Mestrado em Enfermagem na
Área de Especialização em Enfermagem de Reabilitação

Relatório de Estágio

Promoção do autocuidado e bem-estar na pessoa com Incontinência Urinária – Intervenção do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação

Ana Lúcia Mendes Pedro

Lisboa
2020

Mestrado em Enfermagem na
Área de Especialização em Enfermagem de Reabilitação

Relatório de Estágio

Promoção do autocuidado e bem-estar na pessoa com Incontinência Urinária – Intervenção do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação

Ana Lúcia Mendes Pedro

Orientador: Joaquim Paulo Cabral de Oliveira

Lisboa

2020

Não contempla as correções resultantes da discussão pública

“Depois de escalarmos uma montanha muito alta, descobrimos que há muitas outras montanhas por escalar."

(Nelson Mandela)

AGRADECIMENTOS

Às pessoas e familiares que se cruzaram comigo e despertaram em mim o interesse por esta área e a todos os que cuidei durante o estágio.
Ao Professor Doutor Joaquim Paulo de Oliveira, por todo o apoio e paciência desde o início deste percurso.
Aos enfermeiros orientadores pela disponibilidade, motivação e transmissão de conhecimentos e experiências.
Aos meus colegas de trabalho por todo o incentivo e flexibilidade horária durante todo este longo caminho.
À Cátia, à Elisabete e à Elisa por todo o apoio e auxílio que vocês bem sabem.
Aos meus amigos sempre compressíveis e disponíveis.
À minha família, aos meus pais por todo o incentivo, apoio e compreensão nos momentos de ausência.
E a ti André, pela tua perseverança e incentivo.

SIGLAS E ABREVIATURAS

BF – Biofeedback

CIPE – Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem

CUr - Consultas de Urologia

EC – Ensino Clínico

ECCI – Equipa de Cuidados na Continuados Integrados

EE – Enfermeiro Especialista

EEER – Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação

EFMP – Exercícios de Fortalecimento da Musculatura Pélvica

EO – Enfermeiro Orientador

ER – Enfermagem de Reabilitação

ESEL – Escola Superior de Enfermagem de Lisboa

IU – Incontinência Urinária

IUE – Incontinência Urinária de Esforço

IUU – Incontinência Urinária de Urgência

MMSE - Mini Mental State Examination

OLD – Oxigenioterapia de Longa Duração

TDAE - Teoria do Défice do Autocuidado em Enfermagem

UCC – Unidade de Cuidados na Comunidade

WHO - World Health Organization

RESUMO

A pessoa com Incontinência Urinária (IU) apresenta risco de isolamento social dados os receios, a não aceitação social e os tabus relacionados com esta problemática. Deste modo, o surgimento desta patologia traduz-se em alterações cognitivas, emocionais, sociais e económicas, contribuindo para a diminuição da qualidade de vida dos portadores da patologia e seus familiares, tornando-se assim pertinente o desenvolvimento de programas de reabilitação a estas famílias.

O programa de reabilitação deve contemplar uma avaliação minuciosa à pessoa e seu cuidador, com vista à promoção do presente autocuidado e maximização da funcionalidade, contemplando a elaboração das técnicas comportamentais. Deste modo, o Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação (EEER) tem um papel pertinente no cuidado e capacitação destas famílias. O modelo teórico de D. Orem é um alicerce para a organização, implementação e avaliação das atividades de aprendizagem desenvolvidas no estágio, objeto de descrição e análise neste Relatório, considerando que o surgimento da IU origina alterações na qualidade de vida da pessoa e um défice no autocuidado.

Por conseguinte, foi pertinente mobilizar conhecimentos para a prestação de cuidados de enfermagem de reabilitação (ER) à pessoa com IU, dado esta ser uma das áreas de investigação prioritárias em EEER segundo a Ordem dos Enfermeiros (OE), surgindo assim como tema para o presente relatório: “Promoção do Autocuidado e Bem-estar, na Pessoa com Incontinência Urinária – Intervenção do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação”.

Os objetivos deste relatório consistem na análise e descrição das atividades desenvolvidas em estágio, que contribuíram para o desenvolvimento de competências comuns de Enfermeira Especialista (EE), e de EEER, de acordo com a OE.

Palavras-chave: Incontinência Urinária; Autocuidado; Bem estar; Enfermagem de Reabilitação.

ABSTRACT

The person with Urinary Incontinence (UI) is at risk of social isolation, given the fears, the lack of social acceptance and taboos related to this condition. Thus, the emergence of this pathology translates into cognitive, emotional, social and economic changes, contributing to the decrease in the quality of life of people with the suffering from it and their families, and therefore making the development of rehabilitation programs for these families relevant.

The rehabilitation program should include a thorough assessment of the person and their caregiver aiming to promote the present self-care and maximise functionality, including the development of behavioural techniques. In this way, the Specialist Nurse in Nursing Rehabilitation has a relevant role in the care and training of these families. The theoretical model of D. Orem is a foundation for the organisation, implementation and evaluation of the learning activities developed in the internship, object of description and analysis in this Report, considering that the emergence of UI leads to changes in the person's quality of life and a deficit in self-care.

Therefore, it was pertinent to mobilize knowledge for the provision of rehabilitation nursing care to the person with UI, as this is one of the priority research areas according to the Ordem dos Enfermeiros (OE), thus emerging as a theme for this report: "Promotion of Self-Care and Well-Being in People with Urinary Incontinence - Intervention by the Specialist Nurse in Rehabilitation Nursing.

The objectives of this report consist in the analysis and description of the activities developed in the internship, which contributed to the development of common skills of the specialist nurse and Specialist Nurse in Rehabilitation Nursing, according to the OE.

Keywords: Urinary Incontinence; Self-care; Well-being; Rehabilitation Nursing.

ÍNDICE

Introdução 9

1. ENQUADRAMENTO CONCEPTUAL DO TEMA 13

1.1 A Pessoa em Situação de Incontinência Urinária 13

1.2 A Intervenção do Enfermeiro de Reabilitação 16

1.3 Quadro de Referência 18

2. DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS 21

2.1. Descrição das atividades realizadas em função dos objetivos delineados no projeto 21

2.2. Análise e Reflexão sobre o modo como as aprendizagens realizadas em estágio contribuíram para o desenvolvimento das competências do EEER 38

3. AVALIAÇÃO GLOBAL DO TRABALHO DESENVOLVIDO EM ESTÁGIO 62

CONSIDERAÇÕES FINAIS 65

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS 68

APÊNDICES

Apêndice I – Projeto de Estágio

Apêndice II – Jornal de Aprendizagem I

Apêndice III – Jornal de Aprendizagem II

Apêndice IV – Jornal de Aprendizagem III

Apêndice V – Jornal de Aprendizagem IV

Apêndice VI – Processo de Enfermagem I

Apêndice VII – Processo de Enfermagem II

Apêndice VIII – Impacto no Autocuidado/AVD

Apêndice IX – Aplicação do Índice de Barthel no Sr. J.

Apêndice X – Escala utilizada para avaliação dos pares cranianos no Sr. J.

Apêndice XI – Plano de Cuidados III

INTRODUÇÃO

A Incontinência Urinária (IU) é definida como qualquer perda involuntária de urina (Sociedade Internacional de Continência, 2010), tratando-se de um problema comum a vários países, que causa grandes constrangimentos bem como custos significativos para as pessoas e sociedades em que estão inseridas, sendo a sua prevalência alterada de acordo com as definições de incontinência e com a população estudada (European Association of Urology, 2018).

Estima-se que mais de 200 milhões de pessoas tenham problemas de incontinência urinária (World Health Organization, 1998), sendo mencionada como uma das “epidemias” deste século (Fontes, 2011), acentuada pelo crescente aumento da esperança média de vida, uma vez que a sua prevalência aumenta com o envelhecimento e dependência funcional.

Em 2008, o Serviço de Higiene e Epidemiologia da Faculdade de Medicina da Universidade do Porto realizou um estudo sobre a prevalência e tratamento da IU na população Portuguesa não institucionalizada, onde se considerou como IU, a perda involuntária de urina ocorrida nas últimas 4 semanas em que as pessoas foram contactadas. A prevalência foi de 15,1%, sendo 21,4% IU nas mulheres e 7,6% nos homens. No referido estudo, a percentagem de IU foi significativamente diferente entre os dois sexos e influenciada pela idade do entrevistado. A IU nas mulheres diminui com a idade (30% em mulheres com 40 - 59anos e 25% com idade superior a 79 anos) e com os homens ocorre o inverso - aumenta a percentagem de homens com IU à medida que ocorre o processo de envelhecimento (32% homens com 40-59 anos e 47,5% em homens com mais de 79 anos).

O tipo de IU, o número de episódios de perdas urinárias e a severidade da IU podem afetar a qualidade de vida da mulher e o seu bem-estar psicológico e social (Lopes et al., 2018), uma vez que a IU tem implicações físicas, cognitivas, na vida sexual, nas atividades quotidianas, no bem-estar emocional, no seio da vida familiar e social. Schnitzer et al., (2017) refere que a incontinência, demência e depressão influenciam a institucionalização dos idosos; já para Johnson et al., (2016) devido ao surgimento dos sintomas da patologia, os idosos com IU tornam-se pessoas com um maior grau de dependência funcional, e, consequentemente, com alterações na sua saúde mental.

O aparecimento da IU traz alterações cognitivas, emocionais, sociais e económicas, que se refletem diretamente na diminuição da qualidade de vida da pessoa e sua família (Fontes, 2011). Surgem como consequência da IU: infeções urinárias, feridas e quedas (Lappen et al., 2016). As pessoas com a patologia sentem-se envergonhadas, desconsoladas, tristes por não conseguirem manter a continência urinária, e preocupadas com a reação/aceitação dos seus amigos (Kohler, 2018).

Fisher (2014), no seu estudo sobre o desenvolvimento de orientações de prática clinica para o cuidado da continência urinária em adultos que tiveram AVC, evidencia primariamente que as pessoas e os profissionais de saúde identificaram barreiras à implementação dos cuidados de incontinência, desde a falta de recursos adequados, ao comportamento dos profissionais de saúde e à carência de continuidade dos cuidados promotores de continência. Concluiu, no entanto, que a implementação de orientações/recomendações melhorou a prestação de cuidados relacionados com a continência nessas pessoas. Lappen et al. (2016) referem que a implementação de estratégias de gestão de continência - avaliação do tipo de incontinência na admissão pela equipa de enfermagem; elaboração de um diário de eliminação vesical; e realização de um plano de cuidados promotor da continência; facilita o estabelecimento de planos e metas de acordo com as necessidades dos indivíduos.

Segundo o Colégio da Especialidade de Enfermagem de Reabilitação, as Intervenções Autónomas do EEER na área da eliminação vesical e intestinal são uma das áreas de investigação prioritárias em ER para 2015-2025. Deste modo, a temática escolhida para desenvolver este projeto de estágio diz respeito à pessoa com alteração da eliminação vesical, mais especificamente na pessoa com incontinência urinária (IU) e a promoção do autocuidado e bem-estar.

A escolha da temática a abordar partiu da minha experiência, tendo em conta o meu contexto de trabalho (cuidados à pessoa de foro ortopédico) e as minhas motivações profissionais nessa área, com o objetivo de aumentar os meus conhecimentos sobre a eliminação vesical, que passam por aprofundar quais as etiologias mais comuns, e as intervenções adequadas para os diferentes tipos de IU, compreendendo deste modo como posso intervir precocemente de forma a promover o autocuidado e bem-estar da pessoa com incontinência urinária, uma vez que esta condiciona a sua qualidade de vida e da sua família.

Sendo esta uma patologia que surge em diferentes contextos e faixas etárias, desenvolvi atividades e aprendizagens em contexto comunitário, ambulatório e internamento hospitalar. Realizei o primeiro estágio numa Equipa de Cuidados Continuados Integrados, posteriormente num serviço de consultas de Urologia e por último, realizei um estágio de observação participante num serviço de Neurocirurgia. Os três locais situam-se no distrito de Lisboa.

No projeto de estágio foram definidos os presentes objetivos gerais:

- Desenvolver competências como EEER na prestação de cuidados à pessoa com alterações respiratórias, sensoriais, motoras e de alimentação;

- Desenvolver competências como EEER na prestação de cuidados à pessoa com Incontinência Urinária, tendo em vista a promoção do autocuidado e bem-estar;

Os objetivos específicos podem ser consultados no Apêndice I.

Assim, com o levantamento destes objetivos e elaboração do presente relatório tenho como intuito consolidar conhecimentos nas diversas áreas de atuação do EEER, em diversos contextos, mais especificamente junto da pessoa com problemas urinários.

Pretendo também desenvolver as competências comuns do EE, as competências específicas EEER e as competências previstas para o 2º Ciclo (na nomenclatura dos Ciclos de formação à escala europeia), tendo como objetivo desenvolver e aprofundar conhecimento, capacidade de compreensão, resolvendo problemáticas relacionadas com a minha área em estudo, tendo por base a investigação e reflexão sobre as minhas escolhas e pesquisas, assim como transmitir as minhas conclusões com clareza (de acordo com os Descritores de Dublin).

As teorias dão-nos uma direção à prática de enfermagem, fundamentada num quadro concetual específico à sua disciplina científica. Deste modo, decidi salientar neste trabalho, a teoria de Dorothea Orem, Teoria do Défice do Autocuidado em Enfermagem (TDAE), por ser uma teoria cujos subsídios se podem adequar/integrar tanto no cuidar em meio hospitalar como no meio comunitário, que pode ser utilizada em qualquer ciclo de vida. Com a aplicação desta teoria, tenho em vista a capacitação da pessoa/cuidador para o autocuidado, mais especificamente através da aplicação do sistema totalmente compensatório, parcialmente compensatório e de apoio-educação, com vista à promoção do seu bem-estar e autocuidado.

A estrutura do presente relatório divide-se em três capítulos principais: o Enquadramento Conceptual do Tema, que engloba a Pessoa em situação de

Incontinência Urinária, a Intervenção do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação e o Quadro de Referência em Enfermagem; de seguida tratarei o Desenvolvimento de Competências, aprofundando as descrições de atividades desenvolvidas em função dos objetivos previstos e das competências do EEER e onde realizo uma análise e reflexão sobre as aprendizagens desenvolvidas em estágio, bem como a forma como elas proporcionaram o desenvolvimento das competências referidas. Concretizo, posteriormente, uma avaliação global com os resultados obtidos, quais os pontos fortes e as dificuldades encontradas à implementação do projeto. Por último, aflora a Conclusão, onde avaliarei o meu percurso formativo, desde a contribuição para o meu desenvolvimento pessoal, para a melhoria da qualidade da minha prestação de cuidados e do meu conhecimento científico da disciplina de Enfermagem.

1. ENQUADRAMENTO CONCEPTUAL DO TEMA

> *À Enfermagem reserva-se um papel estruturante no processo de gestão da cronicidade deste novo século, exige-se competência técnica irrepreensível e uma contextualização económica fundamentada. Para que tal aconteça, o Enfermeiro terá de associar às suas competências técnicas todo um conjunto de competências transversais que lhe permitam processo de tomada de decisão eficientes e geradores de valor para a sociedade* (Mesquita, 2012, p.11).

Deste modo, houve necessidade de realizar uma revisão narrativa (Apêndice I), junto de bases de informação científica, de artigos publicados e literatura cinzenta, com o intuito de compreender a anatomofisiologia do aparelho urinário, a fisiologia da micção, o que é a IU e os vários tipos de IU, bem como a intervenção do EEER junto do indivíduo com IU.

1.1 A Pessoa em Situação de Incontinência Urinária

A partir das conclusões da revisão narrativa e numa lógica de contextualização do tema, considero neste relatório os seguintes aspetos que caracterizam o enquadramento/conceção do tema: fisiologia da micção, tipos de IU existentes e qual o tipo tratamento de IU.

O aparelho urinário é constituído pelos rins, ureteres, bexiga e uretra (Redol et al., 2017). A bexiga é um órgão muscular oco composto pelo corpo e pelo trígono que funciona como reservatório, acumula a urina secretada pelos rins e elimina-a no momento da micção. O corpo é composto pelo detrusor, que, por sua vez, é constituído por camadas de músculo liso entrelaçado; e o trígono é uma zona triangular na base da bexiga onde passam os ureteres e a uretra (Redol et al., 2017).

O colo vesical (uretra posterior) é a parte inferior do colo da bexiga e é composto pelo músculo detrusor. Os músculos desta zona formam o esfíncter interno (Redol et al., 2017). A uretra além de passar pelo colo vesical, passa pelo diafragma urogenital, que contem a camada muscular (esfíncter externo da bexiga).

Os músculos do pavimento pélvico (levantador do ânus, o pubococcígeo, o obturador interno, o piriforme e o superficial e os músculos profundos do períneo que, no seu conjunto, formam o diafragma urogenital) contribuem para a continência, uma vez que a contração voluntária destes músculos provoca compressão, alongamento e

elevação da uretra (Redol et al., 2017). Como o pavimento pélvico é composto por músculos estriados e voluntários, estes podem ser fortalecidos através de exercícios.

A micção normal ocorre em duas fases: fase de enchimento e armazenamento e a fase de esvaziamento. A primeira caracteriza-se pela distensão da bexiga, ocorrendo um relaxamento do detrusor e contração do esfíncter da uretra (Santos, 2012). Na segunda fase, após alcançar um nível de enchimento vesical e sendo a micção desejada naquele momento, há a contração do detrusor através do nervo pélvico, e o relaxamento do esfíncter da uretra para possibilitar a saída de urina da bexiga (Santos, 2012).

O correto funcionamento da coordenação nervosa da porção inferior do sistema urinário, juntamente com a bexiga, a uretra, os esfíncteres e os músculos do pavimento pélvico promove a continência urinária.

Existem diferentes formas de IU, estas têm diferentes etiologias e fisiopatologias, bem como diferentes termos para descrever os tipos de incontinência, contundo, o mais utilizado para avaliação e tratamento inicial é baseado nos sintomas (Gray & Moore, 2012). A Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem (CIPE) define IU como “passagem involuntária de urina; incapacidade de controlo voluntário dos esfíncteres vesical e uretral” Ordem dos Enfermeiros (2016, p. 63).

A IU classifica-se em dois tipos: transitória/aguda ou estabelecida/crónica. A incontinência transitória está associada a uma situação aguda, médica ou cirúrgica que se resolve quando o fator que lhe deu origem tiver desaparecido. As causas mais comuns para a IU Aguda ou Transitória são: os estados transitórios de confusão mental, infeção do trato urinário, uretrite e vaginite atróficas, efeitos secundários dos fármacos, poliúria, mobilidade diminuída e obstipação (Gray & Moore, 2012). Por outro lado, a incontinência crónica ou estabelecida surge em consequência de uma anomalia da estrutura ou da função do trato urinário ou do sistema neurológico, quando existem problemas ao nível do armazenamento e esvaziamento, podendo ter um aparecimento gradual. Foram identificados vários tipos de IU crónica ou estabelecida, nomeadamente: IU de Esforço, IU de Urgência, IU Mista, IU Funcional, IU por Regurgitação e Retenção Urinária (Pires, 2008; Gray & Moore, 2012).

A Incontinência Urinária de Esforço (IUE) ocorre quando há perda súbita de pequenas quantidades de urina em contexto de uma atividade física, como a tosse, espirros ou gargalhadas. Ocorre, normalmente, durante o dia, sendo causada quando

há um aumento súbito da pressão intra-abdominal e há uma instabilidade uretral e/ou incompetência do esfíncter (Gray & Moore, 2012).

A Incontinência Urinária de Urgência (IUU) está associada a um desejo intenso em esvaziar a bexiga. A urina é perdida urina em grande quantidade. É causada por uma contração do detrusor hiperativa (Gray & Moore, 2012).

Na Incontinência Urinária Mista, a pessoa refere urgência urinária e incontinência de esforço (Gray & Moore, 2012).

A Incontinência Urinária Funcional está associada à perda de urina causada pela incapacidade funcional da pessoa que a impossibilita de chegar à casa de banho em tempo útil. Pode verificar-se por défice cognitivo, alteração da mobilidade ou lesão neurológica. As barreiras arquitetónicas também são condições promotoras para este tipo de IU (Gray & Moore, 2012).

A Incontinência Urinária por Regurgitação é caracterizada pela perda contínua de pequenas quantidades de urina em consequência de uma bexiga hiperdistendida (Gray & Moore, 2012).

Retenção Urinária é a incapacidade para esvaziar a bexiga na sua totalidade e é causada por uma hiperdistensão da bexiga (Gray & Moore, 2012).

Previamente ao tratamento de IU tem que se proceder a uma avaliação da pessoa, uma vez que as decisões terapêuticas estão dependentes do diagnóstico de IU que a pessoa tem. A avaliação deve começar com uma história clínica detalhada da pessoa com IU, devendo incluir um exame físico e avaliação laboratorial (Jung, et al., 2015).

A história clínica é importante uma vez que neste momento a pessoa descreve como são as suas perdas de urina, as consequências que a mesmas têm no seu quotidiano, qual a sua duração e sintomas (de modo a diferenciar entre IU transitória ou estabelecida) e se já realizou algum tipo de tratamento. Junto da pessoa perceber-se-ão os fatores que inibem ou que acentuem a perda de urina, qual a frequência da micção diariamente, se tem noctúria, se após urinar tem sensação de esvaziamento completo da bexiga, e se costuma perder urina antes ou após a micção (Gray & Moore, 2012). Já com o exame físico avalia-se a destreza, a cognição da pessoa e sua mobilidade procedendo-se, igualmente, a uma avaliação neurológica da função sensorial e motora dos músculos do pavimento pélvico. De seguida, realiza-se uma inspeção à pele perineal, à integridade da mesma e observa-se se a pessoa usa algum produto absorvente (Gray & Moore, 2012).

De modo a se efetuar a escolha do tratamento, devem ser considerados vários fatores, tais como: se a pessoa tem patologias associadas e o uso de terapêutica associada, quais as preferências para os cuidados, as metas da pessoa/cuidador e quais os custos do tratamento (Jung et al., 2015). O tratamento bem-sucedido de uma IU deverá ser conseguido através da combinação de terapia comportamental, farmacológica e cirúrgica, onde a primeira abrange estratégias que a pessoa pode realizar no seu quotidiano com o objetivo de melhorar ou aliviar os sintomas de IU (Gray & Moore, 2012).

