

ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE DA CRUZ VERMELHA PORTUGUESA – LISBOA

MESTRADO EM ENFERMAGEM DE REABILITAÇÃO

Lénia Sofia Ferreira Nunes

**As Intervenções do Enfermeiro Especialista em
Enfermagem de Reabilitação na Capacitação da Pessoa
com Alterações na Eliminação Vesical**

Setembro 2024

ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE DA CRUZ VERMELHA PORTUGUESA – LISBOA

MESTRADO EM ENFERMAGEM DE REABILITAÇÃO

Lénia Sofia Ferreira Nunes

**As Intervenções do Enfermeiro Especialista em
Enfermagem de Reabilitação na Capacitação da Pessoa
com Alterações na Eliminação Vesical**

Relatório apresentado à Escola Superior de Saúde da Cruz Vermelha Portuguesa
– Lisboa para obtenção do grau de Mestre em Enfermagem de Reabilitação

Orientador: Professora Rita Marques

Setembro 2024

Agradecimentos

Com motivação e uma grande vontade de aprender, decidi enfrentar este desafio. Houve vários momentos difíceis, em que duvidei da minha capacidade de resiliência. Agora, no final deste percurso, quero expressar a minha gratidão a todas as pessoas que me apoiaram e não me deixaram desistir, dando-me força e motivação.

À minha família e amigos, pelo apoio e incentivo, principalmente nos momentos mais difíceis deste percurso.

Ao meu marido e à minha filha que foram a minha força motriz e o meu porto de abrigo.

Aos professores, principalmente à professora Rita Marques, pela sua disponibilidade e orientação para elaboração deste relatório e todas atividades que foram realizadas durante os contextos de estágio.

Aos meus supervisores clínicos pela disponibilidade demonstrada, na orientação ao longo deste percurso, assim como pelos seus ensinamentos e partilha de experiências.

Resumo

No âmbito do Estágio de Natureza Profissional com Relatório - Módulo I e II, surge a elaboração de um relatório de estágio. Nele pretende-se apresentar a descrição e análise reflexiva do percurso realizado durante os Estágios, cujo objetivo maior foi desenvolver competências de Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação (EEER) e de Mestre.

Transversal aos vários contextos de estágio foi definido como objetivo geral o desenvolver de competências científicas, técnicas, éticas e humanas necessárias para prestar cuidados especializados a pessoas com necessidades de reabilitação. Para alcançar esse objetivo, foram definidos objetivos específicos e atividades, ajustados às características do contexto e às pessoas alvo de cuidados.

A temática que foi desenvolvida transversalmente ao longo dos estágios está relacionada com a “Intervenção do EEER na capacitação da pessoa com alterações na eliminação vesical”, uma vez que os problemas de eliminação vesical, como a incontinência urinária, retenção urinária e infeções do trato urinário, são complicações comuns na pessoa hospitalizada, e podem alterar significativamente a qualidade de vida da pessoa e a sua recuperação em geral.

A prática de enfermagem foi sustentada na Teoria do Défice do Autocuidado de *Dorothea Orem*, pelo facto da pessoa com eliminação vesical comprometida não conseguir gerir as suas necessidades reais e garantir o autocuidado.

Para a construção deste relatório recorreu-se a uma metodologia descritiva e crítico-reflexiva, onde se realiza uma exposição e análise das situações experienciadas, suportadas na evidência científica, que permitem a aquisição das competências de Mestre e Enfermeira Especialista.

Descritores: Eliminação, Vesical, Reabilitação, Enfermagem

Abstract

In the context of the Professional Nature Internship with Report - Module I and II, the development of an internship report is required. The report aims to present a description and reflective analysis of the journey undertaken during the internships, with the major objective being to develop the competencies of a Specialist Nurse in Rehabilitation Nursing (EEER) and Master.

Throughout the various internship contexts, the general goal was defined as developing scientific, technical, ethical, and human competencies necessary to provide specialized care to individuals with rehabilitation needs. To achieve this goal, specific objectives and activities were defined, adjusted to the characteristics of the context and the target individuals in care.

The theme developed transversally throughout the internships was related to the “Intervention of the EEER in empowering individuals with bladder elimination disorders,” as bladder elimination issues, such as urinary incontinence, urinary retention, and urinary tract infections, are common complications in hospitalized individuals and can significantly alter their quality of life and overall recovery.

The nursing practice was grounded in Dorothea Orem’s Self-Care Deficit Theory, as individuals with compromised bladder elimination are unable to manage their actual needs and ensure self-care.

For the construction of this report, a descriptive and critical-reflective methodology was employed, involving the presentation and analysis of the experiences, supported by scientific evidence, which facilitates the acquisition of competencies as a Master and Specialist Nurse.

Descriptors: Elimination, Bladder, Rehabilitation, Nursing

Siglas

AVC- Acidente Vascular Cerebral

AVD- Atividades de Vida Diária

CPA- Centro Promoção da Autonomia

EEER- Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação

ESSCVP- Escola Superior de Saúde da Cruz Vermelha Portuguesa

GCS- *Glasgow Coma Scale*

GUSS- *Gugging Swallowing Test*

IU- Incontinência Urinária

MI- Membros Inferiores

ML- Mililitros

MMHH- Milímetros de mercúrio

MMSE- *Mini Mental State Examination*

MOCA- *Montreal Cognitive Assessment*

MRC- *Medical Research Council*

MS- Membros Superiores

NIHSS- *National Institutes of Health Stroke Scale*

OMS- Organização Mundial da Saúde

PTA- Prótese Total da Anca

PTJ- Prótese Total do Joelho

RASS- *Richmond Agitation Sedation Scale*

RCCI- Rede de Cuidados Continuados Integrados

RFR- Reeducação Funcional Respiratória

RU- Retenção Urinária

RX- Raio X

S5Q- *Standarized Five Questions*

TCE- Traumatismo Craneoencefálico

TVM- Traumatismo Vertebromedular

UC- Unidade Curricular

UCI- Unidade de Cuidados Intensivos

UCI- ECMO- Unidade de Cuidados Intensivos- *Extra Corporeal Membrane Oxygenation*

ULD- Unidade de Longa Duração

VNI- Ventilação não Invasiva

Índice

I. Introdução.....	8
II. Enquadramento Teórico	11
II.I. Sistema urinário e eliminação vesical.....	11
II: II. Intervenções de Enfermagem centradas à pessoa com alterações da eliminação vesical	16
II.III. Teoria do Autocuidado de <i>Dorothea Orem</i>.....	18
III. Percurso de Desenvolvimento das Competências Especializadas e de Mestre	19
III: I- Serviço de Medicina Intensiva	20
III: II- Cuidados de Saúde Primários	25
III: III- ULD e Serviço de Pediatria.....	29
III: IV- Unidade de AVC	30
III: V- Serviço de Ortopedia	34
III: VI- Serviço de RCCI	38
III: VII- UCI-ECMO	43
IV. Outras Competências desenvolvidas ao longo dos contextos de Estágio	45
V. Considerações Finais.....	47
VI. Referências Bibliográficas.....	48
Apêndices	52
Apêndice A- Procedimento Retirada da algália em cuidados intensivos.....	53
Apêndice B- Panfleto de Sensibilização sobre o exercício físico	57
Apêndice C- Panfleto sobre Incontinência Urinária.....	59
Apêndice E- Procedimento Retenção urinária no pós-operatório de cirurgia ortopédica	68
Apêndice F- Plano de Sessão da apresentação- Bexiga Neurogénica	72
Apêndice G- Sessão de Apresentação- Bexiga Neurogénica.....	74
Apêndice H- Intervenção do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação no Autocuidado - Sexualidade na Pessoa Adulta – <i>Scoping Review</i>.....	90

I. Introdução

No âmbito da unidade curricular Estágio de Natureza Profissional- Módulo I e II, inserida no plano de estudos do 1º Curso de Mestrado em Enfermagem de Reabilitação 2023-2024, ministrado pela Escola Superior de Enfermagem da Cruz Vermelha Portuguesa- Lisboa, foi proposto a elaboração de um relatório com o objetivo de descrever o processo de aquisição e desenvolvimento de competências necessárias para a atribuição de grau de Mestre em Enfermagem e Enfermeira Especialista em Enfermagem de Reabilitação.

Os estágios foram divididos em dois módulos. O primeiro módulo decorreu de 04/12/2023 a 22/02/2024, centrou-se na vertente cardiorrespiratória, e realizou-se em contexto de Medicina Intensiva, Cuidados de Saúde Primários, Serviço de Pediatria e Unidade de Longa Duração (ULD). Neste módulo, elaborei um pré-relatório, onde apresentei um plano de projeto com os objetivos e atividades a serem realizadas em cada um destes ensinamentos clínicos. No que diz respeito ao Serviço de Pediatria e às ULD, devido à sua curta duração, optei por realizar uma reflexão crítica, utilizando o Ciclo de *Gibbs*. O segundo módulo decorreu de 04/03/2024 a 26/07/2024, compreendeu a vertente ortotraumatológica e neurológica e decorreu em contexto de Unidade de AVC (Acidente Vascular Cerebral), Serviço de Ortopedia, RCCI (Rede de Cuidados Continuados) e UCI- ECMO (Unidade de Cuidados Intensivos- *Extra Corporeal Membrane Oxygenation*). Para ambos os módulos, foi definido, um objetivo geral comum: desenvolver de competências científicas, técnicas, éticas e humanas necessárias para prestar cuidados especializados a pessoas com necessidades de reabilitação.

A escolha do tema A intervenção do EEER na capacitação da pessoa com alterações na eliminação vesical, advém de uma dificuldade sentida na prática clínica enquanto enfermeira generalista em que é comum deparar-me com pessoas com incontinência urinária e retenção urinária aguda ou crónica em que necessitam de intervenções especializadas capazes de as ajudar a recuperar ou melhorar essa função. Por forma a contribuir para a melhoria dos cuidados prestados a estas pessoas, realizei uma pesquisa bibliográfica baseada na mais recente evidência científica e propus desenvolver, ao longo dos diversos contextos de estágio, competências do EEER que contribuíssem para a qualidade dos cuidados à pessoa com alterações na eliminação vesical, uma vez um dos seus focos de intervenção é reeducação das diferentes funções, nomeadamente a nível da eliminação vesical (1).

Uma das funções orgânicas que frequentemente está alterada na pessoa hospitalizada é a eliminação vesical, que pode ocorrer devido à permanência hospitalar, ao próprio processo patológico ou até mesmo devido a procedimentos invasivos, como o cateterismo urinário. As infecções do trato urinário, incontinência urinária e a retenção urinária, são as afeções mais predominantes, resultantes dos internamentos prolongados, idade avançada, cateterismo vesical, disfunções anatomofisiológicas do sistema urinário, assim como patologias associadas a doenças crónico-degenerativas (2).

De acordo com a *International Continence Society*, a incontinência urinária (IU) é a perda involuntária de urina (3). Segundo a Organização Mundial da Saúde (OMS), a prevalência da IU é de 9,9% a 36,1% na população em geral (4). Em Portugal afeta 20% da população portuguesa com mais de 40 anos, o que significa que 1 em cada 5 portugueses acima dos 40 anos sofrem da doença, sendo as mulheres as mais afetadas. Prevê-se que com o envelhecimento da população, a tendência é para que este número continue a crescer (5). Perante estes dados estimamos que a IU tenha um impacto considerável na pessoa, bem como nos seus cuidadores e sistemas de saúde (6). Tal como a IU a Retenção Urinária (RU) pode causar danos significativos na saúde e ter um grande impacto negativo na qualidade de vida da pessoa. Esta é um tipo de disfunção na micção em que a pessoa tem dificuldade em esvaziar a bexiga de forma eficaz (7). É uma das emergências urológicas mais comuns, com uma incidência na população em geral estimada entre 2,2 a 6,8/1000 pessoas/ ano (8). Globalmente a ocorrência é muito maior nos homens do que nas mulheres e aumenta drasticamente à medida que os homens envelhecem (9).

Com base neste conhecimento, o EEER tem a responsabilidade de assegurar a manutenção das capacidades funcionais das pessoas, prevenir complicações e evitar incapacidades. Além disso, o EEER deve implementar intervenções terapêuticas com vista à melhoria das capacidades remanescentes, a manutenção ou recuperação da independência nas atividades da vida diária, e a minimização do impacto das incapacidades já instaladas, com especial atenção à função vesical (1).

A minha prática de enfermagem foi sustentada na Teoria do Défice do Autocuidado de *Dorothea Orem*, pelo facto da pessoa com eliminação vesical comprometida não conseguir gerir as suas necessidades reais e garantir o autocuidado. Esta teoria permitiu estruturar os cuidados de forma a não apenas responder às necessidades imediatas de saúde, mas também, a promover a recuperação funcional e a capacitar as pessoas na gestão da sua condição de forma

independente, especialmente em relação à eliminação vesical e outras funções afetadas pela hospitalização.

As competências de Mestre em Enfermagem propostas pelos Descritores de Dublin e publicados no Decreto-Lei n.º 65/218 (10) foram também tidas em consideração, fazendo parte do referencial de competências que me propus adquirir no final deste percurso. Por forma a dar resposta a estes objetivos realizei em conjunto com três colegas de mestrado, uma *scoping review* intitulada Intervenção do Enfermeiro Especialista de Reabilitação no Autocuidado-Sexualidade na Pessoa Adulta.

Este documento é composto por três capítulos após esta introdução. No primeiro é apresentado o enquadramento teórico onde será contextualizada a temática, bem como o quadro teórico que norteou o trabalho desenvolvido. O segundo capítulo compreende o percurso de desenvolvimento de competências, realizado em cada contexto. Nele apresento a descrição das principais características desenvolvidas em cada contexto, o diagnóstico de situação, objetivos específicos delineados e atividades desenvolvidas, bem como as principais competências adquiridas - comuns, específicas e de Mestre. No terceiro capítulo, são apresentadas as considerações finais que sintetizam o percurso realizado, refletindo nos objetivos atingidos, nas dificuldades e limitações sentidas, bem como, os principais contributos para a prática de cuidados enquanto futura EEER e perspetivas futuras.

Por fim, são apresentadas as referências bibliográficas que serviram de base à elaboração do relatório, seguindo-se os apêndices que refletem as atividades desenvolvidas para dar resposta aos objetivos propostos.

O presente relatório respeita as regras da norma de Vancouver e segue as orientações do “Guia de Elaboração de Trabalhos Escritos” da ESSCVP-Lisboa.

II. Enquadramento Teórico

Neste capítulo, serão apresentados de uma forma sumária os principais conceitos desenvolvidos ao longo deste percurso e que de alguma forma sustentam as atividades desenvolvidas, sendo estes a fisiologia do sistema urinário e da micção, principais alterações na eliminação vesical, incontinência urinária, retenção urinária, bexiga neurogénica e as intervenções de enfermagem centradas na pessoa com alterações na eliminação vesical. Posteriormente será abordado o referencial teórico que sustenta o presente relatório e que deu suporte à intervenção de enfermagem especializada, a Teoria do Autocuidado de *Dorothea Orem*.

II.I. Sistema urinário e eliminação vesical

O sistema urinário divide-se em trato urinário superior e inferior. O trato urinário superior é composto por dois rins e pelos ureteres, enquanto o trato urinário inferior é composto por uma pequena porção dos ureteres distais, bexiga e uretra. O papel dos rins é filtrar a água, os eletrólitos e os resíduos do sangue, criando urina no processo. Esta urina é depois drenada através dos ureteres para a bexiga para armazenamento (11).

A bexiga é um órgão muscular oco, revestida internamente por epitélio transicional denominado urotélio e externamente por um músculo denominado de detrusor (12). Anatomicamente, está dividida em duas partes: a cúpula e a base. A cúpula é composta por fibras colinérgicas de músculo liso interligadas, enquanto a base consiste no trígono e no colo da bexiga que está intimamente ligado ao pavimento pélvico. Dois esfíncteres uretrais na saída da bexiga controlam a micção voluntária normal. O esfíncter uretral interno está no colo da bexiga e na uretra proximal, enquanto o esfíncter externo está na uretra membranosa (13).

A capacidade da bexiga altera-se ao longo da vida. Nas crianças, o volume é calculado através da fórmula: $(\text{anos de idade} + 2) \times 30 \text{ ml}$. Na idade adulta, o volume médio de uma bexiga funcional situa-se entre os 300 e os 400 ml (14). A primeira sensação de enchimento da bexiga é tipicamente observada entre 150 ml e 250 ml em adultos normais (15). À medida que o volume de urina na bexiga aumenta, aumenta também a pressão no seu interior. A pressão na parede de 5 a 15 mmHg cria uma sensação de plenitude vesical, enquanto 30 mmHg e mais além cria uma sensação dolorosa (14).

O funcionamento da bexiga é coordenado em diferentes níveis do sistema nervoso central, nomeadamente na medula, na ponte e nos centros superiores. O trato urinário inferior (bexiga, esfíncteres e uretra) é innervado por três tipos de fibras: parassimpáticas, simpáticas e somáticas. A Inervação parassimpática origina-se a nível de S2 a S4 na medula, que é depois conduzida através de fibras pré-ganglionares pelo nervo pélvico até os gânglios no plexo pélvico e posteriormente à bexiga. A Inervação simpática origina-se a nível de T10 a L2 na medula e enerva o plexo hipogástrico, que posteriormente enerva a bexiga e a uretra. A Inervação da musculatura estriada do esfíncter uretral externo é predominantemente somática, innervado pelo nervo pudendo com origem no núcleo de Onuf, localizado a nível de S2-S4 (12).

A micção é coordenada a nível do tronco cerebral, mais especificamente no centro pontino da micção (CPM). Em circunstâncias normais, a micção depende de um reflexo espino-bulbo-espinal acionado pelo CPM, que recebe influências, na maior parte inibitórias, do córtex cerebral, do cerebelo, dos gânglios da base, do tálamo e do hipotálamo (12). À medida que a bexiga enche os receptores de estiramento e de dor no músculo detrusor, enviam sinais lentos para a medula espinal sagrada ao nível S2-S4 através do nervo pélvico aferente. Estes sinais são transmitidos ao CPM e às estruturas corticais superiores do cérebro para notificar o cérebro que a bexiga está a encher ou que há vontade de urinar. Se determinado momento não for adequado para urinar, o córtex manterá a inibição do CPM, que por sua vez, inibe a atividade do Sistema Nervoso Parassimpático (SNP) no músculo detrusor e no esfíncter uretral interno através dos nervos pélvicos. Por outro lado, o CPM vai ativar o nervo hipogástrico do Sistema Nervoso Simpático (SNS) para provocar o relaxamento do detrusor e a contração do esfíncter uretral interno para permitir o enchimento da bexiga. O esfíncter uretral externo e a musculatura do pavimento pélvico são innervados pelo nervo pudendo somático e, em conjunto, com o esfíncter uretral interno, ajudam a manter continência durante a fase de armazenamento, mantendo uma pressão mais elevada na uretra do que na bexiga- reflexo de guarda (11). Quando é o momento oportuno para haver a micção, o córtex frontal irá então desinibir o CPM. Este irá desinibir a atividade do SNP no músculo detrusor e no esfíncter uretral interno levando a que haja uma contração do músculo detrusor e um relaxamento do esfíncter uretral interno permitindo então o esvaziamento da bexiga (11).

Compreender o processo de micção normal é fundamental para controlar os distúrbios da micção anormal, que se não entendidos podem ter um impacto significativo no próprio sistema urinário e consequentemente no bem-estar geral de um indivíduo (15).

