados à pele peri-estoma; 5) contenção de odor; 6) acompanhamento de complicações; 7) orientação sexual.</p> <p>O enfermeiro deve demonstrar à pessoa o procedimento completo de substituição dos dispositivos, pelo menos uma vez.</p> <p>O enfermeiro deve instruir a pessoa a adaptar o dispositivo ao tamanho do estoma.</p> <p>O enfermeiro deve providenciar à pessoas os contactos a usar em caso de urgência.</p> <p>O enfermeiro deve ensinar a pessoa a identificar complicações da pele peri-estoma.</p> <p>O enfermeiro deve informar a pessoa de como pode adquirir dispositivos de estomaterapia.</p> <p>O enfermeiro deve informar a pessoa dos recursos existentes na comunidade.</p>

Quadro n.º12: Extração de resultados do artigo n.º 10

ARTIGO N.º 10	Título
	Teaching stoma patients the practical skills for self-care
	Autor
	Pat Black
Ano de publicação	

2016
Tipo de documento
Artigo de revisão de literatura
Objetivo
Fornecer aos profissionais de saúde o conhecimento necessário para ensinar as pessoas a gerirem os seus estomas
Participantes
Não se aplica
Contexto
Não se aplica
Intervenções de enfermagem na promoção do autocuidado no pós-operatório da pessoa com urostomia
<p>É necessário tempo para que a pessoa com ostomia assimile as novas capacidades e se ajuste à mudança da função excretora. É preciso paciência e por vezes poderá ser frustrante para ambos (doente e cuidador), quando a pessoa se esquece do que foi falado no dia anterior.</p> <p>Uma cadeira e um espelho alto poderão ser úteis, pois permitem à pessoa sentar-se e ver o seu próprio abdómen, tornando o procedimento mais fácil e ajudando a autoaceitação. No entanto, algumas pessoas poderão não querer ver o reflexo total da sua imagem devendo esta situação ser discutida com a pessoa.</p> <p>O enfermeiro deve ensinar a pessoa a verificar, regularmente, os dispositivos para confirmar a sua integridade.</p> <p>O enfermeiro deve educar a pessoa acerca da inexistência de restrições alimentares.</p> <p>O enfermeiro deve educar a pessoa a ingerir 2-3l de água por dia.</p> <p>O enfermeiro deve informar a pessoa que alguns medicamentos e alimentos podem alterar a cor e o odor da urina.</p>

Quadro n.º13: Extração de resultados do artigo n.º 11

ARTIGO N.º	Título
	Caring for a urostomy
	Autor
	American Cancer Society

Ano de publicação
2019
Tipo de documento
Manual
Objetivo
Não identificado
Participantes
Não se aplica
Contexto
Não se aplica
Intervenções de enfermagem na promoção do autocuidado no pós-operatório da pessoa com urostomia
<p>O enfermeiro deve instruir a pessoa a despejar o saco de urostomia, quando a urina atingir 1/3 a 1/2 da sua capacidade.</p> <p>O enfermeiro deve instruir a pessoa a sentar-se na sanita chegando-se para trás, colocar uma porção de papel higiênico no fundo da sanita para prevenir salpicos e despejar o saco de urostomia entre as pernas. Em seguida secar a extremidade do saco com papel higiênico.</p> <p>O enfermeiro deve instruir a pessoa a adaptar um saco coletor de urina ao saco de urostomia, no período noturno.</p> <p>O enfermeiro deve ensinar a pessoa a lavar as mãos antes do procedimento de despejo e substituição dos dispositivos.</p> <p>O enfermeiro deve ensinar a pessoa a colocar os dispositivos novos numa superfície limpas antes de os substituir.</p> <p>O enfermeiro deve instruir a pessoa a lavar a pele peri-estoma com água.</p> <p>Ensinar a pessoa a rapar os pêlos da pele peri-estoma para facilitar a aderência da placa do dispositivo: utilizar lâmina e pó cicatrizante. Evitar o uso de espumas de barbear que deixam a pele oleosa.</p> <p>O enfermeiro deve ensinar a pessoa a aplicar uma compressa embebida em vinagre sobre o estoma, durante a substituição dos dispositivos, para reduzir o depósito de cristais da urina.</p> <p>O enfermeiro deve ensinar a pessoa a substituir os dispositivos pela manhã em jejum, ou 1 a 2 horas após ingerir líquidos, para prevenir o contacto da urina com a pele peri-estoma.</p>

ARTIGO N.º 12	<p>O enfermeiro deve ensinar a pessoa a vigiar o estoma e identificar possíveis complicações, tais como sangramento do estoma ou da junção do estoma com a pele.</p> <p>O enfermeiro deve ensinar a pessoa a vigiar a pele peri-estoma e identificar possíveis complicações, tais como lesões da pele.</p> <p>O enfermeiro deve ensinar a pessoa a vigiar a urina e identificar possíveis complicações, tais como febre ou urina com odor intenso.</p> <p>O enfermeiro deve informar a pessoa que deve contactar o médico ou enfermeiro de estomaterapia se identificar alguma alteração no estoma, pele peri-estoma ou urina.</p> <p>O enfermeiro deve ensinar a pessoa a tomar banho com ou sem dispositivos colocados.</p> <p>O enfermeiro deve informar a pessoa que deve evitar colocar óleo de banho na pele peri-estoma para não dificultar a aderência dos dispositivos.</p> <p>O enfermeiro deve educar a pessoa a ingerir vitamina C e alimentos acidificantes da urina, tais como, sumo de arando, pão, cereais, queijo, milho, ovos, nozes, massas, peixe, aves, ameixas e a maioria das carnes.</p>
---------------	--

Quadro n.º14: Extração de resultados do artigo n.º 12

ARTIGO N.º 12	Título
	Indicações clínicas e intervenção nas ostomias de eliminação urinária em idade pediátrica e no adulto.
	Autor
	Direção Geral da Saúde
	Ano de publicação
	2016
	Tipo de documento
	Norma n.º 012/2016 de 28/10/2016 atualizada a 03/03/2017
	Objetivo
	Não identificado
Participantes	
Não se aplica	
Contexto	

Não se aplica

Intervenções de enfermagem na promoção do autocuidado no pós-operatório da pessoa com urostomia

O enfermeiro deve ensinar a pessoa a vigiar o estoma e identificar complicações.

O enfermeiro deve ensinar a pessoa a vigiar a pele peri-estoma e identificar complicações.

O enfermeiro deve ensinar a pessoa a tomar banho com ou sem dispositivos colocados;

O enfermeiro deve assistir a pessoa a gerir a sexualidade e intimidade.

O enfermeiro deve encorajar a pessoa a manter o mesmo estilo de roupa, evitando colocar elásticos e cintos sobre o estoma.

O enfermeiro deve encorajar a pessoa a regressar às atividades de vida.

O enfermeiro deve instruir e treinar a pessoa a cuidar da sua ostomia.

O enfermeiro deve instruir e treinar a pessoa a utilizar os dispositivos e acessórios de estomaterapia.

O enfermeiro deve ensinar a pessoa a lavar as mãos antes do procedimento de despejo e substituição dos dispositivos.

O enfermeiro deve ensinar a pessoa a reunir o material necessário para cuidar da ostomia.

O enfermeiro deve instruir a pessoa a despejar o saco de urostomia.

O enfermeiro deve instruir a pessoa a retirar os dispositivos em uso de cima para baixo, apoiando a pele com a mão.

O enfermeiro deve ensinar a pessoa a vigiar as características da urina.

O enfermeiro deve instruir a pessoa a lavar o estoma e pele peri-estoma com esponja natural ou compressa com sabonete líquido neutro ou soro fisiológico.

O enfermeiro deve instruir a pessoa a enxaguar o estoma e pele-peri-estoma com água após a sua lavagem.

O enfermeiro deve instruir a pessoa a medir o estoma com uma ferramenta de medida.

O enfermeiro deve instruir a pessoa a desenhar e recortar o dispositivo coletor.

O enfermeiro deve instruir a pessoa a eliminar com o dedo as arestas em redor do recorte feito no dispositivo.

O enfermeiro deve instruir a pessoa a retirar o papel de proteção do dispositivo sem tocar na área adesiva.

Ensinar a pessoa a guardar o molde de recorte do dispositivo.

O enfermeiro deve instruir a pessoa a ajustar a extremidade inferior do dispositivo à porção inferior do estoma, colando suavemente a base adesiva de baixo para cima. No caso de sistemas de duas peças ajustar a placa em redor do estoma e encaixar o aro da saco de urostomia à placa, pressionando levemente.

O enfermeiro deve instruir a pessoa a inserir os cateteres ureterais (se existirem) acima da válvula anti-refluxo.

O enfermeiro deve instruir a pessoa a pressionar suavemente e aproximadamente um minuto o dispositivo coletor sobre o abdómen para facilitar a aderência.

O enfermeiro deve instruir a pessoa a confirmar se a válvula de despejo do dispositivo fica devidamente fechada.

O enfermeiro deve ensinar a pessoa a eliminar o material utilizado no lixo.

O enfermeiro deve ensinar a pessoa a lavar as mãos no fim do procedimento de despejo e substituição dos dispositivos.

O enfermeiro deve acompanhar a pessoa após a alta, em consulta de estomaterapia com a seguinte calendarização: 15 dias pós-alta; 1, 3 e 6 meses após a alta e sempre que existam intercorrências.

Quadro n.º15: Extração de resultados do artigo n.º 13

ARTIGO N.º 13	Título
	Urostomy Guide
	Autor
	Jane Fellows, Nancy Gutman, Jan Clark, Helen DuBois
	Ano de publicação
	2017
	Tipo de documento
	Guia Informativo
Objetivo	

Ajudar a pessoa com urostomia
Participantes
Não se aplica
Contexto
Não se aplica
Intervenções de enfermagem para o autocuidado à urostomia no período pós-operatório em contexto hospitalar
<p>O enfermeiro deve ensinar a pessoa a levar o dobro dos dispositivos necessários quando viaja.</p> <p>O enfermeiro deve encorajar a pessoa a discutir a sexualidade com o parceiro.</p> <p>O enfermeiro deve informar a pessoa que na primeira relação sexual é normal o homem ter dificuldade em ter ou manter ereção e a mulher apresenta dor durante o ato.</p> <p>O enfermeiro deve informar a pessoa que o interesse sexual irá, gradualmente, regressar consoante otimize a gestão da ostomia e recupere a força.</p> <p>O enfermeiro deve ensinar a pessoa a usar cinto adaptado à ostomia para segurar os dispositivos de ostomia durante o contacto íntimo.</p> <p>O enfermeiro deve informar a pessoa que alguns medicamentos e alimentos alteram a cor e odor da urina.</p> <p>O enfermeiro deve ensinar a pessoa a manter a urina ácida para reduzir o risco de infeção urinária.</p> <p>O enfermeiro deve ensinar a pessoa a aplicar uma compressa embebida em vinagre sobre o estoma durante alguns minutos na substituição dos dispositivos.</p> <p>O enfermeiro deve educar a pessoa a ingerir, pelo menos, 2 l de bebidas não alcoólicas ao dia.</p> <p>O enfermeiro deve ensinar a pessoa a cortar os pêlos da pele peri-estoma com máquina de barbear ou a apará-los com tesoura.</p> <p>O enfermeiro deve informar a pessoa que deve contactar o médico ou o enfermeiro de estomaterapia se identificar alguma complicação no estoma, pele peri-estoma ou urina.</p>

O enfermeiro deve encorajar a pessoa a retomar atividades como viajar, praticar desporto ou comer refeições fora.

O enfermeiro deve encorajar a pessoa a falar com enfermeiros, terapeutas e amigos de confiança sobre os seus sentimentos.

Análise e discussão dos resultados

A análise dos 13 artigos selecionados nesta revisão de literatura permitiu identificar, através de análise de conteúdo proposta por Bardin (2016), 114 intervenções de enfermagem para a promoção do autocuidado no pós-operatório da pessoa com urostomia.

Os enfermeiros têm um contacto privilegiado com a pessoa submetida à construção de uma ostomia e devem esforçar-se para a apoiar, física e psicologicamente (Fulham, 2008). Este apoio pode ser feito de diversas maneiras, nomeadamente pela escuta ativa das preocupações da pessoa (Burch, 2017a, Fulham, 2008, O'Connor, 2005), pelo fornecimento de conselhos especializados (Fulham, 2008) e pela capacitação da pessoa na gestão da sua ostomia (Burch, 2017b). A gestão começa a adquirir-se através do treino do autocuidado no período pós-operatório (O'Connor, 2005), que deve iniciar-se quando a pessoa estiver alerta, tiver iniciado dieta, já se mobilizar (Burch, 2017a) e, preferencialmente, estiver disponível para aprender (O'Connor, 2005). Fatores como a ansiedade, medo, fadiga, náusea e dor influenciam a motivação e capacidade para aprender (O'Connor, 2005).

Segundo a Wound Ostomy and Continence Nurses Society os ensinamentos realizados durante o internamento devem focar-se no despejo e substituição de dispositivos (RNAO, 2009) e seguir um plano educativo com sessões de educação estruturadas e objetivos definidos que minimize a omissão de informação importante (Berti-Hearn & Elliott, 2019; O'Connor, 2005; Fulham, 2008; Kristensen, Laustsen, Kiesbye & Jensen, 2013). Embora não esteja definido um número de sessões a incluir nos programas educativos O'Connor (2005) refere que num estudo realizado por Mohamed e Mohamed (2014) foram alcançados resultados positivos com a implementação de um programa educativo à pessoa com urostomia, que consistia em 5 sessões de 2 horas cada.

Nas sessões de educação os enfermeiros devem providenciar os recursos necessários para a aprendizagem do autocuidado à ostomia (Fulham, 2008), como

por exemplo, uma bolsa com dispositivos de estomaterapia e uma lista com o procedimento de substituição dos mesmos (O'Connor, 2005). Cabe aos enfermeiros demonstrar, pelo menos uma vez, o procedimento completo de substituição de dispositivos (Geng et al, 2009; RNAO, 2009) e encorajar a pessoa a observar todo procedimento (Fulham, 2008) e participar, o máximo possível, nos cuidados prestados à ostomia (Geng et al, 2009).

A pessoa deve ser ensinada a reunir o material necessário antes de iniciar os cuidados à ostomia (Burch, 2017; O'Connor, 2005; Geng et al, 2009; DGS, 2016) e a lavar as mãos antes e após o procedimento de despejo ou substituição dos dispositivos (O'Connor, 2005; ACS, 2019; DGS 2016). Concomitantemente aos ensinamentos é necessário instruir a pessoa a executar todas as etapas do procedimento de substituição dos dispositivos como, por exemplo, a aplicação do dispositivo no abdómen de baixo para cima exercendo pressão, aproximadamente 30-60 segundos e garantindo que a placa fica sem vincos (Burch, 2017a; Burch, 2011; O'Connor, 2005; Geng et al, 2009; DGS, 2017) ou a adaptação do saco coletor de urina ao saco de urostomia (ACS, 2019).

O progresso da pessoa no autocuidado deve ser monitorizado e registrado diariamente (Fulham, 2008; Kristensen, Laustsen, Kiesbye & Jensen, 2013). Esta monitorização deve ser feita com recurso a um instrumento validado como a *Urostomy Education Scale* que é a primeira escala de avaliação do autocuidado à urostomia em pessoas submetidas a cistectomia (Kristensen et al, 2013). A escala foi desenvolvida em dinamarquês, posteriormente traduzida para inglês, e permite avaliar 7 capacidades do autocuidado à ostomia (reação ao estoma, remoção do dispositivo do estoma, medição do diâmetro do estoma, ajuste do tamanho do diâmetro da urostomia no novo dispositivo, cuidados com a pele, aplicação do novo dispositivo do estoma, despejo do saco e conexão/desconexão do saco de drenagem noturna) com uma pontuação que varia de 0 a 3 pontos, avaliando desde o momento em que a pessoa não olha e não manipula a sua ostomia até à sua total independência no autocuidado.

A pessoa com ostomia necessita de tempo para assimilar novas capacidades e se ajustar à mudança da função excretora esquecendo-se, por vezes, do que lhe foi ensinado no dia anterior, podendo gerar frustração para o próprio e para o profissional de saúde (Black, 2016). Se for identificada alguma barreira ao desenvolvimento da autonomia no cuidado à ostomia esta deve ser discutida com a equipa multidisciplinar com a maior brevidade possível (DGS, 2016).

Estratégias poderão ser usadas para facilitar o desenvolvimento do autocuidado como, treinar o cuidado na casa de banho, por se tratar de um ambiente similar ao que a pessoa se irá deparar após a alta (O'Connor, 2005). Uma cadeira e um espelho alto poderão também ser úteis pois permitem à pessoa sentar-se e ver o seu próprio abdómen, tornando o procedimento mais fácil e favorecendo a autoaceitação (Black, 2016). No entanto, algumas pessoas poderão não querer ver o reflexo total da sua imagem, devendo esta situação ser previamente discutida com a pessoa com ostomia (Black, 2016).

Para algumas pessoas é tranquilizante ter um elemento da família instruído sobre o autocuidado à ostomia. Este familiar poderá assistir a pessoa nos primeiros dias após a alta ou num momento em que esta não se sinta bem. Contudo, para as pessoas capazes de se autocuidarem é preferível aguardar que estas tenham aprendido todo o procedimento de substituição de dispositivos para que não se tornem dependentes dos familiares. A demonstração do procedimento deve, inclusivamente, ser feita pela pessoa com ostomia (O'Connor, 2005).

Os autores referem vários ensinamentos que podem ser realizados à pessoa com ostomia, tais como a importância de vigiar o estoma, pele peri-estoma e urina em cada substituição de dispositivos (Berti-Hearn & Elliott, 2019; Geng et al, 2009; ACS, 2019; DGS, 2017), a necessidade de identificar complicações (Burch, 2017a; Fulham, 2008; Geng et al, 2009; RNAO, 2009; ACS, 2019; DGS, 2016; Fellows, Gutman, Clark & DuBois, 2017) e de contactar com o médico ou o enfermeiro de estomaterapia se identificar alguma complicação (Burch, 2017a; Fulham, 2008; ACS, 2019).

No momento da alta os enfermeiros devem providenciar dispositivos de estomaterapia necessários para a pessoa executar os cuidados à ostomia durante duas semanas (Fulham, 2008; Burch, 2017b), informar a pessoa como pode adquirir mais dispositivos após a alta hospitalar (Burch, 2017b; RNAO, 2009) e fornecer contactos úteis para a pessoa esclarecer dúvidas e expor problemas (Berti-Hearn & Elliott, 2019; Geng et al, 2009; RNAO, 2009; Fellows et al, 2017). Deve haver transmissão de informação entre o hospital e a comunidade sobre a condição clínica e o progresso no autocuidado à ostomia (O'Connor, 2005) de forma a promover o acompanhamento em ambulatório que, segundo a Association of Stoma Care Nurses, deve ser regular para permitir a identificação e resolução de quaisquer preocupações que possam surgir (Burch, 2017b). Em Portugal a recomendação da DGS (2016) é que este acompanhamento após alta tenha uma periodicidade de 15 dias pós-alta; 1, 3 e 6 meses pós-alta e sempre que existam intercorrências.

Após a alta hospitalar, os enfermeiros devem assistir a pessoa a gerir a sua ostomia (Burch, 2017b) e a integrá-la no seu estilo de vida (O'Connor, 2005), encorajando-a, portanto, a manter o mesmo estilo de roupa que usava antes da cirurgia (DGS, 2016), a retomar contactos sociais, atividade física e hábitos de vida (Burch, 2017b; DGS, 2016; Fellows et al, 2017) como, por exemplo, nadar (Burch, 2017b) ou viajar (Geng et al, 2009).

Todas as intervenções de enfermagem na promoção do autocuidado no pós-operatório da pessoa com urostomia por doença oncológica identificadas foram agrupadas por termos do eixo de ação da Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem (CIPE, 2005) e categorizadas nos três domínios da aprendizagem de Bloom, nomeadamente, o domínio cognitivo, afetivo e psicomotor (Apêndice III).

Conclusão

A construção de uma urostomia tem um impacto negativo na vida das pessoas e os enfermeiros devem intervir de forma a minimizá-lo, ajudando estas pessoas a gerir a sua ostomia. Isto consegue-se, principalmente, através da capacitação da pessoa para o autocuidado à urostomia que deve iniciar-se logo que a pessoa reúna as condições necessárias à aprendizagem e deve seguir um planeamento estruturado que permita uniformizar a intervenção dos enfermeiros garantindo que todos os aspetos fundamentais são abordados. No momento da alta deve estar assegurando o despejo e substituição dos dispositivos pela pessoa ou por um familiar e devem ser fornecidos contactos úteis para a pessoa usar se tiver dúvidas ou identificar alguma complicação. Os enfermeiros devem articular-se com os colegas da comunidade informando-os da capacidade da pessoa para cuidar da sua ostomia e garantindo um acompanhamento após a alta de acordo com a periodicidade recomendada que, em Portugal e segundo a DGS (2016), deve ser aos 15 dias, 1, 3 e 6 meses após a alta; anualmente e sempre que ocorram intercorrências. Durante o acompanhamento após a alta os enfermeiros devem encorajar e assistir a pessoa a retomar os hábitos de vida.

Implicações para a investigação

A realização desta revisão de literatura permitiu identificar intervenções de enfermagem importantes e orientadoras da intervenção do enfermeiro na promoção do autocuidado à urostomia, nomeadamente, a importância de seguir um plano educativo estruturado durante a capacitação da pessoa para o autocuidado que uniformize a prática de enfermagem e previna a omissão de informação pertinente durante as sessões de educação. Contudo, não foi identificado nenhum estudo acerca da implementação de um programa educativo padrão na promoção do autocuidado à urostomia o que se considera uma lacuna na investigação.

A necessidade de avaliar diariamente o autocuidado à urostomia com recurso a uma ferramenta validada foi também mencionado por vários autores, no entanto, não existe nenhuma escala validada em português pelo que se considera importante que, no futuro, seja traduzida uma escala validada, como a *Urostomy Education Scale*, para a língua portuguesa.

Implicações para a prática

A identificação das intervenções de enfermagem na promoção do autocuidado, no pós-operatório da pessoa com urostomia por doença oncológica permitiu ao autor enriquecer os seus conhecimentos na temática em estudo e nortear a sua prática de acordo com a evidência. Serviu de pedra basilar à elaboração de documentos de apoio à prática de enfermagem como, por exemplo, um programa educativo na capacitação do autocuidado no pós-operatório da pessoa com urostomia.

Referências Bibliográficas

- American Cancer Society (ACS) (2019). *Caring for a Urostomy*. <https://cancer.org/treatment/treatments-and-side-effects/treatment-types/surgery/ostomies/urostomy/management.html>.
- Aromataris, E. & Munn, Z. (2020). JBI manual for evidence synthesis. JBI. <https://synthesismanual.jbi.global>.
- Bardin, L. (2016). *Análise de Conteúdo*. São Paulo: Edições 70.
- Conselho Internacional de Enfermeiras (2005). *Classificação internacional para a prática de enfermagem versão 1.0*. Lisboa: Associação Portuguesa de Enfermeiros.
- Berti-Hearn, L., & Elliott, B. (2019). Urostomy care: a guide for home care clinicians. *Home Healthcare Now*, 37(5), 248–255. <https://doi.org/10.1097/nhh.0000000000000792>.
- Black, P. (2016). Teaching stoma patients the practical skills for self-care. *British Journal of Healthcare Assistants*, 4(3), 132–135. <https://doi.org/10.12968/bjha.2010.4.3.47085>.
- Brown, F. (2017). Psychosocial health following stoma formation: A literature review. *Gastrointestinal Nursing*, 15(3), 43–49. <https://doi.org/10.12968/gasn.2017.15.3.43>.
- Burch, J. (2011). Essential care for patients with stomas. *Nursing Times*, 107(45), 12–14.
- Burch, J. (2017a). Care of patients undergoing stoma formation: what the nurse needs to know. *Nursing Standard*, 31(51), 41–45. <https://doi.org/10.7748/ns.2017.e10198>.
- Burch, J. (2017b). Post-discharge care for patients following stoma formation: what the nurse needs to know. *Nursing Standard*, 31(51), 41–45. <https://doi.org/10.7748/ns.2017.e10198>.
- Colombo, R., & Naspro, R. (2010). Ileal conduit as the standard for urinary diversion after radical cystectomy for bladder cancer. *European Urology, Supplements*, 9(10), 736–744. <https://doi.org/10.1016/j.eursup.2010.09.001>.

Direção Geral da Saúde (2016). Norma n.º 012/2016, de 28/10/2016, atualizada a 03/03/2017 – Indicações clínicas nas ostomias de eliminação urinária em idade pediátrica e no adulto. 1-37.

EONS (2018). *Cancer nursing education framework*. <https://cancernurse.eu/education/cancer-nursing-education-framework>.

Fellows, J.; Gutman, N; Clark, J.& DuBois, H. (2017). Urostomy guide. United Ostomy Associations of America, 1–17. <https://www.ostomy.org>.

Fulham, J. (2008). A guide to caring for patients with a newly formed stoma in the acute hospital setting. *Gastrointestinal Nursing*, 6(8), 14–23. <https://doi.org/10.12968/gasn.2008.6.8.31425>.

Geng, V., Cobussen-Boekhorst, H., Fillingham, S., Holroyd, S., Kiesbye, B. & Vahr, S. (2009). The good practice in health care: incontinent urostomy. *European Association of Urology Nurses*. http://www.uroweb.org/gls/EAUN/epub/EAUN_2009_LR.html.

International Agency for Research on Cancer (IARC) & Globocan (2019). *All cancers*. The Global Cancer Observatory. <https://gco.iarc.fr/today/fact-sheets-cancers>.

Kristensen, S., & Jensen, B. (2014). Testing inter-rater reliability of the Urostomy Education Scale. *European Journal of Oncology Nursing*, 20, 17–23. <https://doi.org/10.1016/j.ejon.2015.06.004>

Kristensen, S., Laustsen, S., Kiesbye, B., & Jensen, B. T. (2013). The urostomy education scale a reliable and valid tool to evaluate urostomy self-care skills among cystectomy patients. *Journal of Wound, Ostomy and Continence Nursing*, 40(6), 611–617. <https://doi.org/10.1097/01.WON.0000436778.39349.12>

Merandy, K., Morgan, M., Lee, R., & Scherr, D. (2017). Improving self-efficacy and self-care in adult patients with a urinary diversion: A pilot study. *Oncology Nursing Society*, 44(3), E90–E100. <https://doi.org/10.1188/17.ONF.E90-E100>.

O'Connor, G. (2005). Teaching stoma-management skills: the importance of self-care. *British Journal of Nursing*, 14(6), 320–325.

Registered Nurses' Association of Ontario (RNAO) (2009). Cuidado y manejo de la ostomía. *Best Practice Guideline*, 1-120.

Villa, G., Mannarini, M., Della, G., Marzo, E., Manara, D. & Vellone, E. (2019a). A literature review about self-care on ostomy patients and their caregivers.

International Journal of Urological Nursing, 13(2), 75–80.
<https://doi.org/10.1111/ijun.12182>.

Walls, P. (2018). Overcoming problems with stoma site placement and improving quality of life after urinary diversion. *WCET Journal*, 38(3), 21-25.