1.2 A Intervenção do Enfermeiro de Reabilitação

Os profissionais da equipa multiprofissional têm como função prestar cuidados às pessoas, ajudá-las e contribuir para o seu bem-estar, através da utilização das competências e características da sua atividade profissional (Hesbeen, 2003).

De acordo com o Regulamento dos Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem de Reabilitação (2018), a ER é vista como uma área de intervenção de excelência e referência, uma vez que previne, recupera e habilita de novo as pessoas com patologias crónicas ou agudas que provoquem algum défice funcional. EEER, em conjunto com o indivíduo e família, vai desenvolver processos de reeducação funcional tendo em vista a qualidade de vida, a reintegração e a participação na sociedade, procurando promover um plano de cuidados personalizado, para o qual é necessário realizar primariamente uma avaliação de enfermagem (Lopes et al., 2017).

As técnicas comportamentais são a primeira linha de tratamento da pessoa com IU, sendo intervenções independentes de EEER (Pires, 2008). Estas técnicas abrangem estratégias que a pessoa pode realizar no seu quotidiano com o objetivo de melhorar ou aliviar a ocorrência de sintomas IU e incluem a realização de terapia comportamental, Exercícios de Fortalecimento da Musculatura Pélvica (EFMP), Biofeedback (BF), cones vaginais, estimulação elétrica, educação da pessoa e seu cuidador (Pires, 2008; Lopes et al., 2017).

Na terapia comportamental, o EEER efetua ensinos relacionados com o controlo de ingestão hídrica, devendo o indivíduo reduzir a sua ingestão a partir das 18h, beber pequenas quantidades ao longo do dia, evitar o consumo de grandes volumes de líquidos em curtos períodos de tempo e diminuir a ingestão de cafeína ou eliminá-la da sua dieta. É aconselhado o indivíduo a deixar de fumar ou, pelo menos,

reduzir, uma vez que o tabagismo nas mulheres é um fator de risco, aumentando o risco de UI de esforço com o aumento da idade e com a presença de DPOC. O EEER também pode encorajar as pessoas a realizar atividade física, ter uma alimentação equilibrada e criar hábitos intestinais.

O treino vesical é uma intervenção em que o EEER procede ao ensino do mesmo, uma vez que vai aumentar gradualmente o espaço de tempo entre os esvaziamentos, melhorando a continência das pessoas com IU. O horário inicial é escolhido de acordo com o diário miccional do indivíduo; o objetivo da frequência de micção é negociado com o indivíduo/cuidador. O programa tem por base a educação do doente, micção programada e reforço positivo (Gray & Moore, 2012).

O Treino de hábitos é realizado tendo por base a avaliação inicial e os registos de diário miccional. Este treino implica que o horário da eliminação ocorra de acordo com o padrão habitual da pessoa, que urine em intervalos regulares. É utilizado em pessoas com défices cognitivos. O enfermeiro ensina o prestador de cuidados, incentivando-o na promoção da continência urinária da pessoa. O prestador de cuidados vai verificar quando a pessoa precisa de esvaziar a bexiga, estando atento a comportamentos não-verbais, elogiando a pessoa se esta se mantem seca e ajudando-a a ir a casa de banho urinar (Gray & Moore, 2012; Stevens, 2008).

As Técnicas de reabilitação dos músculos do pavimento pélvico têm como objetivos aumentar o controlo dos músculos do pavimento pélvico, melhorar a força e função muscular e apresentar estratégias ao doente para usar os músculos de forma a melhorar a continência ou aliviar a retenção (Gray & Moore, 2012; Newman et al., 2014). Podem incluir o uso do BF, uso de cones vaginais, estimulação elétrica, treino muscular e reeducação neuromuscular. Para dar início a este treino, o indivíduo passa por desenvolver a auto-consciência relativamente ao trabalho dos músculos do pavimento pélvico, aprender a identificar, isolar, contrair e relaxar os músculos do pavimento pélvico (Terzoni et al., 2015).

Os EFMP ou exercícios de Kegel, vão contrair os músculos pubococcígeos que aumentam a resistência da uretra, levando ao encerramento da mesma e conduzindo ao fortalecimento dos músculos voluntários peri-uretrais e pélvicos. Os exercícios de Kegel consistem em manter a contração muscular contando até 10 e depois relaxar contando novamente até 10, repetindo este exercício durante 10 minutos, três vezes por dia.

No treino com cones vaginais, as mulheres vão consciencializar-se corretamente dos músculos do pavimento pélvico que têm de exercitar, uma vez que o peso do cone vai dar o feedback necessário para a contração vaginal desejada, servindo como resistência no exercício de fortalecimento (Stevens, 2008).

O BF vai ensinar o indivíduo a mudar a resposta fisiológica que afeta o controlo da bexiga. Podem inserir-se elétrodos de superfície e sensores na vagina ou no reto, que emitem informação visual ou sonora quando é realizado uma contração eficaz dos músculos pélvicos (Stevens, 2008).

Na estimulação elétrica há uma contração do levantador do ânus, do esfíncter uretral externo e do esfíncter anal, e uma inibição reflexa do detrusor. A estimulação elétrica consiste na aplicação de dispositivos cutâneos, endoanais e endovaginais, que vão estimular os ramos do nervo pudendo e do nervo pélvico (Stevens, 2008; Gray & Moore, 2012).

A auto-algaliação ou cateterização vesical intermitente é utilizada no indivíduo com retenção urinária ou IU resultante da retenção. A cateterização vesical intermitente assenta num horário de inserção e remoção do cateter vesical, a cada 4 a 6 horas, com o objetivo de esvaziar a bexiga em intervalos de tempo regulares e consistentes e de manter os volumes de urina drenados em níveis seguros (Stevens, 2008).

1.3 Quadro de Referência

O conceito de autocuidado pressupõe o desempenho de atividades que o indivíduo realiza para seu benefício, com o intuito de preservar a vida, a saúde e o bem-estar (Orem, 2001). No entanto, quando a pessoa não tem capacidade para dar resposta às suas necessidades de autocuidado, surge um défice no autocuidado, sendo o trabalho do EEER pertinente no processo de cuidados. Deste modo, a TDAE é o modelo teórico que se enquadra para a temática escolhida.

Quando o autocuidado é realizado, há manutenção da integridade estrutural e do funcionamento humano, contribuindo para o desenvolvimento do indivíduo (Orem, 2001). Contudo, a capacidade da pessoa em realizar o autocuidado é afetada por condicionantes básicos, entre eles: idade, sexo, estado de saúde, sistema familiar, padrões de vida, fatores ambientais e disponibilidade de recursos (Orem, 2001),

fatores que, como revelado anteriormente, são igualmente considerados como contribuintes para o aparecimento de IU (Redol et al., 2017; Stevens, 2008).

Os requisitos de autocuidado são ações que conduzem à provisão de autocuidado e subdividem-se em Universal, de Desenvolvimento e de Desvio de Saúde. Termo comum para designar os requisitos universais é a atividade de vida diária, que se relaciona com o processo de vida e com a manutenção da integridade da estrutura e do funcionamento humano, estando presente em todas as etapas do ciclo vital (Orem, 2001). Orem (2001) menciona que estes requisitos são vistos como fatores inter-relacionados, em que, consequentemente, cada um vai afetar o outro. Deste modo, para a execução deste trabalho, torna-se pertinente destacar os requisitos universais que estão diretamente relacionados com o tema em estudo: b), uma vez que o enfermeiro vai realizar ensinos relativamente ao controlo de ingestão hídrica; o requisito d), pois o enfermeiro vai promover junto do indivíduo/familiar comportamento de continência urinária; o requisito f), o enfermeiro incentiva a continência urinária de modo a que o indivíduo não tenha comportamentos de isolamento social; e o requisito g), o enfermeiro ao promover a continência tem como objetivo evitar o aparecimento de patologias associadas a IU, como por exemplo o surgimento de quedas e, por consequência, fraturas associadas à IU de urgência.

De acordo com Orem (2001), o autocuidado deve ser aprendido e executado continuamente no tempo. Atendendo à necessidade de regulação do indivíduo, este tem capacidades de autocuidado uma vez que possui competências, conhecimento e experiências apreendidas ao longo da vida (*self-care agency*), (Orem 2001).

O indivíduo, ao longo do seu ciclo vital, sofre transições que podem impossibilitá-lo de realizar ou satisfazer as necessidades de autocuidado, necessitando do auxílio de outros. Isto desencadeia alterações na sua vida pessoal, familiar e social, conduzindo-o a uma situação de défice no autocuidado, o que se reflete na saúde e no bem-estar e dá origem à intervenção do enfermeiro (Orem, 2001).

A teoria dos Sistemas de Enfermagem relaciona as características dos enfermeiros com as necessidades do indivíduo e suas características. Orem (2001) identificou o sistema totalmente compensatório, o sistema parcialmente compensatório e o sistema de apoio-educação, com a finalidade de serem aplicados de acordo com as necessidades de autocuidado do indivíduo.

A instalação da IU, como referido anteriormente, traduz-se em consequências físicas e psicológicas. De acordo com Orem (2001), o surgimento da IU é considerado um desvio de saúde, sendo necessária a intervenção do EEER no estabelecimento de um plano de reabilitação para minimizar os efeitos da patologia. Deste modo, o presente modelo conceptual é pertinente dado que o EEER realiza um plano de cuidados de acordo com a colheita de dados realizada, identificando o défice existente no autocuidado, determinando o motivo da necessidade do EEER, em que sistema o indivíduo se depara realizando *à posteriori*, um planeamento das suas intervenções e estratégias adaptativas mais adequadas para os sistemas identificados. Todas estas ações são levadas a cabo com o objetivo de auxiliar a pessoa a aumentar a sua capacidade funcional e promover o seu bem-estar e autocuidado.

Tanto no cuidar em meio hospitalar, como em meio comunitário, as pessoas acabam por referir ou dar pistas que conduzem ao levantamento do diagnóstico de IU sendo que, por vezes, já procuraram previamente soluções para a sua problemática. Ao exporem os sintomas ao enfermeiro, surge aqui uma oportunidade para que este assunto seja abordado, demonstrando a pessoa ter *self-care agency*, necessitando do auxílio do EEER para se readaptar à transição que ocorre ao logo do seu ciclo de vida, capacitando o EEER os utentes para o autocuidado, através da adoção de comportamentos promotores da continência urinária.

2. DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS

2.1. Descrição das atividades realizadas em função dos objetivos delineados no projeto

Pretendi ao longo deste percurso desenvolver as competências específicas do EEER. Deste modo, vou descrever as atividades desenvolvidas em função dos objetivos específicos planeados na elaboração do projeto (Apêndice I), tendo por base as competências comuns e específicas do EEER:

Objetivos específicos:

(1) Integrar as dinâmicas organo-funcionais dos locais de ensino clínico;

(2) Analisar o contributo do EEER no seio da equipa multidisciplinar;

(3) Compreender as intervenções do EEER junto da pessoa com alterações aos níveis respiratório, sensório-motor e de alimentação e junto da sua família/cuidador;

(4) Compreender as intervenções do EEER junto da pessoa com IU e sua família/cuidador;

(5) Desenvolver competências na prestação de cuidados de EEER à pessoa e família/cuidador em processo de tratamento urológico e/ou condição de IU;

(6) Prestar cuidados especializados de enfermagem de reabilitação à pessoa e família/cuidador, com alterações aos níveis respiratório, sensório-motor e da alimentação, utilizando a metodologia do processo de enfermagem;

(7) Prestar cuidados especializados de enfermagem de reabilitação à pessoa/família/cuidador com IU e bem-estar;

(8) Executar intervenções especializadas de enfermagem de reabilitação com vista à maximização da funcionalidade e das capacidades da pessoa/família/cuidador, contribuindo para a promoção do autocuidado na pessoa com IU e sua reintegração na comunidade;

(9) Contribuir para o desenvolvimento de competências da equipa de saúde, para a promoção do autocuidado eliminação vesical na pessoa adulta com IU e família;

(10) Elaborar o relatório final do projeto de estágio.

Transversalmente a todos os objetivos específicos enumerados, foram planeadas no projeto e desenvolvidas em estágio atividades como a identificação de

necessidades formativas pessoais, a realização de pesquisa bibliográfica de acordo com as necessidades identificadas, bem como a reflexão sobre os episódios de prática clínica, através de jornais de aprendizagem e também a promoção de reuniões formais e informais de orientação e avaliação com o Enfermeiro Orientador (EO) e docente orientador.

Objetivo 1- *"Integrar as dinâmicas organo-funcionais dos locais de ensino clínico"*

Desenvolvi gradualmente no decorrer das primeiras semanas nos locais de estágio. Segundo Phaneuf, (2002, p. 6): "as diversas habilidades cognitivas, intuitivas e afetivas necessárias à enfermeira desenvolvem-se com o tempo e mesmo no decurso dos desafios colocados pela experiência do quotidiano."

Planeei atividades no projeto e desenvolvi em estágio para a concretização do presente objetivo, desde a realização de uma visita aos locais de EC, em que tive oportunidade de efetuar uma entrevista aos enfermeiros chefes dos locais de EC ou aos EEER do EC, a integração na equipa de enfermagem dos diferentes serviços, bem como a consulta de protocolos, normas de serviço e procedimentos existentes nos serviços, a identificação dos instrumentos de colheita de dados, escalas de avaliação e instrumentos de registo utilizados nos serviços, o conhecimento das dinâmicas habituais da prática de cuidados de EEER nos serviços, a participação nas reuniões de passagem de turno e da equipa de EEER, a identificação dos produtos de apoio existentes nos serviços e colaboração com a equipa de enfermagem na prestação de cuidados diários.

Aquando da efetivação do projeto de estágio, efetuei uma visita informal à equipa de ECCI e fui recebida pela enfermeira coordenadora da equipa e por uma enfermeira de reabilitação. Apresentaram-me a estrutura do serviço, a sua dinâmica e como se organizavam diariamente, tendo em conta o elevado número de utentes que seguiam na altura. Este conhecimento antecipado sobre como funcionava o local de estágio facilitou a minha integração no serviço, dado que este tinha uma dinâmica diferente da qual estava habituada. Nos primeiros dias de estágio na comunidade, o EO disponibilizou documentos do serviço (normas e protocolos da ECCI e UCC), os instrumentos de avaliação utilizados, deu-me a conhecer quais os materiais que costumava utilizar com os utentes e os produtos de apoio que possuíam para emprestar e trabalhar. Na primeira semana neste local de estágio, conheci as pessoas

que eram seguidas pelo EO, bem como os seus cuidadores, familiares, os contextos habitacionais, a existência ou não de barreiras arquitetónicas e os apoios sociais que tinham. Consultei os processos dos utentes e, de acordo com as patologias existentes no serviço, tive a oportunidade de escolher os utentes que iria seguir e visitar em domicílio e quais os que melhor se adaptavam ao meu projeto de estágio. Para auxiliar nesta escolha, apresentei o meu projeto de estágio de modo informal aos restantes enfermeiros do serviço, contribuindo para que ao longo do estágio os elementos da equipa recorressem com pedidos de sugestões de utentes que eles seguiam. Não havia uma passagem de turno, mas todos os enfermeiros conheciam os utentes. Diariamente antes de sair para os domicílios ou no regresso à ECCI, eram discutidos em equipa alguns dos casos clínicos desse dia.

No segundo local de estágio, no serviço de Consultas de Urologia (CUr) também tive a oportunidade de realizar uma visita informal, aquando a elaboração do projeto de estágio, tendo sido recebida pelo enfermeiro de reabilitação. Deu-me a conhecer a dinâmica e organização do serviço, a tipologia de doentes e qual o seguimento dado pela equipa.

Nunca tinha estado em contacto com um serviço de consultas. Em semelhança ao que ocorreu no estágio anterior, nestas primeiras semanas percebi como funcionava o serviço, qual a intervenção do EEER, qual a articulação com os outros elementos da equipa e quais os materiais existentes no serviço para o processo de reabilitação. Fui apresentada à equipa multiprofissional do serviço e participei nas reuniões semanais de casos clínicos da equipa. Estes momentos despoletaram a minha integração na equipa, comprovando as palavras de Queiróz & Araujo (2009, p.184) ao relatarem que: “A reunião de discussão de casos é importante para o processo de interação da equipe”. Diariamente, quando havia utentes seguidos em consulta no internamento, eram realizadas visitas ao internamento juntamente com a equipa médica, com o objetivo de continuar o seguimento dado nas consultas.

A equipa de enfermagem era constituída por apenas dois enfermeiros. Tive oportunidade de apresentar o meu projeto de estágio ao EO e ao outro enfermeiro da equipa, de modo a analisarmos o projeto e selecionar os utentes que poderia seguir, para vivenciar mais experiências. Não existia passagem de turno, mas após a realização das consultas havia um espaço em que se partilhava o acompanhamento dado aos utentes.

Apesar de no serviço de neurocirurgia – terceiro local de EC - ir realizar um estágio de observação participante, procurei dias antes de iniciar o estágio, visitar o local, tendo sido recebida pela enfermeira chefe, que me apresentou o serviço, qual a sua dinâmica e organização e qual a tipologia de utentes. Dado este ter sido desenvolvido e aceite num curto espaço temporal, penso que esta situação tenha influenciado a minha integração. O EO disponibilizou-me documentos, protocolos, produtos de apoio de modo a facilitar a mesma.

Atendendo aos aspetos mencionados, considero ter conseguido atingir o objetivo de integrar as dinâmicas dos serviços, o que foi importante para a minha inclusão, integração, intervenção e interação junto dos profissionais de saúde das equipas e das famílias às quais os mesmos prestavam cuidados. Ao longo destes meses, surgiram desafios relacionados com os diferentes contextos de prestação de cuidados, estes díspares do qual eu estava habituada, significando cada um uma mudança significava, uma readaptação, e contribuindo diretamente para o desenvolvimento das minhas competências tanto a nível profissional como pessoal.

Objetivo 2 - *"Analisar o contributo do EEER no seio da equipa multidisciplinar"*

Realizei todas as atividades planeadas no projeto, nomeadamente a realização de entrevista aos enfermeiros chefes ou aos EEER dos locais de EC, bem como vi a articulação existente entre os elementos da equipa multiprofissional e o EEER e observei a intervenção do EEER na promoção da continuidade dos cuidados na equipa multiprofissional.

Como descrevi anteriormente, antes de iniciar o estágio tive a oportunidade de conhecer os locais antecipadamente, bem como ter uma reunião informal com os responsáveis das unidades, tendo esta facilitado o meu processo de integração no seio da equipa multiprofissional.

A ECCI era constituída por quatro enfermeiros sendo dois EEER, e cada um era responsável por cerca de oito a nove utentes. Quando há referenciação de utentes, os enfermeiros reúnem-se de modo a determinar qual deles vai realizar o seu acompanhamento, fazendo nesse momento uma triagem para determinar se o utente necessita, ou não, de intervenção por parte do enfermeiro de reabilitação. De seguida, o enfermeiro juntamente com o fisioterapeuta, e por vezes o assistente social, realizam uma primeira visita domiciliária, com o intuito de conhecer o ambiente onde vive e o seu prestador de cuidados, o que vai de encontro ao que sublinha Neves

(2012, p.126) ao referir que: “A prática não deverá ser apenas multiprofissional, em que num mesmo contexto trabalham vários profissionais, mas multidisciplinar, em que as várias disciplinas aprendem das outras, com as outras e sobre as outras”. Este trabalho de parceria demonstra-se pertinente na atuação do enfermeiro de reabilitação, dado que a reabilitação depende do envolvimento de todos os intervenientes no processo (Faro, 2006).

Durante o estágio, ocorreram situações em que colegas de outras equipas pertencente à UCC solicitaram parecer/ensinos/colaboração do enfermeiro de reabilitação, evidenciando a importância que os enfermeiros de outras especialidades neste local atribuem ao trabalho do enfermeiro de reabilitação. Como Neves (2012, p.126-127) refere, o trabalho em equipa multidisciplinar requer: “(…) o desenvolvimento de capacidades de entrelaçamento multidisciplinar na construção de uma interdisciplinaridade pensada e executada na práxis de saúde no cuidado ao ser humano”. Quando o doente é encaminhado para a ECCI, já teve contacto com outro enfermeiro de reabilitação. Saliento aqui o papel do EEER na comunidade, nos contactos que mobiliza, quer com o EEER do meio hospitalar ou com outros elementos da equipa multiprofissional, de modo a dar continuidade aos cuidados já iniciados noutro ambiente.

Na ECCI, a grande maioria dos utentes está acompanhada pelos seus familiares ou cuidadores, mostrando estes interesse na realização/observação do trabalho desenvolvido pelo EEER. Deste modo, o domicílio demonstrou ser um campo riquíssimo para a realização de ensinos e treinos aos utentes e seus cuidadores por parte do EEER.

No serviço de CUr, o enfermeiro de reabilitação assumia também o papel de enfermeiro responsável pela unidade. Ao EEER era solicitado, pela equipa multiprofissional, não só o seu parecer no serviço de consultas, mas também a sua colaboração no internamento relativamente a ensinos de treino de autocuidado. No serviço de neurocirurgia, pude verificar que os profissionais da equipa multiprofissional (fisioterapeuta, terapia da fala, fisiatra…) procuram informações sobre os utentes junto dos enfermeiros de reabilitação, o que vai de encontro ao referido por Faro (2006) ao apontar que o sucesso da reabilitação dependerá do envolvimento de uma equipa multidisciplinar, da família e da sociedade.

Deste modo ao longo do estágio as atividades planeadas/concretizadas contribuíram para o desenvolvimento de competências.

Objetivo 3 - *"Compreender as intervenções do EEER junto da pessoa com alterações aos níveis respiratório, sensório-motor e de alimentação, e da sua família/cuidador"*

Concretizei todas atividades planeadas no projeto desde a observação do EEER nas intervenções especializadas ao indivíduo e sua família, como a realização de consulta do processo clínico da pessoa.

Nas primeiras semanas de estágio, quer no meio comunitário quer no meio hospitalar, o contacto que fui tendo com os utentes com diferentes patologias e problemáticas, através de uma observação participante, contribuiu para compreender que: "A reabilitação enquadra-se como um processo global, dinâmico e contínuo, orientado para a pessoa, ao longo do seu ciclo de vida, às famílias e a todos os grupos sociais que a envolve" (Pestana, 2016, p.49).