Ao longo da nossa vida o sistema urinário vai sofrendo alterações, quer devido ao crescimento e consequente maturidade, quer devido ao envelhecimento, levando posteriormente a alterações na eliminação vesical (16). As alterações na eliminação vesical incluem a incontinência urinária, onde o controle voluntário da micção fica comprometido, afetando indivíduos de várias faixas etárias. A retenção urinária, caracterizada pela incapacidade de esvaziar completamente a bexiga, para além de causar desconforto, pode causar infecções do trato urinário. A micção frequente e urgente, muitas vezes associada a condições como a bexiga hiperativa, pode perturbar a vida social e as atividades diárias. A hesitação ou dificuldade em iniciar a micção pode indicar problemas subjacentes, como o aumento da próstata nos homens. As perturbações neurológicas, como lesões na medula espinhal, podem afetar os nervos que controlam a micção. As anomalias estruturais do trato urinário, congénitas ou adquiridas, também podem contribuir para problemas urinários (15).

Com o avançar da idade, em particular após os 45 anos é comum o aumento da resistência uretral no homem, devido ao crescimento da próstata, levando à hipertrofia ou retenção urinária. A mulher como consequência do parto, poderá apresentar alterações do pavimento pélvico e uretra, bem como, com as alterações decorrentes da menopausa, poderá apresentar atrofia das estruturas pélvicas, perda de tonicidade dos músculos pélvicos e fragilidade da mucosa uretral. Todos estes fatores associados à diminuição da capacidade da bexiga, consequente do envelhecimento, contribuem para o aumento dos sintomas de urgência urinária, polaquiúria e incontinência. As alterações funcionais próprias do envelhecimento e a toma de alguns medicamentos vêm também agravar estes problemas (16). A incontinência urinária é a perda involuntária de urina, que afeta tanto homens como mulheres, com grande repercussão na qualidade de vida da pessoa. Existem vários tipos de incontinência urinária, nomeadamente de esforço, de urgência, funcional, mista e por transbordamento. O tratamento da incontinência urinária depende do tipo, assim como da gravidade dos sintomas (17).

A incontinência urinária de esforço é a perda involuntária de urina que ocorre com o aumento da pressão intra-abdominal (esforço, espirro ou tosse), devido à fraqueza do esfíncter uretral e/ou do pavimento pélvico. A incontinência urinária de urgência é a perda involuntária de urina que, muitas vezes, pode ser precedida ou acompanhada por uma sensação de urgência urinária (mas também pode ser assintomática), devido à hiperatividade do detrusor. As contrações podem ser causadas por irritação da bexiga ou perda de controlo neurológico. A incontinência urinária mista é a perda involuntária de urina causada por uma combinação de incontinência urinária de esforço e de urgência. A incontinência urinária por transbordamento

é perda involuntária de urina, devido à excessiva distensão da bexiga por alterações na contratilidade do detrusor e/ou obstrução na saída da bexiga. A incontinência urinária funcional é a perda involuntária de urina devido a barreiras ambientais ou físicas para aceder à casa de banho (17).

Uma outra alteração importante na eliminação vesical é a retenção urinária, que se caracteriza pela incapacidade de esvaziar totalmente a bexiga (15). Pode dividir-se em aguda, quando há uma incapacidade súbita de urinar combinada com dor suprapúbica, distensão abdominal, urgência, angústia, ou, ocasionalmente, incontinência ligeira. Ou então crónica, apresentando-se muitas vezes assintomática e estando geralmente associada a causas não neurogénicas (18).

As principais causas de retenção urinária são de natureza obstrutiva (mais comuns), infecciosa/inflamatória, iatrogénica e neurológica. No homem, as causas obstrutivas estão relacionadas com a presença de hiperplasia benigna da próstata, cancro da próstata, fimose e parafimose. Nas mulheres, estas causas advêm da presença de prolapsos da bexiga, do reto e do útero. A existência de cálculos e estenoses uretrais são causas obstrutivas comuns nos dois sexos. As infeções urinárias são as que mais contribuem para as causas infecciosas de retenção urinária tanto no homem como na mulher. As causas iatrogénicas surgem como consequência de alguns pós-operatórios, assim como estão associadas a alguns efeitos medicamentosos. A diabetes *mellitus*, esclerose múltipla, lesões medulares, espinha bífida e AVC do tronco cerebral são as causas neurológicas mais comuns de retenção urinária (18).

O processo de micção é controlado pelo sistema nervoso central, que coordena a atividade das redes simpática e parassimpática com o sistema nervoso somático para manter a continência urinária. Qualquer perturbação na funcionalidade normal das estruturas mencionadas, como resultado de trauma ou doença, pode causar disfunção da bexiga (13).

A bexiga neurogénica é o resultado de alterações neurológicas, que afetam o funcionamento da bexiga. Estas podem resultar de várias patologias, entre as quais: lesão da medula espinal, espinha bífida, acidente vascular cerebral, esclerose múltipla, Síndrome *Guillain-Barre*, esclerose lateral amiotrófica, doença de *Parkinson*, diabetes e infeções do cérebro ou da medula espinal. Na bexiga neurogénica, existem três partes do sistema urinário que continua a funcionar normalmente porque estão sob controlo involuntário: os rins, os ureteres, e a uretra. No entanto, as lesões cerebrais ou da medula espinal irão interferir apenas

com a função normal da bexiga e controlo voluntário. Devido às lesões neurológicas a pessoa deixa de ter a capacidade de coordenar voluntariamente a micção (19).

A função anormal da bexiga pode ser mais facilmente categorizada como falha no armazenamento ou falha no esvaziamento. Na sua forma mais simples, a função da bexiga pode ser considerada normal, hiperativa ou hipoativa/atónica. Da mesma forma, a função uretral pode ser normal e adequada, hipotónica ou disfuncional (13).

Existem vários sistemas de classificação para a bexiga neurogénica, incluindo os sistemas funcionais, as classificações urodinâmicas, a classificação de *Bors-Comarr*, o sistema de *Hald-Bradley* e a classificação de *Bradley*, entre outros. Os sistemas clinicamente mais valiosos são a Classificação da Sociedade Internacional de Continência, a Classificação de Lapides e o Guia Geral para Doenças Neurológicas e Disfunção do Trato Urinário (13).

Neste relatório apresentarei a classificação de acordo com a Sociedade Internacional de Continência e a de Lapides.

O sistema de Classificação da Sociedade Internacional de Continência baseia-se no tipo de classificação urodinâmica e divide a função da bexiga em fase de armazenamento e fase de micção. Cada característica da bexiga (função, atividade, sensação, capacidade, complacência, etc.) é medida e identificada tanto para o armazenamento como para a micção. É útil para disfunções da bexiga neurogénicas e não neurogénicas (13).

De acordo com a classificação de Lapides, as disfunções neurogénicas da bexiga são classificadas em cinco (13):

- A *bexiga neurogénica sensorial* resulta de processos neurológicos que perturbam especificamente as fibras aferentes do cérebro ou dos nervos sensoriais da bexiga, mantendo a função motora poupada. Com o tempo, poderá levar a uma distensão crónica, resultando numa bexiga hipotónica (13).

- A *bexiga neurogénica paralítica motora* resulta da perda de inervação motora parassimpática do detrusor, resultante de um trauma, cirurgia extensa ou Herpes zoster. A hiperdistensão crónica tende a conduzir a uma bexiga de grande capacidade, com baixas pressões miccionais do detrusor e elevados volumes residuais pós-miccionais(13).

- A *bexiga neurogénica desinibida* é quando existe uma sensação vesical normal, mas com contrações precoces e desinibidas do detrusor. Os volumes vesicais são baixos e os

sintomas são geralmente frequência, urgência e incontinência de urgência. Está frequentemente associada a um acidente vascular cerebral, tumor cerebral, lesão medular, *Parkinson* ou doença desmielinizante (13).

- A *bexiga neurogénica reflexa* é a mais frequentemente observada após lesões traumáticas da medula espinhal, mielite transversa, doença desmielinizante extensa ou qualquer doença significativa supraespinhal. Neste tipo de bexiga neurogénica, ocorrem contrações desinibidas de baixo volume, mas não há contrações voluntárias do detrusor e não há sensação de plenitude. Uma bexiga neurogénica reflexa pode ser considerada o resultado de uma lesão completa do neurónio motor superior. A dissinergia do esfíncter detrusor é comum neste tipo de bexiga neurogénica (13) .

- A *bexiga neurogénica autónoma* representa uma interrupção completa do controlo do sistema nervoso motor e sensorial sobre a bexiga. Isto é mais comumente observado em processos patológicos que afetam a medula espinhal sacral ou os nervos pélvicos. Não há capacidade de iniciar a micção, nem reflexos miccionais, nem sensação de plenitude vesical. Resultaria de uma lesão completa de neurónios motores inferiores (13).

Compreender o papel que o sistema nervoso desempenha na comunicação entre a bexiga e o cérebro é importante para compreender a disfunção neurogénica. As condições físicas e mentais da pessoa ajudarão a determinar qual o melhor protocolo na gestão das alterações da bexiga (19).

II: II. Intervenções de Enfermagem centradas à pessoa com alterações da eliminação vesical

O impacto biológico e psicossocial provocado pelas alterações na eliminação vesical, associado à redução da qualidade de vida, é amplamente reconhecido, afetando os aspetos sociais, psicológicos, físicos e sexuais. A prestação de cuidados às pessoas com estas alterações é uma prioridade nas intervenções de enfermagem de reabilitação, frequentemente gerando resultados muito positivos (16).

A IU tem uma grande repercussão no bem-estar, na autoestima e na qualidade de vida das pessoas. Estas, estão predispostas a desenvolver depressão, ansiedade, dificuldades laborais, tendo como comorbilidades associadas à IU o prolongamento dos internamentos,

infecções do trato urinário, complicações relacionadas com o uso prolongado de cateteres urinários e dermatites de contato. Esta condição acarreta custos económicos de grandes proporções, tanto para o Sistema Nacional de Saúde como para a pessoa (20).

A abordagem do EEER é fundamental na minimização do impacto da IU, pois este dispõe de inúmeras estratégias de intervenção. A escolha das intervenções deve ter em consideração a incapacidade da pessoa, a relação custo/eficácia, a complexidade técnica envolvida e o risco de complicações. O plano de intervenções do EEER deverá incluir técnicas comportamentais, nomeadamente intervenções no estilo de vida da pessoa, como o incentivo à perda de peso, restrição de cafeína, álcool e a suspensão dos hábitos tabágicos. A criação de um diário miccional para controle adequado dos líquidos e a limitação de atividades intensas são elementos a introduzir na nova rotina da pessoa. A intervenção funcional do EEER passa pela elaboração de um plano de exercícios de fortalecimento do pavimento pélvico, com o objetivo de aumentar a resistência destes músculos, prevenindo assim a evolução da IU, bem como adiar a necessidade de cirurgia (6). Para além da IU, a RU representa um problema perante o qual os enfermeiros se deparam ao longo da sua atividade, onde a sua intervenção é fundamental na prevenção através da identificação dos fatores de risco da pessoa, nomeadamente a idade avançada, patologia prostática, AVC, alterações neurológicas, imobilidade prolongada, bem como drogas anticolinérgicas ou opióides. O diagnóstico da RU pode ser desafiador quando baseado apenas na história clínica e no exame físico da pessoa. Por essa razão, a cateterização vesical é frequentemente utilizada, mas nem sempre confirma o diagnóstico de RU de forma precisa. Esta, para além de muitas vezes ser desnecessária, aumenta o risco de infeção urinária, justificando-se o auxílio de meios tecnológicos, como a ultrassonografia que irá permitir uma avaliação precisa do volume vesical ou do volume residual, contribuindo para a decisão clínica e evitando cateterizações desnecessárias (21).

A IU e a RU prolongada, resultantes de uma bexiga neurogénica, podem levar a complicações como infeções do trato urinário, cálculos renais e ureterais, assim como hidronefroses, que poderão evoluir para insuficiência renal colocando em risco a saúde das pessoas. A intervenção precoce do EEER pode melhorar a qualidade de vida e reduzir, a longo prazo, o risco de mortalidade. Embora a reabilitação nestas situações seja um processo complexo e longo, as suas intervenções, irão promover a recuperação precoce de função da bexiga, encurtar o tempo de permanência do cateter vesical e reduzir a ocorrência do volume residual excessivo, diminuindo assim o número de infeções urinárias. Para obter estes resultados, as intervenções do EEER passam por uma comunicação eficaz, para que a pessoa

compreenda e coopere no plano de reabilitação; elaborar um plano de treino vesical ajustado às alterações dinâmicas da pessoa, assim como optar pelo cateterismo intermitente para esvaziamento de bexiga, de modo a prevenir danos na sua parede causados pelo seu enchimento excessivo, ajudando assim a manter a sua complacência, protegendo desta forma a função renal e acelerando a recuperação (22).

II.III. Teoria do Autocuidado de *Dorothea Orem*

De acordo com a OMS o autocuidado é definido como a capacidade dos indivíduos, famílias e comunidades para promoverem e manterem a saúde, prevenirem as doenças, bem como lidar com elas assim como com deficiências, tendo ou não o apoio de um profissional de saúde. Neste âmbito está incluído a promoção de saúde, prevenção e controlo de doenças, automedicação, cuidados a pessoas dependentes, procura de cuidados primários à saúde, especializada ou hospitalar quando necessário, e reabilitação, incluindo cuidados paliativos (23).

Na perspetiva de *Dorothea Orem* o autocuidado é “à prática de atividades que favorecem o aperfeiçoamento e amadurecem as pessoas, que a iniciam e desenvolvem dentro de espaços de tempo específicos e cujos objetivos são a preservação da vida, bem como o bem-estar pessoal” (24, p.49 e 50).

A teoria de Enfermagem do Défice de Autocuidado (TDAC) de *Dorothea Orem* foi desenvolvida e aplicada em inter-relação com três teorias, a Teoria de Autocuidado, a TDAC e a Teoria de Sistemas de Enfermagem. A Teoria do Autocuidado, “... baseia-se na função humana reguladora que os indivíduos têm (...) tem de ser aprendido e executado deliberadamente e continuamente, em conformidade com as necessidades reguladoras dos indivíduos (...) a Teoria do Défice de Autocuidado, exprime a relação entre as capacidades de ação dos indivíduos e as suas necessidades de cuidado (...) que fornece orientações para a seleção de métodos de auxílio e compreensão do papel do doente no autocuidado (...) a Teoria dos Sistemas de Enfermagem, são sistemas de ação formados por enfermeiras através do exercício da sua atividade de enfermagem para pessoas com limitações de autocuidado (...)” (25, p.217 e 218).

Assim, a teoria geral do autocuidado apresenta um conjunto de conceitos e pressupostos que direcionam a ação da enfermagem para a promoção do autocuidado da pessoa ou então,

para assistir a pessoa para garantir a execução do seu autocuidado (20). Por forma a garantir este autocuidado, o foco de intervenção do enfermeiro será na prevenção, tratamento e reabilitação (24). Segundo a mesma autora, o enfermeiro deve manter a excelência dos cuidados face ao bem-estar e ao autocuidado, maximizando o bem-estar da pessoa proporcionando atividades de vida relativamente às quais a pessoa é dependente (26).

A teoria de Orem, destaca também uma abordagem holística, considerando que as necessidades físicas, psicológicas e sociais influenciam ativamente o autocuidado, permitindo ao enfermeiro criar e implementar intervenções eficazes e centradas nas necessidades reais da pessoa que são identificadas na avaliação. Simultaneamente, o foco da intervenção do enfermeiro de reabilitação deve ser a capacitação da pessoa para o autocuidado por forma a maximizar o seu o nível de funcionalidade no que respeita às funções do corpo, atividade e participação (27). A reabilitação da pessoa/família constitui um processo contínuo que incluiu todas as intervenções essenciais para a sua recuperação ou manutenção da sua condição, de modo a garantir o regresso à sua condição antes da ocorrência do evento (27).

Na atualidade esta teoria revela-se de extrema importância, devido ao aumento da esperança de vida com consequente aumento da prevalência de doenças crónicas e incapacidades. Com o envelhecimento da população, os enfermeiros deparam-se cada vez mais com a necessidade de adaptar sua prática por forma a promoverem a capacitação das pessoas para a gestão eficaz das suas condições de saúde/doença.

III. Percurso de Desenvolvimento das Competências Especializadas e de Mestre

No presente capítulo será realizada uma descrição e análise crítica e reflexiva do percurso desenvolvido, bem como do processo de desenvolvimento de competências. Cada contexto de Estágio, estará espelhado num subcapítulo, e em cada um deles a sua descrição, os objetivos específicos definidos, as atividades realizadas, e por último, a sua relação com as competências comuns e específicas do EEER e de Mestre.

Para todos os contextos clínicos onde tive o privilégio de passar, como o Serviço de Medicina Intensiva, Cuidados de Saúde Primários, Unidade de AVC, serviço de Ortopedia, RCCI e UCI-ECMO, estabeleci como objetivo geral o desenvolvimento de competências científicas, técnicas, éticas e humanas necessárias para prestar cuidados especializados a

peças com necessidades de reabilitação. Além disso, um objetivo transversal que defini para todos os contextos foi o de conhecer a estrutura física e funcional de cada serviço ou unidade. Isso envolveu a avaliação do espaço físico e das dinâmicas operacionais, a consulta de normas e protocolos, e a identificação de projetos já existentes dentro de cada serviço.

Para um diagnóstico de situação mais efetivo, planeamento e execução de atividades adaptadas a cada contexto, foram realizadas entrevistas informais aos supervisores clínicos e restantes elementos da equipa de enfermagem de reabilitação, de modo a perceber quais as alterações na eliminação vesical mais predominantes em cada serviço, assim como quais as grandes dificuldades da intervenção do enfermeiro especialista em reabilitação no cuidado à pessoa com alterações da eliminação vesical. Perante a discussão conjunta delineei como objetivo específico: desenvolver competências como EEER, no cuidado à pessoa com alterações na eliminação vesical e elaborei um plano de atividades ajustado às necessidades identificadas.

As competências adquiridas e desenvolvidas foram identificadas com base nas unidades de competência e nos critérios de avaliação definidos pelos Regulamentos das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista, nas Competências Específicas do Enfermeiro Especialista de Reabilitação, e nas Competências de Mestre. A temática escolhida, que permeou todo o percurso formativo e os diversos contextos de estágio, centrou-se nas intervenções do EEER na capacitação das pessoas com alterações na eliminação vesical, assim como na formação da equipa por forma a contribuir para a melhoria dos cuidados prestados à pessoa com alterações na eliminação vesical.

O estágio ocorreu em dois módulos. O primeiro módulo decorreu de 04/12/2023 a 22/02/2024, centrou-se na vertente cardio-respiratória e realizou-se em contexto de Medicina Intensiva, Cuidados de Saúde Primários, Serviço de Pediatria e ULD. O segundo módulo decorreu de 04/03/2024 a 26/07/2024, compreendeu a vertente ortotraumatológica e neurológica e decorreu em contexto de Unidade de AVC, Serviço de Ortopedia, RCCI e UCI-ECMO.

III: I- Serviço de Medicina Intensiva

O serviço de medicina intensiva é uma unidade polivalente de nível 2 e 3, integrado num Hospital Central, com uma capacidade máxima de 19 camas, para cuidados intensivos e

intermédios. A equipa multidisciplinar do serviço inclui 70 enfermeiros, dos quais 3 são especialistas em enfermagem de reabilitação.

Os EEER estão dedicados à prestação de cuidados específicos de reabilitação, embora também colaborem nos cuidados gerais sempre que necessário. Ainda, tem como função realizar o inventário diário de todo o material esterilizado do serviço e do material de ventilação não invasiva. A sua atividade ocorre durante os turnos da manhã e da tarde, e a alocação do trabalho é realizada com base nas necessidades de reabilitação das pessoas, priorizando aquelas que requerem maior atenção e intervenções especializadas, uma vez que o ratio de pessoas internadas versus o número de enfermeiros de reabilitação é muito baixo.

Este estágio decorreu de 04 de Dezembro de 2023 a 26 de Janeiro de 2024, perfazendo um total de 175h. Este contexto clínico é o local onde exerço funções, o que facilitou a integração e aprendizagem uma vez que já conhecia a dinâmica do serviço, bem como os protocolos e procedimentos existentes.

Em seguida apresento os objetivos específicos que defini para este contexto, bem como as atividades realizadas.