APÊNDICES
(do apêndice IV)

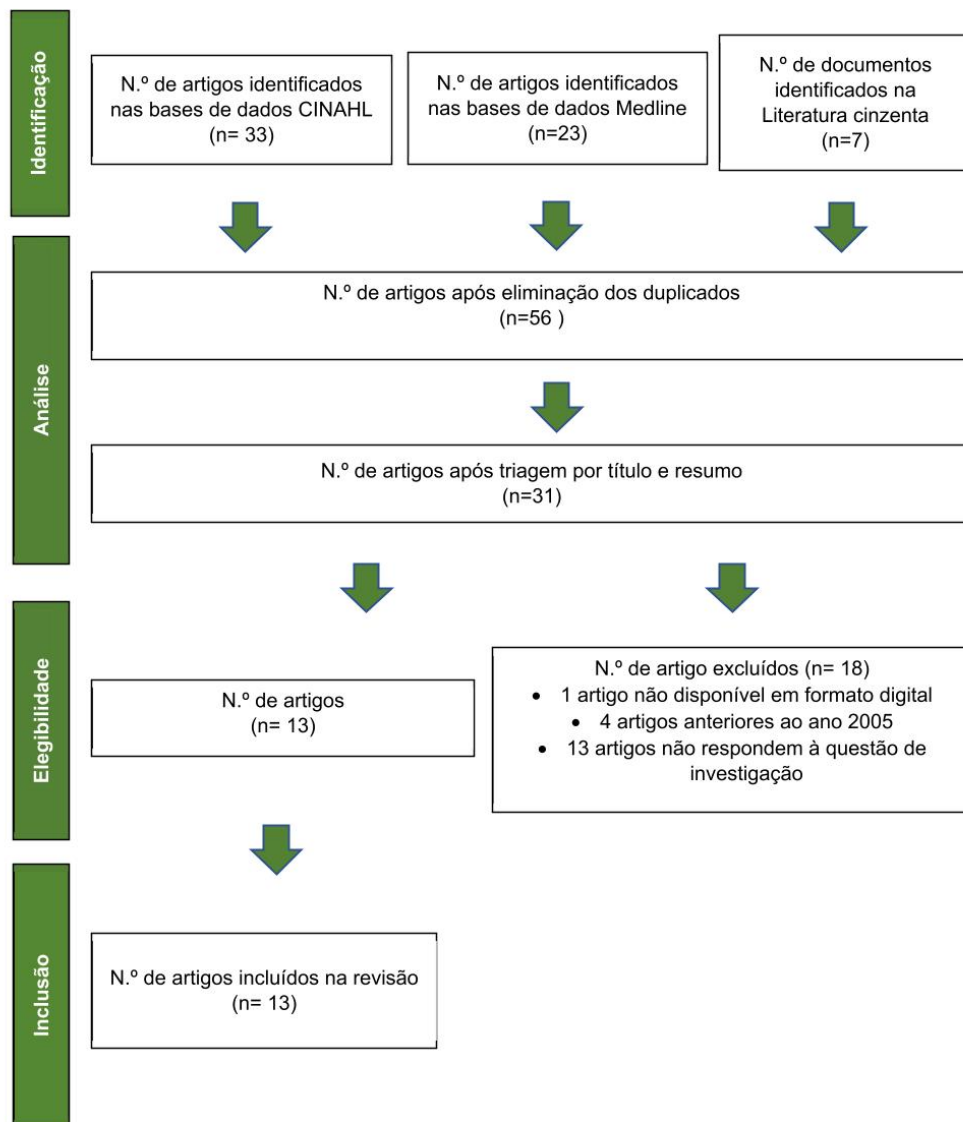
Apêndice I (do apêndice IV): Histórico da pesquisa nas bases de dados da CINAHL e da Medline

#	Consulta	Limitadores / Expansores	Última Execução Por	Resultados
S12	S1 AND S9 AND S10 AND S11	Expansores - Aplicar assuntos equivalentes Modos de pesquisa - Booleana/Frase	Interface - EBSCOhost Research Databases Ecrã e Pesquisa - Pesquisa Avançada Base de dados - CINAHL Complete	33
S11	S2 OR S3	Expansores - Aplicar assuntos equivalentes Modos de pesquisa - Booleana/Frase	Interface - EBSCOhost Research Databases Ecrã e Pesquisa - Pesquisa Avançada Base de dados - CINAHL Complete	56,391
S10	S4 OR S5 OR S6	Expansores - Aplicar assuntos equivalentes Modos de pesquisa - Booleana/Frase	Interface - EBSCOhost Research Databases Ecrã e Pesquisa - Pesquisa Avançada Base de dados - CINAHL Complete	125,710
S9	S7 OR S8	Expansores - Aplicar assuntos equivalentes Modos de pesquisa - Booleana/Frase	Interface - EBSCOhost Research Databases Ecrã e Pesquisa - Pesquisa Avançada Base de dados - CINAHL Complete	2,574
S8	"urostomy"	Expansores - Aplicar assuntos equivalentes Modos de pesquisa - Booleana/Frase	Interface - EBSCOhost Research Databases Ecrã e Pesquisa - Pesquisa Avançada Base de dados - CINAHL Complete	162
S7	(MH "Ostomy")	Expansores - Aplicar assuntos equivalentes Modos de pesquisa - Booleana/Frase	Interface - EBSCOhost Research Databases Ecrã e Pesquisa - Pesquisa Avançada Base de dados - CINAHL Complete	2,453
S6	"formation"	Expansores - Aplicar assuntos equivalentes Modos de pesquisa - Booleana/Frase	Interface - EBSCOhost Research Databases Ecrã e Pesquisa - Pesquisa Avançada	52,618
S5	(MH "Education")	Expansores - Aplicar assuntos equivalentes Modos de pesquisa - Booleana/Frase	Interface - EBSCOhost Research Databases Ecrã e Pesquisa - Pesquisa Avançada Base de dados - CINAHL Complete	11,036
S4	(MH "Program Evaluation") OR (MH "Program Development")	Expansores - Aplicar assuntos equivalentes Modos de pesquisa - Booleana/Frase	Interface - EBSCOhost Research Databases Ecrã e Pesquisa - Pesquisa Avançada Base de dados - CINAHL Complete	62,818
S3	(MH "Ostomy Care")	Expansores - Aplicar assuntos equivalentes Modos de pesquisa - Booleana/Frase	Interface - EBSCOhost Research Databases Ecrã e Pesquisa - Pesquisa Avançada Base de dados - CINAHL Complete	2,456
S2	"self-care"	Expansores - Aplicar assuntos equivalentes Modos de pesquisa - Booleana/Frase	Interface - EBSCOhost Research Databases Ecrã e Pesquisa - Pesquisa Avançada Base de dados - CINAHL Complete	54,203
S1	"mus"	Expansores - Aplicar assuntos equivalentes Modos de pesquisa - Booleana/Frase	Interface - EBSCOhost Research Databases Ecrã e Pesquisa - Pesquisa Avançada Base de dados - CINAHL Complete	934,229

#	Consulta	Limitadores / Expansores	Última Execução Por	Resultados
S12	S1 AND S5 AND S8 AND S11	Expansores - Aplicar assuntos equivalentes Modos de pesquisa - Booleana/Frase	Interface - EBSCOhost Research Databases Ecrã e Pesquisa - Pesquisa Avançada Base de dados - MEDLINE Complete	23
S11	S3 OR S9 OR S10	Expansores - Aplicar assuntos equivalentes Modos de pesquisa - Booleana/Frase	Interface - EBSCOhost Research Databases Ecrã e Pesquisa - Pesquisa Avançada Base de dados - MEDLINE Complete	1,241,439
S10	"formation"	Expansores - Aplicar assuntos equivalentes Modos de pesquisa - Booleana/Frase	Interface - EBSCOhost Research Databases Ecrã e Pesquisa - Pesquisa Avançada Base de dados - MEDLINE Complete	1,139,468
S9	(MH "Education")	Expansores - Aplicar assuntos equivalentes Modos de pesquisa - Booleana/Frase	Interface - EBSCOhost Research Databases Ecrã e Pesquisa - Pesquisa Avançada Base de dados - MEDLINE Complete	20,814
S8	S6 OR S7	Expansores - Aplicar assuntos equivalentes Modos de pesquisa - Booleana/Frase	Interface - EBSCOhost Research Databases Ecrã e Pesquisa - Pesquisa Avançada Base de dados - MEDLINE Complete	1,682
S7	(MH "Ostomy")	Expansores - Aplicar assuntos equivalentes Modos de pesquisa - Booleana/Frase	Interface - EBSCOhost Research Databases Ecrã e Pesquisa - Pesquisa Avançada Base de dados - MEDLINE Complete	1,437
S6	"urostomy"	Expansores - Aplicar assuntos equivalentes Modos de pesquisa - Booleana/Frase	Interface - EBSCOhost Research Databases Ecrã e Pesquisa - Pesquisa Avançada Base de dados - MEDLINE Complete	272
S5	S2 OR S4	Expansores - Aplicar assuntos equivalentes Modos de pesquisa - Booleana/Frase	Interface - EBSCOhost Research Databases Ecrã e Pesquisa - Pesquisa Avançada Base de dados - MEDLINE Complete	33,542
S4	(MH "Self Care")	Expansores - Aplicar assuntos equivalentes Modos de pesquisa - Booleana/Frase	Interface - EBSCOhost Research Databases Ecrã e Pesquisa - Pesquisa Avançada Base de dados - MEDLINE Complete	32,962
S3	(MH "Program Development") OR (MH "Program Evaluation")	Expansores - Aplicar assuntos equivalentes Modos de pesquisa - Booleana/Frase	Interface - EBSCOhost Research Databases Ecrã e Pesquisa - Pesquisa Avançada Base de dados - MEDLINE Complete	82,801
S2	"STOMA CARE"	Expansores - Aplicar assuntos equivalentes Modos de pesquisa - Booleana/Frase	Interface - EBSCOhost Research Databases Ecrã e Pesquisa - Pesquisa Avançada Base de dados - MEDLINE Complete	650
S1	"Nurs"	Expansores - Aplicar assuntos equivalentes Modos de pesquisa - Booleana/Frase	Interface - EBSCOhost Research Databases Ecrã e Pesquisa - Pesquisa Avançada Base de dados - MEDLINE Complete	863,947

Apêndice II (do apêndice IV): Fluxograma do processo
de seleção e inclusão do estudo

Fluxograma do processo de seleção e inclusão do estudo



Apêndice III (do apêndice IV): Categorização das
intervenções de enfermagem

Categorização das intervenções de enfermagem

Intervenções de enfermagem		Dominio aprendizagem	Artigos
Assistir	Física e psicologicamente as pessoas com ostomia	Afetivo	3
	A pessoa a integrar a ostomia no seu estilo de vida		5
	Com regularidade, a pessoa a gerir a sua ostomia		7
	A pessoa a gerir a alteração da autoimagem		7
	A pessoa após a alta, em consulta de estomaterapia com a seguinte calendarização: 15 dias pós-alta; 1,3 e 6 meses após a alta e sempre que existam intercorrências.		12
	A gerir a sua sexualidade e intimidade com uma ostomia		12
Dar	Conselhos especializados	Cognitivo	3
Demonstrar	Pelo menos uma vez o procedimento completo de substituição de dispositivos		8,9
Educar	A pessoa a ingerir 1,5-3 l ou 25-35 ml de bebidas não alcoólicas por Kg de peso ao dia	Cognitivo	1,6,8, 10,13
	A pessoa a ingerir alimentos acidificantes da urina para prevenir infeções urinárias e surgimento de cristais no estoma e pele peri-estoma		6,11,13
	A pessoa acerca da inexistência de restrições alimentares		10
Encorajar	A pessoa a observar o seu estoma	Afetivo	3
	A pessoa a observar o procedimento de substituição de dispositivos		3
	A pessoa a demonstrar o procedimento de despejo e substituição dos dispositivos ao seu familiar		5

Legenda:

	Psicomotor		Cognitivo		Afetivo
--	------------	--	-----------	--	---------

Intervenções de enfermagem		Dominio aprendizagem	Artigos
Encorajar	A expôr as suas preocupações e pedir ajuda podendo, ou não, envolver o parceiro nesta intervenção	Afetivo	6
	A pessoa a retomar hábitos de vida, atividade física e contactos sociais com familiares, amigos e grupos de apoio		7,12,13
	A pessoa a participar, o máximo possível, no cuidado à ostomia		8
	A pessoa a manter o estilo de roupa, evitando colocar elásticos e cintos sobre o estoma		12
	A pessoa a discutir a sexualidade com o parceiro		13
	A pessoa a falar com enfermeiros, terapeutas e amigos de confiança sobre os seus sentimentos		13
Ensinar	A pessoa a identificar complicações	Cognitivo	3
	A pessoa a identificar complicações do estoma		1,8,11, 12,13
	A pessoa a identificar complicações da pele peri-estoma		1,8,9,11,12,13
	A pessoa a reunir o material necessário para cuidar da ostomia		1,5,8,12
	A eliminar o lixo resultante dos cuidados à ostomia		1,4,5,12
	A pessoa a substituir, diariamente, o saco de urostomia		3
	A pessoa a substituir o saco de urostomia a cada 48 horas enquanto permanecerem os catéteres ureterais		3

Intervenções de enfermagem		Domínio aprendizagem	Artigos
Ensinar	A pessoa a substituir a placa de urostomia, nos sistemas de duas peças, entre 24 a 72 horas		3
	A pessoa a despejar o saco de urostomia antes da sua substituição		3
	A pessoa a adaptar um saco coletor de urina ao saco de urostomia no período noturno		4
	A um familiar os cuidados à ostomia para que possa assistir a pessoa nos primeiros dias após a alta hospitalar. No caso das pessoas capazes de se autocuidar, aguardar que estas tenham aprendido os cuidados à ostomia antes de envolver a família		5
	A pessoa a lavar as mãos antes do procedimento de despejo e substituição dos dispositivos		5,11,12
	A pessoa a escolher o molde de recorte que acompanha os dispositivos do mesmo tamanho ou ligeiramente maior que o estoma que permita um ajuste confortável		5
	A pessoa a lavar as mãos no fim do procedimento de despejo e substituição dos dispositivos		5
	A pessoa a despejar o saco de urostomia quando a urina alcançar 1/3 a 1/2 da sua capacidade		6,11
	A pessoa a vigiar o estoma, a pele peri-estoma e a urina em cada substituição de dispositivos		6,8,11,12
	A pessoa a enxaguar os sacos coletores de urina com água morna e, posteriormente, lavar com uma diluição de lixívia em água (1 para 10 partes) ou de vinagre em água (1 para 3 partes) em cada utilização		6
	A pessoa a tomar banho sem dispositivos ou com os dispositivos antigos, substituindo-os por novos no fim da higiene		7,11,12
	A pessoa a aplicar dispositivos novos, pelo menos, 1 hora antes de nadar		7

Legenda:

	Psicomotor		Cognitivo		Afetivo
--	------------	--	-----------	--	---------

Intervenções de enfermagem		Domínio aprendizagem	Artigos
Ensinar	A pessoa a despejar o saco de urostomia imediatamente antes de nadar		7
	A pessoa a despejar o saco de urostomia antes do ato sexual		7
	A pessoa a usar roupa íntima ou cinto adaptado à ostomia para disfarçar a ostomia e manter os dispositivos junto ao abdômen durante o ato sexual		7,13
	A pessoa a reconhecer a cor e a aparência de um estoma saudável		1,5,8
	A pessoa que o estoma sangra, facilmente, ao toque		5,8
	A pessoa a reconhecer as características normais da urina: clara, cor de palha e com pouco odor		8
	A pessoa a identificar sinais e sintomas de infecção urinária		8
	A pessoa a levar dispositivos extra, o dobro do necessário, quando viaja		8,13
	A pessoa a informar-se acerca dos locais de venda de dispositivos no destino da viagem		8
	A pessoa manter os dispositivos longe de fontes de calor para prevenir que o adesivo derreta		8
	A pessoa a retirar os dispositivos das caixas originais e guardá-los em sacos de plástico limpos para otimização da bagagem quando viaja		8
	A pessoa a ter sempre dispositivos recortados na bagagem de mão quando viaja de avião		8

Intervenções de enfermagem		Domínio aprendizagem	Artigos
Ensinar	A pessoa a ingerir arando, diariamente, quando apresentar sinais ou sintomas de infecção urinária		8,11,13
	A pessoa a verificar, regularmente, os dispositivos para confirmar a sua integridade		10
	A pessoa a colocar os dispositivos novos numa superfície limpas antes de os substituir		11
	A pessoa a aparar os pêlos da pele peri-estoma com tesoura ou rapá-los para facilitar a aderência da placa do dispositivo; utilizar máquina de barbear ou lâmina e pó cicatrizante. Evitar o uso de espumas de barbear que deixam a pele oleosa		11,13
	A pessoa a aplicar uma compressa embebida em vinagre sobre o estoma, durante a substituição dos dispositivos, para prevenir ou reduzir o depósito de cristais provenientes da urina		11,13
	A pessoa a substituir os dispositivos pela manhã em jejum, ou 1 a 2 horas após ingerir líquidos, para prevenir o contacto da urina com a pele peri-estoma		11
	A pessoa a guardar o molde de recorte que resultou da última substituição dos dispositivos		12
	A pessoa a usar peças de vestuário como estratégia para disfarçar o saco de urostomia		6
Envolver	A equipa multidisciplinar, com maior brevidade possível, se forem identificadas barreiras ao desenvolvimento do autocuidado à ostomia		3
Escutar	Com atenção as preocupações da pessoa		1,3,5
Focar	Os ensinios, realizados no pós-operatório, na capacidade de despejo e substituição dos dispositivos de estomaterapia		5
Identificar	Barreiras ao desenvolvimento do autocuidado à ostomia		3

Legenda:

	Psicomotor	Cognitivo	Afetivo
--	------------	-----------	---------

Intervenções de enfermagem		Domínio aprendizagem	Artigos
Informar	A pessoa que deve contactar o médico ou o enfermeiro de estomaterapia de identificar alguma complicação ou se tiver dúvidas		1,3,11
	A pessoa que o estoma está edemaciado no pós-operatório imediato reduzindo, gradualmente, o seu tamanho 6-8 semanas após a cirurgia		3,8
	A pessoa que os catéteres ureterais permanecem no estoma cerca de 10 dias após a cirurgia		3
	A pessoa das associações de ostomizados existentes		3
	A pessoa que, aproximadamente, 8 semanas após a cirurgia podem ser usados os moldes de recorte disponíveis pelos laboratórios, no caso dos estomas circulares		4,8
	A pessoa que os dispositivos podem ser de 1 ou 2 peças		4
	Os profissionais de saúde da comunidade da condição clínica e progresso no autocuidado à ostomia		5
	A pessoa que deve ter sempre junto a si um conjunto de dispositivos e material necessário à substituição dos dispositivos		6
	A pessoa que os catéteres ureterais irão cair espontaneamente		6
	A pessoa da possibilidade de usar um saco coletor de urina de perna adaptado ao saco de urostomia		6
	A pessoa como pode adquirir dispositivos de estomaterapia após a alta hospitalar		7,9
	A pessoa da possibilidade de nadar		7

Intervenções de enfermagem		Dominio aprendizagem	Artigos
Informar	A pessoa da possibilidade de adquirir online fatos de banho e outras peças de vestuário apropriadas		7
	A pessoa que existem medicamentos e alimentos que podem alterar o odor e a cor da urina		8,10,13
	A pessoa do processo de acompanhamento pelo cirurgião e pelo enfermeiro de estomaterapia		8
	A pessoa da existência de toalhetes de limpeza para ostomias		8
	A pessoa dos recursos existentes na comunidade		9
	A pessoa que deve evitar colocar óleo de banho na pele peri-estoma para não dificultar a aderência dos dispositivos		11
	A pessoa que na primeira relação sexual é normal o homem ter dificuldade em ter ou manter ereção e a mulher apresenta dor durante o ato		13
	A pessoa que o interesse sexual irá, gradualmente, regressar consoante optimize a gestão da ostomia e recupere a força		13
	Instruir	A pessoa a cuidar da sua ostomia desde o período pré-operatório	
A pessoa a cuidar da sua ostomia durante o internamento quando esta estiver alerta, acordada e já tiver comido e se mobilizado e, preferencialmente, estiver disponível para aprender			1,5
A pessoa a remover os dispositivos em uso, de cima para baixo, enquanto apoia a pele circundante para evitar lesões no local			1,5,12
A pessoa a lavar, cuidadosamente, a pele peri-estoma com compressa ou esponja natural com soro fisiológico ou água e gel de banho/sabonete líquido isento de álcool ou óleo			1,5,8,11,12

Legenda: Psicomotor Cognitivo Afetivo

Intervenções de enfermagem		Dominio aprendizagem	Artigos
Instruir	A pessoa a secar, cuidadosamente, a pele peri-estoma		1,5,8
	A medir o estoma		1,5,12
	A desenhar e recortar o dispositivo com o tamanho e forma do estoma, garantindo uma margem máxima de 2-3 mm		1,3,8,9,12
	A remover o papel de proteção do dispositivo, sem tocar na área adesiva		1,5,12
	A aplicar o dispositivo no abdômen de baixo para cima exercendo pressão durante, aproximadamente, 30-60 segundos e garantindo que a placa fica sem vincos		1,4,5,8,12
	A pessoa a cuidar da sua ostomia seguindo um plano educativo com sessões de educação estruturadas e com objetivos definidos		2,3,5,6
	A inserir os catéteres ureterais pela abertura do saco de urostomia		3
	A pessoa a confirmar se os dispositivos estão corretamente adaptados e o mecanismo de segurança devidamente fechado		5,8,12
	A pessoa a sentar-se na sanita chegando-se para trás, colocar uma porção de papel higiénico no fundo da sanita para prevenir salpicos e despejar o saco de urostomia entre as pernas. Em seguida secar a extremidade do saco com papel higiénico		6,11
	A pessoa a aplicar, se necessário, produtos na pele peri-estoma		8
	A pessoa a adaptar um saco coletor de urina ao saco de urostomia		8,11
	A pessoa a despejar o saco de urostomia		8,9,12

Intervenções de enfermagem		Domínio aprendizagem	Artigos
	A pessoa a substituir os dispositivos de estomaterapia		9
	A pessoa a utilizar os dispositivos e acessórios de estomaterapia		12
	A pessoa a enxaguar o estoma e pele-peri-estoma com água após a sua lavagem		12
	A eliminar com o dedo as arestas em redor do recorte feito no dispositivo		12
Instruir	A pessoa a encaixar o saco de urostomia na placa, nos sistemas de duas peças		12
	A pessoa a colocar os catéteres ureterais acima da válvula antirefluxo		12
Monitorizar	As capacidades de autocuidado da pessoa no pós-operatório, recorrendo a uma ferramenta validada		2,6
Observar	A relação e interação da pessoa com os seus familiares		8
Providenciar	Uma bolsa para armazenamento dos dispositivos de estomaterapia		3
	No momento da alta, dispositivos de estomaterapia necessários para executar os cuidados à ostomia durante duas semanas		3,7
	Os recursos necessários para a aprendizagem do autocuidado à ostomia		5
	Uma lista com instruções para substituir os dispositivos de ostomia		5

Legenda:

	Psicomotor		Cognitivo		Afetivo
--	------------	--	-----------	--	---------

Providenciar	Contactos úteis para a pessoa esclarecer dúvidas e expor problemas após a alta hospitalar		6,8,9,13
Registar	As capacidades de autocuidado da pessoa no pós-operatório, recorrendo a uma ferramenta validada		2,3
Treinar	Com a pessoa o autocuidado nas instalações sanitárias para simular o ambiente que a pessoa terá, no futuro, em casa		5

Apêndice V: Lista dos dispositivos e acessórios de urostomia
100% compartilhados pelo SNS

Lista dos dispositivos de urostomia 100% compartilhados pelo SNS

Dispositivos Médicos				
Laboratório	Modelo/Refª	Tamanho	Tipo de sistema	Designação
****	****	Grande	Peça única plana	Saco Urostomia aberto opaco
****	****	Grande 45mm	Duas peças	Saco Urostomia aberto opaco - fixação mecânica
****	****	Grande 55mm	Duas peças	Saco Urostomia aberto opaco - fixação mecânica
****	****	Médio	Peça única plana	Saco Urostomia aberto opaco
****	****	Grande Convexo	Peça única convexa	Saco Urostomia aberto opaco
****	****	Grande Pré-rec. 29mm	Peça única plana	Saco Urostomia aberto opaco
****	****	Curvex Grande Mold.	Peça única convexa	Saco Urostomia aberto opaco
****	****	Convexa 45mm	Placa convexa	Placa de fixação mecânica moldável
****	****	Convexa 55mm	Placa convexa	Placa de fixação mecânica moldável
****	****	Plana uro 55mm	Placa plana	Placa de fixação mecânica moldável
****	****	Plana uro 45mm	Placa plana	Placa de fixação mecânica moldável
****	****	32mm	Placa plana	Placa de fixação mecânica
****	****	38mm	Placa plana	Placa de fixação mecânica
****	****	45mm	Placa plana	Placa de fixação mecânica
****	****	57mm	Placa plana	Placa de fixação mecânica
****	****	70mm	Placa plana	Placa de fixação mecânica
****	****	32mm	Placa plana	Placa de fixação mecânica
****	****	38mm	Placa plana	Placa de fixação mecânica
****	****	45mm	Placa plana	Placa de fixação mecânica
****	****	57mm	Placa plana	Placa de fixação mecânica
****	****	70mm	Placa plana	Placa de fixação mecânica
****	****	13/45mm	Placa plana	Placa de fixação mecânica moldável
****	****	22/45mm	Placa plana	Placa de fixação mecânica moldável
****	****	33/57mm	Placa plana	Placa de fixação mecânica moldável
****	****	45/70mm	Placa plana	Placa de fixação mecânica moldável
****	****	13/45mm	Placa convexa	Placa de fixação mecânica moldável
****	****	22/45mm	Placa convexa	Placa de fixação mecânica moldável
****	****	33/57mm	Placa convexa	Placa de fixação mecânica moldável
****	****	19/45mm	Placa convexa	Placa de fixação mecânica
****	****	22/45mm	Placa convexa	Placa de fixação mecânica

Dispositivos Médicos			
Laboratório	Modelo/Ref^a	Tamanho/características	Designação
****	****		Saco coletor de urina
****	****		Cinto ajustável
****	****	50ml	Removedor de adesivos em spray
****	****		Removedor de adesivos em toalhetes
****	****		Película de proteção cutânea em toalhe
****	****		Película de proteção cutânea em spray
****	****		Espessante de efluente com carvão
****	****	48mm	Nivelador em anel
****	****	98mm	Nivelador em anel
****	****		Nivelador em bisnaga/pasta
****	****	Moldáveis-Mel manuka-2,5mm	Nivelador em anel
****	****	Moldáveis-Mel manuka-60mm dia	Nivelador em anel
****	****	Moldáveis-Mel manuka-2,5 mm 70	Nivelador em anel
****	****	Moldáveis-Mel manuka-2,5 mm 80	Nivelador em anel
****	****	Moldáveis-Mel manuka-4,0mm	Nivelador em anel
****	****	Aro-73mm-extensível até 140cm	Cinto ajustável
****	****	Aro-82mm-extensível até 140cm	Cinto ajustável
****	****	Grande-extensível até 140cm	Cinto ajustável
****	****	Médio-extensível até 120cm	Cinto ajustável
****	****	HidroFrame-grande-Mel Manuka	Tiras de fixação
****	****	Aurum transparente grande	Tiras de fixação
****	****	HidroFrame -Mini-Mel Manuka	Tiras de fixação
****	****	S/ alcool - (BOV) 50 ml.	Película de proteção cutânea em spray
****	****	S/ alcool-(BOV) 50 ml	Removedor de adesivos em spray
****	****	S/ alcool-100 g	Nivelador em bisnaga/pasta
****	****	S/ alcool	Película de proteção cutânea em toalhe
****	****	S/ alcool	Removedor de adesivos em toalhetes

Apêndice VI: Guia de colheita de dados para a pessoa com urostomia

Guia de colheita de dados

Consulta de enfermagem no período pós-operatório

Consulta de enfermagem:

15 dias pós-alta 1mês pós-alta 3 meses pós-alta
6 meses pós-alta 1 ano pós-alta > 1 ano pós alta
Não programada

Identificação da pessoa com urostomia

Nome: _____

Idade: _____

Género: F M

Raça: _____

Estado civil: _____

Emprego: _____

Manifesto de crenças religiosas ou culturais: Sim Não

Se sim, quais? _____

Dificuldades económicas? Sim Não . Tem apoio social? Sim Não

Se sim, qual? _____

Capacidade física: Mantida Comprometida

Capacidade cognitiva: Mantida Comprometida

Capacidade Visual: Mantida Comprometida

Dimensão psicológica

- **Motivação/força vontade:** Presente Ausente
- **Consciencialização da condição de saúde:** Presente Ausente
- **Alterações de humor percetíveis:** Presente Ausente

Rede de suporte informal? Sim Não

Se sim, qual o parentesco/afinidade/contacto:

Participa nos cuidados à urostomia: Sim Não

Situação da doença

Diagnóstico: _____

Intervenção cirúrgica: _____

Data da cirurgia: _____ Data da alta: _____

Sob tratamento adjuvante: Sim Não Qual? _____

Se sim, com impacto no autocuidado? _____

Dúvidas e dificuldades manifestadas pela pessoa

Dúvidas: _____

Dificuldades sentidas: _____

Observação dos dispositivos em uso

Placa de urostomia ou saco de urostomia (sistema de peça única)

- Recorte: Adequado Grande Pequeno

- **Aplicação:** Íntegra Com rugas
Sem rugas
Não íntegra Com fuga de urina
Sem fuga de urina

Saco de urostomia (sistema duas peças)

Corretamente aparelhado Incorretamente aparelhado

Acessórios de suporte

- **Cinta/Faixa abdominal** Corretamente aplicada
Incorretamente aplicada
- **Cinto ajustável** Corretamente aplicado
Incorretamente aplicado
- **Tiras de fixação** Corretamente aplicadas
Incorretamente aplicadas

Acessórios de nivelamento

- **Pasta:** Anel moldável Bisnaga Tiras
Corretamente aplicada Incorretamente aplicada

Observação do estoma, pele peri-estoma e urina

Alterações da pele : Depósito de cristais de urina Eritema Escoriação
Maceração Ulceração

Estenose do estoma **Granulomas** **Hérnia peri estoma**

Retração do estoma **Separação mucocutânea** **Trauma da mucosa**

Sinais de infecção urinária: Odor intenso Hematúria Muco
Sedimento Febre

Intervenção de enfermagem

Avaliação do Autocuidado

Skill	0 points	1 points	2 points	3 points	Score
1. Reaction to the stoma	The patient shows no interest in/has difficulty coping with the stoma.	The patient has seen and touched the stoma on the initiative of the nurse	The patient has seen and touched the stoma on his/her own initiative	The patient copes with the stoma and is preparing for the future	
2. Removing the stoma appliance	The nurse removes the stoma appliance	The patient needs assistance to remove the stoma appliance	The patient needs verbal guidance to remove the stoma appliance	The patient can remove the stoma appliance independently	
3. Measuring the stoma diameter	The nurse measures the stoma diameter	The patient needs assistance to measure the stoma diameter correctly	The patient needs verbal guidance to measure the stoma diameter correctly	The patient can measure the stoma diameter correctly independently	
4. Adjusting the size of the urostomy diameter in a new stoma appliance	The nurse cuts the size of the urostomy diameter	The patient needs assistance to cut the size of the urostomy diameter	The patient needs verbal guidance to cut the size of the urostomy diameter	The patient can cut the size of the urostomy diameter independently	
5. Skin care	The nurse cleans and dries the skin	The patient needs assistance to clean and dry the skin	The patient needs verbal guidance to clean and dry the skin	The patient can clean and dry the skin independently	
6. Fitting a new stoma appliance	The nurse fits a new stoma appliance	The patient needs assistance to fit a new stoma appliance	The patient needs verbal guidance to fit a new stoma appliance	The patient can fit a new stoma appliance independently	
7. Emptying procedure (Emptying bag and attaching/detaching night bag)	The nurse performs the emptying procedure	The patient needs assistance to perform the emptying procedure	The patient needs verbal guidance to perform the emptying procedure	The patient can perform the emptying procedure independently	
Total points					

Kristensen, S., Laustsen, S., Kiesbye, B., & Jensen, B. (2013). The urostomy education scale a reliable and valid tool to evaluate urostomy self-care skills among cystectomy patients. *Journal of Wound, Ostomy and Continence Nursing*

Apêndice VII: Programa educativo para a capacitação do autocuidado no pós-operatório da pessoa com urostomia (1ª versão)

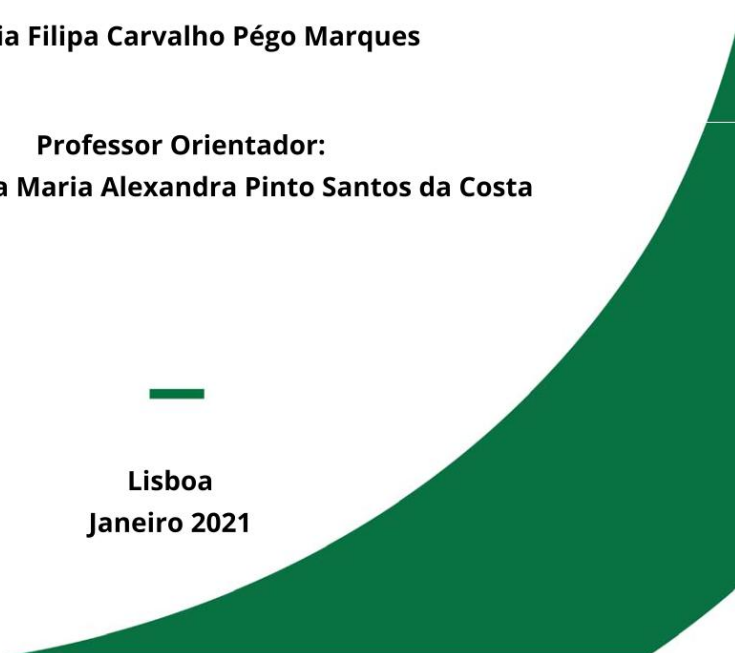


Programa educativo para a capacitação
para o autocuidado no pós-operatório da
pessoa com urostomia

Nádia Filipa Carvalho Pégo Marques

**Professor Orientador:
Prof. Doutora Maria Alexandra Pinto Santos da Costa**


**Lisboa
Janeiro 2021**



1. Introdução

O presente documento visa orientar os enfermeiros na implementação de um programa educativo para a pessoa com urostomia, no período pós-operatório, com o objetivo de estruturar e uniformizar os ensinamentos realizados, minimizando a omissão de elementos importantes.

O programa é constituído por 5 sessões de educação com intervenções de enfermagem definidas de acordo com a linguagem CIPE®. A partir da 2ª sessão de educação é implementada a *Urostomy Education Scale* que permite avaliar, registar e comparar o desempenho da pessoa no autocuidado à urostomia ao longo do programa educativo. Se a pontuação obtida, através da escala de avaliação, não aumentar entre sessões deverá ser implementado o “Algoritmo de intervenção de enfermagem: avaliação do autocuidado a urostomia”.

O programa educativo deve iniciar-se quando a pessoa com urostomia estiver alerta, tiver iniciado dieta, já se mobilizar e, preferencialmente, estiver disponível para aprender.

Fatores como a ansiedade, medo, fadiga, náusea e dor influenciam a motivação e capacidade para aprender, pelo que se deve controlar estes fatores, o melhor possível, antes do início de cada sessão de educação.

