



Instituto Politécnico  
de Castelo Branco

**INSTITUTO POLITÉCNICO DE PORTALEGRE**

**ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE**

**UNIVERSIDADE DE ÉVORA**

**ESCOLA SUPERIOR DE ENFERMAGEM DE SÃO JOÃO DE DEUS**

**INSTITUTO POLITÉCNICO DE BEJA**

**ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE**

**INSTITUTO POLITÉCNICO DE SETÚBAL**

**ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE**

**INSTITUTO POLITÉCNICO DE CASTELO BRANCO**

**ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE DR LOPES DIAS**

**Cuidados de Enfermagem de Reabilitação à  
pessoa com incontinência urinária em contexto  
de doença aguda**

**Ana Isabel Tapadinhas Bonito**

Orientação: Professora Doutora Eugénia Nunes Grilo

**Mestrado em Enfermagem**

Área de especialização: *Enfermagem de Reabilitação*

Relatório de Estágio

Portalegre, 2024





## **INSTITUTO POLITÉCNICO DE PORTALEGRE**

**ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE**



## **UNIVERSIDADE DE ÉVORA**

**ESCOLA SUPERIOR DE ENFERMAGEM DE SÃO JOÃO DE DEUS**



**IPBeja**  
INSTITUTO POLITÉCNICO  
DE BEJA

## **INSTITUTO POLITÉCNICO DE BEJA**

**ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE**



## **INSTITUTO POLITÉCNICO DE SETÚBAL**

**ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE**



Instituto Politécnico  
de Castelo Branco

## **INSTITUTO POLITÉCNICO DE CASTELO BRANCO**

**ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE DR LOPES DIAS**

# **Cuidados de Enfermagem de Reabilitação à pessoa com incontinência urinária em contexto de doença aguda**

**Ana Isabel Tapadinhas Bonito**

Orientação: Professora Doutora Eugénia Nunes Grilo

**Mestrado em Enfermagem**

Área de especialização: *Enfermagem de Reabilitação*

Relatório de Estágio

Portalegre, 2024

O relatório de estágio foi objeto de apreciação e discussão pública pelo seguinte júri nomeado pelo(a) Diretor(a) da Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Portalegre:

Presidente | Adriano de Jesus Miguel Dias Pedro, Professor Coordenador do Instituto Politécnico de Portalegre

Vogais | José Manuel Afonso Moreira, Professor Adjunto, Universidade de Évora (Arguente)

Eugénia Nunes Grilo, Professora Coordenadora do Instituto Politécnico de Castelo Branco  
(Orientador)

*“Para fazer mudanças não é preciso buscar novas paisagens, basta apenas olhar com outros olhos”*

**Marcel Proust**

## **AGRADECIMENTOS**

Um agradecimento sincero à Professora Doutora Eugénia Grilo, pela sua disponibilidade, dedicação, suporte e orientação ao longo de todo o meu processo formativo, enquanto estudante do Mestrado em Enfermagem.

Agradecer aos serviços e equipas multidisciplinares por onde passei a forma como fui recebida e tratada.

Aos enfermeiros especialistas em enfermagem de reabilitação que tiveram a amabilidade de orientar os meus estágios, nomeadamente os Enfermeiros Pedro Campos, Sónia Sousa, Andreia Domingues, Carlos Gonçalves, Roberto Mendes e Ana Levita, um agradecimento pela sua orientação, apoio e partilha de conhecimentos em todas as atividades desenvolvidas no decorrer dos estágios.

Agradecer a toda a minha família, em especial ao Luís, à Francisca e ao Santiago, por toda o apoio e força que me deram nos momentos mais difíceis deste percurso, pela compreensão de todos os momentos em que estive ausente ou menos presente e por nunca me deixarem desistir.

A todos o meu Muito Obrigada.

## **RESUMO**

Este relatório de estágio visa descrever o desenvolvimento de competências de enfermeira especialista e mestre, evidenciando os resultados de um plano de intervenção em enfermagem de reabilitação na pessoa com incontinência urinária em contexto de doença aguda. A incontinência urinária é caracterizada pela perda involuntária de urina e tem um impacto significativo na qualidade de vida da pessoa. A avaliação e reeducação da continência urinária são atividades que se incluem nas competências dos enfermeiros especialistas em enfermagem de reabilitação e o plano de intervenção através da metodologia de estudo de casos desenvolvido com cinco doentes, visou a promoção da continência urinária. As características dos doentes, estudados em profundidade e tempo disponível para as intervenções limitaram os resultados. Apenas dois doentes foram acompanhados até à alta e foi possível avaliar os resultados efetivos das intervenções concretizadas. Nenhum doente recuperou totalmente a continência urinária, contudo nos cinco doentes estudados, houve uma melhoria funcional e uma diminuição dos sintomas de incontinência, expressa nos scores quer do Índice de Barthel e o International Consultation on Incontinence Questionnaire-Short Form. A abordagem holística dos doentes e a implementação de cuidados diferenciados em enfermagem de reabilitação permitem concluir que nestes dois doentes o treino dos músculos pélvicos e a terapia comportamental na mudança de hábitos miccionais proporcionaram uma diminuição dos sintomas urinários e a perceção do aumento da qualidade de vida, e a análise reflexiva sobre as atividades permitiu ajuizar sobre as competências desenvolvidas e adquiridas ao longo do estágio.

**Palavras-chave:** incontinência urinária; cuidados de enfermagem; reabilitação; adultos e idosos.

## **ABSTRAT**

This stage report aims to describe the development of specialist and master skills, highlighting the results of a rehabilitation intervention plan in the person with urinary incontinence in the context of acute illness. Urinary incontinence is characterized by the involuntary loss of urine and has a significant impact on the person's quality of life. The evaluation and reeducation of urinary continence are activities that include the competencies of nursing rehabilitation, and the intervention plan through the case study methodology developed with five patients, aimed at the promotion of urinary continence. The characteristics of the patients studied in depth and the time available for the interventions limited the results. Only two patients were followed up until discharge and it was possible to evaluate the effective results of the interventions. No patient has fully recovered the urinary continence, however, in the five patients studied, there has been a functional improvement and a decrease in the symptoms of incontinence, expressed in the Barthel Index or in the International Consultation on Incontinence Questionnaire- Short Form. The holistic approach to patients and the implementation of differentiated care in rehabilitation nursing allow us to conclude that in these two patients, pelvic muscle training and behavioral therapy in changing urinary habits led to a reduction in urinary symptoms and a perceived increase in quality of life, and the reflective analysis of the activities allowed us to judge the skills developed and acquired during the internship.

**Keywords:** nursing care; rehabilitation; urinary incontinence, adults and the elderly.

## LISTAS DE SIGLAS E ABREVIATURAS

**AC-** Autocuidado

**AVC-** Acidente Vascular Cerebral

**AVD-** Atividades de Vida Diária

**Bpm-** Batimentos por minuto

**CIPE-** Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem

**DGS-** Direção Geral de Saúde

**EEER-** Enfermeiros Especialistas em Enfermagem de Reabilitação

**ER-** Enfermagem de Reabilitação

**ICIQ-SF-** International Consultation on Incontinence Questionnaire

**INE-** Instituto Nacional de Estatística

**IU-** Incontinência urinária

**mg** – Miligramas

**mmhg** – Milímetro de Mercúrio

**MRC-** Medical Research Council

**OE-** Ordem dos Enfermeiros

**OMS-** Organização Mundial de Saúde

**REPE-**Regulamento do Exercício Profissional dos Enfermeiros

**SMI-** Serviço de medicina interna

**SNS-** Serviço Nacional de Saúde

**SPG** – Sociedade Portuguesa de Ginecologia

**TAC CE-** Tomografia Axial Computorizada Crânio Encefálica

**UCIP-** Unidade de Cuidados Intensivos Polivalente

**UPP** – Úlceras Por Pressão

**WC** – Casa de Banho

## ÍNDICE

|   |          |
|---|----------|
|   | <b>f</b> |
| <b>INTRODUÇÃO</b> .....   | 13       |
| <b>1. APRECIÇÃO DO CONTEXTO</b> .....   | 17       |
| 1.1. CARACTERIZAÇÃO DAS UNIDADES DE INTERNAMENTO .....  | 17       |
| 1.2. CARACTERIZAÇÃO DA POPULAÇÃO .....  | 25       |
| <b>2. ANÁLISE DO ENVOLVIMENTO E DA PRODUÇÃO DE CUIDADOS</b> .....   | 31       |
| <b>3. PROBLEMÁTICA</b> .....  | 41       |
| <b>4. PERCURSO METODOLÓGICO</b> .....   | 43       |
| 4.1. INSTRUMENTOS DE RECOLHA DE DADOS .....   | 44       |
| 4.2. PROCEDIMENTOS ÉTICOS .....   | 47       |
| <b>5. FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA</b> .....   | 49       |
| 5.1. TEORIA DE DOROTHEA OREM .....  | 49       |
| 5.2. A PESSOA COM ALTERAÇÃO DA CONTINÊNCIA URINÁRIA E CUIDADOS DE ENFERMAGEM DE REABILITAÇÃO EM CONTEXTO DE DOENÇA AGUDA..... | 52       |
| <b>5.2.1. Neurofisiologia da Micção</b> .....   | 55       |

|   |     |
|---|-----|
| <b>5.2.2. Fisiopatologia da incontinência urinária</b> .....  | 58  |
| <b>5.2.3. Avaliação da pessoa com alteração da continência urinária</b> .....                             | 60  |
| <b>5.3. PLANO DE INTERVENÇÃO DE ENFERMAGEM DE REABILITAÇÃO À PESSOA COM INCONTINÊNCIA URINÁRIA</b> .....  | 64  |
| <b>6. RESULTADOS DOS CUIDADOS DE ENFERMAGEM DE REABILITAÇÃO À PESSOA COM INCONTINÊNCIA URINÁRIA</b> ..... | 76  |
| 6.1. DESCRIÇÃO E SÍNTESE DOS CASOS .....  | 76  |
| 6.2. DISCUSSÃO DOS RESULTADOS .....   | 99  |
| <b>7. ANÁLISE REFLEXIVA SOBRE AS ATIVIDADES DESENVOLVIDAS E AS COMPETÊNCIAS ADQUIRIDAS</b> .....          | 106 |
| 7.1. COMPETÊNCIAS COMUNS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA.....  | 107 |
| 7.2. COMPETÊNCIAS ESPECÍFICAS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA EM ENFERMAGEM DE REABILITAÇÃO.....               | 111 |
| 7.3. COMPETÊNCIAS DE MESTRE EM ENFERMAGEM.....  | 115 |
| <b>CONCLUSÃO</b> .....  | 117 |
| <b>REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS</b> .....   | 120 |
| <b>APÊNDICES</b> .....  | 140 |
| <b>Apêndice I: Protocolo de crioterapia</b> .....   | 141 |

|   |     |
|---|-----|
| <b>ANEXOS</b> .....   | 157 |
| <b>Anexo I:</b> Índice de Barthel.....  | 158 |
| <b>Anexo II:</b> Medical Research Council Muscle Scale.....   | 160 |
| <b>Anexo III:</b> Índice de Tinetti.....  | 162 |
| <b>Anexo IV:</b> Escala Rancho de los Amigos .....  | 165 |
| <b>Anexo V:</b> Questionário International Consultation on Incontinence Questionnaire - Short Form [ICIQ-SF].....   | 167 |
| <b>Anexo VI:</b> Declaração de Consentimento Informado, Livre e Esclarecido .....                                   | 169 |
| <b>Anexo VII:</b> Certificado Da Sessão de formação sobre “SCLINIC” .....   | 172 |
| <b>Anexo VIII:</b> Certificado Da Sessão de formação sobre “Infeções hospitalares- Treino de práticas seguras”..... | 174 |
| <b>Anexo IX:</b> Artigo científico.....   | 176 |
| <b>Anexo X:</b> Scoping Review .....  | 178 |
| <b>Anexo XI:</b> Declaração de Anuência de Orientação.....  | 180 |

## ÍNDICE DE QUADROS

**f**

|   |    |
|---|----|
| <b>Quadro 1-</b> Intervenções de Enfermagem de Reabilitação sistematizadas em função dos diagnósticos identificados ..... | 70 |
| <b>Quadro 2-</b> Plano de exercícios de fortalecimento pélvico .....  | 73 |
| <b>Quadro 3 -</b> Avaliação dos parâmetros bio fisiológicos pré e pós intervenções do caso A .....                        | 78 |
| <b>Quadro 4 -</b> Evolução da força nos membros superiores e inferiores do Caso A ao longo do internamento.....           | 80 |
| <b>Quadro 5 –</b> Avaliação do equilíbrio corporal do doente A através do índice de Tinetti .                             | 80 |
| <b>Quadro 6 -</b> Avaliação dos autocuidados e evolução do doente A.....  | 81 |
| <b>Quadro 7 -</b> Resultados do ICIQ-SF e evolução do doente A.....   | 82 |
| <b>Quadro 8 -</b> Avaliação dos parâmetros bio fisiológicos pré e pós intervenções do caso B .....                        | 83 |
| <b>Quadro 9 -</b> Evolução da força nos membros superiores e inferiores do doente B ao longo do internamento.....         | 85 |
| <b>Quadro 10 -</b> Avaliação do equilíbrio corporal do doente B através do Índice de Tinetti                              | 85 |
| <b>Quadro 11 -</b> Avaliação dos autocuidados e evolução do doente B.....   | 85 |

|  |    |
|--|----|
| <b>Quadro 12</b> - Resultados da aplicação do ICIQ-SF e evolução do doente B .....                                 | 87 |
| <b>Quadro 13</b> - Avaliação dos parâmetros bio fisiológicos pré e pós intervenções do doente C .....              | 88 |
| <b>Quadro 14</b> - Evolução da força nos membros superiores e inferiores do doente C.....                          | 89 |
| <b>Quadro 15</b> – Avaliação do equilíbrio corporal do doente C através do índice de Tinetti                       | 90 |
| <b>Quadro 16</b> - Avaliação dos autocuidados e evolução do doente C.....  | 90 |
| <b>Quadro 17</b> - Avaliação dos parâmetros bio fisiológicos pré e pós intervenções do doente D.....               | 92 |
| <b>Quadro 18</b> - Evolução da força nos membros superiores e inferiores do doente D.....                          | 93 |
| <b>Quadro 19</b> – Avaliação do equilíbrio corporal do doente D através do índice de Tinetti                       | 94 |
| <b>Quadro 20</b> - Avaliação dos autocuidados e evolução da doente D.....  | 94 |
| <b>Quadro 21</b> - Avaliação dos parâmetros bio fisiológicos pré e pós intervenções do doente E .....              | 95 |
| <b>Quadro 22</b> - Evolução da força nos membros superiores e inferiores do doente e ao longo do internamento..... | 97 |
| <b>Quadro 23</b> – Avaliação do equilíbrio corporal do doente E através do índice de Tinetti                       | 98 |
| <b>Quadro 24</b> - Avaliação dos autocuidados e evolução do doente E.....  | 98 |

## INTRODUÇÃO

O presente relatório de estágio, foi desenvolvido no âmbito do curso de VII Mestrado em Enfermagem em Associação das Escolas Superiores de Saúde do Instituto Politécnico de Portalegre, da Universidade de Évora, do Instituto Politécnico de Beja, do Instituto Politécnico de Castelo Branco e do Instituto Politécnico de Setúbal, integrado na unidade curricular Estágio Final da área de especialização de Enfermagem de Reabilitação [ER].

Com a elaboração do relatório, conforme os documentos orientadores, o mestrando, deve revelar capacidades de reflexão crítica sobre as práticas, fundamentar as escolhas com base na teoria e na evidência científica, descrever e avaliar a implementação de um projeto de intervenção para posterior apresentação em provas públicas.

Tendo como objetivo principal descrever o processo de desenvolvimento de competências de enfermeiro especialista e mestre, este trabalho contempla então a descrição das atividades desenvolvidas durante os estágios de ER, que contribuiram para o desenvolvimento dessas competências e, que incluíram um projeto de intervenção, em doentes com incontinência urinária [IU], num contexto de doença aguda.

O tema escolhido para o projeto de intervenção, a problemática da IU, surgiu após a identificação da necessidade de cuidados de ER às pessoas com esta alteração. Para além do interesse pessoal sobre a temática, relacionado com o facto de terem sido identificadas na prática profissional algumas lacunas, identificou-se também a possibilidade de as mesmas poderem ser colmatadas, com intervenções concretas principalmente, por ser uma problemática capaz de condicionar a autonomia, a funcionalidade e a qualidade de vida das pessoas, levando a distúrbios psicossociais, emocionais e higiénicos, além do alto custo para o sistema nacional de saúde [SNS] e limitações nas atividades da vida diária [AVD] (Alves et al., 2022).

A nível mundial existem mais de 200 milhões de pessoas com um problema de IU, e especialmente mulheres (Kiliç, 2016). De acordo com a Associação Portuguesa de Urologia (2018), existem em Portugal mais de 600 mil pessoas com IU, sendo que, apenas 10% procuram ajuda profissional. A vergonha, a falta de conhecimento sobre as opções de

tratamento ou o medo da cirurgia podem ser responsáveis por esta ausência de procura de ajuda, tornando a IU uma condição subdiagnosticada, em que a maior parte das pessoas não beneficia de cuidados adequados (Sociedade Portuguesa de Ginecologia [SPG], 2021).

A Associação Internacional de Uroginecologia e a International Continence Society definem a IU como qualquer queixa de perda involuntária de urina (Abrams et al., 2003). Segundo a Direção Geral de Saúde [DGS] (2017), a IU pode ser definida como uma situação patológica, onde ocorre perda de urina de forma involuntária/não controlada, como fugas ligeiras e ocasionais, ou perdas mais graves e regulares.

Apesar de a IU não ser uma doença letal, pode ter um impacto negativo, tanto na esfera pessoal como social e profissional, sendo considerada ainda um assunto tabu, que impõe restrições sociais, em grande parte por causa do sentimento de vergonha associado à perda de urina em público, impedindo também a pessoa de realizar as suas atividades da vida quotidiana. A estas alterações associam-se distúrbios como a depressão, ansiedade e isolamento social (Preda & Moreira, 2019). A IU encontra-se também associada a outras comorbilidades, como infeções perineias, perturbações do sono, quedas e fraturas (SPG, 2021), levando a mais dias de internamento, aparecimento de úlceras por pressão [UPP] e a um aumento da mortalidade das pessoas idosas (Amancio et al., 2019).

Apesar de a IU ocorrer em qualquer idade, afeta predominantemente as pessoas idosas, pela diminuição das fibras de colagénio, e pela diminuição dos níveis de estrogénio e outras hormonas (Gomes Braga et al., 2023), não devendo ser entendida como uma alteração normal da fisiologia do envelhecimento. Conforme as circunstâncias em que ocorre, a IU pode ser categorizada em vários tipos, sendo a mais prevalente a IU de esforço. Este tipo de incontinência ocorre devido ao aumento de pressão intra-abdominal, associada à incapacidade de os músculos do pavimento pélvico responderem a esse aumento de pressão (Valente et al., 2015).

A abordagem conservadora, do tratamento da IU inclui meios físicos, comportamentais e psicológicos e é a primeira forma de tratamento recomendada pois tem a vantagem de não ter efeitos colaterais, ser de baixo custo e ter pouca complexidade (Cunha et al., 2021). Neste âmbito, e tal como recomendam Valença et al. (2016), os planos de reabilitação para a IU, devem ser orientados por profissionais de saúde da área da reabilitação, nomeadamente por enfermeiros especialistas em enfermagem de reabilitação [EEER]. Os objetivos da sua intervenção, são aumentar a resistência dos músculos do pavimento pélvico, e prevenir a

evolução da IU através da terapia comportamental. As técnicas comportamentais, correspondem a intervenções que os EEER devem mobilizar nos seus planos de cuidados, pois são consideradas intervenções autónomas de ER.

De acordo com a Ordem dos Enfermeiros [OE] os enfermeiros especialistas em enfermagem de reabilitação devem melhorar a função, promover a independência e a máxima satisfação da pessoa preservando a sua autoestima (Regulamento nº 392/2019, 2019) e os processos de eliminação são um domínio da intervenção dos EEER. Esta perspetiva é igualmente partilhada na literatura. Autores como Rocha & Redol (2017), afirmam que a prestação de cuidados de enfermagem especializados a pessoas com IU é uma prioridade para os enfermeiros de reabilitação, e perante uma situação de IU a intervenção dos EEER deverá iniciar-se pela avaliação da pessoa e com ela, operacionalizar um plano de intervenção (Stevens, 2011). Para a avaliação é fundamental questionar sobre a história evolutiva dos sintomas, realizar um exame objetivo, e quantificar objetivamente as queixas (Rocha & Redol, 2017).

Deste modo e sob o tema “Cuidados de Enfermagem de Reabilitação à pessoa com incontinência urinária em contexto de doença aguda”, definiu-se como objetivo geral do projeto de intervenção compreender a pertinência das intervenções de ER nas pessoas com IU e nos seus familiares e cuidadores e como objetivos específicos: avaliar as pessoas com necessidade de cuidados de reeducação funcional motora e de cuidados direcionados à promoção do autocontrolo continência urinária; planear os cuidados de ER, tendo em conta o diagnóstico clínico, os antecedentes pessoais, os diagnósticos de ER, e as limitações e contra-indicações da promoção do autocontrolo urinário; adequar e individualizar as técnicas de autocontrolo urinário para as necessidades e objetivos da pessoa; prestar cuidados especializados de ER às pessoas com IU, tendo por base a evidência científica mais atual e avaliar os resultados nas pessoas e na sua qualidade de vida. Esta abordagem, envolveu a definição de um problema, a busca e a avaliação crítica das evidências e a implementação das mesmas na prática, com a avaliação dos resultados obtidos, o que de acordo com Sousa (2012), não é mais do que o processo da prática baseada na evidência, ferramenta essencial aos enfermeiros para melhorar a qualidade dos cuidados promovendo boas práticas.

A pessoa com IU pode experimentar alterações dos seus hábitos que condicionam a sua qualidade de vida, incluindo a capacidade para se autocuidar. Assim o projeto de intervenção

em pessoas com compromisso da continência urinária, foi apoiado pelo modelo teórico do défice de autocuidado, e suportado pela teoria do Autocuidado de Dorothea Orem.

Os estágios foram fundamentais neste percurso de desenvolvimento de competências não só porque permitiram colocar em prática as várias técnicas de intervenção e os cuidados diferenciados em ER, mas também porque permitiram o confronto com novas realidades de prestação de cuidados, novas responsabilidades e sobretudo um novo olhar sobre a situação de limitação funcional/dependência da pessoa e a sua reintegração na vida familiar e social.

Estruturalmente, este trabalho encontra-se dividido em sete capítulos principais. Após a introdução, segue-se a apreciação do contexto da prática de cuidados, onde se inclui a caracterização das unidades de internamento e da população que integra o contexto, de seguida foi feita uma análise do envolvimento que permitiu à mestranda desenvolver as suas competências, através dos cuidados que se realizam no contexto, orientando-os para a problemática selecionada para o projeto de intervenção. Após essa análise surge a definição de objetivos e metodologia e o programa de intervenção às pessoas com IU, que contempla a sua fundamentação teórica e o referencial teórico escolhido para a orientação dos cuidados. Após esta abordagem são apresentados e discutidos os resultados do programa de intervenção. No último capítulo é apresentada a análise reflexiva sobre o desenvolvimento de competências, sendo o relatório finalizado com a exposição das conclusões, das referências bibliográficas e dos anexos que consideramos pertinentes incluir.

Este relatório constitui-se num documento de natureza crítica reflexiva e será submetido perante um júri a provas públicas, tendo sido redigido ao abrigo do novo acordo ortográfico da língua portuguesa, utilizando as normas da American Psychological Association, 7ª edição (American Psychological Association, 2020).

## **1. APRECIÇÃO DO CONTEXTO**

No presente capítulo pretende-se dar a conhecer, através da sua caracterização, o contexto onde decorreu o estágio final e onde foi implementado o projeto de intervenção de ER. Será realizada uma descrição do espaço físico e recursos materiais disponíveis, bem como dos recursos humanos existentes e principal população alvo dos cuidados prestados nos respetivos serviços.

### **1.1. CARACTERIZAÇÃO DAS UNIDADES DE INTERNAMENTO**

O contexto onde decorreu o Estágio Final está integrado numa Unidade Local de Saúde. De acordo com o Portal do SNS, esta unidade tem como missão a promoção da saúde, prevenção da doença e prestação de cuidados de saúde diferenciados / especializados, de forma abrangente, personalizada e integrada, em tempo útil com qualidade e equidade, dando execução às políticas superiormente definidas e aos respetivos planos estratégicos, tendo em conta a respetiva adaptabilidade às necessidades regionais e locais. Esta unidade local de saúde participa ainda da formação de novos profissionais de saúde, e promove a atualização dos conhecimentos daqueles que se encontram em funções nas várias instituições e serviços e, desenvolvendo, direta ou indiretamente projetos de investigação científica. Esta unidade tem como principal objetivo a prestação de cuidados de saúde à população, tanto ao nível de cuidados de saúde primários como hospitalares e continuados, numa perspetiva de promover comunidades saudáveis, num ambiente saudável, sustentadas pela promoção da saúde, prevenção, tratamento e recuperação da doença, orientada para padrões de qualidade e de excelência, numa lógica de proximidade (SNS, 2023).

A unidade local de saúde em questão tem uma área de influência que abrange oito concelhos, é composta por um Hospital, e por dois agrupamentos de centros de saúde, responsáveis pelos cuidados de saúde primários num total de oito centros.

Os cuidados de saúde hospitalares são dispensados à população nos serviços que integram o hospital e englobam serviços de saúde diferenciados, como, urgência e emergência médica, bloco operatório, bloco de cirurgia de ambulatório, serviços de internamento de cirurgia, ortotraumatologia e medicina interna, serviço de hospital de dia, serviços de meios complementares de diagnóstico e terapêutica, e hospitalização domiciliária e consultas externas (SNS, 2023).

O Estágio final decorreu num serviço de internamento de medicina interna e no serviço de Unidade de Cuidados Intensivos Polivalente [UCIP], com a duração de dezasseis semanas (10 + 6 respetivamente). Durante o período do estágio pretendia-se o desenvolvimento de competências gerais de enfermeira especialista e específicas em ER arquitetando e implementando também um programa de intervenção. O serviço de internamento de medicina interna foi considerado o contexto adequado para o desenvolvimento de um programa de intervenção em pessoas com IU, pela caracterização dos doentes e das suas patologias, níveis de défices de autocuidado [AC], dependência e riscos acrescidos suscetíveis de interferirem com a sua segurança.

O serviço de medicina interna [SMI] encontra-se dividido em duas alas, a unidade de mulheres ou Medicina I e, a unidade de homens ou Medicina II, perfazendo um total de 52 camas, e uma valência de hospitalização domiciliária e a Unidade de Acidentes Vasculares Cerebrais [AVC] , tem um total de 10 camas, sendo 4 destinadas a cuidados diferenciados (geralmente doentes com AVC em fase aguda, com monitorização 24 horas. Para além destas o serviço integra ainda 3 camas para cuidados de conforto (Unidade de Conforto) e 3 para cuidados especiais (SNS, 2023). A Unidade de AVC é destinada a internamento de doentes com o diagnóstico clínico de AVC e com exame imagiológico concordante com a clínica, sendo prioritários os casos de AVC hemorrágico, AVC isquémico e acidentes isquémicos transitórios com necessidade de equipamentos diversos como monitores multi-parâmetros, bombas e seringas de infusão, aspiradores, redes de gases, etc. (SNS, 2023).

No ano de 2022, a Unidade de AVC recebeu doentes com idades compreendidas entre 33-99 anos e a média de idades dos doentes foi de 79,5. No mesmo período estiveram internados na Unidade de AVC, 122 doentes do sexo masculino e 106 do sexo feminino, e 174 dos casos foram AVC isquémico, e 32 hemorrágicos, 18 acidentes isquémicos transitórios e 4 hemorragias subaracnoídeas.

O SMI é composto ainda, por mais 19 camas de internamento de medicina geral, com 3 enfermarias de 3 camas, 1 enfermaria de 6 camas, um quarto duplo e dois quartos individuais para isolamentos.

A média de idades dos doentes do serviço de medicina interna é de 83 anos, o que vai de encontro às características da população envelhecida desta região. Segundo os censos de 2021, 28,5% da população tinha 65 ou mais anos e o índice de envelhecimento nesta data era de 249,6 idosos por cada 100 jovens, número muito superior aos censos anteriores (Pordata, 2021).

Para além dos AVC os doentes admitidos no serviço de medicina sofrem de multi-patologias, sendo as mais frequentes a patologia cardíaca (insuficiência cardíaca descompensada) e respiratória (insuficiências respiratórias por diversas causas e pneumonias).

No que respeita ao espaço físico, o serviço de medicina interna tem uma sala de preparação de terapêutica, uma sala de reunião da equipa de enfermagem, uma sala de tratamentos destinada à realização de técnicas terapêuticas e diagnósticas invasivas, uma sala para informações e ensinamentos, sala de reunião da equipa médica, sala da direção médica, sala da chefia de enfermagem, salas de despejos e roupa suja, pequenos espaços de arrumos de material, rouparia, sala de material de consumo clínico, uma copa para o uso do pessoal, cinco casas de banho para doentes, tendo duas duche adaptado a cadeiras de banho e barras de apoio lateral, importantes para doentes com necessidades especiais e com alteração da mobilidade.

No serviço de internamento o espaço da unidade do doente é reduzido, o que condiciona a mobilidade dos doentes em cadeira de rodas ou com dispositivos auxiliares de marcha e a mobilidade dos profissionais de saúde na prestação de cuidados. A disposição do material na enfermaria também fica condicionada, por exemplo dispor a mesa-de-cabeceira do doente com AVC no lado afetado, nalgumas situações, é uma tarefa difícil de concretizar.

Em termos de recursos humanos, esta unidade de internamento possui uma vasta equipa, com um corpo fixo de 13 médicos assistentes e especialistas em medicina interna, 23 enfermeiros, de entre os quais 3 são especialistas em ER. Destes 3 especialistas 2 desempenham exclusivamente cuidados diferenciados de reabilitação, nas duas alas da medicina, estando em dias pares num serviço e dias ímpares no outro. O terceiro EEER encontra-se atualmente em atividades de gestão do serviço.

Os EEER, para além dos cuidados especializados em ER, desempenham funções de coordenação, assumindo a responsabilidade do serviço na ausência do enfermeiro chefe, ou colaboram na coordenação segundo as necessidades do serviço.

A distribuição das horas de cuidados necessárias é feita também pelos EEER, de acordo

com o sistema de classificação de doentes, bem como a distribuição dos doentes, que é feita na manhã anterior para as próximas 24 horas.

O Sistema de Classificação de Doentes em Enfermagem, da Administração Central do Sistema de Saúde, I. P., permite determinar as necessidades dos doentes em cuidados de enfermagem traduzíveis em horas de cuidados e constitui uma referência para o cálculo de dotações seguras (Regulamento n.º 743/2019). De acordo com a OE, a adoção deste instrumento, permite que se possa cumprir a missão de promoção, defesa e melhoria da segurança e qualidade dos cuidados de enfermagem prestados à população, no estreito respeito pelas normas legais em vigor, apresentando aquela que seria a dotação de enfermeiros recomendada ou adequada. O mesmo instrumento e ainda de acordo com a OE, disponibiliza, aos decisores na área das políticas públicas e recursos humanos na saúde, suporte importante ao processo de tomada de decisão (Regulamento n.º 743/2019).

O método de trabalho é por enfermeiro responsável. De acordo com Ventura-Silva et al. (2021), este método consiste, “numa prestação de cuidados aos clientes internados, através de uma responsabilidade individualizada nas tomadas de decisão em relação à assistência de enfermagem ao cliente” (p.281). Na prestação de cuidados com base neste método, o enfermeiro é responsável por decidir como o cuidado deverá ser prestado diária e continuamente, sendo responsável pela coordenação das decisões clínicas, assim como pela supervisão da assistência prestada aos doentes durante o internamento (Ventura-Silva et al., 2021).

No que se refere aos cuidados diferenciados de ER, os EEER organizam o seu trabalho de acordo com prioridades, que definem com base nos conhecimentos que têm e nas competências que lhes são atribuídos através do título de enfermeiro EEER, de forma a “ajudar as pessoas com doenças agudas, crónicas ou com as suas sequelas a maximizar o seu potencial funcional e independência” (Regulamento n.º 392/2019, p.13565). Assim, no início do turno da manhã, após a passagem de turno, o EEER traça o seu plano de trabalho, de acordo com os problemas reais e potenciais dos doentes internados no serviço, concebendo e implementando um plano de cuidados individualizado e adaptado às necessidades de cada um. Neste contexto, os cuidados de ER aos doentes visam sobretudo a “manutenção das capacidades funcionais” dos doentes e a prevenção de complicações de modo a evitar incapacidades. As intervenções terapêuticas proporcionadas “visam melhorar as funções residuais, manter ou recuperar a independência nas

atividades de vida e, minimizar o impacto das incapacidades instaladas” (Regulamento n.º 392/2019, p.13565) principalmente ao nível da função neurológica, respiratória e cardíaca.

De acordo com Duarte (2023) uma equipa de enfermagem especializada em reabilitação, a prestar cuidados exclusivos e diferenciados, será sempre uma mais valia para qualquer serviço, em particular para um serviço de medicina, uma vez que os EEER “promovem a obtenção de ganhos em saúde, contribuindo para a diminuição das morbilidades, promovendo a autonomia do doente e da família, evitando ou reduzindo o número de episódios de internamento” (p.9). As intervenções terapêuticas dos EEER, contribuem para a diminuição da demora média de internamento, uma vez que melhoram o nível de independência funcional dos doentes contribuindo para a autonomia ou redução do nível de dependência nas AVD, promovendo o AC e otimizando todo o processo de reintegração social e familiar da pessoa (Duarte, 2023).

Um aspeto menos positivo, foi o facto de a equipa estar reduzida a 3 elementos, sendo um elemento, o responsável pela gestão do serviço, o que compromete a continuidade dos cuidados de ER.

Em matéria de cuidados de reabilitação o serviço conta ainda com o apoio do serviço de Medicina Física e Reabilitação, contando com vários fisioterapeutas e duas terapeutas da fala.

O serviço de medicina interna, para além da equipa de enfermagem, dispõe ainda de 13 assistentes operacionais e 1 assistente administrativa.

No que respeita a recursos materiais, este serviço possui diversos dispositivos e produtos de apoio como: camas articuladas, colchões de pressão alternada, almofadas para posicionamento terapêutico, calcanheiras viscoelásticas, tábuas de transferência, cadeiras de banho, cadeiras de rodas, com apoio podal, uma cadeira com balança incorporada, cadeirões, superfícies de apoio, auxiliares de marcha (andarilhos, tripés, bengalas, canadianas), pesos, faixas elásticas com diferentes graus de intensidade, caixa de estimulação propriocetiva, degraus amovíveis, espelho, bolas para treino terapêutico, dispositivos para reeducação funcional respiratória, como bastões, sacos de areia e inspirómetros de incentivo, estetoscópio, material de reabilitação da motricidade fina. De acordo com Instituto Nacional de Reabilitação os produtos de apoio permitem “compensar ou atenuar as limitações funcionais e restrições ao nível da participação no contexto de vida das pessoas com deficiências e/ou incapacidades” (Instituto Nacional de Reabilitação, 2021, p.1). A diversidade de produtos afirma a importância que esta unidade de

internamento atribui à melhoria da mobilidade dos doentes.

O segundo local do estágio final foi numa UCIP, integrada na mesma Unidade Local de Saúde. Esta unidade está aberta e a funcionar desde janeiro de 1984. Inicialmente com cinco camas, após remodelação, reabriu em 1998 com a lotação de oito camas. A sua disposição física é circular, em redor de uma central de monitorização e uma sala de trabalho adjacente, de modo a permitir uma visualização direta e contínua de todos os doentes, colocados em unidades individuais, separados por cortinados como divisórias e com fácil acesso, atendendo doentes de ambos os sexos.

Todas as camas da unidade têm suporte ventilatório invasivo e todos os monitores do serviço estão ligados a uma rede informática estruturada que permite acesso de qualquer ponto das instalações.

Como suporte, a unidade tem ainda uma série de outras áreas subjacentes, dedicadas ao apoio e acondicionamento de materiais e equipamentos, assim como áreas dedicadas à própria orgânica dos profissionais de saúde, como uma sala de passagem de ocorrências de enfermagem, uma sala de reunião da equipa médica, uma copa para uso do pessoal, dois vestiários, e uma sala de desinfeção de equipamentos e arrumos.

As camas são articuladas, não automáticas e não descem a altura necessária a alguns procedimentos, mantendo-se altas, o que dificulta a execução dos posicionamentos, levantes e transferências dos doentes respeitando a mecânica corporal. Para facilitar o levante dos utentes são utilizados apoios de pés (degraus) e, em algumas transferências, existe elevador para a transferência dos doentes.

A unidade recebe doentes provenientes do distrito cujo estado é considerado crítico e de alto risco, podendo subitamente apresentar falência grave das suas funções vitais, necessitando por isso de tratamentos complexos e de equipamentos de apoio de órgão (ventilação mecânica, hemodinâmica e diálise). Neste âmbito, a unidade permite a prestação de cuidados específicos e especializados quer médicos, quer de enfermagem.

A UCIP possui 8 camas de nível III, vulgarmente designadas de cuidados intensivos e, o eixo de referenciação dos doentes críticos, é dirigido para outro distrito próximo, quando a complexidade destes envolva as valências de cirurgia vascular, neurocirurgia e cirurgia torácica.

De acordo com os dados do Sistema Integrado de Informação Hospitalar, do SNS, no ano de 2021, foram admitidos na UCIP 271 doentes, mais 2,11% que no ano anterior, sendo a tipologia de doentes admitidos com maior percentagem, os que apresentavam a patologia médica não coronária, seguida daqueles que apresentavam patologia médica coronária e cirurgia urgente. Os doentes de cirurgia eletiva e os doentes neuro críticos, têm uma menor percentagem de admissão nesta unidade. O tempo médio de internamento é de 6,57 dias e, 27,74% dos doentes admitidos são submetidos a ventilação mecânica invasiva.

A unidade difunde a sua carteira de serviços internamente, como sejam, emergências cardiorrespiratórias, vias verdes AVC, sépsis, enfarte agudo do miocárdio, intoxicações, pós-operatórios, politraumatizados e doenças degenerativas do sistema neuromuscular. Da UCIP faz parte a Equipa de Emergência Médica intra-Hospitalar que durante 24h/dia e 7 dias da semana, atende internamente emergências metabólicas e neuro endócrinas, anafilaxia e outras emergências imunológicas. A unidade é ainda responsável pela formação teórico-prática (cursos de técnicas de socorrismo a assistentes operacionais, profissionais de segurança e alimentação, curso de suporte avançado de vida, curso de controlo de infeção) em cooperação com o Grupo de Coordenação Local-Programa de Prevenção e Controlo de Infeções e de Resistência os Antimicrobianos.

Relativamente aos recursos humanos, a UCIP conta com 25 enfermeiros, 10 especialistas, sendo 2 EEER, que não prestam cuidados exclusivos em reabilitação e um corpo médico fixo de 3 médicos especialistas, 7 assistentes operacionais e, 1 assistente administrativa. Tem o apoio do serviço de radiologia, medicina física de reabilitação, com 1 fisioterapeuta e terapeutas da fala.

Relativamente ao método de trabalho, é também o método de enfermeiro responsável, com um rácio de 1 enfermeiro para 2 doentes, em cada turno. A distribuição dos doentes é feita no final de cada passagem de turno pelo enfermeiro responsável de turno.

Os EEER em unidades de cuidados intensivos estão essencialmente vocacionados para a aplicação precoce de técnicas de reabilitação específicas, com vista à prevenção de sequelas e complicações, inerentes à situação clínica da pessoa em situação crítica e imobilidade, contribuindo para a otimização das funções cognitiva, respiratória, neuromuscular e osteoarticular (Ferreira & Peres, 2020; Regulamento n.º 392/2019). Desta forma, os cuidados diferenciados

em ER estão enquadrados nas necessidades de cuidados dos doentes em situação crítica (Prazeres et al, 2021).

Segundo Mendes e Nunes (2018), 93,8% das unidades portuguesas têm enfermeiros com formação especializada em reabilitação na sua equipa, contudo apenas 26% exerce funções especializadas a tempo inteiro. Este modelo de organização, ou por falta de recursos ou por opção de gestão, torna difícil a prestação de cuidados de reabilitação ao doente crítico, podendo interferir com resultados assistenciais e com os ganhos em saúde.

Conforme sublinham Prazeres et al. (2021), a presença dos EEER nas unidades de cuidados intensivos, de modo consistente e sustentado, é imperativa. As intervenções dos EEER, baseadas na melhor evidência disponível e atentas à segurança da pessoa em situação crítica, podem contribuir para a melhoria da qualidade dos cuidados prestados, o que acarreta benefícios quer para a pessoa doente e a sua família, quer para as instituições hospitalares. Os EEER, enquanto conhecedores do processo de reabilitação, poderão intervir, no sentido de aumentar a mobilidade da pessoa em situação crítica e melhorar a função respiratória, através da implementação de planos específicos de forma a maximizar o potencial funcional dessas pessoas, prevenindo complicações e minimizando incapacidades, com vista à promoção da autonomia e independência (Prazeres et al., 2021).

Relativamente aos registos, os EEER realizam uma nota escrita, onde é identificada a área que descrevem como “Enfermagem de Reabilitação”. Esta nota é elaborada de forma descritiva não mostrando a efetividade dos mesmos. No serviço de medicina interna, para completar esta nota descritiva, a equipa de ER construiu uma base de dados que contempla a avaliação do estado cognitivo, da capacidade funcional, da função respiratória e da força muscular. A avaliação dos doentes é feita em dois momentos, na admissão e na alta, com recurso a instrumentos de avaliação validados para a população portuguesa como o Índice de Barthel, escala da força muscular, escala de dispneia do Medical Research Council [MRC] e a tabela nacional da funcionalidade. Para além disto, os EEER acrescentam, um leque de intervenções descritas no plano de cuidados feito no sistema informático, SClínico, com utilização da linguagem da Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem [CIPE].

Contudo, as intervenções descritas não incluem a totalidade dos cuidados prestados aos doentes, por falta de parametrização no sistema.

Os registos clínicos dos doentes na UCIP são desde agosto de 2015 totalmente digitais. O programa informático utilizado é o *BSimple Patient Care UCI*. Este sistema possui numa única plataforma toda a informação vital de registo e apoio à decisão clínica, onde todos os sistemas e dispositivos médicos são facilmente integrados. No que respeita aos registos de ER, como foi referido anteriormente, e tal como no serviço de medicina interna, são feitos apenas em nota descritiva.