Objetivo 1- Prestar cuidados de enfermagem de reabilitação à pessoa com alterações neuromusculares, cardíacas e respiratórias em cuidados intensivos:

Ao longo deste estágio acompanhei todas as atividades executadas pelo meu orientador. Em todos os turnos da manhã acompanhei a visita médica, fundamental para conhecer em pormenor a situação clínica da pessoa, bem como participar em decisões importantes para a mesma. Esta atividade permitiu-me desenvolver a competência comum de otimizar o processo de cuidados ao nível da tomada de decisão (28).

Antes da elaboração de qualquer plano de reabilitação consultei o processo clínico, avalei o RX tórax, que era realizado todas as manhãs e posteriormente realizei uma avaliação da funcionalidade de cada pessoa, por forma a realizar o diagnóstico das limitações e /ou incapacidades, indo de encontro à primeira competência específica do enfermeiro de reabilitação (1).

Sabemos que nas Unidades de Cuidados Intensivos (UCI), os efeitos adversos da imobilização prolongada são amplificados pelo desenvolvimento de neuropatias e miopatias

associadas à própria doença. Mesmo após superar a fase aguda, muitas pessoas enfrentam uma significativa debilidade física e funcional, muitas vezes incapazes de realizar atividades básicas da vida diária, levando a que mais tarde venham a ter dificuldade na sua reintegração social e profissional (29). Alguns dos principais benefícios da mobilidade precoce incluem a redução do tempo de internamento hospitalar, a diminuição dos dias de ventilação mecânica, a redução da fraqueza muscular e a diminuição da incidência de *delirium*. Essas vantagens são fundamentais para acelerar a recuperação da pessoa, melhorar os resultados clínicos e promover uma melhor qualidade de vida após a alta hospitalar (30).

A equipa de enfermagem de reabilitação estava na fase inicial de implementação de um protocolo de mobilidade precoce, baseado na Escala de Mobilidade em Cuidados Intensivos. A avaliação da funcionalidade e o plano de reabilitação motora para cada pessoa eram orientados por este protocolo. Em termos neurológicos, para pessoas sedadas, determinei o nível de sedação utilizando a Escala RASS e, em pessoas sem sedação, avalei o estado neurológico através da Escala GCS e apliquei questionário S5Q. Relativamente à avaliação da força muscular era de acordo com a escala MRC. Conforme as fases descritas no protocolo, as minhas atividades incluíram: a realização de exercícios articulares e musculares passivos, a execução de exercícios articulares e musculares ativo-assistidos, e a aplicação de exercícios isométricos. Essas intervenções foram implementadas de forma progressiva, respeitando o estado clínico de cada pessoa. Conforme melhoria da força muscular, realizei ciclo ergómetro de forma passiva nos membros inferiores; instruí à realização de exercícios terapêuticos (rolamento, ponte e posição de gancho); instruí exercícios de auto mobilização; treinei equilíbrio sentado no leito e realizei transferência passiva para o cadeirão. Após a pessoa apresentar equilíbrio sentado eficaz e uma força muscular avaliada através da escala MRC superior a 48, progredi para treino de transferência assistida para cadeirão, treinei posição ortostática assistida e posteriormente sem apoio; incentivei a realizar as atividades de vida diária (AVD's) como alimentar-se e higiene na casa de banho e realizei treino de marcha com a pessoa e apoio do andarilho. Aqui denota-se a intervenção fundamental do EEER, nas necessidades do autocuidado identificadas, em que ele é quem executa, ensina, treina e providencia os recursos necessários para garantir um meio adequado à melhoria da sua condição de saúde.

Apesar de muitas das intervenções de reabilitação ao longo deste estágio estarem direcionadas para a reabilitação motora, em todas as pessoas em que prestei cuidados, avalei

a função respiratória, que passou pela auscultação pulmonar, avaliei gasimetrias, otimizei ventilação invasiva e não invasiva. Para dar resposta a estas atividades aprofundei conhecimentos sobre os diferentes modos ventilatórios.

O período em que realizei este estágio correspondeu a uma fase em que muitas das admissões eram infeções respiratórias, pelo que a solicitação do enfermeiro de reabilitação, tanto pela equipa médica, como pelos colegas generalistas era frequente. A maioria das pessoas encontrava-se submetida a ventilação mecânica invasiva onde é comum apresentarem complicações como alterações dos mecanismos de higiene brônquica, diminuição da expansibilidade torácica, alteração da relação ventilação/perfusão, lesão das vias aéreas, aumento do risco de infeções respiratórias, assim como descondicionamento dos músculos respiratórios (6). Perante este conhecimento, as minhas intervenções passaram pela otimização da ventilação através de ajustes no ventilador e na sedoanalgesia, assim como na correção de posições viciosas e antiálgicas, de modo a promover a sincronia ventilatória. Um outro dos meus focos de intervenção foi a promoção de uma limpeza eficaz das vias aéreas, onde incentivei e assisti na tosse, apliquei manobras de vibro-compressão, apliquei o *cough assist*, assim como realizei manobras de hiperinsuflação tanto com o ventilador, como com o insuflador manual, reduzindo desta forma o risco de atelectasias.

Relativamente à ventilação não invasiva e à ventilação com oxigenoterapia por alto fluxo, uma das minhas atividades foi avaliar a eficácia desta técnica, através do controlo gasimétrico, bem como prevenir o agravamento respiratório, onde realizei exercícios de Reeducação Funcional Respiratória (RFR), incentivei à limpeza das vias aéreas e promovi a mobilização precoce, através de exercícios ativos-assistidos e levante para o cadeirão.

Este conjunto de atividades possibilitou o desenvolvimento de competências específicas, especialmente no que diz respeito à conceção de planos de intervenção e à implementação das intervenções planeadas, com o objetivo de otimizar e/ou reeducar a função motora e respiratória. Além disso, avaliei continuamente os resultados dessas intervenções, garantindo que os objetivos estabelecidos fossem alcançados de forma eficaz (1). No que diz respeito às competências comuns a avaliação da qualidade das práticas clínicas, ou seja, a evolução da pessoa, foi baseada em instrumentos de avaliação, mais concretamente as escalas adotadas (28). Para além destas competências específicas, evidenciam-se nas atividades supracitadas uma das competências comuns desenvolvidas no que respeita à gestão dos cuidados de enfermagem em articulação com a equipa de saúde (28).

Neste serviço o horário de visitas é alargado, pelo que muitas das minhas intervenções foram realizadas na presença dos familiares. Um dos cuidados que tive foi implementar estratégias de comunicação, para que a família compreendesse o processo de reabilitação, bem como sempre que possível, tentei envolvê-la, garantindo assim um ambiente seguro e terapêutico (28).

Objetivo 2: Contribuir para a melhoria dos cuidados prestados à pessoa com alteração na eliminação vesical

Devido à multiplicidade de patologias das pessoas internadas neste serviço, bem como de toda a terapêutica instituída no tratamento dos mesmos, a presença do cateter urinário durante um período prolongado, assim como a imobilidade no leito, surgem muitas vezes algumas complicações aquando da retirada da algália, nomeadamente a retenção urinária. Esta é uma situação difícil de diagnosticar, tendo em conta os vários fatores inerentes à pessoa internada em cuidados intensivos, tais como a anasarca, alterações do estado de consciência e dispositivos invasivos (31)

Por forma a dar resposta às alterações na eliminação vesical em cuidados intensivos, uma das minhas atividades para este objetivo foi aprofundar conhecimentos técnico-científicos de enfermagem de reabilitação, sobre cuidados especializados à pessoa com alterações a nível desta função, baseados na mais recente evidência científica.

Perante esta problemática e embora não haja *bladder scan* na instituição, foi minha sugestão realizar um procedimento de enfermagem de reabilitação, mas que também pudesse ser aplicado pelos enfermeiros generalistas, em que após a retirada da algália fosse monitorizado o volume urinário ecograficamente, uma vez que esta prática segura irá reduzir o risco de complicações, nomeadamente infeções urinárias, reduzir cateterismos desnecessários e consequentemente menos dor e desconforto para a pessoa e favorecer o diagnóstico precoce de retenção urinária (31).

Tendo em conta que o serviço dispunha de um ecógrafo, solicitei a colaboração da equipa médica, que prontamente se disponibilizou a ensinar o modo de avaliação do volume vesical, por forma a podermos ser autónomos na avaliação da bexiga, bem como, se disponibilizaram para colaborar neste procedimento, sempre que fossem solicitados.

Desta forma criei um procedimento para a retirada da algália (Apêndice A), onde constam alguns critérios para a sua remoção, a descrição do procedimento, bem como um

esquema para a avaliação do volume urinário, assim como para o volume residual pós micção, com o apoio do ecógrafo. Este procedimento também engloba alguns exercícios de fortalecimento do pavimento pélvico, que poderão ser realizados, caso a pessoa tenha condições.

O uso do ecógrafo na prática clínica tem se mostrado um recurso valioso para a prestação de cuidados eficientes. Ao reduzir a necessidade de intervenções desnecessárias e a exposição as pessoas a riscos de infecções do trato urinário, o ecógrafo possibilita intervenções de enfermagem mais seguras. Essa abordagem evidencia uma prática avançada de enfermagem, que não só melhora os resultados de saúde, mas também promove a formação de profissionais capacitados, focados em oferecer cuidados de qualidade e baseados em evidências científicas (32). Ao longo do estágio, apenas consegui executá-lo a uma pessoa que apresentou retenção urinária após a retirada da algália, o que permitiu evitar uma realgaliação.

O procedimento foi apresentado no serviço, após a passagem de turno com a presença de 22 enfermeiros, não sendo possível fazê-lo de uma forma mais formal, por indisponibilidade da equipa. A apresentação permitiu uma discussão conjunta sobre o tema, assim como esclarecer algumas dúvidas que foram surgindo. Posteriormente, o documento foi partilhado com o enfermeiro chefe para depois dar seguimento ao processo de aprovação pelo Gabinete de Qualidade do Hospital.

Relativamente às atividades desenvolvidas para dar resposta ao objetivo a que me propus, estas refletem uma das competências comuns do especialista, em que o enfermeiro especialista baseia a sua praxis clínica especializada em evidência científica, responsabilizando-se por ser facilitador da aprendizagem, em contexto de trabalho, promovendo também a formulação e implementação de padrões para a prática especializada (28).

III: II- Cuidados de Saúde Primários

O contexto dos cuidados de saúde primários decorreu entre o dia 29 de Janeiro e 12 de Fevereiro de 2024 onde realizei um total de 87h.

O Centro de Saúde conta com uma equipa multidisciplinar na qual a prestação de cuidados de enfermagem de reabilitação é realizada por três enfermeiros dedicados exclusivamente a essa área. Eles alternam a sua atividade pelos turnos da tarde e da manhã, e

estão distribuídos por localidades, dentro da freguesia a que estão alocados. A sua atividade está distribuída entre consultas no centro de saúde e visitas domiciliárias, cada uma com dias designados previamente.

Através de uma entrevista informal, sobre as principais necessidades na área da especialidade, os EEER referiram que uma das suas preocupações é a promoção da atividade física nos idosos, de modo que estes consigam manter ou até melhorar o desempenho nas suas atividades de vida diária.

O centro já dispõe de aulas de atividade física em grupo, coordenadas pelos EEER, mas referem fraca adesão. Nas visitas domiciliárias é difícil conseguirem estruturar um plano de treino, tendo em conta a grande solicitação dos cuidados de reabilitação para outras situações, nomeadamente pós-operatórios de cirurgias ortopédicas.

No que diz respeito ao tema do meu projeto, referiram que a maior problemática no âmbito da eliminação vesical, no contexto dos cuidados de saúde primários, é o considerável número de pessoas com queixas de incontinência urinária. Consideraram que era do interesse da equipa de enfermagem de reabilitação o desenvolvimento e implementação de uma consulta de incontinência urinária e reabilitação do pavimento pélvico, mas devido à grande sobrecarga dos EEER ainda não foi possível iniciar.

Como objetivos específicos para este contexto clínico defini:

Objetivo 1: - Compreender e conhecer a filosofia organizacional e de cuidados dos cuidados de saúde primários

Para concretizar este objetivo, procurei desde o primeiro dia conhecer a estrutura física do serviço e a equipa multidisciplinar. Este mesmo dia coincidiu com um dia de visita domiciliária da minha orientadora, pelo que me foi explicado toda a organização que é necessária, nomeadamente a preparação antecipada do material para os cuidados a cada pessoa, a gestão do roteiro de visita devido à necessidade de partilha do carro de serviço com outras visitas domiciliárias, por forma a não haver atrasos e que os cuidados ficassem sempre assegurados. Tomei conhecimento das normas, protocolos, procedimentos, programas e projetos do serviço e consultei o sistema de registos informático.

Semanalmente participei na reunião de especialistas de reabilitação, onde era discutido planos de reabilitação para algumas pessoas, onde partilhavam experiências e discutiam futuros

projetos. Tive ainda oportunidade de assistir a uma formação de serviço intitulada de “Posturas Ergonómicas” ministrada por um enfermeiro de reabilitação.

Objetivo 2: - Prestar cuidados de enfermagem de reabilitação à pessoa que recorre aos cuidados de saúde primários

As pessoas admitidas para seguimento na consulta de enfermagem de reabilitação eram propostas através de um sistema de referência hospitalar. A maioria das pessoas referenciadas encontrava-se no pós-operatório de Prótese Total da Anca (PTA) e Prótese Total do Joelho (PTJ) e tinham sido intervencionadas no Hospital Central, num programa de combate às listas de espera. Estas ficavam adstritas à enfermagem de reabilitação apenas enquanto o Serviço de Fisioterapia do Hospital não as admitia para fisioterapia. Outras pessoas provinham de serviços de internamento, em particular da Unidade de AVC e da rede de cuidados continuados, por forma a dar continuidade aos cuidados.

Diariamente consultei o sistema informático para verificar se havia novas pessoas referenciadas e estabeleci um plano semanal para visita domiciliária. Nestas visitas avaliei as necessidades funcionais da pessoa e diagnostiquei as limitações e/ou incapacidades; avaliei a força do membro operado de acordo com a escala MRC, elaborei e implementei um plano de intervenções de reabilitação motora para o pós-operatório de PTJ e PTA: mobilização passiva do membro operado; mobilização ativa do membro sã; treino de marcha com andador e canadianas; treino de subir e descer escadas com canadianas e apoio unilateral do corrimão. Instruí sobre a importância da crioterapia sob a ferida cirúrgica; ensinei à pessoa e família os cuidados a ter com o membro operado; ensinei à pessoa e família algumas adaptações a realizar para a concretização de algumas AVD's; avaliei as condições da casa, bem como as barreiras arquitetónicas; orientei a pessoa e família sobre mudanças necessárias no domicílio, bem como sobre produtos de apoio (elevador de sanita, barras de apoio na casa de banho), esclarecendo sempre as dúvidas que iam surgindo. Estas intervenções de enfermagem de reabilitação tiveram como objetivo fornecer à pessoa e família a compreensão, o apoio, o tratamento, as informações e os cuidados necessários para que pudessem gerir no domicílio, de forma eficaz, as necessidades de saúde, facilitando o processo de transição saúde/doença (6), sendo que o enfermeiro é o agente terapêutico com competência para prescrever e proporcionar ajuda direta à pessoa e família, coordenando e integrando os cuidados de enfermagem na vida diária da pessoa, para que a mesma possa recuperar os défices perdidos no domínio do autocuidado (24).

Este conjunto de atividades permitiram-me desenvolver uma das competências de especialista no que respeita à elaboração e implementação de programas de treino com vista à adaptação às limitações da mobilidade e à maximização da autonomia e da qualidade de vida (1).

A inatividade e o envelhecimento aumentam o risco de doenças crónicas. As recomendações de exercício pela OMS incluem exercício aeróbico e exercício de força, bem como exercícios de equilíbrio para reduzir o risco de quedas. Se os idosos não puderem seguir estas orientações, eles devem ser tão ativos quanto a sua capacidade e condições o permitirem (33).

A visita domiciliária também abrangia pessoas idosas com diminuição da mobilidade e dor crónica. A minha intervenção passou pela realização de um plano de exercícios ativos e ativos/assistidos, em que as pessoas realizavam no domicílio com o apoio de alguns elementos que dispusessem em casa, nomeadamente a utilização de uma cadeira, elásticos e pequenas garrafas de água, com o objetivo de promover o fortalecimento muscular, a resistência, o equilíbrio e o controlo postural, mantendo assim a funcionalidade para que fossem autónomas o máximo possível nos seus autocuidados.

Devido ao escasso tempo para cada pessoa, bem como o número de visitas domiciliárias semanais serem reduzidas, criei um panfleto informativo com exercícios que a pessoa e família pudessem realizar em sua casa, com o intuito de manter a mobilidade e funcionalidade do sistema músculo esquelético (Apêndice B). O Folheto foi apresentado aos EEER e à enfermeira chefe, e posteriormente foi entregue às pessoas para que pudessem dar continuidade em sua casa ao treino de mobilidade que já tínhamos iniciado. Aquando da entrega do panfleto, realizei uma demonstração dos exercícios e esclareci dúvidas. Esta atividade vai de encontro a uma das competências específicas do EEER, pois permitiu a maximização da funcionalidade, desenvolvendo as capacidades da pessoa (1).

No domicílio tive ainda oportunidade de realizar intervenções do foro respiratório a uma pessoa traqueostomizada por um tumor da laringe. Esta já tinha um plano de reabilitação pré-definido que procurei dar continuidade, através da realização de exercícios de RFR, tosse assistida e aspiração de secreções traqueobrônquicas.

Na consulta de enfermagem de reabilitação no centro de saúde as minhas intervenções passaram por dar continuidade às atividades já em curso pelos EEER, que iam desde a realização de massagem terapêutica, exercícios de alongamento e exercícios ativos de mobilidade dos membros superiores e inferiores, com apoio de halteres e elásticos. Os objetivos destas intervenções relacionaram-se com o promover a funcionalidade, bem como o

relaxamento e alívio da dor. Ainda colaborei com os enfermeiros de reabilitação, na realização de uma aula semanal de exercício físico para pessoas idosas, realizada numa sala no centro de saúde.

Este conjunto de atividades acima descritas permitiram-me implementar as intervenções planeadas com o objetivo de otimizar e/ou reeducar as funções aos níveis motor e respiratório (1).

Objetivo 3: - Contribuir para a melhoria dos cuidados prestados à pessoa com alteração na eliminação vesical

Neste contexto clínico não tive oportunidade de prestar cuidados de enfermagem de reabilitação a pessoas com alterações na eliminação vesical. Em conversa com orientador clínico e restantes enfermeiros de reabilitação, um dos projetos futuros da equipa era criar uma consulta de incontinência urinária e de reabilitação do pavimento pélvico, devido ao facto de haver muitos utentes que se queixam desta problemática. Nos homens, resultado do aumento da próstata e após prostatectomia e na mulher devido a disfunções da bexiga e dos músculos do pavimento pélvico resultantes da gravidez ou do parto, bem como devido à menopausa (34).

Tendo em conta a falta de disponibilidade da equipa para iniciar este projeto, sugeri criar um panfleto informativo (Apêndice C) com alguns cuidados que a pessoa com IU pode ter para minimizar e até melhorar esta condição. Este engloba cuidados a ter para reduzir as perdas urinárias, assim como alguns exercícios que poderão realizar no domicílio de modo a fortalecer a musculatura do pavimento pélvico, uma vez que estes são um dos pilares fundamentais para o tratamento comportamental da incontinência urinária (35).

Este panfleto foi validado pela orientadora clínica e pedagógica e apresentado à equipa. Os enfermeiros reconheceram que este constituía um importante complemento para os ensinamentos à pessoa com esta problemática durante as consultas de enfermagem de reabilitação, e que de futuro integrará no projeto a ser criado para a Incontinência Urinária. Todas estas atividades foram suportadas em evidência científica, onde a minha atuação foi como dinamizador e gestor da incorporação de novos conhecimentos no contexto da prática de cuidados, visando ganhos em saúde nas pessoas (28).