1.ª Sessão de educação

Objetivos para a pessoa com urostomia:

1. Conhecer a urostomia e o seu funcionamento
2. Conhecer os dispositivos de urostomia (placa e saco)
3. Conhecer o manual informativo
4. Observar o cuidado ao estoma e pele periestomal

Intervenções de enfermagem:

1. Orientar a pessoa para a sessão de educação
 - Informar a pessoa dos objetivos da sessão
 - Escolher um local privado, com um lavatório e um espelho (ex: sala de tratamento ou wc dos quartos individuais)
2. Providenciar dispositivos
 - Entregar Kit com dispositivos de urostomia
3. Providenciar material de leitura
 - Entregar manual informativo
4. Ensinar sobre ostomia de eliminação (recorrer à imagem do manual informativo)
 - i. Conceito de ostomia de eliminação
 - ii. Finalidade da ostomia de eliminação
5. Ensinar sobre dispositivos para o autocuidado do estoma
 - Mostrar uma placa e um saco de urostomia e explicar a sua utilidade
6. Instruir o autocuidado à ostomia
 - i) Material necessário
 - Reunir material (compressas, soro, resguardo, placa e saco de urostomia, spray removedor, tesoura, saco do lixo, régua para medir o estoma)
 - ii) Despejar o saco de urostomia
 - Sentar na sanita e chegar-se para trás, segurar o saco de urostomia entre as pernas e abrir a válvula de despejo para sair a urina. Fechar a válvula e secar a extremidade com papel higiénico
 - iii) Remover o saco de urostomia
 - iv) Remover a placa de ostomia

- Remover, cuidadosamente, a placa enquanto apoia a pele com a mão
- v) Limpar o estoma e pele periestomal
 - Remover o muco do estoma e cateteres ureterais
 - Informar que os cateteres ureterais permanecem em média 7-10 dias após a cirurgia e caem espontaneamente
 - Limpar a pele periestomal com compressa com soro (explicar que o uso de compressas e soro é só no pós-operatório imediato. Quando os cateteres caírem a limpeza é feita com esponja e sabonete/gel de banho)
 - Secar a pele
- 7. Vigiar o estoma
 - Informar a pessoa das características normais do estoma:
 - Cor rosada ou vermelha (semelhante à mucosa da boca da pessoa)
 - Facilmente sangrante ao toque (sangramento semelhante ao que acontece na escovagem dos dentes)
 - Sem sensibilidade
- 8. Vigiar pele periférica ao estoma
 - A pele periestomal deve manter-se igual à restante pele do abdómen
- 9. Instruir o autocuidado à ostomia (continuação)
 - i. Recortar a placa
 - Medir o estoma com a régua (se estoma circular) e recortar a placa com a forma e tamanho do estoma, com uma margem de 2-3mm no máximo
 - ii. Colocar a placa de ostomia
 - iii. Aparelhar o saco de urostomia
 - Remover o papel de proteção de toda a área adesiva sem tocar na mesma e aplicar o dispositivo em redor do estoma, exercendo ligeira pressão durante 30-60 segundos.
 - Garantir que a placa não fica aplicada sobre vincos
 - Inserir os cateteres ureterais no saco de ostomia, acima da válvula anti refluxo
 - Aparelhar o saco à placa de ostomia
 - Verificar se o mecanismo de segurança e a válvula de despejo estão fechados
 - Ensinar a trocar a placa de 3 em 3 dias e em SOS
 - Ensinar a trocar o saco e a observar o estoma diariamente

- Descartar os dispositivos e material usados e lavar higienicamente as mãos
- iv. Conectar/desconectar e despejar o saco de drenagem noturna

2.ª Sessão de educação

Objetivos para a pessoa com urostomia:

1. Identificar e reunir os dispositivos e material necessário ao cuidado ao estoma e pele periestomal
2. Identificar as etapas do cuidado ao estoma e pele periestomal
3. Observar o cuidado ao estoma e pele periestomal
4. Conhecer as características normais da urina
5. Conhecer as principais complicações (alterações da pele periestomal e infeção do trato urinário) e as principais estratégias para prevenção

Intervenções de enfermagem:

1. Orientar a pessoa para a sessão de educação
2. Assistir a pessoa a reunir o material necessário para o cuidado ao estoma e pele periestomal
3. Educar para a saúde
 - Informar a pessoa das características normais da urina – cor de palha, límpida e com odor pouco intenso
4. Ensinar sobre complicações
 - Alteração das características da urina poderá significar infeção do trato urinário e deve ser comunicada ao médico assistente
 - As alterações da pele são as complicações mais frequentes nas pessoas com ostomia de eliminação, pelo que é importante cuidar adequadamente da pele e vigiá-la em cada substituição de dispositivos. Se for detetada alguma alteração deve ser contactado o enfermeiro de estomaterapia ou o médico assistente
5. Ensinar sobre dieta
 - Ingerir 2-2,5L de líquidos por dia (ajustar em função da coloração da urina)
 - Ingerir vitamina C e alimentos acidificante (ex: sumo, bagas ou suplementos de arando, pão, cereais, queijo, milho, ovos, massas, nozes, peixe e carne)
6. Instruir o autocuidado à ostomia

- Substituir os dispositivos de ostomia pela manhã antes de se alimentar ou, pelo menos, 1 a 2 horas após a ingestão de líquidos (diminuir a saída de urina durante o cuidado ao estoma e pele periestomal)
 - i) Despejar o saco de urostomia
 - Despejar o saco de urostomia quando a urina ocupar 1/3 a 1/2 da sua capacidade (reduzir risco de extravasamento de urina)
 - ii) Remover o saco de urostomia
 - iii) Remover a placa de ostomia
 - Explicar a importância de segurar a pele enquanto se descola a placa, removendo-a de cima para baixo (prevenção de trauma da pele)
 - iv) Limpar o estoma e pele periestomal
 - Explicar a importância de limpar e secar adequadamente a pele periestomal (prevenir maceração)
7. Vigiar pele periférica ao estoma
8. Vigiar estoma
- Explicar que o estoma no pós-operatório apresenta edema que reduz gradualmente após 6-8 semanas da cirurgia
9. Instruir o autocuidado à ostomia (continuação)
- i) Recortar a placa
 - Explicar a importância de um recorte adequado (apertado resulta em lesão do estoma; largo resulta em maceração da pele por contato com urina)
 - ii) Colocar a placa
 - Explicar a importância da tricotomia dos pêlos da pele periestomal (otimizar aderência da placa) e como fazê-lo (aparar com tesoura ou rapar com máquina de barbear ou gillete e pó talco. Evitar cremes de barbear por deixarem a pele oleosa)
 - Explicar a importância da placa ser aplicada sem vincos (prevenir fugas de urina)
 - iii) Aparelhar o saco de urostomia
 - Inserir os cateteres ureterais no saco de ostomia, acima da válvula anti refluxo
 - Aparelhar o saco à placa de ostomia
 - Ensinar a trocar a placa de 3 em 3 dias e em SOS
 - Ensinar a trocar o saco diariamente
 - Descartar os dispositivos e material usado e lavar higienicamente as mãos

- Conectar/desconectar e despejar o saco de drenagem noturno (validade de 1 semana). É necessário o uso de adaptador que varia consoante a marca dos dispositivos de urostomia

10. Avaliar autocuidado da ostomia de eliminação com recurso à *Urostomy Education Scale*. Registrar a pontuação total e a pontuação por domínio

11. Encorajar a pessoa a esclarecer as suas dúvidas

3.ª Sessão de educação

Objetivos para a pessoa com urostomia:

1. Identificar e reunir os dispositivos e material necessário ao cuidado ao estoma e pele periestomal
2. Identificar as etapas do cuidado ao estoma e pele periestomal
3. Executar o autocuidado ao estoma e pele periestomal com assistência do enfermeiro
4. Identificar as dificuldades sentidas no autocuidado

Intervenções de enfermagem:

1. Orientar a pessoa para a sessão de educação
2. Encorajar a avaliação do estoma, pele periestomal e eliminação urinária
 - i) Vigiar pele periestomal
 - ii) Vigiar estoma
 - iii) Vigiar eliminação urinária
 - Informar a pessoa que deve contatar enfermeiros de estomaterapia ou o médico assistente se identificar possíveis complicações (alteração das suas características normais)
3. Treinar o autocuidado à ostomia
 - i) Reunir material
 - ii) Despejar o saco de urostomia
 - iii) Remover o saco de urostomia
 - iv) Remover a placa de ostomia
 - v) Limpar o estoma e pele periestomal
 - vi) Recortar placa
 - vii) Colocar placa
 - viii) Aparelhar o saco à placa de ostomia
 - ix) Conectar/desconectar e despejar o saco de drenagem noturna
4. Avaliar autocuidado da ostomia de eliminação com recurso à *Urostomy Education Scale* (registar a pontuação total e a pontuação por domínio) e comparar com a avaliação anterior.

5. Implementar algoritmo de intervenção de enfermagem: avaliação do autocuidado à urostomia se não houver evolução em algum dos domínios avaliados
6. Reforçar a importância dos cuidados à pele, do recorte e adaptação adequada dos dispositivos de ostomia na prevenção da maceração da pele
7. Encorajar a pessoa a esclarecer as suas dúvidas

4.ª Sessão de educação

Objetivos para a pessoa com urostomia:

1. Executar o autocuidado ao estoma e pele periestomal autonomamente
2. Identificar as dificuldades sentidas no autocuidado

Intervenções de enfermagem:

1. Orientar a pessoa para a sessão de educação
2. Encorajar a avaliação do estoma, pele periestomal e eliminação urinária
 - iv) Vigiar pele periférica ao estoma
 - v) Vigiar estoma
 - vi) Vigiar eliminação urinária
3. Treinar o autocuidado à ostomia
 - i) Reunir material
 - ii) Despejar o saco de ostomia
 - iii) Remover o saco de urostomia
 - iv) Remover a placa de ostomia
 - v) Limpar o estoma e pele periestomal
 - vi) Recortar placa
 - vii) Colocar placa
 - viii) Aparelhar o saco à placa de ostomia
 - ix) Conectar/desconectar e despejar o saco de drenagem noturna
4. Avaliar autocuidado da ostomia de eliminação com recurso à Urostomy Education Scale (registar o pontuação total e o pontuação por domínio) e comparar com a avaliação anterior.
5. Implementar algoritmo de intervenção de enfermagem: avaliação do autocuidado à urostomia se não houver evolução em algum dos domínios avaliados
6. Encorajar a pessoa a esclarecer as suas dúvidas

5.ª Sessão de educação

Objetivos para a pessoa com urostomia:

1. Executar o autocuidado ao estoma e pele periestomal
2. Explicar o cuidado ao estoma e pele periestomal à pessoa significativa
3. Identificar os recursos existentes na comunidade

Objetivos para a pessoa significativa:

1. Identificar as etapas do cuidado ao estoma e pele periestomal
2. Identificar os recursos existentes na comunidade

Intervenções de enfermagem:

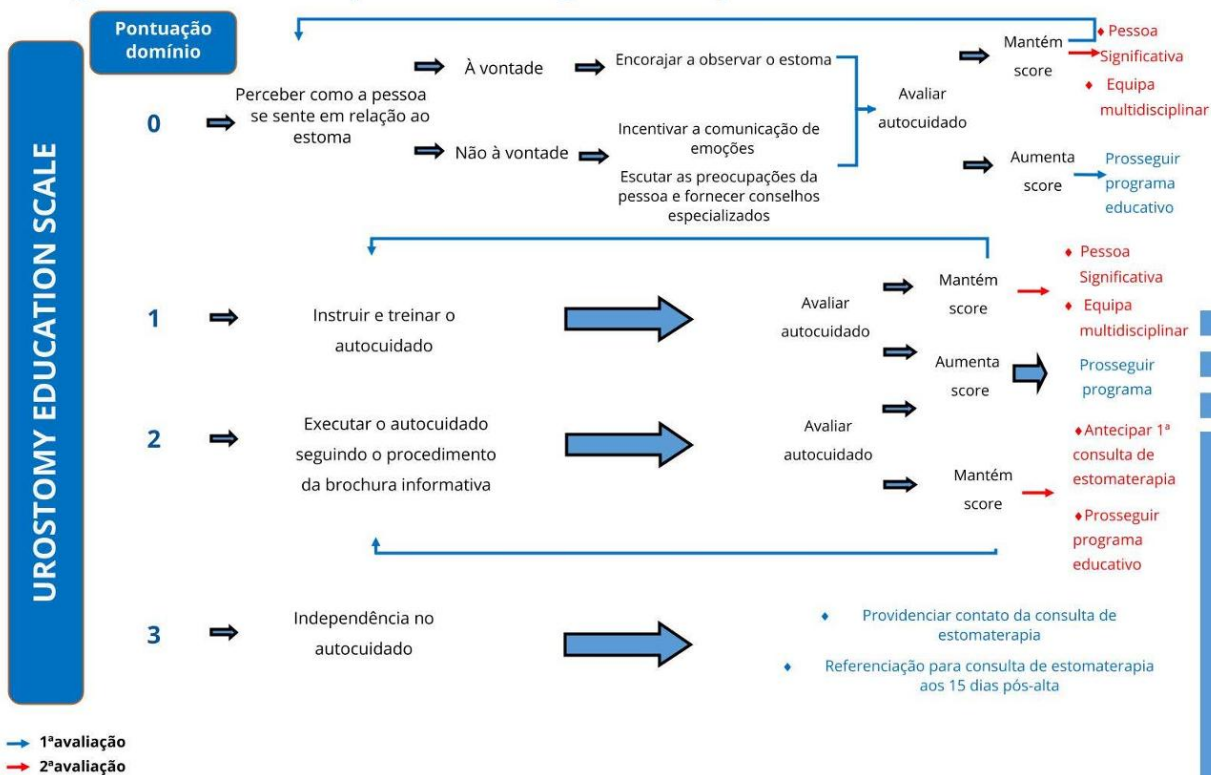
1. Orientar as pessoas para a sessão de educação
2. Treinar o autocuidado à ostomia e explicar as diferentes etapas à pessoa significativa
3. Avaliar autocuidado da ostomia de eliminação com recurso à *Urostomy Education Scale* (registar a pontuação total e a pontuação por domínio) e comparar com a avaliação anterior.
4. Encorajar a pessoa e pessoa significativa a esclarecer as suas dúvidas
5. Ensinar sobre recursos da comunidade
 - Informar sobre o acompanhamento em consulta de estomaterapia em ambulatório (15 dias, 30 dias, 3 meses, 6 meses, 12 meses, anualmente e sempre que necessário)
 - Informar sobre os contatos da consulta de estomaterapia (presentes no manual informativo)
 - Informar como adquirir o material necessário na comunidade (através de receita médica com portaria n.º 284/2016 e 92F/2017 – 100% participado)
 - No momento da alta providenciar dispositivos de ostomia suficientes para duas semanas de cuidados

Urostomy Education Scale

Skill	0 points	1 points	2 points	3 points	Score
1. Reaction to the stoma	The patient shows no interest in/has difficulty coping with the stoma.	The patient has seen and touched the stoma on the initiative of the nurse	The patient has seen and touched the stoma on his/her own initiative	The patient copes with the stoma and is preparing for the future	
2. Removing the stoma appliance	The nurse removes the stoma appliance	The patient needs assistance to remove the stoma appliance	The patient needs verbal guidance to remove the stoma appliance	The patient can remove the stoma appliance independently	
3. Measuring the stoma diameter	The nurse measures the stoma diameter	The patient needs assistance to measure the stoma diameter correctly	The patient needs verbal guidance to measure the stoma diameter correctly	The patient can measure the stoma diameter correctly independently	
4. Adjusting the size of the urostomy diameter in a new stoma appliance	The nurse cuts the size of the urostomy diameter	The patient needs assistance to cut the size of the urostomy diameter	The patient needs verbal guidance to cut the size of the urostomy diameter	The patient can cut the size of the urostomy diameter independently	
5. Skin care	The nurse cleans and dries the skin	The patient needs assistance to clean and dry the skin	The patient needs verbal guidance to clean and dry the skin	The patient can clean and dry the skin independently	
6. Fitting a new stoma appliance	The nurse fits a new stoma appliance	The patient needs assistance to fit a new stoma appliance	The patient needs verbal guidance to fit a new stoma appliance	The patient can fit a new stoma appliance independently	
7. Emptying procedure (Emptying bag and attaching/detaching night bag)	The nurse performs the emptying procedure	The patient needs assistance to perform the emptying procedure	The patient needs verbal guidance to perform the emptying procedure	The patient can perform the emptying procedure independently	
Total points					

Kristensen, S., Laustsen, S., Kiesbye, B., & Jensen, B. (2013). The urostomy education scale a reliable and valid tool to evaluate urostomy self-care skills among cystectomy patients. *Journal of Wound, Ostomy and Continence Nursing*

Algoritmo de intervenção de enfermagem: avaliação do autocuidado à urostomia



Referências bibliográficas:

- American Cancer Society (ACS) (2019). *Caring for a Urostomy*. <https://cancer.org/treatment/treatments-and-side-effects/treatment-types/surgery/ostomies/urostomy/management.html>.
- Berti-Hearn, L., & Elliott, B. (2019). Urostomy care: a guide for home care clinicians. *Home Healthcare Now*, 37(5), 248–255. <https://doi.org/10.1097/nhh.0000000000000792>.
- Black, P. (2016). Teaching stoma patients the practical skills for self-care. *British Journal of Healthcare Assistants*, 4(3), 132–135. <https://doi.org/10.12968/bjha.2010.4.3.47085>.
- Burch, J. (2011). Essential care for patients with stomas. *Nursing Times*, 107(45), 12–14.
- Burch, J. (2017a). Care of patients undergoing stoma formation: what the nurse needs to know. *Nursing Standard*, 31(51), 41–45. <https://doi.org/10.7748/ns.2017.e10198>.
- Burch, J. (2017b). Post-discharge care for patients following stoma formation: what the nurse needs to know. *Nursing Standard*, 31(51), 41–45. <https://doi.org/10.7748/ns.2017.e10198>
- Direção Geral da Saúde (2016). Norma n.º 012/2016, de 28/10/2016, atualizada a 03/03/2017 – Indicações clínicas nas ostomias de eliminação urinária em idade pediátrica e no adulto. 1-37.
- Fellows, J.; Gutman, N; Clark, J. & DuBois, H. (2017). Urostomy guide. United Ostomy Associations of America, 1–17. <https://www.ostomy.org>.
- Fulham, J. (2008). A guide to caring for patients with a newly formed stoma in the acute hospital setting. *Gastrointestinal Nursing*, 6(8), 14–23. <https://doi.org/10.12968/gasn.2008.6.8.31425>.
- Geng, V., Cobussen-Boekhorst, H., Fillingham, S., Holroyd, S., Kiesbye, B. & Vahr, S. (2009). The good practice in health care: incontinent urostomy. *European*

Association of Urology Nurses.

http://www.uroweb.org/gls/EAUN/epub/EAUN_2009_LR.html.

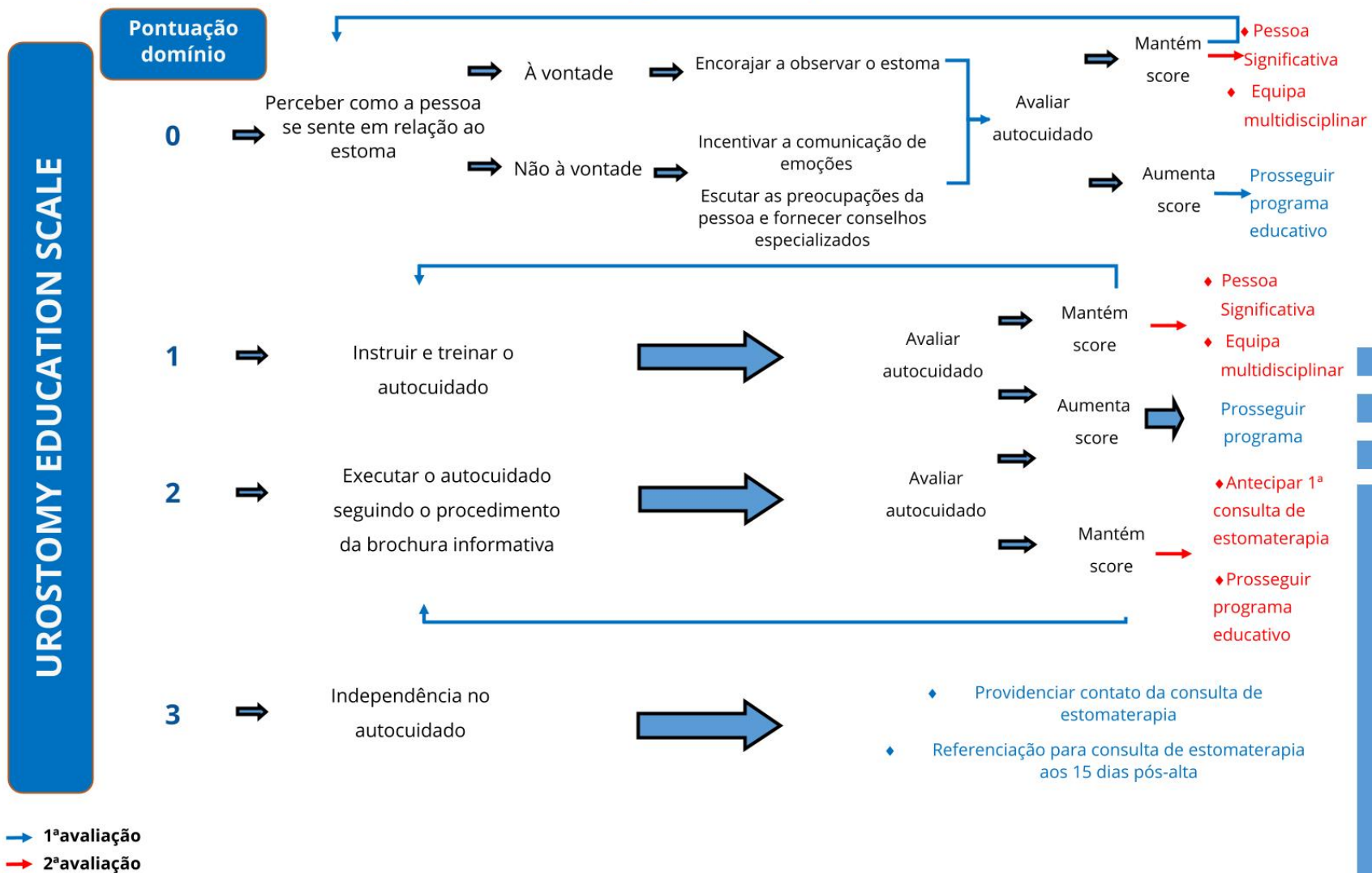
Kristensen, S., Laustsen, S., Kiesbye, B., & Jensen, B. T. (2013). The urostomy education scale a reliable and valid tool to evaluate urostomy self-care skills among cystectomy patients. *Journal of Wound, Ostomy and Continence Nursing*, 40(6), 611–617. <https://doi.org/10.1097/01.WON.0000436778.39349.12>

O'Connor, G. (2005). Teaching stoma-management skills: the importance of self-care. *British Journal of Nursing*, 14(6), 320–325.

Registered Nurses' Association of Ontario (RNAO) (2009). Cuidado y manejo de la ostomía. *Best Practice Guideline*, 1-120.

Apêndice VIII: Algoritmo de intervenção de enfermagem:
avaliação do autocuidado à urostomia

Algoritmo de intervenção de enfermagem: avaliação do autocuidado à urostomia



Apêndice IX: Instrumento de colheita de dados para a 1ª
ronda de validação de Delphi

Programa educativo para a capacitação para o autocuidado, no pós-operatório, da pessoa com urostomia						
Formação acadêmica:			Experiência profissional (anos): ____			
Licenciatura ____ Mestrado ____ Doutorado ____			Experiência profissional num serviço de urologia (anos): ____			
Especialidade ____ Curso de formação avançada em estomaterapia ____			Experiência com pessoas com urostomia (anos) ____			
1 (discordo totalmente)		3 (não concordo nem discordo)		4 (concordo)		
2 (discordo)				5 (concordo totalmente)		
		1	2	3	4	5
Sugestões						
1. Número de sessões de educação						
2. Critérios para início do programa educativo						
3. Algoritmo de intervenção de enfermagem: avaliação do autocuidado à urostomia						
1ª Sessão de educação						
Objetivos para a pessoa com urostomia						
1. Conhecer a urostomia e o seu funcionamento						
2. Conhecer os dispositivos de urostomia (placa e saco)						
3. Conhecer o manual informativo						
4. Observar o cuidado ao estoma e pele periestomal						
Intervenções de enfermagem:						
1. Orientar a pessoa para a sessão de educação						

2. Providenciar dispositivos					
3. Providenciar material de leitura					
4. Ensinar sobre ostomia de eliminação					
5. Ensinar sobre dispositivos para o autocuidado do estoma					
6. Instruir o autocuidado à ostomia					
7. Vigiar o estoma					
8. Vigiar pele periférica ao estoma					
9. Instruir o autocuidado à ostomia (continuação)					
2ª Sessão de educação					
Objetivos para a pessoa com urostomia					
1. Identificar e reunir os dispositivos e material necessário ao cuidado ao estoma e pele periestomal					
2. Identificar as etapas do cuidado ao estoma e pele periestomal					
3. Observar o cuidado ao estoma e pele periestomal					
4. Conhecer as características normais da urina					
5. Conhecer as principais complicações e as principais estratégias de prevenção					
Intervenções de enfermagem:					
1. Orientar a pessoa para a sessão de educação					

2. Assistir a pessoa a reunir o material necessário para o cuidado ao estoma e pele periestomal					
3. Educar para a saúde					
4. Ensinar sobre complicações					
5. Ensinar sobre dieta					
6. Instruir o autocuidado à ostomia					
7. Vigiar pele periférica ao estoma					
8. Vigiar estoma					
9. Instruir o autocuidado à ostomia (continuação)					
10. Avaliar o autocuidado da ostomia de eliminação com recurso à Urostomy Education Scale					
11. Encorajar a pessoa a esclarecer as suas dúvidas					
3ª Sessão de educação	1	2	3	4	5
<u>Objetivos para a pessoa com urostomia</u>					
1. Identificar e reunir os dispositivos e material necessário ao cuidado ao estoma e pele periestomal					
2. Identificar as etapas do cuidado ao estoma e pele periestomal					
3. Executar o autocuidado ao estoma e pele periestomal com assistência do enfermeiro					
4. Identificar as dificuldades sentidas no autocuidado					
<u>Intervenções de enfermagem:</u>					

1. Orientar a pessoa para a sessão de educação					
2. Encorajar a avaliação do estoma, pele periestomal e eliminação urinária					
3. Treinar o autocuidado à ostomia					
4. Avaliar o autocuidado da ostomia de eliminação com recurso à Urostomy Education Scale e comparar com avaliação anterior					
5. Implementar algoritmo de intervenção de enfermagem: avaliação do autocuidado à urostomia (se necessário)					
6. Reforçar a importância dos cuidados à pele, do recorte e adaptação adequada dos dispositivos de ostomia na prevenção					
7. Encorajar a pessoa a esclarecer as suas dúvidas					
4ª Sessão de educação	1	2	3	4	5
<u>Objetivos para a pessoa com urostomia</u>					
1. Executar o autocuidado ao estoma e pele periestomal autonomamente					
2. Identificar as dificuldades sentidas no autocuidado					
<u>Intervenções de enfermagem:</u>					
1. Orientar a pessoa para a sessão de educação					
2. Encorajar a avaliação do estoma, pele periestomal e eliminação urinária					
3. Treinar o autocuidado à ostomia					
4. Avaliar o autocuidado da ostomia de eliminação com recurso à Urostomy Education Scale e comparar com avaliação anterior					

5. Implementar algoritmo de intervenção de enfermagem: avaliação do autocuidado à urostomia (se necessário)						
6. Encorajar a pessoa a esclarecer as suas dúvidas						
5ª Sessão de educação		1	2	3	4	5
<u>Objetivos para a pessoa com urostomia</u>						
1. Executar o autocuidado ao estoma e pele periestomal						
2. Explicar o cuidado ao estoma e pele periestomal à pessoa significativa						
3. Identificar os recursos existentes na comunidade						
<u>Objetivos para a pessoa significativa</u>						
1. Identificar as etapas do cuidado ao estoma e pele periestomal						
2. Identificar os recursos existentes na comunidade						
<u>Intervenções de enfermagem:</u>						
1. Orientar as pessoas para a sessão de educação						
2. Treinar o uso de dispositivos de ostomia e explicar as diferentes etapas à pessoa significativa						
3. Avaliar o autocuidado da ostomia de eliminação com recurso à Urostomy Education Scale e comparar com avaliação anterior						
4. Encorajar a pessoa e pessoa significativa a esclarecer as suas dúvidas						
5. Ensinar sobre recursos da comunidade						

Apêndice X: Planeamento das atividades do estágio numa consulta de estomaterapia de um hospital privado

Planeamento das atividades do estágio numa consulta de estomaterapia de um hospital privado

Objetivo Geral:

- Otimizar os cuidados especializados à pessoa com urostomia em contexto de internamento e de consulta, intervindo em competências de comunicação com a pessoa e na avaliação e interpretação da informação proveniente da mesma

Objetivos Específicos	Atividades	Recursos	Indicadores de Avaliação
<p>1. Identificar os aspetos organizacionais, funcionais e procedimentais da consulta de enfermagem de estomaterapia de modo a integrar a equipa</p>	<p>1.2 Apresentação do projeto à enfermeira chefe, equipa de enfermagem e restante equipa multidisciplinar</p> <p>1.2 Conhecimento da dinâmica do serviço e da articulação entre a equipa de enfermagem e a equipa multidisciplinar com recurso a entrevista</p> <p>1.3 Visita do serviço</p> <p>1.4 Consulta de documentos de apoio do serviço relacionados com a capacitação para o autocuidado da pessoa com urostomia por doença oncológica, como por exemplo:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Escalas de avaliação do autocuidado • Folhetos informativos para a pessoa com urostomia • Instrumento de colheita de dados • Instrumentos orientadores da prática de enfermagem • Normas técnico-científicas 	<p><u>Humanos:</u> Enfermeira chefe; enfermeira orientadora; equipa de enfermagem; equipa multidisciplinar</p> <p><u>Materiais:</u> Documentos de apoio do serviço, guia de entrevista, computador, 2 exemplares do projeto</p>	<p>4.1. Apresenta o projeto à enfermeira chefe e à equipa de enfermagem</p> <p>4.2. Faz uma análise crítica, segundo a evidência científica, do instrumento de colheita de dados e dos documentos de apoio da consulta de enfermagem</p> <p>1.3 Realiza relatório de estágio que inclui a estrutura e dinâmica do serviço e dados sobre a articulação entre a equipa de enfermagem e a equipa multidisciplinar</p>
<p>2. Finalizar a validação do “Programa educativo para a capacitação do</p>	<p>2.1 Análise dos inquéritos da 1ª ronda de validação e construção do 2º inquérito com base nas avaliações e</p>	<p><u>Humanos:</u> Inquéritos, enfermeiros peritos, professora orientadora</p>	<p>2.1 Analisa os inquéritos da 1ª ronda e constrói o 2º inquérito</p>