## 1.2. CARACTERIZAÇÃO DA POPULAÇÃO

Os doentes admitidos no internamento de medicina, conforme dados recolhidos, são essencialmente pessoas com idade superior a 65 anos. Estes números revelam o envelhecimento da população portuguesa em geral. De acordo com o Instituto nacional de Estatística [INE], em 2022, o índice de envelhecimento em Portugal, que compara a população com 65 e mais anos (população idosa) com a população jovem, atingiu o valor de 185,6 idosos por cada 100 jovens (INE, 2023). O panorama português, em matéria de demografia não difere significativamente do panorama mundial. A Organização Mundial de Saúde [OMS], estima que em 2050 o número de pessoas com mais de 60 anos triplique (OMS, 2015), confirmando Portugal como um dos países europeus com um envelhecimento acentuado e que, se tem vindo a agravar nos últimos anos.

Relacionado com o aumento da longevidade e como outros fatores verifica-se a existência de cada vez mais pessoas com algum grau de incapacidade e com necessidade de cuidados especiais. Neste contexto, e conforme referem Correia et al. (2023), os EEER assumem cada vez mais um papel fundamental na adaptação da sociedade a esta transição da população portuguesa, podendo contribuir com os seus cuidados para a manutenção e promoção da autonomia da pessoa, sendo também cada vez mais influentes na prestação de cuidados de reabilitação à pessoa em fim de vida, por assumirem funções “ao longo do ciclo de vida, em todos os contextos da prática de cuidados” (Regulamento n.º 392/2019, p. 13566).

O envelhecimento inevitavelmente está associado à capacidade da pessoa para lidar com uma ou mais doenças crónicas, com a perda de capacidade funcional e muitas vezes dependência. Contudo, e tal como referem Cabral e Ferreira (2013), este processo não deverá

ser fator de exclusão social, de dependência ou de limitações, que provoquem situações de solidão ou institucionalização.

O aumento do envelhecimento da população, assim como o aumento de patologias crónicas e o eventual maior grau de dependência, tornam imprescindível a alocação dos EEER aos serviços de medicina interna (Venâncio, 2023), sendo o objetivo principal das suas intervenções, a manutenção e promoção do bem-estar, qualidade de vida, promoção do AC da pessoa, a prevenção de complicações e ainda a maximização das capacidades e se possível a recuperação da sua funcionalidade (OE, 2015; Regulamento n.º 392/2019).

Tal como já foi referido, para além de serem maioritariamente idosos, os doentes internados no serviço de medicina apresentavam pluripatologias, sendo as patologias mais frequentes, as doenças respiratórias restritivas, como a pneumonia, insuficiências cardíacas e patologias neurológicas, como o AVC.

As infeções respiratórias em geral e a pneumonia em particular são um dos problemas de saúde mais comuns. Afetam todas as faixas etárias e são uma das principais causas de mortalidade no mundo e em Portugal (Araújo, 2016).

Segundo a Sociedade Portuguesa da Pneumologia (2020), a pneumonia continua a ser a principal causa de morte respiratória, matando 16 pessoas por dia em Portugal e 11 mil pessoas por mês em toda a Europa. A pneumonia refere-se, na maioria dos casos, a uma condição infecciosa do pulmão, na qual a totalidade ou parte dos alvéolos estão preenchidos com líquido e eritrócitos, num processo designado de consolidação pulmonar (Yang et al., 2010). Normalmente são causadas por agentes bacterianos, podendo apresentar uma etiologia vírica, fúngica ou de outros agentes bacterianos (Guessous et al., 2008).

De acordo com o relatório do Observatório Nacional das Doenças Respiratórias (2023), observou-se uma diminuição marcada nos números de internamentos e óbitos relacionados com pneumonia bacteriana, justificada provavelmente pela vacinação gratuita e alargada nos últimos tempos, embora ainda com valores preocupantes, principalmente nas faixas etárias acima dos 65 anos. Por outro lado, a pneumonia viral apresentou um aumento significativo desde 2021, provavelmente pelo aumento de capacidade de diagnóstico viral, consequência da pandemia.

A prevenção do desenvolvimento das doenças respiratórias exige o conhecimento das alterações fisiológicas associadas ao envelhecimento. Para além das alterações físicas que

modificam a constituição e forma do tórax, também a perda da força muscular e dos músculos respiratórios, assim como a menor capacidade de expansão torácica, menor distensão das vias aéreas e reflexo de tosse diminuído, contribuem para o agravamento da função respiratória, e para o aumento da taxa de internamento e mortalidade nas pessoas idosas em Portugal (Menoita et al., 2012).

Neste contexto, a reeducação funcional respiratória tem um papel extremamente importante, no que diz respeito à prevenção e tratamento das doenças respiratórias. Sendo uma terapêutica baseada essencialmente no movimento, atua principalmente nos fenómenos mecânicos da respiração, ou seja, na ventilação externa, melhorando através dela, a ventilação alveolar, através da utilização de vários exercícios (Cordeiro & Menoita, 2012). Estes exercícios “consistem em técnicas manuais, posturais e cinéticas, dos componentes toraco-abdominais que podem ser aplicadas isoladamente ou em associação com outras técnicas” (Cordeiro & Menoita, 2012, p.61).

Os objetivos fundamentais da reeducação funcional respiratória são: mobilizar e eliminar secreções brônquicas; melhorar a ventilação pulmonar; promover a reexpansão pulmonar; melhorar a oxigenação e as trocas gasosas; diminuir o trabalho respiratório; diminuir o consumo de oxigénio; aumentar a mobilidade torácica; aumentar a força muscular respiratória; aumentar a *endurance*; reeducar a musculatura respiratória; promover a independência respiratória funcional; prevenir complicações e acelerar a recuperação da pessoa (Cordeiro & Menoita, 2012).

As intervenções ou cuidados de ER às pessoas idosas com alterações do foro respiratório são transversais a qualquer fase do ciclo de vida, mas devem ser sempre adaptadas a cada pessoa e a cada situação, respeitando fatores como a patologia, as suas especificidades e complicações, a idade e condição de cada um (Menoita et al., 2012).

Relativamente às doenças do foro cardiovascular, como a insuficiência cardíaca congestiva, a par com as doenças respiratórias, representam uma das principais causas de incapacidade e mortalidade na Europa (European Society of Cardiology, 2019). A nível mundial, segundo a OMS as doenças cardiovasculares são a principal causa de morte, com cerca de 17,9 milhões de óbitos anuais. São um grupo de perturbações do coração e dos vasos sanguíneos e incluem a doença coronária, a doença cerebrovascular, a doença cardíaca

reumática e outras doenças. Mais de quatro em cada cinco mortes por doenças cardiovasculares são devidas a ataques cardíacos e acidentes vasculares cerebrais, e um terço destas mortes ocorre prematuramente em pessoas com menos de 70 anos de idade (OMS, 2021).

De acordo com a Sociedade Europeia de Cardiologia (2021), insuficiência cardíaca pode ser definida como uma síndrome clínica caracterizada por sintomas, como, dispneia, edema maleolar e fadiga, acompanhados de sinais de pressão venosa jugular elevada, ferveres pulmonares e edema periférico. Isto deve-se a uma alteração estrutural e/ou funcional do coração, que resulta em pressões intracardíacas elevadas e/ou num débito cardíaco inadequado em repouso e/ou durante o esforço.

A ER tem um papel fundamental para ajudar as pessoas acometidas de doença cardíaca a adaptarem-se à sua nova condição de vida, e, no caso dos problemas cardíacos, a reabilitação cardíaca tem um papel importante na redução de anos de vida saudável perdidos (Cunha, 2023).

Segundo Bolas (2017), em concordância com a OMS, a reabilitação cardíaca “é o somatório das atividades necessárias para garantir às pessoas portadoras de cardiopatia as melhores condições física, mental e social, de forma que consigam, pelo seu próprio esforço, reconquistar uma posição normal na comunidade e levar uma vida ativa e produtiva” (p. 381).

Assim, os programas de ER, devem dar ênfase não só ao exercício físico, mas também às ações educativas para a mudança de estilos de vida saudáveis, permitindo à pessoa o desenvolvimento das suas atividades normais do dia-a-dia (Bolas, 2017).

No que respeita aos AVC, e segundo a Sociedade Portuguesa de Medicina Interna (2021), o AVC é a principal causa de morte e incapacidade permanente em Portugal afetando o cérebro, podendo provocar uma deficiência súbita, por entupimento (AVC isquémico) ou rotura (AVC hemorrágico) de uma artéria cerebral.

A hospitalização em geral e a hospitalização das pessoas idosas de um modo particular, influencia a capacidade de realização do AC e conseqüentemente a capacidade funcional, devido à imobilidade e respetivas complicações (De Matos & Simões, 2020). Podendo mesmo originar incapacidade funcional, esta pode ser definida como a restrição para desempenhar uma ou mais atividades dentro da extensão considerada normal para a vida humana e impõe às pessoas limitações motoras, sensitivas, sensoriais, de compreensão e expressão dos pensamentos, podendo alterar a sua dinâmica e qualidade de vida. Por isso, e tal como sublinha

Menoita et al. (2012), a reabilitação da pessoa com AVC deve ser precoce, com início, ainda em meio hospitalar, tendo especial atenção no regresso a casa e na continuidade dos cuidados no domicílio.

No serviço de medicina, para além dos problemas cardiorrespiratórios e cardiovasculares já referidos, os doentes apresentam outras morbilidades e múltiplas doenças crónicas, como a doença pulmonar obstrutiva crónica, a diabetes mellitus e hipertensão arterial. De acordo com a Sociedade Espanhola de Medicina Interna et al. (2013) estes doentes “constituem uma população homogénea em complexidade, vulnerabilidade clínica, fragilidade, mortalidade e compromisso funcional” (p.6), decorrentes não apenas dos problemas de saúde, mas também da polimedicação que comprometem a qualidade de vida. Ou seja, para além da patologia que levou ao internamento, apresentam diversos antecedentes que, concomitantemente, com a idade avançada podem significar períodos mais longos de dependência funcional, associada à imobilidade prolongada e as suas consequências. Nas pessoas idosas a imobilidade prolongada origina complicações cardiovasculares, pulmonares, gastrointestinais, músculo-esqueléticas e urinárias (Guedes et al., 2018) e por isso a prevenção das mesmas constitui-se um dos maiores desafios para equipa multidisciplinar, em particular para os EEER.

As comorbilidades já referidas, exigem um controlo e medidas terapêuticas precisas, o que muitas vezes teve implicações desfavoráveis no processo de reabilitação dos doentes. O regulamento das competências específicas dos EEER preconiza que os mesmos, sejam capazes de prevenir complicações e evitar incapacidades, assim como proporcionar intervenções terapêuticas que visem melhorar as funções residuais e recuperar a independência nas atividades da vida diária e ainda minimizar o impacto das incapacidades instaladas, concretamente ao nível das funções neurológica, respiratória, cardíaca e ortopédica e outras deficiências e incapacidades (Regulamento n.º 392/2019). Desta forma, fatores como o estado clínico do doente e a sua instabilidade hemodinâmica, influenciaram a implementação de cuidados de reabilitação.

Na UCIP, os doentes internados para além de apresentarem pluripatologias, encontravam-se em situação crítica e com necessidade de suporte ventilatório invasivo, em grande parte dos casos. A pessoa em situação crítica é a que apresenta falência de um ou mais sistemas orgânicos e cuja sobrevivência está sujeita à utilização de meios avançados de vigilância, monitorização

e terapêutica. O uso de drogas específicas, o elevado número de equipamentos e dispositivos médicos a que estão ligados, assim como a instabilidade hemodinâmica, levam estes doentes a situações de imobilidade (Beliz et al.,2020), com todas as consequências que decorrem da mesma.

Tendo em conta as características, da população das unidades de internamento, consideramos que os contextos reúnem as condições para o desenvolvimento das competências pretendidas para o Estágio Final e, para a intervenção no âmbito do AC e da capacitação dos doentes, nomeadamente na alteração da eliminação urinária.

No que diz respeito à reabilitação, os processos de eliminação e a prestação de cuidados às pessoas com alterações do padrão de eliminação vesical, constitui uma prioridade nas intervenções da ER (Redol & Rocha, 2017), uma vez que são os EEER que, em muitos casos, percebem, no decorrer da prestação de cuidados, que o doente sofre de IU (Stevens, 2011; Newman et al., 2013).

A promoção da continência urinária contribui significativamente para a melhoria da qualidade de vida das pessoas e dos seus familiares, e os EEER, pelas suas competências científicas e técnicas, poderão detetar este problema e iniciar de imediato o processo de avaliação do doente e implementar, em colaboração, com o resto da equipa um plano de intervenções necessárias (Stevens, 2011).

## 2. ANÁLISE DO ENVOLVIMENTO E DA PRODUÇÃO DE CUIDADOS

A prestação de cuidados de ER, durante o Estágio Final, foi suportada pela Teoria do Défice de Autocuidado de Dorothea Orem, que falaremos mais à frente, tendo em conta os problemas reais e potenciais dos doentes, as características das unidades de internamento e os produtos de apoio disponíveis. Neste sentido, procurámos dar resposta às necessidades efetivas dos doentes internados, através de planos de cuidados individualizados e adaptados aos objetivos de cada um.

Em função das necessidades e das capacidades da pessoa no desempenho das atividades inerentes ao seu autocuidado, a nossa intervenção teve em vista a capacitação da pessoa, para o desempenho do máximo dessas atividades e ao mesmo tempo, responder a outra exigência do Estágio Final, que assentava no desenvolvimento de competências comuns e específicas do enfermeiro especialista.

Tal como foi referido anteriormente, a quase totalidade dos doentes internados no serviço de medicina onde decorreu o estágio eram pessoas com mais de 65 anos que apresentavam, transitoriamente, incapacidade para desempenhar de forma autónoma as suas AVD, e conforme sublinha a OMS a manutenção da autonomia e da independência à medida que se envelhece é um objetivo fundamental tanto para os indivíduos como para os decisores políticos (OMS, 2002), pelo que a ajuda às pessoas com doenças agudas, crónicas ou com sequelas, com vista à maximização do seu potencial de autocuidado e do seu potencial funcional, é fundamental (Regulamento n.º 392/2019).

O envelhecimento é um processo fisiológico que ocorre durante a vida. É caracterizado como um processo natural no qual as modificações morfológicas, funcionais, bioquímicas e psicológicas levam a dificuldades de adaptação do organismo face ao meio externo induzindo uma maior suscetibilidade e vulnerabilidade a patologias (Macena et al., 2018). As modificações estruturais e funcionais que decorrem do processo de envelhecimento acabam por deixar as pessoas mais vulneráveis ao aparecimento de doenças que por sua vez a limitam as suas atividades. As limitações da atividade, ou incapacidades, podem manifestar-se pela redução da capacidade para desempenhar AVD, como o vestir/despir, o tomar banho, o andar, o comer/beber (Barbas, 2020) e dificuldades na eliminação, criando dependência no

autocuidado, termo que está ligado ao de fragilidade e, que se pode resumir a uma vulnerabilidade que a pessoa apresenta, condição que é geralmente observada em pessoas com uma combinação de doenças agudas ou crónicas (Araújo et al., 2011).

O estado de dependência em que a maioria dos doentes se encontrava, nos contextos do estágio, entendido como um estado em que as pessoas necessitam de assistência e ou ajuda de outra pessoa para realizar os atos correntes da vida (Araújo et al., 2011), requeria cuidados de enfermagem direcionados ao treino das AVD através de estratégias adaptativas e produtos de apoio (Vigia et al., 2016), ou seja, cuidados de ER.

O Regulamento das Competências Específicas dos EEER (Regulamento nº392/2019), refere que “a reabilitação, enquanto especialidade multidisciplinar, compreende um corpo de conhecimentos e procedimentos específicos que permite ajudar as pessoas com doenças agudas, crónicas ou com as suas sequelas a maximizar o seu potencial funcional e independência” (p.13565), neste sentido os objetivos que os enfermeiros devem preconizar para as pessoas terão que passar pela melhoria das funções físicas de modo a promover a independência e a máxima satisfação da pessoa e assim preservar a sua autoestima.

Vigia et al. (2016), reforçam também que as intervenções dos EEER não se devem limitar apenas à fase aguda em contexto hospitalar, mas também prolongar-se para o meio ou contexto onde a pessoa se encontra, sendo o treino de AVD um preditor de qualidade de vida a longo prazo. Assim, os EEER ao intervirem precocemente com a pessoa ou cuidador que experimentam um processo de transição, integram não só os cuidados hospitalares, mas também a continuidade dos cuidados em contexto domiciliário. Estes cuidados passam pelo aumento da força muscular e da amplitude de movimento articular, pela melhoria do equilíbrio e da capacidade de marcha, promovendo a independência no autocuidado. Os cuidados de ER prestados durante o estágio, para além de supervisionados por uma enfermeira/o especialista, foram também baseados no Padrão Documental dos Cuidados de Enfermagem da Especialidade de Enfermagem de Reabilitação (OE, 2015a), e implementados de acordo com os problemas identificados.

De acordo com Hoeman (2011) o desempenho funcional dos doentes deve ser avaliado através da Escala de Medida de Independência Funcional e do Índice de Barthel, que são os instrumentos mais integrais. Estes instrumentos já em uso pelos EEER nos contextos onde se desenvolveu o estágio, permitiram-nos também avaliar os doentes e complementar os registos no sistema SClínico de forma a identificar as principais limitações e compromissos dos doentes para a realização das suas AVD.

No contexto de um serviço de medicina interna, onde a população é maioritariamente idosa e apresenta comorbilidades, o objetivo principal dos cuidados de ER é a promoção do autocuidado e a prevenção de complicações (Venâncio, 2023), maximizando as capacidades das pessoas. O incentivo e o treino do autocuidado são assim intervenções fundamentais, pois tal como refere Orem, no seu referencial (Ribeiro et al., 2021), o autocuidado favorece a manutenção da saúde e do bem-estar, proporcionando melhor qualidade de vida, sendo este um dos aspetos fundamentais da ER.

A variedade de patologias que apresentavam, como o AVC, as pneumonias, a insuficiência cardíaca descompensada, a insuficiência respiratória ou a doença pulmonar obstrutiva crónica, geram muitas vezes quadros de grande complexidade e que exigem grande diferenciação de cuidados na intervenção. Foram maioritariamente doentes com situações desta natureza que foram alvo dos nossos cuidados, ou seja, doentes com uma média de idades elevada, com alterações associadas ao processo de envelhecimento, agravadas pela situação de doença aguda, com perda de capacidade funcional expressos em défices de autocuidado.

O autocuidado movimentar-se comprometido foi identificado na quase totalidade dos doentes cuidados. O movimento corporal, representa uma componente importante na capacidade de uma pessoa interagir com o meio ambiente (Hoeman,2011), sendo fundamental para a realização das AVD. Contudo, é relativamente comum que esta capacidade seja afetada com o aparecimento de patologias, como o AVC, acidentes ou até pelo processo natural de envelhecimento (Alcobia et al., 2019). Os EEER têm um papel preponderante na intervenção com a pessoa com AVC, porque podem facilitar a vivência do processo de transição deste e da sua família, a recuperação das suas funções físicas, psicológicas e sociais e, a sua adaptação à situação de doença/dependência (Marques-Vieira et al., 2016). As intervenções de ER implementadas nos doentes com AVC permitiram-lhes readquirir o esquema corporal, exercitar mecanismos de reflexo postural, estimular a sensibilidade proprioceptiva, melhorar o equilíbrio, inibir a espasticidade, facilitar a mobilidade na cama e preparar as pessoas para a posição de sentada e ortostática (Menoita et al., 2012; Araújo et al., 2021).

Segundo Menoita et al. (2012), um programa de mobilizações, indicado em doentes com o movimento corporal comprometido, visa “manter a integridade das estruturas articulares, manter a amplitude de movimentos, conservar a flexibilidade, evitar aderências e contraturas,

melhorar a circulação de retorno e manter a imagem psico-sensorial e psico-motora da pessoa” (p.85). As mobilizações terapêuticas devem ser iniciadas numa fase precoce, assim que o doente reúna condições hemodinâmicas, de uma forma passiva, e à medida que o doente for recuperando, ativa-assistida, ativa e ativa resistida, consoante o grau de força muscular. Devem ser realizadas de forma lenta, coordenada, repetida e controlada, 2 a 3 vezes ao dia, com mínimo de 10 repetições em cada movimento, executadas até ao limite da dor, da fadiga cumulativa e da tolerância da pessoa (Menoita et al, 2012; Araújo et al., 2021)

Durante o estágio foi priorizada a mobilização precoce dos doentes e realizado o levante nas 24 horas após o internamento, conforme preconizado, aos doentes que apresentavam estabilidade hemodinâmica. Para além das mobilizações terapêuticas, foi promovida a reeducação sensoriomotora nos seus diversos tipos de atividades e exercícios terapêuticos (Menoita et al., 2012), tais como, o rolar, o exercício da ponte, rotação controlada da articulação coxofemoral, automobilizações, carga no cotovelo, treino de equilíbrio, levante e transferências, treino de marcha controlada, treino de exercícios com bola terapêutica e treino de força muscular, tal como sugerem Coelho et al. (2016) e Menoita et al. (2012).

No que se refere ao risco de espasticidade, ou de aumento do tónus muscular, este surge dos segmentos distais para os proximais (Menoita et al., 2012). A espasticidade é observada em vários músculos em simultâneo, particularmente nos mais fortes do corpo, conhecidos como anti gravíticos, usados para erguer o corpo e para suportar o peso contra a gravidade (Araújo et al., 2021), que nos membros superiores são os músculos flexores e nos membros inferiores são os extensores. Esta postura designada por postura de Wernicke-Mann manifesta-se em função do menor ou maior grau de espasticidade. Para contrariar este padrão, os cuidados de ER incluem o posicionamento adequado destes doentes, se possível 24 horas por dia (Menoita et al., 2012). De acordo com os autores, não é possível prevenir completamente a espasticidade, contudo é possível reduzir o seu desenvolvimento através de um correto posicionamento em padrão antiespástico e de mobilização da pessoa com AVC em fase aguda (Menoita et al., 2012; Araújo et al., 2021). No contexto do estágio, foi dado enfoque aos posicionamentos destes doentes em padrão antiespástico, quer na cama quer na cadeira/cadeirão, de forma a prevenir complicações relacionadas com a espasticidade, mas também por forma a evitar o aparecimento de úlceras de pressão.

As úlceras por pressão são um problema de saúde pública e um indicador da qualidade, ou da sua falta nos cuidados de saúde. As úlceras por pressão causam sofrimento e diminuição da qualidade de vida dos doentes e o seu aparecimento está associado a fatores de risco como estado nutricional, perda de massa corporal, desidratação e IU e fecal. Como tal, o alívio da pressão através de mudanças de decúbito, mobilizações, e posicionamentos adequados fazem parte das principais estratégias de intervenção dos enfermeiros em geral (OE, 2013) e devem ser incluídos nos cuidados de ER. A avaliação do risco de desenvolvimento de úlceras por pressão, conforme refere a norma da DGS, é fundamental no planeamento e implementação de medidas para a sua prevenção e tratamento (DGS, 2011a).

Em relação ao equilíbrio comprometido, este pode estar associado a fatores como a idade avançada, polimedicação, polipatologias, alterações da mobilidade, diminuição da força, distúrbios da marcha, e a causa de quedas recorrentes (Coelho et al., 2016). De acordo com CIPE (2015), o equilíbrio é definido como “a segurança do corpo e coordenação dos músculos, ossos e articulações para movimentar-se, pôr-se de pé, sentar-se ou deitar-se” (p.56). O equilíbrio é um processo estático, mas fatores como a gravidade e mecanismos de controlo neural, provocam constantemente um deslocamento no alinhamento do corpo, de forma a obter um controlo postural. Quando a pessoa assume a posição ortostática, o corpo vai oscilar para a frente e para trás, e é a atividade muscular que evita a perda de equilíbrio (Coelho et al., 2016).

A avaliação do equilíbrio no contexto de internamento da medicina foi realizada com frequência através do Índice de Tinetti e uma vez identificada a falta de equilíbrio, foram implementados planos de treino individualizados às condições clínicas dos doentes, de modo a reeducar o mecanismo reflexo-postural; inibir a espasticidade; estimular a sensibilidade postural ao fazer carga no membro superior e inferior; estimular a ação voluntária dos músculos do tronco e do lado afetado e preparação para a marcha (Menoita et al., 2012).

No que se refere à capacidade de marcha comprometida, presente em muitos doentes no contexto de estágio, o objetivo do treino de marcha é que o doente readquira o padrão automático perdido e se torne independente ao nível da locomoção e segurança (Menoita et al., 2012). O treino de marcha deve ser de curta duração e várias vezes ao dia. Um plano para o treino de marcha pode incluir exercícios isométricos e terapêuticos, para fortalecer os músculos dos membros superiores, tronco e membros inferiores, os glúteos e os abdominais, para que a

pessoa possa permanecer em pé e andar (Hoeman, 2011). Quando o doente atinge capacidade para deambular, mas detém uma diminuição da força muscular generalizada ou parcial, os cuidados de ER devem incluir o treino de marcha com auxiliares (canadianas, andarilhos ou tripé), sendo necessário fazer uma avaliação correta das necessidades dos doentes e informá-los acerca dos vários equipamentos, monitorizando a sua postura, alinhamento corporal, resistência, segurança e técnica (Hoeman, 2011).

Para o treino de marcha é imprescindível prevenir quedas, mas a prevenção de quedas passa, entre outros aspetos, como a melhoria da segurança do doente e pela sua consciencialização sobre as suas limitações.

O treino das AVD é de extrema importância na promoção do autocuidado, tendo sempre presente o estímulo à pessoa, para que se torne o mais independente possível, ajudando-a somente naquilo que não consegue fazer sozinha, no sentido de obter maior autonomia, e máxima autoestima, nunca esquecendo de estimular o lado afetado, no caso do doente com AVC. Foi a partir desta premissa que foram prestados os cuidados diferenciados no contexto de estágio. Uma vez identificado o défice de autocuidado (a partir do Índice de Barthel) consoante as necessidades identificadas, os doentes eram instruídos e treinados visando a diminuição do défice.

Relativamente ao autocuidado higiene, que na maioria dos doentes se encontrava comprometida, os doentes eram estimulados a lavar/secar o hemicorpo afetado, a pentear, barbear e a lavar os dentes de forma mais autónoma possível, deslocando-se ao WC, com recurso a cadeiras de banho e cadeira sanitária, logo que que a sua situação clínica o permitia, de acordo com o recomendado por Menoita et al. (2012).

No que diz respeito ao autocuidado vestir/despir, frequentemente comprometido nos doentes internados no serviço de medicina, o treino necessita de um período de tempo mais longo, pois depende da condição motora e sensitiva de cada doente. As diminuições da amplitude de movimentos, da destreza e do equilíbrio, dificultam o autocuidado da pessoa para se vestir/despir sozinha (Vigia et al., 2016). O grau de exigência e de esforço que este autocuidado exige, pode provocar frustração e desmotivação na pessoa, o que exige dos EEER especial atenção (Menoita et al., 2012). Os autocuidados vestir/despir eram treinados no quarto ou nas instalações sanitárias. Sempre que necessário o doente era instruído e eram

disponibilizados produtos de apoio que facilitassem a realização desta AVD. O treino de AVD, foi realizado desde a admissão do doente até ao momento da alta, com o intuito de promover a máxima independência.

A alimentação dos doentes, é um momento que requer tempo e disponibilidade dos profissionais, não só para os ensinar quando necessário, mas para vigiar a refeição e detetar possíveis complicações associadas a doentes com disfagia. Os cuidados diferenciados incidem principalmente no posicionamento correto da pessoa e supervisão para que os doentes se alimentem de acordo com as suas necessidades e a máxima segurança. Sempre que os doentes necessitavam de se alimentar no leito eram colocados em decúbito dorsal com a cabeceira da cama elevada, de forma a facilitar a mastigação e a deglutição (Menoita et al., 2012). A literatura refere também que podem utilizar-se dispositivos de compensação, como copos de bico, talheres adaptados com cabo largo, pratos côncavos e material antiderrapante por debaixo do prato e que, os EEER têm a função de incentivar a restante equipa a promover a independência e autonomia dos doentes, mostrando disponibilidade para o ensino, dando sempre o reforço positivo (Menoita et al., 2012). Os EEER devem supervisionar os doentes, numa fase inicial da introdução da alimentação e ter atenção a alterações como hemianopsia, negligência unilateral, défices de atenção, défices cognitivos ou dificuldades em seguir orientações (Araújo et al.,2021).

Muitos dos doentes internados têm o risco acrescido de deglutição comprometida e por isso a deglutição é avaliada de forma sistemática através da Escala de Guss pela terapeuta da fala ou pelos enfermeiros especialistas existindo uma continuidade de cuidados e um envolvimento significativo de ambos para a melhoria do doente. Uma vez identificado o compromisso faz-se um planeamento das intervenções necessárias para melhorar o défice, nomeadamente, estratégias compensatórias posturais, sensoriais e de consistência, com recurso a espessante nos líquidos, o ensino de técnicas de deglutição e exercícios de promoção da mesma, de modo a promover a eficácia/segurança da deglutição nos doentes com este compromisso (Silva e Grilo, 2018).

Nos doentes com negligência unilateral após AVC, é fundamental uma abordagem integrada dos cuidados, abordando o doente numa fase inicial pelo lado não afetado, de modo a evitar a confusão e sentimentos de isolamento. Contudo, à medida que a pessoa se vai

habitando à sua nova condição, é fundamental abordar sempre o doente pelo lado afetado, colocando mesa-de-cabeceira ou outro mobiliário desse mesmo lado, de forma a ir reintroduzindo o hemicorpo afetado no esquema corporal, recorrendo também à estimulação tátil e térmica (Menoita et al., 2012), intervenções que foram concretizadas com recurso a caixa de estimulação sensorial com objetos de diferentes texturas, e outro tipo de exercícios para melhorar a perceção, nomeadamente rotação do tronco, treino bilateral dos membros superiores e facilitação cruzada.

Na unidade de cuidados intensivos, os cuidados de ER estão mais vocacionados para a prevenção de sequelas e complicações inerentes à imobilidade das pessoas em situação crítica. Neste contexto, os cuidados de ER, desenvolvidos a partir dos riscos acrescidos que os doentes apresentavam, foram concretizados através da mobilização precoce e promoção do levante do leito, o mais precocemente possível. Estas intervenções, conforme referem Ferreira e Peres (2020), contribuem para a diminuição da incapacidade e aumento da independência funcional, mas também para o desmame ventilatório precoce, reduzindo assim o número de dias de internamento e reinternamentos posteriores e consequentemente com ganhos em saúde.

O elevado número de doentes com patologia respiratória internados tanto no serviço de medicina como na unidade de cuidados intensivos, contribuiu para que o diagnóstico de enfermagem de ventilação comprometida fosse um dos mais identificados ao nível dos processos respiratórios. Estes, poderão ter repercussões significativas na autonomia da pessoa e na sua qualidade de vida, tornando-se crucial a implementação de programas de reeducação funcional respiratória, de forma a otimizar a ventilação e o desmame ventilatório e o sucesso da extubação, no caso dos doentes críticos ventilados.

A reeducação funcional respiratória baseia-se em técnicas de controlo da respiração, posicionamentos e movimento com a finalidade de restabelecer o padrão funcional da respiração (Branco et al., 2012). Tem como principais objetivos mobilizar e eliminar secreções brônquicas, melhorar a ventilação pulmonar, promover a reexpansão pulmonar, melhorar a oxigenação e as trocas gasosas, diminuir o trabalho respiratório e o consumo de oxigénio; aumentar a mobilidade torácica; aumentar a força muscular respiratória; reeducar a musculatura respiratória; promover a independência respiratória funcional; prevenir complicações e acelerar a recuperação da pessoa (Cordeiro & Menoita, 2012).

Aos doentes diagnosticados com compromisso da ventilação, foram implementados planos de cuidados individualizados tendo em conta as suas necessidades individuais atendendo a fatores, mas também à sua patologia, grau de gravidade do problema, idade, capacidade de aprendizagem, recursos existentes e a motivação (Cordeiro & Menoita, 2012). A finalidade das nossas intervenções foi essencialmente, o autocontrolo do padrão respiratório, a otimização da ventilação e a correção postural e a promoção da limpeza das vias aéreas e deste modo promover a melhoria da tolerância ao esforço (Cordeiro & Menoita, 2012).

Conforme sublinha Hoeman (2011), os enfermeiros de reabilitação cuidam de pessoas ao longo do seu ciclo de vida, estabelecendo com elas uma relação íntima durante as suas intervenções. Esta relação coloca-os numa posição privilegiada para detetar disfunções vesicais não declaradas, e para iniciarem uma avaliação completa, tendo em conta as circunstâncias físicas, psicológicas, culturais, sociais e económicas, planificando as intervenções necessárias ao seu tratamento. Contudo em contextos de trabalho que se caracterizam por serem serviços de internamento de doentes idosos em fase de agudização da sua doença, os cuidados dirigidos à eliminação surgem caracterizados com uma certa rotinização, que condiciona a avaliação e a centralidade dos cuidados na pessoa, mas sobretudo a sua educação (Garrido, 2013). Por outro lado, a falta de motivação para os cuidados de enfermagem promotores da continência urinária nas pessoas idosas e a não atribuição de prioridade à IU e a um determinado tipo de organização dos cuidados e, ainda a perceção do valor atribuído pelos próprios idosos ao problema, podem justificar o desinvestimento neste autocuidado (Garrido, 2013), transversal a maioria dos contextos de cuidados a pessoas em situação aguda de doença.

Embora a prevalência exata da IU não seja conhecida, (Pizzol et al., 2021) estima-se que pelo menos uma pessoa em cada quatro pode ser afetada por este problema durante a sua vida. Os indivíduos afetados muitas vezes, negam e escondem o problema o que resulta em restrições físicas e psicossociais e compromisso na qualidade de vida. De acordo com estes autores ainda não existe evidência suficiente que relacione a presença de incontinência com a diminuição da qualidade de vida, fundamentais, para uma compreensão precisa sobre este problema (Pizzol et al., 2021).

Relativamente à avaliação da continência urinária, nos contextos do estágio a mesma não é realizada, pelo menos de uma forma sistematizada e com recurso a instrumentos de avaliação,

embora a reabilitação, dos processos de eliminação e os cuidados às pessoas com alterações do padrão de eliminação vesical, sejam considerados por autores uma prioridade nas intervenções da ER (Redol & Rocha, 2017). Esta prioridade que foi também reconhecida por nós, que avaliámos os doentes, identificámos os que apresentavam alterações no padrão de eliminação e implementámos um plano de intervenção tendo como foco o autocuidado continência comprometida reconhecendo que para a sua execução o doente necessita de outras capacidades, como a força, mobilidade, equilíbrio, e capacidades cognitivas mantidas.

Assim, foi objetivo da nossa prática clínica, sempre supervisionada por um EEER, colmatar as necessidades sentidas pelos doentes, e contribuir na capacitação para realizarem as suas AVD, maximizando o seu potencial de ganho de força muscular e manutenção das amplitudes fisiológicas articulares bem como do equilíbrio, mas também contribuir para o controlo vesical dos doentes a quem foi identificada IU.

### 3. PROBLEMÁTICA

Os objetivos de aprendizagem para o estágio final referem que o estudante deverá, para além de avaliar a funcionalidade e diagnosticar alterações e limitações nas AVD, implementar programas de treino motor capazes de capacitar as pessoas desenvolvendo o treino de AVD e a utilização de ajudas técnicas. O estudante deverá ainda, produzir dados que demostrem conhecimentos, aptidões e competências desenvolvidas, bem como resultados dos cuidados de ER nos doentes.

Tendo em conta estes pressupostos e o envolvimento no contexto em que foi desenvolvido o estágio final, bem como da análise dos cuidados aí produzidos, foi identificada a necessidade de uniformização e sistematização dos cuidados de ER prestados a pessoas com compromisso da continência urinária, em situação de doença aguda. Perspetivou-se a elaboração e sistematização de um conjunto de intervenções de ER a realizar com os doentes no sentido de poder dar mais contributos para a recuperação da pessoa com IU.

A IU, segundo a DGS, é uma situação patológica que resulta da incapacidade em armazenar e controlar a saída da urina. É caracterizada por perdas de urina involuntárias, que se podem apresentar como fugas ligeiras e ocasionais, ou perdas mais graves e regulares (DGS, 2017). A IU, para além de ser um problema de saúde e de higiene, segundo a definição da Sociedade Internacional da Continência, é também uma situação com repercussões a nível social e pessoal, que interfere com a intimidade da pessoa, condicionando a sua vida quer ao nível pessoal, familiar, social e laboral, sendo por isto encarada ainda como tabu (DGS, 2017).

Nas pessoas idosas a IU pode estar associada a várias causas, entre elas as doenças respiratórias crónicas e a sintomas como a tosse, mas também, a perturbações do sistema nervoso, ou ao declínio da função da eliminação próprio do envelhecimento (Batmani et al., 2022).

A abordagem da IU menos invasiva é o tratamento conservador e é recomendado como primeira forma de tratamento, uma vez que não tem efeitos colaterais, é de baixo custo e tem pouca complexidade (Cunha et al., 2021). E a terapia comportamental tem como objetivo a separação da perceção da necessidade de urinar, do ato de urinar, através da alteração dos hábitos miccionais (Redol & Rocha, 2017).

Sob o tema dos “Cuidados de enfermagem de reabilitação à pessoa com incontinência urinária em contexto de doença aguda” o objetivo geral do projeto de intervenção foi compreender a pertinência das intervenções de ER nas pessoas com IU e nos seus familiares e cuidadores.

Lautert, Dal Pai e Ramos (2013), referem que a investigação em enfermagem deve ter em conta os objetivos específicos e que estes devem ser entendidos como as estratégias para alcançar o objetivo geral. Deste modo definiram-se como objetivos específicos os seguintes:

- Avaliar a pessoa com necessidade de cuidados de reeducação funcional motora e de cuidados direcionados à promoção do autocontrolo continência urinária;
- Planear os cuidados de ER, tendo em conta o diagnóstico clínico, os antecedentes pessoais, os diagnósticos de ER, as limitações e as contra-indicações da pessoa com necessidade de promoção do autocontrolo urinário;
- Adequar e individualizar as técnicas de autocontrolo urinário para as necessidades e objetivos da pessoa;
- Prestar cuidados especializados de ER à pessoa com IU, tendo por base a evidência científica mais atual e utilizando a metodologia do processo de enfermagem;
- Promover técnicas comportamentais para a reeducação da eliminação vesical e avaliar esse impacto na pessoa e na sua qualidade de vida;
- Avaliar os resultados dos cuidados de ER implementados.

A escolha desta temática para o projeto de intervenção, recaiu sobre o facto de ser um tema pouco relatado pelas pessoas que sofrem deste tipo de limitação, trazendo imensos problemas a nível afetivo, social e económico. Por outro lado, o compromisso da eliminação vesical constitui uma área de intervenção importante para os EEER (Cunha et al., 2021), proporcionando cuidados de qualidade e incentivando as pessoas à resolução do problema, contribuindo para a recuperação da funcionalidade e do autocuidado. Nesta linha adotou-se o modelo teórico do Défice de Autocuidado, de Dorothea Orem, para orientar e conduzir a prática de cuidados.

#### **4. PERCURSO METODOLÓGICO**

O Estágio Final tem por finalidade proporcionar aos estudantes as condições necessárias para a aquisição e desenvolvimento das competências comuns e específicas do enfermeiro especialista em ER e competências de mestre. Assim, é esperado que no relatório, o mestrando consiga descrever detalhadamente todo esse processo, através da elaboração e concretização de um projeto de intervenção e dos seus objetivos, transversais à área de ER e compatível com os seus interesses e motivações profissionais.

O projeto de intervenção foi desenvolvido segundo a metodologia de projeto, que é centrada na resolução de problemas, onde através dela, se adquirem capacidades e competências pessoais, pela elaboração e concretização de projetos em contexto real (Ruivo, Ferrito & Nunes, 2010). Os objetivos na metodologia de projeto, são representações das ações a realizar, ou seja, indicam os resultados que se pretendem alcançar, incluindo diferentes níveis, do mais geral para os mais específicos (Ruivo, Ferrito & Nunes, 2010) como descrito no capítulo anterior. Os objetivos gerais fornecem indicações acerca daquilo que o formando deverá ser capaz de fazer após o seu percurso formativo, que neste caso e, para além de desenvolver competências de enfermeiro especialista em ER e de mestre, foi compreender a pertinência das intervenções de ER na pessoa com IU e nos seus familiares e cuidadores. No que se refere aos objetivos específicos, estes são indicadores de conhecimentos e aptidões que os formandos devem adquirir ao longo da sua formação (Ruivo, Ferrito & Nunes, 2010) e permitiram avaliar a pessoa com necessidade de cuidados de reeducação funcional motora e de cuidados direcionados à promoção do autocontrolo continência urinária, planear e prestar os cuidados especializados de ER, adequados, à pessoa com IU, com base na evidência científica mais atual e avaliar os resultados desses cuidados de ER nas pessoas.

O presente projeto de intervenção classifica-se como descritivo pois incide sobre uma situação específica que se apresenta no seu meio natural, com o objetivo de compreender conceitos pouco estudados (Fortin, 2009).

Para tal recorreu-se à metodologia de estudo de casos múltiplos, sendo esta indicada quando a amostra populacional é reduzida. O estudo de caso é definido como uma investigação empírica que pesquisa um fenómeno contemporâneo, no seu contexto real. É um método abrangente que contempla o planeamento do projeto de pesquisa, com a definição dos seus componentes, os instrumentos de colheita de dados e as abordagens específicas para análise dos mesmos (Silva & Mercês, 2018). Através desta metodologia é realizado um exame detalhado e completo de um fenómeno, concretamente a pessoa com incontinência, sendo o mesmo observacional e descritivo (Fortin, 2009). Permite a investigação no contexto real das práticas de enfermagem, através da pesquisa de evidência científica, da reflexão e a busca de alternativas para solução dos problemas, contribuindo para o avanço do conhecimento e para o cuidado integral na prática de Enfermagem (Silva & Mercês, 2018).

A população-alvo englobou pessoas com alteração da continência urinária admitidas no contexto da prática de cuidados durante estágio no serviço de medicina interna, no período entre 11 de setembro e 18 de dezembro de 2023.

Para a seleção dos participantes no projeto de intervenção foram definidos como critérios de inclusão pessoas com alteração da continência urinária relacionada com patologia neurológica ou outra, pessoas com capacidade cognitiva mantida, com idade superior a 18 anos e, motivadas a participar no programa de ER. Como critérios de exclusão definimos pessoas com idade inferior a 18 anos, pessoas com condição médica ou patológica impeditiva, pessoas com IU de etiologia oncológica e pessoas com alterações cognitivas.

#### 4.1. INSTRUMENTOS DE RECOLHA DE DADOS

Posteriormente, procedeu-se à identificação e seleção dos participantes que poderiam fazer parte do estudo, mediante os critérios de inclusão e exclusão delineados.