III: III- ULD e Serviço de Pediatria

A Unidade de Longa Duração (ULD) e o Serviço de Pediatria fazem parte de um Hospital Central. O Serviço de Pediatria tem capacidade para receber 27 crianças e conta com 2 Enfermeiros Especialistas em Enfermagem de Reabilitação (EEER), que são responsáveis exclusivamente pelos cuidados de enfermagem especializados. Na ULD, o serviço tem capacidade para 130 pessoas, onde 3 EEER prestam cuidados específicos e também colaboram com o chefe na gestão do serviço.

Esses estágios decorreram entre 13 e 22 de fevereiro de 2024, durante os quais completei 32 horas de prática clínica em cada contexto clínico. Tendo em conta que foram estágios de curta duração, em que a maioria das minhas atividades passaram pela observação e colaboração com os EEER, realizei uma reflexão de acordo com o Ciclo de *Gibbs* (Apêndice D) para cada um dos contextos. Esta reflexão está estruturada em 6 etapas, em que a primeira corresponde à descrição, onde descrevi objetivamente uma situação que aconteceu, quais as intervenções que foram realizadas pelos EEER e quais as intervenções que observei e colaborei. A segunda diz respeito aos sentimentos, onde refleti sobre as minhas emoções; a terceira, que é a avaliação foi onde avaliei de forma crítica o que foi positivo ou negativo, assim como analisei minha própria participação. A quarta etapa, a análise, foi onde relacionei as intervenções com a teoria e a prática de enfermagem de reabilitação; a quinta etapa, a conclusão, foi onde tirei conclusões sobre o que poderia ter sido feito de forma diferente para melhorar os resultados e a última etapa, o planeamento de ação, foi onde elaborei um plano de ação para futuras situações semelhantes e onde refleti sobre como aplicaria o que aprendi, propondo estratégias para agir de maneira mais proativa e eficaz em eventos futuros.

O segundo módulo de estágio decorreu de 04/03/2024 a 26/07/2024, compreendeu a vertente ortotraumatológica e neurológica e decorreu em contexto de Unidade de AVC, Serviço de Ortopedia, RCCI e UCI- ECMO.

III: IV- Unidade de AVC

A Unidade de AVC é um serviço integrado num Hospital Central, com a capacidade de 8 camas, sendo uma delas um isolamento. Uma destas camas fica sempre disponível para a via verde do AVC, por forma a iniciarem de imediato a trombólise. Engloba uma equipa multidisciplinar, onde integram 16 enfermeiros generalistas e 1 especialista em Enfermagem de Reabilitação. Este EEER exerce funções nos turnos da manhã de segunda a sexta-feira e

substitui a enfermeira chefe durante a sua ausência, tentando conciliar a gestão com a prestação de cuidados de enfermagem de reabilitação.

As principais patologias admitidas são os AVC Isquémicos, Hemorrágicos, Hemorragias subaracnoideias e Trombose central isquémica. O Serviço possui um protocolo da via verde do AVC, em que perante a ativação, o enfermeiro destacado juntamente com o médico, deslocam-se à sala de emergência e iniciam imediatamente a trombólise. Ao fim de quinze dias de alta médica, o serviço dispõe de uma consulta de follow-up via telefónica, realizada apenas por um enfermeiro generalista destacado para esta função.

O estágio neste contexto foi realizado de 04 de Março a 12 de Abril de 2024, num total de 87 horas. Em seguida apresentarei os objetivos específicos definidos que defini, assim como as atividades que permitiram dar resposta a esses mesmos objetivos.

Objetivo 1: Conhecer a filosofia organizacional e de cuidados desta unidade

Por forma a concretizar este objetivo a primeira atividade que realizei passou por conhecer a estrutura, a equipa e a dinâmica do serviço. Este possui um conjunto de protocolos e procedimentos onde todos os colegas quer generalistas, quer o especialista se baseiam para prestar cuidados, pelo que foi minha ambição conhecê-los, assim como as escalas habitualmente aplicadas nas pessoas acometidas com AVC (NIHSS, Barthel, Braden, MRC, GUSS, Ashworth, MMSE, MOCA, Ranking modificada). A juntar a isto também aprofundei conhecimentos técnico-científicos de enfermagem de reabilitação na prestação de cuidados à pessoa com AVC.

Objetivo 2: Prestar cuidados de enfermagem de reabilitação à pessoa com AVC

O AVC define-se como um compromisso neurológico focal ou global, por deslocação de um êmbolo ou então de causa hemorrágica. Os principais sinais/sintomas de compromisso neurológico, são a diminuição da força muscular, a descoordenação, as alterações da linguagem, o compromisso da visão a nível campimétrico (hemianopsia) ou desvio do olhar conjugado, a apraxia, a ataxia, a disartria, a disfagia, podendo mesmo afetar a função cognitiva e o estado de consciência. Estes défices levam geralmente ao compromisso da marcha, do

controle postural e do equilíbrio, limitando assim a mobilidade e a capacidade para executar as atividades de vida diária e os autocuidados. Assim, torna-se essencial a intervenção do EEER, que vai assistir na reeducação das funções motoras, sensoriais e/ou cognitivas perdidas, para que a pessoa consiga recuperar e ser autônoma nos seus autocuidados (36).

Tendo em conta estas considerações, ao longo deste estágio abordei a pessoa sempre pelo lado afetado, exceto em pessoas com *neglet*, para a avaliação ser mais facilitadora; avaliei o estado de consciência, de acordo com a escala de Glasgow; avaliei as necessidades funcionais da pessoa e diagnostiquei as limitações e/ou incapacidades, baseada na escala NIHSS e no exame neurológico; num AVC minor NIHSS (1-4), ou seja numa pessoa aparentemente sem défices, realizei uma avaliação neurofuncional, com a aplicação das manobras deficitárias (Prova de *Raimiste* e manobra de *Mingazini*), por forma a confirmar a ausência desses mesmos défices. Planeei e executei intervenções de enfermagem de reabilitação, para pessoas com AVC isquémico e hemorrágico e planeei e executei exercícios de reeducação funcional respiratória.

Especificamente na pessoa com AVC Hemorrágico, despistei sinais de agravamento hemorrágico (cefaleias, cervicalgias e alterações na visão); instrui e treinei exercícios isométricos ativos dos Membros Inferiores (MI) e dos Membros Superiores (MS), para a prevenção do desuso; instrui à realização de exercícios de *Burger- Allen*, no leito, para prevenção complicações tromboembólicas e instruiu à realização de dissociação dos tempos respiratórios e aberturas costais globais e ensino da tosse, para a prevenção de complicações respiratórias.

Focando-me na pessoa com AVC isquémico, instrui á realização de exercícios isométricos ativos dos MI e dos MS do lado não afetado; executei mobilizações passivas e passivas assistidas no hemicorpo lesado, sempre em padrão anti-espástico; apliquei a tala e *Margaret* no MS lesado e realizei massagem com creme hidratante e gelo nos MS e hemiface lesada, por forma a promover a estimulação sensitiva; instrui a pessoa com hemiparésia facial a realizar exercícios orofaciais e estimulei a cavidade oral, do lado afetado, com escova dentária. Para além destas atividades, realizei rolamentos no leito, com aplicação de carga sensitiva no hemicorpo lesado; incentivei à auto-mobilização do MS lesado; posicionei a pessoa no leito, sempre, em padrão anti-espástico, quer para o lado são, quer para o lado lesado; e avaliei equilíbrio sentado estático e dinâmico, bem como em posição ortostática.

Relativamente ao levantar, segui e respeitei o protocolo instituído no serviço de serviço, baseado na etiologia e a severidade do AVC. Aquando para a cadeira de rodas, realizei levantar pelo lado lesado e a transferência pelo lado são.

Estas intervenções foram de encontro aos princípios teóricos de *Margaret Johnstone*, pelos quais os EEER em Portugal regem-se. Segundo estes, as intervenções devem privilegiar sempre a prevenção da espasticidade através de posicionamentos em padrão anti-espástico, bem como, na recuperação dos défices do lado lesado, através de exercícios de reeducação sensoriomotora (36).

No que respeita à marcha, avaliei tendo em conta a postura quando realiza marcha normal; marcha em pontas dos pés; marcha sobre os calcanhares; marcha seguindo uma linha reta, com um pé em frente ao outro; teste de *Romberg* e teste de *Unterberg*. Após o levantar, ensinei e treinei marcha com recurso a canadianas e andarilho; ensinei e treinei o autocuidado vestir e despir, bem como o autocuidado higiene corporal na casa de banho.

Aquando da preparação para a alta realizei ensinamentos à pessoa, assim como à família/cuidador, relativamente à marcha com auxiliares, ensino e treino de autocuidados, bem como sobre a prevenção de acidentes.

Sendo que 30 a 35% dos sobreviventes do AVC apresentam algum tipo de afasia no momento da alta (37), as minhas intervenções passaram por realizei exercícios de abstração, com recurso à escala MOCA; estimular à nomeação e repetição de palavras e sons; realizar exercícios de planeamento e execução de tarefas; realizar exercícios de cálculo, leitura e escrita. Para além disso, incentivei os familiares a realizar este tipo de exercícios de estimulação.

Uma das atividades diárias em todas as pessoas internadas, era a avaliação da deglutição antes de iniciar dieta oral. Sabe-se que 40 a 70% das pessoas diagnosticadas com AVC apresentam disfagia nos três primeiros dias após o evento e que se não for devidamente avaliada, bem como as intervenções não forem atempadas precocemente o risco de complicações respiratórias, pela aspiração de conteúdo alimentar, bem como o risco de desnutrição associada à dificuldade na ingestão dos alimentos aumenta (38). Deste modo, avaliei a deglutição através da observação dos movimentos da língua; observei os pilares amigdalinos e da úvula; avaliei a sensibilidade da língua e das bochechas com a utilização de uma espátula; avaliei o reflexo de vômito; movimento da mandíbula; movimento do pescoço e

dos ombros; auscultei o movimento de deglutição da saliva, observei e palpei o posicionamento da laringe aquando da deglutição da saliva e para terminar apliquei a escala de GUSS.

Na concretização das atividades supracitadas destaco a aquisição das três principais competências específicas do EEER, como o cuidar de pessoas com necessidades especiais, ao longo do ciclo de vida e em todos os contextos da prática de cuidados; capacitar a pessoa com limitação da atividade e maximizar a funcionalidade desenvolvendo as capacidades da pessoa. Estas foram adquiridas através da avaliação da funcionalidade da pessoa, conceção de planos e aplicação de intervenções motoras ajustadas às necessidades de cada uma (1)

Objetivo 3: Contribuir para a melhoria dos cuidados prestados à pessoa com alteração na eliminação vesical

A Unidade de AVC disponha de um protocolo de treino vesical, que de acordo com as mais recentes referências bibliográficas já não se encontrava atualizada. Propus à minha orientadora e à enfermeira chefe a reformulação deste mesmo protocolo, mas as mesmas não acharam oportuno, pelo que o meu contributo foi a partilha de bibliografia atualizada sobre esta temática.

III: V- Serviço de Ortopedia

O Serviço de Ortopedia é constituído por duas alas, sendo que realizei a minha prática clínica numa delas. Tem a capacidade para 34 camas, sendo que duas delas são consideradas para isolamentos. É constituído por uma equipa multidisciplinar que integra 20 enfermeiros generalistas e 3 especialistas em enfermagem de reabilitação. Estes alternam a prestação de cuidados entre os turnos da manhã e da tarde e a distribuição é através do método por enfermeiro responsável.

A maioria das admissões são urgências ortopédicas, bem como cirurgias eletivas ao joelho, anca e ombro.

Durante o período de estágio, que foi 15 de Abril a 17 de Maio (87h), a prestação de cuidados de enfermagem de reabilitação cingiu-se ao pós-operatório de PTJ, PTA e cavilha

gamma, uma vez que o serviço estava a dar resposta a um programa de recuperação das listas de espera a pessoas com artroses da anca e do joelho.

Relativamente ao tema do meu projeto e após verificar que a maioria das pessoas vinham do bloco operatório algaliadas e com perfusão de opióides, questioneei o meu orientador clínico, de forma informal, se era comum haver alterações na eliminação vesical no pós-operatório. Pela experiência do orientador, a retenção urinária é uma das principais queixas e segundo o mesmo, não existe por parte da equipa de enfermagem, muito conhecimento, sobre a melhor intervenção nesta situação.

Objetivo 1: Prestar cuidados de enfermagem de reabilitação à pessoa com patologias do foro ortopédico

Neste serviço de Ortopedia existe uma grande rotatividade de utentes, por forma a dar resposta às cirurgias programadas. Em média uma pessoa submetida a PTJ, PTA ou até mesmo colocação de cavilha *gamma*, permanecia 4 a 5 dias internada. A abordagem do enfermeiro de reabilitação segue um plano de intervenções semelhante para todas as pessoas com situação clínica idêntica.

Ao longo do meu estágio procurei respeitar o plano de intervenção instituído, contudo ajustei-o às necessidades de cada pessoa, principalmente no que concerne aos autocuidados afetados.

Antes do levante realizei exercícios de mobilização passiva do membro operado no leito e instrui a realizar exercícios de mobilização ativa do membro operado. Avaliei a força em ambos os membros, de acordo com a escala MRC.

Ao fim de 12h de pós-operatório realizei o primeiro levante para a cadeira de rodas, este procedeu de uma consulta prévia ao processo clínico, para a avaliação do RX pré e pós cirurgia, bem como garanti o controlo da dor através da administração de terapêutica analgésica. Antes do levante também calcei meias elásticas, avaliei o membro operado no que respeita à presença de sinais inflamatórios, características do penso e das drenagens; avaliei a mobilidade do membro e elucidei os cuidados a ter com o mesmo. Incentivei a aplicar crioterapia. Nesse mesmo dia realizei treino de marcha com auxílio do andarilho para que a pessoa ficasse autónoma para deslocar-se à casa de banho. Neste contexto, ensinei sobre a

técnica correta para sentar e levantar-se da cadeira, assim como para deitar-se e levantar-se da cama.

No segundo dia de internamento realizei treino de marcha com apoio das barras bilaterais, que depois progredi para o treino com o auxílio das canadianas; incentivei a realizar treino de marcha ao longo do corredor, conforme tolerância; apliquei o aparelho artromotor com a pessoa deitada no leito, com progressão do ângulo de flexão ao longo do internamento.

Diariamente após avaliação da pessoa elaborei planos de intervenções ajustados á sua evolução, bem como realizei registos de enfermagem de reabilitação com as intervenções realizadas.

No dia da alta realizei treino de subir e descer escadas com canadianas, bem como com apoio unilateral do corrimão.

Este conjunto de atividades permitiram-me desenvolver algumas competências específicas, nomeadamente a avaliação da funcionalidade e o diagnóstico das alterações que determinassem as limitações da atividade, bem como as incapacidades. Para além disto, capacitei a pessoa com limitação da atividade para a sua reinserção social, nomeadamente o regresso ao domicílio, através da elaboração e implementação de um programa de treino visando a adaptação às limitações da mobilidade, bem como promovendo a maximização da autonomia e da qualidade de vida (1).

Aquando da alta, as pessoas eram observadas pelo Fisiatra que fazia o encaminhamento para a fisioterapia. Contudo o enfermeiro de reabilitação era responsável por fazer o encaminhamento para o centro de saúde da área de residência de modo a haver uma continuidade nos cuidados. Com supervisão do orientador clínico realizei registos da alta no diário clínico e fiz o encaminhamento tanto para os cuidados de saúde primários bem como para a rede de cuidados continuados. O Serviço Regional de Saúde possui um sistema de informação e registo eletrónico próprio, utilizado por todos os profissionais de saúde. A documentação da prática de enfermagem é baseada na CIPE (Classificação Internacional para a prática de Enfermagem), para permitir uma linguagem comum para descrever os cuidados de enfermagem prestados. Esta partilha de informação através do registo eletrónico, quer entre serviços, quer interinstitucional, tem como objetivo fundamental melhorar a continuidade e a qualidade dos cuidados (39). No que respeita aos registos efetuados pelo EEER, este sistema

informatizado de informação em enfermagem, promove a qualidade dos cuidados, assim como aumenta a visibilidade e o reconhecimento das suas intervenções (6).

Diariamente, devido à falta de rede de apoio familiar, bem como de condições físicas no domicílio por parte de algumas pessoas, tive de solicitar o apoio do assistente social para ajudar a solucionar estas questões, gerindo assim os cuidados de enfermagem em articulação com outros elementos da equipa de saúde (28)

Objetivo 2: Contribuir para a melhoria dos cuidados prestados à pessoa com alteração na eliminação vesical

O utente ortopédico corre o risco de desenvolver retenção urinária antes, durante ou após cirurgia, devido a fatores como dor, uso de opióides, anestesia, fluidoterapia e repouso no leito (40).

Neste serviço de ortopedia todas as pessoas eram admitidas no pós-operatório com DIB com opióides quer por cateter epidural ou endovenoso, bem como vinham todas algaliadas. Antes do levante era retirada a algália, mas mantinham esta analgesia até pelo menos as 24 a 48h pós-operatório. Durante o meu estágio não observei a presença de retenção urinária, contudo foi evidenciada esta preocupação pelo orientador clínico, bem como a ausência de conhecimentos na gestão desta condição.

Perante esta problemática, elaborei um procedimento (Apêndice E) onde descrevi alguns fatores intrínsecos que a equipa de enfermagem deverá ter em atenção, bem como os fatores de risco no pós-operatório. Está ainda elucidado neste procedimento algumas intervenções de enfermagem para a gestão da retenção urinária. Este procedimento foi apresentado de forma informal à equipa, após uma passagem de turno, o que permitiu alguma discussão sobre o tema, assim como o esclarecimento de algumas dúvidas. Ficou na posse da enfermeira chefe que ficou de agilizar o processo de aprovação com o gabinete de qualidade do hospital.

Estas atividades suportadas na mais recente evidência científica, permitiram-me desenvolver uma competência comum como dinamizadora e gestora da incorporação de novos conhecimentos no contexto da prática de cuidados, visando ganhos em saúde nas pessoas (28).

III: VI- Serviço de RCCI

De 20 de Maio a 98 de Julho (192h) realizei a minha prática clínica na RCCI, que é um serviço integrado no Sistema Regional de Saúde e que dá resposta a pessoas provenientes de qualquer serviço de saúde, desde que necessitem de um período longo de reabilitação, ou então não possuam rede de apoio no domicílio. Este serviço também recebe pessoas de casa para alívio do cuidador, durante um período máximo de duas semanas.

Este contexto é constituído por uma equipa multidisciplinar, que integra 22 enfermeiros, 4 dos quais especialistas em reabilitação com dedicação exclusiva a estas funções. Alternam a atividade entre os turnos da manhã e da tarde e sempre que possível ficam dois elementos no turno da manhã, uma vez que a carga de trabalho é superior. Tem a capacidade para 26 pessoas internadas e cada uma tem um enfermeiro de reabilitação atribuído, que é responsável pela avaliação inicial, assim como pela alta.

Este serviço possui um procedimento próprio relacionado com medidas de prevenção e controlo de infeção. Aquando da admissão as pessoas são submetidas a um rastreio do KPC (*Klebsiella Pneumoniae Carbapenemase*) e MRSA (*Methicillin Resistant Staphylococcus Aureus*) e até ser conhecido o resultado, as intervenções de reabilitação são realizadas no quarto. Se o resultado do rastreio for negativo estas pessoas podem frequentar o Centro de Promoção da Autonomia (CPA), que é um pequeno ginásio dentro da instituição, utilizado por todas as pessoas institucionalizadas desde que tenham condições para se deslocarem. O horário de funcionamento do CPA é das 11-13h e na parte da tarde das 17-19h. As pessoas vão sempre acompanhadas pelo enfermeiro de reabilitação e por um auxiliar de ação médica.