<p>autocuidado, no pós-operatório, da pessoa com urostomia”</p>	<p>sugestões feitas pelos enfermeiros peritos na 1ª ronda do método Delphi</p> <p>2.2. Envio do inquérito aos enfermeiros peritos via e-mail e com recurso à aplicação google forms, cumprindo a 2ª ronda do método Delphi</p> <p>2.3. Análise dos inquéritos da 2ª ronda de validação e finalização do programa educativo</p> <p>2.4. Envio da versão final do programa educativo validado aos enfermeiros peritos, cumprindo a 3ª ronda do método Delphi</p>	<p><u>Materiais:</u> Computador, inquérito, internet</p>	<p>1.2 Envia o 2º inquérito aos enfermeiros peritos via e-mail recorrendo à aplicação google forms</p> <p>1.3 Analisa do inquérito da 2ª ronda e finalização do programa educativo</p> <p>1.4 Envia a versão final do programa educativo aos enfermeiros peritos, via e-mail.</p>
<p>2. Prestar cuidados especializados à pessoa com urostomia por doença oncológica e respetiva família</p>	<p>3.1 Prestação de cuidados a todas as pessoas com urostomia mobilizando o conhecimento obtido na evidência científica</p> <p>3.1.1 Avaliação das pessoas com urostomia seguindo um guia de colheita de dados</p> <p>3.1.2 Planeamento de intervenções de enfermagem</p> <p>3.1.3 Avaliação do autocuidado com recurso a uma escala</p> <p>3.1.4 Treino de comunicação nas interações com as pessoas</p> <p>3.2. Elaboração de uma brochura informativa para a pessoa com urostomia</p> <p>3.2. Discussão da brochura informativa (conteúdo, organização e apresentação) com professora orientadora e enfermeiros orientadores</p>	<p><u>Humanos:</u> Professora orientadora, enfermeiros orientadores</p> <p><u>Materiais:</u> Computador e programa informático</p> <p><u>Humanos:</u> Enfermeira orientadora; equipa de enfermagem; equipa multidisciplinar; professora orientadora</p>	<p>3.1 Presta cuidados às pessoas com urostomia mobilizando o conhecimento obtido na evidência científica</p> <p>3.1.1 Avalia a pessoa com urostomia seguindo um guia de colheita de dados</p> <p>3.1.2 Planeia intervenções de enfermagem para a pessoa com urostomia</p> <p>3.1.3 Avalia o autocuidado com recurso a uma escala</p> <p>3.1.4 Relata a interação com uma pessoa que reflita o desenvolvimento de estratégias de comunicação</p>

			<p>3.2 Constrói uma brochura informativa para a pessoa com urostomia</p> <p>3.2. Discute a brochura informativa com a professora e enfermeiros orientadores</p>
--	--	--	---

Apêndice XI: Matriz de resultados da 1ª ronda

1ª Sessão de educação [Observar o cuidado ao estoma e pele periestomal]	1ª Sessão de educação [Orientar a pessoa para a sessão de educação]	1ª Sessão de educação [Providenciar dispositivos]	1ª Sessão de educação [Providenciar material de leitura]	1ª Sessão de educação [Ensinar sobre ostomia de eliminação]
Concordo totalmente	Concordo totalmente	Concordo totalmente	Concordo totalmente	Concordo totalmente
Não concordo nem discordo	Não concordo nem discordo	Não concordo nem discordo	Não concordo nem discordo	Não concordo nem discordo
Concordo totalmente	Concordo totalmente	Concordo totalmente	Concordo totalmente	Concordo totalmente
Concordo totalmente	Concordo totalmente	Concordo totalmente	Concordo totalmente	Concordo totalmente
Concordo totalmente	Concordo totalmente	Concordo totalmente	Concordo totalmente	Concordo totalmente
Concordo totalmente	Concordo	Concordo totalmente	Concordo totalmente	Concordo
Concordo totalmente	Concordo totalmente	Concordo totalmente	Concordo totalmente	Concordo totalmente
Concordo totalmente	Concordo totalmente	Concordo totalmente	Concordo totalmente	Concordo totalmente
Concordo totalmente	Concordo totalmente	Concordo totalmente	Concordo totalmente	Concordo totalmente
			Apenas o que está em uso no serviço que poderá ser dado no pré-operatório	Apenas o que está em uso no serviço que poderá ser dado no pré-operatório
0,88	0,88	0,88	0,88	0,88

1ª Sessão de educação [Ensinar sobre dispositivos para o autocuidado do estoma]	1ª Sessão de educação [Instruir o autocuidado à ostomia]	1ª Sessão de educação [Vigiar o estoma]	1ª Sessão de educação [Vigiar pele periférica ao estoma]	1ª Sessão de educação [Instruir o autocuidado à ostomia (continuação)]
Concordo totalmente	Concordo totalmente	Concordo totalmente	Concordo totalmente	Concordo totalmente
Não concordo nem discordo	Não concordo nem discordo	Não concordo nem discordo	Não concordo nem discordo	Não concordo nem discordo
Concordo totalmente	Concordo totalmente	Concordo totalmente	Concordo totalmente	Concordo totalmente
Concordo totalmente	Concordo totalmente	Concordo totalmente	Concordo totalmente	Concordo totalmente
Concordo totalmente	Concordo totalmente	Concordo totalmente	Concordo totalmente	Concordo totalmente
Concordo	Concordo	Concordo	Concordo	Concordo
Concordo totalmente	Concordo totalmente	Concordo totalmente	Concordo totalmente	Concordo totalmente
Concordo totalmente	Concordo totalmente	Concordo totalmente	Concordo totalmente	Concordo totalmente
Concordo totalmente	Concordo totalmente	Concordo totalmente	Concordo totalmente	Concordo totalmente
Apenas o que está em uso no serviço que poderá ser dado no pré-operatório				
0,88	0,88	0,88	0,88	0,88

Item avaliado/Perito	2ª Sessão de educação [Identificar e reunir os dispositivos e material necessário ao cuidado ao estoma e pele periestomal]	2ª Sessão de educação [Identificar as etapas do cuidado ao estoma e pele periestomal]	2ª Sessão de educação [Observar o cuidado ao estoma e pele periestomal]	2ª Sessão de educação [Conhecer as características normais da urina]
Perito 1	Concordo totalmente	Concordo totalmente	Concordo totalmente	Concordo totalmente
Sugestões				
Perito 2	Não concordo nem discordo	Não concordo nem discordo	Não concordo nem discordo	Não concordo nem discordo
Sugestões				
Perito 3	Concordo totalmente	Concordo totalmente	Concordo totalmente	Concordo totalmente
Sugestões				
Perito 4	Concordo totalmente	Concordo totalmente	Concordo totalmente	Concordo totalmente
Sugestões				
Perito 5	Concordo totalmente	Concordo totalmente	Concordo totalmente	Concordo totalmente
Sugestões				
Perito 6	Concordo	Concordo	Concordo totalmente	Concordo totalmente
Sugestões				
Perito 7	Concordo totalmente	Concordo totalmente	Concordo totalmente	Concordo totalmente
Sugestões				
Perito 8	Concordo totalmente	Concordo totalmente	Concordo totalmente	Concordo totalmente
Sugestões				
Perito 9	Concordo totalmente	Concordo totalmente	Concordo totalmente	Concordo totalmente
Sugestões				Poderá ser incluindo no ponto 4 anterior
Índice de Validade de Conteúdo	0,88	0,88	0,88	0,88

2ª Sessão de educação [Orientar a pessoa para a sessão de educação]	2ª Sessão de educação [Assistir a pessoa a reunir o material necessário para o cuidado ao estoma e pele periestomal]	2ª Sessão de educação [Educar para a saúde]	2ª Sessão de educação [Ensinar sobre complicações]	2ª Sessão de educação [Ensinar sobre dieta]
Concordo totalmente	Concordo totalmente	Concordo totalmente	Concordo totalmente	Concordo totalmente
Não concordo nem discordo	Não concordo nem discordo	Não concordo nem discordo	Não concordo nem discordo	Não concordo nem discordo
Concordo totalmente	Concordo totalmente	Concordo totalmente	Concordo totalmente	Concordo totalmente
Concordo totalmente	Concordo totalmente	Concordo totalmente	Concordo totalmente	Concordo totalmente
Concordo totalmente	Concordo totalmente	Concordo totalmente	Concordo totalmente	Concordo totalmente
Concordo	Concordo totalmente	Concordo totalmente	Concordo totalmente	Concordo
Concordo totalmente	Concordo totalmente	Concordo totalmente	Concordo totalmente	Concordo totalmente
Concordo totalmente	Concordo totalmente	Concordo totalmente	Concordo totalmente	Concordo totalmente
Concordo totalmente	Concordo totalmente	Concordo totalmente	Concordo totalmente	Concordo totalmente
0,88	0,88	0,88	0,88	0,88

2ª Sessão de educação [Instruir o autocuidado à ostomia]	2ª Sessão de educação [Vigiar pele periférica ao estoma]	2ª Sessão de educação [Vigiar estoma]	2ª Sessão de educação [Instruir o autocuidado à ostomia (continuação)]	2ª Sessão de educação [Avaliar o autocuidado da ostomia de eliminação com recurso à Urostomy Education Scale]
Concordo totalmente	Concordo totalmente	Concordo totalmente	Concordo totalmente	Concordo totalmente
Não concordo nem discordo	Não concordo nem discordo	Não concordo nem discordo	Não concordo nem discordo	Não concordo nem discordo
Concordo totalmente	Concordo totalmente	Concordo totalmente	Concordo totalmente	Concordo
Concordo totalmente	Concordo totalmente	Concordo totalmente	Concordo totalmente	Concordo totalmente
Concordo totalmente	Concordo totalmente	Concordo totalmente	Concordo totalmente	Concordo totalmente
Concordo totalmente	Concordo totalmente	Concordo totalmente	Concordo totalmente	Concordo
Concordo totalmente	Concordo totalmente	Concordo totalmente	Concordo totalmente	Concordo totalmente
Concordo totalmente	Concordo totalmente	Concordo totalmente	Concordo totalmente	Concordo totalmente
Concordo totalmente	Concordo totalmente	Concordo totalmente	Concordo totalmente	Concordo totalmente
Concordo totalmente	Concordo totalmente	Concordo totalmente	Concordo totalmente	Concordo totalmente
0,88	0,88	0,88	0,88	0,88

2ª Sessão de educação [Encorajar a pessoa a esclarecer as suas dúvidas]	3ª Sessão de educação [Identificar e reunir os dispositivos e material necessário ao cuidado ao estoma e pele periestomal]	3ª Sessão de educação [Identificar as etapas do cuidado ao estoma e pele periestomal]	3ª Sessão de educação [Executar o autocuidado ao estoma e pele periestomal com assistência do enfermeiro]	3ª Sessão de educação [Identificar as dificuldades sentidas no autocuidado]
Concordo totalmente	Concordo totalmente	Concordo totalmente	Concordo totalmente	Concordo totalmente
Não concordo nem discordo	Não concordo nem discordo	Não concordo nem discordo	Não concordo nem discordo	Não concordo nem discordo
Concordo totalmente	Concordo totalmente	Concordo totalmente	Concordo totalmente	Concordo totalmente
Concordo totalmente	Concordo totalmente	Concordo totalmente	Concordo totalmente	Concordo totalmente
Concordo totalmente	Concordo totalmente	Concordo totalmente	Concordo totalmente	Concordo totalmente
Concordo totalmente	Concordo	Concordo	Concordo	Concordo
Concordo totalmente	Concordo totalmente	Concordo totalmente	Concordo totalmente	Concordo totalmente
Concordo totalmente	Concordo totalmente	Concordo totalmente	Concordo totalmente	Concordo totalmente
Concordo totalmente	Concordo totalmente	Concordo totalmente	Concordo totalmente	Concordo totalmente
Deverá aparecer na sessão anterior também				
0,88	0,88	0,88	0,88	0,88

Item avaliado/Perito	3ª Sessão de educação [Orientar a pessoa para a sessão de educação]	3ª Sessão de educação [Encorajar a avaliação do estoma, pele periestomal e eliminação urinária]	3ª Sessão de educação [Treinar o autocuidado à ostomia]	3ª Sessão de educação [Avaliar o autocuidado da ostomia de eliminação com recurso à Urostomy Education Scale e comparar com avaliação anterior]
Perito 1	Concordo totalmente	Concordo totalmente	Concordo totalmente	Concordo totalmente
Sugestões				
Perito 2	Não concordo nem discordo	Não concordo nem discordo	Não concordo nem discordo	Não concordo nem discordo
Sugestões				
Perito 3	Concordo totalmente	Concordo totalmente	Concordo totalmente	Concordo totalmente
Sugestões				
Perito 4	Concordo totalmente	Concordo totalmente	Concordo totalmente	Concordo totalmente
Sugestões				
Perito 5	Concordo totalmente	Concordo totalmente	Concordo totalmente	Concordo totalmente
Sugestões				
Perito 6	Concordo	Concordo	Concordo totalmente	Concordo
Sugestões				
Perito 7	Concordo totalmente	Concordo totalmente	Concordo totalmente	Concordo totalmente
Sugestões				
Perito 8	Concordo totalmente	Concordo totalmente	Concordo totalmente	Concordo totalmente
Sugestões				
Perito 9	Concordo totalmente	Concordo totalmente	Concordo totalmente	Concordo totalmente
Sugestões				
Índice de Validade de Conteúdo	0,88	0,88	0,88	0,88

3ª Sessão de educação [Reforçar a importância dos cuidados à pele, do recorte e adaptação adequada dos dispositivos de ostomia na prevenção da maceração da pele]	3ª Sessão de educação [Encorajar a pessoa a esclarecer as suas dúvidas]	4ª Sessão de educação [Executar o autocuidado ao estoma e pele periestomal autonomamente]	4ª Sessão de educação [Identificar as dificuldades sentidas no autocuidado]	4ª Sessão de educação [Orientar a pessoa para a sessão de educação]
Concordo totalmente	Concordo totalmente	Concordo totalmente	Concordo totalmente	Concordo totalmente
Não concordo nem discordo	Não concordo nem discordo	Não concordo nem discordo	Não concordo nem discordo	Não concordo nem discordo
Concordo totalmente	Concordo totalmente	Concordo totalmente	Concordo totalmente	Concordo totalmente
Concordo totalmente	Concordo totalmente	Concordo totalmente	Concordo totalmente	Concordo totalmente
Concordo totalmente	Concordo totalmente	Concordo totalmente	Concordo totalmente	Concordo totalmente
Concordo totalmente	Concordo totalmente	Concordo totalmente	Concordo totalmente	Concordo totalmente
Concordo totalmente	Concordo totalmente	Concordo totalmente	Concordo totalmente	Concordo totalmente
Concordo totalmente	Concordo totalmente	Concordo totalmente	Concordo totalmente	Concordo totalmente
Concordo totalmente	Concordo totalmente	Concordo totalmente	Concordo totalmente	Concordo totalmente
0,88	0,88	0,88	0,88	0,88

4ª Sessão de educação [Encorajar a avaliação do estoma, pele periestomal e eliminação urinária]	4ª Sessão de educação [Treinar o autocuidado à ostomia]	4ª Sessão de educação [Avaliar o autocuidado da ostomia de eliminação com recurso à Urostomy Education Scale e comparar com avaliação anterior]	4ª Sessão de educação [Implementar algoritmo de intervenção de enfermagem: avaliação do autocuidado à urostomia (se necessário)]	4ª Sessão de educação [Encorajar a pessoa a esclarecer as suas dúvidas]
Concordo totalmente	Concordo totalmente	Concordo totalmente		
Não concordo nem discordo	Não concordo nem discordo	Não concordo nem discordo	Não concordo nem discordo	Não concordo nem discordo
Concordo totalmente	Concordo totalmente	Concordo totalmente	Concordo totalmente	Concordo totalmente
Concordo totalmente	Concordo totalmente	Concordo totalmente	Concordo totalmente	Concordo totalmente
Concordo totalmente	Concordo totalmente	Concordo totalmente	Concordo totalmente	Concordo totalmente
Concordo totalmente	Concordo totalmente	Concordo totalmente	Concordo totalmente	Concordo totalmente
Concordo totalmente	Concordo totalmente	Concordo totalmente	Concordo totalmente	Concordo totalmente
Concordo totalmente	Concordo totalmente	Concordo totalmente	Concordo totalmente	Concordo totalmente
Concordo totalmente	Concordo totalmente	Concordo totalmente	Concordo totalmente	Concordo totalmente
Concordo totalmente	Concordo totalmente	Concordo totalmente	Concordo totalmente	Concordo totalmente
0,88	0,88	0,88	0,88	0,88

5ª Sessão de educação [Executar o autocuidado ao estoma e pele periestomal]	5ª Sessão de educação [Explicar o cuidado ao estoma e pele periestomal à pessoa significativa]	5ª Sessão de educação [Identificar os recursos existentes na comunidade]	5ª Sessão de educação [Identificar as etapas do cuidado ao estoma e pele periestomal]	5ª Sessão de educação [Identificar os recursos existentes na comunidade]
Não concordo nem discordo	Não concordo nem discordo	Não concordo nem discordo	Não concordo nem discordo	Não concordo nem discordo
Concordo totalmente	Concordo totalmente	Concordo totalmente	Concordo totalmente	Concordo totalmente
Concordo totalmente	Concordo totalmente	Concordo totalmente	Concordo totalmente	Concordo totalmente
Concordo totalmente	Concordo totalmente	Concordo totalmente	Concordo totalmente	Concordo totalmente
Concordo totalmente	Concordo totalmente	Concordo totalmente	Concordo totalmente	Concordo totalmente
Concordo totalmente	Concordo totalmente	Concordo totalmente	Concordo totalmente	Concordo totalmente
Concordo totalmente	Concordo totalmente	Concordo totalmente	Concordo totalmente	Concordo totalmente
Concordo totalmente	Concordo totalmente	Concordo totalmente	Concordo totalmente	Concordo totalmente
Mudar a frase" explicar o cuidado..."		Apresentar a consulta de estomaterapia do hospital		
0,88	0,88	0,88	0,88	0,88

Item avaliado/Perito	5ª Sessão de educação [Orientar as pessoas para a sessão de educação]	5ª Sessão de educação [Treinar o uso de dispositivos de ostomia e explicar as diferentes etapas à pessoa significativa]	5ª Sessão de educação [Avaliar o autocuidado da ostomia de eliminação com recurso à Urostomy Education Scale]	5ª Sessão de educação [Encorajar a pessoa e pessoa significativa a esclarecer as suas dúvidas]
Perito 1				
Sugestões				
Perito 2	Não concordo nem discordo	Não concordo nem discordo	Não concordo nem discordo	Não concordo nem discordo
Sugestões				
Perito 3	Concordo totalmente	Concordo totalmente	Concordo totalmente	Concordo totalmente
Sugestões				
Perito 4	Concordo totalmente	Concordo totalmente	Concordo totalmente	Concordo totalmente
Sugestões				
Perito 5	Concordo totalmente	Concordo totalmente	Concordo totalmente	Concordo totalmente
Sugestões				
Perito 6	Concordo totalmente	Concordo totalmente	Concordo totalmente	Concordo totalmente
Sugestões				
Perito 7	Concordo totalmente	Concordo totalmente	Concordo totalmente	Concordo totalmente
Sugestões				
Perito 8	Concordo totalmente	Concordo totalmente	Concordo totalmente	Concordo totalmente
Sugestões				
Perito 9	Concordo totalmente	Concordo totalmente	Concordo totalmente	Concordo totalmente
Sugestões				
Índice de Validade de Conteúdo	0,88	0,88	0,88	0,88

Apêndice XII: Instrumento de colheita de dados para a 2ª
ronda de validação de Delphi

Programa educativo para a capacitação para o autocuidado, no pós-operatório, da pessoa com urostomia

Validação de guia orientador

***Obrigatório**

1. Dados pessoais *

Formação académica

Marcar tudo o que for aplicável.

	Sim	Não
Licenciatura	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mestrado	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Doutoramento	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Especialidade	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Curso de formação avançada em estomaterapia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

2. Dados pessoais *

Experiência profissional (anos)

3. Dados pessoais *

Experiência profissional num serviço de urologia (anos)

4. Dados pessoais *

Experiência profissional com pessoa com urostomia (anos)

5. Objetivo para a pessoa com urostomia - conhecer as características normais da urina

Manter o objetivo na 2ª sessão ou transferi-lo para a 1ª sessão

Marcar apenas uma oval por linha.

	1ª sessão de educação	2ª sessão de educação
Conhecer as características normais da urina	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

6. 1ª Sessão de educação

Intervenção de enfermagem acrescentada

Marcar apenas uma oval por linha.

	Discordo totalmente	Discordo	Não concordo nem discordo	Concordo	Concordo totalmente
Encorajar a pessoa a esclarecer as suas dúvidas"	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

7. 5ª Sessão de educação

Objetivos para a pessoa com urostomia - frase reformulada

Marcar apenas uma oval por linha.

	Discordo totalmente	Discordo	Não concordo nem discordo	Concordo	Concordo totalmente
Instruir o cuidado ao estoma e pele periestomal à pessoa significativa	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Este conteúdo não foi criado nem aprovado pela Google.

Google Formulários

Apêndice XIII: Matriz de resultados da 2ª ronda

Item avaliado/Perito	Objetivo para a pessoa com urostomia - conhecer as características normais da urina	1ª Sessão de educação Encorajar a pessoa a esclarecer as suas dúvidas	5ª Sessão de educação Objetivo para a pessoa com urostomia - Instruir o cuidado ao estoma e pele periestomal à pessoa significativa
Perito 1	1ª Sessão	Concordo	Concordo
Perito 2	2ª Sessão	Não concordo nem discordo	Concordo
Perito 3	1ª Sessão	Concordo totalmente	Concordo totalmente
Perito 4	1ª Sessão	Concordo totalmente	Concordo
Perito 5	1ª Sessão	Não concordo nem discordo	Concordo
Perito 6	1ª Sessão	Concordo	Discordo
Índice de Validade de Conteúdo	0,83 (1ª Sessão)	100	0,83

Apêndice XIV: Programa educativo para a capacitação
do autocuidado no pós-operatório da pessoa com
urostomia (2ª versão)

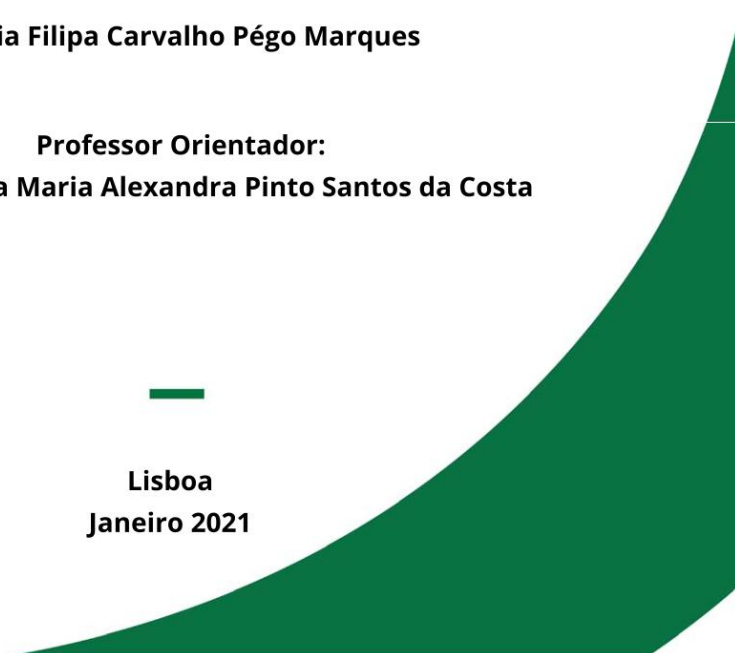


Programa educativo para a capacitação
para o autocuidado no pós-operatório da
pessoa com urostomia

Nádia Filipa Carvalho Pégo Marques

**Professor Orientador:
Prof. Doutora Maria Alexandra Pinto Santos da Costa**

**Lisboa
Janeiro 2021**



1. Introdução

O presente documento visa orientar os enfermeiros na implementação de um programa educativo para a pessoa com urostomia, no período pós-operatório, com o objetivo de estruturar e uniformizar os ensinamentos realizados, minimizando a omissão de elementos importantes.

O programa é constituído por 5 sessões de educação com intervenções de enfermagem definidas de acordo com a linguagem CIPE®. A partir da 2ª sessão de educação é implementada a *Urostomy Education Scale* que permite avaliar, registar e comparar o desempenho da pessoa no autocuidado à urostomia ao longo do programa educativo. Se a pontuação obtida, através da escala de avaliação, não aumentar entre sessões deverá ser implementado o “Algoritmo de intervenção de enfermagem: avaliação do autocuidado a urostomia”.

O programa educativo deve iniciar-se quando a pessoa com urostomia estiver alerta, tiver iniciado dieta, já se mobilizar e, preferencialmente, estiver disponível para aprender.

Fatores como a ansiedade, medo, fadiga, náusea e dor influenciam a motivação e capacidade para aprender, pelo que se deve controlar estes fatores, o melhor possível, antes do início de cada sessão de educação.

1.ª Sessão de educação

Objetivos para a pessoa com urostomia:

1. Conhecer a urostomia e o seu funcionamento
2. Conhecer os dispositivos de urostomia (placa e saco)
3. Conhecer o manual informativo
4. Conhecer as características normais da urina
5. Observar o cuidado ao estoma e pele peri-estoma

Intervenções de enfermagem:

1. Orientar a pessoa para a sessão de educação
 - Informar a pessoa dos objetivos da sessão
 - Escolher um local privado, com um lavatório e um espelho (ex: sala de tratamento ou wc dos quartos individuais)
2. Providenciar dispositivos
 - Entregar Kit com dispositivos de urostomia
3. Providenciar material de leitura
 - Entregar manual informativo
4. Ensinar sobre ostomia de eliminação (recorrer à imagem do manual informativo)
 - i. Conceito de ostomia de eliminação
 - ii. Finalidade da ostomia de eliminação
5. Educar para a saúde
 - Informar a pessoa das características normais da urina – cor de palha, límpida e com odor pouco intenso
6. Ensinar sobre dispositivos para o autocuidado do estoma
 - Mostrar uma placa e um saco de urostomia e explicar a sua utilidade
7. Instruir o autocuidado à ostomia
 - i) Material necessário
 - Reunir material (compressas, soro, resguardo, placa e saco de urostomia, spray removedor, tesoura, saco do lixo, régua para medir o estoma)
 - ii) Despejar o saco de urostomia

- Sentar na sanita e chegar-se para trás, segurar o saco de urostomia entre as pernas e abrir a válvula de despejo para sair a urina. Fechar a válvula e secar a extremidade com papel higiénico
 - iii) Remover o saco de urostomia
 - iv) Remover a placa de ostomia
 - Remover, cuidadosamente, a placa enquanto apoia a pele com a mão
 - v) Limpar o estoma e pele peri-estoma
 - Remover o muco do estoma e cateteres ureterais
 - Informar que os cateteres ureterais permanecem em média 7-10 dias após a cirurgia e caem espontaneamente
 - Limpar a pele peri-estoma com compressa com soro (explicar que o uso de compressas e soro é só no pós-operatório imediato. Quando os cateteres caírem a limpeza é feita com esponja e sabonete/gel de banho)
 - Secar a pele
8. Vigiar o estoma
- Informar a pessoa das características normais do estoma:
 - Cor rosada ou vermelha (semelhante à mucosa da boca da pessoa)
 - Facilmente sangrante ao toque (sangramento semelhante ao que acontece na escovagem dos dentes)
 - Sem sensibilidade
9. Vigiar pele periférica ao estoma
- A pele peri-estoma deve manter-se igual à restante pele do abdómen
10. Instruir o autocuidado à ostomia (continuação)
- i. Recortar a placa
 - Medir o estoma com a régua (se estoma circular) e recortar a placa com a forma e tamanho do estoma, com uma margem de 2-3mm no máximo
 - ii. Colocar a placa de ostomia
 - iii. Aparelhar o saco de urostomia
 - Remover o papel de proteção de toda a área adesiva sem tocar na mesma e aplicar o dispositivo em redor do estoma, exercendo ligeira pressão durante 30-60 segundos.
 - Garantir que a placa não fica aplicada sobre vincos

- Inserir os cateteres ureterais no saco de ostomia, acima da válvula anti refluxo
- Aparelhar o saco à placa de ostomia
- Verificar se o mecanismo de segurança e a válvula de despejo estão fechados
- Ensinar a trocar a placa de 3 em 3 dias e em SOS
- Ensinar a trocar o saco e a observar o estoma diariamente
- Descartar os dispositivos e material usados e lavar higienicamente as mãos

iv. Conectar/desconectar e despejar o saco de drenagem noturna

11. Encorajar a pessoa a esclarecer as suas dúvidas

2.ª Sessão de educação

Objetivos para a pessoa com urostomia:

1. Identificar e reunir os dispositivos e material necessário ao cuidado ao estoma e pele peri-estoma
2. Identificar as etapas do cuidado ao estoma e pele peri-estoma
3. Observar o cuidado ao estoma e pele peri-estoma
4. Conhecer as características normais da urina
5. Conhecer as principais complicações (alterações da pele peri-estoma e infeção do trato urinário) e as principais estratégias para prevenção

Intervenções de enfermagem:

1. Orientar a pessoa para a sessão de educação
2. Assistir a pessoa a reunir o material necessário para o cuidado ao estoma e pele peri-estoma
3. Ensinar sobre complicações
 - Alteração das características da urina poderá significar infeção do trato urinário e deve ser comunicada ao médico assistente
 - As alterações da pele são as complicações mais frequentes nas pessoas com ostomia de eliminação, pelo que é importante cuidar adequadamente da pele e vigiá-la em cada substituição de dispositivos. Se for detetada alguma alteração deve ser contactado o enfermeiro de estomaterapia ou o médico assistente
4. Ensinar sobre dieta
 - Ingerir 2-2,5L de líquidos por dia (ajustar em função da coloração da urina)
 - Ingerir vitamina C e alimentos acidificante (ex: sumo, bagas ou suplementos de arando, pão, cereais, queijo, milho, ovos, massas, nozes, peixe e carne)
5. Instruir o autocuidado à ostomia
 - Substituir os dispositivos de ostomia pela manhã antes de se alimentar ou, pelo menos, 1 a 2 horas após a ingestão de líquidos (diminuir a saída de urina durante o cuidado ao estoma e pele peri-estoma)
 - i) Despejar o saco de urostomia

- Despejar o saco de urostomia quando a urina ocupar 1/3 a 1/2 da sua capacidade (reduzir risco de extravasamento de urina)
 - ii) Remover o saco de urostomia
 - iii) Remover a placa de ostomia
 - Explicar a importância de segurar a pele enquanto se descola a placa, removendo-a de cima para baixo (prevenção de trauma da pele)
 - iv) Limpar o estoma e pele peri-estoma
 - Explicar a importância de limpar e secar adequadamente a pele peri-estoma (prevenir maceração)
6. Vigiar pele periférica ao estoma
7. Vigiar estoma
- Explicar que o estoma no pós-operatório apresenta edema que reduz gradualmente após 6-8 semanas da cirurgia
8. Instruir o autocuidado à ostomia (continuação)
- i) Recortar a placa
 - Explicar a importância de um recorte adequado (apertado resulta em lesão do estoma; largo resulta em maceração da pele por contato com urina)
 - ii) Colocar a placa
 - Explicar a importância da tricotomia dos pêlos da pele peri-estoma (otimizar aderência da placa) e como fazê-lo (aparar com tesoura ou rapar com máquina de barbear ou gillete e pó talco. Evitar cremes de barbear por deixarem a pele oleosa)
 - Explicar a importância da placa ser aplicada sem vincos (prevenir fugas de urina)
 - iii) Aparelhar o saco de urostomia
 - Inserir os cateteres ureterais no saco de ostomia, acima da válvula anti refluxo
 - Aparelhar o saco à placa de ostomia
 - Ensinar a trocar a placa de 3 em 3 dias e em SOS
 - Ensinar a trocar o saco diariamente
 - Descartar os dispositivos e material usado e lavar higienicamente as mãos
 - Conectar/desconectar e despejar o saco de drenagem noturno (validade de 1 semana). É necessário o uso de adaptador que varia consoante a marca dos dispositivos de urostomia

9. Avaliar autocuidado da ostomia de eliminação com recurso à *Urostomy Education*

Scale. Registrar a pontuação total e a pontuação por domínio

10. Encorajar a pessoa a esclarecer as suas dúvidas

3.ª Sessão de educação

Objetivos para a pessoa com urostomia:

1. Identificar e reunir os dispositivos e material necessário ao cuidado ao estoma e pele peri-estoma
2. Identificar as etapas do cuidado ao estoma e pele peri-estoma
3. Executar o autocuidado ao estoma e pele peri-estoma com assistência do enfermeiro
4. Identificar as dificuldades sentidas no autocuidado

Intervenções de enfermagem:

1. Orientar a pessoa para a sessão de educação
2. Encorajar a avaliação do estoma, pele peri-estoma e eliminação urinária
 - i) Vigiar pele peri-estoma
 - ii) Vigiar estoma
 - iii) Vigiar eliminação urinária
 - Informar a pessoa que deve contatar enfermeiros de estomaterapia ou o médico assistente se identificar possíveis complicações (alteração das suas características normais)
3. Treinar o autocuidado à ostomia
 - i) Reunir material
 - ii) Despejar o saco de urostomia
 - iii) Remover o saco de urostomia
 - iv) Remover a placa de ostomia
 - v) Limpar o estoma e pele peri-estoma
 - vi) Recortar placa
 - vii) Colocar placa
 - viii) Aparelhar o saco à placa de ostomia
 - ix) Conectar/desconectar e despejar o saco de drenagem noturna
4. Avaliar autocuidado da ostomia de eliminação com recurso à *Urostomy Education Scale* (registar a pontuação total e a pontuação por domínio) e comparar com a avaliação anterior.