Através da observação dos cuidados desenvolvidos pelos enfermeiros orientadores, ou outros profissionais, bem como pela forma como resolviam casos e se articulavam com outros profissionais, consegui ter uma perceção do trabalho do EEER nesses locais.

Procurei atualizar e aprofundar conhecimentos acerca das problemáticas identificadas em cada utente/família através da realização de uma revisão da literatura, consulta de bibliografia disponibilizada pelos orientadores e realização de consulta dos processos clínicos dos utentes que eram acompanhados pelo orientador, de modo a compreender as intervenções realizadas pelo EEER.

Mostrou-se relevante para atingir o presente objetivo, e uma base sólida para concretização dos seguintes, a consulta assídua do regulamento de competências da EEER em paralelo com o regulamento de competências de cuidados gerais, de modo a ter presente a definição das competências.

A partilha das minhas pesquisas junto dos EO, para os casos de utentes que estava a acompanhar nos locais de estágio, despoletou momentos de reflexão sobre como poderíamos adotar esses resultados para a prática clínica. Contudo, as reflexões realizadas com o EO, professor orientador e a elaboração de jornais de aprendizagem foram primordiais para consciencializar e moldar as minhas intervenções enquanto futura EEER pois, tal como Hesbeen, (2003, p.116) refere, "pensar, pressupõe simultaneamente, simplicidade e dúvida, abertura e curiosidade pelas coisas da vida, conhecimentos, atualização e aprofundamento dos mesmos, espirito de investigação…"

Dados os aspetos narrados e como a citação do parágrafo anterior refere, pensar presume atualização e aprofundamento de conhecimentos. Para atingir este objetivo demonstrou-se importante ter presente as competências do EEER, para uma melhor perceção da intervenção do EEER, bem como a realização de pesquisa sobre as necessidades encontradas ao nível dos vários locais de estágio, para posteriormente poder mobilizá-los.

Objetivo 4 - *"Compreender as intervenções do EEER junto da pessoa com incontinência urinária e da sua família/cuidador"*

Planeei e desenvolvi as atividades planeadas no projeto, como a observação e análise do EEER nas intervenções junto do indivíduo com IU bem como a realização de consulta do processo clínico da pessoa;

De acordo com os dados da revisão da literatura, as pessoas com IU não falam por vergonha (Kessler, et al, 2018) ou porque consideram ser um sintoma normal decorrente do processo de envelhecimento (Moura, 2005). Na ECCI, no decorrer das visitas domiciliárias, acabei por me aperceber que grande parte das pessoas tinham incontinência urinária e que não identificavam esta patologia como um problema de saúde. No decorrer destas visitas, visualizam-se as condições habitacionais e, apesar de não ser um assunto abordado pela própria pessoa, acaba-se por encontrar sinais indicativos que possa ter IU, como a existência de pacotes de fraldas nos quartos/casas de banho/ caixote do lixo, que revelam algo que até então não tinham referido ao profissional de saúde por não acharem pertinente, por já se terem acostumado a esta situação ou por vergonha. Deste modo, considero aqui importante o profissional de saúde estar atento a estes sinais. Como o EO de estágio de ECCI referia, o chegar à hora de refeições a casa e visualizar/cheirar o que se está a confecionar e observar as compras que os familiares trazem, dá-nos pistas sobre como é esta dinâmica familiar quando os profissionais de saúde estão ausentes.

Em contrapartida no CUr, a presença da IU é questionado pelo profissional de saúde logo na primeira consulta, onde as pessoas preenchem um questionário (ICIQ-SF / IPSS), para avaliar se têm perdas de urina. Assim, na própria consulta é realizada uma história do seu padrão urinário. Descreve-se como é o seu padrão urinário ou como são as suas perdas de urina sem tabus, quais as situações em que têm perdas de urina, se existem ou não fatores desencadeantes para as mesmas, quais são as estratégias utilizadas para minimizar essas perdas e qual a repercussão que a IU tem

na sua qualidade de vida, sendo aqui o papel do EEER fundamental na deteção precoce de IU e posteriormente na realização de ensinos de acordo com o tipo de IU que a pessoa apresenta.

No serviço de neurocirurgia, apercebi-me junto destes doentes, que o meu campo de atuação estaria mais centrado na promoção da continência urinária, na elaboração de ensinos aos familiares com o objetivo destes estarem atentos à linguagem não-verbal, bem como ao ensino de treino de hábitos. Atuei também, indiretamente, na sensibilização dos assistentes operacionais.

Foram três campos diferentes de estágio, que me apresentaram uma panóplia de utentes com problemas urinários, tendo prestado cuidados a pessoas de diferentes faixas etárias e, consequentemente, com patologias diversas. O contacto com estas três realidades diferentes, quer com os diferentes profissionais das equipas multiprofissionais, quer com as famílias demonstrou-se um ponto forte na aquisição de conhecimentos, bem como na escolha de quais as estratégias a adotar. Isto traduziu-se diretamente no meu crescimento enquanto futura EEER, dado que tive contacto com pessoas com incontinência urinária quer transitória ou aguda quer estabelecida ou crónica e, por conseguinte, realizei revisões da literatura de modo a implementar uma prática baseada na evidência tendo em conta os casos clínicos encontrados, concretizando o objetivo levantado.

Objetivo 5 - *"Desenvolver competências na prestação de cuidados de EEER à pessoa e família/cuidador em processo de tratamento urológico e/ou condição de IU"*

As atividades que planeei no projeto para o presente objetivo e desenvolvi no decorrer do estágio, foram a realização de uma avaliação inicial de enfermagem, a execução de um plano de cuidados de reabilitação, bem como a promoção do envolvimento do familiar/cuidador no planeamento das intervenções delineadas, a realização de ensinos na pessoa submetida a tratamento cirúrgico e a realização de registos das intervenções de EEER;

Quer na ECCI, como no CUr foi possível atingir este objetivo. Numa primeira fase, para desenvolvê-lo tive que conhecer a comunidade e estar atenta às confidências que as pessoas/cuidadores referiam em diálogos informais, que podiam revelar a existência de um problema até então não valorizado pelos intervenientes nos cuidados.

Na ECCI, deparei-me com uma população envelhecida, com défices de marcha ou cognitivos que os incapacitavam de chegar atempadamente à casa de banho ou de reconhecer o caminho até lá por modificações que os seus familiares tinham efetuado no domicílio de modo a torná-lo adaptado à sua condição atual. Nas situações de IU por existência de barreiras arquitetónicas, realizava uma reflexão junto do EO, de modo a perceber quais as alterações que poderia aconselhar a realizar, se a mesmas seriam benéficas para todos os intervenientes e quais os apoios e parceiros sociais que podíamos sugerir para a realização das mesmas.

Para a concretização de um bom plano de cuidados este tem que ter por base uma avaliação minuciosa à pessoa/família. Deste modo, na CUr, tive oportunidade de observar como o EEER procedia a avaliação do utente com IU, começando por elaborar a história clínica do utente para, posteriormente, estabelecer objetivos juntamente com o utente e sua família. Neste local de estágio tive oportunidade de acompanhar os utentes nas consultas pré e pós-operatórias à prostatectomia radical. No capítulo 2.2 vou explanar o trabalho desenvolvido com os utentes no pós-operatório, sendo agora o momento de clarificar o trabalho desenvolvido na consulta pré-operatória, em que se preparava antecipadamente o regresso a casa em conjunto com a pessoa e seus familiares. Este trabalho consistiu em grande parte na realização de ensinos à pessoa, desde informá-la sobre o que se iria suceder durante o internamento e que modificações iriam ocorrer no regresso a casa, passando pela demonstração dos vários produtos de apoio que poderia utilizar (desde cueca fralda, penso de incontinência, *protech dry*); sugestão de possíveis alterações a executar no domicílio facilitadores deste processo de transição e mobilizados ensinos sobre cuidados a ter e como manobrar o cateter vesical no domicílio.

Nos campos de estágio foi fundamental a realização de uma história clínica de IU para os utentes, de modo a identificar se havia atitudes que contribuíam para ter mais perdas de urina; conhecer os comportamentos que os mesmos já adotavam; despistar se os sintomas eram de uma infeção urinária através de realização de análise; perceber quais as expetativas da pessoa em relação à sua situação; se para elas era um problema que gostariam de ver resolvido; e perceber como era o seu estilo de vida. Em paralelo à avaliação realizada através de uma entrevista, também se procedeu um exame físico (avaliação do abdómen, observação das regiões pélvicas e retal, bem como uma avaliação minuciosa do períneo) e neurológico (alterações na marcha, limitações cognitivas).

É importante referir que as pessoas com IU são mais suscetíveis de desenvolver úlceras por pressão, sofrer quedas e ingerir uma quantidade inadequada de líquidos. Deste modo, o EEER tem aqui um campo de intervenção importantíssimo na promoção da saúde para a prevenção da doença. Ao longo do estágio foi imperativo realizar uma avaliação rigorosa à pessoa, pelo que procedi à recolha de informação (através da realização de entrevista e/ou indiretamente, através de observação) e identifiquei precocemente as necessidades de intervenção de EEER. Avaliei o impacto que as alterações da capacidade funcional têm na qualidade de vida e bem-estar das pessoas prevenindo, por consequência, a instalação de outros problemas de saúde através da realização de ensinos aos utentes e suas famílias com IU, de modo a alertar para estes riscos e prevenção dos mesmos. “Capacitar é um processo multidimensional que envolve conhecimento, decisão e ação” (Bule & Reis, 2016, p.57), e esta capacitação demonstra-se fundamental para a prevenção da doença, uma vez que a disseminação de conhecimento vai originar eficientes escolhas de saúde. Estas intervenções mencionadas, permitiram desenvolver competências junto da pessoa e família com IU.

Objetivo 6 - *“Prestar cuidados especializados de enfermagem de reabilitação à pessoa e família/cuidador, com alterações aos níveis respiratório, sensório-motor e da alimentação, utilizando a metodologia do processo de enfermagem”*

As atividades que planeei no projeto para o presente objetivo e desenvolvi em estágio, foram a realização de colheita de dados, a realização de uma avaliação neurológica, sensoriomotora e cardiorrespiratória, posteriormente a execução de um plano de cuidados de reabilitação, a promoção do envolvimento do familiar/cuidador no planeamento das intervenções delineadas, a realização de ensinos relacionados com produtos de apoio adequados ao individuo e a elaboração de registos das intervenções de EEER;

Para a execução deste objetivo foi útil colocar em prática instrumentos de colheita de dados como a entrevista inicial, a visualização de Raio-X e a auscultação pulmonar; mobilizar escalas como a Escala de Berg; Time Get Up and Go Test; Escala Modificada de Ashworth; Medical Research Council; Medida de Independência Funcional (MIF); Mini Mental State Examination; e avaliação do impacto no autocuidado segundo a TDAE.

> A avaliação funcional é um meio de incorporar os resultados da avaliação em planos de cuidados centrados no doente, o que, por sua vez, tem influencia direta nos diagnósticos de enfermagem, nas intervenções de enfermagem, e nos critérios de resultados específicos de enfermagem (…) A avaliação de enfermagem da função, com base em medidas válidas e objetivas, contribui de maneira significativa para a avaliação interdisciplinar e para o planeamento dos cuidados (Kelly-Hayes & Phipps, 2000, p.177).

Consoante os resultados que obtive das avaliações, discuti os possíveis planos de cuidados a implementar junto dos enfermeiros orientadores. Os registos de EEER permitem uma continuidade dos cuidados. Deste modo, nos vários locais de ensino clínico foi dada relevância aos mesmos, optando por colocar as várias avaliações realizadas anexadas ao processo clínico do utente com o objetivo de espelharem os ganhos em saúde.

Nos doentes que cuidei, foram diversas as situações patológicas com que tive contacto ao longo dos ensinos clínicos. Neste sentido tive oportunidade de desenvolver e aprofundar conhecimentos ao nível da Reeducação da função Sensoriomotora: desde a realização de mobilizações e posicionamentos, mobilizações articulares, treino de equilíbrio, treino de levantar e sentar, deambular com auxiliar de marcha, subir e descer escadas, treino em pavimento irregular; ao nível da Reeducação da função Respiratória, treino de consciencialização e dissociação dos tempos respiratórios, adoção de posições de descanso e relaxamento, reeducação abdomino-diafragmática, reeducação costal seletiva e global. Na reeducação da deglutição, tive oportunidade para proceder ao ensino de cuidados ao nível da textura da alimentação e aplicar técnicas posturais. Dado que escolhi a TDAE para sustentar o meu projeto, através da sua aplicação detetei que, no CUr, a maior parte dos utentes estavam perante o Sistema de Apoio-Educação tendo sido, neste âmbito, necessário recorrer a ensinos ao utente e seus familiares. Ao nível da ECCI, prestei cuidados a utentes com diversas limitações, tendo contacto com pessoas do Sistema Totalmente Compensatório, Parcial Compensatório e de Apoio-Educação.

Foram realizados ensinos às pessoas e seus cuidadores sobre os produtos de apoio adequados para a sua situação, desde alteador de sanita, uso de auxiliares e adaptação dos mesmos à altura da utente, bem como possíveis modificações a realizar no domicílio.

Penso ter concretizado o presente objetivo uma vez que desenvolvi e mobilizei conhecimentos, realizei planos de cuidados (apêndice VI, VII) e produzi jornais de aprendizagem (apêndice II, III, IV, V). Nos diferentes locais de estágio, intervi junto de pessoas com alterações ao nível da funcionalidade motora, sensorial, cognitiva, cardíaco e respiratório, da eliminação e da sexualidade, tendo tido menos experiências na prestação de cuidados à pessoa com necessidade de intervenção de EEER na área da alimentação, tendo trabalhado apenas junto de três pessoas. Contudo, o contacto que tive com os diferentes indivíduos foi determinante para a minha mobilização de conhecimentos e intervenção enquanto futura EEER.

Objetivo 7 - *"Prestar cuidados especializados de enfermagem de reabilitação à pessoa/família/cuidador com Incontinência Urinária, tendo por base a evidência científica mais atual, com vista à promoção do autocuidado e bem-estar"*

Executei todas as atividades planeadas no projeto, como a avaliação do défice de autocuidado, com a identificação dos requisitos de autocuidados, a realização de uma avaliação inicial de enfermagem, bem como a execução de um plano de cuidados à pessoa com IU e sua família e promoção no envolvimento do familiar/cuidador no planeamento das intervenções delineadas, bem como a elaboração de ensinos sobre técnicas promotoras da continência urinária, ao indivíduo e seu familiar/cuidador, a elaboração de ensinos sobre técnicas que o familiar da pessoa com IU com alterações cognitivas pode adotar, informar sobre produtos de apoio adequados à pessoa e realização de registos das intervenções de EEER;

De acordo com Orem (2001), o autocuidado deve ser aprendido e executado continuamente no tempo. De acordo com a necessidade de regulação do indivíduo, este tem capacidades de autocuidado uma vez que possui competências, conhecimento e experiências apreendidas ao longo da vida (*self-care agency*). No que diz respeito ao bem-estar e ao autocuidado "na procura permanente da excelência no exercício profissional, o enfermeiro maximiza o bem-estar dos clientes e suplementa/complementa as atividades de vida relativamente às quais o cliente é dependente" (OE, 2015, p.16657).

De modo a ter um plano de cuidados completo, a entrevista inicial, bem como uma avaliação plena, demonstraram ser elementos chave para a identificação dos campos de atuação. Preocupei-me em elaborar registos do plano de cuidados, das

intervenções e das estratégias adotadas, bem como dos resultados obtidos, com o objetivo de evidenciar a qualidade dos cuidados prestados.

Reportando aos requisitos universais de Orem, de acordo com os utentes encontrados ao longo do estágio, detetei que as pessoas com IU apresentam uma insuficiente ingestão hídrica, dado que ingeriam menos líquidos para diminuir assim os episódios de perdas. Para além disso, revelaram ainda alterações ao nível dos processos de eliminação, com perdas por IU funcional, por IU de stress, de esforço ou IU por regurgitação; manifestavam alterações a nível do sono e repouso, referindo que acordavam durante a noite para ir urinar, tendo algumas já optado por dormir sozinhas para não acordar o seu parceiro, declarando tristeza pela situação. Surge assim o isolamento social originado pela IU, dado que estavam menos vezes com os amigos por receio dos seus comentários, viajavam menos, por desconhecerem a existência de casas de banho nos percursos que iriam efetuar, o que vai de encontro ao que a evidência científica refere (Morrison & Levy, 2006; Aguilar-Navarro et al., 2012; Lopes et al., 2018) sobre o impacto da IU na vida da pessoa com essa condição.

O aparecimento de IU é considerado um desvio de saúde, sendo necessária a presença do EEER na implementação de um plano de intervenção à pessoa com IU. Deste modo, para colmatar as alterações encontradas, realizei um conjunto de ensinos à pessoa/família relativo às mudanças comportamentais, tais como: ensino de ingestão adequada de líquidos, ensinos relativos aos alimentos e líquidos que deve evitar ou diminuir a sua ingestão, planificação da ingestão hídrica de acordo com as atividades diárias planeadas, elaboração de treino vesical, implementação de treino de hábitos, adoção da realização da micção imediata. Para além destes, realizei ainda ensino de manuseamento de algália, saco coletor, quais os cuidados a ter e os sinais de alerta, ensino e treino de exercícios de musculatura do pavimento pélvico e ensino de estratégias para supressão de sintomas urgência urinária. Realizei sugestões relativas às mudanças que a pessoa poderia realizar no seu domicílio, de modo a reduzir as barreiras arquitetónicas no percurso até à casa de banho ou que promovam a autonomia do utente.

Tive a oportunidade de realizar ensinos relativo aos produtos de apoio que os utentes podiam optar por adquirir, com vista à promoção de autonomia e bem-estar.

Nas pessoas que são substituídas para realizar o seu autocuidado, ou seja perante o sistema totalmente compensatório, foram realizados alguns dos ensinos apresentados nos parágrafos anteriores ao cuidador/familiar prestador de cuidados e

realizados ensinos relativamente aos cuidados de higiene, prevenção de infeção e cuidados a ter com a pele de modo a prevenir lesões por humidade e o surgimento, por consequência, de outra patologia/complicação.

Demonstrou-se pertinente conhecer os hábitos, as rotinas da pessoa e a constituição da habitação, para perceber melhor se algum fator externo poderia estar na origem da IU. Foi a situação da Sr.ª F., de 86 anos, com antecedentes de Alzheimer que estava a ser acompanhada pela equipa de ECCI no regresso a casa, vinda de um internamento em que tinha sido submetida a um *encavilhamento gamma* do fémur direito. A família desta utente tinha alternado a disposição da mobília da casa para diminuir as barreiras arquitetónicas existentes. A Sr.ª F. devido a estas alterações de mobiliário apresentava IU funcional, pelo que, ao detetar esta situação de risco que poderia vir a traduzir-se em incapacidade, isolamento social, e aumento de gastos económicos, estabeleci estratégias junto desta família (desenvolvidas no subcapítulo 2.2) que se traduziram em ganhos, como a manutenção da continência urinária da utente, ao intervir precocemente com vista à promoção do autocuidado e bem-estar da pessoa.

Dado o cariz íntimo da problemática em estudo, houve preocupação em criar um ambiente no qual a pessoa/família pudesse falar abertamente sobre a patologia, colocar as suas dúvidas, aprender sobre ela e escolher quais as estratégias a adotar mais adequadas à sua saúde. O contacto com estas diversas realidades, o desenvolvimento das diferentes estratégias enumeradas contribuíram para o desenvolvimento de competências.

Objetivo 8 - *"Executar intervenções especializadas de enfermagem de reabilitação com vista à maximização da funcionalidade e das capacidades da pessoa/família/cuidador contribuindo para a promoção do autocuidado na pessoa com IU e na sua reintegração na comunidade."*

Executei todas atividades planeadas no projeto, nomeadamente: a avaliação do défice de autocuidado, identificando os requisitos de autocuidados alterados, a realização de uma avaliação inicial de enfermagem, o planeamento de programas de enfermagem de reabilitação à pessoa com IU e sua família, a mobilização de recursos pessoas, familiares e da comunidade que possam favorecer os processos adaptativos da pessoa com IU no retorno à vida laboral, informar sobre produtos de apoio adequados à pessoa e a realização de registos das intervenções de EEER;

Desenvolvi este objetivo, quer na ECCI, quer na CUr, apesar de ter oportunidade para trabalhar mais na CUr, dado ser um serviço onde grande parte da população tinha uma vida laboral ativa e os utentes confessavam sem receios que tinham IU e como a presença desta trazia barreiras ao seu quotidiano.

Durante a avaliação minuciosa ao utente, em que verificava a sua história clínica, realizava um exame físico, identificava os comportamentos que despoletavam as perdas de urina e qual o impacto das mesmas na sua vida diária. Em conjunto com o utente e seu familiar, estabeleci um plano de cuidados de modo a promover o seu autocuidado e a sua reintegração na comunidade.

Elaborei ensinos relativos à ingestão adequada de líquidos e à planificação da ingestão hídrica de acordo com as atividades diárias planeadas. Realizei ainda ensino e treino de exercícios de musculatura do pavimento pélvico e negociei com o utente a possibilidade do seu local de trabalho habitual ser alterado para situar-se perto de uma casa de banho, de modo a evitar idas de urgência à mesma. Demonstrou-se importante a realização do treino vesical antes do regresso ao trabalho, de modo a ir espaçando o tempo em que as pessoas iriam à casa de banho. Nas situações em que as pessoas trabalhavam de pé (ex. docentes) foi equacionado com estes, no regresso à vida laboral, adotar a posição de sentado.

Contudo, tanto nas pessoas que já estavam reformadas, como na restante população, foi reforçado o ensino de ida à casa de banho antes da realização de qualquer atividade de maior esforço, bem como antes de sair de casa, havendo um reforço positivo para a sua integração na sociedade.

De salientar as poucas situações em que tive contacto com pessoas algaliadas por apresentarem IU por regurgitação ou por retenções urinárias. A esta população realizei ensinos relativos a estratégias de uso de roupa mais larga, mostrei sacos coletores de perna e como estes se manuseavam, de modo a que a presença da algália não fosse um fator promotor do isolamento social.