Ao longo do estágio tive oportunidade de prestar cuidados de enfermagem de reabilitação a pessoas no pós-operatório de cirurgias ortopédicas, nomeadamente PTA, PTJ e colocação de cavilha *gamma*; pessoas com Traumatismo craneoencefálico (TCE) e Traumatismo Vertebro-medular (TVM), bem como pessoas com AVC.

Em média, na RCCI as pessoas ficam internadas dois meses e após este período são reavaliadas pela equipa multidisciplinar (enfermeiro coordenador, enfermeiro de reabilitação, médico e assistente social) onde se decide sobre a sua alta ou eventual permanência. O enfermeiro de reabilitação tem um papel determinante, pois devido às suas competências é ele que intervém no planeamento da alta, na continuidade dos cuidados e na reintegração das pessoas na família e na comunidade (1).

Ao assistir às passagens de turno observei que uma das grandes dificuldades da equipa de enfermagem era o treino vesical de uma pessoa com bexiga neurogénica. Em conversa informal com o meu orientador clínico e restantes enfermeiros de reabilitação, percebi que não existia nenhum procedimento uniformizado no serviço, e que existia algum défice de conhecimentos por parte da equipa, sobre este tema, necessitando de uma atualização baseada na mais recente evidência científica.

Deste modo, para este contexto propus como objetivos específicos:

Objetivo 1: Prestar cuidados de enfermagem de reabilitação à pessoa com patologias do foro ortopédico e neurológico

Aquando da admissão, realizei o acolhimento e posteriormente uma avaliação inicial, baseada numa minuta criada pelos enfermeiros de reabilitação do serviço, onde constava entre muitos dados, os objetivos terapêuticos, a existência de cuidador, o ambiente residencial (barreiras arquitetónicas), estado de consciência, linguagem, avaliação da força dos quatro membros de acordo com a escala MRC, goniometria; equilíbrio (escala de Berg modificada); como realiza a marcha (com ou sem auxiliar); tolerância ao esforço (escala de Borg); como executa as AVD's e quais as ajudas técnicas que necessita. Após esta avaliação elaborei o plano de cuidados baseado nas necessidades e défices de autocuidados apresentados.

Durante este estágio, o foco das minhas intervenções centrou-se no planeamento do regresso ao domicílio das pessoas dependentes no autocuidado. Para isso, implementei intervenções que visaram capacitar tanto a pessoa como a sua família, promovendo o máximo de autonomia possível na gestão das AVD's em casa. Essas intervenções procuraram facilitar a transição do ambiente hospitalar para o domicílio, assegurando que a pessoa e os seus cuidadores tivessem as competências necessárias para enfrentar os desafios diários com maior independência. O EEER com foco no autocuidado, atua como facilitador de processos adaptativos, auxiliando a pessoa a se readaptar à sua nova condição de saúde (6). Graças às competências específicas, o EEER está capacitado para integrar todas as dimensões do cuidado, atendendo às necessidades das pessoas com limitações funcionais no desempenho do autocuidado. Esse papel é crucial para promover a autonomia e a qualidade de vida, garantindo que as intervenções sejam abrangentes e personalizadas, de acordo com as capacidades e necessidades individuais (6).

Para as pessoas do foro ortopédico, quando ainda tinham de permanecer no quarto realizei mobilizações passivas do membro operado e instrui a realizar mobilizações ativas do membro sã; colaborei no levantar para a cadeira de rodas e realizei treino de marcha com andador. A partir do momento em podiam ir ao CPA, realizei treino de marcha com andador em piso plano, treino de subir e descer degraus com apoio das barras bilaterais, treino de levantar e erguer-se com o apoio dos espaldares, treino de marcha com auxílio das canadianas que ao longo do internamento até à alta progredi para uma só canadiana; treino de subir e descer escadas com duas canadianas bem como com apoio unilateral do corrimão. Instrui à realização de exercícios de fortalecimento dos membros superiores nas roldanas, com halteres e no ciclo ergómetro, bem como, pedalar na pedaleira.

Nas Pessoas com PTJ realizei exercícios de flexão e extensão com bola, instrui a realizar exercícios isotónicos de flexão e extensão de joelho, progredindo para com carga (caneleiras); instrui à realização de agachamentos, conforme tolerância, com o apoio do espaldar; realizei massagem da cicatriz com creme hidratante, bem como massagem terapêutica no joelho;

Em particular nas pessoas com PTA, instrui a realizar exercícios isotónicos do membro operado (flexão e extensão da anca; flexão e extensão do joelho) e lembrei cuidados para evitar a luxação da prótese.

Para todas as pessoas submetidas a PTA e PTJ, as intervenções de enfermagem foram progressivas, com uma avaliação contínua da evolução. A força do membro operado foi monitorizada por meio da Escala de Força Muscular MRC, enquanto o ângulo de flexão da articulação foi avaliado com o uso de um goniómetro. Além disso, foram realizadas avaliações regulares do edema e da cicatrização da ferida cirúrgica. A preparação para a alta foi realizada com a participação da pessoa e dos seus familiares, através de uma conferência familiar. Durante essa reunião, avaliou-se as condições do domicílio, identificaram-se as necessidades de ajudas técnicas (elevador de sanita, barras de apoio...) e discutiu-se o apoio necessário por parte dos cuidadores. A conferência também teve como objetivo esclarecer dúvidas, reforçar os cuidados necessários para a prevenção de acidentes e apresentar estratégias adaptativas para ajudar a pessoa a readquirir autonomia nas AVD's. Além disso, foram lembrados os cuidados específicos com o membro operado para garantir uma recuperação segura e eficaz.

No que diz respeito à pessoa internada com o AVC, tive oportunidade de cuidar da D. Maria (nome fictício). Esta apresentava uma afasia grave e uma hemiplegia à direita.

Hemodinamicamente com um perfil hipertensivo, pelo que por razões médicas a intervenção do enfermeiro de reabilitação estava limitada. Avaliei diariamente a NIHSS e realizei exercícios de mobilização passiva dos quatro membros; realizei levante para a cadeira de rodas com ajuda total e posicionei membros plégicos em padrão antiespástico.

Nas duas pessoas com TCE, uma das alterações da funcionalidade que mais manifestaram foi no equilíbrio ortostático, pelo que as minhas intervenções passaram pela melhoria desta condição. Uma delas, a D. Fernanda (nome fictício), já deambulava sem auxiliares de marcha, mas ainda apresentava algum desequilíbrio tendo necessidade de se segurar nas pessoas ou em objetos que encontrava. No CPA instruí o treino de fortalecimento muscular dos membros superiores e inferiores com auxílio das roldanas, halteres e caneleiras, bem como agachamentos com apoio dos espaldares. Para promover o equilíbrio, realizei treino de marcha com apoio unilateral em piso irregular e desnivelado; realizei treino de equilíbrio unipedal no tapete e na *bosu* e treino de equilíbrio dinâmico com dupla tarefa (caminhar e atirar uma bola). Já a D. Alice (nome fictício), deambulava apenas com auxílio do andador, apresentava um humor deprimido e pouco colaborante no programa de reabilitação. Devido a este estado emocional e à falta de colaboração na reabilitação, mostrei empatia com a sua situação, promovi uma escuta ativa relativamente às suas preocupações, elogiei os esforços e progressos da pessoa, mesmo que pequenos, estabelecendo desta forma uma relação terapêutica que é especialmente relevante para aumentar a eficácia de qualquer intervenção de enfermagem (41). Apesar de todos os esforços, foi necessário fazer o encaminhamento para a psiquiatria, que dias após estar medicado mostrou-se mais interessado e menos triste, facilitando as nossas intervenções. Devido a estas condicionantes, as minhas intervenções foram mínimas, pois coincidiu com o final do meu estágio. Contudo ainda tive oportunidade de realizar treino de marcha no corredor com apoio unilateral.

Internado há alguns meses no serviço estava o Srº Jorge (nome fictício) com uma paraplegia, após queda de uma altura de 4 metros, da qual resultou uma fratura a nível de D12 com compromisso neurológico. Encontrava-se institucionalizado por falta de rede de apoio familiar, assim como pela existência de barreiras arquitetónicas na sua residência. Este era autónomo em cadeira de rodas, onde realizava sozinho as transferências para a cama e da cama para a cadeira de rodas. Relativamente às suas atividades de vida diária, também era independente. Frequentava diariamente o CPA, assim como outras terapias na instituição. No CPA instruí a realizar exercícios de fortalecimento dos membros superiores com o auxílio das

roldanas e halteres; colaborei com os enfermeiros de reabilitação na colocação da pessoa no *standing frame*.

Estas atividades através da avaliação da funcionalidade e diagnóstico das limitações permitiram-me capacitar a pessoa com limitações da atividade, bem como maximizar as capacidades funcionais levando a um melhor desempenho motor potenciando a sua recuperação (1).

Objetivo 2: Prestar cuidados de enfermagem de reabilitação à pessoa com alteração na eliminação vesical, a nível da RCCI

A Bexiga Neurogénica é uma complicação comum após uma lesão medular, e a sua apresentação irá depender da sua localização (11).

Durante este estágio tive a oportunidade de prestar cuidados ao Srº Jorge (nome fictício), que tinha uma bexiga neurogénica resultante de um TVM. Este já vinha a realizar treino vesical há algum tempo, nomeadamente era o próprio que preenchia um diário miccional e depois eram os enfermeiros que realizavam os esvaziamentos para contabilizar o volume pós miccional. Ao longo do meu estágio colaborei nos registos do balanço hídrico, bem como realizei esvaziamentos pós-miccionais. Inicialmente o Srº Jorge encontrava-se com fralda e devido a alguma urgência urinária, muitas vezes acabava por não conseguir pedir o urinol. Pelo facto de apresentar uma lesão por pressão no sacro, ficou decidido em equipa que seria colocado um coletor urinário externo para evitar humidade no penso, assim como contabilizar os volumes miccionais.

Apesar de já haver um plano de treino vesical estipulado, havia sempre dúvidas na equipa, pois as referências bibliográficas que possuíam não eram as mais atualizadas. Partilhei com o orientador clínico alguma literatura mais recente sobre o tema e sugeri realizar uma apresentação no serviço para rever a fisiopatologia bem como os cuidados de enfermagem para um treino vesical mais otimizado. A sugestão foi bem aceite, foi fornecido um plano de sessão (Apêndice F), e a apresentação (Apêndice G) foi realizada no final do estágio, após uma passagem de turno. Esteve presente metade da equipa de enfermagem, o que permitiu uma discussão acerca da informação partilhada e as práticas realizadas, o que trouxe a necessidade de ajuste nas intervenções realizadas até então. A apresentação ficou guardada no ambiente de trabalho do computador da sala de enfermagem, para que os restantes colegas pudessem aceder.

Esta apresentação fundamentada na mais recente evidência científica, permitiu suportar a minha prática clínica, bem como assumir o papel de elemento facilitador da aprendizagem no contexto da minha atuação (28).

III: VII- UCI-ECMO

A UCI- ECMO está integrada num Hospital na área da grande Lisboa. Tem uma capacidade para 9 camas, 3 das quais de cuidados intermédios. É composta por uma equipa multidisciplinar, com 45 enfermeiros, 2 dos quais enfermeiros de reabilitação. Estes para além das funções de reabilitação, acumulam funções de responsáveis de equipa, bem como de generalistas. Esta unidade está destinada a pessoas com ECMO, embora se houver camas disponíveis e a unidade polivalente estiver completa, também são admitidas outras patologias. Outra valência desta unidade é existir uma equipa de resgate de ECMO que se desloca por todo o país.

O estágio decorreu entre 09 e 26 de Julho de 2024, com uma duração de 64 horas. Durante este período apenas estava internado no serviço uma pessoa com ECMO, um jovem já transplantado aos 16 anos por fibrose quística e que estava a aguardar um novo transplante por falência do primeiro.

Tendo em conta a especificidade deste serviço e a duração do estágio apenas defini um objetivo específico.

Objetivo 1: Prestar cuidados de enfermagem de reabilitação à pessoa com ECMO.

A maioria das pessoas à espera de um transplante são indivíduos frágeis, frequentemente apresentam desnutrição, baixa aptidão física, fadiga e, muitas vezes, problemas psicológicos. É crucial que essas pessoas alcancem e mantenham o melhor bem-estar físico e mental possível, pois isso ajuda-as a suportar o período de espera, a lidar com o stress decorrente da cirurgia de transplante e a acelerar a recuperação pós-transplante. O tempo passado na lista de espera oferece uma janela de oportunidade valiosa para trabalhar na melhoria da condição geral dessas pessoas (42). A pré-reabilitação refere-se à otimização da capacidade geral da pessoa, quer física, quer psicológica. A abordagem centra-se na realização de mudanças no estilo de vida e deve consistir em treino físico, gestão alimentar e intervenções psicológicas (42).

Ao longo deste estágio o foco das intervenções de reabilitação foi potenciar ao máximo as capacidades da pessoa para que aquando do transplante pulmonar ela tenha as condições físicas e psicológicas ideais para recuperar com sucesso. Outra preocupação de toda equipa, aquando das intervenções de reabilitação, era a integridade do circuito do ECMO, para que não houvesse acidentes com as cânulas ou na oxigenação.

A oxigenação por membrana extracorpórea (ECMO) é um dos principais dispositivos de suporte de vida extracorpóreo utilizados atualmente. Este oferece suporte temporário para pessoas com falência pulmonar e/ou cardíaca que não respondem ao tratamento clínico convencional. As principais complicações descritas são a falha na membrana de oxigenação, a rutura do circuito, a coagulação do sistema, hemorragia intracraniana, lesão renal aguda e infeções (43).

No decurso deste estágio aprofundei conhecimentos sobre o ECMO para que durante as intervenções de reabilitação fosse capaz de dar resposta a alguns problemas que fossem surgindo. As intervenções de enfermagem de reabilitação eram conjugadas diariamente com as intervenções do fisioterapeuta em que era alternada a reabilitação motora e respiratória.

Tive oportunidade de cuidar da D. Fernanda (nome fictício). A D. Fernanda já tinha um plano de reabilitação elaborado pelo que apenas ajustei conforme a sua evolução. Ela encontrava-se consciente e em respiração espontânea, com oxigénio por cânulas nasais. Diariamente avaliei o seu RX tórax e auscultei-a. Do ponto de vista da minha intervenção respiratória: supervisionei a administração de inaloterapia, uma vez que ela era autónoma na sua realização; instrui para a importância da tosse dirigida e eliminação de secreções; ajudei na gestão da sua dispneia, que era desencadeada por pequenos esforços, através da gestão do O₂ e do circuito extracorpóreo; e instrui sobre estratégias de autogestão (autocontrolo, técnicas de relaxamento...).

Antes de iniciar o treino motor à D. Fernanda, avaliei a sua funcionalidade e força através da escala MRC. Relativamente ao treino, instrui a realizar treino de fortalecimento muscular dos membros superiores e inferiores, com halteres; colaborei no levante para o cadeirão e realizei treino de marcha no corredor de 60 metros. Para o treino de marcha foi sempre necessário o apoio de vários elementos da equipa, pois tínhamos de transportar o ECMO em segurança para não haver nenhum acidente com as cânulas assim como balas de O₂ para suportar a oxigenação. Acompanhámos a D. Fernanda durante a marcha e levámos uma cadeira, que no final de cada trajeto se pudesse sentar e recuperar do esforço. No primeiro dia

em que prestei cuidados, conseguiu percorrer 6 corredores, de forma intervalada e no último dia do meu estágio a mesma foi capaz de realizar 10 corredores, também com descanso no final de cada trajeto.

Neste contexto clínico destaco como competências a maximização da funcionalidade com a avaliação e implementação de programas de treino motor com vista ao fortalecimento muscular, bem como treino respiratório com intuito de prevenir complicações respiratórias (1).

A oportunidade de realizar este estágio na UCI permitiu-me, em primeiro lugar, fazer uma comparação com a UCI onde trabalho, tanto no que diz respeito ao espaço físico como à organização e gestão dos cuidados. Um aspeto facilitador observado nesta unidade é o rácio enfermeiro/pessoa, que é mais baixo, reduzindo a carga de trabalho dos enfermeiros e permitindo-lhes dedicar-se a intervenções mais especializadas. Outro ponto distinto deste serviço é a presença de pessoas em ECMO, o que exigiu a uma formação exaustiva, realizada por elementos mais experientes e equipa médica, para todos os profissionais que prestam cuidados a estas pessoas, garantindo assim uma assistência altamente diferenciada e segura. Embora o meu serviço também receba pessoas em ECMO, a formação e experiência da equipa nesse contexto é mais limitada, o que ocasionalmente gera incertezas na prestação dos cuidados. Apesar de nesta UCI haver apenas dois enfermeiros de reabilitação, que acumulam outras funções, percebe-se um grande empenho por parte de toda a equipa na mobilização precoce das pessoas, uma prática que se destaca em relação ao meu serviço, onde essa responsabilidade é atribuída principalmente aos enfermeiros especialistas em reabilitação. Este estágio, portanto, não só me proporcionou novos conhecimentos, como também me permitiu refletir sobre a importância da formação e da colaboração interdisciplinar na promoção de cuidados de alta qualidade, os quais levo para a minha prestação de cuidados.

IV. Outras Competências desenvolvidas ao longo dos contextos de Estágio

Ao longo deste meu percurso académico procurei desenvolver competências científicas, técnicas, éticas e culturais na conceção, prestação, gestão e supervisão dos cuidados de enfermagem, sempre com sentido crítico e baseada na evidência científica (28).

Em cada contexto clínico realizei uma avaliação de algumas necessidades e procurei elevar conhecimentos, partilhando-os com a equipa por forma a promover a melhoria da qualidade dos cuidados de saúde (28).

Desenvolvi uma prática profissional ética e legal, na área de especialidade, agindo de acordo com as normas legais, os princípios éticos, respeitando sempre as preferências e individualidade de cada pessoa. Todos os cuidados asseguraram também, o respeito pela privacidade da pessoa, assim como os valores, costumes e crenças espirituais (28)

Para dar resposta a uma das competências de mestre, nomeadamente o recurso à investigação baseada na evidência, elaborei em conjunto com mais três colegas uma *scoping review* (Apêndice H) intitulada: Intervenção do Enfermeiro Especialista de Reabilitação no Autocuidado- Sexualidade na Pessoa Adulta. Esta revisão teve início durante a realização da UC de Investigação, onde foi elaborado um protocolo de *Scoping review* baseado na metodologia segundo *Joanna Briggs Institute*. Tem como objetivo: mapear a evidência científica das intervenções do EEER na sexualidade da pessoa adulta, por forma a responder à questão de investigação: Qual a intervenção do enfermeiro especialista de enfermagem de reabilitação na necessidade humana básica - Sexualidade da Pessoa Adulta?

Uma vez que o grupo tem pretensão de submeter a revisão elaborada a uma revista científica, apenas apresenta o resumo da revisão elaborada em apêndice (Apêndice H).

V. Considerações Finais

A prática de cuidados em EEER destaca-se pelo desenvolvimento de competências técnico-científicas para a prestação de cuidados especializados e de qualidade à pessoa. A oportunidade de estágio em contextos clínicos tão diversificados e ricos em oportunidades de aprendizagem, permitiu correlacionar a teoria e a prática, além de fomentar o desenvolvimento do pensamento crítico e do raciocínio clínico.

As alterações na eliminação vesical podem ter um impacto significativo no bem-estar físico, emocional e social da pessoa, causando desconforto, infecções urinárias, distúrbios do sono, e alterações na imagem corporal e autoestima. A intervenção do enfermeiro especialista em enfermagem de reabilitação é fundamental na gestão e melhoria dessas condições, pois ele possui conhecimentos técnico-científicos para realizar uma avaliação detalhada, para implementar estratégias de reeducação vesical, assim como criar um plano de treino para o fortalecimento do pavimento pélvico.