5. Implementar algoritmo de intervenção de enfermagem: avaliação do autocuidado à urostomia se não houver evolução em algum dos domínios avaliados
6. Reforçar a importância dos cuidados à pele, do recorte e adaptação adequada dos dispositivos de ostomia na prevenção da maceração da pele
7. Encorajar a pessoa a esclarecer as suas dúvidas

4.ª Sessão de educação

Objetivos para a pessoa com urostomia:

1. Executar o autocuidado ao estoma e pele peri-estoma autonomamente
2. Identificar as dificuldades sentidas no autocuidado

Intervenções de enfermagem:

1. Orientar a pessoa para a sessão de educação
2. Encorajar a avaliação do estoma, pele peri-estoma e eliminação urinária
 - iv) Vigiar pele periférica ao estoma
 - v) Vigiar estoma
 - vi) Vigiar eliminação urinária
3. Treinar o autocuidado à ostomia
 - i) Reunir material
 - ii) Despejar o saco de ostomia
 - iii) Remover o saco de urostomia
 - iv) Remover a placa de ostomia
 - v) Limpar o estoma e pele peri-estoma
 - vi) Recortar placa
 - vii) Colocar placa
 - viii) Aparelhar o saco à placa de ostomia
 - ix) Conectar/desconectar e despejar o saco de drenagem noturna
4. Avaliar autocuidado da ostomia de eliminação com recurso à Urostomy Education Scale (registar o pontuação total e o pontuação por domínio) e comparar com a avaliação anterior.
5. Implementar algoritmo de intervenção de enfermagem: avaliação do autocuidado à urostomia se não houver evolução em algum dos domínios avaliados
6. Encorajar a pessoa a esclarecer as suas dúvidas

5.ª Sessão de educação

Objetivos para a pessoa com urostomia:

1. Executar o autocuidado ao estoma e pele peri-estoma
2. Instruir o cuidado ao estoma e pele peri-estoma à pessoa significativa
3. Identificar os recursos existentes na comunidade

Objetivos para a pessoa significativa:

1. Identificar as etapas do cuidado ao estoma e pele peri-estoma
2. Identificar os recursos existentes na comunidade

Intervenções de enfermagem:

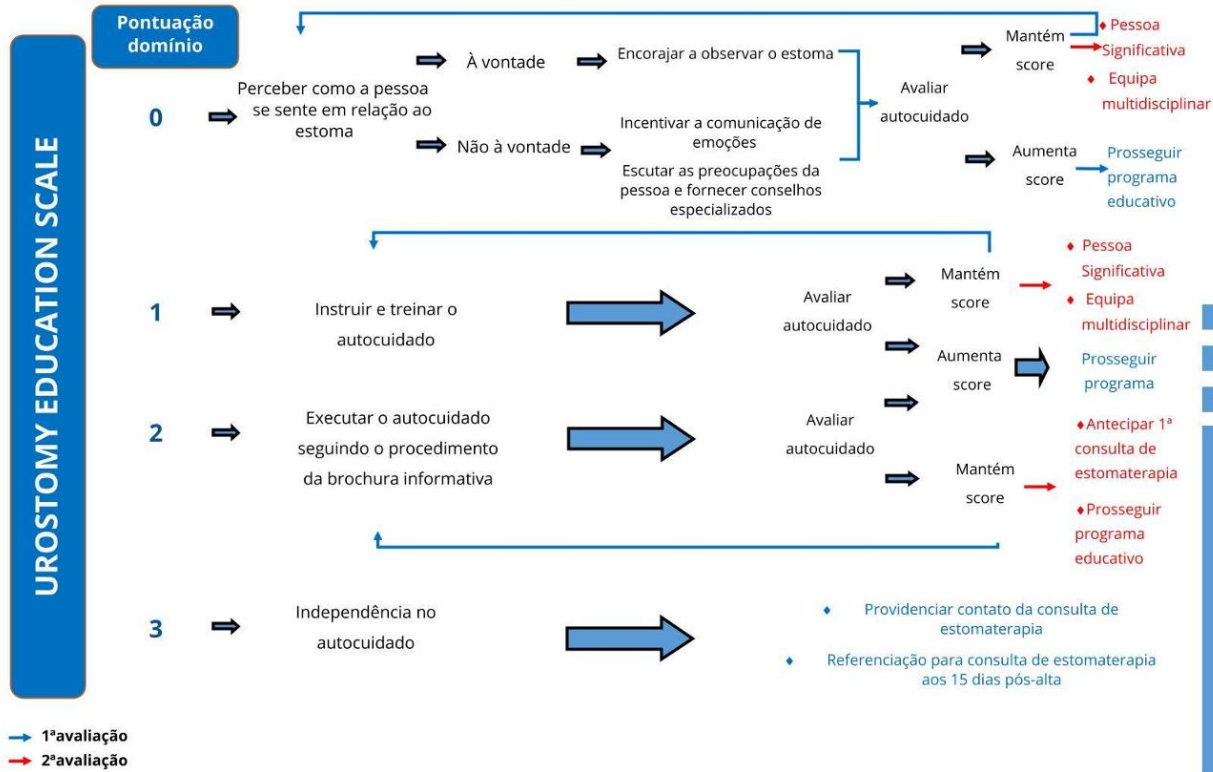
1. Orientar as pessoas para a sessão de educação
2. Treinar o autocuidado à ostomia e explicar as diferentes etapas à pessoa significativa
3. Avaliar autocuidado da ostomia de eliminação com recurso à *Urostomy Education Scale* (registar a pontuação total e a pontuação por domínio) e comparar com a avaliação anterior.
4. Encorajar a pessoa e pessoa significativa a esclarecer as suas dúvidas
5. Ensinar sobre recursos da comunidade
 - Informar sobre o acompanhamento em consulta de estomaterapia em ambulatório (15 dias, 30 dias, 3 meses, 6 meses, 12 meses, anualmente e sempre que necessário)
 - Informar sobre os contatos da consulta de estomaterapia (presentes no manual informativo)
 - Informar como adquirir o material necessário na comunidade (através de receita médica com portaria n.º 284/2016 e 92F/2017 – 100% participado)
 - No momento da alta providenciar dispositivos de ostomia suficientes para duas semanas de cuidados

Urostomy Education Scale

Skill	0 points	1 points	2 points	3 points	Score
1. Reaction to the stoma	The patient shows no interest in/has difficulty coping with the stoma.	The patient has seen and touched the stoma on the initiative of the nurse	The patient has seen and touched the stoma on his/her own initiative	The patient copes with the stoma and is preparing for the future	
2. Removing the stoma appliance	The nurse removes the stoma appliance	The patient needs assistance to remove the stoma appliance	The patient needs verbal guidance to remove the stoma appliance	The patient can remove the stoma appliance independently	
3. Measuring the stoma diameter	The nurse measures the stoma diameter	The patient needs assistance to measure the stoma diameter correctly	The patient needs verbal guidance to measure the stoma diameter correctly	The patient can measure the stoma diameter correctly independently	
4. Adjusting the size of the urostomy diameter in a new stoma appliance	The nurse cuts the size of the urostomy diameter	The patient needs assistance to cut the size of the urostomy diameter	The patient needs verbal guidance to cut the size of the urostomy diameter	The patient can cut the size of the urostomy diameter independently	
5. Skin care	The nurse cleans and dries the skin	The patient needs assistance to clean and dry the skin	The patient needs verbal guidance to clean and dry the skin	The patient can clean and dry the skin independently	
6. Fitting a new stoma appliance	The nurse fits a new stoma appliance	The patient needs assistance to fit a new stoma appliance	The patient needs verbal guidance to fit a new stoma appliance	The patient can fit a new stoma appliance independently	
7. Emptying procedure (Emptying bag and attaching/detaching night bag)	The nurse performs the emptying procedure	The patient needs assistance to perform the emptying procedure	The patient needs verbal guidance to perform the emptying procedure	The patient can perform the emptying procedure independently	
Total points					

Kristensen, S., Laustsen, S., Kiesbye, B., & Jensen, B. (2013). The urostomy education scale a reliable and valid tool to evaluate urostomy self-care skills among cystectomy patients. *Journal of Wound, Ostomy and Continence Nursing*

Algoritmo de intervenção de enfermagem: avaliação do autocuidado à urostomia



Referências bibliográficas:

- American Cancer Society (ACS) (2019). *Caring for a Urostomy*.
<https://cancer.org/treatment/treatments-and-side-effects/treatment-types/surgery/ostomies/urostomy/management.html>.
- Berti-Hearn, L., & Elliott, B. (2019). Urostomy care: a guide for home care clinicians. *Home Healthcare Now*, 37(5), 248–255.
<https://doi.org/10.1097/nhh.0000000000000792>.
- Black, P. (2016). Teaching stoma patients the practical skills for self-care. *British Journal of Healthcare Assistants*, 4(3), 132–135.
<https://doi.org/10.12968/bjha.2010.4.3.47085>.
- Burch, J. (2011). Essential care for patients with stomas. *Nursing Times*, 107(45), 12–14.
- Burch, J. (2017a). Care of patients undergoing stoma formation: what the nurse needs to know. *Nursing Standard*, 31(51), 41–45.
<https://doi.org/10.7748/ns.2017.e10198>.
- Burch, J. (2017b). Post-discharge care for patients following stoma formation: what the nurse needs to know. *Nursing Standard*, 31(51), 41–45.
<https://doi.org/10.7748/ns.2017.e10198>
- Direção Geral da Saúde (2016). Norma n.º 012/2016, de 28/10/2016, atualizada a 03/03/2017 – Indicações clínicas nas ostomias de eliminação urinária em idade pediátrica e no adulto. 1-37.
- Fellows, J.; Gutman, N; Clark, J. & DuBois, H. (2017). Urostomy guide. United Ostomy Associations of America, 1–17. <https://www.ostomy.org>.
- Fulham, J. (2008). A guide to caring for patients with a newly formed stoma in the acute hospital setting. *Gastrointestinal Nursing*, 6(8), 14–23.
<https://doi.org/10.12968/gasn.2008.6.8.31425>.
- Geng, V., Cobussen-Boekhorst, H., Fillingham, S., Holroyd, S., Kiesbye, B. & Vahr, S. (2009). The good practice in health care: incontinent urostomy. *European*

Association of Urology Nurses.

http://www.uroweb.org/gls/EAUN/epub/EAUN_2009_LR.html.

Kristensen, S., Laustsen, S., Kiesbye, B., & Jensen, B. T. (2013). The urostomy education scale a reliable and valid tool to evaluate urostomy self-care skills among cystectomy patients. *Journal of Wound, Ostomy and Continence Nursing*, 40(6), 611–617. <https://doi.org/10.1097/01.WON.0000436778.39349.12>

O'Connor, G. (2005). Teaching stoma-management skills: the importance of self-care. *British Journal of Nursing*, 14(6), 320–325.

Registered Nurses' Association of Ontario (RNAO) (2009). Cuidado y manejo de la ostomía. *Best Practice Guideline*, 1-120.

Apêndice XV: Guia de colheita de dados para a pessoa
com ostomia de eliminação

Guia de colheita de dados para a pessoa com ostomia de eliminação

Consulta de enfermagem no período pós-operatório

Consulta de enfermagem:

15 dias pós-alta 1 mês pós-alta 3 meses pós-alta
6 meses pós-alta 1 ano pós-alta > 1 ano pós alta
Não programada

Contexto:

Consulta de ambulatório Internamento

Identificação da pessoa com urostomia

Nome: _____

Idade: _____

Género: F M

Raça: _____

Estado civil: _____

Emprego: _____

Manifesto de crenças religiosas ou culturais: Sim Não

Se sim, quais? _____

Dificuldades económicas? Sim Não . Tem apoio social? Sim Não

Se sim, qual? _____

Capacidade física: Mantida Comprometida

Capacidade motora: Mantida Comprometida

Capacidade Visual: Mantida Comprometida

Dimensão psicológica

- **Motivação/força vontade:** Presente Ausente
- **Conscencialização da condição de saúde:** Presente Ausente
- **Alterações de humor perceptíveis:** Presente Ausente

Rede de suporte informal? Sim Não

Se sim, qual o parentesco/afinidade/contacto:

Participa nos cuidados à ostomia: Sim Não

Situação da doença

Diagnóstico: _____

Intervenção cirúrgica: _____

Tipo de ostomia: _____

Data da cirurgia: _____ **Data da alta:** _____

Sob tratamento adjuvante: Sim Não Qual? _____

Se sim, com impacto no autocuidado? _____

Dúvidas e dificuldades manifestadas pela pessoa

Dúvidas: _____

Dificuldades sentidas: _____

Observação dos dispositivos em uso

Placa de ostomia ou saco de ostomia (sistema de peça única)

- **Recorte:** Adequado Grande Pequeno
- **Aplicação:** Íntegra Com vincos
Sem vincos
Não íntegra Com fuga de efluente
Sem fuga de efluente

Saco de ostomia (sistema duas peças)

Corretamente aparelhado Incorretamente aparelhado

Acessórios de suporte

- **Cinta/Faixa abdominal** Corretamente aplicada
Incorretamente aplicada
- **Cinto ajustável** Corretamente aplicado
Incorretamente aplicado
- **Tiras de fixação** Corretamente aplicadas
Incorretamente aplicadas

Acessórios de nivelamento

- **Pasta:** Anel moldável Bisnaga Tiras

Corretamente aplicada Incorretamente aplicada

Observação do estoma, pele peri-estoma e efluente

Características do estoma: _____

Características da pele peri-estoma: _____

Características do efluente: _____

Temáticas abordadas

Alimentação: _____

Vestuário: _____

Atividades de lazer: _____

Sexualidade: _____

Intervenções de enfermagem

Avaliação das intervenções realizadas

Avaliação do Autocuidado

Skill	0 points	1 points	2 points	3 points	Score
1. Reaction to the stoma	The patient shows no interest in/has difficulty coping with the stoma.	The patient has seen and touched the stoma on the initiative of the nurse	The patient has seen and touched the stoma on his/her own initiative	The patient copes with the stoma and is preparing for the future	
2. Removing the stoma appliance	The nurse removes the stoma appliance	The patient needs assistance to remove the stoma appliance	The patient needs verbal guidance to remove the stoma appliance	The patient can remove the stoma appliance independently	
3. Measuring the stoma diameter	The nurse measures the stoma diameter	The patient needs assistance to measure the stoma diameter correctly	The patient needs verbal guidance to measure the stoma diameter correctly	The patient can measure the stoma diameter correctly independently	
4. Adjusting the size of the urostomy diameter in a new stoma appliance	The nurse cuts the size of the urostomy diameter	The patient needs assistance to cut the size of the urostomy diameter	The patient needs verbal guidance to cut the size of the urostomy diameter	The patient can cut the size of the urostomy diameter independently	
5. Skin care	The nurse cleans and dries the skin	The patient needs assistance to clean and dry the skin	The patient needs verbal guidance to clean and dry the skin	The patient can clean and dry the skin independently	
6. Fitting a new stoma appliance	The nurse fits a new stoma appliance	The patient needs assistance to fit a new stoma appliance	The patient needs verbal guidance to fit a new stoma appliance	The patient can fit a new stoma appliance independently	
7. Emptying procedure (Emptying bag and attaching/detaching night bag)	The nurse performs the emptying procedure	The patient needs assistance to perform the emptying procedure	The patient needs verbal guidance to perform the emptying procedure	The patient can perform the emptying procedure independently	
Total points					

Kristensen, S., Laustsen, S., Kiesbye, B., & Jensen, B. (2013). The urostomy education scale a reliable and valid tool to evaluate urostomy self-care skills among cystectomy patients. *Journal of Wound, Ostomy and Continence Nursing*

Apêndice XVI: Brochura informativa - Urostomia



Brochura informativa

Urostomia

Nádia Filipa Carvalho Pégo Marques

Professor Orientador:

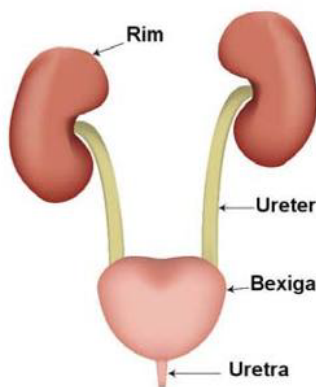
Prof. Doutora Maria Alexandra Pinto Santos da Costa



1. Sistema urinário

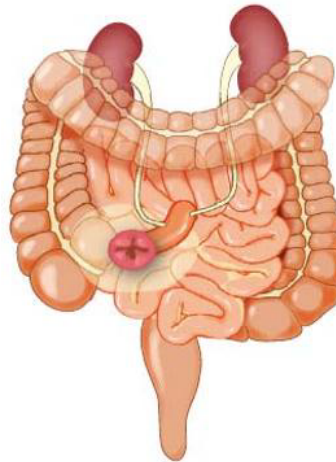
O sistema urinário (figura 1) é constituído por dois rins, dois ureteres, a bexiga e a uretra. Os rins produzem a urina que é transportada pelos ureteres até à bexiga onde é armazenada sendo, posteriormente, eliminada pela uretra.

Figura 1: Sistema urinário



Retirado de: <https://brasilecola.uol.com.br/biologia/sistema-excretor.htm>

Figura 2: Derivação urinária - urostomia



Retirado de: Fellows, J. (2017). Urostomy Guide. *United Ostomy Associations of America*, 1-17. <https://>

Quando a bexiga apresenta doença (exemplo: cancro, disfunção neurológica, defeito congénito, infeção crónica) poderá ser necessário construir uma derivação urinária (desvio do fluxo da urina do seu trajeto normal) como é o caso do conduto ileal que implica a excisão de uma porção do intestino delgado (íleo) para implantação dos ureteres (figura 2).

A extremidade proximal do segmento ileal é encerrada e a distal passa através da parede abdominal formando um estoma ou urostomia.



2. Vigilância do estoma, pele peri-estoma e urina

O estoma saudável deve ser:

- * Rosado ou vermelho com aspeto húmido;
- * Circular ou oval;
- * No pós-operatório encontra-se edemaciado (inchado), reduzindo gradualmente o seu tamanho até 6 a 8 semanas após a cirurgia;
- * Não tem sensibilidade (não dói);
- * Facilmente sangrante ao toque (pode sangrar em pequena quantidade durante a higiene).

A pele peri-estoma saudável deve:


- * Manter-se íntegra e saudável, com aspeto e coloração igual à restante pele do abdómen;
- * Não doer e permitir uma correta adesividade dos dispositivos.

A urina saudável deve ser:

- * Cor de palha;
- * Odor característico;

3. Dispositivos de urostomia:

Para recolher a urina produzida é necessário adaptar um dispositivo à urostomia, que pode ser uma peça única (saco com placa que adere à pele) ou um sistema de duas peças (uma placa que adere à pele e um



saco que aparelha à placa). Os sacos têm uma válvula anti-refluxo, que evita o retorno de urina para o estoma, e uma torneira de despejo que permite eliminar a urina para a sanita.


Deve substituir o dispositivo regularmente e sempre que necessário (fuga, perda de integridade do dispositivo, ardor ou comichão na pele):

- * Peça única - substituição diária;
- * Duas peças { Saco - substituição diária
Placa - substituição de 3/3 dias

Em todas as substituições deve vigiar o estoma, a pele peri-estoma e a urina. Se verificar alguma alteração deve informar o seu enfermeiro de estomaterapia e/ou o médico assistente.

4. Procedimento de substituição do dispositivo:

1. Lavar as mãos
2. Reunir o material necessário (dispositivo novo, esponja macia, sabonete com ph neutro, água, toalha turca ou compressas, tesoura, régua para medir o estoma e saco para o lixo);
3. Observar as características da urina;
4. Despejar a urina do saco;
5. Remover o saco de urostomia;
6. Remover a placa de ostomia de cima para baixo com uma mão, enquanto suporta a pele com a outra mão;
7. Lavar o estoma e pele peri-estoma usando a esponja com água e sabonete, enxaguando de seguida;
8. Secar, cuidadosamente (sem arrastar), a pele peri-estoma;

- 
9. Observar o estoma e pele peri-estoma;
 10. Medir o estoma e recortar a placa com o tamanho e forma do mesmo, com uma margem de 2-3 mm (no máximo);
 11. Aplicar a placa de ostomia, garantindo que não fica sobre pregas ou com vincos e exercer ligeira pressão durante 30-60 segundos;
 12. Aparelhar o saco de urostomia à placa, mantendo os cateteres ureterais acima da válvula anti-refluxo;
 13. Confirmar se o mecanismo de segurança e a válvula de despejo estão devidamente fechados;
 14. Eliminar o lixo no saco e lavar as mãos.

Quando o estoma já não se encontrar edemaciado e tiver um tamanho estável deve recortar a placa antes de iniciar o procedimento de substituição do dispositivo. No entanto a forma do estoma poderá alterar e a confirmação do tamanho do recorte deve ser feita regularmente.

5. Alimentação:

Para prevenir infeções urinárias deve manter uma dieta diversificada e uma ingestão adequada de água.

Inclua nas refeições alimentos ricos em vitamina C e alimentos acidificantes da urina tais como arando, ameixas, pão, cereais, queijo, milho, ovos, massas, nozes, peixe e carne.

A quantidade de água adequada varia entre 2-2,5L e deve ser adaptada em função da coloração da urina que deve ser amarela, da cor da palha.



6. Considerações gerais:

- * A substituição dos dispositivos deverá, idealmente, ser realizada pela manhã antes de se alimentar ou, pelo menos, 1 a 2 horas após a ingestão de líquidos, minimizando a quantidade de urina excretada durante os cuidados ao estoma e pele peri-estoma;
- * Os dispositivos devem ser substituídos de acordo com a regularidade indicada no ponto 3 (dispositivos de urostomia) de forma a permitir uma higienização e vigilância do estoma e pele peri-estoma com a frequência recomendada para reduzir o risco de complicações;
- * É importante verificar regularmente os dispositivos de urostomia e despejar o saco quando a urina ocupar 1/3 a 1/2 da sua capacidade;
- * Deve ter sempre junto de si um conjunto de dispositivos (com recorte feito) e o material necessário para substituição, em caso de urgência ;
- * Os cateteres ureterais permanecem em média 7-10 dias na urostomia e podem ser removidos ou caírem espontaneamente;
- * Se tiver pêlos na zona de fixação da placa deverá apará-los com tesoura ou rapá-los para garantir uma adequada adesividade do dispositivo à pele. O creme de barbear deve ser substituído por pó talco;
- * No período noturno pode conectar o saco de urostomia a um saco coletor de urina para aumentar a capacidade de armazenamento de urina;
- * Todos os dispositivos e acessórios de urostomia são 100% compartilhados, através de receita médica do Serviço Nacional de Saúde (Portaria n.º 284/2016 e 92F/2017).



7. Consulta de estomaterapia:

- * Após a alta será acompanhados por enfermeiros em consulta de estomaterapia (15 dias, 30 dias, 3 meses, 6 meses, 12 meses, anualmente e sempre que necessário);
- * A consulta funciona dentro do serviço de cirurgia geral [REDACTED] às 2ª e 5ª feiras das 8h às 16horas;
- * Se necessitar contactar com os enfermeiros da consulta poderá fazê-lo através de:
 - Telefone: [REDACTED]
 - E-mail: [REDACTED]

8. Sinais de alerta que requerem avaliação por profissional de saúde:

- * Fugas de urina frequentes ou dificuldade em aplicar os dispositivos;
- * Alterações no tamanho e aparência do estoma;
- * Alterações das características da pele peri-estoma;
- * Aumento de muco na urina;
- * Febre, náuseas, vômitos, dor lombar (na região dos rins), urina turva, com odor fétido ou com sangue.

Referências bibliográficas:

- American Cancer Society (ACS) (2019). *Caring for a Urostomy*. <https://cancer.org/treatment/treatments-and-side-effects/treatment-types/surgery/ostomies/urostomy/management.html>.
- Berti-Hearn, L., & Elliott, B. (2019). Urostomy care: a guide for home care clinicians. *Home Healthcare Now*, 37(5), 248-255. <https://doi.org/10.1097/nhh.0000000000000792>.
- Black, P. (2016). Teaching stoma patients the practical skills for self-care. *British Journal of Healthcare Assistants*, 4(3), 132-135. <https://doi.org/10.12968/bjha.2010.4.3.47085>.
- Burch, J. (2011). Essential care for patients with stomas. *Nursing Times*, 107(45), 12-14.
- Burch, J. (2017a). Care of patients undergoing stoma formation: what the nurse needs to know. *Nursing Standard*, 31(51), 41-45. <https://doi.org/10.7748/ns.2017.e10198>.
- Burch, J. (2017b). Post-discharge care for patients following stoma formation: what the nurse needs to know. *Nursing Standard*, 31(51), 41-45. <https://doi.org/10.7748/ns.2017.e10198>
- Direção Geral da Saúde (2016). Norma n.º 012/2016, de 28/10/2016, atualizada a 03/03/2017 - Indicações clínicas nas ostomias de eliminação urinária em idade pediátrica e no adulto. 1-37.
- Fellows, J.; Gutman, N; Clark, J.& DuBois, H. (2017). Urostomy guide. United Ostomy Associations of America, 1-17. <https://www.ostomy.org>.
- Fulham, J. (2008). A guide to caring for patients with a newly formed stoma in the acute hospital setting. *Gastrointestinal Nursing*, 6(8), 14-23. <https://doi.org/10.12968/gasn.2008.6.8.31425>.
- Geng, V., Cobussen-Boekhorst, H., Fillingham, S., Holroyd, S., Kiesbye, B. & Vahr, S. (2009). The good practice in health care: incontinent urostomy. *European Association of Urology Nurses*. http://www.uroweb.org/gls/EAUN/epub/EAUN_2009_LR.html.
- Kristensen, S., Laustsen, S., Kiesbye, B., & Jensen, B. T. (2013). The urostomy education scale a reliable and valid tool to evaluate urostomy self-care skills among cystectomy patients. *Journal of Wound, Ostomy and Continence Nursing*, 40(6), 611-617. <https://doi.org/10.1097/01.WON.0000436778.39349.12>
- O'Connor, G. (2005). Teaching stoma-management skills: the importance of self-care. *British Journal of Nursing*, 14(6), 320-325.
- Registered Nurses' Association of Ontario (RNAO) (2009). Cuidado y manejo de la

Apêndice XVII: Planeamento das atividades de estágio numa consulta de estomaterapia, num serviço de cirurgia geral e num serviço de internamento de urologia

Planeamento das atividades de estágio numa consulta de estomaterapia, num serviço de cirurgia geral e num serviço de internamento de urologia

Objetivos Gerais:

- Promover a melhoria da qualidade dos cuidados de enfermagem à pessoa com urostomia pela otimização da capacitação da pessoa para o autocuidado à urostomia e da colaboração entre as equipas de enfermagem do serviço de internamento de urologia e da consulta de estomaterapia

Objetivos Específicos	Atividades	Recursos	Objetivos/Resultados Esperados
1. Promover acompanhamento da pessoa com urostomia desde o período pré-operatório, de forma a garantir igualdade de assistência a todas as pessoas com ostomias de eliminação	1.1. Identificação dos fatores históricos e processuais que impedem o acompanhamento em consulta da pessoa com urostomia desde o período pré-operatório 2.2. Proposta de estratégias para ultrapassar os fatores existentes e permitir o acompanhamento desde o período pré-operatório	<u>Humanos:</u> Enfermeira orientadora; professora orientadora; enfermeiras chefe, equipa multidisciplinar <u>Materiais:</u> Computador	1.1. Identifica os fatores históricos e processuais 2.2. Apresenta estratégias para ultrapassar os fatores identificados
2. Otimizar a articulação entre as equipas de enfermagem do serviço de internamento de urologia e da Consulta de Estomaterapia	2.1. Estabelecimento de critérios para solicitação de assessoria aos enfermeiros da consulta de estomaterapia 2.2. Identificação dos contactos da consulta de estomaterapia para efeitos de articulação entre equipas	<u>Humanos:</u> Enfermeira orientadora; professora orientadora; enfermeira chefe <u>Materiais:</u> Computador	3.1./3.2. Apresenta e discute com enfermeira orientadora e professora orientadora um documento que identifique os critérios para solicitação de assessoria e os contactos da consulta de estomaterapia
3. Implementar o “Programa educativo para a capacitação do autocuidado, no pós-operatório, da pessoa com urostomia”	3.1. Implementação do “Programa educativo para a capacitação do autocuidado, no pós-operatório, da pessoa com urostomia”	<u>Humanos:</u> Enfermeira orientadora; professora orientadora; enfermeira chefe <u>Materiais:</u> Programa educativo, Urostomy education scale	3.1. Elabora um estudo de caso que retrata a implementação do programa educativo junto de uma pessoa com urostomia

<p>4. Capacitar a equipa de enfermagem para a implementação do “Programa educativo para a capacitação do autocuidado, no pós-operatório, da pessoa com urostomia”</p>	<p>4.1 Reunião com a enfermeira chefe e a enfermeira orientadora para discutir e validar as estratégias de implementação do projeto no serviço</p> <p>4.2 Planificação de sessões formativas para a equipa de enfermagem com o objetivo de apresentar o programa educativo e instruir a equipa para a sua implementação:</p> <p>4.2.1 “Programa educativo para a capacitação do autocuidado, no pós-operatório, da pessoa com urostomia”</p> <p>4.2.2 “Brochura informativa – Urostomia”</p> <p>4.2.3 Avaliação do autocuidado à pessoa com urostomia com recurso à Urostomy Education Scale</p> <p>4.2.4 “Algoritmo de intervenção de enfermagem: avaliação do autocuidado à urostomia”</p> <p>4.2.5 “Critérios para solicitar assessoria aos enfermeiros da consulta de estomaterapia”</p> <p>4.3 Realização de sessões formativas à equipa de enfermagem</p> <p>4.3.1 Avaliação das sessões formativas</p>	<p><u>Humanos:</u> Enfermeira chefe, enfermeira orientadora, professora orientadora e equipa de enfermagem</p> <p><u>Materiais:</u> Computador, sala de sessões, projetor, documentos/instrumentos utilizados na implementação do “Programa educativo para a capacitação do autocuidado, no pós-operatório, da pessoa com urostomia”</p>	<p>4.1 Reúne com enfermeira chefe e enfermeira orientadora</p> <p>4.2 Planifica as sessões formativas para a equipa de enfermagem</p> <p>4.3 Realiza sessões formativas a, pelo menos, 75% da equipa de enfermagem</p> <p>4.3.1 Aplica a “Ficha de avaliação pelo formando” da instituição para avaliar as sessões formativas</p>
---	---	--	---

Apêndice XVIII: Critérios para solicitar assessoria aos enfermeiros da consulta de estomaterapia

**Critérios para solicitar assessoria aos enfermeiros
da consulta de estomaterapia**

Complicações do

Estoma^{1,2}

- Deiscência da sutura mucocutânea
- Estenose
- Fístula
- Hérnia peri-estoma
- Lesão da mucosa
- Mucosite
- Necrose
- Prolapso
- Retração

Complicações

Cutâneas^{1,2}

- Eritema
- Escoriação
- Hipergranulação
- Infecção (ex: foliculite, infecção fúngica)
- Maceração
- Pyoderma gangrenosum
- Ulceração
- Varizes peri-estoma
- Zona de pressão

Outros critérios^{3,4}

- Episódios de fuga de efluente
- Necessidade de aconselhamento especializado

Consulta de Estomaterapia

❖ Equipa de enfermagem da consulta

[REDACTED]

[REDACTED]

❖ Localização e funcionamento da consulta

[REDACTED] 2ª e 5ª feiras das
8h às 16horas

❖ Contactos da consulta:

Telefónico:

- Extensão do serviço de cirurgia geral [REDACTED]

Correio eletrónico:

[REDACTED]

[REDACTED]

¹ Direção Geral da Saúde (2016). Norma n.º 012/2016, de 28/10/2016, atualizada a 03/03/2017 – Indicações clínicas nas ostomias de eliminação urinária em idade pediátrica e no adulto. 1-37.