Contribuiu para a execução de todas as intervenções planeadas para este objetivo ter presente quais as preferências da pessoa, quais as suas rotinas, como era o seu ambiente laboral e doméstico e também dar a conhecer os diferentes produtos de apoio existentes para, em conjunto, se proceder ao planeamento da sua reintegração na comunidade. Considero que mobilizei conhecimentos, identifiquei quais as necessidades dos utentes e intervi junto destes e das suas famílias com o

objetivo de promover o seu bem-estar e autocuidado facilitando a sua reintegração na comunidade.

Objetivo 9 - “Contribuir para o desenvolvimento de competências da equipa de saúde, na promoção do autocuidado eliminação vesical na pessoa adulta com IU e família.”

Concretizei as atividades planeadas no projeto, designadamente a avaliação das necessidades formativas dos profissionais de saúde e familiares a acerca da promoção do autocuidado eliminação vesical, mais especificamente IU, a realização de ações educativas aos profissionais de saúde, familiares e pessoas com IU e a informação sobre produtos de apoio adequados à pessoa.

Ao longo das semanas de estágio, fui tendo a perceção que grande parte da população de incidência da ECCI eram idosos e que alguns teriam, como antecedente pessoal, IU. Schnitzer et al. (2017) menciona que a incontinência, demência e depressão influenciam a institucionalização dos idosos. Goepel et al. (2010) também refere que a IUE traduz consequências na qualidade de vida da pessoa, nomeadamente depressão, quedas, feridas, isolamento social, internamento hospitalar e admissões em lares de idosos.

Estando desperta para esta problemática junto desta faixa etária, e sendo este o tema que escolhi para a realização do meu projeto de estágio, fazia-me sentido realizar uma formação sobre o mesmo, aos cuidadores/instituições que se situassem na área de abrangência da ECCI. Penso que quantas mais pessoas estiverem informadas sobre o tema, mais intervenções e respostas podem dar aos seus utentes, de modo a desmistificar este problema de cariz tão íntimo e com pouca aceitação social. Um problema de saúde que pode originar consequências psicológicas, físicas e socioeconómicas, independentemente do tipo de incontinência urinária que a pessoa possua (Silva et al., 2013).

Discuti esta questão com o EO e sugeri a possibilidade de realizar uma formação relacionada com o tema nos lares que estão na área de abrangência da ECCI. Anualmente, junto das instituições, é realizado um cronograma com as formações a realizar, por isso não seria possível concretizar a formação nas instituições. Deste modo, sugeri, em alternativa, a realização de uma formação relacionada com o tema à equipa de enfermagem da ECCI, uma vez que tinha identificado, através de discussões informais de casos entre os profissionais que esta

temática nunca tinha sido abordada no serviço – pois, de entre as várias patologias dos utentes, a esta era dada pouquíssima importância – chegando mesmo a admitir desconhecer como lidar com algumas situações ou que tipo de encaminhamento dar às mesmas.

Decidi falar do tema de um modo geral, com o objetivo de transmitir conhecimentos sobre IU, uma vez que a formação era realizada num curto espaço de tempo e seria a primeira a realizar-se sobre o tema. Após a execução de pesquisas e de ter abordado os colegas, decidi focar a atenção nos comportamentos que não promovem a continência urinária e sobre um dos tipos de incontinência urinária: a incontinência urinária funcional. Esta está associada à perda de urina causada pela incapacidade funcional da pessoa que a impossibilita de chegar à casa de banho em tempo útil. Pode verificar-se por défice cognitivo, alteração da mobilidade ou lesão neurológica (Gray & Moore, 2012).

A formação teve uma boa adesão. Para além dos colegas da ECCI, foram vários profissionais de saúde que trabalhavam no centro de saúde, traduzindo-se em ganhos tanto para equipa multiprofissional como para mim, uma vez que proporcionou um momento de partilha de conhecimentos e diálogo sobre um tema da minha área de interesse a nível profissional.

Na ECCI, como referi inicialmente, apresentei o meu projeto de estágio a todos os elementos da equipa. Penso que esta estratégia os tenha desperto para a existência desta problemática e que o EEER tem aqui um campo de atuação. Houve situações em que me abordaram, juntamente com EO, por terem identificado necessidades nalguns utentes e procuraram a minha opinião para resolver a presente situação, surgindo aqui uma oportunidade para refletir sobre os cuidados prestados atualmente e, por consequência, realizar modificações aos mesmos.

No serviço de CUr não identifiquei nenhuma carência formativa no seio da equipa relacionado com o tema deste projeto.

Perante as atividades realizadas penso ter atingindo o objetivo a que me propus inicialmente, indo igualmente de encontro aos objetivos do presente estágio em que me assumi como membro da equipa multiprofissional, sendo capaz de transmitir as minhas conclusões/conhecimento desenvolvidos aos meus pares.

Objetivo 10 – "*Elaborar o relatório final do projeto de estágio"* – este último objetivo específico será adquirido aquando a finalização do presente relatório.

As atividades que planeei no projeto para o presente objetivo, foram a elaboração de um plano de cuidados/intervenção por escrito e a elaboração do relatório final do projeto de estágio. Comecei a trabalhar neste, aquando da escolha do tema, seguido de visita aos locais de estágio de modo a percecionar a possibilidade de implementação do projeto nos locais. A realização de pesquisas bibliográficas, a elaboração de jornais de aprendizagem, as reflexões realizadas com os enfermeiros orientadores e com o docente contribuíram para a concretização deste objetivo.

Concretizei uma panóplia de atividades programadas para a realização deste objetivo. A elaboração de um "diário de bordo", onde anotava as situações vivenciadas ao longo do dia, as soluções e dificuldades encontradas, refletindo sobre o trabalho realizado junto das famílias, foi fundamental para a concretização deste relatório. Para além dos jornais de aprendizagem (estipulei elaborar um a cada quinzena), realizei alguns estudos de caso aos utentes a que prestei cuidados de modo a estruturar o meu pensamento e o plano de cuidados a aplicar mediante as avaliações realizadas ao utente e as necessidades detetadas. Também a apresentação/discussão de estudos de caso em sala de aula, contribuiu para refletir sobre o papel do EEER nos diferentes contextos de estágio dos vários colegas de turma e perceber quais as suas dificuldades e quais as estratégias utilizadas nas diferentes situações, permitindo-me adotar algumas dessas sugestões nos locais onde me encontrava a estagiar.

Estas atividades contribuíram para a atualização e aprofundamento dos meus conhecimentos e estímulo para o alcance do presente objetivo.

2.2. Análise e Reflexão sobre o modo como as aprendizagens realizadas em estágio contribuíram para o desenvolvimento das competências do EEER

Ao longo do seu ciclo vital, a pessoa necessita de uma panóplia de cuidados diferenciados, adequados ao meio no qual está inserida, bem como à especificidade da sua situação de saúde. Deste modo, a atuação do EE é essencial, uma vez que a utilização das suas competências comuns e específicas se irão traduzir num benefício para a qualidade de vida e bem-estar dessa pessoa.

Ao longo do estágio procurei desenvolver as competências comuns do EE e as competências específicas do EEER. Procedo aqui à análise e reflexão das minhas aprendizagens e evolução ao longo desses meses, tendo em conta esse desiderato.

Relativamente às competências comuns do EE definidas pela OE:

A) "Competências do domínio da responsabilidade profissional, ética e legal"

Esta competência está presente diariamente na prestação de cuidados, através da conduta do código deontológico. Não só nos cuidados na comunidade, mas também no meio hospitalar, respeitei a privacidade do utente e da sua família. Expus qual o plano de cuidados e quais os objetivos, de modo a que a pessoa tomasse decisões informadas, estabelecendo planos em parceria com o utente, tendo por base conhecimentos científicos.

Como exemplo, durante o estágio, elaborei um plano de cuidados junto da Sr.ª M. de 84 anos, que tinha sido submetida há cerca de 1 mês a uma artroplastia à anca esquerda, tendo tido alta do hospital cerca de três semanas após a cirurgia. Nas primeiras visitas domiciliárias a esta senhora, havia sempre alguém a acompanhá-la, uma vizinha ou um amigo que garantia estar 24h por dia com a Sr.ª M.. Mas ao longo das visitas da equipa da ECCI, e com a alteração do horário das visitas domiciliárias, apercebi-me que, afinal, a Sr.ª M. estava mais tempo sozinha e sem supervisão e que, apesar de ter muitas amigas a visitá-la, nenhuma se assumia como pessoa de referência e esta acabava por não ter ninguém presente.

Foram-se alterando os horários da visita domiciliária com o objetivo de perceber a dinâmica familiar, na tentativa de compreender quais os períodos em que realmente a senhora estaria acompanhada. Explicou-se ao afilhado (pessoa que estaria mais tempo com a Sr.ª M.), que a utente não podia ficar tanto tempo em casa sem supervisão e ao que este respondia: "ela já anda bem". Mas o facto é que encontrava sempre a Sr.ª M. com o seu pijama vestido e deitada na cama, uma vez que apresentava dependência no auto cuidado vestir-se (necessita de ajuda, fazendo cerca de metade sem ajuda - Escala de Barthel). Explicámos ao afilhado que apesar da utente na apreciação dele andar bem, continuava a necessitar de supervisão e de receber estímulos para a realização de exercícios por parte do cuidador, durante a nossa ausência. De acordo com Martins, T. et al. (2016), o papel do prestador de cuidados ou cuidador familiar é fundamental pois tem como objetivo assegurar a continuidade dos cuidados ao seu familiar dependente.

A utente, apresentava elevado risco de queda (Apêndice VI), já tinha tido um episódio de queda desde o seu regresso a casa e emocionalmente não estava bem.

Eu compreendia os seus amigos, pois desde o regresso a casa da Sr.ª M., tinham sido confrontados com uma alteração de papéis: antes do internamento eram amigos da utente, mas no seu regresso a casa, desempenhavam os papéis de seus cuidadores. Percebo que este aumento de responsabilidade não tenha sido bem aceite por eles, que estavam cansados e como viam que a Sr.ª M. estava a ter progressos, viam aqui uma possibilidade para não estarem tão presentes na vida diária da utente e retomarem as suas rotinas anteriores. “O regresso a casa da pessoa que sofreu um evento gerador de dependência, confronta a família com a situação de incapacidade ou com o agravamento do seu nível de dependência e consequente necessidade de assegurar a continuidade de cuidados essenciais” (Martins, et al. 2016, p. 118).

A amiga que se deu como cuidadora de referência não estava tão presente na vida diária da Sr.ª M. como era esperado. Pereira, (2013) refere que o papel de prestador de cuidados é algo que nem sempre é aguardado ou escolhido pela pessoa que o realiza, podendo ocorrer de um modo imediato ou gradual. Esta cuidadora não sabia ou percebia a importância do seu papel na vida diária da Sr.ª M. e deste modo apenas geria e estabelecia contacto entre as amigas, que deviam ir a casa da Sr.ª M. cuidar e ajudá-la nas suas atividades diárias. Desempenhava, portanto, uma tarefa de gestão e não de cuidados diretos junto da Sr.ª M., contrariamente ao que é esperado do prestador de cuidados como sendo a primeira linha na promoção do apoio quotidiano, físico, social e/ou emocional (Pereira, 2013). Uma vez que, segundo as competências específicas do EE (OE, 2019a, p. 4746) este: “Constrói as estratégias de resolução em parceria com o cliente”, “Promove a proteção dos direitos humanos”, e “Adota conduta antecipatória, garantindo a segurança, a privacidade e a dignidade do cliente”, sugeri ao EO que se entrasse em contacto com esta amiga para perceber melhor esta dinâmica familiar e para informá-la com o que nos deparávamos quando íamos realizar as visitas a casa da Sr.ª M.. O objetivo era de a responsabilizar pelo que se passava diariamente, informando dos riscos com que a Sr.ª M. vivia atualmente, concedendo ao mesmo tempo sugestões para colmatar este défice, tais como: a cuidadora estabelecer um horário para a Sr.ª M. receber visitas espaçadamente e equacionar a hipótese de a Sr.ª M. vir a receber cuidados domiciliários. No contexto hospitalar o enfermeiro cuida da pessoa 24h sob 24h, inversamente ao que acontece no contexto comunitário. Na comunidade, o enfermeiro consciencializa e sensibiliza os cuidadores sobre a importância do seu papel, estabelecendo estratégias em conjunto para potenciar a recuperação do seu familiar.

Foi este trabalho de prevenção e identificação de práticas de risco, de consciencialização e de respeito pelas escolhas deste núcleo familiar que procurei promover. Inicialmente não era possível realizar a totalidade do programa de reabilitação, pois a senhora não reunia condições, mas com o decorrer da nossa intervenção, os cuidadores estabeleceram um horário para acompanhar a Sr.ª M., não se detetando posteriormente situações de risco.

B) "*Competências do domínio da melhoria contínua da qualidade"*

No decorrer do mestrado, demonstrou-se importante para desenvolver práticas de qualidade, realizar uma prática baseada na evidência, usando os dados científicos na prática clínica (competências comuns do EE, B.2.1.1; B.1.2.1; OE, 2019a), prática esta que adotei ao longo dos estágios. Estas pesquisas, bem como a partilha junto dos restantes colegas e reflexão com EO, acerca da melhor forma de aplicar os achados na melhoria dos cuidados prestados aos utentes que seguíamos, demonstraram-se eficazes, uma vez que: "a qualidade exige reflexão sobre a prática - para definir objetivos do serviço a prestar, delinear estratégias para os atingir" OE (2012, p. 7).

Para que ocorra continuidade de cuidados e avaliação dos resultados obtidos em função do plano de cuidados elaborado são pertinentes os registos de enfermagem. Nos estágios, grande parte das escalas/avaliações realizadas não estavam disponibilizadas no sistema informático, apesar de estarem validadas para a população portuguesa. Ciente da importância do levantamento destes dados e para colmatar esta falha, optei por elaborar os registos em notas gerais para haver, posteriormente, um registo da minha intervenção e da evolução do utente perante o plano de cuidados definido junto da pessoa.

Grande parte dos utentes seguidos na ECCI tinham como seus cuidadores de referência os seus cônjuges (de idades semelhantes). Deste modo, foi importante trabalhar com estas famílias, realizar-lhe ensinos e conselhos no sentido dos cuidadores não menosprezarem a sua saúde. Serve como exemplo a situação da Sr.ª L. que, para não deixar o seu esposo com alzheimer sozinho em casa por longos períodos, tinha deixado de ir às suas consultas de rotina, indo de encontro ao que Petronilho refere, relacionado com o stress no prestador de cuidados membro da família:

> o exercício do papel de prestador de cuidados exige que as pessoas, gradualmente, sintam que se vão isolando do mundo que os rodeia, sobretudo dos amigos, dos vizinhos ou dos colegas de trabalho e deixam de dispor de tempo para as suas atividades lúdicas (Petronilho, 2007, p. 176).

Com esta senhora foi desenvolvido um trabalho de consciencialização para a necessidade de aceitação de auxílio. Após vários diálogos, a senhora concordou que tinha de cuidar dela em primeiro lugar para posteriormente poder cuidar do marido, acabando por pedir a um vizinho para ficar a tomar conta do esposo durante a sua ausência (competências comuns do EE, B3.1.4; B3.1.5, OE, 2019a).

Posteriormente, através de um diálogo informal com uma colega estudante da especialidade de saúde comunitária e com a assistente social, tomei conhecimento da existência de projetos sociais que têm como missão fazer acompanhamento aos idosos, para que os seus cuidadores não fiquem isolados no domicílio, permitindo que estes voltem a realizar as suas atividades diárias (ir ao café com as amigas, ir ao supermercado, ir a consultas), enquanto os voluntários da associação ficam em casa com o seu familiar. Esta poderia ter sido outra alternativa que poderia ter sugerido à Sr.ª L., de modo a que sentisse segurança ao sair de casa, ao invés da mágoa que ela comentava: “fecho a porta e parece que estou a abandoná-lo em casa” (SIC).

Nos locais de estágio, foi possível sugerir às pessoas ações que elas próprias poderiam realizar desde ensino sobre o calçado apropriado, o ter atenção aos espaços por onde deambulam estarem bem iluminados, o deixar uma luz de presença caso desperte durante a noite para ir à casa de banho, a utilização de dispositivos compensadores de visão, o ter atenção à disposição dos seus móveis e a remoção de barreiras arquitetónicas que pudessem originar quedas e a colocação de dispositivos que poderiam colocar nas suas casas de banho, como barras de apoio na banheira. De acordo com as competências comuns (OE, 2019a, p. 4747), o EE: “B2.2.1 – Identifica oportunidade de melhoria; B.2.2.2 – Estabelece prioridades de melhorias; B.2.2.3 – Seleciona estratégias de melhoria”.

Estas conjunturas apontadas vão de encontro ao que Oliveira et al. (2019) diz no seu estudo:

> Observamos diversos fatores de risco para queda no domicílio, sendo estes a polifarmácia, o histórico de quedas, o baixo desempenho cognitivo, visão prejudicada, diagnóstico de osteoporose, o medo de futuras quedas, a diminuição da força muscular, deficiência de

> vitamina D e cálcio, (…) pisos escorregadios, bordas de tapetes levantados, iluminação e a presença de animais domésticos (p. 1583).

Como já referi, a minha prestação de cuidados gerais, na Instituição onde exerço, é junto de utentes do foro ortopédico. Assim, no internamento destes, fui estando mais sensível para a preparação do regresso a casa da pessoa e para prevenir complicações como quedas no domicílio, transmitindo informação aos utentes e seus familiares acerca de ações de melhoria que podiam adotar na sua casa, de modo a evitar um novo reinternamento.

Como Ferretti, et al. (2013), refere no seu estudo, as pessoas idosas estão mais propensas a cair no domicílio devido à autoconfiança que têm para deambular num espaço que lhe é familiar e, por sua vez considerado mais seguro. Deste modo, considero pertinente o trabalho desenvolvido junto das famílias ao longo do estágio, quer nas primeiras visitas domiciliárias em ambiente comunitário, quer através das questões realizadas ao longo da consulta no CUr. Aqui procurei perceber como era constituída a casa dessa pessoa, para posteriormente alertar para comportamentos de risco na sua residência e propor possíveis modificações, com o objetivo de garantir um ambiente seguro, permitindo desenvolver as competências mencionadas.

C) "*Competências do domínio da gestão dos cuidados"*

Como referi no subcapítulo anterior, em ambos os locais de estágio tive oportunidade para apresentar o meu projeto de estágio quer ao EO, como aos restantes enfermeiros pertencentes à equipa multiprofissional. Esta apresentação permitiu que os elementos da equipa me questionassem sobre alguns dos seus doentes, bem como ajudou a escolher quais os utentes que iria trabalhar ao longo do estágio. Também a troca de impressões/informações, na chegada à equipa após uma visita domiciliária ou uma consulta de urologia de modo informal contribuiu para que atingisse as competências comuns para o EE:

> C.1.1.1 - Disponibiliza assessoria aos enfermeiros e à equipa; C.1.1.2- Colabora nas decisões da equipa de saúde; C.1.1.3 - Melhora a informação para a tomada de decisão no processo de cuidar; C.1.2.1 – Orienta a decisão relativa às tarefas a delegar; C.2.2.2 – Fomenta um ambiente positivo e favorável à prática; C.2.2.5 – Usa os processos de mudança para influenciar a introdução de inovações na prática especializada. (0E, 2019a, p. 4748-4749)

Na integração dos locais de estágio, a consulta de protocolos bem como saber os materiais disponíveis nos diversos locais (andarilho, canadianas, fitas, bastão, câmara expansora, caixa de apoio para estimulação sensorial…) permitiu que percebesse quais os recursos destes serviços e como poderia adaptar a minha prática de cuidados aos utentes que iria acompanhar.

No contexto comunitário ocorreu uma situação com a utente Sr.ª I.. Esta utente não era seguida pela equipa de reabilitação, mas devido ao colega que costumava cuidar desta família estar de férias, houve a necessidade de a visitar. A utente era acompanhada pela equipa por apresentar uma úlcera de pressão na região intranadegueira, sendo necessário a realização de penso. Quando cheguei a casa da utente deparei-me com uma senhora a fazer oxigenioterapia de longa duração no domicílio, com um cansaço fácil a pequenos esforços. Colocar-se na posição de pé, o estabelecer diálogo contribuía para que a mesma ficasse cansada. A Srª I. apresentava também edema nos membros inferiores.

A utente vivia com o seu filho, que foi chamado para vir observar como a sua mãe estava e questionado há quanto tempo apresentava os presentes sintomas. Explicou-se-lhe, simultaneamente, que a situação apresentada não era normal e que se deveria dirigir ao serviço de urgência, “Reconhece quando deve negociar com ou referenciar para outros prestadores de cuidados de saúde” (competências comuns do EE, C.1.1.4, OE, 2019a, p.4748). Foi questionado se queria que realizássemos a chamada para o número de emergência médica, ao que nos respondeu que se iria organizar e depois seguia a nossa sugestão, verbalizando na chamada telefónica os sintomas que nós dissemos que a sua mãe apresentava. Foi reforçada a necessidade de não esperar muito tempo até efetuar a chamada e da importância da realização da mesma, para a sua familiar ser encaminhada para o serviço de urgência com a maior brevidade possível. Senti-me impotente, estava na casa da pessoa, o seu cuidador tinha tomado uma decisão diferente da minha, a sua prioridade era primeiro organizar-se e posteriormente cuidar da sua mãe, soube no dia seguinte que a utente tinha ido ao serviço de urgência acabando por ter alta. Este foi um caso dialogado em equipa, detetou-se neste processo que esta utente não tomava corretamente a terapêutica, o médico de família realizou uma revisão da terapêutica e por consequente determinou-se um plano de acompanhamento a esta família que contemplasse a consciencialização sobre a importância da adesão ao regime terapêutico bem como a vigilância dessa adesão.