O primeiro contacto com os participantes envolveu a explicação sobre o programa de cuidados e qual o seu objetivo, e posterior levantamento de dados socio biográficos, parâmetros biofísicos e a história da IU, que inclui aspetos como as características da incontinência, padrão de eliminação e sintomas génito-urinários associados, segundo os referenciais de Stevens (2011).

Para uma avaliação mais precisa e holística, foram utilizados instrumentos de avaliação validados e utilizados em Portugal. Os instrumentos de avaliação permitem documentar os cuidados especializados e a sua continuidade, caracterizando a condição de saúde das pessoas,

do ponto de vista da resposta humana às transições decorrentes da dependência para a autonomia e/ou do processo terapêutico ou de desenvolvimento ao longo do ciclo de vida (OE, 2016) e quantificam e evidenciam os resultados obtidos pela intervenção dos EEER.

Nesse sentido e de modo a documentar os benefícios da reeducação da continência urinária nos doentes internados no serviço de medicina interna, no programa de cuidados incluiu-se a avaliação dos doentes com o Índice de Barthel (anexo I), a Escala de Avaliação da Força Muscular [MCR] (Anexo II), o Índice de Tinetti (anexo III), a Escala do Funcionamento Cognitivo Rancho los Amigos (anexo IV) e a International Consultation on Incontinence Questionnaire – Short Form [ICIQ-SF] (anexo V).

- **Índice de Barthel**

O índice de Barthel é um instrumento que avalia o nível de independência da pessoa ou sua avaliação funcional conforme refere a DGS, em termos da sua capacidade para a realização de dez AVD como comer, higiene pessoal, uso dos sanitários, tomar banho, vestir e despir, controlo de esfínteres, deslocação, transferência da cadeira para a cama, subir e descer escadas. A pontuação da escala varia de 0-100 (com intervalos de 5 pontos). A pontuação mínima de zero corresponde a máxima dependência para todas as AVD avaliadas e a máxima de 100 equivale a independência total para as mesmas (OE, 2016). Em termos qualitativos esta escala permite classificar as pessoas com nível de dependência ligeiro (se Barthel > 90), nível de dependência moderado (90 > Barthel > 55) ou nível de dependência grave (Barthel < 55) (DGSb, 2011).

- **Escala de avaliação da força muscular (MRC)**

A escala de força muscular gradua os níveis de força entre 0 (sem contração muscular palpável ou visível), 1 (contração palpável ou visível mas sem movimento do membro), 2 (movimento sem vencer a gravidade ao longo da quase totalidade da amplitude articular), 3 (movimento que vence a gravidade ao longo da quase totalidade da amplitude articular, mas não vence resistência), 4 (movimento contra resistência moderada ao longo da totalidade da amplitude articular, que vence a gravidade) e 5 (força normal). Esta graduação faz-se em relação

ao máximo esperado para aquele músculo, através de resistência à mobilização ativa (OE, 2016).

- **Índice de Tinetti**

É um instrumento de avaliação de equilíbrio e da mobilidade desenvolvido em 1986 por Tinetti, Williams e Mayewski (Apóstolo, 2012) e que classifica aspetos da marcha como a velocidade, a distância do passo, a simetria e o equilíbrio em pé. É uma escala que não requer equipamento sofisticado e é confiável para detetar mudanças significativas durante a marcha. A versão em português foi desenvolvida por Petiz (2002) e o teste avalia o equilíbrio estático e o equilíbrio dinâmico com um total de 28 pontos divididos em 16 pontos na primeira parte e 12 pontos na segunda (Apóstolo, 2012). De acordo com o score obtido é possível prever o risco de queda. Um score superior a 24 pontos considera-se baixo risco de queda, entre 19-24 pontos moderado risco de queda e inferior a 19 pontos alto risco de queda.

- **Escala do funcionamento cognitivo Rancho los Amigos**

Esta escala permite a avaliação cognitiva e comportamental. Foi sendo desenvolvida no Rancho Los Amigos National Rehabilitation Center, nos Estados Unidos da América e divulgada em 1972. A escala é formada por 84 itens divididos por 8 níveis em que o nível I corresponde a um nível mais baixo de funcionamento cognitivo e o nível VIII corresponde ao nível mais alto. Os níveis visam dar resposta à avaliação dos comportamentos, respostas a estímulos, competências das funções cognitivas, resposta à interação social e ambiental e ao desempenho na execução de atividades de vida (Pereira et al., 2021).

- **International Consultation on Incontinence Questionnaire – Short Form**

O ICIQ-SF foi validado e traduzido para a língua portuguesa por Tamanini et al. (2004), e por Guerra et al. (2023) para a população portuguesa. O seu uso está recomendado pela Associação Portuguesa de Urologia. É um questionário simples e breve que permite avaliar a perceção de IU e o impacto da mesma na qualidade de vida da pessoa e qualificar a perda urinária das pessoas de ambos os sexos.

O ICIQ-SF na sua forma curta é composto por 4 questões que avaliam a frequência das perdas urinárias (numa escala de 0 a 5 pontos); a quantidade das perdas (numa escala de 0 a 6 pontos); o impacto da IU (numa escala de 0 a 10 pontos); e uma última questão que avalia separadamente (numa escala de oito itens), as causas ou situações de perda urinária (Tamanini et al., 2004). O resultado global do ICIQ-SF é a soma dos resultados das questões e varia de 0 a 21. Os valores mais altos estão associados a níveis elevados de impacto da IU. O impacto na qualidade de vida foi definido de acordo com o resultado da questão 3: (0) nada; (1- 3) leve; (4- 6) moderado; (7-9) grave; (10) muito grave (Tamanini et al., 2004).

Os doentes incluídos no projeto foram avaliados com estes instrumentos de avaliação, em 3 momentos, na admissão, num momento intermédio e, no último contacto com o doente prévio à alta. Na avaliação da IU, foram realizados apenas dois momentos, uma vez que o tempo decorrido entre a primeira avaliação e a segunda seria limitado e insuficiente para traduzir resultados. Os 3 momentos de avaliação também não foram possíveis de realizar em todos os doentes selecionados por motivos de alta precoce ou em dias que não realizámos estágio. Reconhecendo que os doentes internados no contexto onde decorreu o estágio, pelas suas características beneficiariam da terapia comportamental e que para esta tivesse resultados seria fundamental que os doentes apresentassem as capacidades cognitivas mantidas, o desempenho cognitivo da pessoa foi sempre avaliado em primeiro lugar. Após a avaliação implementaram-se cuidados de ER suscetíveis de melhorar a continência urinária dos doentes, bem como as suas capacidades funcionais e a sua independência. Avaliaram-se ainda os resultados de outras intervenções, que foram registadas e monitorizadas no sistema de registo implementado na instituição (SCLínico).

#### 4.2. PROCEDIMENTOS ÉTICOS

Toda a investigação científica, sendo uma atividade humana, assume uma enorme responsabilidade ética, associada à busca da verdade, do rigor da isenção, da persistência e da humildade. A investigação em enfermagem, como ciência humana que é, não deve fugir a esses princípios e requisitos éticos (Martins, 2008). Assim num primeiro momento, foi realizada uma reunião informal, com o enfermeiro chefe do serviço e com a enfermeira orientadora, de forma

a explicar os aspetos centrais do programa e dar a conhecer os objetivos do mesmo, sensibilizando para a importância da temática e do envolvimento de toda a equipa.

Reconhecendo que a investigação no âmbito da saúde implica a envolvimento de seres humanos e, como tal, deve ser garantido o anonimato dos participantes garantindo igualmente que não decorram complicações da sua participação no estudo (Fortin, 2009), foram também salvaguardados os princípios éticos da beneficência, da não-maleficência, o princípio da fidelidade, da veracidade e o da confidencialidade (Nunes, 2013).

Neste sentido, e após assegurar que os participantes compreenderam toda a informação fornecida, foi facultada uma “Declaração de Consentimento Informado, Livre e Esclarecido” (anexo VI) que incluía toda a informação pertinente acerca do projeto de intervenção.

A todos os participantes que deram o seu consentimento, foi-lhes garantido que teriam total liberdade para suspender a sua participação a qualquer momento, não colocando em causa a prestação de cuidados necessários ao seu estado de saúde. Foi salvaguardada a sua identidade e por isso a cada um foi atribuída uma letra, garantido a todos a confidencialidade da informação obtida, o anonimato dos dados e o anonimato dos participantes como sugere Nunes (2013).

## **5. FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA**

### **5.1. TEORIA DE DOROTHEA OREM**

De acordo com Hoeman (2011), a reabilitação é um processo complexo que necessita uma abordagem de cuidar multidisciplinar e interdisciplinar teoricamente suportada por teorias e modelos. Segundo refere, uma das teorias mais citadas na enfermagem é a Teoria do Défice de Autocuidado de Enfermagem de Dorothea de Orem. Desenvolvida entre 1959 e 1985. Esta teoria incorpora o modelo de enfermagem proposto pela autora, e é composta por três teorias inter-relacionadas, que são, a Teoria do Autocuidado, que descreve o porquê e como as pessoas cuidam de si próprias, a Teoria do Défice de Autocuidado, que descreve e explica a razão pela qual as pessoas podem ser ajudadas através da enfermagem e a Teoria dos Sistemas de Enfermagem, que descreve e explica as relações que têm de ser criadas e mantidas para que se produza enfermagem (Queirós et al., 2014).

O autocuidado [AC] é o conceito central na Teoria do Défice de Autocuidado de Enfermagem e de acordo com Orem, citada por Petronilho e Machado (2016), o AC consiste numa ação realizada pelas pessoas, no sentido da regulação do seu próprio funcionamento e desenvolvimento, a fim de garantirem o fornecimento dos requisitos necessários para viverem e para a manterem integridade humana. Aos objetivos do AC associam-se assim a preservação da vida humana e o bem-estar pessoal (Queirós et al., 2014).

De acordo com a Teoria do Autocuidado toda a pessoa tem potencial para se autocuidar, por possuir habilidades, conhecimentos e experiência ao longo da vida. Quando as exigências do AC superam as capacidades para o desenvolver, quer seja por fatores internos ou externos à pessoa, esta vai precisar de suporte, tanto por pessoas e cuidadores que se responsabilizam pela sua dependência, como de ajuda proveniente dos profissionais de saúde, os enfermeiros (Petronilho & Machado, 2016).

A Teoria do Défice do Autocuidado exprime e desenvolve a razão pela qual as pessoas necessitam de cuidados de enfermagem e a sua autora identificou cinco modos de

ajuda – agir ou fazer pela pessoa, substituindo-a; conduzir e orientar, oferecer suporte físico e psicológico; oferecer e manter um ambiente favorável ao desenvolvimento pessoal e ensinar (Petronilho & Machado, 2016). De acordo com Queirós et al. (2014) esta teoria, constitui a base para compreender as condições e as limitações da ação das pessoas que podem beneficiar com os cuidados de enfermagem. Quando as pessoas revelam uma incapacidade ou dificuldade em realizar as necessidades do AC, os enfermeiros intervêm de forma terapêutica na satisfação dessas mesmas necessidades (Petronilho & Machado, 2016), tentando chegar a um ponto de equilíbrio entre o excesso e a carência de cuidado para que a pessoa seja capaz de se autocuidar (Queirós et al., 2014).

Nas pessoas com incontinência, o AC encontra-se comprometido pela incapacidade da pessoa em controlar as micções e as atividades que lhe são complementares, de forma a poderem ter qualidade de vida, e não verem prejudicada a sua, participação social, nem não dependerem de terceiros (Pêla, 2012). Quando as necessidades são superiores à capacidade da pessoa surge um défice de AC.

O défice de AC estabelece a relação entre a capacidade que as pessoas têm em cuidar de si próprias e a necessidade do AC. Mediante a avaliação desse défice os enfermeiros adequam as suas intervenções de forma a minimizar os seus efeitos (Petronilho & Machado, 2016).

A Teoria dos Sistemas de Enfermagem determina como é que os enfermeiros, as pessoas ou ambos dão resposta às necessidades de AC (Petronilho & Machado, 2016). A mesma teoria sugere, que os cuidados de enfermagem enquanto ações humanas, são sistemas de ação concebidos e produzidos por enfermeiros através do exercício da sua prática com pessoas que apresentam limitações de AC (Queirós et al., 2014). Os cuidados de enfermagem são necessários quando existe um défice de AC entre aquilo que a pessoa pode realizar e o que necessita de ser realizado para manter o funcionamento desejado.

No que se refere aos modos de ajuda, conforme referem Petronilho e Machado (2016), estes podem ser concretizados a partir de 3 sistemas de intervenção: o sistema totalmente compensatório, adequado quando a pessoa não consegue envolver-se no AC sendo totalmente dependente de outros; o sistema parcialmente compensatório, no qual o papel do enfermeiro é compensar as limitações da pessoa, realizando tarefas de AC e por último o sistema de suporte educativo adequado quando a pessoa possui capacidade para o AC mas necessita de apoio, orientação e instrução dos enfermeiros.

Foi neste referencial teórico que mais nos identificámos e que estruturámos os cuidados de ER e o planeamento das nossas intervenções na prática clínica a partir do sistema parcialmente compensatório, no qual o papel do enfermeiro é compensar as limitações da pessoa, realizando tarefas de AC e no sistema de suporte educativo.

A dependência no AC é um dos principais focos dos cuidados de ER (Petronilho & Machado, 2016), e uma vez identificada, as intervenções ou cuidados consistem na orientação para capacitar a pessoa no desempenho das atividades que compõem os diversos domínios do AC (Petronilho & Machado, 2016).

No âmbito da teoria de Orem e do Autocuidado, a prestação de cuidados às pessoas com alterações do padrão da eliminação vesical, constitui uma prioridade dos cuidados de ER (Redol & Rocha, 2017), porque a micção comprometida está contemplada nos requisitos universais do AC, anexa aos processos de eliminação, assim como aos requisitos de desenvolvimento e de desvio da saúde (Cravosa, 2022), uma vez que tem impacto em vários sistemas e nas AVD.

O AC sofre alterações consoante a fase de desenvolvimento da pessoa, em função do seu estado de saúde e também por influência cultural, assim sendo, o ato de urinar está dependente não só de funções neurológicas, mas também da influência do meio cultural e social em que a pessoa se encontra, no sentido em que o ato de urinar deverá ocorrer num local socialmente aceite para esse efeito (Cravosa, 2022).

O AC nas pessoas idosas com IU, poderá ter repercussões nas mais variadas atividades de vida. No que respeita à alimentação e hidratação, muitas vezes, a pessoa com IU evita certos alimentos e também reduz a ingestão hídrica para urinar menos vezes; em relação a atividades sociais e culturais, a pessoa pode evitar sair de casa por todas as consequências inerentes à IU; no vestir, na mobilidade e capacidade de chegar rapidamente à casa de banho; no repouso e qualidade do descanso, pela necessidade de urinar durante o período noturno e ter que se levantar mais vezes para evitar perdas de urina durante a noite.

Todos estes aspetos causam impactos nas pessoas com IU, podendo originar alterações físicas e psicológicas, agravadas pelas incapacidades que esta condição causa (Arco, 2019; Cravosa, 2022).

## 5.2. A PESSOA COM ALTERAÇÃO DA CONTINÊNCIA URINÁRIA E CUIDADOS DE ENFERMAGEM DE REABILITAÇÃO EM CONTEXTO DE DOENÇA AGUDA

A IU, como referimos anteriormente, é definida na literatura nacional e internacional, como qualquer perda de urina que ocorra de forma involuntária/não controlada (Abrams et al., 2010; DGS, 2017). Pode apresentar de formas diversificadas, desde fugas muito ligeiras e ocasionais, a perdas mais graves e regulares (DGS, 2017). A versão 2015 da CIPE já definiu IU como a “incapacidade de controlo voluntário dos esfíncteres vesical e uretral” (OE, 2016, p.63). Para a Sociedade Internacional de Continência, a IU define-se como sendo uma situação em que ocorre perda involuntária de urina, constituindo um problema social e higiénico (Fraga, 2010), trazendo importantes repercussões físicas e sociais (Valença et al., 2016), mas também sexuais (Redol & Rocha, 2017), na forma como se manifesta.

Nem todas as pessoas com IU procuram ajuda profissional. Estima-se que uma em cada três pessoas que sofre de IU. As pessoas sentem-se constrangidas em falar do assunto com familiares, amigos ou com um profissional de saúde, convivendo com este problema durante anos, assumindo-o como uma situação normal (Valença et al., 2016).

Dados da Associação Portuguesa de Urologia (2018), estimam que nessa data existissem em Portugal mais de 600 mil pessoas com IU, e dessas, apenas 10% recorrem a ajuda (Cunha et al., 2021). A vergonha, a falta de conhecimento sobre o assunto ou das opções de tratamento e o medo de cirurgias, podem ser responsáveis por esta ausência em procurar ajuda, como refere a Secção Portuguesa de Uroginecologia, no Consenso Nacional sobre Uroginecologia (SPG, 2021).

A IU é muitas vezes um problema oculto, que apenas se torna perceptível quando a pessoa se desloca ou solicita muitas vezes a ida à casa de banho, ou quando existem perdas de urina frequentes, que exijam a troca de absorventes com maior regularidade, associadas ao surgimento de odores (Cravosa, 2022).

Ainda assim, a incontinência urinária é reconhecida como uma das grandes causas de institucionalização das pessoas idosos (Hoeman, 2011), o que acarreta grandes gastos económicos, não só para a própria pessoa, mas também para o SNS. Estes custos estão associados ao diagnóstico, produtos de higiene necessários, gastos com tratamentos da própria

IU e também das comorbilidades inerentes. Por outro lado, existe o custo inestimável da dor, vergonha e sofrimento do próprio, devido à incapacidade de socializar (Braga et al., 2023).

As comorbilidades associadas à IU, vão desde os internamentos prolongados, infeções do trato urinário, muitas vezes associadas ao uso inadequado de cateteres vesicais e, não menos importante, as dermatites de contato e alteração da integridade cutânea (Braga et al., 2023), causadas pela humidade e acidez da urina, úlceras de pressão, perda de sono (provocadas pela incidência da IU no período noturno) e a dificuldade em manter relações sexuais (Gomes Braga et al., 2023).

A IU não está associada ao aumento da mortalidade, mas representa nas pessoas, um profundo impacto no seu bem-estar, na autoestima e na sua qualidade de vida (Braga et al., 2023), assim como na família/conjuge e contatos próximos (Avery et al., 2013). Varia de acordo com a idade, o género, o tipo de incontinência, as estratégias de *coping* adotadas e a qualidade do suporte social (Cunha et al., 2021).

As pessoas diagnosticadas com IU estão mais suscetíveis de desenvolverem depressão, ansiedade, dificuldades laborais, conduzindo muitas vezes, ao isolamento social (Sociedade Portuguesa de Ginecologia, 2021; Braga et al., 2023) e uma saúde mental mais vulnerável (Avery et al., 2013).

No caso das mulheres com IU, as limitações físicas estão relacionadas com o medo de perder urina em público, o que leva a que muitas deixem de sair de casa, de ir a festas ou à igreja, de fazer compras, viagens, de praticar algum tipo de exercício, com receio de estarem com a roupa molhada ou a cheirar a urina (Oliveira et al., 2020). Ao nível sexual, esta condição leva a que a pessoa sinta que o seu corpo se torna irrelevante, por sentir vontade ou mesmo perder urina durante a relação, deixando de se sentir atraente e a fugir da sua própria intimidade (Avery et al., 2013). Quanto às limitações das AVD, destacam-se limitações como realizar tarefas domésticas que requeiram algum esforço físico, como carregar pesos, ações que influenciam a perda de urina e provocam maiores idas à casa de banho, ou perda de urina na roupa. Estas limitações podem influenciar o desempenho profissional, por necessitarem de interromper o trabalho diversas vezes, levando a um constrangimento e por vezes pedidos de demissão (Oliveira et al., 2020).

No caso dos homens, estes, desenvolvem muitas vezes problemas psicoafectivos, com receio de abandono das esposas e à ausência de ereção (no caso específico de cirurgias) e induz

a restrições, como frequentar lugares públicos, viajar, dormir fora de casa ou visitar casas de amigos tanto nos homens como nas mulheres (Gomes Braga et al., 2023).

Cuidar de pessoas com alterações da eliminação urinária deve por isso ser uma prática prioritária para a ER, tanto pela IU em si mesma como pelas alterações funcionais que colocam as pessoas nesse risco (Hoeman, 2011).

Em contexto de doença aguda muitos doentes têm condições para saírem continentes, apesar deste status ser muitas vezes desvalorizado, ou pelo menos não lhe ser dada a importância e prioridade devida. Este problema é muitas vezes negligenciado pelos profissionais de saúde (Alves et al., 2013), não havendo uma preocupação quanto à pesquisa de sintomas relacionados com a mesma (Cunha et al., 2021).

De acordo com Gomes Braga et al. (2023) reconhecendo-se que a IU é um problema multifatorial, que pode interferir com o bem-estar físico, mental e social das pessoas acometidas, é imprescindível que os EEER avaliem este problema, quanto à sua etiologia e grau de comprometimento funcional, promovendo a sua resolução através de intervenções individualizadas tendo em conta o impacto que a IU tem na sua qualidade de vida das pessoas.

De acordo Pizzol et al. (2020) a IU e a baixa qualidade de vida são duas condições comuns e a associação entre ambas pode ser feita com algum nível de certeza embora não exista literatura suficiente que permita confirmar sem margem para dúvidas essa associação. Num estudo com 4208 mulheres com IU realizado na China, Coreia do Sul e Taiwan mostrou redução da qualidade de vida nos domínios da saúde física e mental quando a IU estava presente (Chow et al. 2022).

Desde 1997 que a Organização Mundial da Saúde (OMS) definiu a qualidade de vida como algo abrangente que envolve não só a saúde física, mas também o estado psicológico, o nível de independência, as relações sociais, as crenças pessoais e outras características envolvidas no meio ambiente, incluindo valores, metas, expectativas, padrões e preocupações (World Health Organization Quality of Life, 1997).

O conceito de qualidade de vida é usado tanto na linguagem quotidiana como no contexto científico e de interesse para várias disciplinas e especialidades da saúde. A OMS define qualidade de vida como “a perceção que um indivíduo tem da sua posição na vida no contexto da cultura e dos sistemas de valores em que vive e em relação aos seus objetivos, expectativas, padrões e preocupações” (<https://www.who.int/tools/whoqol>). Na área da saúde o interesse pelo

estudo deste conceito é mais recente e decorre da mudança de paradigma no processo saúde-doença, relacionado com aspetos económicos, socioculturais, experiência pessoal e estilos de vida, e onde a melhoria da qualidade de vida passou a ser um resultado esperado, quer das práticas assistenciais, quer das políticas públicas, que dão ênfase à promoção da saúde e à prevenção de doenças (Seidl & Zannon, 2004).

Num estudo realizado por Ferreira et al. (2018), sobre a avaliação do estilo e qualidade de vida em idosos, perceberam que o interesse na relação entre o estilo e a qualidade de vida das pessoas idosas tem aumentado nos últimos anos, e fatores como a atividade física, a alimentação, a composição corporal, a ingestão de álcool, o tabagismo e as relações sociais são componentes importantes que interferem na perceção da qualidade de vida dos idosos, bem como, as características sociodemográficas, a capacidade funcional, a qualidade do sono e as comorbilidades existentes. A qualidade de vida é um conceito multidimensional influenciado pela saúde, física, estado psicológico, nível de dependência, condições de vida e relações sociais da pessoa (Gomez & Caballero, 2021).

De acordo com Oliveira et al. (2020), ao nível da saúde, podem então distinguir-se dois conceitos, o mais genérico, ligado às perceções da pessoa sobre a sua posição na vida, os contextos onde vive e a relação com os seus objetivos, expectativas e preocupações e o conceito da qualidade de vida relacionada com a saúde, em que uma pessoa apresenta alterações do seu estado de saúde significativas, ao ponto de influenciarem a sua qualidade de vida como a IU.

A IU nas pessoas idosas, não é muito contestada, o que pode ser justificado pela baixa escolaridade da maior parte desta população, o que pode influenciar também na demora em procurar tratamento para a doença e para o esclarecimento da mesma (Matos et al., 2019).

### **5.2.1. Neurofisiologia da Micção**

O aparelho urinário é composto pelos rins, ureteres, bexiga e uretra. A parte superior é composta pelos rins que produzem e pelos ureteres, que transportam a urina até à bexiga (Stevens, 2011).

A bexiga compõe a porção inferior do aparelho urinário e sua função principal é recolher a urina armazená-la e expulsá-la, numa ação coordenada com os esfíncteres interno e externo e uretra (Stevens, 2011):

A bexiga é um órgão muscular oco, composto pelo corpo e pelo trígono, sendo o corpo constituído pelo detrusor e várias camadas de músculo liso entrelaçadas. O trígono, tal como o próprio nome indica, assume uma forma triangular vizinha ao colo vesical, por onde passam os ureteres e a uretra. O esfíncter interno é formado pelos músculos desta região e a uretra posterior transpõe os músculos perineais profundos e, conjuntamente com o urogenital, formam o esfíncter externo (Redol & Rocha, 2017).

O mecanismo do esfíncter externo é composto por um músculo-esquelético voluntário, ao contrário do músculo liso do detrusor e do colo da bexiga, ou seja, o esfíncter externo tem controlo voluntário, permitindo à pessoa evitar o ato da micção, mesmo quando os mecanismos involuntários estão a tentar esvaziar a bexiga. Estas estruturas, juntamente com os músculos do pavimento pélvico, que suportam a bexiga e, a próstata no caso dos homens, interferem no mecanismo da continência urinária (Stevens, 2011). A contração voluntária destes músculos provoca compressão, alongamento e elevação da uretra, razão pela qual, o pavimento pélvico pode ser fortalecido com exercício (Stevens, 2011; Redol & Rocha, 2017).

A inervação do trato inferior do aparelho urinário é feita através de fibras do sistema simpático, do sistema parassimpático e do sistema somático. As fibras parassimpáticas são responsáveis pela inervação motora e contração da bexiga através do nervo pélvico. A origem destes ramos dá-se a nível de S2-S4, juntamente com os nervos pré-ganglionares, que têm origem na medula sagrada e sinapsam com os nervos pós-ganglionares na parede da bexiga. É pela libertação de acetilcolina que as fibras parassimpáticas atuam sobre os ureteres obrigando-os a acelerar o transporte de urina para a bexiga, causando a contração do detrusor que leva a abertura do esfíncter interno e ao esvaziamento da bexiga (Stevens, 2011; Redol & Rocha, 2017).

Os nervos simpáticos são responsáveis pelo armazenamento de urina na bexiga, estimulando a contração do colo vesical e da uretra proximal. Estas fibras saem da medula toracolombar, ao nível D12-L2, através do nervo hipogastro. Os nervos pré-ganglionares sinapsam com os nervos pós-ganglionares a nível do mesentérico inferior e do hipogastro e dirigem-se para a uretra proximal e colo vesical. Quando estimulados, existe libertação de

noradrenalina, provocando abrandamento no transporte da urina dos rins até à bexiga, relaxamento do detrusor e constrição do esfíncter interno, facilitando o armazenamento da urina (Stevens, 2011; Redol & Rocha, 2017).

A inervação somática é realizada por fibras eferentes (motoras) e aferentes (sensoriais), com origem no corno anterior dos segmentos S2- S4, passando através do nervo pudendo para o esfíncter externo e para os músculos do pavimento pélvico, através da libertação da acetilcolina. O mecanismo esfíncteriano quando contraído, suporta o armazenamento da urina e previne as perdas (Stevens, 2011; Redol & Rocha, 2017).

A micção voluntária ocorre então por um arco reflexo completo. Quando a bexiga atinge a sua capacidade, são enviados impulsos sensoriais até à medula sagrada e a protuberância, que está sob controlo voluntário do córtex frontal dá então indicação para ocorrer contração do detrusor, provocando o relaxamento do esfíncter uretral. A inibição ativa do arco reflexo é responsável pela continência. Para tal são enviadas mensagens inibitórias do córtex frontal para o centro sagrado da micção que vão inibir a contração do detrusor e o relaxamento do esfíncter (Redol & Rocha, 2017).

A micção envolve assim um conjunto de fases que incluem o enchimento, armazenamento, contração e esvaziamento. Na fase de enchimento, a pressão intra-vesical aumenta progressivamente, e a continência é conseguida pelos esfíncteres uretrais e os músculos do pavimento pélvico. O reflexo da micção vai ser desencadeado quando a parede vesical se encontra distendida, o que acontece por volta dos 200-300 ml de volume, ou seja, a pessoa sente vontade de urinar à medida que a pressão aumenta (Stevens,2011). Para que o fenómeno de continência urinária ocorra, a pressão intra-uretral tem de ser superior à pressão intravesical (Stevens, 2011).

A continência urinária é então o resultado da sinergia entre a integridade do sistema nervoso e a coordenação e função do trato urinário inferior. A perceção do enchimento da bexiga e o início da micção, requerem uma sincronização do sistema nervoso, dos músculos da bexiga, dos esfíncteres e do pavimento pélvico (Cunha et al., 2021).

### **5.2.2. Fisiopatologia da incontinência urinária**

A IU pode ser definida como qualquer perda inesperada e involuntária de urina e para o ser humano, esta condição pode ser angustiante e de incapacidade, afetando diretamente a sua vida, quer a nível físico, social, psicológico, ocupacional, doméstico e sexual (Oliveira et al., 2019). Estima-se que atualmente existam em Portugal mais de 600 mil pessoas com IU e que apenas 10% recorrem a ajuda (Cunha et al., 2021), por isso a OMS considera este problema uma das prioridades em saúde, que embora não seja uma condição letal, tem impacto na qualidade de vida das pessoas afetando diferentes aspetos com consequências nas mais variadas dimensões (Najafi et al., 2022).

Considerada uma condição clínica e não propriamente uma doença, a IU compreende um conjunto de sintomas (Carvalho et al., 2020) e pode ser definida de acordo com os sintomas do doente (Abrams et al., 2003; Abrams et al., 2010).

A IU pode ser considerada transitória ou instalada. A primeira refere-se a uma situação aguda e o seu início é súbito, normalmente relacionada com episódios cirúrgicos ou com alguma situação médica, passível de ser solucionada quando a causa é resolvida. Por sua vez, a IU instalada refere-se a uma situação com início súbito ou gradual, cuja causa pode não se conseguir identificar (Stevens, 2011; Velosa, 2012).

A Sociedade Portuguesa de Ginecologia (2021), categoriza a IU em vários subtipos: IU coital, durante o coito; IU de esforço associada ao esforço físico, como tosse, espirro e prática de atividades físicas; IU de urgência, associada à urgência em urinar; IU mista, com sintomas de IU de esforço e de IU de urgência; IU postural, com a mudança de posição corporal; IU associada à retenção crónica, ligada ao esvaziamento vesical incompleto; Enurese, durante o sono; IU contínua, que ocorre de forma contínua; IU sensível, ou seja, a pessoa não sabe como esta ocorre. Outros autores classificam a IU em três principais tipos: a IU de esforço, de urgência ou a incontinência mista (Pintos-Díaz et al., 2019).

Cunha et al. (2021) referem ainda a IU funcional, quando existe integridade do trato urinário inferior, no entanto, há uma impossibilidade de chegar a tempo á casa de banho, por défice cognitivo, funcional ou de mobilidade e a IU multifatorial, provocada pela interação de

múltiplos fatores de risco, como medicação, comorbilidades, alterações fisiológicas provocadas pelo envelhecimento e por fatores ambientais (Cunha et al., 2021).

De acordo com Costa et al., (2023) e Stevens (2011), os principais fatores de risco para o aparecimento da IU são, a idade avançada pelas alterações anatómicas e funcionais do sistema urinário, que a idade acarreta, o sexo feminino pelas particularidades morfológicas e eventos obstétricos e ainda a presença de comorbilidades, como o compromisso cognitivo e as dificuldades de mobilidade.

O controlo da micção é diretamente influenciado pela atividade neurológica normal, que recebe influência do que é socialmente expectável, de tal forma que a pessoa irá efetuar o ato de urinar apenas em local próprio, através de mecanismos facilitadores e inibidores (Cravosa, 2022). A área motora do detrusor está situada no lobo frontal, sendo o córtex cerebral o responsável pela «continência social», que ocorre quando as mensagens são corretamente interpretadas e é feito o julgamento de adiar a micção até que o tempo e o local sejam socialmente adequados (Stevens, 2011).

Uma vez aprendida, a «continência social» será mantida, contudo, qualquer alteração nestas áreas, como por exemplo o AVC, pode ter como consequência uma bexiga neurogénica, com hiperatividade do detrusor, polaquiúria, urgência urinária e perdas urinárias (Stevens, 2011). Quando há disfunções neurológicas que interferem nas fibras sensitivas, motoras ou até na própria medula, verifica-se impacto no arco reflexo e a disfunção do esfíncter está intimamente relacionado com o nível da lesão (Stevens, 2011).

As pessoas idosas sofrem um aumento do número de contrações involuntárias do detrusor, que contribui assim para sintomas como urgência, frequência e incontinência. Para além disso, estas pessoas têm um atraso na sensação de vontade de urinar, o que atrasa a micção e, aumenta o volume residual, levando a uma maior probabilidade de infeções urinárias. Esta diminuição da capacidade da bexiga associada a uma diminuição da pressão máxima de encerramento uretral, dificulta o controlo voluntário da micção, aumentando o risco de incontinência (Stevens, 2011). Todos estes problemas podem ser exacerbados quando associados a alterações da visão, mobilidade e destreza, que dificultam atividades como o localizar e o deslocar-se à casa de banho, assim como retirar a roupa em tempo de urinar de forma continente, e também pela administração de determinados medicamentos, como os diuréticos, que podem aumentar a urgência (Stevens, 2011; Redol & Rocha, 2017).

No caso dos homens, o crescimento anómalo da próstata pode causar obstrução uretral e hipertrofia ou disfunção da bexiga e dar origem a retenção urinária (Stevens,2011).

A IU é então reconhecida como uma das grandes síndromes geriátricas (De Moraes et al., 2010), pois aumenta exponencialmente com o avançar da idade, devido à deterioração dos sistemas que asseguram a continência urinária. No entanto é um problema que não deve ser entendido como algo normal e exclusivo do processo de envelhecimento, devendo ser valorizado, diagnosticado e tratado corretamente (Alves et al, 2023; Costa et al., 2023).

As comorbilidades associadas à IU vão desde internamentos prolongados, infeções do trato urinário, complicações relacionadas com o uso prolongado de cateteres uretrais e dermatites de contato. A IU é ainda um importante motivo para admissão de idosos em lares (Braga et al., 2023), condição que acarreta elevado custo económicos, não só para o SNS, mas também para cada pessoa. Em cada caso, devem ser explorados todos estes fatores assim como o tipo de IU, a frequência, a gravidade e os fatores desencadeantes (Redol & Rocha, 2017).

No âmbito do projeto de intervenção, iremos focar-nos em doentes com incontinência instalada e proceder à análise dos seus diferentes tipos, sendo que, importará esclarecer, antes de mais, que a incontinência instalada é caracterizada por se perpetuar ao longo do tempo, estando diretamente associada a algum fator neurológico, muscular ou ambos.

### **5.2.3. Avaliação da pessoa com alteração da continência urinária**

Para definir um plano de intervenção adequado à pessoa com IU, é fundamental realizar uma avaliação minuciosa e precisa que confirme a IU e, identificar o tipo e os fatores que a influenciam. Se a IU é um sintoma, é necessário confirmá-la objetivamente, devendo constar da avaliação a história, o exame físico e, exames específicos (Redol & Rocha, 2017).

Numa fase inicial é importante, explorar os sentimentos da pessoa em relação à IU, identificar os seus valores, as suas crenças, preferências, objetivos e expetativas em relação ao tratamento, validando o seu envolvimento e participação nos processos de decisão, comprometendo-se ativamente na gestão da sua doença (Nascimento et al., 2022).

Na fase seguinte, a identificação e determinação do seu tipo de incontinência é fundamental, no sentido de instituir as intervenções terapêuticas adequadas. Importa perceber a história da IU, se era uma situação pré-existente à hospitalização, ou se por outro lado, se trata de uma situação nova, secundária à situação de incapacidade. Por exemplo, pessoas com défices neurológicos podem ter retenção ou IU por disfunção de uma bexiga neurogénica (Stevens, 2011).

Fatores importantes na avaliação da pessoa com IU são o início, duração, frequência, quantidade e tipo de perdas (jato ou gotejo contínuo) e, fatores precipitantes (tosse, espirro, riso, exercício, mudanças de posição). Estes fatores variam consoante o tipo de incontinência (Redol & Rocha, 2017; Nascimento et al., 2022). As perdas associadas à tosse, espirro ou durante o exercício físico, são sugestivas de incontinência de esforço, enquanto que, a que acontece devido à dificuldade em chegar a tempo à casa de banho é mais sugestiva de incontinência de urgência. O mesmo acontece na quantidade de perda de urina em cada episódio, ou seja, a emissão breve e súbita de urina pode denotar incontinência de esforço, um jato persistente e prolongado é característico da incontinência de urgência (Stevens, 2011; Redol & Rocha, 2017).

Outros fatores a explorar serão os momentos em que acontecem as perdas, nomeadamente, se durante o dia ou no período noturno, se existe perceção de plenitude vesical, se consegue atrasar a micção após sentir vontade, se apresenta gotejamento pós-miccional, sensação de esvaziamento incompleto da bexiga, se possui sintomatologia obstrutiva (hesitação, diminuição ou interrupção do jato, esforço miccional) e sintomatologia de infeção urinária, como sendo, disúria e/ou hematuria (Stevens, 2011; Redol & Rocha, 2017; Nascimento et al., 2022).

Outros fatores a avaliar e que podem contribuir para a IU são, as doenças associadas, a medicação habitual, dieta, padrão intestinal, passado cirúrgico, ou se já realizou algum tratamento e a sua eficácia (Rocha & Redol, 2017). Outros aspetos inerentes recaem na informação de como a pessoa gere a IU no seu quotidiano, se usa algum dispositivo de retenção de urina (penso, fralda, dispositivo), fatores ambientais (acessibilidade e distância à casa de banho) e qual o impacto da IU na sua qualidade de vida, tendo em conta a dimensão pessoal, psicossocial, espiritual e económica. O tipo de apoio de que a pessoa idosa dispõe, a presença ou não de um cuidador, são também indicadores a incluir na abordagem e avaliação de enfermagem (Nascimento et al., 2022).

De acordo com Rocha & Redol (2017) um último aspeto que não deve ser descurado na pessoa com IU é a avaliação da sexualidade da pessoa, uma vez que esta a pode provocar alterações ao nível da vivência da sexualidade.

Atualmente, existem várias escalas específicas para documentar o impacto da IU na qualidade de vida. Os instrumentos de avaliação mais comumente utilizados são Urinary Incontinence Quality of Life Scale, King's Health e ICIQ-SF (Abrams et al., 2016 cit in Nascimento et al., 2022).

O exame físico, é outra ferramenta importante e inclui a avaliação da funcionalidade física, como a mobilidade, capacidade de chegar à casa de banho e despir-se em tempo útil para ser continente, ou seja, destreza manual, marcha e equilíbrio. Inclui também a avaliação cognitiva, como seja, capacidade de perceber a necessidade de esvaziar a bexiga e como chegar à casa de banho ou, estado mental, humor e motivação (Stevens, 2011). A observação do abdómen, da região pélvica e retal são de igual forma importantes no exame físico, para detetar alterações fisiopatológicas e anatómicas (Rocha & Redol, 2017), como por exemplo, cicatrizes que indiquem cirurgias anteriores, distensão vesical ou massas supra púbicas e dor á palpação (Stevens, 2011).

O exame à região genital masculina, ajuda a identificar a presença de alguma alteração a nível do prepúcio, do pénis ou da pele da região perineal (Stevens, 2011). O exame físico à região genital externa da mulher deve procurar especialmente evidências de prolapso ou deficiência hormonal e, em que condições está a pele, verificar sinais de atrofia vaginal, e ainda a capacidade de contração dos músculos pélvicos (Rovner et al., 2002; Stevens, 2011).

Importante referir que as mulheres com vários partos vaginais podem sofrer de IU por traumatismo dos músculos do pavimento pélvico. Nas mulheres, pode ser realizada uma avaliação do prolapso da parede vaginal anterior ou hipermobilidade uretral, e um teste de Marshall-Bonney para excluir a incontinência de esforço coexistente nas doentes com sintomas de IU mista (Rovner et al., 2002).

Em ambos os sexos, o exame rectal digital poderá ser realizado e para verificar o tónus retal ambiente, a integridade do arco de reflexo sacral, bem como para avaliar a capacidade do doente para realizar uma contração voluntária dos músculos do pavimento pélvico (exercício de Kegel), o que pode ser um fator importante na decisão sobre a terapêutica adequada (Rovner et al., 2002).

Durante o exame físico é também importante avaliar a capacidade de esvaziamento da bexiga. Os doentes com lesões medulares normalmente apresentam retenção urinária por bexiga neurogénica, já os doentes com AVC, como mantêm esvaziamento reflexo, apresentam muitas vezes incontinência de urgência e nestes casos, a prioridade dos EEER é implementar um programa de treino vesical que promova a continência (Stevens, 2011).

Se for identificada a incontinência como sintoma, deve solicitar-se à pessoa que relaxe e que tussa com força, se se verificar perda imediata de urina, estamos perante um caso de incontinência de esforço. Se pelo contrário, as perdas não acontecerem de imediato e se prolongarem, suspeita-se de incontinência de urgência ou de hiperatividade do detrusor (Stevens, 2011). A observação direta pode ainda identificar sinais de hesitação ou esforço, jato urinário fraco ou interrompido, sintomas característicos de patologia obstrutiva (Rocha & Redol, 2017).

Conhecer e interpretar exames complementares de diagnóstico é fundamental na avaliação da pessoa com IU. Estes consistem no exame sumário de urina, prova da resposta ao esforço, medição de resíduo pós-miccional por ecografia vesical e estudo urodinâmico (Rocha & Redol, 2017). A análise sumária de urina permite detetar situações que podem contribuir para a IU, como hematúria e piúria no caso de infeção e a necessidade de fazer uma urocultura. A avaliação do volume residual ou pós-micção é feita através da comparação entre o volume da micção e o volume de urina que fica na bexiga pós esvaziamento (entre 50-200 ml), medido por cateterização ou ecografia vesical. A prova de resposta ao esforço é pedida à pessoa com a bexiga cheia e em posição ginecológica que tussa vigorosamente, e repetindo o mesmo em pé. A existência e o tipo de perdas de urina observadas diretamente revelam o tipo de IU presente (Rocha & Redol, 2017).