A implementação do projeto foi possível em todos os contextos de estágio, devido ao interesse e motivação intrínseca das equipas. Como resultado, os objetivos delineados foram alcançados com sucesso, possibilitando o reconhecimento de competências científicas, técnicas e humanas necessárias para a prestação de cuidados de enfermagem individualizados e especializados. Isso, por sua vez, não apenas promove uma prática baseada em evidência científica, mas também fortalece a liderança em projetos de formação, assessoria e investigação, além de fomentar a atualização contínua de conhecimentos na área de especialização.

Uma limitação na operacionalização do plano de projeto foi o tempo relativamente curto de estágio, que não me permitiu observar, em alguns contextos clínicos, a continuidade da implementação das atividades. Futuramente, quero dar continuidade ao projeto no meu serviço e expandi-lo para outros serviços que compartilhem dessa mesma necessidade.

Concluo que o Mestrado em Enfermagem de Reabilitação foi extremamente enriquecedor e marcou o início da minha carreira como especialista. O curso proporcionou-me ferramentas valiosas para continuar aprendendo e desenvolvendo projetos futuros na área da especialidade.

VI. Referências Bibliográficas

1. Ordem dos Enfermeiros. Regulamento no392/2019. Regulamento das competências específicas do enfermeiro especialista em Enfermagem de Reabilitação [Internet]. Diário da República, 2a série, no 85. Disponível em: <https://www.ordemenfermeiros.pt/media/11871/1356513568.pdf>
2. Fumincelli L, Mazzo A, Jorge BM, Amélia I, Mendes C. Urinary elimination of hospitalized clinical patients: implications for nursing care. J Nurs UFPE on line. 2013;7(3):788–93
3. Urinary Incontinence [Internet]. [cited 2023 Nov 27]. Available from: <https://www.ics.org/glossary/symptom/urinaryincontinence>
4. World Health Organization. Department of Ageing and Life Course. Integrated care for older people : guidelines on community-level interventions to manage declines in intrinsic capacity. 46 p. Available from: <http://www.who.int/ageing/health-systems/icope>.
5. Pacheco R. A Incontinência urinária [Internet]. [cited 2023 Nov 7]. Available from: <https://www.chts.min-saude.pt/mais-saude/incontinencia-urinaria/incontinencia-urinaria-causas/>
6. Maria O. Enfermagem de reabilitação : conceções e práticas. Lisboa: Lidel, Edições Técnicas; 2021
7. Robbs L. Assessment and treatment of non-neurogenic chronic urinary retention in adults. NSWOC Advance Continence Exchange. 2023 Mar 22
8. Baboudjian M, Savoie PH, Long JA, Boissier R. Acute urine retention: Epidemiology, optimization of the care pathway and alternative to permanent bladder drainage. Prog Urol. 2021; 31(15):967-977. doi: 10.1016/j.purol.2021.07.005.
9. Serlin DC, Heidelbaugh JJ, Stoffel JT. Urinary Retention in Adults: Evaluation and Initial Management. Am Fam Physician. 2018. 15;98(8):496-503
10. Portugal. Decreto-Lei n.º 65/2018, de 16 de agosto. Diário da República, 1.ª série, n.º 156, 14 ago 2018. Disponível em: <https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/decreto-lei/65-2018-116068879>.
11. Perez NE, Godbole NP, Amin K, Syan R, Gater DR. Neurogenic Bladder Physiology, Pathogenesis, and Management after Spinal Cord Injury. J Pers Med. 2022 Jun 1;12(6).

12. Perez NE, Godbole NP, Amin K, Syan R, Gater DR. Urologia Fundamental. São Paulo: Planmark, 2010. 422p. Disponível em: http://www.fcm.unicamp.br/fcm/sites/default/files/2016/page/urologia_fundamental.pdf.
13. Leslie SW, Tadi P, Tayyeb M. Neurogenic Bladder and Neurogenic Lower Urinary Tract Dysfunction. 2023. In: StatPearls [Internet]. Treasure Island (FL): StatPearls Publishing; 2024. Disponível: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK560617>
14. Lanzotti NJ, Tariq MA, Bolla SR. Physiology, Bladder. 2023 May 1. In: StatPearls [Internet]. Treasure Island (FL): StatPearls Publishing; 2024. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK538533/>
15. Flores JL, Cortes GA, Leslie SW. Physiology, urination [Internet]. 2024 [cited 2024 Aug 8]. Available from: <https://ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK562181/>
16. Marques Vieira C, Sousa Luís. Cuidados de Enfermagem de Reabilitação à Pessoa Ao Longo da Vida. Lusodidacta; 2017. 187–190 p.
17. Tran LN, Puckett Y. Urinary Incontinence [Internet]. 2023 [cited 2024 Aug 8]. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK559095>
18. Serlin DC, Heidelbaugh JJ, Stottel JT. Urinary retention in adults: Evaluation and Initial Management. [cited 2024 Aug 8]; Available from: www.aafp.org/afp
19. Mixon AC, Fried KM, Fried GW. Understanding and treating neurogenic bladder. J Life Care Plan. 2018;16(3):13-16.
20. Braga M, Ferreira S, Morais C, Chiado A, Lima A. Intervenção do Enfermeiro Especialista em Reabilitação em Mulheres com Incontinência Urinária, após o AVC. Rev Port Enf Reab [Internet]. 15 de Março de 2023 [citado 14 de Setembro de 2024];6(1): e288. Available from: <https://rper.aper.pt/index.php/rper/article/view/288>
21. Ferreira CIV, Simões IMH. Validation of a nursing protocol for the evaluation and diagnosis of urinary retention in adults. Revista de Enfermagem Referência. 2019 Dec 23;2019(23):153–64.
22. Xiang L, Li H, Xie QQ, Siau CS, Xie Z, Zhu MT, et al. Rehabilitation care of patients with neurogenic bladder after spinal cord injury: A literature review. World Journal of Clinical Cases [Internet]. 2023 Jan 6;11(1):57–64. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/36687186/>
23. OMS. Diretrizes de la OMS sobre intervenciones de autocuidado para la salud y el bienestar, revision 2022. 2022 [cited 2024 Aug 12]; Available from: <https://iris.Who.int/bitstream/handle/10665/357180/9789240052253-spa.pdf>

24. Ribeiro MP, Oliveira F, Alves M, Silva C. Enfermagem de reabilitação: a prática sustentada no referencial teórico de Dorothea Orem. *Revista Investigação em Enfermagem*. 2021. 37 (2), 47-56. Disponível em: https://www.chts.min-saude.pt/wp-content/uploads/sites/4/2021/12/enfermagem_DEZ2021.pdf
25. Alligood M. *Nursing theorists and their work*. 9th ed. St. Louis, Missouri: Elsevier; 2017.
26. Ordem dos Enfermeiros (Portugal). Padrões de qualidade dos cuidados de enfermagem: um contributo para a segurança dos cuidados e a melhoria contínua [Internet]. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros; [18/08/2024]. Available from: <https://www.ordemenfermeiros.pt/media/8903/divulgar-padroes-de-qualidade-dos-cuidados.pdf>
27. Ordem dos Enfermeiros. Parecer nº 12/2011. Atividades de Vida Diária. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros; 2011. Disponível em: https://ordemenfermeiros.pt/arquivo/documentos/Documents/Parecer12_MCEER_18_11_2011_ActividadesVidaDiaria_AVD.
28. Ordem dos Enfermeiros. Regulamento no 140/2019. Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista [Internet]. Diário da República, 2a série, no 26. 2019 [citado 16 de Junho de 2023]. Available from: <https://www.ordemenfermeiros.pt/media/10778/0474404750.pdf>
29. Mendes RMG, Nunes ML, Pinho JA, Gonçalves RBR. Organization of rehabilitation care in Portuguese intensive care units. *Rev Bras Ter Intensiva*. 2018 Jan 1;30(1):57–63.
30. Perme C, Nawa RK, Winkelman C, Masud F. A Tool to Assess Mobility Status in Critically Ill Patients: The Perme Intensive Care Unit Mobility Score. *Methodist DeBakey Cardiovascular Journal*. 2014 Jan;10(1):41–9
31. Lopes KR, Jorge BM, Barbosa MH, Barichello E, Nicolussi AC. Use of ultrasonography in the evaluation of urinary retention in critically ill patients. *Rev Lat Am Enfermagem*. 2023;31.
32. En U, Cabecera LA, Candido Da Silva I, Schneider C, Francisco Da Silva L, Tavares França Da Silva M, et al. Relato de experiência avaliação de retenção urinária pelo enfermeiro através da ultrassonografia à beira leito. Available from: <https://revistaenfermagematual.com/index.php/revista/article/view/1852/2002>
33. Langhammer B, Bergland A, Rydwik E. The Importance of Physical Activity Exercise among Older People. Vol. 2018, BioMed Research International. Hindawi Limited; 2018.
34. Aoki Y, Brown HW, Brubaker L, Cornu JN, Daly JO, Cartwright R. Urinary incontinence in women. *Nat Rev Dis Primers*. 2017 Jul 6;3.

35. Cho ST, Kim KH. Pelvic floor muscle exercise and training for coping with urinary incontinence. *J Exerc Rehabil*. 2021;17(6):379–87.
36. Santos JT, Campos CMS, Martins MM. The Person with stroke in rehabilitation process: gains from the intervention of rehabilitation nurses. *RPER*. 2020;3(2):36–43.
37. Afasia: Causas, Tipos e Consequências [Internet]. Available from: <https://ipafasia.pt/wp-content/uploads/2021/02/19.pdf>
38. Mourão AM, Almeida EO, Lemos SMA, Vicente LCC, Teixeira AL. Evolução da deglutição no pós-AVC agudo: estudo descritivo. *Revista CEFAC*. 2016;18(2):417–25.
39. Ordem dos Enfermeiros. Princípios básicos para a arquitetura e requisitos técnicos e funcionais dos sistemas de informação de enfermagem. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros; 2007
40. Winberg M, Hälleberg Nyman M, Fjordkvist E, Joelsson-Alm E, Eldh AC. Patients' experiences of urinary retention and bladder care – A qualitative study in orthopaedic care. *Int J Orthop Trauma Nurs*. 2023 Aug 1;50.
41. Tolosa-Merlos D, Moreno-Poyato AR, González-Palau F, Pérez-Toribio A, Casanova-Garrigós G, Delgado-Hito P. Exploring the therapeutic relationship through the reflective practice of nurses in acute mental health units: A qualitative study. *J Clin Nurs*. 2023 Jan 1;32(1–2):253–63.
42. Annema C, De Smet S, Castle EM, Overloop Y, Klaase JM, Janaudis-Ferreira T, et al. European Society of Organ Transplantation (ESOT) Consensus Statement on Prehabilitation for Solid Organ Transplantation Candidates. *Transplant International*. 2023 Jul 21;36.
43. Chaves RCF, Rabello Filho R, Timenetsky KT, Moreira FT, Vilanova LCDS, Bravim BA, Serpa Neto A, Corrêa TD. Extracorporeal membrane oxygenation: a literature review. *Rev Bras Ter Intensiva*. 2019. 14;31(3):410-424. doi: 10.5935/0103-507X.20190063.

Apêndices

Apêndice A- Procedimento Retirada da algália em cuidados intensivos

1º Mestrado em Enfermagem de Reabilitação da ESSCVP

Aluno: Lénia Nunes

Orientador Clínico:

Orientador Pedagógico:

Local de estágio: ...

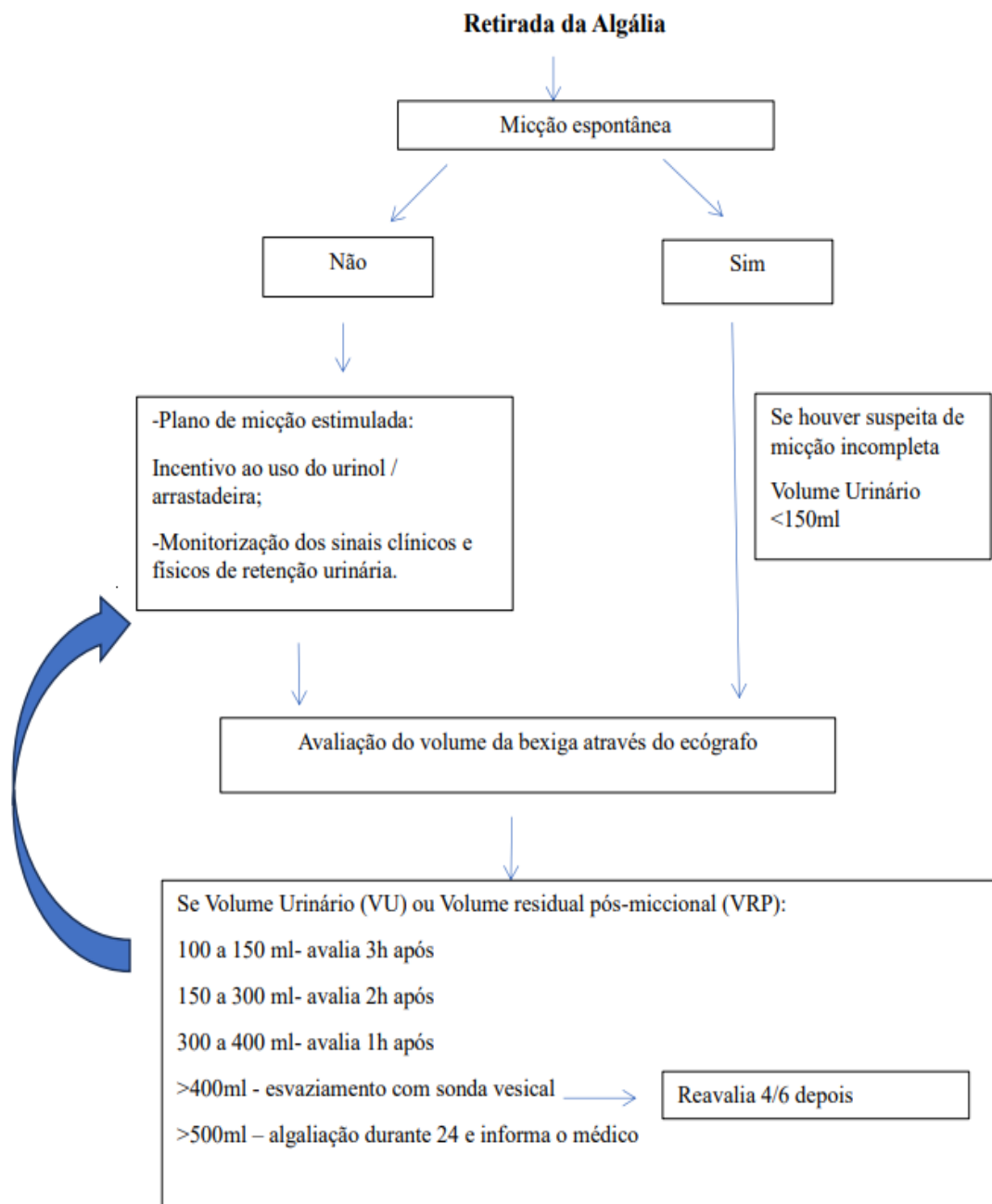
Procedimento retirada da algália em cuidados intensivos

Critérios para retirada da algália:

- Doente extubado ou traqueostomizado em RE;
- Score de Glasgow de 15 e cooperativo;
- Capaz para usar o urinol/ arrastadeira;
- Ausência de lesões cutâneas perineais;
- Considerar antecedentes e medicação;

Procedimento:

- Explicar à pessoa o procedimento e a sua importância;
- A retirada da algália deverá ser, idealmente, no turno da manhã ou início da tarde.
- Retirada da algália com técnica limpa;
- Dispor próximo à pessoa o urinol/ arrastadeira;
- Monitorizar ingestão hídrica e volume endovenoso;
- Aguardar micção espontânea até 4/6h.
- Reeducação da musculatura do pavimento pélvico (exercícios de Kegel), após remoção da algália;



Bibliografia: Pinto V. Intervenções de Enfermagem de Reabilitação na mulher com disfunção do pavimento pélvico. Revista Portuguesa de Enfermagem de Reabilitação. 2022 May 15;90-96. ; Buinho I. Retenção Urinária na Pessoa com AVC: Protocolo de Reeducação Vesical. [Universidade de Évora]; 2022; António V. Intervenção do Enº Especialista em enfermagem de Reabilitação na promoção do autocuidado eliminação vesical à pessoa/ família com paraplegia resultante de lesão vertebro-medular . [Relatório de Mestrado]; [Santarém]; Instituto Politécnico de Santarém; 2018

Apêndice: Reeducação da musculatura pélvica

- 1º Explicar a importância dos exercícios para a reeducação da musculatura pélvica;
- 2º Ajudar a pessoa a tomar consciência dos músculos pélvicos;
- 3º Pedir para a pessoa contrair os músculos identificados durante 5 segundos, e posteriormente o relaxamento dos mesmos durante o mesmo tempo;
- 4º Iniciar o treino em decúbito dorsal, e conforme evolução da pessoa, progredir gradualmente para os exercícios em posição de sentado, e finalmente na de pé;
- 5º Nas sessões seguintes, aumentar o tempo de contração e de relaxamento da musculatura pélvica para 10 segundos;
- 6º Conforme evolução da pessoa, incentivar à realização de movimentos fortes e curtos (2 a 3 seg.) alternados com mais suaves e longos;
- 7º Incentivar a realização dos exercícios uma vez por dia, progredindo sempre até duas a três sessões diárias;

Apêndice B- Panfleto de Sensibilização sobre o exercício físico

Centro de saúde

Porque devo exercitar-me?

- Ajuda a prevenir algumas doenças;
- Controla a tensão arterial e a diabetes;
- Melhora o sono;
- Melhora a força muscular;
- Melhor a qualidade da respiração;

Como posso manter-me ativo?

Antes de iniciar qualquer atividade consulte o seu médico e/ou Enf. De Reabilitação.

- Faça uma caminhada todos os dias, durante +- 30 min;
- Se possível, mantenha as suas rotinas diárias (vá ao supermercado, trate das lides domésticas...);
- Brinque com os netos;
- Pratique alguns exercícios de fortalecimento muscular;

Exercícios que posso fazer em casa



Sentar e levantar 10 vezes. Descansa 1 min e repete mais duas vezes



Sentado levante o braço acima da cabeça 10 vezes. Repita do outro lado. Descanse 1 min e depois repita mais duas vezes para cada lado



shutterstock.com - 1815443743

Sentado numa cadeira, estique os braços 10 vezes para a frente e 10 vezes para trás. Descansa 1 min e repita mais duas vezes para cada lado



Sentado uma perna de cada vez, tentando tocar com o joelho ao peito. Faça 10 vezes para cada lado. Descanse 1 min e depois repita mais duas vezes .



shutterstock.com - 1810391689

Agarrado a uma cadeira, de lado, afaste a perna 10 vezes. Repita do outro lado. Descanse 1 min e depois repita mais duas vezes para cada lado

1º Mestrado em Enfermagem de Reabilitação da ESSCVP

Aluno: Lénia Nunes

Orientador Clínico: ...

Orientador Pedagógico:

1. Liberman BD. Exercício para pessoas idosas [Internet]. Manual MSD edição para profissionais. Manual MSD; 2021. Available from: <https://www.msdmanuals.com/pt/profissional/42423/all topics-exercicios/50673/03/Alunos/50673/Alunos-para-pessoas-idosas> 2. Os benefícios do exercício físico para os idosos | CUF [Internet]. www.cuf.pt. Available from: <https://www.cuf.pt/mais-saude/os-beneficios-do-exercicio-fisico-para-os-idosos>

Apêndice C- Panfleto sobre Incontinência Urinária

Incontinência Urinária



O Que é?

É a perda involuntária de urina, quando faz uma atividade ou esforço (*Incontinência urinária de esforço*) ou então quando sente uma vontade súbita ou incontrolável de urinar (*Incontinência urinária de urgência*).

Quais são os sintomas?

- Perda de urina, quando ri, tosse, espirra;
- Perda de urina quando caminha ou curva-se;
- Perda de urina durante atividade física

Centro de Saúde

Como posso melhorar?