D) "*Domínio do desenvolvimento das aprendizagens profissionais*"

Após algumas semanas de estágio na ECCI, e depois de conhecer quais as tipologias de utentes que a equipa seguia, apercebi-me que grande parte dos utentes acompanhados pela equipa tinha IU. Esta evidência traduziu-se numa proposta de realização de uma formação sobre a IU nos idosos, consultando primariamente os enfermeiros da equipa para perceber se estes teriam interesse na sua elaboração. O objetivo foi dar a conhecer os vários tipos de IU existente e possíveis mudanças e ou conselhos que se podem dar para melhorar a qualidade de vida destas pessoas e seus familiares. A formação contribuiu para desenvolver competências enquanto formadora, para atingir as competências comuns para o EE, (OE, 2019a, p.4749): "D2.1.1. - Atua como formador oportuno em contexto de trabalho; D.2.1.2 – Diagnostica necessidades formativas; D2.1.4 – Favorece a aprendizagem, a destreza nas intervenções e o desenvolvimento de habilidades e competências dos enfermeiros;" Por consequente, materializou-se num jornal de aprendizagem (apêndice III) onde refleti o impacto da formação na equipa da UCC (competência comum do EE D2.1.5, OE, 2019a), através da formação dos pares proporciona-se que se dê respostas mais direcionadas sobre os temas em estudo, contribuindo para futuras aprendizagens, diminuído por consequente gastos em saúde e consequências relacionadas com a instalação da doença.

Ao longo do estágio tive atenção aos meus limites pessoais e profissionais, e dado o tema que escolhi para estudo, relevou-se importante não esquecer o cariz íntimo desta problemática e o quanto abordar este assunto para a pessoa poderia ser difícil, tendo primariamente presente a confiança que a pessoa tinha em mim, para abordar estes assuntos (competências comuns do EE, D.1.1.1; D1.1.2; D1.1.3, OE, 2019a). Deste modo, tive que desenvolver uma relação pessoal/profissional junto destas famílias, tal como Phaneuf (2002) refere:

> No setor dos cuidados de enfermagem, o trabalho relacional com a pessoa cuidada deveria ser primordial uma vez que é o veículo de toda a intervenção (…) A qualidade do contacto torna-se primordial uma vez que permite não somente conhecer melhor a pessoa cuidada, mas também aprender melhor a sua dificuldade a fim de intervir eficazmente (p. 10-11).

Em ambos os locais de estágio existiram momentos em que houve oportunidade para breves apresentações de colegas da equipa multiprofissional, quer de enfermeiros, fisioterapeutas e anatomia patológica, onde estes apresentavam à

equipa o seu trabalho atual, ou resultados da sua investigação, contribuindo para ter novos conhecimentos noutras áreas e perceber o trabalho desenvolvido pelos colegas.

A presença em jornadas, bem como a troca de impressões após a presença em congressos onde outros colegas da equipa multiprofissional tivessem estado presentes, demonstrou-se pertinente para ampliar as minhas aprendizagens sobre o que as outras áreas e até mesmo os EEER estavam a desenvolver nos seus locais de trabalho (competências comuns do EE, D.2.3.3; D.2.3.2; D2.3.1, OE, 2019a). A minha presença no congresso de Enfermagem de Reabilitação, permitiu também, compartilhar com os colegas de reabilitação da equipa alguns trabalhos mencionados pelos oradores (competências comuns do EE, D.1.1.4., OE, 2019a). Dado que para tomar decisões em segurança tenho que ter conhecimentos concisos, mostra-se pertinente valorizar a presença em formações e procurar por formações na minha área de interesse, uma vez que eu sou a responsável pela minha formação.

Não é de todo possível separar estas competências das minhas funções de cuidados gerais que prestei no meu local de trabalho ao longo dos estágios, onde compartilhei com os meus colegas resultados das participações em congressos, bem como reflexões/resultados de pesquisas encontradas e de situações ocorridas em estágio.

Como referi no subcapítulo anterior, a elaboração de jornais de aprendizagem, e o fato de estar em contacto com patologias diferentes das que tinha encontrado até à data, originou a elaboração de uma revisão sobre o estado da arte. As reuniões com o professor orientador, as reflexões com o EO e as apresentações de estudos de caso realizadas em sala de aula, contribuíram para o desenvolvimento de aprendizagens profissionais, uma vez que a reflexão das experiências que tive ao longo do estágio, o meu modo de atuação e as minhas escolhas têm impacto na pessoa.

Relativamente às competências específicas do EEER, a reabilitação:

> 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. Os seus objetivos gerais são melhorar a função, promover a independência e a máxima satisfação da pessoas, e deste modo, preservar a autoestima (OE, 2019b, p. 13565).

Tendo por base o regulamento de competências específicas do EEER, procedi à análise das aprendizagens realizadas e subsequente justificação das competências desenvolvidas no decorrer do estágio:

J1 - "Cuida da pessoa com necessidades especiais, ao longo do ciclo de vida, em todos os contextos da prática de cuidados"

Nos vários locais de estágio tive diversas oportunidades de aprendizagem em que desenvolvi conhecimentos e competências de ER à pessoa com necessidade especiais ao longo do ciclo de vida.

> O cuidado em enfermagem de reabilitação deve ser personalizado de acordo com os valores e necessidades do cliente. Conceitos de decisão partilhada e estabelecimento de metas são princípios das práticas de reabilitação. (…) Sustentada num suporte teórico fundamentado e recorrendo a várias escalas de medida, a reabilitação obterá sucesso e consequentemente clientes mais satisfeitos (Pestana, 2016, p. 54).

Ao longo destes meses, entrevistei os utentes para conhecer melhor o seu quotidiano/estilo de vida, realizei colheita de dados, conheci as habitações e os recursos que as comunidades ofereciam e mobilizei escalas e instrumentos de medida com o objetivo de realizar processos de ER mais completos e autênticos, tendo em conta os dados fornecidos e observados.

Na realização de uma avaliação funcional tem-se como objetivo determinar o estado físico funcional da pessoa, delinear a necessidade de intervenções, elaborar um plano de tratamento e avaliar e monitorizar a sua evolução (Kelly-Hayes, 2011, p. 161). Deste modo, nos locais de estágio, mobilizei algumas das escalas de avaliação integradas no documento de Instrumentos de recolha de dados para a documentação dos cuidados especializados em ER (2016) e com os instrumentos utilizados nos serviços. Neste sentido, apliquei as seguintes escalas: Força muscular *Medical Research Council*, Escala de *Ashworth* modificada, Medida de Independência Funcional (MIF), Índice de Barthel (utilizada na ECCI), Escala de Equilíbrio de Berg, Timed up and go, ICIQ-SF, Índice Internacional da Função Eréctil (IIEF-5), Avaliação Neurológica, Escala de Morse, Escala de Braden, Teoria do autocuidado (apêndice VIII), Mini Mental State Examination (MMSE).

No estágio hospitalar, como os utentes eram seguidos em regime de consulta, acabava por reavaliá-los semanas após o primeiro acompanhamento. Estas primeiras consultas de seguimento são importantes para perceber como era a vida da pessoa

previamente à cirurgia, de modo a avaliar as alterações que tinham ocorrido nas suas AVD´s como consequência da intervenção cirúrgica. A avaliação da funcionalidade é fundamental, dado que esta vai ter influência no levantamento do diagnóstico. Segundo a CIF, (2004, p.12) “a funcionalidade e a incapacidade de uma pessoa são concebidas como uma interação dinâmica entre os estados de saúde (doenças, perturbações, lesões, traumas, etc.) e os fatores contextuais”.

A título de exemplo, mobilizei as escalas anteriormente referidas na Sr.ª M., onde apliquei o Índice de Barthel, dado esta ser a escala utilizada na equipa de ECCI e por ser uma escala que permite conhecer as incapacidades de cada pessoa e adequar os cuidados às necessidades, de acordo com a pontuação obtida através da avaliação de cada atividade (Araújo et al., 2007). Esta era uma senhora que tinha sido submetida a hemiartroplastia não cimentada. Quando realizei a primeira avaliação apresentava um score de 60. Passadas três semanas, voltei a aplicar a escala com o objetivo de monitorizar os resultados da minha intervenção e a mesma apresentava um score de 80.

Relativamente ás condições habitacionais, a casa da Sr.ª M. não tinha degraus, tapetes, ou outras barreiras arquitetónicas visíveis, pois tinham sido realizadas alterações no domicílio enquanto a utente estava internada. A casa de banho tinha um alteador de sanita, barra de banho lateral de apoio no duche, bem como cadeira de banho giratória própria para a sua transferência no início/final do mesmo. Embora a casa não apresentasse nenhuma barreira arquitetónica visível, a utente apresentava alterações visuais (glaucoma) e esquecia-se de utilizar os seus óculos a maior parte das vezes. Após realizar a avaliação do MMSE, detetei que a utente apresentava défice cognitivo.

De acordo com a escala de equilíbrio de Berg, a utente apresentava um score de 25 (equilíbrio aceitável). De salientar que esta primeira avaliação foi realizada em duas visitas, devido à utente ter solicitado a paragem da avaliação pois estava a ficar cansada e triste por tomar consciência das suas limitações.

Nas primeiras visitas realizadas à utente, esta não estava a realizar treino de marcha devido a apresentar dor no membro que tinha sido operado. Passado um mês tinha-se progressivamente avançado para o treino de marcha com duas canadianas. Ao nível do autocuidado higiene e vestuário, a Sr.ª M. situava-se no sistema totalmente compensatório, tendo evoluído passado um mês para o sistema parcialmente compensatório. Relativamente ao autocuidado alimentar-se e beber,

situava-se no sistema de apoio educação (a utente apresentava alteração no requisito universal para o autocuidado, manutenção de uma suficiente ingestão de água e de quantidade de alimentos alterada), ao nível das transferências (leito, cadeira) estava inicialmente no sistema parcialmente compensatório, tendo evoluído para o sistema de apoio educação, passadas três semanas.

Programou-se a visita a casa desta utente três vezes por semana e estabeleceu-se um plano de cuidados (apêndice VI) em conjunto com ela, no intuito de restabelecer a capacidade funcional que a Sr.ª M. tinha anteriormente ao internamento, reduzir o grau de dependência e de incapacidade, aumentando por sua vez a autonomia (Sousa, L. 2016). Este plano teve como foco reeducação funcional motora, reeducação funcional a nível respiratório e de eliminação, capacitação da pessoa para o autocuidado e a prevenção de complicações.

Implementei, igualmente, um programa de reabilitação ao Sr. J. (apêndice XI), de 85 anos, que foi encaminhado para a ECCI após estar internado numa unidade de média duração. O utente teve um AVC isquémico, apresentando como sequela hemiplegia do seu hemicorpo esquerdo, e regressava agora a casa, passados sete meses do seu acidente. A principal prestadora de cuidados era a sua esposa, uma senhora da mesma faixa etária. Os seus filhos tinham contratado uma cuidadora que ia 6h por dia a casa do Sr. J..

O Sr. J. tinha regressado havia poucos dias ao seu domicílio; a família tinha solicitado alta do local onde estava anteriormente, estando numa fase adaptativa a esta transição. O utente estava triste, sentia-se impotente com a sua situação atual, consciente que a sua esposa estava a ficar sobrecarregada, desconhecendo ele como minimizar esta carga. Após a primeira visita, lembro-me de confessar à EO que esta família apresentava muitas complexidades para serem trabalhadas. Assim iríamos ter que intervir junto do Sr. J., mas também da sua esposa e da cuidadora que os filhos tinham contratado, pois “é necessário, também, contribuir para aumentar o repertório de conhecimentos e capacidades do membro da família prestador de cuidados, estando atentos a sinais e sintomas de sobrecarga, por forma a que ele próprio se adapte a este processo de transição” (Petronilho, 2007, p.53). Refleti com EO e estabeleci um plano de ação para esta família (apêndice XI). Apesar de ter um plano de ação vasto para trabalhar com o Sr. J., para ter ganhos, tive que definir e hierarquizar as prioridades juntamente com esta família. Foi necessário perceber quais eram os principais problemas e, enquanto estes não estivessem resolvidos, não

poderia avançar com o plano de cuidados estabelecido previamente. O plano de reabilitação para este utente (apêndice XI) tinha como objetivo a reeducação funcional sensoriomotora, reeducação funcional respiratória, reeducação da deglutição e eliminação, promoção do autocuidado e aumento, por consequentemente, da auto-estima e bem-estar, através do treino das AVD nos autocuidados alimentar-se, higiene e vestir-se.

Na primeira visita foram aconselhadas mudanças à sua casa, mais especificamente na sala e no quarto, de modo a que o utente recebesse mais estímulos do lado afetado (Menoita, 2012). Fiz também ensino à família do Sr. J. para que o abordassem e tocassem pelo lado mais afetado, com o objetivo de estimular a sensibilidade postural, reeducar o reflexo postural do lado lesado e reintegrar o esquema corporal (Menoita, 2012).

Um dos primeiros problemas a ser detetado e trabalhado foi a alteração da eliminação intestinal, a obstipação. Na primeira semana de acompanhamento, o utente referia mau estar e necessidade de evacuar, o que não acontecia desde do seu regresso ao domicílio. Expliquei inicialmente que a diminuição da mobilidade pode originar a diminuição dos movimentos peristálticos, contribuindo para a obstipação (Menoita, 2012) e explanei sucintamente a fisiologia do tubo digestivo. Posteriormente, percebi que previamente ao AVC, o utente já tinha problemas intestinais, tendo cuidado com a sua alimentação. Realizei a inspeção do abdómen, a avaliação do recto e a pesquisa de fecalomas, que foram removidos manualmente.

Perante esta colheita de dados realizei ensinos à esposa e sua cuidadora referentes a cuidados a ter com a alimentação (dieta rica em fibras, como vegetais de folha, legumes, frutos secos), com a ingestão hídrica, e a não ignorarem os pedidos do familiar para ir evacuar, devendo levá-lo à sanita para este o fazer mais facilmente, dado que esta é a posição fisiológica normal (Gender, 2000). Uma vez que, anteriormente, o senhor evacuava no período da manhã, foi combinado que, após o pequeno-almoço, o utente fosse encaminhado para a casa de banho, de modo a aproveitar o reflexo gastrocólico. Procedi também ao ensino da massagem abdominal que o utente realizava no leito antes do levante e durante a eliminação intestinal. No decorrer desta primeira semana, o utente mantinha-se a referir desconforto abdominal. A esposa e a cuidadora foram questionadas sobre se estavam a seguir as nossas sugestões, tendo a esposa confessado que não. Após tentarmos perceber o porquê desta atitude e obtido resposta vagas, optámos por reforçar os ensinos. No

final da semana seguinte, o utente já não referia desconforto abdominal, estando a esposa satisfeita com os ganhos conseguidos.

Nas visitas seguintes, avaliei a força muscular do utente. De acordo com a escala Medical Research Council, apresentava uma força de 2/5 ao nível dos membros superior e inferior esquerdo e no hemicorpo direito tinha força muscular mantida (5/5). Apliquei também a escala modificada de Ashworth apresentando o utente grau 0 - tónus muscular normal. Realizei ainda uma avaliação neurológica, e na avaliação dos pares cranianos (apêndice X), mostrava lesão no par abducente, lesão no trigémio (apresentava diminuição da sensibilidade tátil e térmica). Possuía lesão do par facial, testada pela assimetria facial quando solicitado para fechar os olhos e franzir o sobrolho. Por fim, avaliei o Índice de Barthel, no qual detinha um score de 25 (apêndice IX).

Recorri à reabilitação motora do utente, capacitando também a família tendo como objetivos evitar ou diminuir a instalação de espasticidade, estimular a sensibilidade, treinar o equilíbrio, estimular movimento do lado afetado e reeducar o mecanismo reflexo-postural (Menoita, 2012). Contudo, para cumprir estes objetivos, iniciei o plano de cuidados pela execução de atividades terapêuticas, por exercícios de rolamento para o lado mais afetado com necessidade de ajuda parcial, precisando de ajuda total para rodar para o lado menos afetado, de modo a: “reeducar o reflexo postural do lado afetado, estimular a sensibilidade, favorecer o alinhamento corporal…” (Menoita, 2012, p.101). Foram introduzidos exercícios de ponte, para fortalecer os músculos com o intuito de assumir a posição ortostática (Menoita, 2012). Posteriormente, treinei com o utente o equilíbrio estático e dinâmico na posição de sentado.

A esposa esteve presente durante as atividades terapêuticas. De realçar que, no treino de rolamento, a esposa ficou agradada por este colaborar no exercício, não necessitando ela de fazer tantos esforços na mobilização. Combinei então com a esposa, na próxima visita, ir à mesma hora, para treinar com ela como posicionar o Sr. J. no leito.

> O treino sobre os cuidados a prestar no domicílio são estratégias fundamentais com vista a capacitar o membro da família cuidador para lidar com a situação de dependência geradora de necessidades, sobretudo, no domínio do bem-estar, no autocuidado e na prevenção de complicações, com fortes implicações na qualidade de vida destas pessoas cuidadora/cuidada (Petronilho, 2007, p. 54).

Sendo a esposa a sua principal cuidadora, estabeleci um plano de cuidados, em conjunto com o EO, que contemplasse os ensinos sobre posicionamentos, transferências e alimentação.

Quando iniciámos os ensinos à esposa do Sr. J. sobre os posicionamentos, abordámos o objetivo da utilização de almofadas para o posicionar no leito. Falámos também acerca dos produtos de apoio, que se tratam de: “qualquer produto, instrumento, equipamento ou sistema técnico usado por uma pessoa com deficiência, especialmente produzido ou disponível que previne, compensa, atenua ou neutraliza a limitação funcional ou de participação” (Decreto-Lei 93/2009, 16 de Abril, p. 2276).

Um exercício terapêutico sugerido ao Sr. J., e ensinado à sua esposa para incentivar a elaboração do mesmo na nossa ausência, foi o ensino de automobilização, que este aproveitava para realizar na posição de sentado, tendo como objetivo tomar consciência do membro superior mais afetado como parte integrante do seu corpo e manter esse membro em posição anti-espástica (Menoita, 2012).

A este utente, como a tantos outros que a ECCI acompanhava, em cada visita foi estabelecido com a pessoa um plano de ação, bem como combinado o que se poderia realizar na próxima visita. Dava orientações de exercícios para os utentes efetuarem na nossa ausência, uma vez que a equipa não estava presente 24h na casa das pessoas, nem havia a possibilidade de ir diariamente. Nos programas terapêuticos em que não é exequível realizar um programa intensivo, as orientações familiares assumem extrema importância (Menoita, 2012), já que foi através destas, e em conjunto com o trabalho de EEER desenvolvido, que se verificaram ganhos em saúde nesta família, como a melhoria da autonomia no autocuidado alimentação, a aquisição de uma postura correta, a consciencialização e execução do posicionamento em padrão antiespástico e a manutenção do padrão intestinal, contribuindo estes para o bem-estar e participação na vida familiar. Todos estes aspetos contribuíram para que eu desenvolvesse as competências no domínio J1.1.

Um outro exemplo de cuidados onde desenvolvi competências para os domínios mencionados, foi no CUr, quando acompanhei o Sr. A., de 68 anos, na consulta o primeiro mês pós prostatectomia. Nos primeiros dias de regresso ao domicílio necessitou de recorrer ao uso de cueca fralda porque estava com muitas perdas de urina. Presentemente, utilizava dois pensos de incontinência todos os dias,

apresentava pequenas perdas em situações de esforço e referia sentir que tinha menos capacidade de armazenamento. Apliquei o questionário ICIQ-SF, em que apresentava: Frequência – 4 (perdia urina diversas vezes ao dia); Quantidade – 2 (perdia uma pequena quantidade de urina); Impacto – 4 (o quanto estas perdas interferiam na sua vida diária); Total – 10, "perco quando tusso ou espirro, perco quando estou fazendo atividades físicas".

Dada esta colheita de dados sugerimos-lhe que retirasse o penso de incontinência à noite, uma vez que não apresentava perdas neste período, de modo a responsabilizá-lo e melhorar a sua autoestima. Em conjunto com o EO, realizamos ensinos de treino vesical ao utente: primariamente adiar a ida a casa por 15 minutos, e depois, ir aumentado esse período sucessivamente, dado ser uma estratégia utilizada para espaçar gradualmente o tempo entre micções e melhorar a continência nas pessoas com IU por esforço (Gray & Moore, 2012). Por último, sugerimos ter atenção à ingestão hídrica diária. Os ensinos realizados a esta família tiveram como objetivo a adaptação do utente, com vista à promoção seu do bem-estar e da sua qualidade de vida. Quando contactado telefonicamente (após duas semanas), o utente referiu que realizava o treino vesical e o controlo da ingestão hídrica como planeado, descrevendo melhorias no seu dia-a-dia. Assim, permanecia mais tempo sem ir ao wc e tinha removido o penso de incontinência no período da noite, não apresentando perdas de urina. Esta experiência contribuiu para o desenvolvimento das competências em foco.

Identifiquei as necessidades de intervenção EEER em pessoas com diversas idades e em diferentes recursos de cuidados (internamento, consultas e domicílio), impossibilitadas de executar atividades básicas de forma independentes, centrando as minhas intervenções na implementação/realização de planos especializados tendo em vista a qualidade de vida, ampliando as suas capacidades para o autocuidado, e indo de encontro as competências específicas da OE enunciada.

J2 – *"Capacita a pessoa com deficiência, limitação da atividade e/ou restrição da participação para a reinserção e exercício de cidadania"*

Nos vários locais de estágio houve uma preocupação em conhecer como era constituída a casa da pessoa, quais os apoios de que dispunha e como era o seu quotidiano, com vista a desenvolver ações que colaborassem com o decorrer da transição para uma condição de maior dependência, prevenindo complicações que

pudessem suceder devido a existência de barreiras arquitetónicas ou até mesmo alterações no autocuidado e bem-estar da pessoa que pudesse estar a contribuir para o isolamento social.