² Registered Nurses' Association of Ontario (RNAO) (2009). Cuidado y manejo de la ostomía. *Best Practice Guideline*, 1-120.

³ Geng, V., Cobussen-Boekhorst, H., Fillingham, S., Holroyd, S., Kiesbye, B. & Vahr, S. (2009). The good practice in health care: incontinent urostomy. *European Association of Urology Nurses*. http://www.uroweb.org/gls/EAUN/epub/EAUN_2009_LR.html.

⁴ Fulham, J. (2008). A guide to caring for patients with a newly formed stoma in the acute hospital setting. *Gastrointestinal Nursing*, 6(8), 14–23. <https://doi.org/10.12968/gasn.2008.6.8.31425>.

Apêndice XIX: Estudo de caso: Implementação do Programa educativo para a capacitação do autocuidado no pós-operatório da pessoa com urostomia

1. DESCRIÇÃO DO CONHECIMENTO DA PESSOA, FAMÍLIA E CONTEXTO DE VIDA

1.1 Descrição da situação de saúde e familiar do utente

Sr. M.S. nasceu a 6/7/1938 é viúvo há 8 anos e tem um filho que reside em Inglaterra que é casado, tem 2 filhos e com quem mantém contacto frequente por videochamada. Fala com amor dos pais e irmã que já faleceram *“há muitos anos, resto eu e o meu irmão que mora em Almada mas com quem me dou muito bem e falo todos os dias...ainda ontem me ligou para dizer que tinha estado a pesquisar sobre esta situação [urostomia] na internet”* (SIC).

Antes de falecer foi diagnosticado à esposa, um meningioma cerebral que a limitou na realização autónoma dos autocuidados, havendo necessidade de contratarem uma pessoa amiga e de confiança de ambos para assumir o papel de cuidadora nas 24 horas do dia. Além de assistir a senhora no autocuidado, a cuidadora assegurava as lides domésticas. Quando a esposa do senhor M.S. faleceu a cuidadora permaneceu na residência e passou a ser cuidadora do senhor M.S., acompanhando-o às consultas médicas e nos seus passeios diários no parque urbano da cidade, devido à diminuição de força que este já apresentava. Ainda assim o Sr. M.S. manteve-se autónomo até ao dia da intervenção cirúrgica.

Reside numa moradia com 3 pisos e o Sr. M.S. passa a maioria do tempo no rés do chão e apenas sobe ao 1º andar para dormir no seu quarto. Consegue subir sozinho, mas por segurança é sempre acompanhado pela cuidadora nos lanços de escadas. No 2.º andar localiza-se o quarto da cuidadora e apenas esta faz uso deste piso.

Iniciou a sua carreira como professor de Matemática e por ser fluente em Inglês, Francês, Italiano e Espanhol foi convidado para o departamento comercial de uma empresa de peças automóveis com cede no Norte, onde permaneceu até à sua reforma.

O Sr. M.S. apresenta como antecedentes de saúde obesidade, hipertensão arterial, dislipidemia, insuficiência renal crónica, síndrome vertiginosa, asma, tuberculose (aos 18 anos) e legionella no ano 1990. Já foi submetido a várias

intervenções cirúrgicas, nomeadamente apendicectomia, colecistectomia, ressecção transuretral da próstata por hiperplasia benigna e cirurgia oftálmica bilateral por catarata.

Refere não consumir bebidas alcoólicas há 2 anos e deixou de fumar há mais de 45 anos. Embora tenha cessado o consumo de tabaco há muito tempo este representa um fator de risco para o desenvolvimento de carcinoma vesical. Nos fumadores o risco para carcinoma vesical é quatro vezes superior ao dos não fumadores. Além do risco, o prognóstico de doença é também pior para as pessoas que mantêm os hábitos tabágicos (Martins et al., 1997).

Em Abril de 2019 iniciou um quadro de hematúria que representa o sinal mais frequente (>85% dos casos) dos tumores da bexiga (Martins et al., 1997). É-lhe requisitada uma ecografia vesical que embora seja um exame não invasivo, com baixa sensibilidade e especificidade (Martins et al., 1997) permitiu detetar várias lesões endoluminais.

Em Julho do mesmo ano foi submetido a ressecção transuretral vesical por ser a intervenção de eleição para o diagnóstico, estadiamento e tratamento do tumor vesical superficial (Glina et al., 2008). O resultado da anatomia patológica permitiu estabelecer o diagnóstico de carcinoma urotelial T1 (tumor que invade o tecido conjuntivo sub-epitelial) e G3 (alto grau) (Glina et al., 2008). Tratando-se de uma doença invasiva foi necessário realizar uma TC torácica, abdominal e pélvica para estadiamento do tumor e avaliação da doença localmente e à distância (Martins et al., 1997). O estadiamento tem como objetivo determinar se a doença é superficial ou extensa, loco regional ou metastática e rege-se segundo o sistema TNM da Union for International Cancer Control na identificação da dimensão e extensão do tumor (T), existência de invasão ganglionar (N) e de metástases (M) (Glina et al., 2008). No caso do diagnóstico do Sr. M.S. a classificação do tumor manteve-se T1G3 após a realização da TC, omitindo a classificação quanto à invasão ganglionar e presença de metástases, motivo pelo qual se subentende não ter sido detetada invasão ganglionar ou de outros órgãos. O grau histológico foi identificado de acordo com a OMS (Organização Mundial de Saúde) e a ISUP (International

Society of Urological Pathology), que classifica o cancro relativamente ao seu risco (Glina et al., 2008).

Tratando-se de uma tumor invasivo a abordagem deve ser mais agressiva e a equipa médica optou por realizar quimioterapia neoadjuvante (3 ciclos) que decorreram entre 28/8 a 25/10. Em Dezembro de 2019 foi submetido a RTU-V verificando-se, através de anatomia patológica, remissão completa da neoplasia e o Sr. M.S. teve alta a 30-12-2019.

A 18 de Maio de 2020 realizou cistoscopia de vigilância que permitiu observar *"lesão pequena na cúpula vesical e lesões duvidosas no fundo vesical"*, ficando proposto para nova RTU-V. Nos tumores invasivos são frequentes as recidivas pelo que se recomenda uma vigilância local e à distância através de exames imagiológicos como Rx torácico, ecografia, TC e outros exames como citologia urinária ou cistoscopia (Martins et al., 1997).

A 21 de Setembro de 2020 foi submetido a RTU-V, tendo sido identificados *"vários tumores de aspeto papilar e sésil, localizados na cúpula, fundo vesical, parede lateral esquerda e pavimento esquerdo de tamanho 1-2cm"*. É nesse momento diagnosticado um carcinoma urotelial T2 (tumor que invade o músculo) G3 (alto grau), sem evidência de invasão ganglionar ou manifestação de doença à distância na nova TC realizada após a cirurgia.

O tratamento sugerido em Novembro de 2020 foi cistoprostatectomia radical, que é a abordagem cirúrgica de eleição para o homem no caso de tumores vesicais músculo invasivos (T2-T4a), na ausência de metastização (N0-Nx) e com intenção curativa (Gomes et al., 2012).

A cistectomia radical implica a derivação da urina, e a que clinicamente melhor se adequa, tem melhor custo-benefício e é mais confiável a longo prazo é o conduto ileal. Esta técnica implica o uso de uma porção do ileon para derivar a urina desde os rins até à parede abdominal, com criação de um estoma cutâneo que possibilita a saída da urina (urostomia) (Colombo & Naspro, 2010).

A construção de um estoma tem um impacto negativo na vida da pessoa e o papel do enfermeiro é fundamental para reduzir as repercussões que esta doença e intervenção cirúrgica têm na vida da pessoa e tal poderá ser conseguido através

da capacitação da pessoa para o autocuidado à sua urostomia (Brown & Randle, 2004).

O primeiro contacto entre enfermeiros e as pessoas submetidas à construção de urostomia deve ocorrer ainda no período pré-operatório preferencialmente antes da admissão hospitalar. A proposta cirúrgica, o objetivo da cirurgia e as suas implicações devem ser abordados e os enfermeiros devem garantir que a pessoa recebeu e percebeu toda a informação necessária, dissipando mitos ou ideias pré-concebidas que possam existir (Fulham, 2008; Cronin, 2012).

O Sr. M.S. não teve consulta de estomaterapia no período pré-operatório, o que limitou o acesso a informação pertinente que é fornecida nesta consulta e limitou o treino do autocuidado bem como a abordagem de toda a informação relacionada com a urostomia ao período pós-operatório.

A marcação do estoma é feita, geralmente, pela equipa de enfermagem no pré-operatório e, segundo Banks e Razor (2003), na sua ausência existe um aumento significativo de complicações. Segundo o Sr. M.S. a marcação não foi realizada e embora apresente um estoma circular e proeminente, este localiza-se numa área abaixo do campo visual do senhor, que fica dependente de um espelho para visualizar o estoma e pele peri-estoma.

No dia 25 de Março de 2021 foi submetido a cistoprostatectomia radical + linfadenectomia pélvica bilateral+ ureteroileostomia cutânea (Bricker). As primeiras 48h permaneceu na Unidade de Cuidados Intensivos, sem intercorrências sendo transferido para a enfermaria no dia 27 de Março. Nos primeiros dias após a intervenção cirúrgica o Sr. M.S. dependeu totalmente dos enfermeiros para garantir a satisfação de algumas necessidades de cuidados como, por exemplo, controlo da dor, cuidados de higiene, vestuário e cuidados à urostomia. À luz da teoria do défice do autocuidado podemos identificar alguns diagnósticos de enfermagem nomeadamente: controlo de dor ineficaz, autocuidado higiene dependente, autocuidado vestuário dependente, autocuidado à urostomia dependente. Para responder aos diagnósticos identificados os enfermeiros estabeleceram planos de ação cujas intervenções se enquadram num sistema de enfermagem totalmente compensatório.

No dia 5 de Abril, ao 12º dia pós-cirurgia tive o primeiro contacto com o Sr. M.S. que se encontrava estabilizado hemodinamicamente, com dor controlada, a ingerir dieta com tolerância e sem náuseas, a cumprir levante diário e disponível para aprender. Logo estavam reunidas as condições essenciais ao início do “Programa educativo para a capacitação do autocuidado no pós-operatório da pessoa com urostomia”. Os ensinamentos do cuidados à ostomia devem ser iniciados ou retomados, no pós-operatório, logo que a pessoa esteja pronta para aprender recorrendo a um planeamento estruturado que minimize a omissão de informação importante (O’Connor, 2005) e diminua a prática clínica aleatória (Kristensen, 2013). Cada sessão deve ter objetivos definidos que permitam à pessoa alcançar a independência no autocuidado e os seus progressos devem ser registados (Fulham, 2008). Neste 1.º contacto constatei que o senhor ainda estava fisicamente debilitado, com desequilíbrio, diminuição da força dos membros inferiores e cansaço fácil a pequenos esforços, necessitando da minha ajuda na concretização de algumas tarefas do autocuidado (sistema parcialmente compensatório). Aplicando a Escala de *Barthel* a pontuação obtida foi 30 (dependência grave) pois era necessário assistir o senhor nas transferências, toalete, utilização dos sanitários, banho, mobilidade e vestuário. Embora se encontrasse debilitado o Sr. M.S. apresentava potencial para recuperar a força, o equilíbrio e retomar ao seu dia-a-dia. Por isso uma das minhas intervenções com o senhor foi o treino do levante, transferência e da marcha com recurso a um auxiliar de marcha (andarilho), havendo necessidade de gerir o exercício de acordo com a função respiratória para evitar episódios de dispneia. Este treino, realizado em parceria com os fisioterapeutas, foi um importante passo no sentido da retoma da autonomia no autocuidado e na aquisição das capacidades necessárias para cuidar do seu estoma e pele peri-estoma.

O Sr. M.S. apresentava uma ferida cirúrgica no abdómen que se encontrava exposta, sem material de sutura e com boa evolução cicatricial. Lateralmente tinha 2 placas de contenção para prevenir deiscência/evisceração que um estudo realizado por Prata (2016) diz corresponder a 20,1% das complicações presentes durante o internamento das pessoas submetidas a cistectomia radical.

No que concerne à urostomia o Sr. M.S. apresentava um estoma circular (38mm), proeminente, rosado, edemaciado e ainda com pontos. Mantinha 2 cateteres ureterais permeáveis fixados à pele por um ponto de sutura. A pele peri-estoma encontrava-se íntegra e segundo a equipa de enfermagem não tinham ocorrido episódios de fuga de efluente. Até ao momento os cuidados ao estoma e peri-estoma eram assegurados pelos enfermeiros, não se tendo ainda iniciado o processo de capacitação do senhor para o autocuidado à ostomia.

A 5 de Abril dei início ao “Programa educativo para a capacitação do autocuidado no pós-operatório da pessoa com urostomia” após ter assistido o senhor no banho e na transferência para o cadeirão. Esperei pelo fim da manhã para permitir ao senhor recuperar do cansaço associado aos cuidados de higiene. Comecei por conduzir o senhor, em cadeiras de rodas (ainda não conseguia andar) até uma sala de trabalho livre, onde em privado e com tranquilidade pude falar sobre esta nova realidade do utente, viver com uma urostomia.

Na **primeira sessão de educação** do referido programa estão definidos como objetivos para a pessoa com urostomia: conhecer a urostomia e o seu funcionamento, conhecer os dispositivos de urostomia (placa e saco), conhecer o manual informativo, conhecer as características normais da urina e observar o cuidado ao estoma e pele peri-estoma.

Iniciei esta sessão explicando que o programa educativo englobava um conjunto de sessões de educação com objetivos previamente definidos, onde se pretende ter uma abordagem clara e concreta que permita à pessoa aprender e treinar o autocuidado à sua urostomia. Desde o início o senhor M.S. reconheceu a importância de adquirir o conhecimento e as capacidades necessárias ao cuidado à urostomia afirmando inclusivamente que *“é do meu interesse aprender”* (SIC). Durante a sessão olhou o seu estoma e apresentou uma atitude participativa validando a informação que eu lhe fui transmitindo. Percebi que mantinha uma boa capacidade de aquisição e compreensão de informação nova. No fim da sessão retomámos à unidade do senhor, na qual permaneceu no cadeirão com um manual informativo sobre urostomias para facilitar a assimilação da informação fornecida no decorrer da sessão de educação. Não foi possível entregar a “Brochura

informativa – Urostomia” desenvolvida neste projeto por carecer de validação da instituição logo o manual fornecido foi o que se encontrava no interior do kit de urostomia fornecido por um laboratório. Além do manual ficou também com uma placa e um saco de urostomia para que pudesse manipular e treinar a aparelhagem do saco à placa, o fecho e abertura do mecanismo de segurança e o fecho e abertura da válvula de despejo. Iniciei precocemente este treino, enquanto estratégia para capacitação para o autocuidado, por diversos fatores, tais como: o senhor aceitar a sua ostomia e estar disponível para aprender, por estar planeada alta para breve e por verificar algum tremor nas mãos do senhor que poderia ser limitativo no autocuidado.

No dia 6 de Abril após concretizar algumas intervenções de enfermagem como, por exemplo, a avaliação dos parâmetros vitais, a administração de terapêutica, assistir o senhor na higiene e executar o tratamento à ferida cirúrgica, treinei com o senhor M.S. o levante, a transferência e a deambulação com andariço. Após este treino ficou cansado, pelo que se optou por realizar a segunda sessão de educação após o almoço, dando tempo para o senhor descansar.

A **segunda sessão de educação** tem definidos como objetivos para a pessoa com urostomia: identificar e reunir os dispositivos e material necessário ao cuidado ao estoma e pele peri-estoma, identificar as etapas do cuidado ao estoma e pele peri-estoma, observar o cuidado ao estoma e pele peri-estoma e conhecer as principais complicações (alterações da pele peri-estoma e infeção do trato urinário) e as principais estratégias para prevenção.

No início da sessão solicitei ao senhor que, em colaboração comigo, relembrássemos a sessão do dia anterior, permitindo perceber que o mesmo alcançou os objetivos definidos para a primeira sessão. Além disso informou-me que tinha lido o manual informativo e manipulado os dispositivos que lhe forneci, tendo assim consolidado os conhecimentos adquiridos no dia anterior e referindo, inclusivamente, que “hoje de manhã quando me trocaram este saco [saco coletor de urina] *fui eu que abri esta peça* [válvula de despejo]” (SIC) demonstrando satisfação pelo seu ato que foi valorizado por mim. Como verifiquei evolução na mobilidade e força dos membros inferiores, tentei perceber com o senhor M.S. se

conseguiria deslocar-se com o andarilho até aos sanitários para lá procedermos à substituição dos dispositivos, uma vez que é a única área onde existe um espelho que permitiria ao senhor observar o ser abdómen, que além de se encontrar edemaciado é volumoso limitando a visualização do estoma. O senhor concordou e por isso dividi a sessão em 2 fases: a 1ª fase onde abordei as complicações e estratégias para prevenção, que desenvolvi junto à unidade do senhor (cortina corrida) e a 2ª fase que consistiu no despejo e substituição de dispositivos realizada nos sanitários, onde o senhor M.S. permaneceu em pé apoiado no andarilho com uma cadeira atrás de si onde descansava por períodos. O local não é o desejável, pela sua pequena área, pela reduzida luminosidade, por ser um espaço comum a todos os utentes do quarto, mas neste serviço era o único local que permitia ao senhor M.S. visualizar o seu estoma, pele peri-estoma e os cuidados prestados e que mais se assemelha à realidade que o senhor terá após ter alta. Durante a execução do procedimento o senhor permaneceu atento a todos os passos, tendo a iniciativa de querer colaborar em alguns passos do procedimento como a remoção dos dispositivos. Quando terminámos o cuidado à ostomia o senhor regressou ao cadeirão junto ao leito onde revimos as várias etapas dos cuidados realizados, sendo encorajado a esclarecer as suas dúvidas e informado que no dia seguinte seria a sua vez de proceder ao despejo e substituição dos dispositivos. Como implicaria cortar a placa forneci ao senhor vários moldes iguais à sua placa para que este pudesse treinar o recorte com a tesoura disponível no kit de urostomia entregue na 1ª sessão.

Nesta sessão foi avaliada o autocuidado com recurso à *Urostomy Education Scale*, cujos resultados se apresentam na **Figura 1** (Urostomy education scale segunda sessão de educação).

Figura 1: Urostomy Education Scale segunda sessão de educação

Skill	0 points	1 points	2 points	3 points	Score
1. Reaction to the stoma	The patient shows no interest in/has difficulty coping with the stoma.	The patient has seen and touched the stoma on the initiative of the nurse	The patient has seen and touched the stoma on his/her own initiative	The patient copes with the stoma and is preparing for the future	1
2. Removing the stoma appliance	The nurse removes the stoma appliance	The patient needs assistance to remove the stoma appliance	The patient needs verbal guidance to remove the stoma appliance	The patient can remove the stoma appliance independently	1
3. Measuring the stoma diameter	The nurse measures the stoma diameter	The patient needs assistance to measure the stoma diameter correctly	The patient needs verbal guidance to measure the stoma diameter correctly	The patient can measure the stoma diameter correctly independently	0
4. Adjusting the size of the urostomy diameter in a new stoma appliance	The nurse cuts the size of the urostomy diameter	The patient needs assistance to cut the size of the urostomy diameter	The patient needs verbal guidance to cut the size of the urostomy diameter	The patient can cut the size of the urostomy diameter independently	0
5. Skin care	The nurse cleans and dries the skin	The patient needs assistance to clean and dry the skin	The patient needs verbal guidance to clean and dry the skin	The patient can clean and dry the skin independently	0
6. Fitting a new stoma appliance	The nurse fits a new stoma appliance	The patient needs assistance to fit a new stoma appliance	The patient needs verbal guidance to fit a new stoma appliance	The patient can fit a new stoma appliance independently	0
7. Emptying procedure (Emptying bag and attaching/detaching night bag)	The nurse performs the emptying procedure	The patient needs assistance to perform the emptying procedure	The patient needs verbal guidance to perform the emptying procedure	The patient can perform the emptying procedure independently	1
Total points					

No dia 7 de Abril, o Sr. M.S. já conseguiu percorrer o quarto todo com o andarilho sob supervisão, sentindo-se melhorado e com mais força. Conseguiu identificar as principais complicações da urostomia e algumas estratégias para as prevenir: ingerir água para manter a urina cor de palha e *“lavar muito bem a pele e fazer o corte [da placa] perto dos 40, porque a medida é 38 mas a placa só tem 40”* (SIC). É um facto que o tamanho do recorte tem que ser adaptado em função da dimensão do estoma, principalmente nas primeiras 6-8 semanas do pós-operatório em que o edema do mesmo regride. Essa informação foi fornecida ao senhor M.S. mas também lhe foi indicado que nestas primeiras semanas faz o recorte perto do diâmetro 40 e que nas consultas de acompanhamento o recorte será revisto, no entanto, no futuro terá que estar atento à pele peri-estoma exposta quando tem a placa aplicada, pois não deve ultrapassar os 2-3mm. Como o próprio abdómen também se altera (ex: aumento ou perda de peso) existe a possibilidade da forma ou a dimensão do estoma se alterar e ser necessário retificar a área a recortar na placa.

Após rever os objetivos da sessão anterior foi questionado acerca do local que preferia para realizarmos a **terceira sessão de educação** e o mesmo preferiu a abordagem teórica na sua unidade dentro da enfermaria partilhada e a execução do despejo e substituição dos dispositivos nos sanitários. Esta sessão tem como objetivos para a pessoa com urostomia: identificar e reunir os dispositivos e material necessário ao cuidado ao estoma e pele peri-estoma, identificar as etapas do cuidado ao estoma e pele peri-estoma, executar o autocuidado ao estoma e pele peri-estoma com assistência do enfermeiro e identificar as dificuldades sentidas no autocuidado.

Antes de passarmos aos sanitários o senhor soube enunciar todo o material que necessitaria, as etapas da substituição dos dispositivos e executar, na perfeição, o recorte ligeiramente abaixo do diâmetro 40 na placa. Já nos sanitários o senhor rapidamente iniciou os cuidados à ostomia, com algum nervosismo de quem está a executar um ato pela primeira vez, mas não desistiu e teve iniciativa própria para avançar nas diversas etapas do autocuidado. Para descolar a placa da pele recorreu ao uso de spray removedor que segurou com a mão dominante (direita) enquanto descolou a placa com a mão esquerda, esquecendo-se com frequência de amparar a pele enquanto descolava a placa. Como tal, foi treinado a remover a placa com a seguinte sequência de passos: 1) mão esquerda afasta o bordo da placa; 2) mão direita aperta o spray; 3) pousa o spray; 4) descola uma porção da placa com a mão direita enquanto suporta a pele com a mão esquerda e assim sucessivamente até remover o dispositivo. O senhor conseguiu executar o procedimento até ao momento da aplicação da placa, onde teve dificuldade em vários aspetos: alinhar a placa com o bordo inferior do estoma; passar os cateteres ureterais pelo recorte da placa; colar a porção da placa que é necessário ficar por baixo da placa de contenção (devido à proximidade ao estoma); adaptar a placa antes da saída de urina que, ao contactar com a parte adesiva da placa, compromete a adesividade. Efetivamente é difícil aplicar a placa, principalmente enquanto os cateteres ureterais permanecem no estoma e as placas de contenção no abdómen. Durante esta etapa do procedimento reparei que o senhor ficou cansado e assumi a aplicação de uma nova placa permitindo ao senhor M.S. descansar e prevenindo eventuais frustrações

associadas ao insucesso na aplicação da placa de urostomia. Contudo, informei que iria pensar em estratégias que facilitassem a execução deste passo para permitir ao senhor completar de forma independente todo o procedimento. Com a placa aplicada assisti o senhor a adaptar o saco de urostomia, verificando alguma dificuldade, exceto no fecho do mecanismo de segurança que executou com eficácia. Como identifiquei alguma dificuldade no encaixe do saco de urostomia na placa, deixei na mesa de apoio junto ao senhor um saco e uma placa para que este treinasse a aparelhagem dos dispositivos, incentivando o senhor a fazê-lo encostando os dispositivos ao abdómen para simular a situação real.

No fim da sessão foi preenchida a *Urostomy Education Scale* cujos resultados se apresentam na **Figura 2** (*Urostomy Education Scale* terceira sessão de educação). Comparado o resultado com a avaliação da sessão anterior verifiquei aumento da pontuação em todos os domínios.

Figura 2: *Urostomy Education Scale* terceira^a sessão de educação

Skill	0 points	1 points	2 points	3 points	Score
1. Reaction to the stoma	The patient shows no interest in/has difficulty coping with the stoma.	The patient has seen and touched the stoma on the initiative of the nurse	The patient has seen and touched the stoma on his/her own initiative	The patient copes with the stoma and is preparing for the future	2
2. Removing the stoma appliance	The nurse removes the stoma appliance	The patient needs assistance to remove the stoma appliance	The patient needs verbal guidance to remove the stoma appliance	The patient can remove the stoma appliance independently	2
3. Measuring the stoma diameter	The nurse measures the stoma diameter	The patient needs assistance to measure the stoma diameter correctly	The patient needs verbal guidance to measure the stoma diameter correctly	The patient can measure the stoma diameter correctly independently	1
4. Adjusting the size of the urostomy diameter in a new stoma appliance	The nurse cuts the size of the urostomy diameter	The patient needs assistance to cut the size of the urostomy diameter	The patient needs verbal guidance to cut the size of the urostomy diameter	The patient can cut the size of the urostomy diameter independently	1
5. Skin care	The nurse cleans and dries the skin	The patient needs assistance to clean and dry the skin	The patient needs verbal guidance to clean and dry the skin	The patient can clean and dry the skin independently	1
6. Fitting a new stoma appliance	The nurse fits a new stoma appliance	The patient needs assistance to fit a new stoma appliance	The patient needs verbal guidance to fit a new stoma appliance	The patient can fit a new stoma appliance independently	1
7. Emptying procedure (Emptying bag and attaching/detaching night bag)	The nurse performs the emptying procedure	The patient needs assistance to perform the emptying procedure	The patient needs verbal guidance to perform the emptying procedure	The patient can perform the emptying procedure independently	2
Total points					

No dia 8 de Abril demos continuidade à reabilitação motora o que permitiu ao senhor percorrer pequenas distâncias sem apoio do andarilho. Aguardei pelas 15horas (2horas após a refeição) para iniciar a **quarta sessão de educação**, de forma a que a mesma ocorresse num momento em que houvesse menor produção de urina para facilitar o procedimento de substituição de dispositivos. Nesta sessão os objetivos definidos para a pessoa com urostomia: executar o autocuidado ao estoma e pele peri-estoma autonomamente e identificar as dificuldades sentidas no autocuidado.

Antes de iniciar questioneei o senhor M.S. acerca do local onde preferia que a sessão ocorresse e o mesmo quis manter os locais sessão anterior. Revimos o material necessário, as etapas do autocuidado e o senhor recortou a placa pela medida do seu estoma. Como estratégia para facilitar a aplicação da placa no abdómen propus que o senhor aplicasse a placa já com o saco adaptado para reduzir a probabilidade de saída de urina para a pele peri-estoma durante o procedimento, mas não foi eficaz e o senhor manteve dificuldade em centrar o estoma no recorte da placa, em colocar uma porção da placa por baixo da placa de contenção e manter os cateteres dentro dos dispositivos enquanto adapta a placa à pele. Ainda assim, o senhor não desanimou e referiu que em casa tem um espelho alto no roupeiro do quarto que lhe permitirá visualizar todo o abdómen facilitando a aplicação da placa. Percebi naquele momento que seria muito difícil o senhor executar independentemente a aplicação da placa de urostomia no abdómen enquanto permanecessem os cateteres ureterais e as placas de contenção. Aplicando a *Urostomy Education Scale* (**Figura 3: Urostomy Education Scale** quarta sessão de educação) verifiquei que não houve evolução no domínio 6 “fitting a new stoma appliance” que manteve a pontuação de 1 e apliquei o “Algoritmo de intervenção de enfermagem: avaliação do autocuidado à urostomia” e segundo o mesmo deveria ser reforçada a instrução e treino do autocuidado e envolvida a equipa multidisciplinar para trabalhar com o senhor este domínio, contudo eu sabia que a equipa médica de urologia planeava a alta clínica para breve e por isso propus ao senhor envolver os cuidadores neste passo do autocuidado, pois é necessário que no momento da alta esteja garantido o despejo e substituição dos dispositivos

pelo próprio ou por um cuidador. Em conjunto com o senhor tentei perceber quem poderia assumir esta etapa substituição dos dispositivos enquanto o senhor não fosse capaz de o fazer e o mesmo optou pelo cuidador do sexo masculino por questões de pudor. Foi feito contacto telefónico com o cuidador que se mostrou disponível para colaborar e ficou agendada uma videochamada para o dia seguinte para se proceder à instrução do cuidado ao estoma e pele peri-estoma, visto não ser possível fazê-lo pessoalmente por residir longe e trabalhar nos dias seguintes.