- Ter em atenção ao consumo de bebidas como café, chás, bebidas alcoólicas e com gás;
- Controlo da ingestão de líquidos;
- Reduzir o intervalo das idas à casa de banho (2/2h) ;
- Perder peso (se excesso);
- Utilizar medidas de contenção (fralda, cueca fralda ou pensos higiénicos), se necessário;
- Praticar exercício físico, sem pegar em pesos;
- Realizar exercícios de fortalecimento dos músculos pélvicos;
- Consultar um médico especialista

O que são os exercícios de fortalecimento dos músculos pélvicos?

São exercícios que ajudam a melhorar a musculatura do períneo, com a combinação de força, potência, resistência e relaxamento. Estes também são conhecidos como exercícios de Kegel.

Como posso realizar estes exercícios?

Devem ser realizados pelo menos uma a duas vezes ao dia.

1º Quando estiver a urinar, pare, de forma a conter a urina;

Com a bexiga vazia:

2º Sentado ou deitado na cama apertar as nádegas durante 5 segundos, e posteriormente o relaxar durante o mesmo tempo;

3º Realizar este exercício durante 10 vezes. Descansa 1 min e repete mais 10 vezes;

5º Nas sessões seguintes, aumentar o tempo de contração e de relaxamento da musculatura pélvica para 10 segundos;



1º Mestrado em Enfermagem de Reabilitação da ESSCVP

Aluno: Lénia Nunes

Orientador Clínico:

Orientador Pedagógico:

1.Stress Urinary Incontinence (SUI): Symptoms, Diagnosis & Treatment - Urology Care Foundation [Internet]. www.itsmetotalkaboutuh.org. [cited 2024 Feb 9]. Available from: [https://www.itsmetotalkaboutuh.org/urology-a-z/s/stress-urinary-incontinence-\(sui\)](https://www.itsmetotalkaboutuh.org/urology-a-z/s/stress-urinary-incontinence-(sui)); 2.Bercina D, Dea C, Maria G, Castro D, Alegria. Mimbook dos Consensos de UroGinecologia [Internet]. [cited 2024 Feb 9]. Available from: <https://spginecologia.pt/wp-content/uploads/2021/04/2021-08-Mimbook-Digital-dos-Consensos-de-UroGinecologia-Setembro-21.pdf>; 1.Cho ST, Kim KH. Pelvic floor muscle exercise and training for coping with urinary incontinence. Journal of Exercise Rehabilitation [Internet]. 2021 Dec 27;17(6):379-87. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC8743604/>

Apêndice D- Ciclo de *Gibbs*- Serviço de Pediatria e ULD

Reflexão segundo o modelo reflexivo de Gibbs- ensaio clínico de Pediatria e ULD

Esta reflexão irá relatar uma experiência de cuidados de enfermagem de reabilitação no serviço de Pediatria e outra na ULD, analisada de acordo com a metodologia reflexiva de Gibbs.

Trata-se de um ciclo de aprendizagem baseado na reflexão acerca de experiências práticas sistematizado em seis etapas: descrição, sentimentos, avaliação, análise, conclusão e planeamento da ação (1, p13).

Serviço de Pediatria

1ª etapa- Descrição:

Esta etapa pretende-se com a descrição do evento de uma forma simples, sem juízos de valor que permita dar resposta à questão: o que aconteceu? (1, p14).

Foi admitida no serviço de pediatria uma criança de 8 anos, previamente saudável, com o diagnóstico de pneumonia. Apresentava-se sem oxigénio, mas estava com febre, com tosse e à auscultação pulmonar apresentava roncosp mais acentuados à direita. Chorosa, na companhia da mãe e renitente aos cuidados de enfermagem.

A pneumonia é definida pela inflamação das vias aéreas, pulmão, estruturas vasculares e tecido conjuntivo e afeta anualmente 14,5 por 10.000 crianças nos países desenvolvidos (2). Tendo em conta a clínica da criança à admissão, foi necessário a intervenção imediata do enfermeiro de reabilitação.

2ª etapa- Sentimentos:

Esta etapa corresponde à descrição dos sentimentos e reações vivenciados face à situação sem, no entanto, os analisar e dando resposta à questão: quais foram as minhas reações/sentimentos? (1, p14)

Senti-me entusiasmada e empenhada em observar e colaborar em todo o processo de reabilitação respiratória numa criança, uma vez que seria a primeira vez. Contudo também fiquei um pouco ansiosa pelo facto de a criança estar a chorar e não querer colaborar.

3ª etapa- Avaliação:

Esta etapa pretende-se com a descrição do que foi positivo e negativo na experiência, efetivando julgamentos de forma a dar resposta à questão: o que foi bom e mau na experiência? (1, p14).

Senti que este momento proporcionou a minha evolução como futura enfermeira de reabilitação uma vez que me foi possível experienciar a reabilitação respiratória numa criança, que é particularmente diferente do adulto. Como aspeto positivo, foi ter sido capaz de manter a calma e conseguir cativar a criança para que ela conseguisse realizar os exercícios respiratórios. O aspeto negativo, foi observar a ansiedade da mãe a tentar acalmar a criança, bem como o facto de o choro poder estar a agravar a sua função respiratória.

4ª etapa- Análise:

Esta etapa pretende-se em encontrar sentido nas experiências, juntando ideias e pensamentos às vivências e a pergunta nesta etapa é: Que sentido podemos encontrar na situação? (1, p15)

Reportando a situação e tendo em conta que era uma criança, que se encontrava num meio estranho, estava assustada porque já tinha estado em contacto com pessoas estranhas e tinha sido puncionada no serviço de urgência, técnica que lhe provocou dor e medo.

A hospitalização representa para a criança uma situação adversa, pois sua rotina é modificada. É uma situação stressante e ameaçadora, pois a criança afasta-se do convívio familiar e social e passa a conviver com pessoas estranhas, sendo submetida a procedimentos invasivos e dolorosos, bem como as suas rotinas recreativas passam a estar parcialmente interrompidas (3).

Tendo em conta esta situação a abordagem inicial foi realizada em diferentes momentos, inicialmente só com o intuito de apresentação e diálogo.

Na hospitalização da criança, a abordagem lúdica é uma maneira terapêutica de tornar a hospitalização menos traumatizante, pois quando a criança é acometida por uma doença, as brincadeiras podem garantir seu equilíbrio emocional, além de proporcionar uma melhor participação no tratamento (3).

Após a abordagem inicial, e depois de a criança estar mais calma e a sentir-se mais segura as intervenções começaram pela realização de jogos, nomeadamente com um balão, aproveitando assim os movimentos que a criança fazia com os braços, trabalhava a reeducação costal global. Com bolinhas de papel foi pedida à criança para soprar e assim fazia com que ela fizesse inspirações profundas, estimulando a tosse fazendo-a expetorar.

Aquando das intervenções de enfermagem de reabilitação houve sempre a preocupação de explicar à criança e aos pais, clarificando todas as suas dúvidas de modo a reduzir a ansiedade e o medo, bem como também houve o cuidado de instruir a criança e aos pais sobre a continuidade das atividades, mesmo na ausência do enfermeiro de reabilitação.

Fornecer informações à família a respeito do processo de saúde e de doença do filho estimula e auxilia a família a adquirir confiança nas suas ações, diminuindo assim a ansiedade dos pais e da criança, levando ao aumento da aceitação e envolvimento no processo terapêutico (3).

5ª etapa- Conclusão

Nesta etapa deve-se apresentar a conclusão da análise efetuada à situação dando resposta à questão: O que posso concluir? (1, p15).

Concluo desta situação que os enfermeiros que desempenham funções na pediatria, para além dos conhecimentos técnicocientíficos que dispõem, têm de possuir estratégias para realizar algumas das suas intervenções de uma forma lúdica, por forma a cativar as crianças e envolvê-las no processo terapêutico.

Constato ainda, que na abordagem à criança, os pais são os melhores aliados para o sucesso da reabilitação.

6ª etapa- Planeamento da ação

Esta última etapa pretende-se a projeção do acontecimento num futuro próximo incentivando o aluno a refletir sobre a sua ação e os passos a seguir caso se confronte novamente com esta situação, sendo a pergunta: o que devo fazer se a situação ocorrer novamente (1, p15).

Face à situação ocorrida, a minha postura foi inicialmente de observação e aos poucos fui intervindo. Numa situação futura, julgo que a atitude mais correta será esta, respeitando a vontade e a individualidade de cada criança, e de forma lúdica realizar as intervenções de reabilitação necessárias, explicando-lhe sempre o porquê.

Unidade de longa duração (ULD)

1ª etapa- Descrição:

Esta etapa pretende-se com a descrição do evento de uma forma simples, sem juízos de valor que permita dar resposta à questão: o que aconteceu? (1, p14).

A intervenção do enfermeiro de reabilitação foi num senhor de 65 anos, que tinha tido um AVC, encontrava-se afásico e com hemiplegia à direita. Parcialmente dependente e algaliado. Internado por não ter apoio familiar e social para ir para o domicílio. Triste, renitente aos cuidados e ao levantar para o cadeirão.

2ª etapa- Sentimentos:

Esta etapa corresponde à descrição dos sentimentos e reações vivenciados face à situação sem, no entanto, os analisar e dando resposta à questão: quais foram as minhas reações/sentimentos? (1, p14)

Senti-me entusiasmada e empenhada em observar e colaborar em todo o processo de reabilitação e maximização das atividades de vida de uma pessoa com sequelas de um AVC. Contudo também fiquei um pouco triste pelo facto de o senhor estar o dia todo confinado a uma cadeira sem grandes possibilidades de fazer mais reabilitação.

3ª etapa- Avaliação:

Esta etapa pretende-se com a descrição do que foi positivo e negativo na experiência, efetivando julgamentos de forma a dar resposta à questão: o que foi bom e mau na experiência? (1, p14)

O aspeto positivo nesta experiência foi o facto do enfermeiro de reabilitação, continuar a estimular e a promover a autonomia da pessoa na realização de alguns autocuidados.

O aspeto negativo foi não haver mais disponibilidade, para a pessoa ter mais tempo de reabilitação.

4ª etapa- Análise:

Esta etapa pretende-se em encontrar sentido nas experiências, juntando ideias e pensamentos às vivências e a pergunta nesta etapa é: Que sentido podemos encontrar na situação? (1, p15)

Nesta situação foi possível observar que o enfermeiro de reabilitação, através da relação de confiança e de empatia, promover o autocuidado. O EEER através do diálogo incentivou a pessoa a colaborar nos cuidados de higiene, explicando-lhe sempre a sua importância para poder recuperar alguma das suas funcionalidades. Apesar de não haver cadeirões adequados, almofadas de gel, houve sempre a preocupação do EEER em improvisar, não deixando a pessoa ficar na cama.

Constatei que apesar de o EEER não poder intervir sempre, devido ao grande número de pessoas internados, ele instruiu os auxiliares de ação médica, sobre a forma como devem realizar os cuidados de higiene, o levantar, o vestir e o despir e a alimentação. Estes executam, sempre sob a sua supervisão e validação prévia.

Ao capacitar o cuidador, neste caso o auxiliar de ação médica promove-se um parceiro dos cuidados, contudo não dispensa da necessidade de existir um profissional de saúde que valide o conhecimento e competências ao longo do processo e que apoie de um modo contínuo. (4, p.1)

5ª etapa- Conclusão

Nesta etapa deve-se apresentar a conclusão da análise efetuada à situação dando resposta à questão: O que posso concluir? (1, p15).

O que conclui desta situação, é que apesar de os ganhos diários em reabilitação nestas pessoas serem poucos, é de extrema importância manter o plano de intervenções, pois isso permitir-lhes-á manter alguma autonomia em alguns autocuidados, dando-lhes assim alguma qualidade de vida.

6ª etapa- Planeamento da ação

Esta última etapa pretende-se a projeção do acontecimento num futuro próximo incentivando o aluno a refletir sobre a sua ação e os passos a seguir caso se confronte

novamente com esta situação, sendo a pergunta: o que devo fazer se a situação ocorrer novamente (1, p15).

Face a esta situação, a minha postura foi a mais adequada, inicialmente de observação e posteriormente de colaboração. Numa situação futura, será importante nunca esquecer a importância de promover e maximizar a autonomia da pessoa nos seus autocuidados, mesmo que os ganhos diários sejam mínimos, bem como nunca esquecer da importância do ensino aos cuidadores diretos.

Referências Bibliográficas

1. Afonso Tânia, Loureiro Fernanda. Cuidados à criança em situação crítica- reflexão segundo o ciclo reflexivo de aprendizagem. Janeir-Abril 2018. Available from: www.acenfermeiros.pt
2. Pneumonia adquirida na comunidade – Tratado de Clínica Pediátrica [Internet]. [cited 2024 Feb 27]. Available from: <https://tratadoclinicapediatica.pt/i-volume/parte-xiv-pneumologia/pneumonia-adquirida-na-comunidade/>
3. Falke ACS, Milbrath VM, Freitag VL. Estratégias utilizadas pelos profissionais da enfermagem na abordagem a criança hospitalizada. Revista Contexto & Saúde. 2018 Jun 28; 18(34):9.
4. Raposo P, Relhas L, Pestana H, Mesquita AC, Sousa L. Intervenção do Enfermeiro Especialista em Reabilitação na capacitação do cuidador familiar após AVC: estudo de caso. Revista Portuguesa de Enfermagem de Reabilitação. 2020 Oct 27;3(S1):18–28.

Apêndice E- Procedimento Retenção urinária no pós-operatório de cirurgia ortopédica

Retenção urinária no pós-operatório de cirurgia ortopédica

A Retenção urinária é definida como a incapacidade de esvaziar a bexiga (1). A incidência após uma cirurgia ortopédica major, ronda os 5%-84% (2).

Fatores de risco intrínsecos ou não modificáveis:

- Género (> no homem);
- Idade;
- Pré-existência de retenção urinária;
- Comorbilidades (AVC, Diabetes, esclerose múltipla...);

Fatores de risco para desenvolver retenção urinária no intra e/ou pós-operatório:

- Dor;
- Uso de opióides;
- Tipo de anestesia (> na raquianestesia e na epidural);
- Fluidoterapia;
- Imobilização no leito;

Procedimento de Enfermagem:

- A retirada da algália, no pós-operatório deverá ser, idealmente, no turno da manhã ou início da tarde.
- Se anestesia epidural ou raquianestesia, aguardar até 8h para proceder á remoção da algália;
- Retirada da algália com técnica limpa;
- Dispor próximo á pessoa o urinol/ arrastadeira;
- Proporcionar privacidade à pessoa;
- Monitorizar ingestão hídrica e volume endovenoso;
- Iniciar levante, o mais precoce possível;

- Reeducação da musculatura do pavimento pélvico (exercícios de Kegel), após remoção da algália (apêndice I);
- Aguardar micção espontânea até 4/6h;
- Se a pessoa não apresentar micção espontânea, proceder à cateterização intermitente, para esvaziamento da bexiga;
- Se volume urinário superior a 500ml, manter cateter urinário até mais 48h.

Referências bibliográficas: 1. Urinary retention after total joint arthroplasty of hip and knee: Systematic review. *Journal of Orthopaedic Surgery*. 2020 Jan 1;28(1):230949902090513. 2. Magaldi RJ, Strecker SE, Nissen CW, Carangelo RJ, Grady-Benson J. Preoperative Factors to Assess Risk for Postoperative Urinary Retention in Total Joint Arthroplasty: A Retrospective Analysis. *Arthroplasty Today*. 2022 Feb;13:181–7. ; Cha YH, Lee YK, Won SH, Park JW, Ha YC, Koo KH. 3. Pinto V. Intervenções de Enfermagem de Reabilitação na mulher com disfunção do pavimento pélvico. *Revista Portuguesa de Enfermagem de Reabilitação*. 2022 May 15;90–96. 4. Buinho I. Retenção Urinária na Pessoa com AVC: Protocolo de Reeducação Vesical. [Universidade de Évora]; 2022

Apêndice I: Reeducação da musculatura pélvica

- 1º Explicar a importância dos exercícios para a reeducação da musculatura pélvica;
- 2º Ajudar a pessoa a tomar consciência dos músculos pélvicos;
- 3º Pedir para a pessoa contrair os músculos identificados durante 5 segundos, e posteriormente o relaxamento dos mesmos durante o mesmo tempo;
- 4º Iniciar o treino em decúbito dorsal, e conforme evolução da pessoa, progredir gradualmente para os exercícios em posição de sentado, e finalmente na de pé;
- 5º Nas sessões seguintes, aumentar o tempo de contração e de relaxamento da musculatura pélvica para 10 segundos;
- 6º Conforme evolução da pessoa, incentivar à realização de movimentos fortes e curtos (2 a 3 seg.) alternados com mais suaves e longos;
- 7º Incentivar a realização dos exercícios uma vez por dia, progredindo sempre até duas a três sessões diárias;

Apêndice F- Plano de Sessão da apresentação- Bexiga Neurogénica

PLANO DE SESSÃO

UC: Estágio Módulo II

Data:

04/07/2024

Tema: Bexiga Neurogénica

Duração da sessão: 30

minutos

Público-alvo: Enfermeiros da ...

Local: Gabinete de Enfermagem

Formadore: Lénia Nunes

Objetivos Gerais	Objetivos Específicos	Conteúdos	Metodologia	Recursos	Avaliação	Tempo
- Apresentar uma breve revisão de literatura sobre a Bexiga Neurogénica e intervenções de Enfermagem de Reabilitação	- Rever a Fisiologia do trato urinário e da Micção; - Rever a Fisiologia da Bexiga Neurogénica; - Dar a conhecer a classificação e tratamento da Bexiga Neurogénica; - Rever as intervenções de enfermagem, bem como as específicas do EEER, na pessoa com Bexiga Neurogénica, baseadas na mais recente evidência científica.	- Definição de Bexiga Neurogénica, causas e epidemiologia; - Trato Urinário; - Inervação da Bexiga; - Centros da Micção; - Fisiologia da Micção; - Classificação da Bexiga Neurogénica; - Avaliação da pessoa com Bexiga Neurogénica; - Tratamento da Bexiga Neurogénica; - Disreflexia Autônoma; - Intervenções de Enfermagem;	Expositiva	Recursos multimédia: • Portátil • Projetor • Tela de projeção		Introdução 3 minutos Desenvolvimento 10 minutos Conclusão 2 minutos Discussão 15 minutos

Apêndice G- Sessão de Apresentação- Bexiga Neurogênica

BEXIGA NEUROGÉNICA



Aluna: Lénia Nunes, nº8654

Orientador Clínico:

Orientador Pedagógico:

04 de Julho de 2024

Sumário

- Bexiga Neurogénica: conceito, causas e epidemiologia;
- Trato Urinário
- Inervação da Bexiga
- Fisiologia da Micção
- Classificação da Bexiga Neurogénica;
- Avaliação da Bexiga Neurogénica;
- Tratamento da Bexiga Neurogénica
- Intervenções de Enfermagem

Bexiga Neurogénica

- Bexiga neurogénica corresponde a uma disfunção da bexiga e do esfíncter urinário, resultante de uma alteração no sistema nervoso central (SNC) e/ou sistema nervoso periférico (SNP) (1);



Principais Causas (2)

- TVM;
- TCE;
- AVC;
- Parkinson;
- Esclerose múltipla;
- Espinha Bífida;
- Demência....