Foi o que ocorreu com a Sr.ª F., de 86 anos, com antecedentes de alzheimer, hipoacusia e diminuição da acuidade visual. Foi solicitada a presença da equipa de ECCI, dado que a senhora regressava a casa após ter sido submetida a um encavilhamento gamma do fémur direito. Realizei a primeira visita domiciliária a esta família, juntamente com o EO, e constatei que o filho tinha realizado alterações à disposição do mobiliário, de acordo com o que lhe tinham aconselhado no internamento, com o objetivo de facilitar a deambulação da mãe no domicílio e prevenir novas quedas. Questionei o filho sobre como era antes a disposição da casa e expliquei que, apesar de ele ter realizado adaptações ao domicílio para facilitar a deambulação da sua mãe com o andarilho sem ter barreiras arquitetónicas, estas não estavam a ter o efeito pretendido. Esta questão vem no seguimento do referido em CIF (2004, p.187) ao abordar os fatores facilitadores, que referem ser " fatores ambientais que, através da sua ausência ou presença, melhoram a funcionalidade e reduzem a incapacidade de uma pessoa". A sua mãe, pelos antecedentes que possuía, poderia não estar a reconhecer o espaço físico da sua casa. Aconselhei-o a dispor a cama como estava antes do internamento da Sr.ª F.. Ele compreendeu e seguiu a orientação dada, referindo ter sido benéfica, dado não encontrar a mãe nos dias seguintes a andar pelo quarto, contribuído para uma melhor autonomia e qualidade de vida.

Na primeira visita avaliei as condições habitacionais e apercebi-me que a casa de banho não estava adaptada à chegada da Sr.ª F., pois a higiene da mesma era realizada no quarto. Aconselhei o filho a realizar algumas remodelações naquela divisão, de modo a que a sua mãe fosse lá realizar os seus cuidados de higiene, dado que, previamente à cirurgia, a Sr.ª F. era uma pessoa independente.

Aproveitei o facto de o filho ter referido que tinha encontrado a sua mãe urinada, para abordar o tema da IU. Questionei-o acerca dos hábitos da mãe, que o mesmo desconhecia (a Sr.ª F. referiu apenas que nunca utilizava fralda). Fale-lhe sobre os produtos de apoio que a sua mãe poderia utilizar. Neste sentido, e para facilitar o autocuidado uso do sanitário, sugeri a mudança para cueca fralda, dado que a Sr.ª F. utilizava diariamente uma fralda de incontinência. Na visita domiciliária seguinte à Sr.ª F., o filho referia que ela já estava a dormir melhor e que já não a encontrava durante

a noite a deambular pelo quarto. Questionei também a Sr.ª F. sobre a vontade de urinar, de modo a introduzir treino de hábitos. Quando a mesma quis ir à casa de banho, reconheceu o caminho, ligou a luz, despiu as suas roupas autonomamente, puxou o autoclismo, utilizou papel higiénico, vestiu-se novamente e lavou as mãos. A utente apresentava continência urinária, conforme Garrido E., (2013), descreve.

De acordo com Sequeira (2010), o declínio de alguns sistemas sensoriais condiciona o contacto com o meio e dificulta as ações diárias da pessoa, existindo uma relação entre as alterações da perceção e do desempenho cognitivo. Retomo uma situação vivenciada junto da Sr.ª M., utente de quem falei anteriormente (utente de 84 anos submetida a hemiartroplastia). No decorrer do plano de cuidados à utente foi realizado treino de marcha com andarilho (apêndice VI). Dado o *score* de avaliação da escala de Berg (24) foram realizados exercícios de treino de equilíbrio estático primeiramente e, posteriormente, dinâmico. Durante a execução dos exercícios, verificou-se que a utente apresentava receio de cair, o que vai de encontro ao referido por Kisner & Colby (2016, p.269) ao sublinharem que "Pessoas idosas que já tenham sofrido uma ou mais quedas podem desenvolver medo de cair, o que leva a perda de confiança e habilidade de realizar tarefas rotineiras"

Numa das visitas, a utente comentou que na sua juventude jogava futebol e pertencia a uma equipa de futebol feminino na sua terra natal. Vi aqui que poderia aproveitar para realizar treino de equilíbrio e propriocetivo, introduzindo a utilização de uma bola no plano traçado para a Sr.ª M.. Na visita domiciliária seguinte, levei uma bola para realizarmos exercícios. A reação da utente quando viu uma bola na minha mão foi cativante, pois nem podia acreditar que ia jogar à bola. Realizei treino de equilíbrio, atirando a bola, inicialmente com a Sr.ª M. sentada à sua altura e, posteriormente, acima da sua cabeça. Como a utente apresentava equilíbrio mantido, progredi para treino de equilíbrio em bipedestação ao apanhar a bola à altura da Sr.ª M., seguido de treino de equilíbrio em bipedestação ao alcançar e apanhar a bola acima da cabeça. Com esta dinâmica a utente esqueceu-se do medo que tinha de cair, centrando-se no objetivo de jogar à bola como ela tanto gostava. Segundo Sequeira (2010), os problemas que os idosos apresentam na realização de uma nova aprendizagem podem estar relacionados com a escassez de estratégias utilizadas, dados que muitos têm uma atitude deveras passiva para aprender em comparação com os adultos.

Ao longo do plano de cuidados desenvolvido junto da Sr.ª M., realizei treino de marcha dentro de casa com apoio de andarilho (avança o andarilho, posteriormente o MIE e de seguida o MID), necessitando algumas vezes de orientação verbal para realizar técnica de deambulação corretamente. Gradualmente progredimos para treino de marcha com apoio de duas canadianas. A utente, previamente à queda, já deambulava com auxílio de uma canadiana, a qual não estava adaptada à altura da Srª M., o que foi retificado. Comecei por instruir a utente a deambular com apoio de canadianas (primeiro avançam as duas canadianas, posteriormente o MIE, e de seguida o MID) e, progressivamente, evoluímos para treino de subir e descer escadas com apoio de canadianas. Subiu e desceu 4 degraus (as canadianas acompanham o movimento, MID sobe primeiro depois o MIE, para descer ocorre o movimento inverso). A utente apresentou descoordenação motora na realização do exercício, tendo sido necessário realizar indicações verbais para a mesma executar a técnica corretamente. Ao longo do trabalho desenvolvido com os utentes percebi a importância de conhecer a história da pessoa, quais os seus interesses, qual a sua identidade, de modo a potenciar as mesmas, promovendo atividades de acordo com essas capacidades, com as suas limitações físicas e cognitivas, evitando o stress, maximizando a sua autonomia e qualidade de vida.

Uma família que quero contemplar neste relatório e com a qual tive oportunidade de implementar intervenções e desenvolver as competências em análise, foi a da Sr.ª E.. Esta utente tinha 84 anos, foi encaminhada para a ECCI com o diagnóstico de Síndrome de Hipoventilação por obesidade e Insuficiência Respiratória Global. Teve alta do hospital com indicação de realizar oxigenioterapia de longa duração (OLD) 1l/min durante 24h, e ficou a aguardar nova consulta de pneumologia. Foi seguida pela EECI e, entre os problemas detetados na primeira visita, um deles foi a senhora não perceber a razão de ser necessário estar com oxigenioterapia no domicílio, uma vez que estava a ser problemático ter que circular pela casa com o prolongador de O2, já que tinha como preocupação o esposo cair por não visualizar o fio.

Foram necessárias múltiplas tentativas, ao longo de várias visitas, para a senhora compreender a razão de necessitar de OLD. Conseguido este esclarecimento, permanecia outro problema, a questão de ter receio que o esposo tropeçasse no fio e caísse ou a magoasse. Deste modo, sugeri que colocasse pequenas porções de fita-cola colorida para o esposo ter facilidade em identificar onde

estava o fio ou que a Sr.ª E. fosse enrolando o fio à medida que percorria a casa, de modo a que este não estivesse espalhado por onde tinha, anteriormente, passado - foi esta a situação com que me deparei inicialmente. A senhora acabou por seguir as sugestões. Nas visitas domiciliárias da semana seguinte, estas barreiras já estavam resolvidas e diminuído o risco de queda dos idosos naquele domicílio.

Surgiu outra questão nesta família: a senhora gostava de sair de casa para ir ao cabeleiro, mas ficou impossibilitada devido à sua necessidade de OLD. Dei a conhecer à utente a existência de vários dispositivos no mercado, incluindo modelos portáteis que contribuíam para que as pessoas continuassem a ter o seu estilo de vida. Sugerimos que voltasse a entrar em contacto telefónico com a empresa que lhe tinha fornecido o oxigénio. Quando falei (via telefónica) mais tarde com a filha da Sr.ª E., percebi que este assunto já estava a ser tratado e tinha ficado logo encaminhado no momento da alta da sua mãe. Pedi então à filha para partilhar esta informação com a sua mãe, dado que este problema estava a gerar desconforto, ansiedade e tristeza, pois a utente desconhecia a existência de OLD portáteis e que iria ter um no domicílio.

Atendendo a este cruzamento de informação, e com objetivo de prevenir complicações, promover o bem-estar e autocuidado, senti necessidade de realizar ensinos à Sr.ª E. e seu marido sobre os cuidados a ter no domicílio com OLD (a utilização de O_2 deveria ser realizada longe de qualquer fonte de chamas e não poderiam fumar na divisão onde estivesse a utilizar o O_2).

Iniciei o plano de cuidados com o intuito de manter a funcionalidade da Sr.ª E. através de reeducação funcional respiratória (dissociação dos tempos respiratórios, exercícios de respiração abdominal, exercícios de expansão costal e treino de exercícios globais) e procedi ao ensino de técnicas de conservação de energia a realizar durante a realização das AVD, com o objetivo de promover autonomia e autocuidado – como consequência do surgir da patologia, a Sr.ª E. tinha perdido, gradualmente, a capacidade para se autocuidar e arranjar a sua casa. Relativamente aos cuidados de higiene, a utente já tinha optado por colocar um banco na casa de banho para diminuir o cansaço durante o duche, referindo que a dificuldade maior era lavar o seu cabelo. Não foi possível acompanhar este treino até ao fim, dado a senhora ter sido admitida na ECCI poucas semanas antes do estágio terminar. O plano de cuidados foi então, continuado pela EO.

Uma outra situação de cuidados, na qual tive oportunidade de realizar um conjunto de intervenções que me permitiram continuar o processo de desenvolvimento

das competências em análise, diz respeito à minha interação com o Sr. M., de 70 anos, submetido a prostatectomia radical. Na consulta de seguimento do 1º mês pós-operatório, referiu estar descontente com as consequências que a cirurgia originou na sua vida diária. Apesar de saber que a incontinência urinária era uma possibilidade, nunca pensou que esta tivesse o grande impacto que estava a ter na sua rotina. Uma simples ida ao café com os amigos estava a tornar-se numa tortura e o caminho de regresso a casa era acompanhado por perdas de urina. Para além disso, o estar de pé em convívio na rua a falar, contribuía para haver pequenas perdas de urina, referindo que o penso de IU que utilizava "ficava encharcado" (SIC). O utente referiu que, antes de ser operado, considerava-se saudável, não sentia a sua doença e agora constatava estar doente. A sua vida começava a estar afetada, e algo que tinha começado há menos de um mês já estava a ter um grande impacto a nível emocional, social, físico e económico. Este testemunho vai de encontro ao referido por Carvalho (2012), nomeadamente, que

> No indivíduo sujeito a prostatectomia radical observa-se um profundo impacto psicossocial a partir das alterações provocadas pela presença de incontinência urinária e disfunção erétil, que conduzem a que o homem olhe para o próprio corpo modificado com dificuldade de exposição à companheira, restrição de atividades e contactos sociais (p. 35)

No decorrer da consulta, o utente trouxe os questionários ICIQ-SF já preenchidos, em que apresentava um elevado *score* no parâmetro "Impacto", onde registava um valor 8 em 10 (grande impacto na vida diária). No que respeita à Frequência apresentava um *score* 4 (diversas vezes ao dia) e na Quantidade um *score* 2 (pequena quantidade) Total – 14, referindo "perde urina antes de chegar ao Wc; perde quando tosse ou espirra, perde quando faz exercício, quando termina de urinar e se veste; perde urina sem motivo aparente".

Inicialmente tentei perceber quais as rotinas do Sr. M., em que situações apresentava perdas de urina, como era o seu jato urinário e que comportamentos adotava com o objetivo de dar uma resposta adequada à situação apresentada. O utente tinha incontinência urinária por esforço, que se manifestava em situações como andar, permanecer algum tempo de pé, adquirir a posição ortostática e voltar a sentar-se. Aconselhei a recorrer à casa de banho, de modo a evitar ter perdas, antes de realizar atividade (ir ao café, à mercearia). Realizei ensinos referentes a um melhor controlo da ingestão hídrica e à redução de líquidos no final do dia. Neste sentido,

sugeri ao Sr. M. que regulasse a ingestão de líquidos de acordo com as atividades que tinha planeadas para o seu dia, como o ir comprar o jornal ou ir ao café, incluindo o limitar a ingesta, de modo a evitar ter perdas de urina no percurso.

Mostrei ao utente umas cuecas que poderia adquirir em substituição do penso, dado que referia que o uso do penso também lhe causava transtorno, uma vez que sentia a urina a ficar retida. Dado que não apresentava perdas noturnas, foi incentivado a deixar de utilizar o penso durante a noite. Na consulta seguinte quando questionado sobre a utilização das cuecas, referiu que tinha experimentado mas que não se sentia confortável e manteve apenas a utilização de um penso no período diurno. Realizei-lhe ensino de fortalecimento da musculatura pélvica (exercícios de Kegel), inicialmente em decúbito dorsal e, posteriormente, em posição ortostática. Quando executou os exercícios verifiquei que os fazia incorretamente em decúbito dorsal (contraía a região abdominal e perineal), mas realizava-os sem dificuldade quando em pé. Foi esta a posição que aconselhei para os realizar em casa. Foi aconselhado a realizar os exercícios de Kegel na posição de pé, uma vez que é a posição em que contraía os músculos com maior eficácia. Neste sentido, estabelecemos um plano para realizar 3 vezes ao dia com 10 contrações com tempo de contração de 5 segundos e de relaxamento de 5 segundos. Na consulta seguinte, o utente referiu que mantinha o plano diário de execução de exercícios de Kegel na posição de pé como estabelecido e demonstrou como os realizava; verifiquei que continuava a executá-los corretamente. Decidimos progredir para um plano de exercícios 3 vezes ao dia com 10 contrações com tempo de contração de 10 segundos e de relaxamento de 5 segundos. Nesta consulta (passado cerca de um mês), para além destes aspetos, referiu também melhorias ao longo das últimas semanas, já conseguindo realizar as suas caminhadas (cerca de 8km), bem como ir buscar os netos à escola sem ter pressa para regressar a casa para ir urinar.

Não só no domicílio como no internamento, temos de estar atentos à interação familiar, esta mostra-nos diversas pistas de como será esta relação na nossa ausência. Algo com que me preocupei ao longo dos estágios foi a sensibilização da família para a realização do autocuidado. Aconteceu no domicílio do Sr. J. (apêndice XI) a quem, como referi anteriormente, a esposa ou a cuidadora subsituam em grande parte das tarefas, como lavar a cara, fazer a barba e concluir a refeição. Percebi junto destas que o faziam não só porque não gostavam de o ver “sujo” na situação do

autocuidado alimentar-se, mas também por não conseguirem vê-lo a tentar realizar uma tarefa e acabavam por substitui-lo na sua realização.

No caso da Sr.ª L., esta substitui no autocuidado o seu esposo, o Sr. JC. (com antecedentes de alzheimer). Aqui, o utente conseguia realizar o autocuidado higiene, vestir-se e alimentar-se, mas a esposa não deixava que ele os realizasse autonomamente porque estava cansada de o supervisionar/corrigir na realização destas tarefas. Assim, tentei sensibilizar a Sr.ª L., demonstrando que o seu esposo conseguia realizar as tarefas e que apenas necessitava de supervisão. No entanto, ela negava, referindo que ele não as elaborava do modo correto, desvalorizando a realização da tarefa pelo esposo. Acabei por perceber, que a Sr.ª L. estava exausta de cuidar do marido, acabando por o referenciar para a rede de cuidados continuados para descanso do cuidador.

Perante esta exposição, penso ter desenvolvido as competências definidas pela OE, ao elaborar um plano de treino de AVD junto dos diversos utentes e suas famílias com vista à maximização da autonomia e da qualidade de vida e, por consequência, prevenção do isolamento social.

J3 – "Maximiza a funcionalidade desenvolvendo as capacidades da pessoa"

No decorrer dos estágios foram desenvolvidas atividades com vista a maximizar a funcionalidade, potenciando o desenvolvimento das capacidades da pessoa e sua autonomia. Apreendi que, para obter ganhos, para além de conhecer a pessoa, tenho que dar-lhe tempo, remetendo ao que Taylor (2008, p. 77 e 86) dizia no seu livro: "Tenham calma! (…) Tenham paciência!" "Repitam! Por favor, tentem mais uma vez!". A autora referia-se ao tempo necessário para entender o que as pessoas queriam dela, tempo para ela perceber e elaborar a tarefa, tempo para descansar. Tempo este, que todos nós precisamos, para nos readaptarmos às mudanças que ocorrem ao longo do ciclo vital. Contudo, todos temos diferentes conceções de tempo, e devo então, enquanto profissional de saúde, ter atenção ao tempo de cada um.

Neste contexto relato o acompanhamento que tive oportunidade de realizar ao Sr. H., de 74 anos, no meu estágio de observação participante no serviço de neurocirurgia, tendo em mente as vivências que Taylor (2008) descreve no seu livro me acompanhado na prestação de cuidados a este utente. O Sr. H. tinha sido

internado com o diagnóstico de lesão ocupante de espaço parietoccipital esquerda, e apresentava disfasia, agnosia e disgrafia, sendo a comunicação um obstáculo na prestação de cuidados. Este utente necessitava de auxílio para atingir autonomia, uma vez que elaborava tarefas simples com necessidade de indicações verbais ou visuais. Deste modo, trabalhei inicialmente o treino para o autocuidado higiene. Foi necessário tempo para que o utente primariamente escolhesse e dispusesse os objetos necessários para este autocuidado e para que conseguisse efetuar esta tarefa com êxito. Rapidamente compreendi que, para ter disponibilidade para realizar esta tarefa com este utente, e dada a constituição do serviço, tinha a necessidade de priorizar a realização da mesma, de modo a que este fosse um dos últimos a ir ao duche, para poder estar com tempo, sem interrupções de outros utentes, tal como tinha acontecido no primeiro dia.

Nos diferentes estágios, esta foi uma palavra que indiretamente foi sendo trabalhada com a família/cuidadores: dar tempo aos seus familiares para se adaptarem a esta nova transição, dar tempo para elaborar as tarefas, não os substituindo e, deste modo, proporcionar autonomia e bem-estar.

Nas diversas famílias a que pude prestar cuidados de ER durante o estágio, houve situações de imprevisibilidade que obrigaram a que tivesse que readaptar o meu plano de ação, com o objetivo de evitar a instalação de complicações a longo prazo. Tive que sugerir mudanças (eliminação de barreiras arquitetónicas), realizar ensinos para a elaboração do autocuidado ao seu familiar e relacionados com a prevenção de lesões musculares, causadas pela prestação de cuidados (por exemplo à esposa do Sr. J. e sua cuidadora, ensinos relativo a transferências e posicionamentos).

Durante o estágio desenvolvi programas com vista à maximização da funcionalidade das pessoas. Para tal, foi fundamental realizar uma avaliação minuciosa do indivíduo, através da utilização de escalas, para poder elaborar programas de reabilitação a implementar ao utente e sua família e, posteriormente, avaliar os ganhos obtidos, como ocorreu com a Sr.ª M. e o Sr. J. (apêndice VI e apêndice XI).

3. AVALIAÇÃO GLOBAL DO TRABALHO DESENVOLVIDO EM ESTÁGIO

No decorrer destes últimos dois anos desenvolvi competências comuns de EE e específicas de EEER, que culminaram na realização do estágio e elaboração do presente relatório. Serve este momento para proceder à avaliação deste meu percurso.

Foram vários os momentos de aprendizagem e crescimento. Apesar do surgimento de alguns obstáculos, que obrigaram a alterações ao que tinha programado inicialmente realizar, considero ter cumprido os objetivos a que me propus inicialmente.

Aquando da visita ao local de estágio de contexto hospitalar, confesso que fiquei expectante com a hipótese de realizar um estágio em ambiente ambulatório. Algo que de início me pareceu positivo, acompanhar as pessoas em ambiente hospitalar, mas num contexto em que estivessem inseridas na comunidade, passou a ser uma das maiores dificuldades sentidas. A maioria dos utentes tinha acompanhamentos mensais ou até trimestrais e a duração do meu estágio foi de apenas seis semanas. Assim, foi necessário adaptar o projeto de estágio e, infelizmente, não foi possível acompanhar periodicamente tantos utentes como ambicionava. Para colmatar esta dificuldade, comecei por tentar acompanhar o maior número de utentes que ainda não tivessem sido submetidos a intervenção cirúrgica, uma vez que poderia segui-los, posteriormente, no pós-operatório mais regularmente. Outra estratégia implementada, após reflexão com o EO, foi a realização de *follow-up* telefónico aos utentes de modo a perceber como estes estavam, se estavam a seguir as indicações dadas, quais as suas dificuldades e melhorias e sugerir novas estratégias a implementar de acordo com as queixas que os mesmos apresentassem.

Durante este período de tempo, foi necessário conciliar o estágio com a minha vida pessoal e profissional. Para poder acompanhar os utentes com os quais estava a trabalhar e conseguir dar resposta à carga horária definida para os locais de ensino clinico, tive que readaptar os meus horários e, consequentemente notei o surgimento de fadiga. Confesso que nas últimas semanas devido ao cansaço acumulado, a exigência de elaboração de trabalhos, a alteração de locais de estágio e, por consequência, uma nova reintegração, sentia-me exausta.

Apesar de terem existido alguns pontos fracos, os ganhos obtidos superaram-nos. Consegui aplicar o meu projeto, bem como trabalhar o tema que escolhi aprofundar, desenvolvendo-o nos vários contextos onde tive a oportunidade de estagiar. Segundo a literatura, Fontes, (2011) refere que a incontinência urinária é acentuada pelo crescente aumento da esperança média de vida, uma vez que a sua prevalência aumenta com o envelhecimento e dependência funcional. Assim sendo, atendendo à média das idades dos utentes dos serviços onde estagiei, considerei haver uma elevada probabilidade de ter contacto com pessoas com esta patologia, o que acabou por se verificar, dado que trabalhei com indivíduos com diferentes tipos de IU, em múltiplas faixas etárias e contextos distintos.