Outros exames especializados na avaliação da continência urinária são os estudos urodinâmicos, que visam reproduzir sintomas urinários da pessoa durante o ciclo miccional completo, enquanto são realizadas medições que quantificam os processos fisiopatológicos relacionados (Mota & Tinoco, 2021). Atualmente o protocolo de estudo urodinâmico da Sociedade Internacional da Continência inclui a história clínica, diário miccional de três dias, urofluxometria representativa com avaliação de resíduo pós-miccional e cistometria transuretral com estudo de pressão-fluxo (Mota & Tinoco, 2021).

Existem ainda outros exames de diagnóstico, como a citologia urinária, que permite rastrear malignidade na ausência de infecção do trato urinário; a perfilometria ou perfil de pressão uretral, que mede a pressão dinâmica e em repouso da uretra e por último, a eletromiografia, que reflete a atividade do esfíncter externo, do músculo estriado peri-uretral, do esfíncter anal e do pavimento pélvico ou seja, quando existe uma dissenergia detrusor esfíncteriana há um recrutamento inadequado desses músculos (Stevens, 2011; Rocha & Redol, 2017). Ainda a cistoureoscopia permite identificar lesões vesicais e divertículos na uretra, fístulas, estrangulamentos ou deficiência intrínseca do esfíncter (Stevens, 2011).

Relativamente a exames imagiológicos, a pielografia intravenosa ou a ecografia renal, são por vezes utilizados nas pessoas com IU, para a avaliação, não propriamente desta disfunção, mas para identificar alterações do aparelho urinário superior, e para examinar a anatomia do aparelho urinário inferior (Stevens, 2011).

Para uma avaliação rigorosa da pessoa com IU, é importante uma abordagem multidimensional, contemplando dados físicos, funcionais, cognitivos, sociais e ambientais. Esta abordagem tem benefícios na precisão do diagnóstico, na otimização do tratamento, melhoria no prognóstico, restauração e manutenção da funcionalidade, apoio em situação de perda de autonomia e melhoria da qualidade de vida da pessoa, pertinente nas situações de IU (Nascimento et al., 2022).

### 5.3. PLANO DE INTERVENÇÃO DE ENFERMAGEM DE REABILITAÇÃO À PESSOA COM INCONTINÊNCIA URINÁRIA

Do ponto de vista regulamentar, os EEER atuam junto de pessoas com necessidades especiais, com o objetivo de maximizar o seu potencial funcional, concebendo planos individualizados, de modo que as suas intervenções assegurem a melhoria das funções residuais, a manutenção ou recuperação da independência nas atividades de vida e a minimização do impacto das incapacidades instaladas (Regulamento n.º 392/2019). No que se refere aos processos de eliminação, estes são do domínio da intervenção da ER uma vez que os EEER, podem estabelecer uma relação mais próxima com as pessoas no decorrer da prestação de cuidados e perceberem que estas sofrem de IU (Stevens, 2011), encontrando-se por isso em

situação privilegiada para detetar essa alteração e iniciar um plano de intervenção, com vista à promoção da continência.

Conforme referem Redol & Rocha (2017), o planeamento das intervenções deve respeitar as preferências individuais das pessoas, tendo em conta os seus valores, crenças, as suas relações sociais e interpessoais, o ambiente que as rodeia e as suas expectativas, perspetivando sempre resultados tangíveis a essas intervenções.

Independentemente do tipo de IU, esta alteração constitui uma das principais causas de dependência familiar e institucionalização precoce (Redol & Rocha, 2017). Por isso a intervenção precoce dos EEER na educação das pessoas e dos seus relativos, no planeamento da alta, na continuidade dos cuidados e na reintegração das pessoas na família e na comunidade, poderá proporcionar-lhes dignidade e qualidade de vida (Regulamento n.º 392/2019) através da promoção da continência urinária e do próprio autocuidado. Nas pessoas com IU, os EEER avaliam e identificam problema, fornecem informações e estabelecem intervenções adequadas para a prevenção e tratamento, quer em contexto hospitalar ou em ambulatório e em condições agudas ou crónicas (Gomes Braga et al., 2023). De acordo com Batmani et al. (2022) face à elevada prevalência deste problema nas pessoas idosas em todo o mundo, os responsáveis pelas políticas de saúde deveriam considerar a introdução de medidas de controlo e dar prioridade às atividades de tratamento e reabilitação.

A avaliação da pessoa com IU deve ser pormenorizada, e incluir, a história clínica, a capacidade cognitiva e funcional, a história da IU e sua sintomatologia, devendo ser usados instrumentos validados, como escalas, diário miccional, e ainda, quando possível, meios que permitam a verificação do volume residual (Stevens, 2011; Redol & Rocha, 2017).

Tendo em conta todas as implicações da IU, é importante diferenciar as pessoas que apresentam limitações da mobilidade, que interferem com a independência de ir à casa de banho, apresentando assim défice de AC para a eliminação embora tenham capacidade de armazenamento e esvaziamento de urina (Stevens, 2011). Nestes casos os EEER, devem planejar intervenções como assistir as pessoas na eliminação e promover alterações do ambiente, através de produtos de apoio (como alteadores de sanita, barras de apoio e cadeira sanitária) (Stevens, 2011).

A gestão da eliminação intestinal destas pessoas, também importante, uma vez que a obstipação contribui para as alterações da micção. A restauração e a regularidade do trânsito

intestinal, aliviam a urgência urinária e a perda de controlo. Por isso, é essencial, para além da remoção de fecalomas (caso existam) equacionar o aumento da ingestão de fibras e líquidos, assim como a promoção da mobilidade e exercício físico (Stevens, 2011).

A primeira escolha para o tratamento da IU, deve incidir sobre os procedimentos menos invasivos e mais seguros (Redol & Rocha, 2017). O tratamento conservador é recomendado como primeira forma de tratamento, uma vez que não tem efeitos colaterais, é de baixo custo e tem pouca complexidade técnica e inclui meios físicos, comportamentais e psicológicos, muitas vezes usados de forma combinada (Cunha et al., 2021). Estas técnicas comportamentais enquadram-se nas intervenções autónomas de ER, e têm como objetivos diminuir o número de ocorrências de incontinência, não condicionando tratamentos futuros (Redol & Rocha, 2017).

A terapia comportamental, como o próprio nome indica, consiste em estimular modificações comportamentais e mudanças de hábitos que possam contribuir para piorar ou causar episódios de perdas urinárias, associando a isso um treino da bexiga. Exemplos dessas mudanças são a diminuição da ingestão de cafeína, do excesso de líquidos antes de dormir, devendo a ingestão hídrica ser adequada a cada pessoa e às suas rotinas e a diminuição da ingestão de frutas ácidas, chocolates e refrigerantes, uma vez que esses produtos são considerados irritantes vesicais (Valença et al., 2016).

Na terapia comportamental, o treino vesical tem também como objetivo, a separação da perceção da necessidade de urinar, do ato de urinar, através da alteração dos hábitos miccionais, como a diminuição da ingestão hídrica após as 18 horas do dia, a supressão da imperiosidade através da micção temporizada e, o aumento da capacidade funcional através da micção diferida (Rocha & Redol, 2017).

Uma das intervenções mais evidenciada na literatura, corresponde aos exercícios de fortalecimento dos músculos do pavimento pélvico (World Health Organization, 2017). Este treino envolve a contração e relaxamento voluntário repetitivo e seletivo dos músculos do pavimento pélvico, que além de serem ensinados pelos profissionais podem ser realizados de forma autónoma e regular pelas pessoas afetadas pela IU, melhorando a força e a resistência desses mesmos músculos (Cunha et al., 2021). Os exercícios da musculatura pélvica, também conhecidos como exercícios de Kegel, melhoram a resistência da uretra através da contração do músculo coccígeo, ajudando ao encerramento da uretra e ao aumento gradual do suporte muscular de todas as estruturas pélvicas. Estes exercícios fortalecem tanto a musculatura peri-

uretral voluntária como a pélvica (Rocha & Redol, 2017). Na implementação destes exercícios os EEER deverão ter em consideração vários aspetos, nomeadamente, que a pessoa saiba localizar e identificar corretamente os músculos a exercitar e que aprenda como os exercitar e, que os exercite regularmente (Stevens,2011; Santos,2012; Cunha et al., 2021).

Assim, antes do início de qualquer plano, as pessoas devem ser esclarecidas, com recurso a linguagem simples e acessível, sobre toda a anatomia e musculatura pélvica e perceberem a sua relação com a IU (Cunha et al., 2021). Deverá ainda, ser realizado o ensino à pessoa sobre a necessidade de esvaziar a bexiga antes de iniciar o treino, as posições a adotar para a realização dos exercícios e, informar que o aparecimento de resultados só serão significativos 4-6 semanas após o início da implementação do programa (Santos, 2012; Cunha et al., 2021).

Relativamente ao plano de exercícios a implementar, as pessoas são instruídas a realizar três séries diárias, com, no máximo, 10 contrações lentas, com aumento progressivo de sustentação de 10 segundos, seguidas de um período de relaxamento duas vezes superior ao tempo de contração e, 10 contrações rápidas, com tempo de sustentação de 1 segundo, com 2 segundos de relaxamento. Estas séries de exercícios devem ser realizadas nas posições em pé, sentadas e deitadas (Lopes et al., 2017). Para além destes exercícios de fortalecimento pélvico, é realizado um treino funcional destes mesmos músculos, com contração dos mesmos, antes de esforços como tosse, espirros e levantamento de pesos, mantendo a contração até ao final de cada esforço (Lopes et al., 2017). Por sua vez, a utilização de cones vaginais (no caso das mulheres), a estimulação elétrica e o biofeedback durante este treino também produzem resultados positivos (Redol & Rocha, 2017). A eletroestimulação está indicada nos casos de hiperatividade do detrusor ou quando não se conseguem contrair os músculos do pavimento pélvico. Já o biofeedback é utilizado para perceber se a contração dos músculos é realizada de forma correta (Lopes et al., 2017).

Os exercícios de treino dos músculos do pavimento pélvico são eficazes para o tratamento da IU, sendo esta considerada a melhor opção de tratamento, pois resulta numa melhoria significativa da qualidade de vida das pessoas incontinentes, e quando realizados sob supervisão de um profissional, apresentam resultados bastante positivos (Cunha et al., 2021).

Outra estratégia que pode ser utilizada na IU é a micção diferida. Nesta são utilizadas técnicas de relaxamento e distração para inibir conscientemente a vontade de urinar após o

desejo miccional, de modo a capacitar as pessoas a resistirem à sensação de vontade de urinar e adiarem a micção (Rocha & Redol, 2017).

Na micção temporizada, também conhecida como treino de hábitos, existe um padrão previsível de esvaziamento da bexiga, com intervalos ajustados de duas a três horas (exceto durante o sono) num período inicial, podendo este intervalo ser aumentado progressivamente. A micção é induzida nos doentes de forma voluntária antes de estes atingirem o seu volume vesical capaz de desencadear um episódio de IU (Rocha & Redol, 2017; Menoita, 2012). Esta intervenção requer uma maior interação entre os enfermeiros e as pessoas com IU, principalmente em casos de maior dependência e limitação funcional e é recomendada quando as pessoas aprendem a reconhecer algum grau de sensação de bexiga cheia, ou da necessidade de a esvaziar, ou pedem ajuda, ou respondem quando incentivadas a urinar (Stevens, 2011). É assim de extrema importância perceber, as capacidades de autocuidado destas pessoas e as suas capacidades cognitivas, assim como os recursos disponíveis dos EEER, quando é implementado um plano de intervenção para o controlo da eliminação vesical (Stevens, 2011).

Outra estratégia usada na IU é a micção imediata. De acordo com Santos (2012), Rocha & Redol, (2017) esta é a intervenção mais utilizada em pessoas com alterações cognitivas ou institucionalizadas e, implica idas à casa de banho sempre que as pessoas tenham vontade de urinar, responsabilizando-as pelos episódios de incontinência que possam surgir, e pela abordagem regular relativamente ao estado do vestuário, se húmido ou seco, sugerindo a ida imediata à casa de banho. O recurso ao reforço positivo para incentivar as pessoas, sempre que estas urinem na casa de banho e não apresentem episódios de IU, é um método de responsabilização pelo seu comportamento de eliminação, ao mesmo tempo que mantem as pessoas motivadas.

A algaliação ou a cateterização intermitente é outra estratégia no tratamento da incontinência. Esta técnica é preferencialmente utilizada em pessoas com alterações neuro-urológicas, que não conseguem esvaziar a bexiga eficazmente. Pode ser aplicada pela pessoa ou pelo cuidador. Em qualquer das circunstâncias, os EEER deverão realizar o ensino sobre o procedimento, os cuidados inerentes ao mesmo e, em parceria com o doente, estabelecer a frequência de realização desta técnica, sendo comum entre 4 a 6 vezes diárias, muito embora possa ser necessário aumentar a frequência ou reajustar a ingestão hídrica, de modo que a bexiga nunca atinja um volume superior a 500 ml (Redol & Rocha, 2017).

Considerando a IU uma problemática ainda desconhecida para a maioria da população e com uma prevalência elevada, o tratamento conservador com exercícios específicos, é considerado de primeira linha, por isso torna-se premente a implementação de mais programas de ER para minimizar este problema (Cunha et al., 2021).

Com base no referido, foi delineado um plano de intervenção às pessoas identificadas com alteração da continência urinária durante o estágio final no serviço de medicina interna, tendo o mesmo sido aplicado no período entre 11 de setembro a 18 de dezembro. O plano foi constituído por um conjunto de exercícios de fortalecimento da musculatura do pavimento pélvico e por modificações comportamentais como, o reforço da ingestão hídrica durante o dia e redução a partir da hora do jantar, pelo treino de hábitos miccionais através da programação das idas à casa de banho preferencialmente de 2/2 horas durante o dia e por um período mais alargado durante a noite e, pelo treino do esfíncter em simultâneo com a contração dos músculos do pavimento pélvico.

Numa primeira avaliação, foi considerada a possibilidade de estabelecer um diário miccional, onde a pessoa registava algum episódio de perda urinária, as causas prováveis dessas perdas, bem como o registo de líquidos ingeridos e eliminados nas 24h. Contudo, não se verificou grande receptividade por parte dos utentes e disponibilidade da restante equipa em preencher o diário em todos os períodos nos outros períodos e essa possibilidade foi abandonada. A restante informação, sobre a ocorrência de perdas urinárias no período da tarde e noite, assim como a quantidade de líquidos ingeridos, foi recolhida através dos registos de enfermagem e a passagem de turno.

No primeiro contacto, foi realizada uma avaliação diagnóstica, que incluiu avaliação do estado cognitivo, avaliação da força muscular, grau de dependência para os autocuidados, avaliação do equilíbrio corporal e risco de queda e, avaliação da IU e impacto na qualidade de vida da pessoa antes de iniciar o plano. Os doentes, foram reavaliados num período intermédio e no final do contacto. O plano teve por base as orientações referidas por Lopes et al. (2017) e Braga et al. (2023), mas foi adaptado às características individuais e funcionais dos participantes. Fez-se ainda o ensino do treino dos músculos do pavimento pélvico, pedindo à pessoa que tivesse a bexiga vazia e que estivesse o mais relaxada possível, propondo exercícios de relaxamento com dissociação respiratória antes de se iniciar o treino dos músculos pélvicos propriamente dito.

O plano de intervenção foi complementado com um plano de reabilitação funcional motora e respiratória, tendo em conta a avaliação individual de cada pessoa e a identificação das suas necessidades, com vista à promoção da continência urinária, mas também do aumento da força muscular, melhoria do equilíbrio e recuperação da marcha e, melhoria da sua autonomia e independência para os restantes autocuidados.

O quadro 1 apresenta os diagnósticos de enfermagem mais identificados durante o estágio e respetivas intervenções de acordo com o Padrão Documental dos Cuidados de Enfermagem da Especialidade de Enfermagem de Reabilitação (OE, 2015a), posteriormente adaptados às limitações de cada doente. O objetivo principal foi promover a sua recuperação e independência funcional e da continência urinária.

**Quadro 1-** Intervenções de Enfermagem de Reabilitação sistematizadas em função dos diagnósticos identificados

| <b>Diagnósticos de Enfermagem</b>                                  | <b>Intervenções de Enfermagem</b>  |
|--|--|
| <b>Ventilação comprometida</b>                                     | <ul style="list-style-type: none"><li>- Observação e Auscultação do tórax (Identificação de murmúrio vesicular e ruídos adventícios, antes e após intervenção);</li><li>- Otimização da ventilação através da técnica de posicionamento (posição de descanso e técnica de relaxamento com consciencialização e controlo da respiração, e correção postural);</li><li>- Ensino e treino de técnicas respiratórias (controlo e dissociação dos tempos respiratórios, com expiração com os lábios semicerrados [2 séries de 10 repetições]; respiração diafragmática; reeducação diafragmática; reeducação costal, global e seletiva [com recurso a bastão];</li><li>- Incentivo ao uso das técnicas respiratórias;</li><li>- Vigilância da ventilação e da respiração;</li></ul> |
| <b>Potencial para melhorar conhecimento sobre técnica da tosse</b> | <ul style="list-style-type: none"><li>- Avaliação do conhecimento sobre técnica da tosse;</li><li>- Ensino e treino sobre técnica da tosse dirigida (posição sentado e pés apoiados, tronco inclinado para a frente, inspira pelo nariz como se fosse “cheirar uma flor”, comprime o abdómen com os membros superiores abraçados a uma almofada, com o tronco inclinado e tosse);</li><li>- Incentivo da técnica da tosse dirigida para assegurar a permeabilidade das vias aéreas;</li></ul>  |
| <b>Movimento muscular diminuído</b>                                | <ul style="list-style-type: none"><li>- Avaliação da força muscular através da Escala Medical Research Council (MRC)</li><li>- Ensino acerca da importância da realização do movimento muscular e prevenção de complicações musculó-articulares</li></ul>  |

|  |  |
|--|--|
|  | <ul style="list-style-type: none"> <li>- Execução da técnica de exercícios musculo-articulares passivos (polissegmentares, séries de 10 repetições, conforme a tolerância do doente)</li> <li>- Execução da técnica de exercícios musculo-articulares ativos-assistidos e ativos-resistidos (automobilizações, exercícios isotónicos e isométricos, exercícios de agachamento, exercícios de fortalecimento muscular com bandas elásticas e caneleiras, exercícios de resistência com marcha no corredor e pedaleira) séries de 10 repetições</li> <li>- Execução de exercícios terapêuticos no leito, como exercício da ponte (3 séries e-10 segundos, consoante a tolerância do doente) com e sem bola, dissociação da cintura pélvica e rolamento para o lado afetado e lado são</li> <li>- Incentivo da pessoa a realizar os exercícios musculares e articulares ativos</li> <li>- Supervisão do movimento muscular</li> </ul>   |
| <p><b>Potencial para melhorar o conhecimento e sobre as técnicas de exercícios musculo-articulares</b></p>     | <ul style="list-style-type: none"> <li>-Avaliação do conhecimento sobre as técnicas de exercícios musculo-articulares;</li> <li>- Ensino sobre as técnicas de exercícios musculo-articulares passivos, ativos-assistidos e ativos-resistidos (exercícios acima descritos);</li> </ul>  |
| <p><b>Potencial para melhorar a capacidade para executar as técnicas de exercícios musculo-articulares</b></p> | <ul style="list-style-type: none"> <li>- Avaliação da capacidade para executar as técnicas de exercícios musculo-articulares;</li> <li>- Instrução e treino das técnicas de exercícios musculo-articulares passivos, ativos-assistidos e ativos-resistidos (exercícios acima descritos);</li> </ul>  |
| <p><b>Equilíbrio corporal comprometido</b></p>   | <ul style="list-style-type: none"> <li>- Avaliação do equilíbrio corporal (estático, dinâmico sentado e ortostático);</li> <li>- Monitorização do equilíbrio corporal, através da escala de Tinetti;</li> <li>- Estimular a manter o equilíbrio corporal;</li> <li>- Execução da técnica de treino de equilíbrio, como correção postural no cadeirão com inclinação para o lado são, equilíbrio estático sentado (sentado no cadeirão sem se encostar e permanecer na posição por alguns minutos; sentado na cama com as mãos apoiadas na cama e os pés apoiados no chão; sentado na cama com os braços esticados para a frente e para a esquerda/direita), equilíbrio dinâmico sentado (induz-se ligeiro balanço nos ombros do doente de forma a que este compense o movimento), facilitação cruzada com movimentos de flexão e extensão do tronco e lateralização, com as mãos entrelaçadas;</li> <li>- Execução da técnica de equilíbrio estático de pé (de pé com braços ao longo do tronco, de pé com braços estendidos, de pé com os olhos fechados) e dinâmico de pé (exercícios realizados ao fundo da cama e no parapeito da janela: alternância de carga nos membros inferiores, flexão do joelho, flexão/extensão coxofemoral, elevação lateral da perna, em abdução, agachamentos com correção postural, levantar/sentar sem apoio de mãos);</li> <li>- Avaliação do conhecimento sobre técnicas de equilíbrio corporal (estático, dinâmico sentado e ortostático);</li> <li>- Ensino sobre as técnicas de equilíbrio corporal (acima descritas);</li> </ul> |

|  |   |
|--|---|
|  | <ul style="list-style-type: none"> <li>- Avaliação da capacidade para executar técnicas de equilíbrio corporal;</li> <li>- Instrução e treino das técnicas de equilíbrio corporal (acima descritas);</li> </ul>   |
| <b>Deglutição Comprometida</b>   | <ul style="list-style-type: none"> <li>-Avaliação da capacidade de deglutição, através da Escala GUSS;</li> <li>-Ensino sobre o risco de aspiração;</li> <li>-Gestão da dieta e adição de espessante na água (planeamento conjunto com a equipa de terapia da fala);</li> <li>-Ensino sobre técnicas compensatórias, como: flexão anterior do pescoço, pressão da colher sobre a língua, utilização de colheres sensoriais, consistência dos líquidos com recurso a espessante;</li> <li>-Instrução e treino sobre técnicas compensatórias;</li> <li>-Ensino sobre técnicas de deglutição, como: manobra de <i>lip pursing</i>, deglutição dupla e deglutição forçada;</li> <li>-Instrução e treino sobre técnicas de deglutição;</li> <li>-Posicionamento da pessoa;</li> <li>-Supervisão da deglutição e da hora da refeição;</li> </ul>  |
| <b>Intolerância à atividade</b>  | <ul style="list-style-type: none"> <li>-Ensino sobre gestão dos períodos de atividade e repouso;</li> <li>- Planeamento de atividades que o doente tolere e ensino de técnicas de conservação de energia, como descansar quando estiver cansado, sentar-se ou encostar-se e controlar a respiração;</li> <li>-Ensino e treino da consciencialização e controlo da respiração e posições de descanso relaxamento;</li> <li>- Ensino, Instrução e Treino sobre exercícios de resistência, como marcha no corredor, exercícios com pesos e bandas elásticas, pedaleira, subir e descer degraus;</li> <li>- Incentivo e supervisão da execução dos exercícios de resistência e dos períodos de repouso;</li> <li>- Avaliação da frequência respiratória, frequência cardíaca e saturações periféricas de oxigénio, antes, durante a após a realização dos exercícios;</li> </ul>  |
| <b>Potencial para melhorar capacidade para os autocuidados: higiene, arranjar-se, vestuário, comer e beber, usar o sanitário, transferir-se, andar</b> | <ul style="list-style-type: none"> <li>-Avaliação da capacidade do doente para a realização dos autocuidados</li> <li>-Ensino sobre técnicas de adaptação para os autocuidados <ul style="list-style-type: none"> <li>• Higiene: utilização de cadeira de banho ou banco (se equilíbrio sentado eficaz) e barras de apoio (se equilíbrio ortostático), adaptação da esponja de banho caso o doente não tenha motricidade fina;</li> <li>• Arranjar-se: no caso da higiene oral, fixar a escova na mão afetada e colocar a pasta com a mão não afetada, colocar o espelho a uma altura confortável para o doente, engrossar os cabos da escova de dentes ou cabelo se não tiver motricidade fina;</li> <li>• Vestuário: para vestir o doente deve começar sempre pelo lado afetado e de seguida o lado não afetado, para despir fazer o inverso, deve começar pelo membro não afetado; para calçar não deve usar sapatos com atacadores, e usar calçadeira de cabo longo para facilitar o calçar;</li> <li>• Comer e beber: uso de tapetes antiderrapantes, colheres sensitivas e uso de engrossador de talheres, posicionamento adequado do doente</li> </ul> </li> </ul> |

|  |   |
|--|---|
|  | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Usar o sanitário: no caso de a sanita ser baixa, aconselhamento de descida lenta e controlada ou uso de alteadores de sanita, uso das barras laterais para sentar/levantar</li> <li>• Transferir-se: Instrução e treino do transferir-se respeitando a ordem sequencial correta (rolamento no leito para o lado da transferência, carga sobre o cotovelo, sentar no leito, equilíbrio estático e dinâmico sentada, assumir o ortostatismo, equilíbrio estático e dinâmico em posição ortostática, rodar 180°, sentar na cadeira com descida controlada)</li> <li>• Andar: avaliação da capacidade funcional do doente para andar sem auxiliar de marcha (capacidade para se colocar na posição vertical e sustentar o corpo com equilíbrio e capacidade para se mover com marcha eficaz), instrução e treino sobre técnica de adaptação para andar (andar com apoio nos dedos dos pés e com apoio no calcanhar; andar em linha reta);</li> <li>• Andar com auxiliar de marcha: ajuste correto do mesmo com o apoio das mãos à altura do grande trocânter, verificação das condições de segurança dos auxiliares de marcha como as borrachas em bom estado, manobras de mudanças de direção, remoção de obstáculos, calçado confortável.</li> </ul> <p>-Instrução e treino de técnicas de adaptação para os autocuidados<br/>- Incentivar o doente a realizar os autocuidados</p> |
| <p><b>Autocontrolo continência urinária ineficaz</b></p> | <ul style="list-style-type: none"> <li>- Avaliação do autocontrolo: continência urinária;</li> <li>- Avaliação da alteração da continência urinária e o impacto na sua qualidade de vida, através do questionário ICIQ-SF;</li> <li>- Planeamento da ingestão de líquidos, com reforço hídrico durante o dia e redução dos líquidos a partir das 18h;</li> <li>- Planeamento da eliminação urinária, através da micção temporizada, programando as idas ao wc, ou oferecendo arrastadeira ou urinol;</li> <li>- Ensino sobre exercícios de fortalecimento pélvico, na posição deitado, sentado e em pé, nomeadamente exercícios de contração e relaxamento (quadro 2);</li> <li>- Instrução e treino dos exercícios de fortalecimento pélvico;</li> </ul>   |

**Fonte:** Adaptado de OE (2015a)

O quadro 2 sistematiza os principais exercícios, os objetivos de cada um, as intervenções e o número de repetições preconizadas para fortalecimento pélvico.

**Quadro 2-** Plano de exercícios de fortalecimento pélvico

| Exercícios principais  | Objetivos | Intervenções | Número de repetições |
|------------------------|-----------|--------------|----------------------|
| <b>Posição Deitado</b> |           |              |                      |

|                                       |   |  |                          |
|---------------------------------------|---|--|--------------------------|
| Exercícios de relaxamento             | <ul style="list-style-type: none"> <li>- Consciencialização e capacidade de controlo da respiração, diminuindo o gasto energético;</li> <li>- Diminuição da tensão muscular e psíquica, proporcionando relaxamento;</li> <li>-Facilitar a capacidade da pessoa de controlar a respiração, reduzindo a sobrecarga muscular;</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>- Ensino, e treino sobre a dissociação dos tempos respiratórios;</li> <li>-Exercícios de inspiração pelo nariz e expiração pela boca com os lábios semicerrados;</li> </ul>                             | 5x cada exercício        |
| Exercícios de fortalecimento muscular | <ul style="list-style-type: none"> <li>- Fortalecimento dos músculos do pavimento pélvico, adutores, isquiotibiais e glúteos;</li> </ul>  | <ul style="list-style-type: none"> <li>- Em extensão, contrair os músculos do pavimento pélvico, abdómen e glúteos, fazendo pressão sobre a superfície;</li> </ul>   | 10x<br>10s<br>relaxa 20s |
|                                       | <ul style="list-style-type: none"> <li>- Fortalecimento dos músculos abdominais transversos, isquiotibiais e glúteos;</li> </ul>  | <ul style="list-style-type: none"> <li>- Realização do exercício da ponte no momento da expiração;</li> </ul>  | 10x<br>10s<br>Relaxa 20s |
|                                       | <ul style="list-style-type: none"> <li>- Fortalecimento dos músculos do pavimento pélvico, adutores, isquiotibiais e glúteos;</li> </ul>  | <ul style="list-style-type: none"> <li>- Com flexão da anca e do joelho, realização da adução dos membros inferiores pressionando uma almofada no momento da expiração, contraindo simultaneamente o abdómen e os glúteos;</li> </ul>          | 10x<br>10s<br>relaxa 20s |
| <b>Posição sentado</b>                |   |  |                          |
| Exercícios de fortalecimento muscular | <ul style="list-style-type: none"> <li>- Fortalecimento do pavimento pélvico, adutores e glúteos</li> </ul>   | <ul style="list-style-type: none"> <li>-Cruzar os membros inferiores e contrair o pavimento pélvico no momento da expiração</li> <li>- Colocar uma bola suíça entre as coxas e contrair o pavimento pélvico no momento da expiração</li> </ul> | 10x<br>10s<br>relaxa 20s |
| <b>Posição em pé</b>                  |   |  |                          |
| Exercícios de                         |   | <ul style="list-style-type: none"> <li>- Contração dos músculos do pavimento pélvico em posição ortostática</li> </ul>   | 10x<br>10s<br>relaxa 20s |

Cuidados de enfermagem de reabilitação à pessoa com incontinência urinária em contexto de doença aguda|

|  |  |   |                          |
|--|--|---|--------------------------|
| fortalecimento muscular  | - Fortalecimento do pavimento pélvico e abdominal transverso |   |                          |
|  | - Fortalecimento do pavimento pélvico, adutores e glúteos    | - Com os membros inferiores em adução, colocação de uma bola suíça entre as coxas e realizar contração do pavimento pélvico | 10x<br>10s<br>relaxa 20s |
| Realizar os mesmos exercícios com contrações rápidas, contraindo 1 segundo e relaxando 2 segundos, 10x cada. |  |   |                          |

**Fonte:** Adaptado de Lopes et al. (2017) e Braga et al. (2023)

## **6. RESULTADOS DOS CUIDADOS DE ENFERMAGEM DE REABILITAÇÃO À PESSOA COM INCONTINÊNCIA URINÁRIA**

### **6.1. DESCRIÇÃO E SÍNTESE DOS CASOS**

Durante a implementação do projeto de intervenção e de acordo com os critérios de inclusão previamente definidos foram avaliados 7 doentes, tendo sido excluídos 2 por apresentarem alterações no desempenho cognitivo (avaliado com a Escala Rancho los Amigos) e por se considerar que estes doentes teriam dificuldade em processar a informação fornecida essencial para o treino da continência. O número de sessões de treino foi variável de acordo com o tempo de internamento de cada doente, contudo, foram realizados pelo menos 3 contactos semanais, solicitando-se sempre a colaboração das pessoas para darem continuidade aos exercícios, mesmo quando não estivessem acompanhadas. A duração de cada sessão foi de cerca de 20 minutos, tendo em conta a tolerância de cada pessoa.

Dos 5 doentes que integraram o projeto de intervenção, 3 eram do sexo masculino e 2 do sexo feminino, com 65 e mais anos, e apenas um dos doentes se encontrava abaixo desta idade.

Quanto ao estado civil, um dos doentes era viúvo, três doentes eram casados e 1 divorciado. Todos os doentes residiam no seu próprio domicílio, dois deles viviam sós, mas com apoio de familiar ou apoio dos serviços de apoio domiciliário. Os outros 3 doentes viviam com outros elementos do agregado familiar.

Em termos de escolaridade, um doente não sabia ler nem escrever, dois doentes frequentaram o 1º ciclo, e os outros dois terminaram o 11º ano e 12º ano respetivamente.

Relativamente ao motivo de internamento, 4 doentes foram internados por AVC e 1 por insuficiência cardíaca congestiva descompensada, com comorbilidades associadas.

Dos cinco doentes que integraram o projeto 3 referiram IU prévia ao internamento, verbalizando um impacto considerável da mesma, na sua qualidade de vida (scores entre 8/16 no ICIQ-SF na avaliação inicial)

A recolha de dados envolveu entrevista, dirigida à recolha de dados para a anamnese e foram também consultados os respetivos processos clínicos para obtenção de informações relativas a parâmetros bio fisiológicos e informação clínica relevante para os cuidados de ER.

### ✓ CASO A

Doente do sexo masculino de 80 anos de idade, raça caucasiana, casado com 2 filhos maiores (um falecido num acidente de viação), 4º ano de escolaridade, foi emigrado vários anos na área da indústria leiteira, residindo no momento com a esposa de quem era cuidador, por esta apresentar uma depressão major. Residia numa moradia com rés-do-chão e 1ª andar em zona urbana. Era previamente independente nas suas AVD. Apresentava como comorbilidades hipertensão arterial, hipercolesterolemia, tabagismo e síndrome de apneia obstrutiva do sono grave, sob ventilação não invasiva noturna, síndrome túnel cárpico, tendinopatia do ombro esquerdo e polipose intestinal.

Estava medicado com amlodipina + valsartan 5mg+80 mg, sinvastatina 20mg, sertralina 50mg e trazodona 150 mg. Negava alergias.

O utente deu entrada no serviço de urgência com queixas de desequilíbrio e diminuição da força à esquerda com 3 dias de evolução. Ficou internado na Unidade de AVC com o diagnóstico de AVC isquémico no território da artéria cerebral média direita, com disartria, disfagia, hemiparesia esquerda e paresia facial central à esquerda.

À admissão hospitalar, estava calmo, consciente e orientado, no tempo, espaço e pessoa, apresentava discurso coerente e adequado. Apresentou evolução clínica desfavorável, com agravamento dos défices neurológicos resultante da recorrência de isquemia cerebral no mesmo território. Durante o internamento apresentou períodos de agitação psicomotora, com necessidade de medicação.

O doente manteve-se eupneico, sem aporte suplementar de oxigénio, mas com necessidade de ventilação não invasiva que se instituiu no período noturno. Manteve estabilidade

hemodinâmica ao longo de todo o internamento, com perfil tensional hipertensivo, mas controlado com dieta e medicação (quadro 3). O doente foi acompanhado pela equipa de ER e concomitantemente teve acompanhamento de fisioterapia e terapia da fala.

**Quadro 3** - Avaliação dos parâmetros bio fisiológicos pré e pós intervenções do caso A

| DATA                              | 1ªavaliação |        | 2ªavaliação |        | 3ªavaliação |        |
|-----------------------------------|-------------|--------|-------------|--------|-------------|--------|
|                                   | Antes       | Final  | Antes       | Final  | Antes       | Final  |
| <b>Tensão Arterial (mmHg)</b>     | 142/72      | 150/75 | 162/87      | 156/84 | 166/71      | 166/72 |
| <b>Frequência Cardíaca (bpm)</b>  | 83          | 85     | 75          | 80     | 68          | 70     |
| <b>Saturações de Oxigénio (%)</b> | 98          | 98     | 95          | 98     | 97          | 97     |

**Fonte:** Dados próprios

### **Avaliação de Enfermagem de Reabilitação**

À nossa primeira avaliação, o doente estava calmo, consciente e orientado, com um nível cognitivo apropriado. Não apresentou alteração da atenção nem da memória. Não se verificou negligência unilateral.

Apresentava períodos de labilidade emocional, manifestando tristeza e preocupação quando se referia à sua esposa e se conseguiria voltar a cuidar dela, com vontade de retomar as suas atividades da vida diária. Apresentava disartria ligeira que não era impeditiva de uma comunicação eficaz.

Referia diminuição da sensibilidade no hemicorpo afetado, acuidade visual diminuída compensada com a utilização de óculos e acuidade auditiva mantida.

Apresentava integridade cutânea com uma pele corada e hidratada. Sem edemas periféricos.

Relativamente à função respiratória, apesar de ser um doente com patologia respiratória, prévia ao internamento não revelou alterações respiratórias significativas, contudo

preconizaram-se intervenções e técnicas respiratórias no sentido de otimizar a ventilação, como técnicas de descanso e relaxamento, consciencialização e controlo da respiração, reeducação diafragmática e correção postural.

Em relação à capacidade de deglutição, numa primeira avaliação o doente apresentou disfagia a líquidos e teve apoio e seguimento pela terapeuta da fala.

Apresentava um quadro de dependência completa em todos os autocuidados na primeira avaliação (15/100 pontos no Índice de Barthel (anexo I) necessitando de assistência máxima, exceto na alimentação, que conseguia conduzir alimentos à boca com o membro superior direito, após ser posicionado.

Necessitava de assistência máxima para as transferências e posicionamentos.

Relativamente à avaliação da força muscular, apresentava ausência de movimentos ativos do membro superior esquerdo e membro inferior esquerdo, mantendo grau de força 4/5 no hemitorço direito, de acordo com a MRC (anexo II).

Apresentava equilíbrio corporal comprometido, com má postura no cadeirão e com desequilíbrio de tronco para o lado afetado - 2/16 no Índice de Tinetti, (anexo III). Não foi avaliada a marcha, porque o doente não reunia condições para tal.

A continência urinária estava comprometida, de acordo com o doente a era uma condição pré-existente associada a maior parte das vezes a fatores como a tosse ou o espirro, ou a algum tipo de esforço, e que o doente referia como pouco frequente, e com perdas urinárias em pequena quantidade, do tipo gotejo, essencialmente no período diurno. Não usava material protetor. Referiu também alguns sintomas urinários associados à IU como, pouca capacidade para atrasar o esvaziamento e gotejo pós-micção. Segundo referiu, apesar de ter algum impacto na sua qualidade de vida, tinha pouca interferência nas atividades de vida. Apresentou um score de 8/21 na primeira avaliação, de acordo com o ICIQ-SF (anexo V).

Na sequência da avaliação e de acordo com a terminologia CIPE (2015), foram identificados os diagnósticos de ER, ventilação comprometida, movimento muscular diminuído do hemitorço esquerdo, equilíbrio corporal comprometido, deglutição comprometida, potencial para melhorar conhecimento sobre técnicas de exercício muscular e articular, potencial para melhorar capacidade dos autocuidados: higiene, arranjar-se, comer e beber, vestuário, usar o sanitário, transferir-se e autocontrolo continência urinária comprometida, assentes no Padrão documental dos cuidados de enfermagem da especialidade de ER (OE, 2015a). As intervenções

planeadas e implementadas estão descritas no quadro 1, tendo sido adaptadas às necessidades do doente.

Foram realizadas 10 sessões, seguindo um plano de ER individualizado e atualizado a cada sessão, mediante a evolução do doente.

### **Resultados**

Durante todo o período de intervenção, o doente A manteve-se orientado e colaborante nos cuidados.

Utilizou essencialmente, o controlo da respiração, os posicionamentos de descanso e relaxamento e correção postural, verificando-se uma boa adaptação ao ventilador domiciliário, não tendo ocorrido qualquer complicação respiratória durante o período de internamento.

À data da alta não apresentava compromisso de deglutição.

Relativamente à força muscular global, no momento da alta, no hemisfério esquerdo, mantinha plegia braquial, mas com movimento proximal e distal do membro inferior. Nos membros direitos verificou-se um aumento da força muscular conforme quadro 4.

**Quadro 4** - Evolução da força nos membros superiores e inferiores do Caso A ao longo do internamento

| <i>MRC</i>                         | <b>1<sup>a</sup> Av.</b> | <b>2<sup>a</sup> Av.</b> | <b>3<sup>a</sup> Av.</b> |
|------------------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| <i>Membro Inf. Esq<sup>o</sup></i> | 0                        | 1                        | 2                        |
| <i>Membro Inf Dto</i>              | 4                        | 5                        | 5                        |
| <i>Membro Sup. Esq<sup>o</sup></i> | 0                        | 0                        | 0                        |
| <i>Membro Sup. Dto</i>             | 4                        | 5                        | 5                        |

**Fonte:** Dados próprios

Embora tenha melhorado controlo postural sentado, manteve o equilíbrio corporal ineficaz em posição ortostática (quadro 5).

**Quadro 5** – Avaliação do equilíbrio corporal do doente A através do índice de Tinetti

| <i>Índice de Tinetti</i>   | <b>1ª Av.</b> | <b>2ª Av.</b> | <b>3ª Av.</b> |
|----------------------------|---------------|---------------|---------------|
| <i>Equilíbrio estático</i> | 0             | 1             | 2             |
| <i>Equilíbrio dinâmico</i> | *NA           | *NA           | *NA           |

\*NA-Não Avaliado

**Fonte:** Dados próprios

Ao nível dos autocuidados, apresentou uma melhoria no grau de dependência na realização das AVD's, com expressão nos autocuidados transferência, higiene pessoal, vestir/despir e controlo intestinal e controlo urinário, conforme indica o quadro 6.

**Quadro 6 -** Avaliação dos autocuidados e evolução do doente A

| <i>Índice de Barthel</i>      | <b>1ª Av.</b> | <b>2ª Av.</b> | <b>3ª Av.</b> |
|-------------------------------|---------------|---------------|---------------|
| <i>Alimentação</i>            | 5             | 5             | 5             |
| <i>Transferência</i>          | 0             | 0             | 5             |
| <i>Higiene pessoal</i>        | 0             | 5             | 5             |
| <i>Utilização WC</i>          | 0             | 0             | 0             |
| <i>Banho</i>                  | 0             | 0             | 0             |
| <i>Mobilidade</i>             | 0             | 0             | 0             |
| <i>Subir e Descer escadas</i> | 0             | 0             | 0             |
| <i>Vestir</i>                 | 0             | 5             | 5             |
| <i>Controlo Intestinal</i>    | 5             | 10            | 10            |
| <i>Controlo Urinário</i>      | 5             | 5             | 10            |
| <b>TOTAL</b>                  | <b>15</b>     | <b>30</b>     | <b>40</b>     |

**Fonte:** Dados próprios

Em relação à perceção da IU, avaliada quanto à frequência, quantidade, impacto na vida diária a partir do questionário ICIQ-SF, como foi referido, o doente percecionou uma diminuição do impacto da IU e uma melhoria na frequência das perdas, referindo apenas alguns episódios de urgência urinária, associados à possível dificuldade em chegar a tempo à casa de banho (quadro 7).