Figura 3: *Urostomy Education Scale* quarta sessão de educação

Skill	0 points	1 points	2 points	3 points	Score
1. Reaction to the stoma	The patient shows no interest in/has difficulty coping with the stoma.	The patient has seen and touched the stoma on the initiative of the nurse	The patient has seen and touched the stoma on his/her own initiative	The patient copes with the stoma and is preparing for the future	3
2. Removing the stoma appliance	The nurse removes the stoma appliance	The patient needs assistance to remove the stoma appliance	The patient needs verbal guidance to remove the stoma appliance	The patient can remove the stoma appliance independently	3
3. Measuring the stoma diameter	The nurse measures the stoma diameter	The patient needs assistance to measure the stoma diameter correctly	The patient needs verbal guidance to measure the stoma diameter correctly	The patient can measure the stoma diameter correctly independently	3
4. Adjusting the size of the urostomy diameter in a new stoma appliance	The nurse cuts the size of the urostomy diameter	The patient needs assistance to cut the size of the urostomy diameter	The patient needs verbal guidance to cut the size of the urostomy diameter	The patient can cut the size of the urostomy diameter independently	3
5. Skin care	The nurse cleans and dries the skin	The patient needs assistance to clean and dry the skin	The patient needs verbal guidance to clean and dry the skin	The patient can clean and dry the skin independently	2
6. Fitting a new stoma appliance	The nurse fits a new stoma appliance	The patient needs assistance to fit a new stoma appliance	The patient needs verbal guidance to fit a new stoma appliance	The patient can fit a new stoma appliance independently	1
7. Emptying procedure (Emptying bag and attaching/detaching night bag)	The nurse performs the emptying procedure	The patient needs assistance to perform the emptying procedure	The patient needs verbal guidance to perform the emptying procedure	The patient can perform the emptying procedure independently	3
Total points					

No dia 9 de Abril ocorreu a **quinta sessão de educação** que contempla objetivos para a pessoa com urostomia e para a pessoa significativa. Para a primeira os objetivos são executar o autocuidado ao estoma e pele peri-estoma, instruir o cuidado ao estoma e pele peri-estoma à pessoa significativa e identificar os recursos existentes na comunidade; e para a segunda identificar as etapas do cuidado ao estoma e pele peri-estoma e identificar os recursos existentes na comunidade

Como planeado no dia anterior a sessão foi transmitida em direto por videochamada feita com o cuidador. Tendo em consideração a limitação do tempo,

o local escolhido para a execução do procedimento (leito do senhor) e a necessidade da informação ser clara e facilmente perceptível para quem assiste, considerei vantajoso assumir a execução do cuidado após validar, mais uma vez, que o cuidador estava disponível para aplicar a placa no abdómen de 3/3 dias e sempre que necessário até o senhor adquirir esta capacidade. O cuidador mostrou-se disponível e prestável referindo que já teve contacto com uma ostomia de eliminação intestinal, pois o seu pai foi submetido à construção de uma colostomia, tendo sido o senhor a assumir os cuidados à ostomia durante os primeiros meses até o pai estar física e psicologicamente capaz de o fazer. Posto isto, executei o cuidado ao estoma e pele peri-estoma, conferindo com o cuidador se conseguia visualizar com perfeição e compreender a informação que lhe estava a fornecer. No fim do procedimento disponibilizei-me para esclarecer dúvidas, mas o cuidador referiu ter ficado esclarecido com a informação fornecida durante a sessão de educação.

É importante envolver uma pessoa significativa no programa educativo, mesmo quando a pessoa com ostomia alcança a sua independência no despejo e substituição de dispositivos, (se for da vontade de ambas as pessoas) pois, segundo O'Connor (2005) muitas pessoas sentem-se confortáveis ao ter um familiar instruído acerca dos cuidados à ostomia para que as possa assistir nos primeiros dias após a alta ou num momento em que necessitem de ajuda.

Após o término da videochamada o senhor treinou a adaptação e desadaptação do saco de urostomia, da placa, pois seria da sua responsabilidade executar, diariamente, esta etapa do cuidado à ostomia. Para o efeito coloquei o senhor na posição de sentado no leito de forma a visualizar o topo do estoma e solicitei que retirasse e voltasse a adaptar o saco à placa por diversas vezes. Para facilitar este passo sugeri que em primeiro lugar inserisse os cateteres ureterais no saco e em seguida centrasse horizontalmente o estoma na abertura do saco porque mesmo sem espelho o senhor conseguia visualizar o topo do estoma. Em seguida indiquei que encostasse a parte inferior do saco ao abdómen e arrastasse para cima até sentir prender no aro da placa devendo fazer a barriga rija e encaixar o saco de urostomia na placa percorrendo o aro com os dedos de baixo para cima até encaixar

na totalidade. Por fim fechar o mecanismo de segurança e confirmar que o saco está bem aplicado e a válvula de despejo fechada. Esta etapa do procedimento de substituição dos dispositivos foi repetida várias vezes e sempre com sucesso.

Nos dias seguintes não pude estar presente para treinar com o Sr. M.S. o autocuidado à urostomia, contudo, informei a equipa de enfermagem da importância de o fazer para melhorar a capacidade do senhor cuidar da sua ostomia. Considerando que na última sessão de educação foi necessário orientar verbalmente o senhor na substituição do saco de urostomia sugeri à enfermeira da consulta de estomaterapia que a consulta pós-alta fosse antecipada 1 semana, cumprindo as orientações do “Algoritmo de intervenção de enfermagem: avaliação do autocuidado à urostomia”. Antes de me ausentar deixei no processo do senhor a identificação dos dispositivos e do material em uso para que o médico assistente pudesse prescrever antes da alta hospitalar.

1ª consulta de estomaterapia – 7 dias após alta

Nesta consulta foi disponibilizada à enfermeira a *Urostomy_Education Scale* com todas as avaliações realizadas durante a implementação do programa educativo no internamento.

Segundo informação fornecida pela colega o senhor encontrava-se muito queixoso devido a duas úlceras por pressão (UPP) que desenvolveu no domicílio na região inferior das placas de contenção. No momento da consulta a atenção e preocupação do sr. e da sua cuidadora estavam relacionadas com as feridas e a dor associada, havendo pouca disponibilidade para abordar as questões do autocuidado à urostomia. Houve necessidade de observação médica, remoção das placas e realização de tratamento às feridas após o qual foi observada a ostomia e questionada a adaptação do senhor a esta nova realidade.

Segundo a avaliação da enfermeira o estoma era circular, proeminente, sem evidenciar sinais de complicações, a pele peri-estoma encontrava-se íntegra e a urina estava muito concentrada. Foi incentivado a aumentar o reforço hídrico para

que a urina alcançasse a sua coloração ideal (amarelo cor de palha) de forma a prevenir infecções do trato urinário.

Relativamente ao cuidado ao estoma e pele peri-estoma foi avaliado:

- A periodicidade com que estavam a ser substituídos os dispositivos – Sr. M.S. referiu que estava a substituir todos os dispositivos de 3/3 dias e quando foi reforçada a necessidade da substituição diária do saco, referiu que a Enf. Nádia o tinha informado dessa necessidade, mas que se esqueceu;

- Os cuidados ao estoma e pele peri-estoma – Limpeza do estoma e pele peri-estoma realizada com compressas e soro fisiológico, por ainda manter os cateteres ureterais;

- Ocorrência de episódios de fuga de efluente – Não tinha ocorrido até à data qualquer episódio de fuga de efluente ou de desadaptação do dispositivo;

- Aplicação de dispositivos – Dispositivos bem aplicados e íntegros.

Esta consulta foi importante pois permitiu detetar as úlceras por pressão e iniciar o devido tratamento; identificar e corrigir duas atitudes (ingestão insuficiente de água e permanência de saco de urostomia mais de 24 horas).

Devido à presença de feridas com dor associada o cuidado ao estoma e pele peri-estoma foi assegurado pela enfermeira, que reagendou nova consulta 1 semana depois para reavaliar as úlceras por pressão e adaptação do senhor à sua ostomia.

2ª consulta de estomaterapia – 14 dias após alta

No dia 26 de Abril acompanhei a consulta do Sr. M.S. que chegou em cadeira de rodas acompanhado pela cuidadora. Vestia umas calças de ganga, camisa e polo, referindo manter o mesmo tipo de vestuário que usava antes da construção da ostomia. O saco de urostomia vinha adaptado a um saco coletor de urina que saía por cima do cós das calças, fazendo com que o saco de urostomia dobrasse, limitando a drenagem de urina para o saco coletor e reduzindo o volume de armazenamento do próprio saco de urostomia por se encontrar dobrado. Foram alertados para os riscos associados ao uso inadequado do saco coletor de urina

como o risco de descolamento ou desadaptação dos dispositivos e o risco de infecção urinária devido à redução da capacidade de armazenamento do saco e à permanência de urina acima da válvula anti-refluxo. Neste sentido foi realizado ensino acerca da vigilância do volume do saco de urostomia e necessidade de despejá-lo quando alcançar, no máximo, 1/2 da sua capacidade e foi sugerido que o uso do saco coletor de urina fique limitado ao período noturno ou a algum período de descanso. Noutros períodos do dia o uso deste dispositivo além, de não trazer qualquer benefício, representa um elemento limitador da mobilidade.

Na transição da cadeira de rodas para a marqueteira verifiquei alguma insegurança na deambulação embora percorresse um trajeto de 2 metros sem apoio. Quando questionado acerca do seu dia-a-dia desde o regresso a casa, a cuidadora informou que o senhor passa a maioria do dia deitado, inicialmente, por desconforto associado à presença das placas e atualmente por referir cansaço. Mantém o seu quarto no 1º andar e a sala de refeições no rés do chão, necessitando de se deslocar até esta assoalhada por um percurso que implica subir/descer escadas conseguindo fazê-lo com supervisão da sua cuidadora. No entanto deixou de sair à rua e fazer o seu passeio diário pelo parque urbano da vila por considerar ser um percurso muito longo e ter medo de se desequilibrar. Atualmente necessita de assistência da cuidadora nos cuidados de higiene e vestuário o que não acontecia no período pré-operatório em que era independente e aos aplicar a informação fornecida na Escala de *Barthel* obtive uma pontuação de 45 (dependência grave) o que confirmou o aumento de dependência na satisfação do autocuidado em relação ao momento da alta hospital em que a avaliação do autocuidado foi de 70 (dependência moderada).

À observação do abdómen confirmou-se a presença de duas úlceras por pressão. Na região supra-púbica à esquerda apresenta uma ferida com 1,5cm de comprimento e 0,2 cm de largura com 100% de tecido epitelizado e à direita uma ferida com 1,5cm de comprimento, 0,7 cm de largura e aproximadamente 0,3cm de profundidade com 100% de tecido de granulação, facilmente sangrante ao toque. Na úlcera da esquerda colocou-se penso de proteção pela fragilidade do novo tecido epitelizado e na úlcera da direita manteve-se o tratamento com alginato de cálcio

por se verificar evolução favorável em relação à observação anterior, que segundo a enfermeira apresentava uma loca de maiores dimensões (não especificou) com predominância de fibrina. O tratamento às feridas era assegurado, no domicílio, por enfermeiros do Centro de Saúde.

No que concerne à ostomia observou-se um dispositivo de duas peças, íntegro e bem aplicado que segundo o senhor tinha sido substituído há 24 horas. O senhor negou episódios de fuga de efluente e referiu estar bem adaptado aos dispositivos. O estoma estava circular, proeminente e rosado medindo cerca de 35 mm, mantendo 1 cateter ureteral permeável. A pele peri-estoma estava íntegra, igual à restante pele do abdómen e sem pilosidade. A urina estava amarela (concentrado) e translúcida e o senhor referiu que *“agora já ando a beber mais água e a urina já está mais clara”* (SIC)

Os cuidados ao estoma e pele peri-estoma estavam a ser assegurados na íntegra pelo cuidador e quando questionado qual o motivo o senhor encolheu os ombros referindo *“O [nome do cuidador] é impecável e faz tudo num instante”*, foi mais uma vez alertado para a necessidade de participar nos cuidados à ostomia para garantir estes cuidados num momento em que o cuidador esteja ausente.

Na consulta foi incentivado a prestar os cuidados à ostomia e avaliada a sua execução com recurso à *Urostomy Education Scale* (**Figura 4: Urostomy Education Scale** 14 dias após alta), sendo notório o retrocesso do autocuidado em relação ao último treino realizado com o Sr. Passo a descrever as avaliações feitas, de acordo com a referida escala:

1) Reaction to the stoma: Senhor olhou e tocou no estoma mas não retomou ainda os seus hábitos de vida.

2) Removing the stoma appliance: Senhor necessitou de ser orientado relativamente ao modo como remove o saco de urostomia. Soube abrir o mecanismo de segurança mas no momento de desadaptar os dispositivos começou por puxar a placa em vez de puxar o saco. Quando orientado relativamente ao local para puxar, executou sem dificuldade.

3) Measuring the stoma diameter: Identificou que a medida do estoma é 35 mm mas necessitou da minha colaboração para confirmar se a medida se mantém adequada por não conseguir visualizar a totalidade do estoma.

4) Adjusting the size of the urostomy diameter in a new stoma appliance: Conseguiu executar o recorte na placa e alisar as arestas com o dedo. Verificou-se que apresenta aumento de tremores e demora mais tempo na execução do recorte em comparação com o período de internamento.

5) Skin care: Removeu o muco do estoma, lavou e secou a pele peri-estoma autonomamente.

6) Fitting a new stoma appliance: Não conseguiu aplicar a placa no abdómen mas com orientação verbal conseguiu adaptar o saco à placa. Verificou-se maior dificuldade neste passo em relação ao período de internamento e o senhor reconheceu que já o executava com alguma facilidade referindo, inclusivamente que, *“no outro dia quando íamos de regresso a casa senti isto a abrir...deve ter aberto pela trepidação da estrada...e para não ficar todo molhado pensei que tinha que fechar isto então fiz a barriga rija carreguei em baixo e depois em cima como se fosse uma tupperware e consegui fechar”* (SIC);

7) Emptying procedure: Conseguiu desconetar o saco de coletor de urina e fechar a tampa de despejo do saco de urostomia. Para voltar a conectar o saco coletor de urina foi necessário orientar o senhor pois começou por puxar a porção da tampa que não abre, mas com orientação verbal conseguiu fazê-lo.

Figura 4: Urostomy Education Scale 14 dias após alta

Skill	0 points	1 points	2 points	3 points	Score
1. Reaction to the stoma	The patient shows no interest in/has difficulty coping with the stoma.	The patient has seen and touched the stoma on the initiative of the nurse	The patient has seen and touched the stoma on his/her own initiative	The patient copes with the stoma and is preparing for the future	2
2. Removing the stoma appliance	The nurse removes the stoma appliance	The patient needs assistance to remove the stoma appliance	The patient needs verbal guidance to remove the stoma appliance	The patient can remove the stoma appliance independently	2
3. Measuring the stoma diameter	The nurse measures the stoma diameter	The patient needs assistance to measure the stoma diameter correctly	The patient needs verbal guidance to measure the stoma diameter correctly	The patient can measure the stoma diameter correctly independently	1
4. Adjusting the size of the urostomy diameter in a new stoma appliance	The nurse cuts the size of the urostomy diameter	The patient needs assistance to cut the size of the urostomy diameter	The patient needs verbal guidance to cut the size of the urostomy diameter	The patient can cut the size of the urostomy diameter independently	3
5. Skin care	The nurse cleans and dries the skin	The patient needs assistance to clean and dry the skin	The patient needs verbal guidance to clean and dry the skin	The patient can clean and dry the skin independently	3
6. Fitting a new stoma appliance	The nurse fits a new stoma appliance	The patient needs assistance to fit a new stoma appliance	The patient needs verbal guidance to fit a new stoma appliance	The patient can fit a new stoma appliance independently	1
7. Emptying procedure (Emptying bag and attaching/detaching night bag)	The nurse performs the emptying procedure	The patient needs assistance to perform the emptying procedure	The patient needs verbal guidance to perform the emptying procedure	The patient can perform the emptying procedure independently	2
Total points					

1.2 Análise da situação de saúde e familiar do utente à luz dos requisitos universais para o autocuidado

Analisando a situação de saúde do Sr. M.S. de acordo com os requisitos universais para o autocuidado percebe-se que o senhor garante a manutenção da quantidade suficiente de ar, embora apresente cansaço fácil a pequenos esforços desde que lhe foi diagnosticado Legionella no ano de 1990. No entanto, está medicado e adaptado a esta condição respiratória, que o levou a ajustar a sua atividade à mesma desde o episódio referido.

O equilíbrio entre atividade e descanso está comprometido desde a intervenção cirúrgica, pois o senhor permanece grande parte do dia na cama deixando de sair para o seu passeio diário pelo parque urbano. Quando questionado porque ainda não retomou esta atividade, refere sentir-se cansado e ter medo de cair. Perante isto foi aconselhado a fazer, inicialmente, curtos percursos como por exemplo até ao primeiro banco de jardim do parque urbano e

experimentar o uso de um auxiliar de marcha como a bengala, que lhe dê a estabilidade e segurança que necessita para deambular no exterior. O senhor sorriu e disse que *“não estava a querer usar porque é de velhote, mas tenho lá muita coisa dessa em casa”* (SIC), facto que foi confirmado de imediato pela cuidadora. Para incentivar a retoma da atividade, alertei o senhor para o risco de perder gradualmente a capacidade de se movimentar e autocuidar como consequência da ausência de movimento. Como estratégia para reduzir o risco de queda, prevenir o isolamento social do senhor na área de descanso e potenciar a sua independência na deambulação sugeri também que transferisse o seu quarto para o piso térreo. Por fim, como forma de incentivo questionei ao senhor M.S.: *“não acha importante conseguir sair diariamente para um passeio ao exterior como fazia até agora?! É o momento em que convive com a vizinhança e até me disse que num dia em que não fosse dar a sua voltinha os vizinhos ficavam logo preocupados consigo”* ao qual o senhor respondeu *“era logo! Vinham logo saber se tinha acontecido alguma coisa”* (SIC). Na continuação da conversa e porque já tinha sido estabelecida uma relação terapêutica voltei a questionar *“ imagine quando o seu filho vier da Inglaterra visitá-lo e quiser ir dar um passeio consigo. Não gostaria de o conseguir acompanhar?!”* De imediato os seus olhos encheram-se de lágrimas e o senhor disse *“é mesmo verdade enfermeira Nádia, tem toda a razão! Ainda um dia destes o meu filho ligou e disse-me veja lá se é preciso eu ir aí com os seus netos!!Estou a ver que tenho que lhe fazer uma visita”*.

A prevenção de perigos para a vida, funcionamento e bem-estar está garantida, pois o Sr. M.S. está orientado no espaço, tempo e pessoa e mantém a capacidade de reconhecer os perigos como por exemplo o perigo de queda associada à sua condição física atual.

A quantidade de água ingerida por dia é aproximadamente 1,5 litros, estando desadequada ao seu peso que atualmente são 77 Kg, correspondendo a uma média de ingestão diária de 19,48 mL/Kg de peso. De acordo com Brooker e Waugh (2013) a quantidade de água necessária ao adulto para reabastecer todas as células do corpo e garantir o seu funcionamento eficiente varia entre 30-35 ml/kg ao dia, logo não está garantida a quantidade de água suficiente. Assim sendo foi reforçada a

necessidade de aumentar a ingestão de água em função da coloração da urina que deve ter a cor amarela, cor de palha. Relativamente à eliminação urinária não sabe quantificar o volume médio diário de urina eliminado mas tem noção que o volume aumentou proporcionalmente ao aumento da ingestão hídrica na última semana.

Quanto à ingestão de alimentos, o sr. M.S. mantém o apetite e nega presença de náuseas, vômitos ou sensação de enfiamento. Mede 1,68m e pesa 77 Kg apresentando um índice de massa corporal (IMC) de 27,3 Kg/m² (excesso de peso). Desconhece o seu peso antes da cirurgia, mas *“pela roupa noto que estou um pouco mais pesado, mas como o mesmo que antes”* (SIC) e associa o aumento de peso à falta de atividade atual. Assim sendo, considera-se que a ingestão de alimentos está garantida mas requer vigilância pela equipa de enfermagem devido ao potencial aumento de peso.

No que concerne à eliminação de fezes o Sr. M.S. refere que, muito pontualmente, tem dificuldade em evacuar mas resolve com a administração de um clister e aumento da ingestão de água.

Atualmente encontra-se dependente de terceiros para garantir a prestação de cuidados aos processos de eliminação de excrementos, nomeadamente, da higiene e proteção das estruturas envolventes (estoma e pele peri-estoma).

Na promoção da normalidade e manutenção do equilíbrio entre a solidão e a interação humana são detetados focos de intervenção de enfermagem uma vez que o senhor não retomou as suas atividades diárias, como a caminhada que fazia diariamente. Ao deixar de sair diminuiu a interação com os vizinhos com quem mantém, segundo o mesmo, uma relação de amizade. Assume como principal motivo de mudança de hábitos o cansado desde que foi operado mas percebeu-se que a urostomia também limita o retorno à normalidade. Tal facto foi perceptível quando no fim da substituição dos dispositivos voltei a reforçar a importância de usar o saco coletor de urina apenas nos períodos de repouso e nesse momento a cuidadora disse *“ele quer sempre usar porque tem medo que o saco encha de urina e se descole...qual é o tempo que o saco aguenta sem ser despejado?”* (SIC). Em função desta dificuldade/dúvida voltei a esclarecer o senhor e a cuidadora que não é definido um momento para despejo do saco e que o mesmo depende unicamente

do volume de urina que o saco apresentar. O cuidado a ter é verificar regularmente o volume de urina presente no saco e não deixar que este ultrapasse o 1/3 ou 1/2 (no máximo) da sua capacidade e à semelhança do que se faz quando se mantém o sistema urinário funcionalmente inalterado, deverá ir aos sanitários (despejar o saco de urostomia) antes de sair de casa para minimizar as idas ao sanitário no exterior.

É de extrema importância identificar as dificuldades sentidas e as dúvidas apresentadas pelas pessoas considerando o seu contexto de vida uma vez que o autocuidado se deve desenvolver dentro dos padrões e estilos de vida da pessoas (Orem, 2001). Os enfermeiros devem saber escutar e fornecer conselhos especializados (Fulham, 2008) e, caso não sejam capazes de o fazer por falta de conhecimento ou outro motivo, é importante que solicitem a assessoria de profissionais peritos em estomaterapia para ajudar a pessoa com ostomia.

Segundo Orem (2001) o campo de atuação de enfermagem após a alta hospitalar incide no sistema de apoio-educação que combina suporte, orientação e promoção de uma ambiente propício ao desenvolvimento de forma a ajudar a pessoa a tomar decisões, controlar o seu comportamento e adquirir novos conhecimentos e capacidades.

Em suma, as intervenções de enfermagem devem contemplar a subjetividade das pessoas e responder concretamente às dúvidas e problemas individuais de forma a eliminar ou minimizar o impacto dos desvios de saúde na vida das pessoas.

2. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Banks, N., & Razor, B. (2003). Preoperative stoma site assessment and marking. *AJN, American Journal of Nursing, 103*(3), 64A-64B. <https://doi.org/10.1097/00000446-200303000-00051>.
- Brown, H., & Randle, J. (2004). Living with a stoma: A review of the literature. *Journal of Clinical Nursing, 14*(1), 74–81. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2702.2004.00945.x>.
- Colombo, R., & Naspro, R. (2010). Ileal conduit as the standard for urinary diversion after radical cystectomy for bladder cancer. *European Urology, Supplements, 9*(10), 736–744. <https://doi.org/10.1016/j.eursup.2010.09.001>.
- O'Connor, G. (2005). Teaching stoma-management skills: the importance of self-care. *British Journal of Nursing, 14*(6), 320–325.
- Cronin, E. (2012). What the patient needs to know before stoma siting: an overview. *British Journal of Nursing, 21*(22), 1234–1237.
- Prata, R., (2016). *Cistectomias radicais por tumor vesical – valor prognóstico das características clínicas, analíticas e patológicas pré-operatórias Índice* (Dissertação de Mestrado). Faculdade de Medicina da Universidade de Coimbra, Coimbra.
- Fulham, J. (2008). A guide to caring for patients with a newly formed stoma in the acute hospital setting. *Gastrointestinal Nursing, 6*(8), 14–23. <https://doi.org/10.12968/gasn.2008.6.8.31425>.
- Glina, S., Ortiz, V., Ferreira, U., Eduardo, C., & Fonseca, C. (2008). Câncer de bexiga - Estadiamento e tratamento I. *Revista Da Associacao Medica Brasileira, 54*(3), 196–198. <https://doi.org/10.1590/S0104-42302008000300007>
- Gomes, G., Nunes, P., Furriel, F., Moreira, P., Bastos, C., & Mota, A. (2012). Fatores de risco para cirurgia por complicações após cistectomia radical. *Acta Urológica, 4*, 13–18.
- Kristensen, S. A. (2013). Validation of the urostomy education scale: the European experience. *Urologic Nursing, 33*(5), 219–229. <https://doi.org/10.7257/1053->

816x.2013.33.5.219

Martins, A., Junior, S., Cologna, A. & Suaid, H. (1997). Tumores da bexiga. *Diagn. Tratamento*, 2(2), 39–41.

Orem, D. (2001). *Nursing Concepts of Practice* (6ª ed.). St. Louis : Mosby.

Apêndice XX: Plano das sessões de formação

Plano da Sessão de Formação

Tema: Capacitação para o autocuidado no pós-operatório da pessoa com urostomia

Local: Sala de reuniões da área técnica do [REDACTED]

Datas: 26 Abril a 7 de Maio (datas certas a definir)

Horário: 11 horas e 11 horas e 30 minutos

Duração: 30 minutos

Objetivo geral: Sensibilizar a equipa de enfermagem para os procedimentos que capacitam o autocuidado da pessoa no pós-operatório de urostomia

Objetivos específicos:

- Divulgar a síntese da revisão da literatura acerca da capacitação para o autocuidado na pessoa no pós-operatório de urostomia
- Apresentação da metodologia de estudo
- Apresentação do “Programa educativo para a capacitação do autocuidado no pós-operatório da pessoa com urostomia”

Programa:

1. Revisão da Literatura
2. Análise SWOT
3. Metodologia
4. “Programa educativo para a capacitação do autocuidado no pós-operatório da pessoa com urostomia”
5. Critérios para assessoria dos enfermeiros da consulta de estomaterapia
6. Referências bibliográficas

Apêndice XXI: Slides apresentados nas sessões de formação

Capacitação para o autocuidado no pós-operatório da pessoa com urostomia

Discente:

Nádia Filipa Carvalho Pêgo Marques

Docente:

Prof.ª Doutora Mª Alexandra Pinto Santos da Costa



Capacitação para o autocuidado no pós-operatório da pessoa com urostomia

1. Revisão da Literatura
2. Análise SWOT
3. Metodologia de Projeto
4. Programa educativo para a capacitação para o autocuidado, no pós-operatório, da pessoa com urostomia
5. Critérios para assessoria dos enfermeiros da consulta de estomaterapia
6. Brochura informativa - Urostomia
7. Referências bibliográficas

Capacitação para o autocuidado no pós-operatório da pessoa com urostomia

1. Revisão da Literatura

- ✓ Indicação para construção de urostomia com conduto ileal: disfunção neurológica, defeito congénito, infeção crónica ou cancro da bexiga.
- ✓ Em Portugal é o quinto tipo de cancro com maior incidência no sexo masculino (GloboCan, 2019).
- ✓ Quando há invasão muscular o tratamento de eleição é a cistectomia radical, com construção de urostomia (Walls, 2018).



(Nazarko, 2014; Walls, 2018)

1. Revisão da Literatura



Capacitação da pessoa para o autocuidado à urostomia

"função humana que as pessoas têm de desempenhar por si próprias ou que tem que ser desempenhada por outros de forma a preservar a saúde, a vida, o bem-estar e o desenvolvimento"
(Orem, 2001)

(Brown & Randle, 2004)

1. Revisão da Literatura

- ✓ A capacitação para o autocuidado deve iniciar-se no pré-operatório e continuar após a cirurgia, quando a pessoa estiver alerta, tiver iniciado dieta, já se mobilizar e, preferencialmente, estiver disponível para aprender (O'Connor, 2005).
- ✓ Fatores como a ansiedade, medo, fadiga, náusea e dor influenciam a motivação e capacidade para aprender (O'Connor, 2005) pelo que se deve controlar estes fatores, o melhor possível, antes do início de cada sessão de educação.
- ✓ Segundo a Wound Ostomy and Continence Nurses Society os ensinamentos realizados durante o internamento devem focar-se no despejo e substituição de dispositivos (RNAO, 2009) e seguir um plano educacional estruturado que minimize a omissão de informação importante (Berti-Hearn & Elliott, 2019; O'Connor, 2005; Fulham, 2008; Kristensen, Laustsen, Kiesbye & Jensen, 2013).

1. Revisão da Literatura

- ✓ As sessões devem realizar-se diariamente (Lo et al, 2011), ter objetivos definidos e o progresso da pessoa no autocuidado deve ser avaliado e registado (Fulham, 2008).
- ✓ A avaliação deve ser feita com recurso a um instrumento validado como a Urostomy Education Scale que é a primeira escala de avaliação do autocuidado à urostomia em pessoas submetidas a cistectomia (Kristensen, Laustsen, Kiesbye & Jensen, 2013).
- ✓ O número mínimo de sessões do programa educativo não está definido mas O'Connor (2005) refere que num estudo realizado por Mohamed e Mohamed (2014) foram alcançados resultados positivos com a implementação de um programa educativo à pessoa com urostomia, que consistia em 5 sessões com uma duração de 2 horas por sessão.

Capacitação para o autocuidado no pós-operatório da pessoa com urostomia

1. Revisão da Literatura

Urostomy Education Scale

Skill	0 points	1 points	2 points	3 points	Score
1. Reaction to the stoma	The patient shows no interest or has difficulty coping with the stoma.	The patient has seen and touched the stoma on the initiative of the nurse	The patient has seen and touched the stoma on his/her own initiative	The patient copes with the stoma and is preparing for the future	
2. Removing the stoma appliance	The nurse removes the stoma appliance	The patient needs assistance to remove the stoma appliance	The patient needs verbal guidance to remove the stoma appliance	The patient can remove the stoma appliance independently	
3. Measuring the stoma diameter	The nurse measures the stoma diameter	The patient needs assistance to measure the stoma diameter correctly	The patient needs verbal guidance to measure the stoma diameter correctly	The patient can measure the stoma diameter correctly independently	
4. Adjusting the size of the urostomy diameter in a new stoma appliance	The nurse cuts the size of the urostomy diameter	The patient needs assistance to cut the size of the urostomy diameter	The patient needs verbal guidance to cut the size of the urostomy diameter	The patient can cut the size of the urostomy diameter independently	
5. Skin care	The nurse cleans and dries the skin	The patient needs assistance to clean and dry the skin	The patient needs verbal guidance to clean and dry the skin	The patient can clean and dry the skin independently	
6. Fitting a new stoma appliance	The nurse fits a new stoma appliance	The patient needs assistance to fit a new stoma appliance	The patient needs verbal guidance to fit a new stoma appliance	The patient can fit a new stoma appliance independently	
7. Emptying procedure (Emptying bag and attaching/detaching night bag)	The nurse performs the emptying procedure	The patient needs assistance to perform the emptying procedure	The patient needs verbal guidance to perform the emptying procedure	The patient can perform the emptying procedure independently	
Total points					

Knudsen, S., Laustsen, S., Kånitz, B., & Jensen, B. (2013). The urostomy education scale: a reliable and valid tool to evaluate urostomy self-care skills among cystectomy patients. *Journal of Wound, Ostomy and Continence Nursing*.