Quando planeei o estágio, dado que sempre trabalhei em ambiente hospitalar, escolhi primariamente iniciar este em contexto comunitário, com o intuito de perceber como era realizada a articulação com o ambiente hospitalar e como era efetuado o acompanhamento e posterior referenciação para o hospital dos utentes detetados com défices no autocuidado. Para além destes pontos, pretendia também compreender como era realizado o acolhimento a estas pessoas na comunidade, articulando com as entidades sociais locais e, por fim, como era possível, com o apoio destas, realizar alterações no domicílio e prevenir a instalação de complicações. Esta escolha contribuiu para que, no estágio de ambiente hospitalar, pudesse ter presente as dificuldades sentidas pelas pessoas nos seus domicílios aquando da instalação da doença, qual o encaminhamento e sugestões que se davam às mesmas e quais as respostas sociais que poderiam procurar, obtendo, assim, uma complementaridade do trabalho do enfermeiro de reabilitação nos vários contextos de trabalho.

O facto de, no estágio de ambiente hospitalar, ter optado por acompanhar os utentes que ainda não tinham sido submetidos a cirurgia, contribuiu para programar junto destes o seu regresso a casa no pós-operatório, trabalhando antecipadamente a alta da pessoa. Assim, realizei ensinos sobre a doença e as possíveis alterações nesta fase e como poderia atuar no surgimento das mesmas. Desta forma, pretendi facilitar o momento de transição e minimizar possíveis complicações, o que incluiu a promoção de ambientes seguros com a diminuição de fatores de risco ambiental. Sensibilizei também a pessoa e sua família para a importância de se manter incluído na comunidade, melhorando com estas intervenções o seu bem-estar e promovendo o autocuidado. Estas atividades contribuíram para consolidar o meu papel como futura EEER. O que vai de encontro ao referido por Petronilho (2007):

> Os enfermeiros desempenham um papel estratégico na partilha de informação com os doentes e familiares cuidadores, de modo a que estes consigam adaptar-se aos desafios de saúde com que se deparam após a alta hospitalar, proporcionando qualidade de vida a todos os intervenientes (p. 18)

Ao longo dessas semanas demonstrou-se imperativo, para além de trabalhar junto da pessoa com IU, trabalhar junto dos profissionais e familiares na promoção da continência urinária, chamar a atenção para sinais de alerta, bem como para comportamentos adotados no dia a dia que a longo prazo podem contribuir para o surgimento da IU. A IU pode ocorrer nas várias fases do desenvolvimento da pessoa, podendo deixá-la vulnerável e, consequentemente, originar um défice no autocuidado. Deste modo, os profissionais devem intervir tendo em vista a promoção do autocuidado, do bem-estar e da melhoria da qualidade de vida à pessoa com alterações urinárias. Os EEER devem ter atenção à "manutenção e promoção do bem-estar e da qualidade de vida restaurando a funcionalidade quanto possível, promovendo o autocuidado, prevenindo complicações e maximizando capacidades" (OE, 2018, p.7)

O sucesso de um programa de reabilitação está relacionado com os apoios que a pessoa tem ao longo do mesmo. Grande parte do meu estágio foi realizado junto de pessoas inseridas na comunidade, sendo impossível ao profissional de saúde estar presente 24h por dia junto de cada família, contrariamente ao que acontece junto das pessoas internadas no hospital. Deste modo, o papel do familiar prestador de cuidados demonstra-se imprescindível para dar continuidade ao plano de cuidados iniciado. Só assim se conseguem ganhos junto das famílias, sendo pertinente os ensinos realizados à pessoa e seus familiares sobre a doença, gestão do regime terapêutico, estratégias a adotar e alterações no domicílio para facilitar a presente.

Como já enunciei ao longo do presente relatório, a elaboração de um plano de reabilitação teve em conta as metas estabelecidas pela pessoa e seu familiar. Foram, portanto, essenciais as pesquisas que realizei antecipadamente, bem como as reflexões realizadas e as partilhas efetuadas junto do EO (de modo a priorizar o meu campo de atuação), para conseguir ganhos ao nível das diferentes áreas de atuação com que tive contacto, e que se traduziram nos autocuidados, na maximização da funcionalidade e, por consequência, na reintegração da pessoa na sociedade

Concluo que atingi os objetivos a que me propus inicialmente, conduzindo diretamente à obtenção de competências comuns e específicas para o EE.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A concretização do presente relatório representa o culminar de mais uma etapa no meu percurso de aprendizagem e crescimento a nível pessoal e a nível profissional enquanto EEER. Aqui, refleti e desenvolvi as competências comuns e específicas, do EEER, tendo focado mais especificamente a área de intervenção do EEER na promoção do autocuidado e bem-estar na pessoa com IU.

Como quadro de referência para a minha prestação diária de cuidados, optei pela teoria do autocuidado de D. Orem, tendo trabalhado em todos os sistemas. A realidade com que me deparei ao longo do estágio é diferente da que testemunho atualmente. Estamos a viver numa crise pandémica, os familiares prestadores de cuidados deixaram de poder estar em contacto com os seus familiares internados, tendo aqui que haver uma reinvenção da continuidade dos cuidados. Uma preocupação desde o início do ensino clínico foi a preparação da pessoa/família no seu regresso à comunidade, algo que durante o período prático foi trabalhado junto dos cuidadores, mas que agora se transforma numa situação completamente diferente. Sei que é importante capacitar os cuidadores para obter ganhos futuros e prevenir a instalação de doença. Deste modo, como agente de mudança, o EEER, tem aqui uma tarefa pertinente. Trabalhando em contexto hospitalar, agora mais do que nunca, demonstra-se importante compreender quem é a pessoa de referência, de modo a começar a trabalhar atempadamente com esta por via telefónica, tentando perceber qual a dinâmica familiar, quais os apoios sociais a mobilizar para auxiliar o processo de regresso a casa e quais os produtos de apoio que o seu familiar irá necessitar.

Antecipo aqui um campo de atuação no meu futuro exercício profissional como EEER. Tenho que usufruir destes laços que se criam no internamento com os familiares cuidadores e aproveitar para, quando retomarmos a vida dita mais normal, continuar a desenvolver este trabalho importantíssimo que é a preparação da pessoa no seu regresso a casa.

Algo que fui trabalhando, ao longo dos meses, foi a sensibilização dos profissionais e cuidadores na promoção da continência urinária. Quando escolhi esta patologia, sabia que era um tema de cariz muito íntimo, por vezes de difícil atuação e abordagem, mas com grandes ganhos a nível da promoção do autocuidado e bem-

estar na pessoa e seus familiares. Como os estudos indicam, nos idosos portadores com IU, a perda de urina, é um dos primeiros passos para a institucionalização da pessoa. Poderão vir surgir aqui muitas complicações a nível cognitivo, emocional, social e económico. Esta foi uma patologia com que me deparei no meu exercício profissional enquanto enfermeira de cuidados gerais – grande parte dos clientes tinham ou estavam em risco de ter IU. Mas não só no trabalho me cruzo com esta problemática!... Numa simples ida às compras, podemos deparar-nos com um enorme corredor de produtos de incontinência. Isto, tornou-me mais consciente para o problema e levantou-me a possibilidade de trabalhar esta área.

Ao longo deste percurso primei por uma prática baseada na evidência, evidência esta que revela o impacto da IU no bem-estar e qualidade de vida da pessoa com IU e sua família, tornando-se pertinente o desenvolvimento do presente trabalho.

Relativamente ao desenvolvimento das competências do 2º Ciclo do ensino superior, desenvolvi e aprofundei conhecimentos, tendo oportunidade para aplicá-los na resolução de situações diárias diferentes. Houve ainda espaço, como referi ao longo do relatório, para a reflexão sobre a minha prática junto dos orientadores, com o objetivo de melhoraria contínua. Relativamente à competência de comunicação esta esteve presente no decorrer deste processo de crescimento através de uma comunicação clara com os utentes e seus familiares, nos ensinos realizados, bem como aos colegas da equipa multiprofissional, nos momentos de troca de experiências e conhecimentos, e de formação realizada aos pares.

No meu local de trabalho, ao longo destes meses, fui sensibilizando os meus pares para esta temática, procedendo a ensinos sobre técnicas comportamentais que podíamos adotar nas diversas situações. Trabalhei o autocuidado e a promoção para realização do mesmo. Para além disso, dado que no estágio, o maior contacto que tive com os utentes foi quando estavam inseridos na comunidade, transportei as competências de EEER adquiridas e desenvolvidas nestes locais de prática clínica para os meus cuidados diários no ambiente hospitalar. Tive a preocupação de preparar o regresso a casa junto dos seus familiares, e de sensibiliza-los para a promoção de ambientes seguros no sentido de prevenir de novas quedas.

No futuro do meu exercício profissional enquanto EEER, quero continuar este processo de sensibilização e divulgação da problemática junto dos profissionais de saúde, cuidadores e cuidadores familiares para esta patologia. Mas, para tal, tenho que demonstrar a importância do trabalho do EEER nesta área, para poder

posteriormente atuar, implementando planos de reabilitação realizáveis junto dessas famílias, realizando ações de formação, como a que desenvolvi em estágio, e produzir investigação na área, uma vez que esta é uma problemática à qual, até então, a sociedade não tem dado muita atenção.

Ambiciono mudar um pouco a cultura associada a esta patologia, que tanta vulnerabilidade, dependência e isolamento acarreta para o portador e seu familiar, capacitando a pessoa e maximizando a sua funcionalidade. Como Madre Teresa de Calcutá referia: “O que faço é uma gota no oceano, mas sem ela o oceano será menor”.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Araújo, F., Pais-Ribeiro, J., Oliveira, A., & Pinto, C. (2007). Validação do Índice de Barthel numa amostra de idosos não institucionalizados. *Revista Portuguesa de Saúde Pública*, 25 (2), p. 59-66. Disponível em: https://repositorio-aberto.up.pt/bitstream/10216/15740/2/84575.pdf

Reis, G. & Bule, M.J. (2016). Capacitação e Atividade de Vida. In Marques-Vieira C. & Sousa, L. *Cuidados de enfermagem de reabilitação à pessoa ao longo da vida* (pp.57-65). Loures: Lusodidacta.

Burkhard, F.C., et al. (2018) EAU Guidelines on Urinary Incontinence in Adults. *European Association of Urology.*

Carvalho, J.M.S (2012). *O Homem Portador de Carcinoma da Próstata: Uma transição no masculino.* Loures: Lusociência.

Decreto-Lei nº 93/2009 de 16 de Abril de 2009. Diário da República I Série, Nº 74. (16-04-2009) 2275-2277. Disponível em: https://dre.pt/application/dir/pdf1sdip/2009/04/07400/0227502277.pdf

Faro, A.C.M (2006). Enfermagem em Reabilitação: ampliando os horizontes, legitimando o saber*. Revista Escola Enfermagem Universidade São Paulo,* 40 (1), p. 128-133. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v40n1/a18v40n1.pdf

Fisher, A. R. (2014). Development of clinical practice guidelines for urinary continence care of adult stroke survivors in acute and rehabilitation settings. *Canadian Journal of Neuroscience Nurse*. 36, 16–31. Acedido 9 de Abril de 2019, em: https://pdfs.semanticscholar.org/1b89/4f488900d753e88710868e84977351fcadf9.pdf

Fontes, A.P., Botelho, M.A., & Fernandes, A.A. (2011) Incontinência Urinária e Funcionalidade: um estudo exploratório numa população idosa. Acta Urológica. 2 12-19.

Garrido, M.E.F.E (2013). Cuidados de Enfermagem Promotores da Continência Urinária nos Idosos (Dissertação de Mestrado). Escola Superior de Enfermagem de Lisboa. Disponível em: https://comum.rcaap.pt/bitstream/10400.26/16200/1/Cuidados%20Enfermagem%20Promotores%20continencia%20Urin%C3%A1ria.pdf

Gender, A.R. (2000) Regulação e Eliminação Intestinal. In Hoeman, S.P. Enfermagem de Reabilitação – Aplicação e Processo (p489-514). 2ª Edição. Loures: Lusociência.

Goepel, M., Kirschner-Hermanns, R., Welz-Barth, A., Steinwachs, K., Rübben, H. (2010) Urinary Incontinence in the Elderly. *Clinics in Geriatric Medicine*, 25(3), 445–457. Doi: 10.3238/arztebl.2010.0531

Gray, M., & Moore, K. N. (2012). *Cuidados de Enfermagem em Urologia*. Loures: Lusociência

Hesbeen, W. (2003). *A reabilitação - Criar novos caminhos.* Loures: Lusociência

Hoeman, S. (2000). *Enfermagem de Reabilitação: Aplicação e Progresso*. 2ª Edição. Lusociência – Edições Técnicas e Cientificas, Lda.

Hoeman, S. (2011). *Enfermagem de Reabilitação: Prevenção, Intervenção e Resultados Esperados*. 4ª Edição. Loures: Lusodidacta

Johnson, T. M., Clevenger, C. K., & Elkins, J. (2016). The vulnerable elderly and bladder dysfunction: is this ‘urinary incompetence’? *International Journal of Clinical Practice*. 70.(6), 432–433. Doi: org/10.1111/ijcp.12763

Jung, H.B., Kim, H.J., & Cho, S.T. (2015). A current perspective on geriatric lower urinary tract dysfunction. *Korean Journal Urogical. 56(4):266-275.* Doi: org/10.4111/kju.2015.56.4.266

Kelly-Hayes, M & Phipps, M.A. (2000). Avaliação Funcional. In Hoeman, S.P. Enfermagem de Reabilitação – Aplicação e Processo (p161-172). 2ª Edição. Loures: Lusociência.

Kessler, M., Facchin, 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 Geriatria e Gerontologia*, 21 (4), p. 409-419. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/rbgg/v21n4/pt_1809-9823-rbgg-21-04-00397.pdf

Kisner, C. & Colby L.A. (2016) – *Exercícios Terapêuticos – Fundamentos e Técnicas.* (6ºedição). Editora Manole Ltda. 6ºedição.

Kohler, M., Mayer, H., Kesselring, J., & Saxer, S. (2018). (Can) Not talk about it – Urinary incontinence from the point of view of stroke survivors: a qualitative study. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*. 32. (1), 371–379. Doi: org/10.1111/scs.12471

Lappen MN, D., Berall BScN, A., Davignon MN, A., Iancovitz MSW, L., & Karuza PhD, J. (2016*).* Evaluation of a Continence Implementation Program on a Geriatric Rehabilitation Unit. *Perspectives*, 39. (1), 24–30. Acedido 5 de Abril de 2019, em: http://myaccess.library.utoronto.ca/login?url=https://search.proquest.com/docview/1900707205?accountid=14771%0Ahttp://bf4dv7zn3u.search.serialssolutions.com?ctx_ver=Z39.88-2004&ctx_enc=info:ofi/enc:UTF-8&rfr_id=info:sid/ProQ%3Acbcacomplete&rft_val_fmt=inf

Lopes, M.H.B.M, Costa, N.C., Bicalho, M.B., M., Casale, T. E., Camisão, A. R., &

Fernandes M.L.V. (2018). Perfil e qualidade de vida de mulheres em reabilitação do assoalho pélvico. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 71.(5), 2642–2651. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/reben/v71n5/pt_0034-7167-reben-71-05-2496.pdf

Martins, T., Araújo, M. F., Peixoto, M. J. & Machado, P. P. (2016). *A pessoa dependente e o familiar cuidador*. Porto: Escola Superior de Enfermagem do Porto.

Marques-Vieira C. & Sousa, L. (2016). *Cuidados de enfermagem de reabilitação à pessoa ao longo da vida*. Loures: Lusodidacta.

Menoita, E. (2012). *Reabilitar a pessoa idosa com AVC: Contributos para um envelhecer resiliente*. Loures: Lusociência.

Mesquita, A.C. (2012). Prefácio. In E. Menoita, (2012). *Reabilitar a pessoa idosa com AVC: Contributos para um envelhecer resiliente*. Loures: Lusociência.

Moura, B.G. (2005). Incontinência Urinária Feminina. *Revista Portuguesa Clinica Geral*, 21 (1), p. 11-20. Disponível em: http://www.rpmgf.pt/ojs/index.php/rpmgf/article/view/10106/9843

Neves, M.M.A.M.C (2012). O papel dos enfermeiros na equipa multidisciplinar em Cuidados de Saúde Primários – Revisão sistemática da literatura. *Revista de Enfermagem Referência*, 3 (8), p. 125-134. Disponível em: http://www.scielo.mec.pt/pdf/ref/vserIIIn8/serIIIn8a13.pdf

Oliveira, S.L.F., Francisco, T.J., Santos, H.M., Cesar, A.N., & Lima, P.R. (2019). Fatores de risco para quedas em idosos no domicílio: um olhar para a prevenção. *Brazilian Journal of health Review,*. 2(3), p.1568-1595. Disponível em: http://www.brjd.com.br/index.php/BJHR/article/view/1390/1536

Ordem dos Enfermeiros (2012). Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem – Enquadramento Conceptual enunciados descritivos. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.

Ordem dos Enfermeiros (2016). Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem. Loures: Lusodidacta

Ordem dos Enfermeiros (2016). *Instrumentos de recolha de dados para a documentação dos cuidados especializados em Enfermagem de Reabilitação*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros

Ordem dos Enfermeiros (2018). Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem em Enfermagem de Reabilitação. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros

Ordem dos Enfermeiros (2019a). Regulamento das competências comuns do Enfermeiro Especialista. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros

Ordem dos Enfermeiros (2019b). Regulamento das competências específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros

Pereira, I.C.B.F (2013). *Regresso a casa: Estrutura da ação de enfermagem*. Lisboa: Universidade Católica

Pestana, H. (2016). Cuidados de enfermagem de reabilitação: Enquadramento. In C. Marques-Vieira C. & Sousa, L. *Cuidados de enfermagem de reabilitação à pessoa ao longo da vida* (pp.47-56). Loures: Lusodidacta.

Petronilho, F.A.S (2007). *Preparação do regresso a casa.* Coimbra: Formasau – Formação e Saúde, Lda.

Phaneuf, M. (2005). Comunicação, entrevista, relação de ajuda e validação. Rio de Mouro: Lusociência – Edições Técnicas e Científicas, Lda

Pires, M. (2008). Eliminação e Continência Vesical. In Hoeman, *Enfermagem de Reabilitação: Aplicação e processo* (p. 453-487). Loures: Lusociência

Queiróz & Araujo (2009). Trabalho de equipa em reabilitação: um estudo sobre a percepção individual e grupal dos profissionais de saúde. *Paideia – Universidade de Brasília,* 19 (43), p.177-187. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/paideia/v19n43/05.pdf

Santos, C. (2012). Reeducação Perineoesfincteriana. In M.M. Silva, A. Duarte, J. Galo & N. Domingues (coord.), *Enfermagem em Urologia* (pp. 166-170). Lisboa: Lidel.

Schnitzer, S., Deutschbein, J., Nolte, C., Kohler, M., Kuhlmey, A., & Schenk, L. (2017). *How Does Sex Affect the Care Dependency Risk One Year After Stroke? Innovation in Aging*, 24. (6), 415-421. Doi: org/10.1093/geroni/igx004.2083

Silva, A. I., Almeida, C., Aguiar, H., Neves, M., & Teles, M. J. (2013). Prevalência e impacto da incontinência urinária na qualidade de vida da mulher. *Revista Portuguesa de Clínica Geral*, 29(6), 364–376. Disponível em: http://www.scielo.mec.pt/pdf/rpmgf/v29n6/v29n6a04.pdf

Sequeira, C. (2010). *Cuidar de idosos com dependência física e mental.* In. Lisboa: Lidel.

Serviço de Higiene e Epidemiologia da Faculdade de Medicina da Universidade do Porto. (2008). Prevalência e tratamento da incontinência urinária na população portuguesa não institucionalizada. Porto: Faculdade de Medicina da Universidade do Porto.

Redol, F., & Rocha, C. (2017). Avaliação da Função Eliminação. In C. Marques-Vieira, L. Sousa. *Cuidados de Enfermagem de Reabilitação à Pessoa ao Longo da Vida* (pp.189 – 202). Loures: Lusodidacta.

Taylor, J.B. (2008). *O dia em que a minha vida mudou*. Barcarena: Editorial Presença.

APÊNDICES

Apêndice I – Projeto de Estágio

ESCOLA SUPERIOR DE ENFERMAGEM DE LISBOA

10º CURSO DE MESTRADO EM ENFERMAGEM

ÁREA DE ESPECIALIZAÇÃO EM ENFERMAGEM DE REABILITAÇÃO

Unidade Curricular de Opção II – Projeto de Estágio

Promoção do Autocuidado e Bem-estar, na Pessoa com Incontinência Urinária – Intervenção do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação

Ana Lúcia Mendes Pedro nº8914

Lisboa

ESCOLA SUPERIOR DE ENFERMAGEM DE LISBOA

10º CURSO DE MESTRADO EM ENFERMAGEM

ÁREA DE ESPECIALIZAÇÃO EM ENFERMAGEM DE REABILITAÇÃO

Unidade Curricular de Opção II – Projeto de Estágio

Promoção do Autocuidado e Bem-estar, na Pessoa com Incontinência Urinária – Intervenção do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação

Ana Lúcia Mendes Pedro nº8914

Professor Orientador

Joaquim Paulo Cabral de Oliveira

Lisboa

Julho 2019

Lista de Siglas:

AVC – Acidente Vascular Cerebral
AVD – Atividade de Vida Diária
BF – Biofeedback
CIPE – Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem
EC – Ensino Clínico
ECCI – Equipa de Cuidados na Continuados Integrados
EEER – Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação
EFMP – Exercícios de Fortalecimento da Musculatura Pélvica
ER – Enfermeiro de Reabilitação
ESEL – Escola Superior de Enfermagem de Lisboa
IU – Incontinência Urinária
IUE – Incontinência Urinária de Esforço
MFR – Medicina Física e Reabilitação
OE – Ordem dos Enfermeiros

ÍNDICE

1. IDENTIFICAÇÃO DO PROJETO
1.1. Título ……...5
1.2. Palavras-chave ……5
1.3. Data de Início ……..5
1.4. Duração ……...5
2. INSTITUIÇÕES ENVOLVIDAS ……...5
3. COMPONENTE CIENTÍFICA E FORMATIVA ……6
3.1. Sumário ……...6
3.2. Enquadramento Conceptual do Tema ……...10
3.2.1. A Pessoa em Situação de Incontinência Urinária ……..11
3.2.1.1 Incontinência Urinária ……..13
3.2.2. Impacto na Pessoa, Família e Sociedade ……...16
3.2.3. A Intervenção do Enfermeiro de Reabilitação ……...19
3.2.4. Quadro de Referência ……22
3.3. Objetivos Gerais e Objetivos Específicos ……24
3.4. Fundamentação da escolha dos locais de estágio ……25
3.5. Descrição das Tarefas e dos Resultados Esperados ……..26
4. CONSIDERAÇÕES FINAIS ……27
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS
Apêndices
Apêndice I - Estratégia de Pesquisa da Revisão
Apêndice II - Fluxograma da Revisão
Apêndice III – Resultados da Revisão
Apêndice IV - Entrevista nos locais de ensino clínico
Apêndice V - Planeamento de atividades
Apêndice VI – Cronograma de Ensino Clínico
Anexos
Anexo I – História de Enfermagem para a Incontinência Urinária
Anexo II – Exame Físico em Pessoas com IU
Anexo III - Medicamentos de Prescrição frequente para o tratamento da IU
Anexo IV – Procedimentos Cirúrgicos mais frequentes nas pessoas com IU
Anexo V - Exemplos de registos/diário miccional
Anexo VI - Protocolo de Treino Vesical (Supressão da Urgência) – Manual do Doente

1. IDENTIFICAÇÃO DO PROJETO

1.1. Título

Promoção do Autocuidado e Bem-estar, na Pessoa com Incontinência Urinária – Intervenção do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação

1.2. Palavras-chave

Incontinência Urinária; Enfermagem; Cuidados de Enfermagem; Enfermagem de Reabilitação; Reabilitação.