**Quadro 7 - Resultados do ICIQ-SF e evolução do doente A**

| <b>Questionário ICIQ-SF</b>   | <b>1ª avaliação</b>           | <b>2ª avaliação</b>         |
|-------------------------------|-------------------------------|-----------------------------|
| <i>3 -Frequência</i>          | 2                             | 1                           |
| <i>4 -Quantidade</i>          | 2                             | 2                           |
| <i>5 -Impacto</i>             | 4                             | 2                           |
| <i>6 -Quando perde urina?</i> | Perco quando tusso ou espirro | Perco antes de chegar ao wc |
| <i>Score Total</i>            | <b>8</b>                      | <b>5</b>                    |

**Fonte:** Dados próprios

### ✓ CASO B

Doente do sexo masculino de 72 anos de idade, raça caucasiana, divorciado, com 1 filha a residir longe, 11º ano de escolaridade, reformado por invalidez. Frequentava o Centro de Dia, onde tinha apoio para os autocuidados de higiene e alimentação, por dependência parcial nas AVD, sobretudo nas atividades instrumentais. Como antecedentes clínicos referiu hipertensão arterial, dislipidemia, hiperuricemia, hiperplasia benigna da próstata, perturbação depressiva. Estava medicado com furosemida 40mg, omeprazol 20mg, lorazepam 1mg, alopurinol 300mg, serenoa 1cp, finasterida 5mg, losartan 100mg, sinvastatina 10mg, trazodona 150mg e risperidona 1mg. Sem alergias medicamentosas conhecidas.

Este doente deu entrada no serviço de urgência por queda da própria altura após escorregar num tapete da qual resultou traumatismo crânio-encefálico, tendo sido encontrado caído no chão por funcionários do serviço de apoio domiciliário. Não soube especificar se teve perda de consciência. Ficou internado por insuficiência cardíaca congestiva descompensada, lesão miocardia aguda, rabdomiólise em contexto traumático e por imobilização prolongada. A tomografia axial computadorizada crânio encefálica [TAC-CE] não revelou alterações pós-traumáticas intracranianas.

### **Avaliação de enfermagem de reabilitação**

À admissão estava calmo, consciente, orientado nas 3 dimensões, com discurso ligeiramente lentificado, mas perceptível. Apresentava um nível automático/apropriado de cognição (VII). Sem défices visuais ou auditivos.

Doente eupneico em repouso, sem aporte suplementar de oxigénio. Ao esforço, apresentava cansaço fácil, mantendo saturações periféricas acima dos 94%. Restantes parâmetros bio fisiológicos estáveis conforme descrito no Quadro 8.

**Quadro 8** - Avaliação dos parâmetros bio fisiológicos pré e pós intervenções do caso B

| DATA                              | 1ªavaliação |        | 2ªavaliação |        | 3ªavaliação |        |
|-----------------------------------|-------------|--------|-------------|--------|-------------|--------|
|                                   | Antes       | Final  | Antes       | Final  | Antes       | Final  |
| <b>Tensão Arterial (mmHg)</b>     | 138/76      | 145/75 | 120/70      | 129/84 | 122/71      | 130/72 |
| <b>Frequência Cardíaca (bpm)</b>  | 83          | 85     | 75          | 81     | 68          | 75     |
| <b>Saturações de Oxigénio (%)</b> | 94          | 98     | 95          | 98     | 97          | 97     |

**Fonte:** Dados próprios

Apresentava escoriações nos membros e edemas periféricos dos membros superiores e inferiores, que comprometiam a amplitude de movimentos.

Em termos de sensibilidade superficial e proprioceptiva não apresentava alterações.

Apresentava um quadro de dependência completa em todos os autocuidados (índice de Barthel de 10/100 pontos) na primeira avaliação, necessitando de assistência máxima para a realização das suas atividades da vida diária.

O doente apresentava-se debilitado na admissão, revelando um grau de força global dos segmentos corporais de 3/5, pela MCR.

O equilíbrio corporal estava muito comprometido (índice de Tinetti de 7/28) na primeira avaliação e com elevado risco de queda.

Apresentava autocontrolo da continência urinária comprometido, referindo IU prévia ao internamento, com perdas urinárias frequentes e em grande quantidade, durante o período

diurno e noturno, precipitadas pela dificuldade em chegar à casa de banho em tempo útil. Mencionou incapacidade de atrasar a micção por urgência associada, e sensação de esvaziamento incompleto da bexiga e gotejo após urinar. Na avaliação inicial com o questionário ICIQ-SF, apresentou um score de 16/21, com interferência nas suas AVD e impacto significativo na sua qualidade de vida, uma vez que já referia havia necessidade de usar de protetores.

Após a avaliação foram definidos os seguintes diagnósticos de ER: ventilação comprometida, intolerância à atividade, movimento muscular diminuído, potencial para melhorar a capacidade para executar as técnicas de exercícios musculo-articulares, equilíbrio corporal comprometido, potencial para melhorar capacidade dos autocuidados: higiene, arranjar-se, comer e beber, vestuário, usar o sanitário, transferir-se, andar e autocontrolo continência urinária comprometida.

As intervenções foram realizadas em 8 sessões, seguindo um plano de ER individualizado e atualizado a cada sessão, mediante a evolução do doente, tendo por base o quadro 1. O objetivo era recuperar a sua capacidade motora, através de exercícios de manutenção articular e fortalecimento muscular, gerindo o esforço, melhorar a capacidade para andar e fazer transferências, potencializando a sua independência para os autocuidados, incluindo o uso do sanitário e melhorando assim a continência urinária.

### **Resultados**

O doente manteve um nível de cognição apropriado para colaborar na prestação de cuidados, bem como no cumprimento das intervenções de ER planeadas.

Ao longo das sessões melhorou a tolerância ao esforço, demonstrando conhecimento sobre a execução das técnicas respiratórias, nomeadamente a consciencialização e no controlo da respiração, com expiração com lábios semicerrados e respiração diafragmática, reeducação diafragmática, reeducação costal, global e seletiva, verificando-se uma otimização da ventilação ao longo do internamento.

Verificou-se um aumento progressivo da força muscular de todos os segmentos (quadro 9). Salientamos a importância dos dispositivos de apoio disponíveis nos serviços para a realização de mobilizações ativas resistidas, como faixas, pesos, bolas e bastões.

**Quadro 9** - Evolução da força nos membros superiores e inferiores do doente B ao longo do internamento

| <i>MRC</i>              | <b>1ª Av.</b> | <b>2ª Av.</b> | <b>3ª Av.</b> |
|-------------------------|---------------|---------------|---------------|
| <i>Membro Inf. Esqº</i> | 3             | 4             | 5             |
| <i>Membro Inf Dto</i>   | 3             | 4             | 5             |
| <i>Membro Sup. Esqº</i> | 3             | 3             | 4             |
| <i>Membro Sup. Dto</i>  | 3             | 5             | 5             |

**Fonte:** Dados próprios

No equilíbrio corporal, avaliado pelo índice de Tinetti, apresentava equilíbrio diminuído com elevado risco de queda (7/28 pontos na primeira avaliação). Após o plano de intervenção o doente recuperou o equilíbrio, quer estático quer dinâmico, assim como a capacidade de marcha, apresentando um score de 28/28 conforme indica o quadro 10.

**Quadro 10** - Avaliação do equilíbrio corporal do doente B através do Índice de Tinetti

| <i>Índice de Tinetti</i>   | <b>1ª Av.</b> | <b>2ª Av.</b> | <b>3ª Av.</b> |
|----------------------------|---------------|---------------|---------------|
| <i>Equilíbrio estático</i> | 4             | 14            | 16            |
| <i>Equilíbrio dinâmico</i> | 3             | 12            | 12            |
| <i>Total da pontuação</i>  | 7             | 26            | 28            |

**Fonte:** Dados próprios

Ao nível dos autocuidados, apresentou uma melhoria significativa no grau de dependência na realização das AVD's, em relação à primeira avaliação evoluindo para 70/100 no índice de Barthel, no momento da alta conforme descrito no quadro 11.

**Quadro 11** - Avaliação dos autocuidados e evolução do doente B

| <i>Índice de Barthel</i> | <b>1ª Av.</b> | <b>2ª Av.</b> | <b>3ª Av.</b> |
|--------------------------|---------------|---------------|---------------|
| <i>Alimentação</i>       | 0             | 5             | 5             |

|                               |           |           |           |
|-------------------------------|-----------|-----------|-----------|
| <i>Transferência</i>          | 5         | 10        | 15        |
| <i>Higiene pessoal</i>        | 0         | 0         | 5         |
| <i>Utilização WC</i>          | 0         | 0         | 5         |
| <i>Banho</i>                  | 0         | 0         | 0         |
| <i>Mobilidade</i>             | 0         | 10        | 15        |
| <i>Subir e Descer escadas</i> | 0         | 5         | 5         |
| <i>Vestir</i>                 | 0         | 5         | 5         |
| <i>Controlo Intestinal</i>    | 5         | 5         | 10        |
| <i>Controlo Urinário</i>      | 0         | 0         | 5         |
| <b><i>TOTAL</i></b>           | <b>10</b> | <b>40</b> | <b>70</b> |

**Fonte:** Dados próprios

Em relação à perceção de IU no final do plano de intervenção, verificou-se uma melhoria relativa aos episódios de IU, com uma menor frequência durante o dia e em menor quantidade. Há medida que o doente foi ganhando capacidade física e maior destreza para se dirigir ao wc, foi criando um treino de hábitos para o esvaziamento da bexiga, ficando mais autónomo para o desempenho deste autocuidado. O doente manteve alguns episódios de IU noturna, com menor impacto na AVD's e na qualidade de vida (quadro 12).

**Quadro 12 - Resultados da aplicação do ICIQ-SF e evolução do doente B**

| <b>Questionário ICIQ-SF</b>   | <b>1ª avaliação</b>         | <b>2ª avaliação</b>         |
|-------------------------------|-----------------------------|-----------------------------|
| <i>3 -Frequência</i>          | 4                           | 3                           |
| <i>4 -Quantidade</i>          | 5                           | 4                           |
| <i>5 -Impacto</i>             | 6                           | 6                           |
| <i>6 -Quando perde urina?</i> | Perco antes de chegar ao wc | Perco quando estou a dormir |
| <b>Score Total</b>            | <b>15</b>                   | <b>13</b>                   |

**Fonte:** Dados próprios

✓ **CASO C**

Doente do sexo feminino, 64 anos de idade, raça caucasiana, casada, reside com o marido e uma filha menor, 12º ano de escolaridade, doméstica. Previamente autónoma nas suas atividades de vida diária. Tinha como antecedentes pessoais hipertensão arterial, obesidade e osteoporose. Estava medicada com captopril+hidroclorotiazida 50mg+25mg, aceclofenac 100mg, ácido alendrónico, bisoprolol 5mg e colecalciferol 22400 U.I. Sem alergias medicamentosas.

Ficou internada por AVC em fase isodensa no território da artéria cerebral média esquerda, sem critérios cronológicos para trombólise. Foi submetida a trombectomia, com melhoria neurológica parcial e ligeira transformação hemorrágica, que na TAC-CE de controlo evolutivo revelava reabsorção praticamente total dos conteúdos hemáticos.

A doente encontrava-se eupneica em ar ambiente, com estabilidade hemodinâmica mantida, de acordo com o seu padrão, durante o plano de intervenção (quadro 13).

**Quadro 13** - Avaliação dos parâmetros bio fisiológicos pré e pós intervenções do doente

C

| DATA                              | 1ªavaliação |        | 2ªavaliação |        |
|-----------------------------------|-------------|--------|-------------|--------|
|                                   | Antes       | Final  | Antes       | Final  |
| <b>Tensão Arterial (mmHg)</b>     | 133/82      | 138/90 | 140/75      | 138/82 |
| <b>Frequência Cardíaca (bpm)</b>  | 98          | 101    | 88          | 93     |
| <b>Saturações de Oxigénio (%)</b> | 97%         | 97%    | 98%         | 96%    |

**Fonte:** Dados próprios

### **Avaliação de enfermagem de reabilitação**

À admissão a doente estava calma, consciente, orientada nas 3 dimensões, com discurso coerente e adequado, apresentando um nível apropriado de cognição (VIII). Eupneica em ar ambiente e sem alterações do padrão respiratório.

Apresentava paresia facial central direita, hemiparésia direita de predomínio braquial. Disartria ligeira. Provas de coordenação motora com dismetria no membro inferior direito, sensibilidade álgica diminuída nos membros direitos, sem *neglet*, sem défices visuais ou auditivos.

A doente apresentava disfagia a líquidos, com necessidade de 1 medida de espessante e foi acompanhada pela terapeuta da fala.

Numa primeira avaliação, apresentou uma dependência severa para os autocuidados, (índice de Barthel de 35/100) conseguia alimentar-se sozinha, com a mão esquerda, após a preparação da refeição e conseguia colaborar nas transferências da cama para cadeira e vice-versa, fazendo carga com o hemicorpo esquerdo.

Apresentava hemiparésia, de predomínio braquial à direita, (força 2/5 no MRC), mais distal e força muscular global mantida nos membros esquerdos.

O equilíbrio corporal estava comprometido, mas conseguia assumir a posição de ortostatismo com apoio. O equilíbrio do tronco sentado estava mantido. Apresentou, numa primeira avaliação, 6/16 no índice de Tinetti para equilíbrio estático sentada, não foi avaliada a capacidade da marcha, por não reunir condições.

A continência urinária estava comprometida, desde este episódio de doença, a doente referiu episódios de IU no período noturno, em moderada quantidade, associados principalmente ao sono e a não ter capacidade de conseguir adiar a micção (13/21 no questionário ICIQ-SF). Necessidade de uso de fralda protetora.

Após a avaliação definiram-se os seguintes diagnósticos de ER: movimento muscular diminuído do hemicorpo direito, equilíbrio corporal comprometido, deglutição comprometida, potencial para melhorar conhecimento sobre técnicas de exercício muscular e articular, potencial para melhorar capacidade dos autocuidados: higiene, arranjar-se, comer e beber, vestuário, transferir-se, usar o sanitário e autocontrolo continência urinária comprometida.

### **Resultados obtidos na avaliação intermédia**

A doente manteve um nível cognitivo apropriado (VIII) no decorrer do internamento, mantendo-se orientada e colaborante e muito motivada nos cuidados.

Na capacidade de deglutição, a doente manteve a necessidade de espessante nos líquidos, tendo progredido na dieta para mole pastosa.

Relativamente à força muscular, na 2ª avaliação (quadro 14) apresentou ligeiro aumento no membro superior direito, e recuperação total da força no membro inferior direito, colaborando mais ativamente nas transferências.

**Quadro 14** - Evolução da força nos membros superiores e inferiores do doente C

| <i>MRC</i>              | <i>1ª Av.</i> | <i>2ª Av.</i> |
|-------------------------|---------------|---------------|
| <i>Membro Inf. Esqº</i> | 5             | 5             |
| <i>Membro Inf Dto</i>   | 4             | 5             |
| <i>Membro Sup. Esqº</i> | 5             | 5             |
| <i>Membro Sup. Dto</i>  | 2             | 3             |

Fonte: Dados próprios

Quanto ao equilíbrio corporal, apresentou uma melhoria no equilíbrio estático (quadro 15) com controlo de tronco eficaz quando sentada. Não reunia condições para iniciar treino de marcha, e nas transferências tinha necessidade de apoio.

**Quadro 15** – Avaliação do equilíbrio corporal do doente C através do índice de Tinetti

| <i>Índice de Tinetti</i>   | <b>1ª Av.</b> | <b>2ª Av.</b> |
|----------------------------|---------------|---------------|
| <i>Equilíbrio estático</i> | 6             | 11            |
| <i>Equilíbrio dinâmico</i> | *NA           | *NA           |

\*NA-Não Avaliado

**Fonte:** Dados próprios

Ao nível dos autocuidados, verificou-se uma melhoria pouco significativa entre a primeira e a segunda avaliação, com uma pontuação de 40/100 do índice de Barthel, mantendo dependência máxima para a maioria das suas AVD, conforme quadro 16.

**Quadro 16** - Avaliação dos autocuidados e evolução do doente C

| <i>Índice de Barthel</i>      | <b>1ª Av.</b> | <b>2ª Av.</b> |
|-------------------------------|---------------|---------------|
| <i>Alimentação</i>            | 5             | 5             |
| <i>Transferência</i>          | 10            | 10            |
| <i>Higiene pessoal</i>        | 0             | 5             |
| <i>Utilização WC</i>          | 0             | 0             |
| <i>Banho</i>                  | 0             | 0             |
| <i>Mobilidade</i>             | 0             | 0             |
| <i>Subir e Descer escadas</i> | 0             | 0             |
| <i>Vestir</i>                 | 5             | 5             |
| <i>Controlo Intestinal</i>    | 5             | 10            |
| <i>Controlo Urinário</i>      | 5             | 5             |
| <b>TOTAL</b>                  | <b>30</b>     | <b>40</b>     |

**Fonte:** Dados próprios

Em relação à perceção da IU, avaliada com o ICIQ-SF, apresentou na avaliação inicial um score de 13/21, revelando um impacto pouco significativo na sua qualidade de vida.

Foram realizadas apenas 4 sessões, não tendo sido possível o cumprimento das 3 avaliações definidas para o plano de intervenção, uma vez que a doente teve alta antes do novo contacto e não foi possível concretizar a última avaliação. Contudo nos registos do turno da manhã não houve referência a qualquer tipo de perda urinária, requisitando a arrastadeira ou o WC,

### ✓ CASO D

Utente do sexo feminino, 92 anos de idade, raça caucasiana, viúva, residia sozinha no rés do chão, mas com o apoio de uma filha, que a visita diariamente. Fora vendedora ambulante, embora analfabeta. Previamente ao internamento já apresentava alguma dependência nas atividades de vida diária, necessitando de ajuda para o banho e fazer compras. Deslocava-se com o auxílio de uma bengala. Tinha como antecedentes pessoais—hipertensão arterial, obesidade e osteoartrose com dor crónica. Estava medicada com lisinopril 10mg, sulfato de glucosamina 1500mg e diclofenaco pomada em SOS. Sem alergias medicamentosas.

Ficou internada por AVC isquémico no território da artéria cerebral esquerda (ramo posterior) e TCE secundário a uma síncope com hemorragia subdural e hemorragia subaracnoídea e traqueobronquite aguda.

Doente à entrada hospitalar, apresentou períodos de sonolência e confusão mental, tendo evoluído favoravelmente, mantendo-se consciente e orientada durante o internamento no serviço de medicina interna e no decorrer das intervenções. Sem défices neurológicos.

Manteve-se eupneica em ar ambiente, com acessos de tosse esporádicos, com estabilidade hemodinâmica mantida, de acordo com o seu padrão durante o plano de intervenção (quadro 17).

**Quadro 17 - Avaliação dos parâmetros bio fisiológicos pré e pós intervenções do doente**

D

| DATA                              | 1ªavaliação |        | 2ªavaliação |        |
|-----------------------------------|-------------|--------|-------------|--------|
|                                   | Antes       | Final  | Antes       | Final  |
| <b>Tensão Arterial (mmHg)</b>     | 131/63      | 124/78 | 141/75      | 133/88 |
| <b>Frequência Cardíaca (bpm)</b>  | 82          | 98     | 88          | 93     |
| <b>Saturações de Oxigénio (%)</b> | 95%         | 97%    | 97%         | 96%    |

**Fonte:** Dados próprios

**Avaliação de enfermagem de reabilitação**

À admissão a doente estava calma, consciente, orientada nas 3 dimensões, com discurso coerente e adequado, com um nível apropriado de cognição (VII). Sem défices motores e neurológicos, apresentava diminuição da acuidade visual compensada com óculos e diminuição da acuidade auditiva não compensada. Sem disfagia, tolerava dieta pastosa.

Revelou numa primeira avaliação, dependência para os autocuidados, com 45/100, (Índice de Barthel) conseguia alimentar-se sozinha e cuidar da sua higiene pessoal, como lavar a cara e os dentes e pentear o cabelo. Relativamente à avaliação da força muscular, apresentou uma força global 4/5 nos 4 membros. No que se refere ao equilíbrio corporal estava muito comprometido na primeira avaliação (Índice de Tinetti de 3/16) não tendo sido avaliada a capacidade da marcha, por não reunir condições para iniciar treino.

A continência urinária estava comprometida na primeira avaliação, referindo continência prévia ao internamento. Apresentava perdas urinárias principalmente no período da tarde e noturno, em pequena quantidade, com necessidade de fralda protetora, não referiu grande impacto da situação atual na sua qualidade de vida, com uma pontuação inicial de 7/21 no questionário ICIQ-SF.

Foram realizadas 4 sessões à doente, não tendo sido possível o cumprimento das 3 avaliações estipuladas para o plano de intervenção.

Após a avaliação inicial foram destacados os seguintes diagnósticos de ER: ventilação comprometida, movimento muscular diminuído, equilíbrio corporal comprometido, potencial para melhorar conhecimento sobre técnicas de exercício muscular e articular, potencial para melhorar capacidade dos autocuidados: higiene, arranjar-se, vestuário, transferir-se, andar, usar o sanitário, e autocontrolo continência urinária comprometida.

### **Resultados obtidos na avaliação intermédia**

A doente manteve um nível cognitivo apropriado (VII) no decorrer do internamento, mantendo-se orientada e colaborante no autocuidado. Com a implementação de técnicas respiratórias, como consciencialização e controlo da respiração, reeducação diafragmática e costal, com bastão e ensino da tosse dirigida, a doente apresentou boa evolução dos sintomas respiratórios, com controlo da respiração e tosse eficaz, sem outras complicações durante o internamento. Relativamente à força muscular, manteve o mesmo grau de força ao longo do plano de intervenção (quadro 18).

**Quadro 18** - Evolução da força nos membros superiores e inferiores do doente D

| <i>MRC</i>              | <b>1ª Av.</b> | <b>2ª Av.</b> |
|-------------------------|---------------|---------------|
| <i>Membro Inf. Esqº</i> | 4             | 4             |
| <i>Membro Inf Dto</i>   | 4             | 4             |
| <i>Membro Sup. Esqº</i> | 4             | 4             |
| <i>Membro Sup. Dto</i>  | 4             | 4             |

**Fonte:** Dados próprios

No que respeita ao equilíbrio corporal, a doente D apresentou uma melhoria no equilíbrio estático (quadro 19) com controlo eficaz de tronco quando sentada e menor dificuldade em assumir a posição de pé e, verificou-se também uma evolução no equilíbrio dinâmico que possibilitou o início do treino de marcha.

**Quadro 19** – Avaliação do equilíbrio corporal do doente D através do índice de Tinetti

| <i>Índice de Tinetti</i>   | <b>1ª Av.</b> | <b>2ª Av.</b> |
|----------------------------|---------------|---------------|
| <i>Equilíbrio estático</i> | 3             | 8             |
| <i>Equilíbrio dinâmico</i> | *NA           | 7             |
| <i>Total da pontuação</i>  | 3             | 15            |

\*NA-Não Avaliado

**Fonte:** Dados próprios

Nos autocuidados, banho e subir e descer escadas, a doente manteve dependência (quadro 20), com uma melhoria da mobilidade na 2ª avaliação, conseguindo andar com auxiliar de marcha.

**Quadro 20** - Avaliação dos autocuidados e evolução da doente D

| <i>Índice de Barthel</i>      | <b>1ª Av.</b> | <b>2ª Av.</b> |
|-------------------------------|---------------|---------------|
| <i>Alimentação</i>            | 5             | 5             |
| <i>Transferência</i>          | 10            | 10            |
| <i>Higiene pessoal</i>        | 5             | 5             |
| <i>Utilização WC</i>          | 5             | 5             |
| <i>Banho</i>                  | 0             | 0             |
| <i>Mobilidade</i>             | 0             | 10            |
| <i>Subir e Descer escadas</i> | 0             | 0             |
| <i>Vestir</i>                 | 5             | 5             |
| <i>Controlo Intestinal</i>    | 10            | 10            |
| <i>Controlo Urinário</i>      | 5             | 5             |
| <b>TOTAL</b>                  | <b>45</b>     | <b>55</b>     |

**Fonte:** Dados próprios

A avaliação da percepção da IU, foi realizada apenas no início com o questionário ICIQ-SF. Nos dois últimos contactos com a doente, esta solicitou o wc, não havendo registo de perdas urinárias nesse turno.

### ✓ CASO E

Doente do sexo masculino de 76 anos de idade, raça caucasiana, casado com 2 filhos, residia com a esposa. Tinha o 4º ano de escolaridade e era trabalhador rural e previamente autónomo nas suas atividades da vida diária. Apresentava como comorbilidades hipertensão arterial, hipercolesterolemia, etilismo no passado, sem dependência e AVC isquémico à direita, mas sem sequelas motoras. Medicado com omeprazol 20mg, aspirina 100mg, clopidogrel 75 mg, rosuvastatina 20mg+ ezetimiba 10 mg, perindopril 10mg e amlodipina 10 mg. Negava alergias.

O doente foi internado por AVC isquémico do território da artéria cerebral média direita por aterosclerose cerebral, sem critérios para terapêuticas de reperfusão, com défices de disartria, paresia facial central à esquerda, hemiparésia esquerda de predomínio braquial distal.

À admissão hospitalar, estava calmo, consciente e orientado, no tempo, espaço e pessoa, apresentava discurso coerente e adequado. Eupneico, sem aporte suplementar de oxigénio, apresentava respiração normal e simétrica. Manteve estabilidade hemodinâmica ao longo das intervenções (quadro 21). Doente acompanhado pela equipa de ER, concomitantemente teve acompanhamento de fisioterapia e terapia da fala.

**Quadro 21-** Avaliação dos parâmetros bio fisiológicos pré e pós intervenções do doente

E

| DATA                              | 1ªavaliação |        | 2ªavaliação |        |
|-----------------------------------|-------------|--------|-------------|--------|
|                                   | Antes       | Final  | Antes       | Final  |
| <b>Tensão Arterial (mmHg)</b>     | 137/74      | 138/90 | 130/75      | 138/82 |
| <b>Frequência Cardíaca (bpm)</b>  | 70          | 88     | 88          | 93     |
| <b>Saturações de Oxigénio (%)</b> | 96%         | 97%    | 97%         | 98%    |

**Fonte:** Dados próprios

### **Avaliação de Enfermagem de Reabilitação**

Na primeira avaliação, doente calmo, consciente e orientado, com um nível cognitivo apropriado (VII) em ambas as avaliações.

Apresentava disartria ligeira e diminuição da sensibilidade proprioceptiva no hemisfério esquerdo. Acuidade visual diminuída, compensada com a utilização de óculos e acuidade auditiva mantida.

Apresentava integridade cutânea com uma pele corada e hidratada. Sem edemas periféricos. Sem alterações respiratórias.

O doente não apresentou alteração da atenção nem da memória. Não se verificou negligência unilateral.

Em relação à capacidade de deglutição, numa primeira avaliação o doente apresentou disfagia a líquidos e teve apoio e seguimento pela terapeuta da fala, com necessidade de 1 medida de espessante nos líquidos.

Na primeira avaliação apresentava um quadro de dependência completa (com um Índice de Barthel de 20/100), necessitando de assistência máxima para a realização dos seus autocuidados. Necessitava de ajuda total para as transferências e posicionamentos e não tinha capacidade para a marcha.

Relativamente à força muscular, verificou-se diminuição nos membros esquerdos, com um grau de força de 2/5 no membro superior esquerdo proximal e 1/5 no distal e 3/5 no membro inferior esquerdo.

O equilíbrio corporal estava comprometido, mas com controlo postural mantido na posição sentado. Na primeira avaliação apresentava um score de 3/16 no equilíbrio estático e 2/12 no dinâmico no índice de Tinetti, revelando um alto risco de queda (5/28).

Apresentava compromisso na continência urinária referindo IU prévia ao internamento, relacionada com urgência urinária e incapacidade de adiar a micção e gotejo associado a algum momento de esforço com perdas urinárias em pequena quantidade, não usava de protetores. Na avaliação com o questionário ICIQ-SF revelou pouco impacto da IU na sua qualidade de vida e na realização das suas AVD, com um score de 8/21 na primeira avaliação.

Na sequência da avaliação realizada e de acordo com as necessidades individuais, foram identificados os seguintes diagnósticos de ER: movimento muscular diminuído do hemisfério esquerdo, equilíbrio corporal comprometido, deglutição comprometida, potencial para

melhorar conhecimento sobre técnicas de exercício muscular e articular, potencial para melhorar capacidade dos autocuidados: higiene, arranjar-se, comer e beber, vestuário, usar o sanitário transferir-se, andar e autocontrolo continência urinária comprometida.

Foram realizadas 5 sessões, seguindo um plano de ER individualizado e atualizado a cada sessão, mediante a evolução do doente.

Após identificação dos diagnósticos de enfermagem de reabilitação foram planeados os cuidados de ER, com base no quadro 1, a serem implementados no decurso do período de internamento. O doente E, à semelhança do doente C e D, não foram avaliados em 3 momentos distintos, tendo sido realizadas apenas a avaliação inicial e uma intermédia.

### **Resultados**

Durante o plano de intervenção, o doente manteve-se orientado e colaborante na prestação de cuidados, com um nível cognitivo adequado.

Capacidade de deglutição melhorada, mantendo 1 medida de espessante na 2ª avaliação e, a tolerar dieta mole pastosa.

Relativamente à força muscular global, verificou-se um aumento progressivo da força muscular nos membros esquerdos, mantendo o grau de força no hemicorpo são (quadro 22)

**Quadro 22** - Evolução da força nos membros superiores e inferiores do doente E ao longo do internamento

| <i>MRC</i>              | <b>1ª Av.</b> | <b>2ª Av.</b> |
|-------------------------|---------------|---------------|
| <i>Membro Inf. Esqº</i> | 3             | 4             |
| <i>Membro Inf Dto</i>   | 4             | 4             |
| <i>Membro Sup. Esqº</i> | 2             | 3             |
| <i>Membro Sup. Dto</i>  | 4             | 4             |

**Fonte:** Dados próprios

No equilíbrio corporal o doente melhorou o equilíbrio estático (quadro 23), com controlo de tronco sentado e eficaz. Necessitava de ajuda total na transferência para ortostatismo com queda tendencial à esquerda, tendo iniciado treino de passada com ajuda total de 3 pessoa.

**Quadro 23** – Avaliação do equilíbrio corporal do doente E através do índice de Tinetti

| <i>Índice de Tinetti</i>   | <b>1ª Av.</b> | <b>2ª Av.</b> |
|----------------------------|---------------|---------------|
| <i>Equilíbrio estático</i> | 3             | 6             |
| <i>Equilíbrio dinâmico</i> | 3             | 4             |

**Fonte:** Dados próprios

Ao nível dos autocuidados, o doente apresentou um grau elevado de dependência para os autocuidados, mantendo capacidade para comer por mão própria a refeição previamente preparada, e conseguindo utilizar técnica para melhorar a capacidade de transferir-se. Verificou-se uma melhoria para a realização da sua higiene pessoal, melhorando também o controlo intestinal, com uma avaliação intermédia de 30/100 no Índice de Barthel (quadro 24).

**Quadro 24** - Avaliação dos autocuidados e evolução do doente E

| <i>Índice de Barthel</i>      | <b>1ª Av.</b> | <b>2ª Av.</b> |
|-------------------------------|---------------|---------------|
| <i>Alimentação</i>            | 5             | 5             |
| <i>Transferência</i>          | 10            | 10            |
| <i>Higiene pessoal</i>        | 0             | 5             |
| <i>Utilização WC</i>          | 0             | 0             |
| <i>Banho</i>                  | 0             | 0             |
| <i>Mobilidade</i>             | 0             | 0             |
| <i>Subir e Descer escadas</i> | 0             | 0             |
| <i>Vestir</i>                 | 5             | 5             |
| <i>Controlo Intestinal</i>    | 0             | 5             |
| <i>Controlo Urinário</i>      | 0             | 0             |
| <b>TOTAL</b>                  | <b>20</b>     | <b>30</b>     |

**Fonte:** Dados próprios

Na avaliação da percepção da IU, não foi possível uma avaliação final, uma vez que o doente teve alta clínica. Contudo nos últimos contactos o doente mantinha IU, com necessidade de protetores.

## 6.2. DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

O principal objetivo do projeto de intervenção era compreender a pertinência das intervenções de ER em pessoas com IU e avaliar o contributo dos cuidados de ER nas pessoas com este problema no sentido de os mesmos poderem contribuir para minimizar o impacto que este problema representa na vida dessas pessoas.

Foram estudados em profundidade cinco doentes com incontinência urinária com níveis de funcionamento cognitivo apropriado (VII), aspeto fundamental para instituir um treino comportamental e treino dos músculos do pavimento pélvico, tal como sugerido por Dumoulin et al. (2018). No seu estudo, em pessoas cognitivamente íntegras, o treino dos músculos do pavimento pélvico contribui eficazmente para uma redução da IU. Para outros autores (Chiado et al. 2020) um programa completo de reabilitação, composto por múltiplas intervenções, que agrupam mudanças comportamentais, programação da micção e exercícios do pavimento pélvico pode trazer grandes benefícios aos doentes. Nos dois doentes que seguimos até à alta, embora com um número de contactos limitado os resultados apontam no sentido da melhoria dos doentes em termos de continência, como o caso do doente A, em que se verificou diminuição da frequência de perdas urinárias.

Todos os doentes que integraram os casos tinham entre os 64 e os 92 anos de idade. Sendo a idade um dos fatores que predispõe ao aparecimento desta problemática (Paiva et al., 2019), as alterações do trato urinário inferior relacionadas com o envelhecimento, as alterações da motivação, da destreza manual, da mobilidade, da lucidez e a existência de doenças associadas, embora possam ser responsáveis pela incontinência urinária (Reis et al., 2003), é erróneo considerar a incontinência urinária como fazendo parte do processo natural do envelhecimento. Atribuir o problema da incontinência, mesmo nas pessoas mais velhas exclusivamente à idade

constitui-se como um preconceito como todas as formas de discriminação, que precisa ser combatido.

Nos casos analisados, a idade pode ter sido um fator relevante para o aparecimento da IU, mas as comorbilidades associadas presentes em todos os doentes também contribuíram para a presença do problema da IU.

Relativamente às habilitações literárias, alguns estudos (Guarisi et al. ,2001; Tamanini et al. 2004; Oliveira et al., 2009) relacionam a baixa escolaridade com a incidência de IU. Durante a validação da escala ICIQ-SF, realizada por Tamanini et al. (2004), a amostra revelou-se predominantemente analfabeta ou com escolaridade mínima, declarando os investigadores a necessidade de proceder à leitura das questões aos participantes, pois apenas desse modo se mostrou viável integrar a totalidade dos elementos da amostra do seu estudo. Nos doentes que integraram este trabalho, dois dos doentes tinham terminado o ensino secundário, outros dois tinham apenas dois anos do ensino básico e um era analfabeto, acreditamos que a baixa escolaridade também pode ter tido influência na interpretação de certas perguntas do questionário, ou até estes doentes encararem a IU como normal e fazendo parte do processo de envelhecimento, não tendo havido por isso uma procura de ajuda e de informação, e desvalorizando sintomas.

Em relação ao sexo, embora a literatura refira uma prevalência superior no sexo feminino, como no estudo de Soler et al. (2017) em que acima dos 70 anos, 71,3% em homens e 95,6% em mulheres apresentaram incontinência, os doentes que integraram este projeto 3 eram do sexo masculino e 2 do sexo feminino o que pode estar associado ao facto do serviço ser destinado ao internamento de homens, internando apenas mulheres na Unidade de AVC, não sendo possível estabelecer uma relação entre o sexo e incontinência urinária. Contudo, a literatura sugere que a ocorrência de incontinência urinária masculina é muito menor que a feminina, presente em cerca de 10% dos homens e de 35% das mulheres (Andrade et al.,2023). Estes valores relevam a importância do problema e também a necessidade de intervenção sobretudo pelos EEER.

As mulheres têm maior prevalência, essencialmente por causas anatómicas, carência hormonal, intervenções ginecológicas e até mesmo sequelas do parto, que podem estar associadas à diminuição da qualidade dos tecidos vaginais, aumentando a percentagem para 30% a 60%, no caso de mulheres idosas (Andrade et al.,2023). Outra característica referida por

estes autores, presente nos homens, que pode alterar o processo de continência urinária é, a hipertrofia benigna da próstata, sendo este o principal fator de alteração do fluxo urinário, e que contribui para a maior frequência urinária e nictúria, como foi o caso do doente B.

As pessoas idosas com IU apresentam uma probabilidade aumentada de restrições, ao nível do desempenho das atividades de vida diária, do autocuidado e participação social (Souza et al. (2022) mas também aumento de sentimentos de solidão e isolamento social e do aumento do risco para depressão e ansiedade, como referem Silva et al. (2022). Neste trabalho verificámos que no doente do caso B, a IU exercia um forte impacto na sua qualidade de vida, pela avaliação com questionário ICIQ-SF. Sendo um doente com antecedentes de depressão, esta situação poderia ter estado associada à sua condição de incontinência urinária. Kessler et al. (2018), demonstraram, existir relação entre a IU e a saúde física e mental, verificando maior ocorrência de incapacidade funcional, depressão, déficite cognitivo e autoperceção de saúde como péssima, em pessoas idosas com incontinência.

No que refere ao motivo de internamento, 4 dos doentes acompanhados estavam internados por AVC e um por ICC descompensada. A incontinência urinária é uma situação muito comum nas pessoas vítimas de AVC, uma vez que, aproximadamente 40 a 60% destas pessoas apresentam IU na fase aguda, permanecendo incontinentes 15% após um ano, como referem Chiado et al. (2020). Esta situação resulta da combinação de défices motores e sensoriais e de alterações neurofisiológicas do próprio funcionamento vesical. Num estudo sobre o impacto de um programa de reabilitação na gestão urinária de doentes com AVC, os autores Chiado et al. (2020) verificaram uma diminuição da frequência de perdas de urina e da quantidade de urina perdida após o programa de reabilitação funcional, quando comparadas com o primeiro momento de avaliação.

No caso B, cujo motivo de internamento não foi AVC, embora globalmente o doente apresentasse perda de mobilidade, com diminuição da força muscular global, alteração do equilíbrio e capacidade para andar comprometida, o programa de reabilitação, focado no compromisso da micção e da continência urinária e na reabilitação funcional do doente, trouxe benefícios para o doente identificados nos resultados funcionais sobretudo no desempenho das AVD em que o doente passou de um score de 10 para um score de 70 (no índice de Barthel) melhorando também os episódios de IU. Alguns autores têm demonstrado a correlação que existe entre grau de mobilidade e IU, como é o caso de Busato e Mendes (2007) num estudo

sobre a prevalência desta problemática, entre idosos institucionalizados e, a sua relação com a função cognitiva e mobilidade, os mesmos autores, demonstraram uma correlação linear entre mobilidade e perda urinária com 40% de IU em idosos com boa mobilidade, chegando a 95% de IU quando ocorre prejuízo importante da mobilidade. Os autores assumiram assim o grau de mobilidade como um fator preditivo da perda involuntária de urina em idosos, podendo a taxa de IU diminuir após 4 semanas de atividade física supervisionada (Busato & Mendes,2007). As alterações de mobilidade dificultam o acesso das pessoas idosas ao wc e contribuem para perda involuntária de urina, sobretudo em situações de urgência urinária, sendo um importante preditor de IU, conforme referem Silva e D´Elboux (2012).

Outro estudo realizado por Pires et al. (2019), demonstrou que o programa TEIA que contemplava várias dimensões, desde o treino de equilíbrio, o treino muscular do pavimento pélvico até à estimulação cognitiva, em idosos ativos institucionalizados, permite ganhos a nível do equilíbrio estático e dinâmico, melhoria da mobilidade, o aperfeiçoamento na habilidade da marcha, e desempenho e competência muscular do pavimento pélvico e que em associação com a terapia comportamental, potenciou o aumento da qualidade de vida associada à incontinência urinária, bem como o desempenho das funções cognitivas (Pires et al.,2019).

Relativamente às características da IU, em ambos os casos eram situações de IU já instalada antes do internamento, tratando-se incontinência urinária crónica. O doente do caso A referia perdas associadas ao esforço, mas também sintomas como dificuldade em atrasar a micção, podendo tratar-se de uma IU mista. No caso de doente B as perdas referidas eram frequentes e estavam relacionadas com a dificuldade em chegar à casa de banho em tempo útil concordantes com uma IU de urgência. De acordo com a literatura os tipos mais comuns de IU são a incontinência de esforço, incontinência de urgência e incontinência mista (Silva & D´Elboux, 2012; Braga et al.,2023), contudo, a IU de esforço é um tipo de incontinência com maior incidência nas mulheres, associada a fatores de risco como a gestação e partos, assim como a obesidade, estimando-se que 46 a 67% dessas mulheres têm IU, como apontam vários autores (Cândido et al.,2017; Souza et al.,2022).

Ainda em relação às características das perdas urinárias, o doente do caso A, referiu na primeira avaliação perdas mais esporádicas e em pequena quantidade, quando comparado com o doente do caso B que referia perdas várias vezes ao dia e em grande quantidade. Estas diferenças eventualmente poderão associar-se à capacidade funcional dos doentes. O doente do

caso A era um doente previamente independente nas suas AVD's enquanto que o doente do caso B já teria algum nível de dependência, sobretudo no desempenho das atividades instrumentais da via diária e que seriam a razão pela qual frequentava um Centro de dia. A literatura também reforça esta associação, autores como Silva e D'Elboux (2012) referem que em idosos institucionalizados a IU é superior devido ao perfil de maior vulnerabilidade, não podendo ser excluída a presença de comorbilidades entre outros fatores, como o grau de dependência funcional. Também Pitangui et al. (2012) e Barbosa et al. (2021) concluem nos seus estudos que os idosos institucionalizados apresentam maior incidência de incontinência urinária, demonstrando que esta disfunção pode ser considerada um fator de risco para a IU.

As perdas involuntárias que tanto o doente do caso A como o doente do caso B apresentavam, acompanhadas ou precedidas de urgência e manifestada por falta de tempo em chegar à casa de banho para urinar ou dificuldade em atrasar a micção podem também estar associadas ao uso de vários medicamentos, nomeadamente os sedativos e os diuréticos, como referem Machado e Vieira (2014) e anti-hipertensivos como referem Pitangui et al. (2012) que nestes doentes também se verificava.

Relativamente à frequência das perdas urinárias, quantidade e impacto da IU, a avaliação inicial e a avaliação final permitiram constatar que se verificou uma melhoria significativa nos doentes de ambos os casos, com diminuição do score total e, para a qual contribuíram os cuidados de enfermagem de reabilitação implementados tal como tinham constatado Pires et al. (2019), Chiado et al. (2022) e Nascimento et al. (2022).

O valor do score do ICIQ-SF está inversamente relacionado com o impacto da IU na qualidade de vida dos doentes, segundo a sua perceção, como referem Limonge et al. (2023) num estudo sobre os impactos da incontinência urinária na qualidade de vida das pessoas idosas.