Capacitação para o autocuidado no pós-operatório da pessoa com urostomia

2. Análise SWOT

	POSITIVO	NEGATIVO
ORÇAM INTINA	<p>Forças:</p> <ul style="list-style-type: none"> Existência de Plano de ensino a pessoa com ostomia de eliminação urinária Envolvimento da família/beneficiário e familiares nos ensinos, considerando a sua disponibilidade horária Início precoce dos ensinos Alta adesão quanto está garantida a aquisição dos capacitados para o cuidado a urostomias pós-operatórias com urostomia ou curador Fortalecimento do kit de urostomia Indicação de pessoa com urostomia para a realização de estomatopatia no momento de alta Existência de grupo de discussão de estomatopatia no serviço Sala própria para ensinos, com material, espelho e prática de 	<p>Fraquezas:</p> <ul style="list-style-type: none"> Ausência de acompanhamento em consulta de estomatopatia por enfermeiros do serviço de urologia Ausência de instrumento para avaliação e registo do autocuidado à urostomia Desorientação pela equipa médica de urologia do acompanhamento em consulta de estomatopatia e da marcação do local de ostomia Ausência de consulta de estomatopatia período pré-operatório, implante do início dos ensinos até ao ato a cirurgia Pouca diversidade de material de estomatopatia no serviço Acesso à sala de planos e aulas de urostomia de 1º laboratório Falta de ensino prático sobre o tipo de eliminação urinária não fundamentado pelo avulso e pouco estruturado Ausência de brochura informativa para a pessoa com urostomia Reduzido conhecimento acerca dos dispositivos e acessórios de estomatopatia existentes no mercado e disponíveis pelo SNS Apenas 1 enfermeira do serviço com formação na marcação da ostomia
ORÇAM EXTERNA	<p>Oportunidades:</p> <ul style="list-style-type: none"> Hospital reconhecido pela CNES, sendo como um dos melhores a promoção da investigação e da formação profissional Existência de consulta de estomatopatia na instituição Existência de normas de CQI (CQI 1), Indicadores Clínicos e Documentos de Elaboração de Itens em Saúde Pública e no Adulto 	<p>Ameaças:</p> <ul style="list-style-type: none"> Integração dos serviços de alta à paridade com a saúde pública, privativa, dos clientes urológicos para outro serviço Consulta de estomatopatia funcionando e estruturadamente Desorientação em um serviço de estomatopatia e de a 1º laboratório de urologia Falta de adesão na aplicação da implementação de novos práticas ou novos documentos no serviço



Capacitação para o autocuidado no pós-operatório da pessoa com urostomia

2. Análise SWOT

Programa educativo para a capacitação do autocuidado, no pós-operatório, da pessoa com urostomia	*Plano de ensino à pessoa com ostomia de eliminação urinária não fundamentado pela existência e pouco objetivo
Urostomy Education Scale	*Ausência de acompanhamento da pessoa em consulta de estomatopatia por enfermeiros do serviço de urologia *Ausência de instrumento para avaliação e registo do autocuidado à urostomia
Algoritmo de intervenção de enfermagem: avaliação do autocuidado à urostomia Critérios para assessoria dos enfermeiros da consulta de estomatopatia	*Falta de adesão em casa com o acompanhamento de enfermagem entre o momento da alta e a primeira consulta de estomatopatia *Ausência de orientação com a comunidade para continuidade dos cuidados *Pouca diversidade de material *Reduzido conhecimento sobre dispositivos e acessórios de estomatopatia
Brochura informativa - Urostomia	*Ausência de brochura informativa para a pessoa com urostomia



3. Metodologia de Projeto

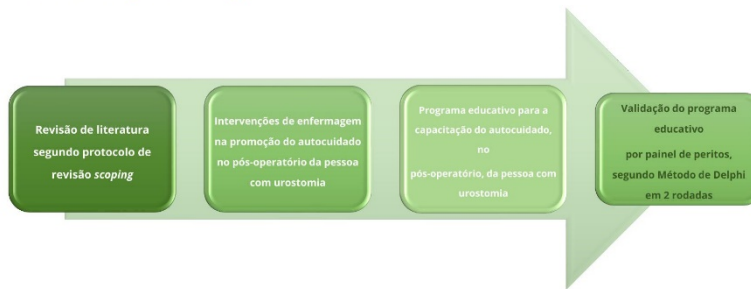
Finalidade

- Melhorar a qualidade dos cuidados de enfermagem na capacitação do autocuidado, no pós-operatório, da pessoa com urostomia

Questão de investigação

- Quais as intervenções de enfermagem na promoção do autocuidado, no pós-operatório, da pessoa com urostomia

3. Metodologia de Projeto



4. Programa educativo para a capacitação do autocuidado, no pós-operatório, da pessoa com urostomia



5. Critérios para assessoria dos enfermeiros da consulta de estomaterapia



Critérios para solicitar assessoria aos enfermeiros da consulta de estomaterapia	
Complicações do Estoma¹⁾ <ul style="list-style-type: none">• Dificuldade de sutura• Incontinência• Estenose• Fístula• Náusea pós-estoma• Lesão da mucosa• Mucosite• Náusea• Prurido• Irritação	Complicações Cutâneas²⁾ <ul style="list-style-type: none">• Irritação• Escoriação• Hipergranulação• Infecção (ex. fúngica, viral, bacteriana)• Mucorréia• Psoríase• Gengivomucosite• Ultração• Varicos pós-estoma• ... e demais condições
Outros critérios³⁾ <ul style="list-style-type: none">• Especialidade da figura profissional• Necessidade de encaminhamento especializado	

6. Brochura informativa - Urostomia



7. Referências Bibliográficas

- American Cancer Society (ACS) (2019). *Caring for a Urostomy*. <https://cancer.org/treatment/treatments-and-side-effects/treatment-types/surgery/ostomies/urostomy/management.html>
- Berti-Hearn, L., & Elliott, B. (2019). Urostomy care: a guide for home care clinicians. *Home Healthcare Now*, 37(5), 248-255. <https://doi.org/10.1097/nhh.0000000000000792>
- Black, P. (2016). Teaching stoma patients the practical skills for self-care. *British Journal of Healthcare Assistants*, 4(3), 132-135. <https://doi.org/10.12968/bjha.2010.4.3.47085>
- Brown, H., & Randle, J. (2004). Living with a stoma: A review of the literature. *Journal of Clinical Nursing*, 14(1), 74-81. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2702.2004.00945.x>
- Burch, J. (2011). Essential care for patients with stomas. *Nursing Times*, 107(45), 12-14.
- Burch, J. (2017a). Care of patients undergoing stoma formation: what the nurse needs to know. *Nursing Standard*, 31(51), 41-45. <https://doi.org/10.7748/ns.2017.e10198>
- Burch, J. (2017b). Post-discharge care for patients following stoma formation: what the nurse needs to know. *Nursing Standard*, 31(51), 41-45. <https://doi.org/10.7748/ns.2017.e10198>
- Direção Geral da Saúde (2016). Norma n.º 012/2016, de 28/10/2016, atualizada a 03/03/2017 - Indicações clínicas nas estomias de eliminação urinária em idade pediátrica e no adulto. 1-37.
- Fellows, J.; Gutman, N.; Clark, J. & DuBois, H. (2017). *Urostomy guide*. United Ostomy Associations of America, 1-17. <https://www.ostomy.org>
- Fulham, J. (2008). A guide to caring for patients with a newly formed stoma in the acute hospital setting. *Gastrointestinal Nursing*, 6(8), 14-23. <https://doi.org/10.12968/gsn.2008.6.8.31429>
- Geng, V., Cobussen-Beckhorst, H., Fillingham, S., Holroyd, S., Kiestbye, B. & Vahr, S. (2009). The good practice in health care: incontinent urostomy. *European Association of Urology Nurses*. http://www.uroweb.org/gls/EAUN/epub/EAUN_2009_LR.html

7. Referências Bibliográficas

- Kristensen, S., Laustsen, S., Kiesbye, B., & Jensen, B. T. (2013). The urostomy education scale a reliable and valid tool to evaluate urostomy self-care skills among cystectomy patients. *Journal of Wound, Ostomy and Continence Nursing*, 40(6), 611-617. <https://doi.org/10.1097/01.WON.0000436778.39349.12>
- Le, S., Wang, Y., Wu, L., Hsu, M., Chang, S., & Hayter, M. (2011). Multimedia education programme for patients with a stoma: effectiveness evaluation. *Journal of Advanced Nursing*, 67(1), 68-76. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2648.2010.05455.x>
- Nazarko, L. (2014). Urostomy management in the community. *British Journal of Community Nursing*, 19(9), 448-452. <https://doi.org/10.12968/bjcn.2014.19.9.448>
- O'Connor, G. (2005). Teaching stoma-management skills: the importance of self-care. *British Journal of Nursing*, 14(6), 320-325.
- Onem, D. (2001). *Nursing Concepts of Practice* (6^a ed.). St. Louis : Mosby.
- Registered Nurses' Association of Ontario (RNAO) (2009). Cuidado y manejo de la ostomía. *Best Practice Guideline*, 1-120.
- Walls, P. (2018). Overcoming problems with stoma site placement and improving quality of life after urinary diversion. *WCET Journal*, 38(3), 21-25.

Apêndice XXII: Avaliação das sessões de formação pelos
formandos

Avaliação de Formação								
Tema:	Capacitação para o autocuidado no pós-operatório da pessoa com urostomia							
Itens avaliados	Avaliação da Ação							
	Divulgação da formação	Apoio administrativo	Utilidade do tema	Objetivos da ação	Conteúdos/ estrutura da ação	Duração da ação	Instalações	Equipamentos e meios audiovisuais
Formando 15	Muito bom	Muito bom	Muito bom	Muito bom	Muito bom	Muito bom	Muito bom	Muito bom
Formando 16	Muito bom	Muito bom	Muito bom	Muito bom	Muito bom	Muito bom	Muito bom	Muito bom
Formando 17	Muito bom	Muito bom	Muito bom	Muito bom	Muito bom	Muito bom	Muito bom	Muito bom
Formando 18	Muito bom	Muito bom	Muito bom	Muito bom	Muito bom	Muito bom	Muito bom	Muito bom
Formando 19	Bom	Bom	Muito bom	Muito bom	Muito bom	Muito bom	Bom	Bom

Avaliação de Formação			
Tema:	Capacitação para o autocuidado no pós-operatório da pessoa com urostomia		
Itens avaliados	Apreciação global	Teve impacto positivo no desempenho?	Se sim, qual?
Formando 1	Muito bom	Sim	
Formando 2	Muito bom	Sim	Melhoria dos cuidados
Formando 3	Muito bom	Sim	
Formando 4	Muito bom		
Formando 5	Muito bom	Sim	Melhor adequação dos cuidados prestados ao doente cistectomizado
Formando 6	Muito bom	Sim	Melhorar o apoio junto do doente urostomizado
Formando 7		Sim	Direccionado para a otimização/aperfeiçoamento dos cuidados ao doente urostomizado
Formando 8	Muito bom	Sim	
Formando 9	Muito bom	Sim	Revisão e atualização de conhecimentos necessários à boa prática de cuidados ao doente urostomizado
Formando 10	Muito bom	Sim	
Formando 11	Muito bom	Sim	Sendo uma área integrante no nosso serviço é uma orientação que temos enquanto profissionais
Formando 12	Muito bom	Sim	
Formando 13	Muito bom		
Formando 14	Muito bom	Sim	Melhora as informações e conhecimentos que podemos fornecer ao utente nos autocuidados

Avaliação de Formação			
Tema:	Capacitação para o autocuidado no pós-operatório da pessoa com urostomia		
Itens avaliados	Apreciação global	Teve impacto positivo no desempenho?	Se sim, qual?
Formando 15	Muito bom		
Formando 16	Muito bom		
Formando 17	Muito bom	Sim	Organização dos cuidados e melhoria/atualização de conhecimentos
Formando 18	Muito bom		
Formando 19	Muito bom	Sim	Enriquecimento de conhecimentos

Apêndice XXIII: Programa educativo para a capacitação do autocuidado no pós-operatório da pessoa com urostomia (versão final)



**Mestrado em Enfermagem na
Área de Especialização em Enfermagem
Médico-Cirúrgica, na Área de Intervenção em
Enfermagem Oncológica**

**Programa educativo para a capacitação do
autocuidado no pós-operatório da pessoa com
urostomia**

Nádia Filipa Carvalho Pégo Marques



**Lisboa
2021**



**Mestrado em Enfermagem na
Área de Especialização em Enfermagem
Médico-Cirúrgica, na Área de Intervenção em
Enfermagem Oncológica**

**Programa educativo para a capacitação do
autocuidado no pós-operatório da pessoa com
urostomia**

Nádia Filipa Carvalho Pégo Marques



Orientador: Prof. Doutora Maria Alexandra Pinto Santos da Costa



**Lisboa
2021**

ÍNDICE

0. INTRODUÇÃO	6
1. 1ª SESSÃO DE EDUCAÇÃO	7
2. 2ª SESSÃO DE EDUCAÇÃO	10
3. 3ª SESSÃO DE EDUCAÇÃO	12
4. 4ª SESSÃO DE EDUCAÇÃO	14
5. 5ª SESSÃO DE EDUCAÇÃO	15
6. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	16
ANEXO – Urostomy Education Scale	
APÊNDICE – Algoritmo de intervenção de enfermagem: avaliação do autocuidado à urostomia	

0. INTRODUÇÃO

O presente documento visa orientar os enfermeiros na implementação do “Programa educativo para a capacitação do autocuidado da pessoa no pós-operatório da urostomia” cujo objetivo é sistematizar os ensinamentos realizados pelos enfermeiros durante a fase do internamento cirúrgica em que a pessoa foi submetida à construção de uma urostomia. Pretende-se também, uniformizar a prática dos vários elementos da equipa de enfermagem e registar os aspetos do programa já apresentados ao utente.

O programa é constituído por 5 sessões de educação cada uma com um conjunto de intervenções de enfermagem identificadas com evidência científica e transcritas para a linguagem CIPE®, encontrando-se a azul aquelas que estão presentes no programa SClínico Hospitalar que é o sistema de informação desenvolvido pelo SPMS.

A partir da 2ª sessão de educação a autonomia da pessoa deverá ser avaliada pela *Urostomy Education Scale* (Anexo), sendo considerada apenas a pontuação de cada domínio, individualmente, e não a pontuação total. A partir da 3ª sessão a pontuação do autocuidado à urostomia deve ser comparada com a pontuação da sessão anterior e se não aumentar deverá ser implementado o “Algoritmo de intervenção de enfermagem: avaliação do autocuidado à urostomia” (Apêndice).

Estas sessões devem ser realizadas diariamente a partir do momento em que a pessoa com urostomia estiver alerta, já tiver iniciado dieta e levante e, preferencialmente, estiver disponível para aprender e consentir fazê-lo.

Fatores como a ansiedade, medo, fadiga, náusea e dor influenciam a motivação e capacidade para aprender, pelo que se deve controlar estes fatores, o melhor possível, antes do início de cada sessão de educação.

1. 1ª SESSÃO DE EDUCAÇÃO

Objetivos da 1ª sessão do programa:

1. Conhecer a urostomia e o seu funcionamento
2. Conhecer os dispositivos médicos de urostomia (placa e saco)
3. Conhecer a “Brochura informativa – Urostomia”
4. Conhecer as características normais da urina
5. Observar o cuidado ao estoma e pele peri-estoma

Intervenções de enfermagem:

1. Orientar a pessoa para a sessão de educação
 - Informar a pessoa dos objetivos da sessão
 - Escolher um local privado, com um lavatório e um espelho (ex: sala de tratamento ou WC dos quartos individuais)
2. Providenciar dispositivos
 - Entregar Kit com dispositivos de urostomia
3. Providenciar material de leitura
 - Entregar “Brochura informativa – Urostomia”
4. Ensinar sobre ostomia de eliminação (recorrer à imagem do manual informativo)
 - Conceito de ostomia de eliminação
 - Finalidade da ostomia de eliminação
5. Educar para a saúde
 - Informar a pessoa das características normais da urina – cor de palha, límpida e com odor pouco intenso
6. Ensinar sobre dispositivos para o autocuidado do estoma
 - Mostrar uma placa e um saco de urostomia e explicar a sua utilidade
7. Instruir o autocuidado à ostomia
 - Lavar higienicamente das mãos
 - Material necessário

Reunir material (compressas, soro, resguardo, placa e saco de urostomia, spray removedor, tesoura, saco do lixo, régua para medir o estoma)

 - Despejar o saco de urostomia

Sentar na sanita, chegar-se para trás, segurar o saco de urostomia entre as pernas e abrir a válvula de despejo para sair a urina. Fechar a válvula e secar a extremidade com papel higiênico

- Remover o saco de urostomia
- Remover a placa de ostomia

Remover, cuidadosamente, a placa enquanto apoia a pele com a mão

- Limpar o estoma e pele peri-estoma

Remover o muco do estoma e cateteres ureterais

Informar que os cateteres ureterais permanecem em média 7-10 dias após a cirurgia e caem espontaneamente

Limpar a pele peri-estoma com compressa com soro. Explicar que o uso de compressas e soro é só no pós-operatório imediato. Quando os cateteres caírem a limpeza é feita com esponja e sabonete/gel de banho

Secar a pele

8. Vigiar o estoma

- Informar a pessoa das características normais do estoma:

Cor rosada ou vermelha (semelhante à mucosa da boca da pessoa)

Facilmente sangrante ao toque (sangramento semelhante ao que acontece na escovagem dos dentes)

Sem sensibilidade

9. Vigiar pele periférica ao estoma

- A pele peri-estoma deve manter-se igual à restante pele do abdômen

10. Instruir o autocuidado à ostomia (continuação)

- Recortar a placa

Medir o estoma com a régua (se estoma circular) e recortar a placa com a forma e tamanho do estoma, com uma margem de 2-3mm no máximo

- Colocar a placa de ostomia

Remover o papel de proteção de toda a área adesiva sem tocar na mesma e aplicar o dispositivo em redor do estoma, exercendo ligeira pressão durante 30-60 segundos.

Garantir que a placa não fica aplicada sobre vincos

- Aparelhar o saco de urostomia

Inserir os cateteres ureterais no saco de ostomia, acima da válvula anti refluxo

Aparelhar o saco à placa de ostomia

Verificar se o mecanismo de segurança e a válvula de despejo estão fechados

Ensinar a trocar a placa de 3 em 3 dias e em SOS

Ensinar a trocar o saco e a observar o estoma diariamente

- Conectar/desconectar e despejar o saco de drenagem noturna
- Descartar os dispositivos e material usados e lavar higienicamente as mãos
- Encorajar a pessoa a esclarecer as suas dúvidas

2. 2ª SESSÃO DE EDUCAÇÃO

Objetivos para a 2ª sessão do programa

1. Identificar e reunir os dispositivos e material necessário ao cuidado ao estoma e pele peri-estoma
2. Identificar as etapas do cuidado ao estoma e pele peri-estoma
3. Observar o cuidado ao estoma e pele peri-estoma
4. Conhecer as principais complicações (alterações da pele peri-estoma e infecção do trato urinário) e as principais estratégias para prevenção

Intervenções de enfermagem:

1. Orientar a pessoa para a sessão de educação
2. Assistir a pessoa a reunir o material necessário para o cuidado ao estoma e pele peri-estoma
3. Ensinar sobre complicações

Alteração das características da urina poderá significar infecção do trato urinário e deve ser comunicada ao médico assistente

As alterações da pele são as complicações mais frequentes nas pessoas com ostomia de eliminação, pelo que é importante cuidar adequadamente da pele e vigiá-la em cada substituição de dispositivos. Se for detetada alguma alteração deve ser contactado o enfermeiro de estomaterapia ou o médico assistente

4. Ensinar sobre dieta

Ingerir 2-2,5l de água por dia (ajustar em função da coloração da urina)

Ingerir vitamina C e alimentos acidificante (ex: sumo, bagas ou suplementos de arando, pão, cereais, queijo, milho, ovos, massas, nozes, peixe e carne)

5. Instruir o autocuidado à ostomia

Substituir os dispositivos de ostomia pela manhã antes de se alimentar ou, pelo menos, 1 a 2 horas após a ingestão de líquidos (diminuir a saída de urina durante o cuidado ao estoma e pele peri-estoma)

- Lavar higienicamente as mãos
- Reunir material
- Despejar o saco de urostomia

Despejar o saco de urostomia quando a urina ocupar 1/3 a 1/2 da sua capacidade (reduzir risco de extravasamento de urina)

- Remover o saco de urostomia

- Remover a placa de ostomia

Explicar a importância de segurar a pele enquanto se descola a placa, removendo-a de cima para baixo (prevenção de trauma da pele)

- Limpar o estoma e pele peri-estoma

Explicar a importância de limpar e secar adequadamente a pele peri-estoma (prevenir maceração)

6. Vigiar pele periférica ao estoma

7. Vigiar estoma

- Explicar que o estoma no pós-operatório apresenta edema que reduz gradualmente após 6-8 semanas da cirurgia

8. Instruir o autocuidado à ostomia (continuação)

- Recortar a placa

Explicar a importância de um recorte adequado (apertado resulta em lesão do estoma; largo resulta em maceração da pele por contato com urina)

- Colocar a placa

Explicar a importância da tricotomia dos pêlos da pele peri-estoma (otimizar aderência da placa) e como fazê-lo (aparar com tesoura ou rapar com máquina ou lâmina de barbear e pó talco. Evitar cremes de barbear por deixarem a pele oleosa)

Explicar a importância da placa ser aplicada sem vincos (prevenir fugas de urina)

- Aparelhar o saco de urostomia

Inserir os cateteres ureterais no saco de ostomia, acima da válvula anti refluxo

Aparelhar o saco à placa de ostomia

Ensinar a trocar a placa de 3 em 3 dias e em SOS

Ensinar a trocar o saco diariamente

- Conectar/desconectar e despejar o saco de drenagem noturno (validade de 1 semana). É necessário o uso de adaptador que varia consoante a marca dos dispositivos de urostomia

- Descartar os dispositivos e material usado e lavar higienicamente as mãos

9. Encorajar a pessoa a esclarecer as suas dúvidas

10. Avaliar autocuidado da ostomia de eliminação com recurso à *Urostomy Education Scale*. Registrar a pontuação total e a pontuação por domínio

3. 3ª SESSÃO DE EDUCAÇÃO

Objetivos para a pessoa na 3ª sessão do programa

Que a pessoa saiba:

1. Identificar e reunir os dispositivos e material necessário ao cuidado ao estoma e pele peri-estoma
2. Identificar as etapas do cuidado ao estoma e pele peri-estoma
3. Executar o autocuidado ao estoma e pele peri-estoma com assistência do enfermeiro
4. Identificar as dificuldades sentidas no autocuidado

Intervenções de enfermagem:

1. Orientar a pessoa para a sessão de educação
2. Encorajar a avaliação do estoma, pele peri-estoma e eliminação urinária
 - Vigiar pele peri-estoma
 - Vigiar estoma
 - Vigiar eliminação urinária
 - Informar a pessoa que deve contatar enfermeiros de estomaterapia ou o médico assistente se identificar possíveis complicações da pele, do estoma e da urina (alteração das suas características normais)
3. Treinar o autocuidado à ostomia
 - Lavar higienicamente as mãos
 - Reunir material
 - Despejar o saco de urostomia
 - Remover o saco de urostomia
 - Remover a placa de ostomia
 - Limpar o estoma e pele peri-estoma
 - Recortar placa
 - Colocar placa
 - Aparelhar o saco à placa de ostomia
 - Conectar/desconectar e despejar o saco de drenagem noturna
 - Descartar os dispositivos e material usado e lavar higienicamente as mãos

4. Reforçar a importância dos cuidados à pele, do recorte e adaptação adequada dos dispositivos de ostomia na prevenção da maceração da pele
5. Encorajar a pessoa a esclarecer as suas dúvidas
6. Avaliar autocuidado da ostomia de eliminação com recurso à *Urostomy Education Scale* (registar a pontuação total e a pontuação por domínio) e comparar com a avaliação anterior.
7. Implementar “Algoritmo de intervenção de enfermagem: avaliação do autocuidado à urostomia” se não houver evolução em algum dos domínios avaliados

4. 4ª SESSÃO DE EDUCAÇÃO

Objetivos da 4ª sessão do programa

Que a pessoa saiba:

1. Executar o autocuidado ao estoma e pele peri-estoma autonomamente
2. Identificar as dificuldades sentidas no autocuidado

Intervenções de enfermagem:

1. Orientar a pessoa para a sessão de educação
2. Encorajar a avaliação do estoma, pele peri-estoma e eliminação urinária
 - Vigiar pele periférica ao estoma
 - Vigiar estoma
 - Vigiar eliminação urinária
3. Treinar o autocuidado à ostomia
 - Lavar higienicamente as mãos
 - Reunir material
 - Despejar o saco de ostomia
 - Remover o saco de urostomia
 - Remover a placa de ostomia
 - Limpar o estoma e pele peri-estoma
 - Recortar placa
 - Colocar placa
 - Aparelhar o saco à placa de ostomia
 - Conectar/desconectar e despejar o saco de drenagem noturna
 - Descartar os dispositivos e material usado e lavar higienicamente as mãos
4. Encorajar a pessoa a esclarecer as suas dúvidas
5. Avaliar autocuidado da ostomia de eliminação com recurso à *Urostomy Education Scale* (pontuação por domínio) e comparar com a avaliação anterior.
6. Implementar algoritmo de intervenção de enfermagem: avaliação do autocuidado à urostomia se não houver evolução em algum dos domínios avaliados

5. 5ª SESSÃO DE EDUCAÇÃO

Objetivos da 5ª sessão do programa

Que a pessoa saiba:

1. Executar o autocuidado ao estoma e pele peri-estoma
2. Instruir o cuidado ao estoma e pele peri-estoma à pessoa significativa
3. Identificar os recursos existentes na comunidade

Que a pessoa significativa saiba:

1. Identificar as etapas do cuidado ao estoma e pele peri-estoma
2. Identificar os recursos existentes na comunidade

Intervenções de enfermagem:

1. Orientar as pessoas para a sessão de educação
2. Treinar o autocuidado à ostomia e explicar as diferentes etapas à pessoa significativa
3. Avaliar autocuidado da ostomia de eliminação com recurso à *Urostomy Education Scale* (registar a pontuação total e a pontuação por domínio) e comparar com a avaliação anterior.
4. Encorajar a pessoa e pessoa significativa a esclarecer as suas dúvidas
5. Ensinar sobre recursos da comunidade
 - Informar sobre o acompanhamento em consulta de estomaterapia em ambulatório (15 dias, 30 dias, 3 meses, 6 meses, 12 meses, anualmente e sempre que necessário)
 - Informar sobre os contatos da consulta de estomaterapia (presentes na “Brochura informativa – Urostomia”)
 - Informar como adquirir o material necessário na comunidade. Sempre com receita médica, de acordo com portaria n.º 284/2016 e 92F/2017, sendo 100% comparticipados
 - No momento da alta providenciar dispositivos de ostomia suficientes para duas semanas de cuidados

6. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- American Cancer Society (ACS) (2019). *Caring for a Urostomy*.
<https://cancer.org/treatment/treatments-and-side-effects/treatment-types/surgery/ostomies/urostomy/management.html>.
- Berti-Hearn, L., & Elliott, B. (2019). Urostomy care: a guide for home care clinicians. *Home Healthcare Now*, 37(5), 248–255.
<https://doi.org/10.1097/nhh.0000000000000792>.
- Black, P. (2016). Teaching stoma patients the practical skills for self-care. *British Journal of Healthcare Assistants*, 4(3), 132–135.
<https://doi.org/10.12968/bjha.2010.4.3.47085>.
- Burch, J. (2011). Essential care for patients with stomas. *Nursing Times*, 107(45), 12–14.
- Burch, J. (2017a). Care of patients undergoing stoma formation: what the nurse needs to know. *Nursing Standard*, 31(51), 41–45.
<https://doi.org/10.7748/ns.2017.e10198>.
- Burch, J. (2017b). Post-discharge care for patients following stoma formation: what the nurse needs to know. *Nursing Standard*, 31(51), 41–45.
<https://doi.org/10.7748/ns.2017.e10198>
- Direção Geral da Saúde (2016). Norma n.º 012/2016, de 28/10/2016, atualizada a 03/03/2017 – Indicações clínicas nas ostomias de eliminação urinária em idade pediátrica e no adulto. 1-37.
- Fellows, J.; Gutman, N; Clark, J.& DuBois, H. (2017). Urostomy guide. United Ostomy Associations of America, 1–17. <https://www.ostomy.org>.
- Fulham, J. (2008). A guide to caring for patients with a newly formed stoma in the acute hospital setting. *Gastrointestinal Nursing*, 6(8), 14–23.
<https://doi.org/10.12968/gasn.2008.6.8.31425>.
- Geng, V., Cobussen-Boekhorst, H., Fillingham, S., Holroyd, S., Kiesbye, B. & Vahr, S. (2009). The good practice in health care: incontinent urostomy. *European Association of Urology Nurses*.
http://www.uroweb.org/gls/EAUN/epub/EAUN_2009_LR.html.

- Kristensen, S., Laustsen, S., Kiesbye, B., & Jensen, B. T. (2013). The urostomy education scale a reliable and valid tool to evaluate urostomy self-care skills among cystectomy patients. *Journal of Wound, Ostomy and Continence Nursing*, 40(6), 611–617. <https://doi.org/10.1097/01.WON.0000436778.39349.12>
- O'Connor, G. (2005). Teaching stoma-management skills: the importance of self-care. *British Journal of Nursing*, 14(6), 320–325.
- Registered Nurses' Association of Ontario (RNAO) (2009). Cuidado y manejo de la ostomía. *Best Practice Guideline*, 1-120.

Anexo - Urostomy Education Scale

Urostomy Education Scale

Skill	0 points	1 points	2 points	3 points	Score
1. Reaction to the stoma	The patient shows no interest in/has difficulty coping with the stoma.	The patient has seen and touched the stoma on the initiative of the nurse	The patient has seen and touched the stoma on his/her own initiative	The patient copes with the stoma and is preparing for the future	
2. Removing the stoma appliance	The nurse removes the stoma appliance	The patient needs assistance to remove the stoma appliance	The patient needs verbal guidance to remove the stoma appliance	The patient can remove the stoma appliance independently	
3. Measuring the stoma diameter	The nurse measures the stoma diameter	The patient needs assistance to measure the stoma diameter correctly	The patient needs verbal guidance to measure the stoma diameter correctly	The patient can measure the stoma diameter correctly independently	
4. Adjusting the size of the urostomy diameter in a new stoma appliance	The nurse cuts the size of the urostomy diameter	The patient needs assistance to cut the size of the urostomy diameter	The patient needs verbal guidance to cut the size of the urostomy diameter	The patient can cut the size of the urostomy diameter independently	
5. Skin care	The nurse cleans and dries the skin	The patient needs assistance to clean and dry the skin	The patient needs verbal guidance to clean and dry the skin	The patient can clean and dry the skin independently	
6. Fitting a new stoma appliance	The nurse fits a new stoma appliance	The patient needs assistance to fit a new stoma appliance	The patient needs verbal guidance to fit a new stoma appliance	The patient can fit a new stoma appliance independently	
7. Emptying procedure (Emptying bag and attaching/detaching night bag)	The nurse performs the emptying procedure	The patient needs assistance to perform the emptying procedure	The patient needs verbal guidance to perform the emptying procedure	The patient can perform the emptying procedure independently	
Total points					

Kristensen, S., Laustsen, S., Kiesbye, B., & Jensen, B. (2013). The urostomy education scale a reliable and valid tool to evaluate urostomy self-care skills among cystectomy patients. *Journal of Wound, Ostomy and Continence Nursing*

Apêndice - Algoritmo de intervenção de enfermagem:
avaliação do autocuidado à urostomia

Algoritmo de intervenção de enfermagem: avaliação do autocuidado à urostomia