Epidemiologia

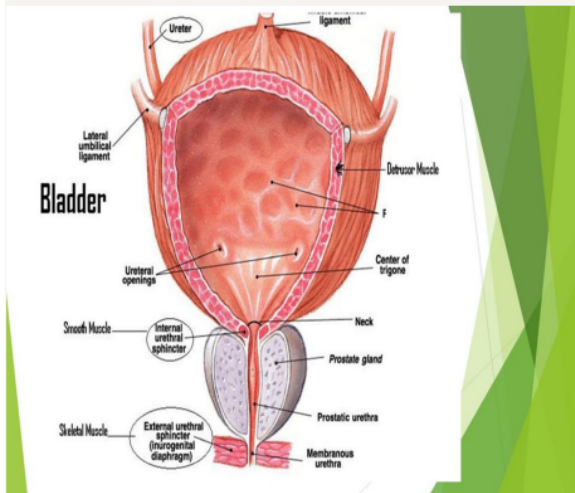
- Mundialmente 70% a 84% das pessoas com TVM, venham a desenvolver bexiga neurogénica, numa determinada fase da sua vida (2);
- 53% acometem as pessoas com AVC (2);
- 20 a 80% das pessoas com bexiga neurogénica apresentam complicações, como: ureterectasias, pielonefrites; hidronefroses e até mesmo insuficiência renal (2);

Trato Urinário

- O sistema urinário é geralmente dividido em trato superior e inferior (3).
- O trato superior é composto por dois rins e os ureteres, enquanto o trato inferior é composto por uma pequena porção dos ureteres distais, bexiga e uretra (3).
- A bexiga é um órgão viscoso com uma forte parede de musculo liso, chamada **músculo detrusor**, que se distende quando se encontra cheia de urina (3).



Trato urinário e micção



- O **esfincter uretral interno** controla o fluxo involuntário de urina da bexiga para a uretra (3);
- O **esfincter uretral externo** controla o fluxo urinário voluntário (3);
- Durante o armazenamento da urina, o colo da bexiga e a uretra proximal são fechados para fornecer continência, com o detrusor relaxado, de modo a permitir o enchimento de baixa pressão (3);
- Durante o esvaziamento, há o relaxamento inicial do assoalho pélvico com abertura do colo da bexiga que é seguido pela contração do detrusor até que a bexiga seja completamente esvaziada (3);

Inervação da Bexiga

- **Sistema nervoso simpático (SNS)** a inervação surge de T10-L2 com o **nervo hipogástrico**, que medeia o enchimento da bexiga através da ativação de receptores α_1 adrenérgicos no colo da bexiga e β_3 adrenérgicos receptores na cúpula do detrusor, causando relaxamento do corpo do detrusor (3);

- A atividade do **sistema nervoso parassimpático (SNP)** para a bexiga é mediada através dos **nervos pélvicos** que surgem de S2 a S4, causando esvaziamento da bexiga principalmente devido ao seu efeito nos receptores colinérgicos M3 do detrusor, provocando a sua contração (3).
- O **nervo pudendo** também surge de S2-S4 e inerva o esfincter uretral externo e músculos do assoalho pélvico sob controle voluntário e somático (3).

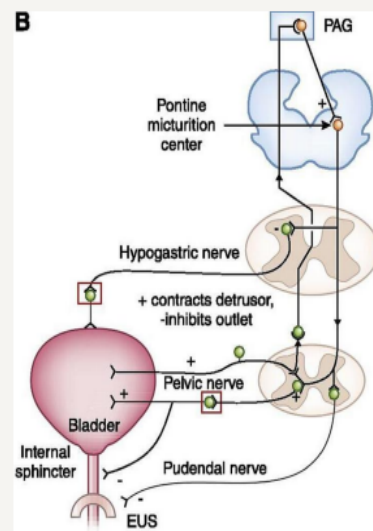
Centros da Micção

A coordenação da micção envolve três centros principais:

- O **centro de micção sacral**, localizado na medula espinhal sacral (S2-S4), que é um centro reflexo no qual impulsos parassimpáticos eferentes à bexiga causam uma contração da bexiga e impulsos aferentes fornecem feedback sobre a plenitude da bexiga (3);
- O **centro pontino** localizado, na ponte no tronco cerebral, é responsável por coordenar o relaxamento do esfíncter uretral interno com as contrações da bexiga (3);
- O **córtex cerebral**, exerce o controle final, direcionando os centros de micção para iniciar ou retardar a micção para quando houver uma situação social adequada (3);

Fisiologia da Micção

- Comunicação coordenada entre o centro pontino da micção, o centro espinhal e o próprio trato urinário inferior são essenciais para o controle da micção quando considerado apropriado (3).
- O **centro pontino da micção (PMC)** mantém controle supraespinhal sobre os músculos detrusor e esfíncter uretral interno, permitindo contração do músculo detrusor e relaxamento do esfíncter uretral interno (3) .
- O PMC, quando excitado, desencadeia um reflexo de micção. No entanto, o córtex frontal do cérebro mantém o tônico inibição do PMC para permitir o armazenamento da bexiga até que seja considerado apropriada a micção (3).



Classificação da Bexiga Neurogénica

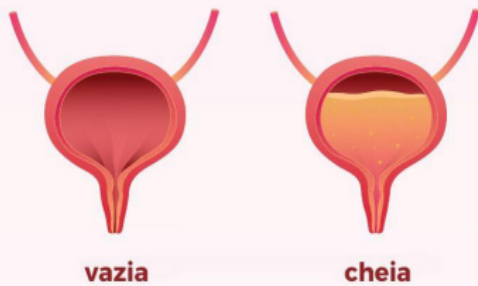
- Sociedade Internacional de Continência (ISC) (2)
- Baseia-se na classificação urodinâmica da bexiga e esfíncteres na fase de armazenamento e de esvaziamento (2);



Avalia as suas características: função, atividade, sensação, capacidade e complacência...(2)

Estudos urodinâmico: permite avaliar a função do trato urinário inferior, incluindo avaliação da complacência do detrusor e as pressões miccionais (2) .

Bexiga urinária humana



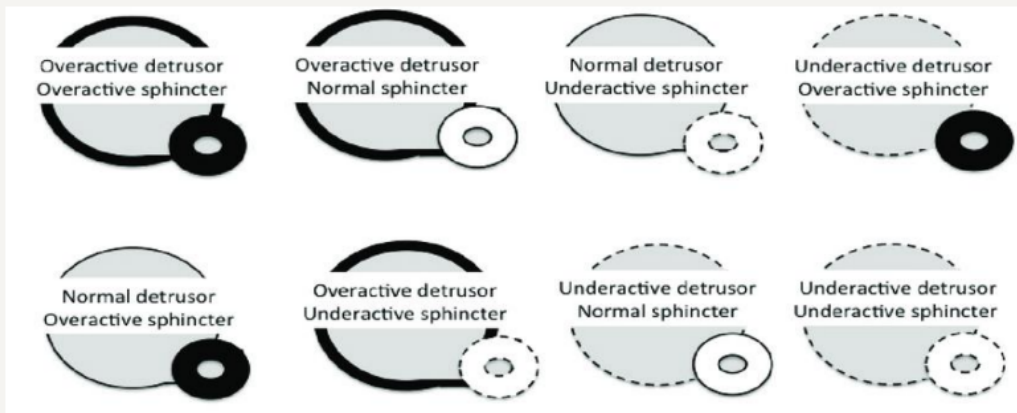
• Função da Bexiga (2):

- Normal
- Hiperativa
- Hipoativa

• Função esfíncteres uretrais (2):

- Normal
- Hipotónica
- Disfuncional

Classificação funcional dos distúrbios miccionais neurogênicos: combinação de disfunção detrusora-esfincteriana



05/09/2024

Classificação de Lapides

Considera apenas disfunções neurogênicas da bexiga

- **Bexiga neurogênica sensorial:** processos neurológicos que perturbam especificamente as fibras aferentes do cérebro ou dos nervos sensoriais da bexiga. A função motora está preservada (diabetes...) (2).
- **Bexiga neurogênica parálitica motora:** perda de inervação motora parassimpática do detrusor. A hiperdistensão crônica tende a levar a uma bexiga de grande capacidade com baixas pressões miccionais do detrusor e altos volumes residuais pós-miccionais (trauma ou cirurgia) (2);

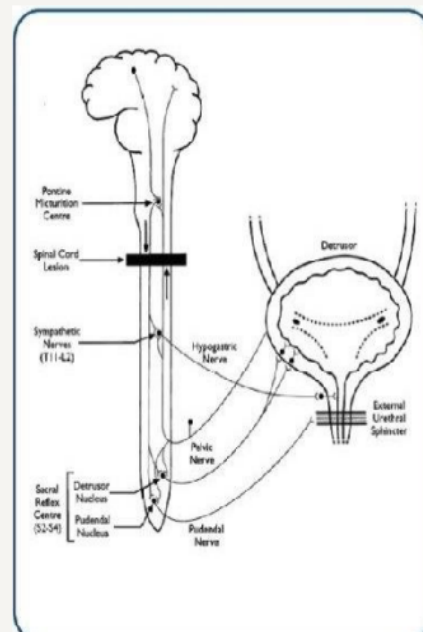
05/09/2024

- **Bexiga neurogênica desinibida:** Os sintomas geralmente são urgência e incontinência urinária. Há sensação vesical normal, mas frequentemente contrações precoces e desinibidas do detrusor em volumes vesicais baixos. Os volumes de urina residual pós-miccional são geralmente baixos (AVC, lesão medular, doença de Parkinson) (2);
- **Bexiga neurogênica reflexa :** Existem contrações desinibidas de baixo volume, mas não há contrações voluntárias do detrusor e nenhuma sensação de plenitude. Uma bexiga neurogênica reflexa pode ser considerada o resultado de uma lesão completa do neurônio motor superior. A dissinergia do esfíncter e do detrusor seria comum nesse tipo de bexiga neurogênica (TVM acima de T12) (2);
- **Bexiga neurogênica autônoma (Flácida):** Representa uma interrupção completa do controle do sistema nervoso motor e sensorial sobre a bexiga. Isso é mais comumente observado em processos patológicos que afetam a medula espinhal sacral ou os nervos pélvicos. Não há capacidade de iniciar a micção, nem reflexos de micção e nem sensação de plenitude vesical. (TVM abaixo de T12) (2);

05/09/2024

Lesão medular

- A lesão medular interrompe a via motora descendente e a via sensorial ascendente, impedindo o controle normal da micção (3).



Nível da Lesão medular e disfunção da bexiga e esfíncter associado

Lesão Medular	Disfunção da Bexiga e do esfíncter uretral externo
Suprasacral Lesão do neurônio motor superior (UMN) (arco reflexo sacral e o PMC permanecem intactos, mas a LM impede a comunicação entre eles)	Disfunção de armazenamento • Hiperatividade do detrusor com diminuição da sua compliance; • Esfíncter uretral externo hiperreflexivo • Dissinergia detrusor esfíncter (DSD) • Trato urinário superior em risco devido a alta Pressão Detrusor (>40 cm H₂O) • Incontinência urinária
Mista: Lesão do neurônio motor superior e/ou lesão medular	Disfunção de armazenamento • Hiperatividade do detrusor ou arreflexia • Esfíncter uretral hiperreflexivo ou flácido • Dissinergia do Esfíncter Detrusor (DSD) ou Arreflexia do esfíncter de Detrusor • Trato urinário superior em risco devido a alta Pressão Detrusor (>40 cm H₂O) • Incontinência urinária
Sacral ou Intrasacral Lesão do neurônio motor (o arco reflexo miccional é interrompido, enquanto o PMC mantém-se intacto, levando a um musculo detrusor arreflexo e um esfíncter uretral externo flácido	Disfunção no esvaziamento • Detrusor arreflexo/Flacidez • Esfíncter uretral externo Arreflexo/Flácido • Incontinência Urinária por Transbordamento

Fonte: . Perez NE, Godbole NP, Amin K, Syan R, Gater DR. Neurogenic Bladder Physiology, Pathogenesis, and Management after Spinal Cord Injury. *Journal of Personalized Medicine*. 2022 Jun 14;12(6):968

Avaliação da pessoa com Bexiga Neurogénica (3)

- História completa com foco na história urológica e neurológica;
- Sintomas e achados físicos;
- Análises da função renal;
- Diário miccional de 24 horas (recomenda-se 2 ou 3 dias);
- Determinação de urina residual pós-miccional (cateterismo ou ecograficamente);
- Estudo Urodinâmico (*gold standard*);
- Avaliação do equilíbrio estático e dinâmico;
- Avaliação da capacidade cognitiva, função sensitiva e motora dos MS ;
- Avaliação da rede de apoio;

Tratamento da Bexiga Neurogénica (3)

Objetivos:

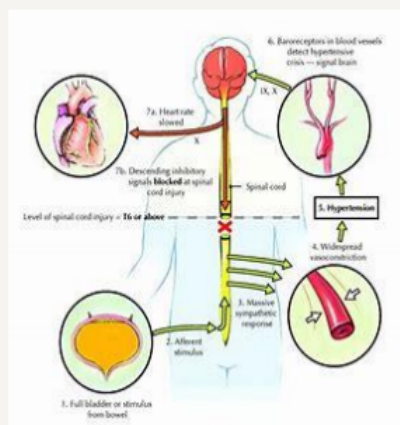
- Manter a continência urinária e melhorar a qualidade de vida da pessoa.
- Conseguir o esvaziamento regular da bexiga, evitando a estase e a distensão excessiva da bexiga, minimizando os volumes residuais pós-miccionais, evitando assim as hidronefroses e pielonefrites.
- Prevenir e tratar complicações como: infecções do trato urinário e disreflexia autónoma;

Disreflexia Autónoma (4)

- Ocorre em pessoas com lesões medulares acima de T6;
- Reação exacerbada do SN Autónomo, que desencadeia uma resposta excessiva do sistema simpático pela ausência do controlo parassimpático;
- Pode ocorrer de um mês até a um ano após a lesão;

Sinais e sintomas:

Celaleias intensas;
Hipertensão;
Bradycardia; Visão turva;
Sudorese acima da lesão;
Congestão nasal;
Piloereção
Palidez abaixo do nível da lesão;
Aumento da espasticidade



Disreflexia Autônoma (4)

- **Despistar:**

- Globo vesical;
- Existência de fecalomas;
- Unhas encravadas;
- Existência de feridas;
- Roupas apertadas
- Outros estímulos externos

9/5/2024

Tratamento da Bexiga Neurogênica

- Os tratamentos dependerão (3):

- da etiologia da bexiga neurogênica,
- das preferências do paciente,
- das comorbidades
- da capacidade do paciente de implementar a terapia quando necessário;

Tipos de Tratamento

- Medidas comportamentais/ não farmacológicas (3):

- Estimulo verbal;
- Micção estimulada ;
- Exercícios de fortalecimento do pavimento pélvico
- Manobra de Valsava e de Credé (???)
- Cateterismo vesical intermitente

- Medidas farmacológicas (3): reduzir a pressão de armazenamento da bexiga, prevenir a hiperatividade do músculo detrusor bem como prevenir e tratar infecções do trato urinário.

- Medicamentos alfa-bloqueadores: tansulosina e terazosina (atuam relaxando o colo da bexiga e diminuindo a resistência ao fluxo)
- Anticolinérgicos : Acetilcolina, oxibutinina...(grupo dos anti muscarínicos -melhoram os sintomas da incontinência urinária)
- Toxina Botulínica: altamente eficaz para relaxar o músculo detrusor ;

• Tratamento através da estimulação elétrica (3);

- Neuroestimulação

• Tratamento cirúrgico (3):

- Quando tratamento conservador é considerado ineficaz;
- Procedimentos:
 - Esfincterotomia/stents intrauretrais;
 - Aumento da Bexiga;
 - Derivação urinária continente e incontinente;

Intervenções de Enfermagem

- Incentivar a pessoa a urinar, através de medidas comportamentais/ não farmacológicas;
- Encorajar a autonomia do paciente na gestão de sua condição;
- Incentivar a ingestão adequada de líquidos e práticas de higiene adequadas;
- Realizar diários miccionais de 24 horas;
- Avaliar volumes residuais pós-miccionais, através do esvaziamento, que devem ser os mais baixos possíveis (até 200ml) ;
- Gerir os horários de esvaziamento para que os volumes urinários máximos drenados não excedam, idealmente, 500 ml (4/4 ou de 6/6h);

-
- Planear gradualmente aumento dos intervalos entre micções para treinar a compliance vesical e inibir contracções involuntárias do detrusor;
 - Avaliar a capacidade cognitiva e física para o auto-esvaziamento;
 - Instruir/ treinar e assistir no auto-esvaziamento;
 - Incentivar a cumprir um programa de ingestão hídrica das 6 às 21h, para os auto-esvaziamentos;
 - Realizar um esquema de ingestão hídrica e auto-esvaziamentos de 3/3h;
 - Envolver a família/cuidador na gestão desta condição de saúde;

- Vigiar a pele;
- Incentivar a realização de exercícios de fortalecimento da musculatura do pavimento pélvico;
- Despistar sinais de retenção urinária, incontinência, e infecções do trato urinário;
- Prevenir e despistar sinais de disreflexia autónoma (Lesões a cima de T6);
- Administrar terapêutica, conforme prescrição;
- Instruir a pessoa/família sobre os mecanismos que desencadeiam a disreflexia autónoma, bem como os sinais e sintomas;

Obrigada pela vossa atenção !!!!!

Referências Bibliográficas

- 1. Truzzi JC, Almeida FG de, Sacomani CA, Reis J, Rocha FET. Neurogenic bladder – concepts and treatment recommendations. *International braz j urol* [Internet]. 2022 Apr;48(2):220–43. Available from: <https://www.scielo.br/ijbu/a/6g7sWhM75VMdTjyvHrfNxHS/?format=pdf&lang=en>;
- 2. Tayyeb M, Tadi P. Neurogenic Bladder [Internet]. PubMed. Treasure Island (FL): StatPearls Publishing; 2023. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK560617/>
- 3. Perez NE, Godbole NP, Amin K, Syan R, Gater DR. Neurogenic Bladder Physiology, Pathogenesis, and Management after Spinal Cord Injury. *Journal of Personalized Medicine*. 2022 Jun 14;12(6):968
- 4. Nardoza A, Miguel J, Filho Z, Borges R, Reis D. Urologia Fundamental [Internet]. [cited 2024 Sep 1]. Available from: http://www.fcm.unicamp.br/fcm/sites/default/files/2016/page/urologia_fundamental.pdf
- Ordem dos Enfermeiros – Guia de boa prática de cuidados de Enfermagem à Pessoa com Traumatismo Vertebro-Medular- Guia orientador de boa Prática Cadernos OE I Série I Número 2, 2009

**Apêndice H- Intervenção do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação
no Autocuidado - Sexualidade na Pessoa Adulta – *Scoping Review***

Resumo

Introdução: A Sexualidade é um fenómeno multidimensional, que engloba a dimensão biológica, psicológica e social. A intervenção do enfermeiro é essencial quando surgem alterações no Autocuidado da sexualidade, pois este planeia e implementa intervenções que visam apoiar a pessoa, no bem-estar desta dimensão. A intervenção do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação (EEER) no foco da Sexualidade é fundamental para que a pessoa adquira novas formas de viver a sua Sexualidade e melhore a qualidade de vida.

Objetivo: Elaborar um protocolo para mapeamento da evidência científica das intervenções do EEER na Sexualidade da pessoa adulta.

Método da revisão: Optou-se pela metodologia segundo *Joanna Briggs Institute*, utilizando o acrónimo “PCC”, definindo-se como questão de investigação: Qual a intervenção do EEER na Sexualidade na Pessoa Adulta?

A revisão considerará os estudos que incluam pessoas com idade superior a 18 anos, sem alterações cognitivas em que o EEER atua.

Os estudos variam em foco, desde aspetos emocionais e psicossociais até intervenções técnicas específicas. A metodologia inclui tanto abordagens qualitativas quanto quantitativas e as amostras dos estudos variam em tamanho e natureza, mostrando a diversidade nas escalas de pesquisa.

Conclusão: A educação e comunicação entre profissionais de saúde, pessoas e famílias são essenciais para garantir um processo de reabilitação eficaz. Os estudos também enfatizam a intervenção do EEER na necessidade de um cuidado holístico, que aborda não apenas as necessidades físicas, mas também as emocionais e psicológicas das pessoas.

Palavras-Chave: Sexualidade; Enfermeiro de Reabilitação; Intervenções de Enfermagem.