A evidência mostra que a IU desencadeia sentimentos de ansiedade, receio, preocupação, baixa autoestima e frustração, culminando na autoexclusão do convívio social, e interferência na realização das atividades diárias do idoso, afetando assim a sua qualidade de vida (Matos et al., 2019; Silveira Fonseca et al., 2023). Contudo, esses sentimentos poderão variar de acordo com o tipo de IU, proporção dos sintomas e a perceção individual do problema. Todos estes fatores, ligados à idade, género, condição socioeconómica e a quantidade de urina perdida, podem ser responsáveis por diferentes comportamentos pessoais frente ao problema da IU (Matos et al., 2019). Analisando os casos descritos, verificamos que no caso do doente A, a

diminuição da frequência das perdas, levou a um menor impacto nas atividades diárias e consequente melhoria da perceção da qualidade de vida. No caso do doente B, o score do ICIQ-SF também diminuiu, assim como os sintomas urinários, mantendo na avaliação final, o mesmo valor (n=6) para o impacto da IU na realização das atividades de vida diárias. Este facto poderá estar associado à perceção que cada doente tinha de qualidade de vida e a forma particular de conviver com IU.

Perante estas alterações, há necessidade de um olhar diferenciado por parte dos profissionais de saúde para as pessoas idosas acometidos com IU, pois esta afeta diretamente o seu dia-a-dia, interferindo assim na sua qualidade de vida (Matos et al., 2019).

A implementação de intervenções específicas para a melhoria dos sintomas de IU, melhoram a qualidade de vida para atividades da vida diária, vida social, saúde física e mental, como referem Silveira Fonseca et al. (2023), traduzindo ganhos em saúde.

No que diz respeito às capacidades cognitivas, e como já foi referido anteriormente, ambos os doentes mantiveram um nível de funcionamento cognitivo apropriado, que foi fundamental para compreenderem as questões, mas mais importante ainda para compreenderem e reterem as atividades de ensino e treino dos músculos do pavimento pélvico, diminuindo a probabilidade de ocorrência de IU (Kessler et al.,2018; Barbosa et al.,2021).

Relativamente à avaliação da força muscular e equilíbrio, os dois doentes melhoraram o seu grau de força global, embora no doente do caso A o ganho de força no hemicorpo esquerdo não tenha sido significativo. No caso B, houve melhoria significativa do equilíbrio e capacidade da marcha da doente.

Ao nível da realização das AVD's, verificou-se uma melhoria no grau de dependência dos dois doentes e que poderá também ter contribuído para melhorar a sintomatologia da IU e melhorar a perceção de qualidade de vida. De acordo com Pires et al. (2019) esta melhoria está relacionada com a implementação de intervenções de enfermagem de reabilitação que resultaram em capacitação para o autocuidado.

Nos casos dos doentes C, D e E, apesar de não ter sido possível a avaliação final, nas duas avaliações realizadas verificou-se melhoria quer no aumento da força muscular (à exceção da doente D), quer no equilíbrio corporal e capacidade para a marcha bem como na realização dos autocuidados, traduzidos por um aumento do Índice de Barthel.

A importância do papel dos enfermeiros, está associada ao facto de serem estes profissionais a lidarem diariamente, 24 horas por dia com pessoas com limitações e alterações dos autocuidados, mas simultaneamente com potencial de reconstrução de autonomia e bem-estar. E é nesta premissa que a ER tem destaque, ou seja, quando as necessidades de autocuidados excedem a capacidade para os realizar, por processos de transição saúde-doença, as pessoas precisam de ajuda especializada. Neste sentido, os EEER terão em vista a capacitação da pessoa para a concretização máxima das atividades inerentes aos autocuidados, envolvendo sempre a pessoa no seu próprio processo de reabilitação, assim como familiares e cuidadores. E é neste princípio que a Teoria de Dorothea Orem se assumiu como um base de sustentação teórica ao nosso estudo.

No que diz respeito aos resultados obtidos pela implementação do programa, verificámos que as intervenções efetuadas pelos EEER, em ambos os casos, tenham contribuído para a diminuição e melhoria da sintomatologia na IU e um aumento da autoeficácia dos músculos do pavimento pélvico, assim como no aumento da motivação e autoestima dos doentes, para a realização mais autónoma dos autocuidados, melhorando também a sua qualidade de vida.

## **7. ANÁLISE REFLEXIVA SOBRE AS ATIVIDADES DESENVOLVIDAS E AS COMPETÊNCIAS ADQUIRIDAS**

O desenvolvimento de competências é essencial numa carreira profissional (Rosa et al., 2022) e a carreira de enfermagem é exemplo disso, sendo a formação especializada e a diferenciação, cada vez mais, uma necessidade sentida no seio da profissão. A formação especializada em enfermagem envolve todo um processo onde o conhecimento e as habilidades são combinados com atitudes e valores necessários a cada contexto da prática clínica, traduzindo-se este processo na aquisição de vários saberes, o saber em si mesmo ou saber teórico, o saber-fazer, relacionado com os conhecimentos necessários à prática clínica e o saber-ser relacionado com os aspetos sociais e comportamentais (Barata, 2016). A combinação e interligação de todos os saberes, quando aplicada à prática clínica permite assegurar a qualidade dos cuidados (Barata, 2016).

Segundo o Regulamento n.º 140/2019 (2019), a competência descreve “os conhecimentos, as habilidades e operações que devem ser desempenhadas e aplicadas em distintas situações de trabalho” (p.4745). Assim, os enfermeiros especialistas devem avaliar e ponderar as necessidades do seu grupo-alvo, mobilizando esses conhecimentos e habilidades, de forma a poder atuar em todos os contextos de vida das pessoas e nos diferentes níveis de prevenção (Regulamento n.º 140/2019, (2019). Estes aspetos do regulamento relevam o facto de que a aquisição de competências advém, não apenas, da acumulação de técnicas ou conhecimentos, mas também, da reflexão crítica sobre o percurso percorrido e as experiências vivenciadas ao longo dos estágios, bem como dos resultados da prática de cuidados.

A prática clínica foi desenvolvida num serviço de ortopedia de uma Unidade Local de Saúde (Estágio em ER) e num serviço de medicina e numa unidade de cuidados intensivos da mesma Unidade Local (Estágio Final).

O EEER tem um papel importante não só no processo de doença e de reabilitação, mas também ao nível preventivo, e no que diz respeito à problemática da IU, a prática atual de cuidados em muitos contextos hospitalares, concentra-se essencialmente em medidas paliativas, ou seja, o uso de absorventes para o controlo das perdas urinárias, quando a mesma

já se encontra instalada, em vez de um comportamento proativo e medidas de prevenção ou identificação do risco (Góes et al.,2021). Como podemos verificar pelas características da nossa população, os idosos são majoritários, nos serviços de medicina, e práticas como facilitar o acesso à casa de banho em tempo útil, incentivar a independência na realização da higiene pessoal e da eliminação, assim como os restantes autocuidados, além do uso de dispositivos urinários, como urinóis ou arrastadeiras, em idosos restritos ao leito, ao invés da colocação normativa de fraldas, podem e devem ocorrer, sendo uma componente chave na promoção da continência urinária, devendo ser incluídas na prática clínica de enfermagem.

### 7.1. COMPETÊNCIAS COMUNS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA

De acordo com Regulamento nº140/2019 (p. 4744) o enfermeiro especialista é “aquele a quem se reconhece competência científica, técnica e humana para prestar cuidados de enfermagem especializados nas áreas de especialidade em enfermagem (...)” independentemente dos “contextos de prestação de cuidados de saúde” espera-se que os cuidados prestados ou desenvolvidos tenham sido regidos pelo rigor técnico e científico e baseados na melhor evidência disponível. Neste sentido, as competências comuns são partilhadas por todos os enfermeiros especialistas, independentemente da sua área de especialidade, e deverão ser demonstradas na capacidade de gestão, conceção e supervisão de cuidados, mas também no âmbito da formação, assessoria e investigação (Regulamento nº140/2019). As competências comuns, assentam em quatro domínios nomeadamente o domínio da responsabilidade profissional, ética e legal; o domínio da melhoria contínua da qualidade; o domínio da gestão dos cuidados; e o domínio do desenvolvimento das aprendizagens profissionais.

No domínio da responsabilidade profissional, ética e legal espera-se que o enfermeiro especialista (EE) demonstre “um exercício seguro, profissional e ético, utilizando habilidades de tomada de decisão ética e deontológica” (Regulamento nº 140/2019, p. 4746).

Neste domínio durante a realização dos estágios foi respeitada a filosofia institucional, enquanto enfermeira e estudante, todas as práticas de cuidados foram sustentadas pelo Código Deontológico dos Enfermeiros e pela Carta dos Direitos do Doente Internado, priorizando a individualidade, o respeito e a promoção da dignidade humana, assumindo como dever e

obrigação o sigilo profissional. Nesta perspetiva toda a informação que consta neste relatório, omite o nome tanto da instituição como dos doentes cuidados.

O Regulamento do Exercício Profissional dos Enfermeiros (REPE), também reforça que “no exercício das suas funções, os enfermeiros deverão adotar uma conduta responsável e ética e atuar no respeito pelos direitos e interesses legalmente protegidos dos cidadãos” (OE,2015c, p.98). Neste sentido, nos doentes que integraram do projeto de intervenção, foi salvaguardado o direito ao sigilo profissional, a confidencialidade e anonimato, através da obtenção do consentimento informado, livre e esclarecido (anexo VI) e os participantes, foram identificados apenas com letras. O respeito pela autodeterminação das pessoas cuidadas foi assegurado através da informação sobre os cuidados fornecida aos doentes e à família, bem como pelo respeito, defesa e promoção dos seus direitos.

A todos os outros doentes, a prestação de cuidados assegurou os princípios da justiça, autonomia, beneficência e não maleficência, e as decisões sobre os cuidados foram baseadas no conhecimento e experiência e, orientadas para estratégias de resolução de problemas em parceria no sentido de uma prática segura, sempre supervisionada pelos enfermeiros especialistas em enfermagem de reabilitação. As práticas de cuidados foram objetivamente fomentadas na segurança e na dignidade das pessoas, através da implementação de medidas de prevenção e identificação de fatores de risco. Procurou-se fazer a deteção e correção precoce de problemas, adotando uma consciência preventiva e antecipatória de eventuais complicações, evidenciada numa postura promotora da saúde das pessoas, promovendo comportamentos adequados através da instrução e capacitação das pessoas e da identificação de riscos acrescidos, como o risco de úlceras por pressão (UPP) e risco de queda e de práticas de cuidados capazes de evitar esses problemas de saúde potenciais dos doentes.

Reconhecendo que durante o internamento, as pessoas ficam mais vulneráveis, não só pela fragilidade resultante do processo de transição saúde-doença, como pela menor capacidade para realizar as atividades da vida diária, frequente em situação de doença aguda, tornou-se de extrema importância uma prática baseada na humanização dos cuidados concretizada com ações como, correr as cortinas da unidade do doente durante a prestação de cuidados e assegurar que os doentes mantinham o corpo coberto durante a realização de exercícios de mobilização dos segmentos corporais no leito.

Nos doentes críticos, assistidos na unidade de cuidados intensivos, foi necessário também fazer análises e reflexões particulares em conjunto com a equipa, e tomar decisões interdisciplinares em parceria com a família ou cuidador.

Em todos os doentes, as decisões e as intervenções desenvolvidas visaram sempre os seus superiores interesses, a maximização da sua funcionalidade quando foi possível, e a garantia da sua autonomia, qualidade de vida e bem-estar com expressão na possibilidade de melhoria do seu autocuidado e a continência urinária.

No domínio da melhoria contínua da qualidade, pressupõe-se uma prática baseada em evidência científica e atual, devendo o enfermeiro especialista assumir um papel dinamizador no desenvolvimento e suporte de estratégias institucionais, mobilizando conhecimentos e habilidades e, orientando projetos na área da qualidade (Regulamento nº 140/2019). Neste sentido, foram realizadas partilhas constantes com os supervisores clínicos sobre as melhores estratégias de intervenção, e com a restante equipa multidisciplinar dos serviços, promovendo a troca de ideias e experiências vividas.

Reconhece-se que a prática do enfermeiro especialista e a melhoria da qualidade, se desenvolvem através da avaliação das práticas, utilizando indicadores e instrumentos adequados, e “em função dos seus resultados, a eventual revisão das mesmas e a implementação de programas de melhoria contínua” (Regulamento nº140/2019, p. 4747). Neste sentido e considerando que não existia uma uniformização de determinado procedimento num dos contextos e que essa uniformização poderia contribuir para a melhoria da qualidade dos cuidados, foi criada uma norma/protocolo de crioterapia (Apêndice I) e foi feito o desafio à equipa para adotar este protocolo, tendo em conta o grande número de doentes no serviço sujeitos a artroplastia da anca e do joelho, e à importância que a aplicação correta de gelo pode ter na minimização de complicações.

Relativamente à promoção e gestão de um ambiente terapêutico e seguro, definiu-se como prioridade gerir o ambiente centrado na pessoa, com vista a uma efetividade terapêutica, prevenindo incidentes, promovendo o bem-estar e, gerindo os riscos do meio envolvente (Regulamento nº 140/2019). Esta competência foi adquirida através do planeamento individualizado de cuidados, de acordo com as necessidades, prioridades e segurança para os doentes; da promoção de um ambiente seguro e da prevenção de acidentes, da adoção de uma ergonomia adequada, prevenindo a ocorrência de lesões músculo-esqueléticas relacionadas

com o trabalho e diminuindo o risco de lesões físicas, quer dos doentes, quer dos próprios profissionais de saúde.

No domínio da gestão dos cuidados, espera-se que o enfermeiro especialista realize uma “gestão dos cuidados, otimizando as respostas de enfermagem e da equipa de saúde, garantindo a segurança e qualidade das tarefas delegadas” (Regulamento nº 140/2019, p.4748). Na persecução da qualidade, foram orientadas e supervisionadas tarefas delegadas, nomeadamente de manutenção e higienização adequada dos equipamentos utilizados.

O enfermeiro especialista tem também um papel fundamental no que diz respeito à preparação para a alta nos doentes internados, reconhecendo a necessidade de “referenciar para outros prestadores de cuidados de saúde” (Regulamento nº 140/2019, p.4748), nomeadamente para a Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados, onde a maior parte dos doentes mantem o plano de reabilitação. A ligação entre os vários níveis de cuidados e entre as diferentes instituições fazem parte das competências dos enfermeiros especialistas, devendo estes servir como elo de ligação. Deste modo, na reunião multidisciplinar houve a oportunidade de participar, em colaboração com o enfermeiro chefe e o supervisor clínico, contribuindo para decisões no seio da equipa de saúde e no processo de cuidar.

As competências na área da gestão de cuidados foram também desenvolvidas ao longo dos estágios quando os supervisores clínicos assumiam o papel de responsáveis de turno. Em parceria com o supervisor clínico e com a sua supervisão foi possível a participação ativa na supervisão dos cuidados, na atualização do plano de trabalho dos enfermeiros, e na sua distribuição, na execução de pedidos de reparações de avarias, nos pedidos de material de consumo clínico e farmacêutico, na gestão da supervisão clínica e na adaptação dos recursos às necessidades do serviço, mantendo uma prestação de cuidados de qualidade. Foi ainda possível, interiorizando o papel de gestor, apreender a complexidade da gestão de conflitos, a importância da motivação de uma equipa e de um ambiente positivo e favorável à prática clínica, ajustando o estilo de liderança à maturidade dos colaboradores e às contingências de um serviço.

No domínio do desenvolvimento das aprendizagens profissionais, espera-se que o enfermeiro especialista desenvolva o autoconhecimento e a assertividade, centrais para uma prática de enfermagem de qualidade, alicerçando as tomadas de decisão em conhecimentos válidos, atuais e pertinentes, responsabilizando-se como facilitador nos processos de

aprendizagem em contexto de trabalho, suportando a prática clínica em evidência científica (Regulamento nº 140/2019).

Durante a integração nas diferentes equipas multidisciplinares, dos diferentes serviços onde decorreram os estágios, foi primado o conhecimento atempado das normas, dos elementos constituintes da equipa, a sua organização e o método de trabalho instituído, sendo dessa forma possível uma prática de adaptabilidade, mais orientada, consciente e assertiva. A participação nas sessões de formação providenciadas pelos serviços de medicina, sobre o programa Sclinico (Anexo VII) e, pela UCIP sobre infeções adquiridas em cuidados de saúde – treino de práticas seguras e prevenção e tratamento de dermatites associadas à humidade e, um workshop sobre desbridamento cortante em tecido real (Anexo VIII), proporcionaram oportunidades de aprendizagem, contribuindo para uma prestação de cuidados de enfermagem especializada, segura e competente.

## 7.2. COMPETÊNCIAS ESPECÍFICAS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA EM ENFERMAGEM DE REABILITAÇÃO

A Enfermagem de Reabilitação é um processo dinâmico cuja, perspetiva atual vai muito além da cura, passando por uma intervenção preventiva, de reabilitação e educação, com objetivo de estimular e potenciar a pessoa incapacitada a atingir o seu potencial máximo de funcionalidade física, mental, espiritual, social e económico (Schoeller et al, 2021). Assenta numa conceção de cuidar, que valoriza a funcionalidade, permite uma melhor qualidade de cuidados prestados e, uma sociedade mais inclusiva para pessoas com algum tipo de deficiência e/ou limitação (Gaspar et al., 2021). Isto porque como referem Sousa et al. (2020) os enfermeiros de reabilitação, no desenvolvimento das suas competências, capacitam as pessoas com deficiência, limitação da atividade e/ou restrição da participação, com vista à maximização da sua autonomia e independência, facilitando a realização das atividades básicas e instrumentais de vida diária, melhorando a sua participação social e conseqüentemente, a perceção da qualidade de vida relacionada com a saúde, durante o processo de transição saúde-doença.

Os estágios e as atividades neles desenvolvidas, foram momentos determinantes para efetuar a avaliação da funcionalidade dos doentes através de instrumentos de colheita de dados, adequados às suas situações clínicas e a realização de diagnósticos de enfermagem, que permitiram o posterior planeamento e implementação de cuidados diferenciados e individualizados. Este planeamento foi orientado para resultados que, proporcionassem a adaptação às limitações das pessoas não dispensando a avaliação das intervenções implementadas.

Foi neste sentido que se desenvolveu a primeira competência específica do EEER: **“Cuidar de pessoas com necessidades especiais, ao longo do ciclo de vida, em todos os contextos da prática de cuidados”** (Regulamento nº 392/2019, 2019).

Para elaborar os planos de reabilitação, foi necessário proceder a uma abordagem holística da pessoa, através de uma avaliação das alterações da funcionalidade, quer a nível cardíaco, respiratório, motor, sensorial e cognitivo, alimentação, eliminação e sexualidade (Regulamento nº 392/2019, 2019). A recolha de informação pertinente, através da utilização de escalas e instrumentos de medida validados, como o índice de Barthel, o índice de Tinetti, a escala de avaliação do funcionamento cognitivo, a escala de avaliação da força muscular [MRC] e o questionário ICIQ- SF, a consulta do processo clínico, observação e entrevista, foram essenciais para a identificação de fatores facilitadores e inibidores para a realização das AVD's, de forma independente, o estabelecimento de prioridades e a elaboração dos planos de cuidados. A utilização de escalas de avaliação permitiu uma monitorização objetiva da evolução das pessoas, à medida que a implementação dos cuidados de ER permitiu reconhecer os ganhos obtidos.

Com base na Teoria de Enfermagem do Défice de Autocuidado de Dorothea Orem, relativa à orientação e ao apoio educativo que os EEER podem oferecer às pessoas com défice de AC, foram efetuados vários ensinamentos aos doentes e família, nomeadamente sobre técnicas de posicionamento, equilíbrio e controlo postural, exercícios musculares e articulares, como automobilizações, rolamentos e técnicas de push-ups no leito, adaptação para os autocuidados (higiene, uso do sanitário, comer/beber, vestir/despir, transferir-se, andar, andar com auxiliar de marcha), o uso de dispositivos auxiliares para os autocuidados e, a adaptação ao domicílio. Aos doentes incluídos no nosso projeto de intervenção, com IU, realçamos os ensinamentos sobre a importância da autogestão ativa da ingestão de líquidos mediante as atividades planeadas

diariamente, e a sua redução a partir das 18h, a importância do treino de hábitos miccionais, promovendo o esvaziamento vesical antes de deitar e por último, o ensino/treino sobre os exercícios de fortalecimento pélvico, supervisionados e de forma autónoma, tão importantes para o controlo vesical. Estes ensinamentos, permitiram melhorar o conhecimento e o crescimento das pessoas cuidadas, no sentido do seu autocuidado, e contribuíram para o desenvolvimento desta competência específica de EEER.

A elaboração de objetivos planeados em conjunto com os doentes, e sempre que possível com os seus cuidadores, promoveram a sua motivação e integração durante a implementação das intervenções, sendo estas desenvolvidas no respeito pela individualidade de cada pessoa, das suas limitações e dos seus desejos. Desta forma, foram definidas estratégias e estabelecidas metas exequíveis, adaptando o planeamento de cuidados quer à condição física e cognitiva da pessoa, quer à sua condição motivacional, no sentido de valorizar o seu desempenho durante a sua operacionalização. Verificou-se que quando a pessoa se sente realizada, progride na execução dos exercícios, sente-se mais motivada e, conseqüentemente, revela maior grau de adesão aos programas de reabilitação instituídos.

Todas essas atividades desenvolvidas tal como os resultados dos cuidados nas pessoas contribuíram para o desenvolvimento da segunda competência específica dos EEER: **“Capacita a pessoa com deficiência, limitação da atividade e/ou restrição da participação para a reinserção e exercício da cidadania”**. Esta descreve a capacidade do EEER de, após a avaliação das necessidades reais da pessoa, identificar e analisar a problemática da deficiência, das limitações da mobilidade ou da incapacidade decorrente do processo de transição saúde-doença, planeando um conjunto de intervenções autónomas, com vista à “maximização da autonomia e da qualidade de vida” (Regulamento n.º 392/2019, p. 13567).

Ao longo dos estágios, foram elaborados e implementados planos de intervenção de reeducação funcional motora, neurológica e respiratória, assim como programas específicos de treino de AVD's, quer à pessoa quer ao seu cuidador/familiar, com recurso a produtos de apoio. Falamos, concretamente de auxiliares de marcha, como andarilhos e canadianas, cadeira sanitária, barras de apoio, escova de pega comprida, alteador de sanita, material antiderrapante, calçadeira de cabo longo e trapézio. Nos doentes com alterações neurológicas, e tendo em conta as suas necessidades reais, foram também utilizados produtos como colheres texturizadas,

engrossadores de cabo de talheres, em doentes com dificuldade na preensão, superfícies de apoio ou mesa de trabalho, bases antiderrapantes, copos de bica e pratos fundos.

Todas estas ajudas técnicas, ou dispositivos de compensação como são também designados, os ensinamentos efetuados, bem como a supervisão da sua utilização, tanto aos doentes como aos seus cuidadores, contribuíram para uma melhor capacitação e adaptação às limitações da mobilidade das pessoas cuidadas, como os resultados dos cuidados de ER nos casos descritos permitem comprovar, e contribuíram também para o desenvolvimento desta competência. Essa capacitação englobou melhorar a função, promover a independência e máxima satisfação da pessoa, preservando a autoestima, a capacidade de autocuidados, realização de AVD's e melhoria da qualidade de vida.

Para o desenvolvimento desta competência específica contribuiu também a passagem pelo Departamento de Atividades de Vida Diária no Centro de Medicina Física e Reabilitação de Alcoitão, durante dois dias. Esta experiência revelou-se bastante enriquecedora, uma vez que é um departamento composto por uma equipa experiente de EEER, que atua com as pessoas e a família, priorizando o treino de AVD's, com recurso ao ensino de técnicas de adaptação para os autocuidados, no sentido de uma readaptação à nova realidade, e uma reintegração social bem-sucedida.

A terceira competência específica do EEER: **“Maximiza a funcionalidade desenvolvendo as capacidades da pessoa”**, foi desenvolvida através da interação com os doentes ao longo dos estágios e do desenvolvimento de diversas atividades que permitiram “maximizar as suas capacidades funcionais e melhorar o seu desempenho motor, cardíaco e respiratório” (Regulamento n.º 392/2019, p. 13567). Para isso, foram concebidos e implementados programas e planos de reabilitação, tendo em conta as características individuais de cada pessoa, e traçados em conjunto com esta, por forma a alcançar objetivos reais da pessoa cuidada, com vista à promoção da saúde, prevenção de lesões, à sua reabilitação, capacitação e autogestão (Regulamento n.º 392/2019).

Os programas de cuidados de ER implementados em doentes submetidos a artroplastia do joelho, doentes com AVC, e em todos os doentes que apresentaram compromisso motor ou respiratório, que exigiam uma intervenção mais diferenciada e de um modo particular o programa de intervenção de ER em doentes com IU, que permitiu, promover a continência urinária e o AC, maximizando a autonomia dos doentes.

A monitorização regular dos doentes e a avaliação quando cessou a relação terapêutica, sobretudo nos doentes que integraram o projeto de intervenção, permitem afirmar que ao nível dos autocuidados, da força muscular, do equilíbrio corporal e da deglutição, houve maximização das capacidades de alguns doentes, embora se reconheça que períodos de tempo de contacto maiores poderiam eventualmente contribuir para uma maximização das capacidades dos doentes mais evidentes.

### 7.3. COMPETÊNCIAS DE MESTRE EM ENFERMAGEM

O Decreto-Lei n.º 65/2018 de 16 de agosto, define que se confira o grau de mestre, a quem demonstre conhecimentos e capacidades não apenas para a compreensão e resolução de problemas em situações novas e contextos alargados e multidisciplinares na sua área de estudo, como aqueles onde decorreram os estágios, mas também, que estes sejam a base de desenvolvimento para a investigação.

Os vários objetivos de aprendizagem para a aquisição do grau de Mestre em enfermagem, mencionam que o mestrando deve demonstrar competências clínicas na conceção, na prestação, na gestão e na supervisão dos cuidados de enfermagem, numa área especializada e contribuir para o desenvolvimento e disseminação de investigação para promover a prática de enfermagem baseada na evidência.

Os diversos trabalhos académicos realizados com enfoque na metodologia de investigação, procurando o melhor conhecimento e mais atualizado, com intuito de o colocar em prática durante os estágios clínicos, contribuiu para uma prática baseada na evidência, com ganhos no cuidado à pessoa em processo de transição saúde-doença. Salienta-se a publicação de um artigo científico na revista *Journal of Functional Morphology and Kinesiology*, que foi realizado em contexto académico (anexo VIX) e uma Soping Review realizada sobre as intervenções em enfermagem de reabilitação que poderiam trazer benefício às pessoas adultas e idosas com incontinência urinária internadas em contexto de doença aguda, que se pretende publicar (anexo VX) e que contribuiu para fundamentar os cuidados, e também porque práticas baseadas na evidencia, segundo Cardoso et al. (2021), previnem práticas inseguras/ineficientes e melhoram a qualidade dos cuidados de saúde.

O percurso percorrido ao longo dos estágios e que começou com a conceção de um projeto de intervenção em doentes com IU, a prestação de cuidados diferenciados a estes doentes e a avaliação dos resultados obtidos em termos da sua capacitação e maximização das suas capacidades, confirma a competência desenvolvida no domínio da gestão de situações complexas, e a reflexão sobre os resultados alcançados descrita neste relatório, confirma a capacidade de comunicar as suas conclusões, a especialistas ou não especialistas, de forma clara, confirmando também a aquisição e desenvolvimento de competências capazes de uma aprendizagem académica e profissional mas igualmente uma aprendizagem auto-orientada para ser mantida ao longo da sua vida.

## CONCLUSÃO

De acordo com os objetivos definidos para a unidade curricular, a elaboração deste relatório pretendeu comprovar a capacidade de reflexão crítica sobre as práticas realizadas, fundamentando-a com base na teoria e evidência científica, manifestando assim as competências de mestre e de enfermeira especialista em enfermagem de reabilitação adquiridas.

Neste relatório foram descritos os vários contextos da prática e a produção dos cuidados de ER, foi desenvolvido um projeto de intervenção profissional à pessoa com IU, permitindo produzir dados que demonstraram resultados sensíveis aos cuidados e intervenções do EEER, e por último, foram descritas as atividades desenvolvidas e que contribuíram para o desenvolvimento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista, Competências Específicas do EEER e Competências de Mestre em Enfermagem, refletindo acerca do processo de aquisição destas competências

Em resposta à questão formulada “Que intervenções em enfermagem de reabilitação trazem benefício às pessoas com incontinência urinária internadas em contexto de doença aguda”, podemos dizer que um plano de intervenção individualizado, englobando o treino de exercícios de fortalecimento pélvico, intervenções no âmbito da reeducação funcional motora e, a terapia comportamental, foram de extrema importância para a melhoria da funcionalidade destes doentes e para a promoção da continência urinária.

Relativamente aos objetivos específicos delineados para o plano de intervenção, foram avaliados de forma sistematizada cinco doentes com necessidades de reeducação funcional motora e com IU, através de instrumentos de avaliação testados e validados para a população portuguesa, como o Índice de Barthel e o questionário ICIQ-SF e, que permitiram avaliar os resultados das intervenções bem como a eficácia do plano implementado. As intervenções realizadas e os resultados alcançados foram suportados pela mais recente evidência científica, tendo sido realizado um paralelismo com a mesma.

Decorrente das intervenções planeadas e definidas neste projeto de intervenção, verificou-se uma melhoria dos sintomas de IU, nos casos estudados, com a maximização da

sua capacidade funcional e motora, e conseqüentemente uma diminuição do impacto na qualidade de vida destes doentes.

Através da implementação de um plano de reeducação funcional, que incluíram treino de AVD's, transferências, levante e marcha, com recursos a auxiliares de marcha, foi possível contribuir para a capacitação dos doentes com incapacidades e limitações, nomeadamente doentes com IU. Os doentes deste projeto conseguiram obter ganhos em saúde, mesmo os casos em que não foi possível acompanhar até à alta. No início dos planos de cuidados apresentavam compromisso dos vários focos, tendo-se verificado melhorias, mais expressivas em alguns casos, recuperando a capacidade de mobilização, levante, na marcha, na realização de alguns autocuidados, como a eliminação vesical.

A IU, promove frequentemente sentimentos de vergonha, que levam a pessoa a não procurar ajuda junto dos profissionais de saúde, sofrendo em silêncio com esta problemática, acabando por restringir a sua atividade e participação. É por isso, uma problemática subdiagnosticada, sendo encarada como uma alteração inevitável do envelhecimento. Sendo os processos de eliminação uma das áreas de intervenção dos EEER, estes têm um papel essencial no acompanhamento destes doentes, devendo estar sensibilizados para a deteção da IU, adequando e individualizando técnicas de autocontrolo urinário, de acordo com os objetivos de cada pessoa ou família.

Sobre o percurso desenvolvido, salientamos que este apresentou algumas limitações, como a limitação do tempo para a implementação deste projeto, uma vez que muitos estudos nesta área referem que os programas de reabilitação para a pessoa com alteração da continência urinária devem ter uma duração de quatro a doze semanas e que os treinos devem ser realizados três vezes por dia, podendo cada sessão acompanhada ir até aos 60 minutos, e o número de participantes reduzido, bem como o tempo de intervenção em cada doente que poderá ter sido um fator que interferiu com os resultados obtidos. Embora não tenha sido possível reverter na totalidade o compromisso da continência urinária, eventualmente associado a tempos de internamentos curtos, com um número limitado de sessões, em ambos os casos houve uma melhoria funcional e uma diminuição dos sintomas de IU, comprovados com a aplicação do questionário ICIQ-SF. No âmbito dos autocuidados, os 5 doentes apresentaram uma evolução positiva no grau de autonomia, avaliados pelo Índice de Barthel.

Não obstante, e de acordo com os resultados obtidos, foi possível mobilizar e aprofundar conhecimentos acerca do papel do EEER, através da implementação de um programa de exercícios que promovem o fortalecimento muscular pélvico e o ensino sobre o treino de hábitos

que melhoram a sintomatologia da IU, tendo sido possível maximizar a independência da pessoa com compromisso da continência urinária. Os resultados obtidos foram positivos e acreditamos que este estudo possa contribuir para o desenvolvimento e para o estímulo de mais estudos sobre esta temática pelos Enfermeiros Especialistas em Enfermagem de Reabilitação.

Outro aspeto a referir é que, a grande maioria dos estudos encontrados nesta área focam as intervenções e os resultados principalmente em mulheres, pessoas com Acidente Vascular Cerebral e estudos realizados à população idosa. Os estudos que envolvem outras patologias ou que incluam uma população com uma faixa etária mais baixa ou, que incluam ambos os sexos, são claramente insuficientes.

Da Scoping review efetuada, verificámos também que a maioria dos estudos são realizados em contextos de ambulatório, unidades de reabilitação, clínicas ou em cuidados de saúde primários, não existindo muita investigação em doentes com IU em fase aguda. Assim, consideramos pertinente o desenvolvimento de mais trabalhos científicos nesta área, de forma a comprovar a importância e a eficácia de planos de intervenção específicos às pessoas com IU, promovendo assim a visibilidade desta área de intervenção.

A frequência no Curso de Mestrado em Enfermagem e de Especialização em Enfermagem de Reabilitação, assume-se assim como uma fase da vida extremamente rica em novas experiências e aprendizagens. Apesar de ter sido uma caminhada longa e cansativa, que exigiu uma gestão por vezes difícil, não só do tempo disponível, mas também das emoções, a mesma possibilitou o desenvolvimento de capacidades avançadas para uma atitude visionária no que concerne à prática profissional futura, visando a melhoria contínua da qualidade dos cuidados prestados.

Por todos os conhecimentos, aptidões e competências desenvolvidas é com segurança que podemos afirmar ter atingido todos objetivos de aprendizagem da UC de Estágio Final tendo cumprido os requisitos necessários para a aquisição do grau de mestre e da atribuição, pela OE, do título de especialista.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Abrams, P., Cardozo, L., Fall, M., Griffiths, D., Rosier, P., Ulmsten, U., Van Kerrebroeck, P., Victor, A., Wein, A., & Subcomitê de Padronização da Sociedade Internacional de Continência (2003). A padronização da terminologia na função do trato urinário inferior: relatório do subcomitê de padronização da Sociedade Internacional de Continência. *Urologia*, 61(1), 37–49. [https://doi.org/10.1016/s0090-4295\(02\)02243-4](https://doi.org/10.1016/s0090-4295(02)02243-4)
- Abrams, P., Andersson, K. E., Birder, L., Brubaker, L., Cardozo, L., Chapple, C., Cottenden, A., Davila, W., de Ridder, D., Dmochowski, R., Drake, M., Dubeau, C., Fry, C., Hanno, P., Smith, J. H., Herschorn, S., Hosker, G., Kelleher, C., Koelbl, H., Khoury, S., ... Quarta Consulta Internacional sobre Incontinência (2010). Quarta Consulta Internacional sobre Recomendações de Incontinência do Comitê Científico Internacional: Avaliação e tratamento da incontinência urinária, prolapso de órgãos pélvicos e incontinência fecal. *Neurourologia e urodinâmica*, 29(1), 213–240. <https://doi.org/10.1002/nau.20870>
- Alcobia, A., Ferreira, R., Soares, M. & Vieira, J. V. (2019). Enfermagem de reabilitação a pessoas idosas com andar comprometido. *Revista de Enfermagem Referência*, 4(21), 7-16. DOI: 10.12707/RIV19002
- Alves, A. T., Gadia, F., Rocha, C., Jacomo, R. H., Menezes, R. L. & Karnikowiski, M. O. (2013). Nível de conhecimento sobre a incontinência urinária e tratamento fisioterapêutico no município de Cidade Ocidental/GO. *Fisioterapia Brasil*, 14(3), 177-182. <https://convergenceseditorial.com.br/index.php/fisioterapiabrasil/article/view/387/688>
- Alves, C. A., Ferreira, D. C., Lima, M. F., Coimbra, K. A. & Vaz, C. T. (2022). Prevalence of urinary incontinence, impact on quality of life and associated factors in users of Primary Health Care Units in Governador Valadares. *Fisioterapia Em Movimento*, 35(spe), e35604. <https://doi.org/10.1590/fm.2022.35604>

- Alves, V. P. R. S., Coutinho, E. N., Santos, K. P. R. dos., Nogueira, V. da S., Carvalho, D. F. de., Nascimento, J. M. de S., Machado, A. C. C., Santos, J. do N. dos., Guimaraes, B. V. O. S., Moura, G. de S., Carvalho, H. de L., Brito, A. F. de., Silva Junior, J. E. da., & Pacheco, K. M. L. (2023). Physiotherapeutic treatment in elderly women with urinary incontinence: an integrative literature review. *Research, Society and Development*, 12(2), e10112239059. <https://doi.org/10.33448/rsd-v12i2.39059>
- Amancio, T. G., Oliveira, M. L. C. de., & Amancio, V. dos S. (2019). Factors influencing the condition of vulnerability among the elderly. *Revista Brasileira De Geriatria E Gerontologia*, 22(2), e180159. <https://doi.org/10.1590/1981-22562019022.180159>
- Andrade, C. L. F., de Castro Moreira, N. F., de Barcelos, I. O., Rodrigues, J. C., Alves, K. R. S., Andrade, D. F., ... & de Paula Júnior, N. F. (2024). Envelhecer e as principais síndromes geriátricas: relação entre fragilidade, incontinência urinária e quedas. *Revista Eletrônica Acervo Saúde*, 24(3), e15434-e15434. <https://doi.org/10.25248/reas.e15434.2024>
- Apóstolo, J. L. A. (2012). Instrumentos para avaliação em geriatria (Geriatric Instruments). Escola Superior de Enfermagem de Coimbra. <https://web.esenfc.pt/v02/include/download.php>
- Araújo, I., Paul, C. & Martins, M. (2011). Viver com mais idade em contexto familiar: dependência no autocuidado. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, 45(4), 869-875. <https://doi.org/10.1590/S0080-62342011000400011>
- Araújo, C. P., Karloh, M., Reis, C. M., Palú, M., & Mayer, A. F. (2016). Pursedlips breathing reduces dynamic hyperinflation induced by activities of daily living test in patients with chronic obstructive pulmonary disease: A randomized cross-over study. *Journal of Rehabilitation Medicine*, 47(10), 957-962. doi:10.2340/16501977-2008.
- Araújo, P., Soares, A., Ribeiro, O. & Martins, M.M. (2021). Processo de cuidados de enfermagem de reabilitação à pessoa adulta/idosa com compromisso no sistema nervoso. In Olga Ribeiro, *Enfermagem de Reabilitação- Conceções e Práticas* (pp. 164-233). Lidel.

- Arco, H. (2019). O Idoso Com Incontinência Urinária- Construção do Processo de Autocuidado [Tese de Doutoramento, Universidade de Lisboa]. [https://repositorio.ul.pt/bitstream/10451/42260/1/ULSD733932\\_td\\_Helena\\_Arco.pdf](https://repositorio.ul.pt/bitstream/10451/42260/1/ULSD733932_td_Helena_Arco.pdf)
- Associação Portuguesa de Urologia/Associação Portuguesa de Neurologia e Uroginecologia (2018). *Semana da Incontinência urinária*. [https://www.apurologia.pt/incontinencia/incontinencia2018/Dossier\\_Imprensa\\_Semana\\_Incontinencia\\_Urinaria.pdf](https://www.apurologia.pt/incontinencia/incontinencia2018/Dossier_Imprensa_Semana_Incontinencia_Urinaria.pdf).
- Avery, J., Braunack-Mayer, A., Stocks, N., Taylor, A. & Duggan, P. (2013). Psychological perspectives in urinary incontinence: A metasynthesis. *OA Women's Health*, 1 (1), 1-10. <https://ro.uow.edu.au/cgi/viewcontent.cgi?article=4800&context=sspapers>
- Barata, L. F. (2016). Aquisição e Desenvolvimento de Competências ao Longo da Vida Profissional – A Importância da Formação Contínua. In Cristina Marques-Vieira e Luís Sousa, *Cuidados de Enfermagem de Reabilitação à Pessoa ao Longo da Vida* (pp.25-34). Loures: Lusodidacta
- Barbas, L. (2020). Proposta de capacitação para a pessoa com alterações do autocuidado e para o seu cuidador: ganhos sensíveis dos cuidados de Enfermagem de Reabilitação [Dissertação de Mestrado, Instituto Politécnico de Portalegre]. <https://comum.rcaap.pt/bitstream/10400.26/34086/1/BCTFC146.pdf>
- Barbosa, P. N., Santos, K. S., & Faria Nunes, K. C. de. (2021). Avaliação da capacidade cognitiva e incidência de incontinência urinária em idosos institucionalizados e não institucionalizados: Paloma Ninfa Barbosa, Karen Stéfany Santos, Kelly Christina de Faria Nunes. *Revista Vitae - Educação, Saúde & Meio Ambiente*, 1(9). <https://revistas.unicerp.edu.br/index.php/vitae/article/view/2525-2771-v1n9-8>
- Batmani, S., Jalali, R., Mohammadi, M. & Bokae, S. (2022). Correction: Prevalence and factors related to urinary incontinence in older adults women worldwide: a comprehensive systematic review and meta-analysis of observational studies. *BMC geriatrics*, 22(1), 454. <https://doi.org/10.1186/s12877-022-03111-6>

- Beliz, A. B., Bule, M. J. & Sousa, L. M. (2020). Manter a mobilidade articular no doente crítico: Estudo de caso. *REPER*, 3(Sup.1), 63-69. DOI: 10.33194/rper. 2020.v3.n1.8.5791
- Bolas, R., (2017) Capítulo IV- Pessoa em programa de Reabilitação cardíaca in, Cristina Marques-Vieira e Luís Sousa - *Cuidados de Enfermagem de Reabilitação á pessoa ao longo da vida*, Loures: Lusodidacta, 381- 391
- Busato Jr, W. F. S., & Mendes, F. M. (2007). Incontinência urinária entre idosos institucionalizados: Relação com mobilidade e função cognitiva. *Arquivos Catarinenses de Medicina*, 36(1), 49-57 <https://www.acm.org.br/acm/revista/pdf/artigos/524.pdf>
- Branco, P. S., Barata, S., Barbosa, J., Cantista, M., Lima, A., & Maia, J. (2012). Temas de reabilitação–reabilitação respiratória. Porto: Medesign, 39-40. <https://core.ac.uk/download/pdf/71736456.pdf>
- Braga, M., Ferreira, S., Morais, C., Chiado, A., Lima, A. (2023) Intervenção do Enfermeiro Especialista em Reabilitação em Mulheres com Incontinência Urinária, após o AVC. *Rev Port Enf Reab [Internet]. DATA ;6(1).* <https://rper.aper.pt/index.php/rper/article/view/288>
- Cabral, M. V. & Ferreira, P. M. (2013). *O Envelhecimento Ativo em Portugal: trabalho, reforma, lazer e redes sociais*. Lisboa: FFMS. Repositório da Universidade de Lisboa. <http://hdl.handle.net/10451/23416>
- Cândido, F.J.L.F, Matnei, T., Galvão, L.C., Santos, V.L.J., Santos, M.C., Sarris, A.B. & Sobreiro, B.P. (2017). Incontinência urinária em mulheres: breve revisão de fisiopatologia, avaliação e tratamento. *Visão Acadêmica*; 18(3): 67-80. <file:///C:/Users/utilizador/Downloads/54506-214655-2-PB.pdf>
- Cardoso, D., Couto, F., Bobrowicz-Campos, E., Santos, L., Rodrigues, R., Coutinho, V. & Rodrigues, M. (2021). The Effectiveness of Evidence-Based Practice (EBP) educational program undergraduate nursing students' EBP Knowledge and Skills: A Cluster Randomized Control Trial. *Int. J. Environ. Res. Public Health*, 18(1). <https://doi.org/10.3390/ijerph18010293>

- Carvalho, C. G. D., Santos, P. C., & Pereira, J. F. M. P. (2020). Literacia em Incontinência Urinária. Doi: 10.26537/hq0j-nd53
- Chiado, A., Ferreira, S., Ribeiro, O., Gomes, B., & Martins, M. (2022). Impacto de um programa de reabilitação na gestão urinária do doente acometido por acidente vascular cerebral. *Texto & Contexto Enfermagem*, 31 <https://doi.org/10.1590/1980-265X-TCE-2020-0656pt>
- Chow, P. M., Chuang, Y. C., Hsu, K. C., Shen, Y. C. & Liu, S. P. (2022). Impact of Female Stress Urinary Incontinence on Quality of Life, Mental Health, Work Limitation, and Healthcare Seeking in China, Taiwan, and South Korea (LUTS Asia): Results from a Cross-Sectional, Population-Based Study. *International journal of women's health*, 14, 1871–1880. <https://doi.org/10.2147/IJWH.S383651>
- Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem (CIPE). Edição da Ordem dos Enfermeiros, Versão 2015. [https://futurosenf.files.wordpress.com/2017/04/cipe\\_2015.pdf](https://futurosenf.files.wordpress.com/2017/04/cipe_2015.pdf)
- Coelho, C., Barros, H., & Sousa, L. (2016). Reeducação da função sensoriomotora. In C. Marques-Vieira, & L. Sousa, *Cuidados de enfermagem de reabilitação à pessoa ao longo da vida* (pp. 227-251). Loures: Lusodidacta.
- Cordeiro, M., & Menoita, E. (2012). *Manual de Boas Práticas na Reabilitação Respiratória*. Loures: Lusociência.
- Correia, N. M., Bernardes, R. A., Parola, V. S., & Neves, H. L. (2023). A Formação em Enfermagem de Reabilitação em Portugal desde 2006. *Revista de Enfermagem Referência*, 6(2), e21141. <https://doi.org/10.12707/RV21141>
- Costa, M. T., Zaninotto, R. C. S., Martins, M. C. C., & Manso, M. E. G. (2023). Incontinência Urinária: principais fatores de risco e seus efeitos na população idosa. *VITTALLE-Revista de Ciências da Saúde*, 35(1), 109-119. <https://doi.org/10.14295/vittalle.v35i1.14942>
- Cravosa, M.C.H. (2022). *Programa de Enfermagem de Reabilitação para a pessoa com alteração da continência urinária*. [Mestrado em Enfermagem, Universidade de Évora -Escola

- Superior de Enfermagem S. João de Deus]. Repositório da Universidade de Évora. <http://hdl.handle.net/10174/32638>
- Cunha, M., Garcia, S. & Nono, A. (2021) Programa de Enfermagem de Reabilitação à mulher idosa com incontinência urinária. In Olga Ribeiro, *Enfermagem de Reabilitação- Conceções e Práticas* (pp. 627-639). Lidel
- Cunha, H. M. (2023). *O enfermeiro de reabilitação e a educação para a saúde à pessoa com insuficiência cardíaca* [Master's thesis, Instituto Politécnico de Aveiro]. Repositório científico do IPVC. <http://hdl.handle.net/20.500.11960/3627>
- De Matos, M. D. F. G., & Simões, J. A. G. (2020). Enfermagem de reabilitação na transição da pessoa com alteração motora por AVC: revisão sistemática da literatura. *Revista Portuguesa de Enfermagem de Reabilitação*, 3(2), 11-19. <https://doi.org/10.33194/rper.2020.v3.n2.2.5770>
- De Moraes, E. N., Marino, M. C., & Santos, R. R. (2010). Principais síndromes geriátricas. *Rev Med Minas Gerais*, 20(1), 54-6. <https://unarus.ufpel.edu.br/moodle/ccufpel/bib/Sindromes%20geriatricas%20MORAE S.pdf>
- Decreto-Lei n.º 65/2018 de 16 de agosto. Diário da República n.º 157/2018, Série I. <https://dre.pt/application/conteudo/116068879>
- Direção Geral de Saúde (2011a). Norma n.º 017/2011 de 19 de maio. [https://www.spp.pt/UserFiles/file/EVIDENCIAS%20EM%20PEDIATRIA/ORIENTA CAO%20DGS\\_017.2011%20DE%20MAIO.2011.pdf](https://www.spp.pt/UserFiles/file/EVIDENCIAS%20EM%20PEDIATRIA/ORIENTA CAO%20DGS_017.2011%20DE%20MAIO.2011.pdf)
- Direção Geral da Saúde (2011b). Acidente Vascular Cerebral: Prescrição de Medicina Física e de Reabilitação. Norma n.º 054/2011 de 27/12/2011.
- Direção Geral de Saúde (2017). Norma no 013/2016 de 28 de outubro de 2016 atualizada a 3/03/2017. Regras de Prescrição de Dispositivos Médicos na Retenção/Incontinência em Idade Pediátrica e no Adulto. Direção Geral de Saúde. [https://normas.dgs.min-saude.pt/wp-content/uploads/2019/09/Regras-de-Prescricao-de-Dispositivos-Medicos-na-Retencao\\_Incontinencia-em-Idade-Pediatica-e-no-Adulto.pdf](https://normas.dgs.min-saude.pt/wp-content/uploads/2019/09/Regras-de-Prescricao-de-Dispositivos-Medicos-na-Retencao_Incontinencia-em-Idade-Pediatica-e-no-Adulto.pdf)

- Duarte, V. (2023). *Enfermagem de reabilitação nos serviços de Medicina Interna: a pluralidade das especificidades*. Healthnews - Jornalismo de saúde.  
<https://healthnews.pt/2023/05/18/enfermagem-de-reabilitacao-nos-servicos-de-medicina-interna-a-pluralidade-das-especificidades>
- Dumoulin, C., Cacciari, L. & Hay-Smith J. (2018). Pelvic floor muscle training versus no treatment, or inactive control treatments, for urinary incontinence in women. *Cochrane Database Syst Rev*, 10(10). <https://doi.org/10.1002/14651858.cd005654.pub4>
- European Society of Cardiology. (2019). *ESC Cardiovascular realities 2019*. <https://www.flipsnack.com/escardio/esc-cardiovascular-realities-2019/full-view.html>
- Ferreira, R., Fernandes, N., Bico, C., Bonito, A., Moura, C., Sousa, L., Baixinho, C. & Fonseca, C. (2023). The perspective of rehabilitation nurses on physical exercise in the rehabilitation of older people in the community: a qualitative study. *Journal of functional morphology and kinesiology*, 8(4), 163. <https://doi.org/10.3390/jfmk8040163>
- Ferreira, M. D. & Peres, M. R. (2020). Implementação de um programa de reabilitação: intervenção do enfermeiro especialista de reabilitação numa UCI. *Revista Portuguesa De Enfermagem De Reabilitação*, 3(2), 68–75. <https://doi.org/10.33194/rper.2020.v3.s2.10.5828>
- Ferreira, L. K., Meireles, J. F. & Ferreira, M. E. (2018). Evaluation of lifestyle and quality of life in the elderly: a literature review. *Revista Brasileira De Geriatria E Gerontologia*, 21(5), 616–627. <https://doi.org/10.1590/1981-22562018021.180028>
- Fortin, M. (2009). *Fundamentos e Etapas no Processo de Investigação*. Lusodidacta.
- Fraga, A. (2010). *Incontinência Urinária*. Associação Portuguesa de Urologia. <https://apurologia.pt/wp-content/uploads/2022/01/incontinencia.pdf>
- Garrido, M.E. (2013). *Cuidados de enfermagem promotores da continência urinária nos idosos*. [Mestrado em Enfermagem de Reabilitação, Escola Superior de Enfermagem de Lisboa] <https://comum.rcaap.pt/bitstream/10400.26/16200/1/Cuidados%20Enfermagem%20Promotores%20continencia%20Urin%3a%20ria.pdf>

- Gaspar, L., Loureiro, M. & Novo, A. (2021) Exercício profissional dos enfermeiros especialistas em enfermagem de reabilitação In Olga Ribeiro, *Enfermagem de Reabilitação- Conceções e Práticas*. (pp 12-18). Lidel.
- Góes, R.P., Pedreira, L.C., Fonseca, E.O.S., Coifman, A.H.M., Amaral, J.B., Souza, M.L. (2021). Fatores inerentes ao surgimento da incontinência urinária no idoso hospitalizado analisados à luz da tríade donabediana. *Rev Esc Enferm USP*. 55: e03773. <https://doi.org/10.1590/S1980-220X2020004003773>
- Godinho De Matos, M. D. & Gonçalves Simões, J. A. (2020). Enfermagem de Reabilitação na transição da pessoa com alteração motora por AVC: Revisão Sistemática da Literatura. *Revista Portuguesa De Enfermagem De Reabilitação*, 3(2), 11–19. <https://doi.org/10.33194/rper.2020.v3.n2.2.5770>
- Gomes Braga, F. das C. S. A., Silva, G. R. F. da, Carvalho, S. de O., Tavares, C. B., Santos, M. L. de A., & Sousa N. L. de A. (2023). Incontinência urinária no adulto: aspetos, impacto na qualidade de vida e o papel da enfermagem. *Revista Eletrônica Acervo Saúde*, 23(7), e12592. <https://doi.org/10.25248/reas.e12592.2023>
- Gómez, K. R., & Caballero, J. C. (2021). Desenvolvimento histórico do conceito de Qualidade de Vida: uma revisão da literatura. *Revista de Ciência e Cuidado*, 18(3), 86-99. <https://doi.org/10.22463/17949831.2539>
- Guarisi, T., Pinto Neto, A. M., Osis, M. J., Pedro, A. O., Paiva, L. H. C., & Faúndes, A., (2001). Incontinência urinária entre mulheres climatéricas brasileiras: inquérito domiciliar. *Revista De Saúde Pública*, 35(5), 428–435. <https://doi.org/10.1590/S0034-89102001000500004>
- Guerra, M. J., de Almeida, S. P., Nogueira, H. M., & Alves, P. J. P. (2023). Validação para a população portuguesa do "International International Consultation on Incontinence Questionnaire–Urinary Incontinence Short form" (ICIQ-UI SF). *Enfermería Global*, (71), 490. <https://doi.org/10.6018/eglobal.554941>

- Guedes L.P., Oliveira M.L. & Carvalho G.A. (2018). Efeitos deletérios do tempo prolongado no leito nos sistemas corporais dos idosos – uma revisão. *Rev Bras Geriatr Gerontol*; 21, 516- 23.
- Guessous I., Cornuz J., Stoianov R., Burnand B., Fitting JW., Yersin B. & Lamy O. (2008). Efficacy of clinical guideline implementation to improve the appropriateness of chest physiotherapy prescription among inpatients with community-acquired pneumonia, *Respiratory Medicine* 102, 1257-1263.
- He, K. J., Yang, X. N., Zhu, Z., Dai, D., Zhang, J. C., Chen, J. X., & Duan, Y. (2022). Clinical effect of micturition interruption exercise on urinary incontinence after radical prostatectomy. *Supportive Care in Cancer*, 1-7. <https://doi.org/10.1007/s00520-021-06780-y>
- Hoeman, S. (2011). História, Controvérsias e Tendências. In Shirley Hoeman, *Enfermagem de Reabilitação: Prevenção, Intervenção e Resultados Esperados*. (pp. 1-14). Loures: Lusodidacta
- Instituto Nacional para a Reabilitação (2021). Produtos de Apoio <https://www.inr.pt/produtos-de-apoio>
- Instituto Nacional de Estatística [INE] (2023). Índice de envelhecimento em Portugal. [https://www.ine.pt/xportal/xmain?xpid=INE&xpgid=ine\\_indicadores&contecto=pi&indOcorrCod=0008258&selTab=tab0](https://www.ine.pt/xportal/xmain?xpid=INE&xpgid=ine_indicadores&contecto=pi&indOcorrCod=0008258&selTab=tab0)
- Jalalinia, S. F., Raei, M., Naseri-Salahshour, V., & Varaei, S. (2020). The effect of pelvic floor muscle strengthening exercise on urinary incontinence and quality of life in patients after prostatectomy: a randomized clinical trial. *Journal of caring sciences*, 9(1), 33. Doi:10.34172/jcs.2020.006
- Kessler, M., Facchini, L. A., Soares, M. U., Nunes, B. P., França, S. M., & Thumé, E. (2018). Prevalência de incontinência urinária em idosos e relação com indicadores de saúde física e mental. *Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia*, 21(4), 409-419. <https://doi.org/10.1590/1981-22562018021.180015>
- Kılıç, M. (2016). Incidence and risk factors of urinary incontinence in women visiting Family

- Health Centers. SpringerPlus, 5(1), pp 1-9. <https://doi.org/10.1186/s40064-016-2965-z>
- Kohler, M., Schwarz, J., & Saxer, S. (2021). Promoting urinary continence with nonpharmacological interventions in Parkinson's disease. *Pflege*. <https://doi.org/10.1024/1012-5302/a000845>
- Lautert, L., Dal Pai, D., & Ramos, F. R. S. (2013). Metodología de los estudios exploratorios en investigación de enfermería Capítulo. *Metodología y didáctica*, 88. [https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/51587/9789275318171\\_spa.pdf?sequence=3#page=111](https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/51587/9789275318171_spa.pdf?sequence=3#page=111)
- Limonge, L. G., Shinkai, R. M. G., Formigosa, C. de A. C., & Pessoa, M. dos S. (2023). Impactos da incontinência urinária na qualidade de vida de idosos de uma Unidade de Saúde da Família. *Medicina (Ribeirão Preto)*, 56(2), e-200294. <https://doi.org/10.11606/issn.2176-7262.rmrp.2023.200294>
- Lopes, M., Costa, J., Lima, J., Oliveira, L., Caetano, L., Silva, A. (2017). Programa de reabilitação do pavimento pélvico: relato de 10 anos de experiência. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 70. <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2016-0257>
- Machado, A., & Vieira, M. C. U. (2014). O uso inadequado de medicamentos associados a incontinência urinária em idosos. *Anais da XIX Semana de Iniciação Científica*. <https://anais.unicentro.br/proic/pdf/xixv2n1/364.pdf>
- Marques-Vieira, C., Sousa, L., Braga, R. (2016) Reabilitar a pessoa com acidente vascular cerebral. In Cristina Marques-Vieira e Luís Sousa, *Cuidados de Enfermagem de Reabilitação à Pessoa ao Longo da Vida* (pp.465-474). Loures: Lusodidacta
- Martins, J. C. A. (2008). Investigação em enfermagem. *Pensar Enfermagem*, 12(2), 62-66. [https://comum.rcaap.pt/bitstream/10400.26/23998/1/2008\\_12\\_2\\_62-66.pdf](https://comum.rcaap.pt/bitstream/10400.26/23998/1/2008_12_2_62-66.pdf)
- Matos, M. A., Barbosa, B. L., Costa, M. C., Rocha, F. C., Almeida, C. A. & Amorim, F. C. (2019). As repercussões causadas pela incontinência urinária na qualidade de vida do idoso. *Rev. pesqui. cuid. fundam. (Online)*, 567-575. DOI: 10.9789/2175-5361.2019.v11i3.567-575
- Mendes, R., Nunes, M. (2018). A Importância da Enfermagem de Reabilitação nas Unidades de

- Cuidados Intensivos Portuguesas. *Revista Portuguesa de Enfermagem de Reabilitação*, 1(2). <https://rper.aper.pt/index.php/rper/article/view/47>
- Macena, W. G., Hermano, L. O. & Costa, T. C. (2018). Alterações fisiológicas decorrentes do envelhecimento. *Revista Mosaicum*, 15(27), 223-238.
- Menoita, E., Sousa, L., Alvo I. & Marques-Vieira, C. (2012). Cuidados de Reabilitação à Pessoa Idosa com AVC (1ª ed). Loures: Lusociência.
- Mota, P. & Tinoco, C.L. (2021). Estudo urodinâmico no homem. In *Urologia atual- Jornal da Associação Portuguesa de Urologia*. nº41. 8-9. [https://apurologia.pt/jornal/APU\\_41.pdf](https://apurologia.pt/jornal/APU_41.pdf)
- Nascimento, C. A. F., Ferrão, S., & Santos, S. (2022). A intervenção educativa do enfermeiro na promoção do autocuidado da pessoa idosa com incontinência urinária. *JIM — Jornal De Investigação Médica*, 3(2), 77–95. <https://doi.org/10.29073/jim.v3i2.502>
- Najafi, Z., Morowatisharifabad, M. A., Jambarsang, S., Rezaeipandari, H., & Hemayati, R. (2022). Urinary incontinence and related quality of life among elderly women in Tabas, South Khorasan, Iran. *BMC urology*, 22(1), 214. <https://doi.org/10.1186/s12894-022-01171-9>
- Newman, D., Buckley, D., Gordon, D., Griebing, T., Petty, L. & Wang, K. (2013). Continence Promotion, Education & Primary Prevention. In P. Abrams, L. Cardozo, S. Khoury, A. Wein (editors). *Incontinence – 5 th International Consultation on Incontinence* (pp. 1787-1825). Bristol: International Consultation on Urological Diseases.
- Nunes, L. (2013). Considerações éticas a atender nos trabalhos de investigação académica de enfermagem. Setúbal: Instituto Politécnico de Setúbal, Escola Superior de Saúde, Departamento de Enfermagem. Consultado em 27 dez. 2019. Disponível em: <http://hdl.handle.net/10400.26/4547>
- Observatório Nacional das Doenças Respiratórias. (2023). *Relatório do observatório nacional das doenças respiratórias 2023*. <https://www.fundacaoportuguesadopulmao.org/destaques/conteudos/ondr-2023/>
- Oliveira, L. G. P., de Oliveira, A. G., de Souza, G., & Resende, M. A. (2019). Incontinência

- urinária: a atuação do profissional de enfermagem. *Revista Eletrônica Acervo Saúde*, (18), e118-e118. <https://doi.org/10.25248/reas.e118.2019>
- Oliveira, L. G. P., Tavares, A. T. D. V. B., Amorim, T. V., Paiva, A. do C. P. C., & Salimena, A. M. O. (2020). Impacto da incontinência urinária na qualidade de vida de mulheres: revisão integrativa da literatura. *Revista Enfermagem UERJ*, 28, e51896. <https://doi.org/10.12957/reuerj.2020.51896>
- Oliveira, S. G. de Battisti, B. Z., Secco, V. L., & Polese, J. C. (2009). Avaliação da qualidade de vida de portadores de incontinência urinária. *Revista Brasileira De Ciências Do Envelhecimento Humano*, 6(1). <https://doi.org/10.5335/rbceh.2012.251>
- Ordem dos Enfermeiros (2013). Guia orientador de boas práticas – Cuidados à pessoa com alterações da mobilidade – posicionamentos, transferências e treino de deambulação. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros. Disponível em [https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/publicacoes/Documents/GOBP\\_Mobilidade\\_VF\\_site.pdf](https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/publicacoes/Documents/GOBP_Mobilidade_VF_site.pdf)
- Ordem dos Enfermeiros (2014). Norma para o cálculo de dotações seguras dos cuidados de enfermagem. [http://www.ordemenfermeiros.pt/legislacao/Documents/LegislacaoOE/PontoQuatro\\_Norma\\_de\\_DotacoesSeguras\\_dos\\_Cuidados\\_de\\_Enfermagem\\_AG\\_30\\_05\\_2014\\_aprovado\\_por\\_maioria\\_proteg.pdf](http://www.ordemenfermeiros.pt/legislacao/Documents/LegislacaoOE/PontoQuatro_Norma_de_DotacoesSeguras_dos_Cuidados_de_Enfermagem_AG_30_05_2014_aprovado_por_maioria_proteg.pdf)
- Ordem dos Enfermeiros (2015a). Padrão Documental dos Cuidados de Enfermagem da Especialidade de Enfermagem de Reabilitação. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros. Disponível em [https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/colegios/Documents/2015/MCEER\\_Assembleia/PadraoDocumental\\_EER.pdf](https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/colegios/Documents/2015/MCEER_Assembleia/PadraoDocumental_EER.pdf)
- Ordem dos Enfermeiros. (2015b). Regulamento do exercício profissional dos enfermeiros: Estatuto da ordem dos enfermeiros. Ordem dos Enfermeiros. [https://www.ordemenfermeiros.pt/media/8594/repe\\_estatuto2016\\_versao03-05-17.pdf](https://www.ordemenfermeiros.pt/media/8594/repe_estatuto2016_versao03-05-17.pdf)
- Ordem dos enfermeiros (2016). Instrumentos de recolha de dados para a documentação dos cuidados especializados em Enfermagem de Reabilitação. Mesa do Colégio da Especialidade de Enfermagem de Reabilitação mandato 2016/2019.

- [https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/colegios/Documents/2017/InstRecolhaDadosDocumentacaoCuidEnfReabilitacao\\_Final\\_2017.pdf](https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/colegios/Documents/2017/InstRecolhaDadosDocumentacaoCuidEnfReabilitacao_Final_2017.pdf)
- Ordem dos Enfermeiros (2018). Guia Orientador de Boa Prática - Reabilitação Respiratória. Cadernos da OE. Série 1. Número 10.
- Organização Mundial de Saúde (2002). Active ageing: a policy framework. World Health Organization. <https://iris.who.int/handle/10665/67215>
- Organização Mundial de Saúde (2024). Mensuração da qualidade de vida. <https://www.who.int/tools/whoqol>
- Organização Mundial de Saúde (2015). *Resumo. Relatório Mundial de Envelhecimento e Saúde*. [https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/186468/WHO\\_FWC\\_ALC\\_15.01por.pdf;sequence=6](https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/186468/WHO_FWC_ALC_15.01por.pdf;sequence=6)
- Organização Mundial de Saúde (2021). Doenças cardiovasculares. [https://www.who.int/health-topics/cardiovascular-diseases/#tab=tab\\_1](https://www.who.int/health-topics/cardiovascular-diseases/#tab=tab_1)
- Paiva, L. L., Rodrigues, M. P., & Bessel, T. (2019). Prevalência de incontinência urinária em idosos no Brasil nos últimos 10 anos: Uma revisão sistemática. *Estudos Interdisciplinares Sobre O Envelhecimento* <https://doi.org/10.22456/2316-2171.97762>
- Pêla, J. (2012). *Quais as intervenções dos Enfermeiros no tratamento/reabilitação das alterações da eliminação vesical dos doentes com AVC*. (Master's Thesis, Escola Superior de Enfermagem de Lisboa). <https://comum.rcaap.pt/bitstream/10400.26/16137/1/Tese%20de%20Mestrado%20Enfermagem%20de%20Reabilitação%20João%20Luís%20Marques%20Pêla.pdf>
- Pereira, V., Polaco, R., Coelho, P. & Morgado, T. (2021). Tradução e adaptação transcultural da Rancho Los Amigos Levels of Cognitive Functioning Scale para português europeu. *Revista Portuguesa de Enfermagem de Reabilitação*, 4(2), 38-46. <https://doi.org/10.33194/rper.2021.174>
- Petronilho, F. & Machado, M. (2016). Teorias de Enfermagem e Autocuidado: Contributos para a Construção do Cuidado de Reabilitação. In Cristina Marques-Vieira e Luís Sousa,

- Cuidados de Enfermagem de Reabilitação à Pessoa ao Longo da Vida.* (pp.3-14). Loures: Lusodidacta
- Petiz, E. M. (2002) A atividade física, equilíbrio e quedas. Um estudo em idosos institucionalizados. Tese de Mestrado, não publicada, Faculdade de Ciências do Desporto e de Educação Física da Universidade do Porto.
- Pintos-Díaz, M. Z., Alonso-Blanco, C., Parás-Bravo, P., Fernández-de-las-Peñas, C., Paz-Zulueta, M., Fradejas-Sastre, V., & Palacios-Ceña, D. (2019). Living with Urinary Incontinence: Potential Risks of Women's Health? A Qualitative Study on the Perspectives of Female Patients Seeking Care for the First Time in a Specialized Center. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 16(19), 3781 <https://doi.org/10.3390/ijerph16193781>
- Pitangui, A. C. R., Silva, R. G. da., & Araújo, R. C. de (2012). Prevalência e impacto da incontinência urinária na qualidade de vida de idosas institucionalizadas. *Revista Brasileira De Geriatria E Gerontologia*, 15(4), 619–626. <https://doi.org/10.1590/S1809-98232012000400002>
- Pires, R., Martins, M. M., Gomes, B., Monteiro, C., & Ribeiro, O. (2019). Intervenção do enfermeiro especialista em reabilitação na mobilidade da pessoa idosa institucionalizada – programa TEIA. *Revista Portuguesa de Enfermagem de Reabilitação*, 2(1), 11-45 <https://doi.org/10.33194/rper.2019.v2.n1.11.4557>
- Pizzol, D., Demurtas, J., Celotto, S., Maggi, S., Smith, L., Angiolelli, G., Trott, M., Yang, L. & Veronese, N. (2020). Incontinência urinária e qualidade de vida: revisão sistemática e metanálise. *Pesquisa clínica e experimental do envelhecimento*, 33(1), 25–35. <https://doi.org/10.1007/s40520-020-01712-y>
- Pordata (2021). *Base de dado Portugal contemporâneo [www.pordata.pt]*. Lisboa: Fundação Francisco Manuel dos Santos. [Dados sobre o índice de envelhecimento em Portugal | Pordata](#)
- Prazeres, V., Ribeiro, C., Marques, G. (2021). Contributo da Enfermagem de Reabilitação nas Unidade de Cuidados Intensivos. *Revista Portuguesa de Enfermagem de Reabilitação*,

4(2). DOI 10.33194/rper.2021.158

- Preda, A., & Moreira, S. (2019). Incontinência Urinária de Esforço e Disfunção Sexual Feminina: O Papel da Reabilitação do Pavimento Pélvico. *Acta Médica Portuguesa*, 32(11) <https://doi.org/10.20344/amp.12012>
- Queirós, P. J., Vidinha, T. S. & Almeida Filho, A. J. (2014). Autocuidado: o contributo teórico de Orem para a disciplina e profissão de Enfermagem. *Revista de Enfermagem Referência*, 4(1), 71-79. <https://doi.org/10.12707/RIV14081>
- Regulamento n.º 392/2019 (2019). Regulamento das Competência Especificas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação. Ordem dos Enfermeiros. Diário a República: II série, n.º 85/2019. <https://dre.pt/dre/detalhe/regulamento/392-2019-122216893>
- Regulamento n.º 140/2019. Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista. Ordem dos Enfermeiros. Diário da República n.º 26/2019, Série II de 2019-02- 06. <https://dre.pt/home/-/dre/119236195/details/maximized>
- Regulamento n.º 743/2019 (2019). Regulamento da Norma para Cálculo de Dotações Seguras dos Cuidados de Enfermagem. Ordem dos Enfermeiros. Diário da República n.º 184/2019, Série II de 2019-09-25, (128-155) <https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/regulamento/743-2019-124981040>
- Ribeiro, O., Moura, M. I. & Ventura, J. (2021). Referenciais teóricos orientadores do exercício profissional dos enfermeiros especialistas em enfermagem de reabilitação. In Olga Ribeiro, *Enfermagem de Reabilitação- Conceções e Práticas*. (pp 48-57). Lidel
- Redol, F. & Rocha, C. (2017). Intervenção de enfermagem com a pessoa com alterações da eliminação vesical e intestinal. In Marques-Vieira C. & Sousa L. (Eds), *Cuidados de enfermagem de reabilitação à pessoa ao longo da vida* (1ª edição, 189-2017). Lusodidacta.
- Reis, R. B., Cologna, A. J., Martins, A. C. P., Paschoalin, E. L., Tucci Jr, S., & Suaid, H. J. (2003). Incontinência urinária no idoso. *Acta Cirurgica Brasileira*, 18(Supl 5), pp.47-51 <https://doi.org/10.1590/S0102-86502003001200018>

- Rosa, C. S., Carvalho, A. G. & Barja, P. R. (2022). Soft Skills: Desenvolvimento das Competências do Enfermeiro na atualidade. *Revista Univap*, 28(57), 1-9. <https://doi.org/10.18066/revistaunivap.v28i57.2592>
- Rovner, E. S., Gomes, C. M., Trigo-Rocha, F. E., Arap, S., & Wein, A. J. (2002). Avaliação e tratamento da bexiga hiperativa. *Revista do Hospital das Clínicas*, 57, 39-48. <https://doi.org/10.1590/S0041-87812002000100007>
- Ruidiaz-Gómez, K. S. & Cacante-Caballero, J. V. (2021). Desarrollo histórico del concepto Calidad de Vida: una revisión de la literatura. *Revista Ciencia Y Cuidado*, 18(3), 86–99. <https://doi.org/10.22463/17949831.2539>
- Ruivo, M. A., Ferrito, C., & Nunes, L. Estudantes do 7o Curso de Licenciatura em Enfermagem. (2010). Metodologia de projecto: colectânia descritiva de etapas. *Percursos*, 1-38.
- Santos, C. (2012). Reeducação Perineoesfincteriana. In M.M. Silva, A. Duarte, J. Galo, N. Domingues (coords). *Enfermagem em Urologia* (pp. 166-170). Lisboa: Lidel
- Schoeller, S. D., Martins, M. M., Faleiros, F. & Ramirez, N. (2021). *Enfermagem de reabilitação*. Thieme Revinter.
- Serviço Nacional de Saúde (2023). Missão e Visão. Consultado em 15 de outubro de 2023. <https://www.ulscb.min-saude.pt/category/institucional/missao/>
- Seidl, E. M. & Zannon, C. M. (2004). Qualidade de vida e saúde: aspectos conceituais e metodológicos. *Cadernos De Saúde Pública*, 20(2), 580–588. <https://doi.org/10.1590/S0102-311X2004000200027>
- Silveira Fonseca, A., de Brito Fidelis dos Santos, C. I., Menezes Novaes, Élide L., & dos Santos Cruz, C. V. (2023). Fisioterapia no tratamento da Incontinência Urinária e prevalência dos impactos negativos na qualidade de vida de idosos na atenção primária. *Revista Multidisciplinar Do Sertão*, 6(S1), S6. <https://doi.org/10.37115/rms.v0i1.652>
- Silva, V. A. da., & D'Elboux, M. J. (2012). Fatores associados à incontinência urinária em idosos com critérios de fragilidade. *Texto & Contexto - Enfermagem*, 21(2), 338–347. <https://doi.org/10.1590/S0104-07072012000200011>

- Silva, E. P. M., Borim, F. S. A., Bianchi, M., Yassuda, M. S., Neri, A. L., & Batistoni, S. S. T. (2022). Incontinência urinária, senso de controle e autonomia, e participação social em idosos residentes na comunidade. *Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia*, 25(5) <https://doi.org/10.1590/1981-22562022025.210207.pt>
- Silva, P. C. & Grilo, E. N. (2018). Reeducação funcional da pessoa com deglutição comprometida: Estudo de Caso. *Revista Portuguesa De Enfermagem De Reabilitação*, 1(2), 49–59. <https://doi.org/10.33194/rper.2018.v1.n2.02.4417>
- Silva, L. A. G. P. D., & Mercês, N. N. A. D. (2018). Estudo de casos múltiplos aplicado na pesquisa de enfermagem: relato de experiência. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 71, 1194-1197. <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2017-0066>
- Sociedade Portuguesa da Pneumologia. 2020. <https://www.sppneumologia.pt/noticias/pneumonia-comum-mata-16-portugueses-por-dia-e-11-mil-europeus-por-mes>
- Sociedade Portuguesa de Medicina Interna .2021. *O AVC é a principal causa de morte e incapacidade em Portugal*. <https://www.spmi.pt/o-avc-e-a-principal-caoa-de-morte-e-incapacidade-em-portugal/>
- Sociedade Europeia de Cardiologia - Recomendações de bolso da ESC: Recomendações de 2021 da ESC para o diagnóstico e tratamento da insuficiência cardíaca aguda e crónica. [https://spc.pt/profissional-de-saude/wp-content/uploads/2023/03/Pockets-insuficiencia-cardiaca-versao-definitiva-6\\_compressed.pdf](https://spc.pt/profissional-de-saude/wp-content/uploads/2023/03/Pockets-insuficiencia-cardiaca-versao-definitiva-6_compressed.pdf)
- Sociedade Portuguesa de Uroginecologia [SPG] (2021). Incontinência Urinária- Dados epidemiológicos. In *Consenso Nacional sobre Uroginecologia 2021*. Secção Portuguesa de Uroginecologia 2ªedição, 11–15. [https://spginecologia.pt/wpcontent/uploads/2021/07/200253\\_Uroginecologia\\_SITE.pdf](https://spginecologia.pt/wpcontent/uploads/2021/07/200253_Uroginecologia_SITE.pdf)
- Sociedad Española de Medicina Interna, Sociedad Española de Medicina de Familia y Comunitaria & Federación de Asociaciones de Enfermería Comunitaria y Atención Primaria. (2013). *Desarrollo de Guías de Práctica Clínica en Pacientes con Comorbilidad y Pluripatología*. Madrid: Multimédica Proyectos, S. L. <https://www.fesemi.org/sites/default/files/documentos/publicaciones/desarrollo-guias-practica-clinica-pacientes->

[comorbilidad-pluripatologia.pdf](#)

- Soler, R., Gomes, C. M., Koyama, M., & Averbeck, M. A. (2017). The prevalence of lower urinary tract symptoms (LUTS) in Brazil: Results from the epidemiology of LUTS (Brazil LUTS) study. *Neurourology and Urodynamics*, 37(4), 1356-1364  
<https://doi.org/10.1002/nau.23446>
- Sousa, H.M.L. (2012). A prática baseada na evidência: Uma metodologia fundamental para os alunos de enfermagem. Universidade Fernando Pessoa. Faculdade de Ciências da Saúde. Licenciatura em Enfermagem.[https://bdigital.ufp.pt/bitstream/10284/2790/3/T\\_18151.pdf](https://bdigital.ufp.pt/bitstream/10284/2790/3/T_18151.pdf)
- Sousa, L., Martins, M. M. & Novo, A. (2020). A Enfermagem de Reabilitação no empoderamento e capacitação da pessoa em processos de transição saúde-doença. *Revista Portuguesa de Enfermagem de Reabilitação*, 3(1), 63-68.
- Souza, T. H. C., Perazzoli, B. L., & Cestari, C. E. (2022). Implicações Anatomofuncionais e Fatores de Riscos Associados à Incontinência Urinária de Esforço na Mulher: Revisão Integrativa. *Revista Ciência E Estudos Acadêmicos De Medicina*, 16(1).  
<https://periodicos.unemat.br/index.php/revistamedicina/article/view/5672>
- Stevens, K. (2011). Eliminação e Continência Urinária. In S.P. Hoeman (coordenador). *Enfermagem de Reabilitação – Prevenção, Intervenção e Resultados Esperados* (pp. 351-385). Loures: Lusodidacta. ISBN: 978-989- 8075-34-4.
- Tamanini, J., et al. (2004). Validação para o português do “International Consultation on Incontinence Questionnaire – Short Form” (ICIQ-SF). *Revista Saúde Pública* 2004;38(3), pp.438-444  
<https://www.scielo.br/j/rsp/a/sJjtsdfRRnmcgBSLB6gGqDx/?format=pdf&lang=pt>
- Valença, M. P., Albuquerque, A. F. L. L., Rocha, G. M. da S., & Aguiar, A. P. D. (2016). Artigo de Revisão - Cuidados de Enfermagem na Incontinência Urinária: um Estudo de Revisão Integrativa. *Estima – Brazilian Journal of Enterostomal Therapy*, 14(1).  
<https://www.revistaestima.com.br/estima/article/view/195>

- Valente, M. G., Freire, A. B., Real, A. A., Pozzebon, N. M., Braz, M. M., & Hommerding, P. X. (2015). Efeitos da ginástica abdominal hipopressiva sobre a musculatura pélvica em mulheres incontinentes. *Cinergis*, 16(4), 237-41. <http://dx.doi.org/10.17058/cinergis.v16i5.6471>
- Velosa, F. D. (2012). Como viver com alterações da eliminação vesical (Doctoral dissertation, [sn]). <https://comum.rcaap.pt/bitstream/10400.26/15803/1/Relatorio%20Estagio%20Fi-lipe%20Velosa.pdf>
- Ventura-Silva, J. M., Martins, M. M., Trindade, L. de L., Ribeiro, O. M. & Cardoso, M. F. (2021). Métodos de trabalho dos enfermeiros em hospitais: scoping review/ Working methods of nurses in hospitals: scoping review/ Métodos de trabajo de las enfermeras en los hospitales: scoping review. *Journal Health NPEPS*, 6(2). <https://periodicos2.unemat.br/index.php/jhnpeps/article/view/5480>
- Ventura, J., Martins, M.M., Trindade, L.L., Ribeiro, O. (2021). Processo de trabalho dos enfermeiros especialistas em enfermagem de reabilitação. In Olga Ribeiro- *Enfermagem de Reabilitação-Conceções e Práticas* (pp.28-33). Lidel
- Venâncio, S. S. (2023). Contributos dos enfermeiros de reabilitação num serviço de medicina interna. *Revista Portuguesa De Enfermagem De Reabilitação*, 6(1), e255. <https://doi.org/10.33194/rper.2023.255>
- Vigia, C., Ferreira, C. & Sousa, L. (2016). Treino de Atividades de Vida Diária. In Cristina Marques-Vieira e Luís Sousa, *Cuidados de Enfermagem de Reabilitação à Pessoa ao Longo da Vida*. (pp. 351-363). Loures: Lusodidacta.
- World Health Organization (2024). Definição de qualidade de vida. <https://www.who.int/tools/whoqol>
- World Health Organization (2017). Integrated care for older people (ICOPE). Guidelines on community-level interventions to manage declines in intrinsic capacity Evidence pro-file: urinary incontinence. <https://www.who.int/publications/i/item/9789241550109>
- World Health Organization. Division of Mental Health and Prevention of Substance Abuse. (1997). *WHOQOL: measuring quality of life*. World Health Organization.

Cuidados de enfermagem de reabilitação à pessoa com incontinência urinária em contexto de doença aguda|

---

<https://iris.who.int/handle/10665/63482>

Yang, M., Yuping, Y., Yin, X., Wang, B.Y., Wu, T., Liu, G.J. & Dong B.R. (2010). *Chest physiotherapy for pneumonia in adults*. Cochrane Database of Systematic Reviews, Issue 2. CD006338.

<https://www.who.int/tools/whoqol>

## **APÊNDICES**

**Apêndice I:** Protocolo de crioterapia

## MESTRADO EM ENFERMAGEM EM ASSOCIAÇÃO



Curso de Mestrado em Enfermagem  
Área de Especialização: Enfermagem de Reabilitação Uni-  
dade Curricular: Estágio em Enfermagem de Reabilitação

### PROTOCOLO - CRIOTERAPIA

Ana Bonito, nº 5896  
Carina Bico nº8709

Junho  
2023

Instituto Politécnico de Portalegre – Escola Superior de Saúde  
Instituto Politécnico de Setúbal – Escola Superior de Saúde  
Universidade de Évora – Escola Superior de Enfermagem São João de Deus  
Instituto Politécnico de Beja – Escola Superior de Saúde  
Instituto Politécnico de Castelo Branco – Escola Superior de Saúde Dr. Lopes Dias

Curso de Mestrado em Enfermagem  
Área de Especialização: Enfermagem de Reabilitação Uni-  
dade Curricular: Estágio em Enfermagem de Reabilitação

Protocolo- Crioterapia

Ana Bonito, nº 5896  
Carina Bico nº8709

Junho  
2023

### **Abreviaturas e símbolos**

**AT-** Artrolpastia

**CNT-** Compressa não tecido

**EEER-** Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação

**LRJ** - Ligadura Robert Jones modificada

**MT-** Malha Tubular

**OE-** Ordem dos Enfermeiros

**PA** - Pano fino de Algodão

## INTRODUÇÃO

A crioterapia é uma intervenção de enfermagem autónoma, que à semelhança de outros procedimentos, não se encontra, muitas vezes, descrita e documentada. Estas intervenções são a maior parte das vezes, sugeridas entre profissionais nas passagens de turno, sem existir uma prescrição ou registo da sua frequência, ficando assim, a sua realização ao critério de cada enfermeiro. A crioterapia “como intervenção autónoma de enfermagem, que necessita de continuidade, vê frequentemente os seus efeitos diluídos pela intermitência da sua realização” (Pereira, 2020:13).

Este documento surge em contexto de Ensino Clínico no serviço de Ortopedia do [REDACTED], no âmbito do VII curso de Mestrado em Enfermagem e Especialização em Enfermagem de Reabilitação, orientado pelos Professores Doutores Eugénia Grilo e Rogério Ferreira, e supervisionados pelos Enfermeiros Especialistas em Enfermagem de Reabilitação Pedro Campos e Manuela Correia. O objetivo principal foi elaborar um protocolo de crioterapia em doentes submetidos a cirurgia orto traumática, de forma a uniformizar esta intervenção, trazendo uma melhoria nos cuidados prestados, e maiores ganhos em saúde.

A crioterapia é uma técnica não farmacológica e de baixo custo, utilizada em contexto pós-operatório de intervenções ortopédicas, com efeitos terapêuticos quer sobre o controlo da dor, quer no controlo hemorrágico, mas também na redução do edema.

Pensamos que um protocolo que uniformize este procedimento seja uma mais valia no serviço de Ortopedia, onde se realizam em grande número Artroplastias, minimizando complicações e riscos.

## **DEFINIÇÃO CRIOTERAPIA**

A crioterapia, ou “terapia por frio”, é aplicação terapêutica de qualquer substância no corpo que resulta em remoção de calor corporal, cujo o objetivo é a diminuição da temperatura dos tecidos (Ferreira & Fernandes, 2012; Branco et al., 2005).

O termo crioterapia é utilizado para descrever a aplicação de modalidades de frio que tem uma variação de temperatura de 0 °C a 18,3 °C. Durante a crioterapia, o calor é retirado do corpo e absorvido pela modalidade de frio, fazendo com que o corpo responda com uma série de respostas locais e sistêmicas. A magnitude desses efeitos está relacionada com a temperatura da modalidade, a duração do tratamento, e a superfície exposta ao tratamento (Starkey, 2001; Freitas & Luzardo, 2013).

A crioterapia pode ser definida como um método de diminuição da temperatura corporal, através da aplicação de gelo. É um tratamento de baixo custo e comumente utilizado nas lesões ortopédicas agudas e não agudas (Leventhal et al., 2010; Silva, 2020)

A crioterapia é uma técnica que utiliza o uso do frio para diminuir o edema e a dor quando um tecido é danificado devido a trauma ou cirurgia (Ribeiro, 2022).

A Ordem dos Enfermeiros define a crioterapia como o uso de uma “substância aplicada ao corpo que remove o calor corporal, diminuindo a temperatura dos tecidos, a mesma é utilizada como intervenção nos contextos de redução da dor, diminuição do edema e redução dos processos inflamatórios, diminuição da espasticidade e potenciação da recuperação pós-exercícios de mobilização articular” (OE, parecer n.º 02/2021). A Crioterapia, “sendo um método não invasivo, constitui uma técnica que o Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação, pode utilizar no âmbito do desenvolvimento da sua intervenção profissional desde que respeite as orientações técnicas dos procedimentos definidos para a sua realização, com a qualidade adequada” (OE, parecer n.º 02/2021).

Neste contexto, a Mesa do Colégio da Especialidade de Enfermagem de Reabilitação considera que a crioterapia, bem como a implementação de dispositivos auxiliares da mobilidade fazem parte dos percursos formativos e são competências e intervenções autónomas dos Enfermeiros Especialistas em Enfermagem de Reabilitação (OE, parecer n.º 02/2021).

## **EFEITOS BIOLÓGICOS DA CRIOTERAPIA**

Nas reações biológicas dos tecidos à diminuição de temperatura são determinantes fatores como o método de aplicação (estático ou dinâmico), a área corporal a tratar, o tempo de aplicação e a qualidade de frio utilizado. O frio produz diversos efeitos biológicos com repercussão terapêutica, designadamente:

- Vasoconstrição, por ação direta na microcirculação e reflexa do sistema nervoso vegetativo. Esta redução do fluxo sanguíneo facilita a hemóstase, limita o processo inflamatório, a exsudação e o aumento da pressão compartimental, contribuindo para a analgesia.

- Diminuição do metabolismo celular ou normalização metabólica em zonas de hiperaquecimento/inflamadas.

- Aumento do limiar de estimulação algica dos recetores periféricos, reduzindo a mensagem aferente e contribuindo dessa forma para a analgesia.

- Libertação de endorfinas, com efeito analgésico.

- Bloqueio medular, com priorização da via rápida; estimulação direta das vias mais mielinizadas e de maior calibre, contribuindo para a analgesia.

- Redução da atividade enzimática, nomeadamente da colagenase, aumentando a rigidez do tecido fibroso com colagénio (Branco et.al.,2005).

Segundo Branco et al (2005) com a exposição prolongada ao frio podem ocorrer os seguintes efeitos:

- Vasodilatação, com paralisia vasomotora, com aumento do fluxo sanguíneo em aplicações estáticas prolongadas ou dinâmicas. Esta hiperémia faz aumentar os mecanismos de defesa humorais e celulares, remoção de exsudados e produtos necróticos, contribuindo para o trofismo e regeneração tecidual. Pode agravar síndromes inflamatórias.
- Lentificação da condução neuronal das fibras gama e diminuição da excitabilidade do fuso neuromuscular ao estiramento, reduzindo o tónus e a espasticidade muscular; este efeito é particularmente prolongado porque a camada de tecido adiposo retarda o aquecimento do

músculo.

- A aplicação estática do frio induz um arrefecimento progressivo dos tecidos, desde a superfície até à profundidade. O arrefecimento dos tecidos profundos, fenómeno mais durável do que o aquecimento, ocorre pela vasoconstrição dos tecidos profundos e isolamento térmico por parte do tecido adiposo, que impede o reaquecimento rápido. Após 20 minutos de aplicação de frio, a temperatura no tecido cutâneo diminui 3,8 °C e no subcutâneo a 1 cm de profundidade 2,5 °C. Este efeito obtém-se por vasoconstrição, com desvio do fluxo sanguíneo para tecidos mais profundos (mais de 2 cm abaixo da superfície), cuja temperatura permanece inalterada. Com a retirada da fonte de frio, os tecidos superficiais iniciam uma sequência de trocas hemodinâmicas com os tecidos mais profundos, que atuam como fonte de calor. Desta forma, ocorre um decréscimo da temperatura dos tecidos profundos, após a cessação da aplicação do frio, à medida que os tecidos superficiais vão aquecendo. Estas trocas hemodinâmicas contribuem para a redução da dor e do edema, ao promover a remoção de fluidos e metabólitos acumulados nos tecidos (p.14-15).

## INDICAÇÕES E MODOS DE APLICAÇÃO

A crioterapia envolve a aplicação de frio na pele ao redor dos tecidos moles que sofreram algum tipo de lesão e na cirurgia articular, causando uma redução na temperatura intra-articular, reduzindo o fluxo sanguíneo local, devido a vasoconstrição e, portanto, a reação inflamatória local, o inchaço e, a sensação de calor (Silva, 2020). Ao atrasar a condução de sinais nervosos, reduz também a transmissão de dor.

Alguns autores dividem os métodos de aplicação de crioterapia em três grupos. O primeiro resume-se à aplicação de gelo e placas de gel crio preservadas, um segundo grupo que implica dispositivos que induzem a circulação de água gelada dentro de mangas compressivas em torno da articulação e, por fim, uma terceira que implica o controlo e manutenção de temperatura constante com sistemas computadorizados de monitorização conectados a mangas compressivas (Pereira, 2020).

Segundo Pereira (2020), a crioterapia está indicada em várias condições clínicas como por exemplo, no controlo da inflamação aguda e na recuperação depois de um traumatismo, na diminuição da inflamação secundária a lesões músculo-esqueléticas e intervenções cirúrgicas e, a doenças inflamatórias crónicas. Reduz também a intensidade de mialgias de começo tardio, e a hemorragia após um traumatismo. A crioterapia controla o edema associado á inflamação aguda, quando associada ao repouso, compressão e elevação do membro afetado, controla a dor, modifica a espasticidade, diminui o metabolismo celular e, é ainda usada em criocinética e crioalongamento (Pereira,2020).

Em contexto do Ensino Clínico, e na área de Orto traumatologia, a Crioterapia tem como principais efeitos terapêuticos controlo da dor, edema e hemorragia (Pereira,2020).

### **Controlo da Dor**

Uma das implicações mais relevantes da crioterapia no período pós-operatório é o controlo da dor. “A relação entre a diminuição da dor e a temperatura no local da agressão prende-se com a redução da velocidade de transmissão do sinal através do sistema nervoso periférico, o que reduz o número e intensidade dos impulsos transmitidos ao sistema nervoso central. Este efeito induz um

limiar de dor superior e, conseqüentemente, maior tolerância à dor por parte do paciente” (Pereira,2020, p.21).

O uso da crioterapia apresenta-se como uma medida complementar do controlo da dor, com a adição a outros métodos analgésicos (Pereira,2020).

### **Controlo Hemorrágico**

O mecanismo através do qual a crioterapia previne a perda sanguínea assenta na vasoconstricção periférica provocada pela diminuição da temperatura local. A Artroplastia é uma cirurgia geralmente agressiva, no que concerne a perdas sanguínea, contudo, existem já diversas abordagens de controlo hemorrágico, quer no pré-operatório, quer no intraoperatório (Pereira,2020).

### **Prevenção do Edema**

A capacidade de mobilização do joelho no período pós-operatório tem uma relação próxima com a intensidade do edema gerado pela cirurgia, segundo vária literatura. “As perdas sanguíneas insensíveis por todo o tecido peri articular exercem uma função potenciadora do edema. Pelas razões anteriormente mencionadas, o uso da crioterapia no pós-operatório tem a intenção de reduzir o processo inflamatório” (Pereira,2020, p.28).

## PRECAUÇÕES E CONTRAINDICAÇÕES

Existem diversos fatores que influenciam a transferência de calor e a modalidade de crioterapia, entre eles: diferença entre a temperatura corporal e a modalidade de crioterapia; dimensões da modalidade de crioterapia (tamanho da área de contacto); superfície corporal em contacto com a modalidade de crioterapia; localização anatómica (tecido adiposo subcutâneo e massa muscular; capacidade de armazenamento do calor da modalidade de crioterapia ; capacidade térmica da modalidade da crioterapia ; entalpia de fusão ; duração da aplicação; a interface ; a variabilidade individual e a crioterapia com compressão (Ribeiro,2020).

Na nossa prática de enfermagem diária, os aspetos que consideramos mais relevantes à aplicação da crioterapia são a duração da aplicação, a sua frequência, bem como, as interfaces disponíveis e as mais utilizadas.

No que diz respeito à duração, “quanto mais prolongada for a crioterapia, maior é o tempo disponível para a troca de energia térmica” (Ribeiro,2022, p.11). Assim, com períodos prolongados de crioterapia obtêm-se temperaturas corporais mais baixas. Para isto acontecer, a modalidade de crioterapia tem que ter capacidade térmica necessária para estabelecer este equilíbrio. O tempo de aplicação pode variar de 15 a 30 minutos dependendo da situação e da técnica utilizada (Silva et al,2021).

“A aplicação da crioterapia pode ser feita por contacto direto com bolsas de gelo (natural ou químico), bolsas de frio, bolsas com gelo picado, sprays a vapor e outros tipos de aparelhos mais sofisticados” (Silva, 2020, p.9). O uso do spray é usado para lesões mais superficiais e de curta duração. No caso de existir uma lesão mais profunda o tratamento com crioterapia terá que ser mais prolongado, utilizando “o contacto direto no tecido por 20 a 30 minutos, respeitando um intervalo de aplicação a cada duas horas na fase aguda” (Silva, 2020, p.9).

A crioterapia tem efeitos clínicos positivos significativos, contudo não está totalmente isenta de perigos, sabe-se que a queimadura por frio ocorre a temperaturas cutâneas inferiores a 10°C e que o arrefecimento prolongado inferior a 5°C pode induzir necrose celular e trombose” (Thacoor e Sandifor, 2019). As contra-indicações para o uso da crioterapia são as seguintes: doença de

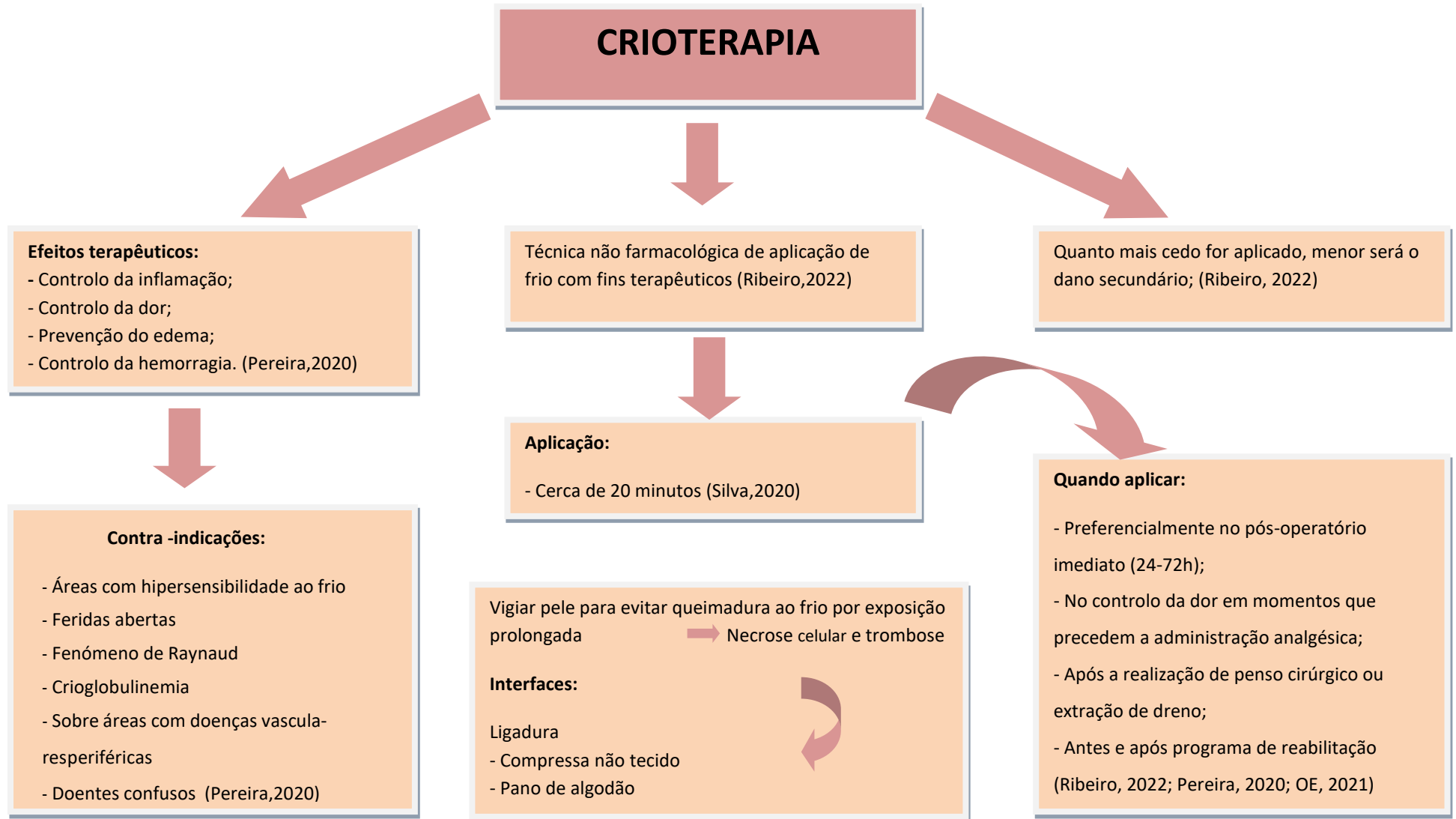
Raynaud, crioglobulinemia, flebite, trombose venosa profunda dos membros inferiores, tromboembolismo pulmonar, urticária ao frio, crio-hemoglobinúria, hipersensibilidade ao frio, intolerância ao frio e vasculopatia periférica (Pereira, 2020).

### **Interfaces**

A interface na crioterapia é o material que fica entre a modalidade de crioterapia e a pele, com o intuito de evitar queimaduras pelo frio (Ribeiro, 2022). A presença ou a ausência de interface na crioterapia, bem como as suas características influenciam o arrefecimento corporal, ou seja, interfaces de grande espessura ou com pouca condutibilidade térmica, irão funcionar como obstáculo à passagem do calor corporal comprometendo o arrefecimento. (Ribeiro, 2022).

O apósito colocado entre a ferida operatória e a modalidade de crioterapia, será a primeira interface. De forma a evitar e minimizar os efeitos secundários da crioterapia no tecido tegumentar, nomeadamente as queimaduras pelo frio, são muitas vezes utilizados outros dispositivos entre a primeira interface e o apósito clínico, como por exemplo, compressas, ligaduras, panos, toalhas, etc. (segunda interface).

Segundo Ribeiro, e o estudo que realizou do efeito da crioterapia sobre a temperatura superficial cutânea do joelho da pessoa submetida a Artroplastia Total, as interfaces mais utilizadas em hospitais e serviços de Ortopedia em Portugal, são ligadura Robert Jones modificada (LRJ), malha tubular (MT), pano fino de algodão tipo fronha da almofada (PA) e a compressa não tecido 15X20cm desdobrada (CNT) (Ribeiro, 2020). Este mesmo estudo, refere ainda que a crioterapia aplicada com saco de gelo no joelho submetido a Artroplastia total sobre LRJ no pós-operatório não tem nenhum efeito terapêutico (Ribeiro, 2020). Este resultado tem extrema importância, na prática de enfermagem, uma vez que, “os efeitos da crioterapia na pessoa com o joelho submetido a AT (menos a dor), estão afetos aos três dias de pós-operatório, onde a interface mais utilizada é a LRJ” (Ribeiro, 2020, p.153). Pensamos ser importante repensar esta prática de enfermagem, nomeadamente na modalidade de crioterapia aplicada e as interfaces disponíveis.



## CONCLUSÃO

A realização deste trabalho e a revisão de literatura efetuada permitiu-nos entender que a modalidade de crioterapia é uma intervenção autónoma utilizada quer de forma profissional, quer em casa por qualquer cidadão comum. Dentro do meio hospitalar é usada com conhecimentos científicos e efeitos terapêuticos estudados, contudo, não é um procedimento uniformizado, o que nos levou à elaboração deste protocolo.

A crioterapia tem efeitos benéficos em doentes submetidos a cirurgia orto traumática, contudo, é um tema envolto em controvérsia, no que diz respeito a resultados significativos na área de investigação, com vários relatos da sua pouca evidência científica.

A sua modalidade e eficácia está dependente de vários fatores, como, as interfaces utilizadas, o modo de aplicação e a sua frequência.

No serviço de Ortopedia onde decorreu o Ensino Clínico, não existe uma máquina de gelo, existem apenas as comuns placas de gel, que têm de ser reutilizadas de doente para doente, o que em termos de controlo de infeção hospitalar nunca será o ideal. A existência deste tipo de equipamento seria de extrema importância num serviço onde se realizam cirurgias traumáticas, com uma acessibilidade mais rápida e conseqüentemente maior eficiência da aplicação da crioterapia. A existência de modalidades de crioterapia de segunda geração, como dispositivos de fluxo contínuo de frio em que é controlada a temperatura, também seriam uma mais valia, contudo, pensamos serem de difícil acesso relativamente à crioterapia de primeira geração.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Branco, P.S., Martelo, D., Constantino, H., Lopes, M., José, R., Tomás, R. & Carvalho, T. (2005). *Tema de reabilitação agentes físicos: Crioterapia, Termoterapia, Diatermoterapia, Electroterapia*. Medesign- Edições e Design de Comunicação, Lda.
- Ferreira, A.A.S., & Fernandes, D.S.S.L. (2012). Influência da crioterapia e do calor ultrassónico na paralisia cerebral: Relato de caso. *Revista Neurocienc*, 20 (4),552- 9. <https://doi.org/10.4181/RNC.2012.20.710.8>
- Freitas, C., & Luzardo, R. (2013). Crioterapia: efeitos sobre as lesões musculares. *Revista Epist Transversalis*, 4(1), 1-7.
- Leventhal, L., Bianchi, R., Oliveira, S. (2010). Ensaio clínico comparando três modalidades de crioterapia em mulheres não grávidas. *Revista Esc Enferm USP*. 44(2), 339-45. <https://doi.org/10.1590/S0080-62342010000200014>
- Ordem dos Enfermeiros [OE] (2021). Autonomia do Enfermeiro Especialista de Enfermagem de Reabilitação para a realização de Termoterapia, Crioterapia e Implementação de Dispositivos Auxiliares da Mobilidade. Parecer da Mesa do Colégio da Especialidade de Reabilitação nº02/2021, 1-3. [https://www.ordemenfermeiros.pt/media/21926/parecermceer\\_022021\\_autonomia\\_eerrealiztermoterapiacrioterapiaimpledisposauxmobilidade.pdf](https://www.ordemenfermeiros.pt/media/21926/parecermceer_022021_autonomia_eerrealiztermoterapiacrioterapiaimpledisposauxmobilidade.pdf)
- Pereira, H. (2020). A Crioterapia na Artroplastia Total do Joelho. Dissertação de Mestrado em Enfermagem médico-cirúrgica. Instituto Politécnico de Viana do Castelo. [http://repositorio.ipv.pt/bitstream/20.500.11960/2512/1/Hugo\\_Pereira.pdf](http://repositorio.ipv.pt/bitstream/20.500.11960/2512/1/Hugo_Pereira.pdf)
- Ribeiro, V. (2022). Efeito da Crioterapia sobre a temperatura superficial cutânea do joelho da pessoa submetida a Artroplastia total. Dissertação de Mestrado em Enfermagem. Universidade do Minho-Escola Superior de Enfermagem. <https://repositorium.sdum.uminho.pt/bitstream/1822/81383/1/Vasco%20Aurelio%20Machado%20Ribeiro.pdf>

Rosa, C. G. S., Silva, N., & Gomes, V. A. (2021). Os Efeitos da Crioterapia no tratamento fisioterapêutico das Lesões Musculares. *Singular. Saúde e Biológicas*, 1(2), 18-22. <https://doi.org/10.33911/singularsb.v1i2.118>

SILVA, J. L. (2020). Crioterapia nas lesões ortopédicas. *Revista Científica Multidisciplinar Núcleo do Conhecimento*, 8, 93-106. <https://www.nucleodoconhecimento.com.br/saude/crioterapia>

Starkey, C. (2001). *Recursos Terapêuticos em Fisioterapia (2.ed.)*. Editora Manole.

Thacoor, A., & Sandiford, N. A. (2019). Cryotherapy following total knee arthroplasty: What is the evidence?. *Journal of orthopaedic surgery (Hong Kong)*, 27(1), 2309499019832752. <https://doi.org/10.1177/2309499019832752>

## **ANEXOS**

**Anexo I: Índice de Barthel**

|   |                             |
|---|-----------------------------|
| <b>1. Alimentação</b>   |                             |
| Independente .....  | <input type="checkbox"/> 10 |
| Precisa de alguma ajuda (por exemplo para cortar os alimentos) .....                            | <input type="checkbox"/> 5  |
| Dependente .....  | <input type="checkbox"/> 0  |
| <b>2. Transferências</b>  |                             |
| Independente .....  | <input type="checkbox"/> 15 |
| Precisa de alguma ajuda .....   | <input type="checkbox"/> 10 |
| Necessita de ajuda de outra pessoa, mas não consegue sentar-se .....                            | <input type="checkbox"/> 5  |
| Dependente, não tem equilíbrio sentado .....  | <input type="checkbox"/> 0  |
| <b>3. Toalete</b>   |                             |
| Independente a fazer a barba, lavar a cara, lavar os dentes .....                               | <input type="checkbox"/> 5  |
| Dependente, necessita de alguma ajuda .....   | <input type="checkbox"/> 0  |
| <b>4. Utilização do WC</b>  |                             |
| Independente .....  | <input type="checkbox"/> 10 |
| Precisa de alguma ajuda .....   | <input type="checkbox"/> 5  |
| Dependente .....  | <input type="checkbox"/> 0  |
| <b>5. Banho</b>   |                             |
| Toma banho só (entra e sai do duche ou banheira sem ajuda) .....                                | <input type="checkbox"/> 5  |
| Dependente, necessita de alguma ajuda .....   | <input type="checkbox"/> 0  |
| <b>6. Mobilidade</b>  |                             |
| Caminha 50 metros, sem ajuda ou supervisão (pode usar ortóteses) .....                          | <input type="checkbox"/> 15 |
| Caminha menos de 50 metros, com pouca ajuda .....   | <input type="checkbox"/> 10 |
| Independente, em cadeira de rodas, pelo menos 50 metros, incluindo esquinas .....               | <input type="checkbox"/> 5  |
| Imóvel .....  | <input type="checkbox"/> 0  |
| <b>7. Subir e Descer Escadas</b>  |                             |
| Independente, com ou sem ajudas técnicas .....  | <input type="checkbox"/> 10 |
| Precisa de ajuda .....  | <input type="checkbox"/> 5  |
| Dependente .....  | <input type="checkbox"/> 0  |
| <b>8. Vestir</b>  |                             |
| Independente .....  | <input type="checkbox"/> 10 |
| Com ajuda .....   | <input type="checkbox"/> 5  |
| Impossível .....  | <input type="checkbox"/> 0  |
| <b>9. Controlo Intestinal</b>   |                             |
| Controla perfeitamente, sem acidentes, podendo fazer uso de supositório ou similar .....        | <input type="checkbox"/> 10 |
| Acidente ocasional .....  | <input type="checkbox"/> 5  |
| Incontinente ou precisa de uso de clisteres .....   | <input type="checkbox"/> 0  |
| <b>10. Controlo Urinário</b>  |                             |
| Controla perfeitamente, mesmo algaliado desde que seja capaz de manejar a algália sozinho ..... | <input type="checkbox"/> 10 |
| Acidente ocasional (máximo uma vez por semana) .....  | <input type="checkbox"/> 5  |
| Incontinente, ou algaliado sendo incapaz de manejar a algália sozinho .....                     | <input type="checkbox"/> 0  |
| <b>TOTAL</b>  |                             |
|   |                             |

Fonte: Direção Geral da Saúde (2011)

**Anexo II:** Medical Research Council Muscle Scale

| Força | Descrição  |
|-------|--|
| 5/5   | Movimento normal contra a gravidade e resistência.                           |
| 4/5   | Raio de movimento completo contra a resistência moderada e contra gravidade. |
| 3/5   | Raio de movimento completo apenas contra gravidade.                          |
| 2/5   | Movimento das extremidades mas não contra a gravidade.                       |
| 1/5   | Contração muscular palpável e/ou visível sem movimento.                      |
| 0/5   | Sem contração muscular e sem movimento                                       |

**Adaptado de:** Menoita et al. (2012)

**Anexo III: Índice de Tinetti**

(PERFORMANCE-ORIENTED ASSESSMENT OF MOBILITY I – BALANCE)  
AVALIAÇÃO DA MOBILIDADE E EQUILIBRIO ESTÁTICO E DINÂMICO  
TESTE DE TINETTI – Versão portuguesa

**EQUILÍBRIO:**

**1. EQUILÍBRIO SENTADO**

0 – inclina – se ou desliza na cadeira

1 – inclina-se ligeiramente ou aumenta a distância das nádegas ao encosto da cadeira

2 – estável, seguro

**2. LEVANTAR –SE**

0 – incapaz sem ajuda ou perde o equilíbrio

1 – capaz, mas utiliza os braços para ajudar ou faz excessiva flexão do tronco ou não consegue à 1ª tentativa

2 – capaz na 1ª tentativa sem usar os braços

**3. EQUILIBRIO IMEDIATO (primeiros 5 segundos)**

0 – instável (cambaleante, move os pés, marcadas oscilações do tronco, tenta agarrar algo para suportar- se)

1 – estável, mas utiliza auxiliar de marcha para suportar-se

2 – estável sem qualquer tipo de ajudas

**4. EQUILIBRIO EM PÉ COM OS PÉS PARALELOS**

0 – instável

1 – estável mas alargando a base de sustentação (calcanhares afastados > 10 cm) ou recorrendo a auxiliar de marcha para apoio

2 – pés próximos e sem ajudas

**5. PEQUENOS DESIQUILÍBRIOS NA MESMA POSIÇÃO (sujeito de pé com os pés**

próximos, o observador empurra-o levemente com a palma da mão, 3 vezes ao nível do esterno)

0 – começa a cair

1 – vacilante, agarra-se, mas estabiliza

2 – estável

**6. FECHAR OS OLHOS NA MESMA POSIÇÃO**

0 – instável

1 – estável

**7. VOLTA DE 360° ( 2 vezes)**

0 – instável (agarra – se, vacila)

1 – estável, mas dá passos descontínuos

2 – estável e passos contínuos

**8. APOIO UNIPODAL (aguenta pelo menos 5 segundos de forma estável)**

0 – não consegue ou tenta segurar-se a qualquer objecto

1 – aguenta 5 segundos de forma estável

**9. SENTAR-SE**

0 – pouco seguro ou cai na cadeira ou calcula mal a distância

1 – usa os braços ou movimento não harmonioso

2 – seguro, movimento harmonioso

**Pontuação: \_\_\_ / 16**

### **MARCHA**

**Instruções:** O sujeito faz um percurso de 3m, na sua passada normal e volta com passos mais rápidos até à cadeira. Deverá utilizar os seus auxiliares de marcha habituais.

**10. INÍCIO DA MARCHA** (imediatamente após o sinal de partida)

- 0 – hesitação ou múltiplas tentativas para iniciar
- 1 – sem hesitação

**11. LARGURA DO PASSO** (pé direito)

- 0 – não ultrapassa à frente do pé em apoio
- 1 – ultrapassa o pé esquerdo em apoio

**12. ALTURA DO PASSO** (pé direito)

- 0 – o pé direito não perde completamente o contacto com o solo
- 1 – o pé direito eleva-se completamente do solo

**13. LARGURA DO PASSO** (pé esquerdo)

- 0 – não ultrapassa à frente do pé em apoio
- 1 – ultrapassa o pé direito em apoio

**14. ALTURA DO PASSO** (pé esquerdo)

- 0 – o pé esquerdo não perde totalmente o contacto com o solo
- 1 – o pé esquerdo eleva-se totalmente do solo

**15. SIMETRIA DO PASSO**

- 0 – comprimento do passo aparentemente assimétrico
- 1 – comprimento do passo aparentemente simétrico

**16. CONTINUIDADE DO PASSO**

- 0 – pára ou dá passos descontínuos
- 1 – passos contínuos

**17. PERCURSO DE 3m** (previamente marcado)

- 0 – desvia-se da linha marcada
- 1 – desvia-se ligeiramente ou utiliza auxiliar de marcha
- 2 – sem desvios e sem ajudas

**18. ESTABILIDADE DO TRONCO**

- 0 – nitida oscilação ou utiliza auxiliar de marcha
- 1 – sem oscilação mas com flexão dos joelhos ou coluna ou afasta os braços do tronco enquanto caminha
- 2 – sem oscilação, sem flexão, não utiliza os braços, nem auxiliares de marcha

**19. BASE DE SUSTENTAÇÃO DURANTE A MARCHA**

- 0 – calcanhares muito afastados
- 1 – calcanhares próximos, quase se tocam

**Pontuação:** \_\_\_\_ / 12

**Pontuação total:** \_\_\_\_ / 28

**Indicadores de risco de quedas:**

≤18 Alto

19-23 Moderado

≥24 Baixo

**Adaptado de:** Mary E. Tinetti, Yale School of Medicine

**Anexo IV:** Escala Rancho de los Amigos

| <b>Nível</b> | <b>Comportamento</b>          | <b>Descrição</b>  |
|--------------|-------------------------------|---|
| <b>I</b>     | <b>SEM RESPOSTA</b>           | Ausência de resposta do doente a qualquer estímulo  |
| <b>II</b>    | <b>RESPOSTA GENERALIZADA</b>  | Reação inconsistente e inapropriada do doente a estimulação não específica  |
| <b>III</b>   | <b>RESPOSTA LOCALIZADA</b>    | Resposta específica, mas não consistente, do doente a estímulos   |
| <b>IV</b>    | <b>CONFUSO-AGITADO</b>        | Doente hiperativo com redução grave da capacidade de processamento da informação  |
| <b>V</b>     | <b>CONFUSO-DESPROPOSITADO</b> | Doente aparentemente alerta, não consegue responder a instruções simples de modo bastante razoável  |
| <b>VI</b>    | <b>CONFUSO-APROPRIADO</b>     | Doente evidencia comportamento dirigido, mas dependente da informação externa para orientação   |
| <b>VII</b>   | <b>AUTOMÁTICO-APROPRIADO</b>  | Doente aparentemente apropriado e orientado no hospital e no domicílio, cumpre automaticamente a rotina diária, com confusão mínima, ou nenhuma, e recorda-se vagamente das ações |
| <b>VIII</b>  | <b>PROPOSITADO-APROPRIADO</b> | Doente alerta e orientado, capaz de recordar acontecimentos passados e presentes, estando consciente e evidenciando comportamento adaptado  |

**Adaptado:** Hoeman (2011)

**Anexo V:** Questionário International Consultation on Incontinence Questionnaire - Short Form [ICIQ-SF]

| <b>ICIQ - SF</b>  |   | <b>X</b>                   |   |   |   |   |   |   |   |                 |
|---|---|----------------------------|---|---|---|---|---|---|---|-----------------|
| Nome do Paciente: _____ Data de Hoje: ____/____/____  |   |                            |   |   |   |   |   |   |   |                 |
| Muitas pessoas perdem urina alguma vez. Estamos tentando descobrir quantas pessoas perdem urina e o quanto isso as aborrece. Ficaríamos agradecidos se você pudesse nos responder às seguintes perguntas, pensando em como você tem passado, em média nas ÚLTIMAS QUATRO SEMANAS. |   |                            |   |   |   |   |   |   |   |                 |
| 1. Data de Nascimento: ____/____/____ ( Dia / Mês / Ano )   |   |                            |   |   |   |   |   |   |   |                 |
| 2. Sexo: Feminino <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/>   |   |                            |   |   |   |   |   |   |   |                 |
| 3. Com que freqüência voce perde urina? (assinale uma resposta)   |   |                            |   |   |   |   |   |   |   |                 |
|   | Nunca   | <input type="checkbox"/> 0 |   |   |   |   |   |   |   |                 |
|   | Uma vez por semana ou menos                         | <input type="checkbox"/> 1 |   |   |   |   |   |   |   |                 |
|   | Duas ou três vezes por semana                       | <input type="checkbox"/> 2 |   |   |   |   |   |   |   |                 |
|   | Uma vez ao dia                                      | <input type="checkbox"/> 3 |   |   |   |   |   |   |   |                 |
|   | Diversas vezes ao dia                               | <input type="checkbox"/> 4 |   |   |   |   |   |   |   |                 |
|   | O tempo todo  | <input type="checkbox"/> 5 |   |   |   |   |   |   |   |                 |
| 4. Gostaríamos de saber a quantidade de urina que você pensa que perde (assinale uma resposta)  |   |                            |   |   |   |   |   |   |   |                 |
|   | Nenhuma   | <input type="checkbox"/> 0 |   |   |   |   |   |   |   |                 |
|   | Uma pequena quantidade                              | <input type="checkbox"/> 2 |   |   |   |   |   |   |   |                 |
|   | Uma moderada quantidade                             | <input type="checkbox"/> 4 |   |   |   |   |   |   |   |                 |
|   | Uma grande quantidade                               | <input type="checkbox"/> 6 |   |   |   |   |   |   |   |                 |
| 5. Em geral quanto que perder urina interfere em sua vida diária? Por favor, circule um número entre 0 (não interfere) e 10 (interfere muito)   |   |                            |   |   |   |   |   |   |   |                 |
| 0   | 1   | 2                          | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10              |
| Não interfere   |   |                            |   |   |   |   |   |   |   | Interfere muito |
| ICIQ Score: soma dos resultados 3 + 4 + 5 = _____   |   |                            |   |   |   |   |   |   |   |                 |
| 6. Quando você perde urina?<br>(Por favor assinale todas as alternativas que se aplicam a você)   |   |                            |   |   |   |   |   |   |   |                 |
|   | Nunca   | <input type="checkbox"/>   |   |   |   |   |   |   |   |                 |
|   | Perco antes de chegar ao banheiro                   | <input type="checkbox"/>   |   |   |   |   |   |   |   |                 |
|   | Perco quando tusso ou espiro                        | <input type="checkbox"/>   |   |   |   |   |   |   |   |                 |
|   | Perco quando estou dormindo                         | <input type="checkbox"/>   |   |   |   |   |   |   |   |                 |
|   | Perco quando estou fazendo atividades físicas       | <input type="checkbox"/>   |   |   |   |   |   |   |   |                 |
|   | Perco quando terminei de urinar e estou me vestindo | <input type="checkbox"/>   |   |   |   |   |   |   |   |                 |
|   | Perco sem razão óbvia                               | <input type="checkbox"/>   |   |   |   |   |   |   |   |                 |
|   | Perco o tempo todo                                  | <input type="checkbox"/>   |   |   |   |   |   |   |   |                 |

Fonte: Tamanini et al. (2004)

**Anexo VI: Declaração de Consentimento Informado, Livre e Esclarecido**

### **Declaração de Consentimento Informado, Livre e Esclarecido**

Eu, Ana Isabel Tapadinhas Bonito, estudante do VI Curso de Mestrado de Enfermagem em Associação, na área de Especialização de Enfermagem de Reabilitação, estou a implementar um projeto de intervenção que visa a realização de um programa de reabilitação funcional motora para o autocontrolo urinário. Venho por este meio pedir-lhe o consentimento para incluir a sua participação no meu trabalho. Comprometo-me que toda a informação recolhida será exclusivamente utilizada para este trabalho e respetivas divulgações e será garantido o anonimato não havendo a identificação de nenhum dos participantes. Informo também que a qualquer momento pode desistir da sua participação, sem necessidade de apresentar qualquer justificação e que a sua decisão não lhe trará qualquer consequência.

Seguidamente são apresentadas as características gerais do projeto a implementar, não hesite em pedir esclarecimentos.

**Enquadramento:** Projeto de intervenção realizado no âmbito do Curso de Mestrado em Enfermagem, a decorrer na Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Portalegre, sob a orientação da Professora Doutora Eugénia Nunes Grilo.

**Título:** Cuidados de Enfermagem de Reabilitação a pessoas com alteração da continência urinária em contexto de doença aguda.

**Objetivos:** Avaliar o contributo de um programa de reabilitação na pessoa com alteração da continência urinária.

**Intervenções:** Implementar exercícios e intervenções que contribuam para o controlo urinário.

**Riscos graves e riscos frequentes:** Este estudo não lhe acarretará nenhuma despesa ou risco.

Agradeço a sua disponibilidade para a participação neste projeto, contribuindo para o desenvolvimento do conhecimento científico.

**Investigador:** Ana Isabel Tapadinhas Bonito

**Contacto institucional:** 5896@ippportalegre.pt

Cuidados de Enfermagem de Reabilitação à pessoa com incontinência urinária em contexto de doença aguda|

---

**Declaração de Consentimento Informado, Livre e Esclarecido**

Por favor leia e assinale com uma cruz (X) os quadrados seguintes:

1. Eu confirmo que percebi a informação que me foi dada e tive a oportunidade de questionar e de me esclarecer.
2. Eu percebo que a minha participação é voluntária e que sou livre de desistir, em qualquer altura, sem dar nenhuma explicação.
3. Eu compreendo que os dados recolhidos durante a investigação são confidenciais e que só o investigador tem acesso a eles. Portanto, dou autorização para que este tenha acesso a esses dados.
4. Eu compreendo que os resultados do estudo podem ser publicados em Revistas Científicas e usados noutras investigações, sem que haja qualquer quebra de confidencialidade. Portanto, autorizo a utilização dos dados para esses fins.
5. Eu concordo em participar no estudo.
6. Eu autorizo a consulta do meu processo clínico, no sentido de obter dados para o projeto em questão.

Nome legível do Investigador principal: Ana Isabel Tapadinhas Bonito

Data \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_\_\_

Assinatura do investigador

\_\_\_\_\_

Nome legível: \_\_\_\_\_

Data \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_\_\_

Assinatura

\_\_\_\_\_

Nota: Este documento é feito em duas vias, uma para o investigador principal outra para ficar na posse de quem consente

**Anexo VII:** Certificado Da Sessão de formação sobre “SCLINIC”



## FORMAÇÃO EM SERVIÇO

Certifica-se que

**Ana Isabel Tapadinhas**

Participou na Ação de Formação

**Sclicnic**

que decorreu no CRI-Medicina Interna no dia 26 de Outubro de 2023 com a duração total de 2 horas

**Outorgado por**

Unidade Local de Saúde de [REDACTED]

Serviço de Investigação, Formação e Ensino  
ULS de [REDACTED], EPE

**Anexo VIII:** Certificado Da Sessão de formação sobre “Infeções hospitalares- Treino de práticas seguras”



**Anexo IX:** Artigo científico



Journal of  
***Functional Morphology  
and Kinesiology***

an Open Access Journal by MDPI



## **The Perspective of Rehabilitation Nurses on Physical Exercise in the Rehabilitation of Older People in the Community: A Qualitative Study**

Rogério Ferreira; Nuno Fernandes; Carina Bico; Ana Bonito; Cláudia Moura; Luís Sousa; Cristina Lavareda Baixinho; César Fonseca

*J. Funct. Morphol. Kinesiol.* 2023, Volume 8, Issue 4, 163

**Anexo X:** Scoping Review

## CUIDADOS DE ENFERMAGEM DE REABILITAÇÃO À PESSOA COM INCONTINÊNCIA URINÁRIA EM CONTEXTO DE DOENÇA AGUDA: UMA SCOPING REVIEW

### RESUMO

**Objetivo:** mapear a evidência científica existente sobre as intervenções de reabilitação promotoras da continência urinária em pessoas adultas e idosas, em contexto de doença aguda.

**Introdução:** A incontinência urinária é considerada uma perda involuntária de urina, havendo uma incapacidade de controlo do esfíncter uretral que se pode manifestar por perdas temporárias ou micção total incompleta. A idade, as doenças crónicas e alguns medicamentos podem ser associados à prevalência da incontinência urinária e a uma menor qualidade de vida e programas de intervenção adequados têm sido referidos como benéficos no controlo deste problema.

**Métodos:** Revisão do tipo scoping, a partir do modelo do Joanna Briggs Institute. Os artigos foram pesquisados nos motores de busca da Biblioteca Online, EBSCOhost (CINAHL e MEDLINE), e extraídos com base nos seguintes critérios de inclusão: estudos em português, inglês e espanhol, com população-alvo adulta ou idosa com incontinência urinária, que tivessem como objetivo a melhoria da continência, desenvolvidos em contexto de doença aguda e com limite temporal entre 2019-2024, disponíveis em texto integral,

**Resultados:** Dos artigos publicados entre 2019 e 2024, foram incluídos 4 na revisão. Um ensaio clínico randomizado, um estudo de casos múltiplos, um ensaio clínico randomizado e controlado e um estudo experimental não randomizado. Todos os artigos tinham como objetivos avaliar a eficácia dos programas de exercícios na melhoria da continência e todos participantes, eram portadores de doença crónica (doença de Parkinson, AVC e prostatectomia radical). Os exercícios de fortalecimento da musculatura pélvica para a diminuição da incontinência urinária e de sintomas como urgência urinária e perdas de urina, e a interrupção da micção com contração dos músculos pélvicos e a gestão da incontinência urinária (avaliação, planeamento dos cuidados, intervenções individuais, planeamento da alta) foram identificados como benéficos.

**Conclusão:** Estas intervenções são passíveis de ser desenvolvidas às pessoas com compromisso da continência urinária e podem contribuir a melhoria da incontinência e da qualidade de vida.

**Palavras-Chave:** Incontinência urinária, cuidados de enfermagem, reabilitação, adultos e idosos.

**Anexo XI:** Declaração de Anuência de Orientação



**DECLARAÇÃO DO ORIENTADOR**

Professora Doutora Eugénia Nunes Grilo, declara que o Relatório de Estágio intitulado “Cuidados de Enfermagem de Reabilitação à pessoa com incontinência urinária em contexto de doença aguda”, do estudante Ana Isabel Tapadinhas Bonito n.º 5896, do curso de Mestrado em Enfermagem-Especialização em Reabilitação, da Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Portalegre cumpre os requisitos necessários e se encontra em condições de ser apresentado a avaliação/provas públicas.

Escola Superior de Saúde

Data 29/05/2024

O Orientador

Assinado por: **EUGÉNIA NUNES GRILO**  
Num. de Identificação: 04378354  
Data: 2024.05.29 18:17:35+01'00'

---

Nome do Orientador: Eugénia Nunes Grilo