1.3. Data de Início

23 de Setembro a 22 de Novembro de 2019 – Estágio na Comunidade, [redacted]

25 de Novembro a 17 de Janeiro de 2020 – Estágio em ambiente Hospitalar, Consulta do serviço de Urologia[redacted]

20 de Janeiro de 2020 a 07 de Fevereiro de 2020 – Possibilidade de realização de estágio de observação participativa no serviço de Medicina Física e Reabilitação [redacted]

1.4. Duração

Estágio de 500 horas, compreendidas em 18 semanas, das quais 9 são em contexto comunitário e as restantes em contexto hospitalar.

2. INSTITUIÇÕES ENVOLVIDAS

As instituições envolvidas no presente projeto de estágio são a Escola Superior de Enfermagem de Lisboa (ESEL) como instituição formadora e os locais onde vou realizar o meu Ensino Clínico (EC), a Equipa de Cuidados na Continuados Integrados (ECCI) de [redacted] e o serviço de consultas de urologia [redacted]. Considera-se a possibilidade de realização de um estágio de observação participativa no serviço de Medicina Física e Reabilitação do [redacted]

3. COMPONENTE CIENTÍFICA E FORMATIVA

3.1 Sumário

Segundo o colégio da especialidade de Enfermagem de Reabilitação (ER), as Intervenções Autónomas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação (EEER) na área da eliminação vesical e intestinal são uma das áreas de investigação prioritárias em Enfermagem de Reabilitação para 2015-2025. Deste modo, a temática escolhida para desenvolver este projeto de estágio diz respeito à pessoa com alteração da eliminação vesical, mais especificamente na pessoa com incontinência urinária (IU) e a promoção do autocuidado e bem-estar.

A escolha da temática a abordar, partiu da minha experiência, tendo em conta o meu contexto de trabalho e as minha motivações profissionais nessa área, com o objetivo de aumentar os meus conhecimentos sobre a eliminação vesical, quais as etiologias mais comuns, as intervenções adequadas para os diferentes tipos de IU e, deste modo, compreender como posso intervir precocemente de forma a promover o autocuidado e bem-estar da pessoa com incontinência urinária, uma vez que este condiciona a sua qualidade de vida e da sua família.

De acordo com a Sociedade Internacional de Continência, (2010) a Incontinência Urinária (IU) é definida como qualquer perda involuntária de urina. Segundo a European Association of Urology (2018), por todos os países a IU é uma queixa comum, sendo a sua prevalência alterada de acordo com as definições de incontinência e com a população estudada. No entanto há um consenso a nível universal: este é um problema que causa grandes constrangimentos bem como custos significativos para as pessoas e sociedades em que estão inseridas.

De acordo com a World Health Organization (WHO) (1998), estima-se que mais de 200 milhões de pessoas tenham problemas de incontinência urinária. Fontes, A. P. (2011) refere que a incontinência urinária é uma das “epidemias” deste século, acentuada pelo crescente aumento da esperança média de vida, uma vez que a sua prevalência aumenta com o envelhecimento e dependência funcional.

Num estudo de 2004, Hunskaar S. refere que 35% das mulheres em 4 países Europeus (Espanha, França, Alemanha e Reino Unido) tem perda involuntária de urina num período de 30 dias.

Em 2008, (Serviço de Higiene e Epidemiologia da Faculdade de Medicina da Universidade do Porto) foi realizado um estudo sobre a prevalência e tratamento da IU na

população Portuguesa não institucionalizada. Foi considerado IU, perda de urina involuntária, nas últimas 4 semanas em que as pessoas foram contactadas. A prevalência foi de 15,1%, sendo 21,4% IU nas mulheres e 7,6% nos homens. No presente estudo, a percentagem de IU foi significativamente diferente entre os dois sexos e influenciada pela idade do entrevistado. A IU nas mulheres diminui com a idade (30% em mulheres com 40-59anos e 25% com idade superior a 79 anos) e com os homens ocorre o inverso, aumenta a percentagem de homens com IU à medida que ocorre o processo de envelhecimento (32% homens com 40-59 anos e 47,5% em homens com mais de 79 anos). O estudo refere também que nas classes etárias superiores a prevalência de IU diagnosticada por um médico é menor. (Serviço de Higiene e Epidemiologia da Faculdade de Medicina da Universidade do Porto, 2008).

O aparecimento da IU traz alterações cognitivas, emocionais, sociais e económicas, que se refletem diretamente na diminuição da qualidade de vida da pessoa e sua família (Fontes, 2011).

Um estudo realizado em 2013 por Silva, sobre a "Prevalência e impacto da incontinência urinária na qualidade de vida da mulher", na população portuguesa, demonstrou impactos negativos tanto a nível da sexualidade e autoimagem, como no âmbito emocional. Num outro estudo, constatou-se a existência de consequências de saúde relacionadas com IU, como o surgimento de quadros depressivos, dermatite associada à incontinência, aumento do número de fraturas em consequência de quedas associadas a urgência urinária e perturbações de sono (Serviço de Higiene e Epidemiologia da Faculdade de Medicina da Universidade do Porto, 2008).

A qualidade de vida dos idosos com IU é afetada, uma vez que o surgimento de IU promove o isolamento social e interfere nas relações pessoais, sendo a IU uma das, principais causas de institucionalização dos idosos (Morrison & Levy, 2006). Nos Estado Unidos, os custos associados a esta patologia são cerca de 4,4 mil milhões de dólares gastos entre diagnóstico, cuidados diários e tratamento (Hu & Wagner, 2005).

A IU é um tema tabu entre muitos portadores da patologia. Existem estudos que referem que as pessoas associam o surgimento dos sintomas ao processo normal do envelhecimento, considerando que a IU é algo normal e, portanto, não procurando auxílio de profissionais de saúde (Moura, 2005).

Perante os dados apresentados, demonstra-se relevante desenvolver um estudo relacionado com esta problemática, de modo a desenvolver uma prática baseada na evidência. Deste modo, realizou-se, numa primeira fase, uma pesquisa exploratória e, posteriormente, fez-

se uma revisão narrativa da literatura com o intuito de mapear a evidência científica existente sobre o tema em estudo e efetuar uma síntese sobre a temática com o título:

"Promoção do Autocuidado e Bem-estar na Pessoa com Incontinência Urinária – Intervenção do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação"

O objetivo geral desta revisão narrativa da literatura foi analisar a literatura existente sobre a intervenção do Enfermeiro Especialista na pessoa adulta com alterações da eliminação vesical, mais especificamente com IU. Tendo em vista a elaboração dos objetivos específicos defini as seguintes questões:

- Quais as intervenções do EEER promotoras da recuperação da continência urinária?
- Que intervenções promotoras da qualidade de vida e bem-estar pode o EEER desenvolver junto da pessoa/família com incontinência urinária de forma a promover o autocuidado e a retomar a sua vida ativa na sociedade?

De seguida foram definidas as palavras-chaves da pesquisa: Urinary Incontinence; Nursing; Nursing Care; Rehabilitation Nursing; Rehabilitation.

Nesta revisão narrativa da literatura foram contemplados todos os tipos de estudo cujo foco principal seja a incontinência urinária ou a promoção da continência. Os participantes têm que ser pessoas adultas, com idade superior ou igual a 19 anos, quer do sexo masculino ou feminino. Os artigos estão escritos em Português ou Inglês e foram publicados entre Janeiro de 2014 e Março de 2019. Foram contemplados todos os tipos de estudo, quantitativos e qualitativos, publicados, desde que se enquadrassem nos critérios de inclusão supracitados, e que apresentassem texto integral e resumo disponível. Foram critérios de exclusão: População pediátrica; mulheres puérperas; artigos cujo foco principal não seja a incontinência urinária ou a promoção da continência; artigos escritos noutras línguas que não Português ou Inglês e Artigos publicados antes de Janeiro de 2014.

A pesquisa foi realizada na plataforma EBSCO, na base de dados MEDLINE e CINAHL. Numa primeira fase da pesquisa, foram analisadas as palavras-chaves existentes, os títulos e os termos de indexação utilizados para a descrição do artigo. Numa segunda fase foram aferidas as palavras em linguagem natural e linguagem indexada sendo as mesmas utilizadas e cruzadas nesta segunda pesquisa, na plataforma EBSCO, na base de dados MEDLINE e CINAHL. Foram usadas as seguintes palavras em linguagem natural: Urinary Incontinence, Nursing e Rehabilitation. Desta pesquisa resultaram 48 artigos (Apêndice I). Estas etapas de pesquisa estão evidenciadas no fluxograma apresentado no Apêndice II.

Após a análise e aplicação dos critérios de inclusão e exclusão foram considerados 11 artigos para extração dos resultados. Para a extração dos resultados foi efetuado uma tabela de identificação dos artigos (autores e ano), os conceitos e principais conclusões (Apêndice III).

Após analisar os 11 artigos selecionados, estruturei os resultados obtidos tendo em consideração as questões de pesquisa.

A primeira questão tem como objetivo identificar intervenções do EEER promotoras da recuperação da continência urinária. Foram cinco os estudos analisados que deram resposta a esta questão. No estudo de Riemsma et al. (2017), "Pode a incontinência ser curada? Uma revisão sistemática de taxas de cura.", os autores referem que os exercícios de fortalecimento da musculatura pélvica (EFMP) tem taxas de cura entre 5% a 83,4%, nas pessoas com IU. O estudo de Terzoni et al. (2015) evidencia que a pessoa beneficia de estimulação elétrica, uma vez que o uso desta melhora a auto-perceção da atividade muscular e pode ser usada nas pessoas que não conseguem realizar EFMP corretamente. Contudo, também refere que os EFMP demonstram maiores taxas de sucesso a longo prazo. De acordo com o estudo de Lappen et al. (2016), sobre a avaliação e implementação de um programa de reabilitação de continência numa unidade de reabilitação geriátrica, foi realizada uma avaliação e implementadas estratégias de gestão da continência (avaliação do tipo de incontinência na admissão pela equipa de enfermagem, elaboração de um diário de eliminação vesical e realização de um plano de cuidados promotor da continência). A implementação desta avaliação ajudou os enfermeiros a compreender as barreiras e fatores facilitadores para a implementação de estratégias de continência junto da equipa, facilitando o envolvimento profissional. No entanto, Lopes et al. (2017), no seu estudo sobre o programa de reabilitação de fortalecimento da musculatura pélvica, refere que são várias as alternativas disponíveis que podem ser aplicadas nas pessoas com IU, desde EFMP, electroestimulação, exercícios com cones vaginais, terapia comportamental e biofeedback (BF). Menciona, também, que a electroestimulação apenas é usada nos casos de hiperatividade do detrusor e quando a mulher não consegue contrair os músculos do pavimento pélvico. Newman, D.K. (2018) no seu estudo sobre reabilitação dos músculos pélvicos usando o BF, evidencia que na incontinência urinária de urgência devem ser usados EFMP associados ao uso do BF.

A segunda questão deste trabalho tem como objetivo identificar as intervenções promotoras da qualidade de vida e bem-estar que o EEER pode desenvolver junto da pessoa/família com IU. Foram identificados sete artigos que analisam a qualidade de vida nas pessoas com IU e as consequências da instalação da doença.

No estudo de Carter et al (2014) foram analisadas as perspetivas dos profissionais de saúde sobre as necessidades de cuidados de suporte aos homens com cancro da próstata avançado. Os enfermeiros enfatizaram problemas relacionados com a dor, IU e fadiga; também referiram que os homens solicitam mais informações relacionadas com o tratamento, efeitos secundários e prognóstico. Schnitzer et al (2017) referem no seu estudo que as pessoas que tiveram Acidente Vascular Cerebral (AVC) e ficaram com IU têm um maior risco de serem dependentes. Esta dependência tem influência direta na institucionalização das pessoas. Johnson et al (2016) refere que os idosos com IU são pessoas mais vulneráveis, com diminuição da sua qualidade de vida, mental e física, apresentam maior número de depressões, são mais dependentes e têm mais histórias de quedas associadas. Kohler et al. (2018) referem que 43,5% das pessoas com AVC sofrem de IU após 3 meses e, 37,7% após 12 meses. A presença de incontinência após um AVC afeta a qualidade de vida da pessoa, levando à sua dependência e institucionalização. Neste mesmo estudo, os participantes também mencionaram que os diálogos que tinham com os profissionais de saúde eram superficiais, havendo poucas intervenções promotoras da continência. Lopes et al. (2018) refere que o tipo de IU, o número de episódios de perdas urinárias e a severidade da IU podem afetar a qualidade de vida da mulher e o seu bem-estar psicológico e social. A IU tem implicações físicas, cognitivas, na vida sexual, nas atividades quotidianas, no bem-estar emocional, no seio da vida familiar e social. Fisher, (2014) no seu estudo sobre desenvolvimento das orientações de prática clinica para o cuidado da continência urinária dos adultos sobreviventes de AVC em contexto de reabilitação, refere que as pessoas identificaram barreiras à implementação dos cuidados de incontinência, desde a falta de recursos adequados, ao comportamento dos profissionais de saúde e à falta de continuidade dos cuidados de incontinência. Concluindo, no entanto, que a implementação de orientações/recomendações, melhorou a prestação de cuidados relacionados com a continência nas pessoas com AVC. Lappen et al. (2016) referem que a implementação de estratégias de gestão de continência (avaliação do tipo de incontinência na admissão pela equipa de enfermagem, elaboração de um diário de eliminação vesical e realização de um plano de cuidados promotor da continência), facilita o estabelecimento de planos e metas de acordo com as necessidades dos indivíduos.

3.2. Enquadramento Conceptual do Tema

"À Enfermagem reserva-se um papel estruturante no processo de gestão da cronicidade deste novo século, exige-se competência técnica irrepreensível e uma contextualização económica fundamentada. Para que tal aconteça, o Enfermeiro terá de associar às suas competências técnicas todo um conjunto de competências

transversais que lhe permitam processo de tomada de decisão eficientes e geradores de valor para a sociedade" (Mesquita, 2012, p.11). Deste modo, houve necessidade de realizar pesquisas, junto de bases de dados, de artigos publicados e literatura cinzenta, com o intuito de compreender a anatomofisiologia do aparelho urinário, a fisiologia da micção, o que é a IU e os vários tipos de IU, bem como a intervenção do EEER junto do individuo com IU.

3.2.1. A Pessoa em Situação de Incontinência Urinária

O aparelho urinário é constituído pelos rins, ureteres, bexiga e uretra (Redol et al., 2017).

Os rins filtram do sangue os produtos de excreção, produzindo continuamente urina. (Redol et al., 2017).

Os ureteres são tubos musculares que transportam urina dos rins até à bexiga. Constituem a porção superior do aparelho urinário juntamente com os rins.

A bexiga é um órgão muscular oco composto pelo corpo e pelo trígono. A bexiga funciona como reservatório que acumula a urina secretada pelos rins e que a elimina no momento da micção. O corpo é composto pelo detrusor, que, por sua vez, é constituído por camadas de músculo liso entrelaçado; e o trígono é uma zona triangular na base da bexiga onde passam os ureteres e a uretra (Redol et al., 2017).

O colo vesical (uretra posterior) é a parte inferior do colo da bexiga e é composto pelo músculo detrusor. Os músculos desta zona formam o esfíncter interno (Redol et al., 2017). A uretra além de passar pelo colo vesical, passa pelo diafragma urogenital, que contem a camada muscular (esfíncter externo da bexiga). A porção inferior do aparelho urinário é, portanto, constituída pelo esfíncter interno, esfíncter externo e uretra. Esta porção tem um papel importante no esvaziamento de urina, uma vez que recolhe a urina na bexiga, armazena-a e expulsa-a (Stevens, 2008).

A uretra transporta a urina da bexiga para o exterior e é mais pequena na mulher do que no homem, pelo que a taxa de incontinência nestas é maior. A uretra masculina tem cerca de 16-18cm de comprimento, enquanto que a uretra feminina é um canal mais curto com cerca de 4cm de comprimento (Santos, 2012).

A uretra atravessa uma extensão de músculos profundos do períneo. O esfíncter vesical externo é formado pelo músculo estriado (rabdoesfíncter) e pelo diafragma urogenital. O esfíncter externo é voluntário, permitindo deste modo controlar a micção. (Redol et al., 2017).

Os músculos do pavimento pélvico (levantador do ânus, o pubococcígeo, o obturador interno, o piriforme e o superficial e os músculos profundos do períneo que, no seu conjunto,

formam o diafragma urogenital) contribuem para a continência, uma vez que a contração voluntária destes músculos provoca compressão, alongamento e elevação da uretra (Redol et al., 2017).

A glândula da próstata nos homens confere suporte à bexiga. Como o pavimento pélvico é composto por músculos estriados e voluntários, estes podem ser fortalecidos através de exercícios.

Há uma interação entre os Sistema Nervoso Central (SNC) e o Sistema Nervoso Periférico (SNP) para haver coordenação entre o funcionamento da bexiga e do esfíncter uretral. Perifericamente, os órgãos do trato urinário inferior são inervados por fibras, parassimpáticas, simpáticas e somáticas. A inervação vesical parassimpática tem origem nos segmentos S2-S4 da medula espinhal e a inervação simpática tem origem entre D12-L2. A inervação da musculatura estriada do esfíncter uretral é predominantemente somática. As vias aferentes têm recetores na bexiga e na uretra, transmitindo informações vindas dos órgãos ao SNC (Pires, 2008)

A inervação motora da bexiga e consequente contração é realizada pelos nervos parassimpáticos. A acetilcolina vai dar origem à estimulação das fibras parassimpáticas, levando os ureteres a acelerar o transporte de urina e deste modo provocam contração do detrusor para que a bexiga esvazie (Stevens, 2008).

O armazenamento de urina na bexiga é regulado pelos nervos simpáticos, que estimulam a contração do colo vesical e da uretra (Stevens, 2008). Os nervos simpáticos atuam libertando o neurotransmissor noradrenalina e dão origem à diminuição da velocidade de transporte da urina, forçando o músculo detrusor a relaxar e o esfíncter interno a contrair.

A inervação somática é realizada por fibras aferentes (sensitivas) e fibras eferentes (motoras). As fibras aferentes tem a sua origem na bexiga e são estimuladas durante o enchimento de urina na bexiga, conduzindo impulsos ao centro sagrado da micção, enquanto outros são transmitidos ao cérebro pelo feixe espino-talâmico, estimulando o reflexo de esvaziamento. As fibras eferentes tem origem no corno anterior dos segmentos S2-S4 e atuam pela estimulação de acetilcolina (Stevens, 2008).

O reflexo da micção é mediado por um arco reflexo, sendo enviados impulsos sensoriais pela protuberância desde a bexiga até a medula sagrada. A protuberância coordena o relaxamento do esfíncter uretral através da contração do detrusor. Através da inibição do arco reflexo ocorre a continência. Esta é possível de ser concretizada através do centro cortical que procede ao envio de estímulos inibitórios do córtex cerebral para a protuberância transmitindo

a mensagem até ao centro sagrado da micção, procedendo à inibição dos impulsos motores para que ocorra a contração do detrusor e o relaxamento do esfíncter. (Redol et al., 2017).

A micção normal ocorre em duas fases: fase de enchimento e armazenamento e a fase de esvaziamento. A contração do músculo detrusor é responsável pela força necessária à saída de urina dando origem à micção. A contração mantida do esfíncter vesical da uretra é responsável pelo mecanismo de continência. O detrusor é inervado pelo sistema nervoso parassimpático e o esfíncter vesical da uretra inervado pelo sistema nervoso simpático (Santos, 2012).

Fase de Enchimento e armazenamento: caracteriza-se pela distensão da bexiga, induzindo ativação dos nervos aferentes vesicais. Esta ativação é acompanhada pela inibição reflexa da bexiga, ocorrendo um relaxamento do detrusor e contração do esfíncter da uretra (Santos, 2012). Fase de Esvaziamento: após alcançar um nível de enchimento vesical e sendo a micção desejada naquele momento, os recetores do interior do músculo detrusor emitem sinais aos centros corticais do cérebro para se iniciar a fase de esvaziamento. É, assim, interrompida a inibição sobre o centro sacral, ativando a contração do detrusor através do nervo pélvico, e o relaxamento do esfíncter da uretra para possibilitar a saída de urina da bexiga (Santos, 2012).

Na puberdade, o crescimento da próstata confere suporte ao pavimento pélvico e aumenta a resistência uretral. Nas raparigas, a libertação de estrogénios vai aumentar o tónus dos músculos pélvicos e a resistência da uretra. Como consequência do parto, as mulheres podem apresentar distorção ou traumatismo da anatomia do pavimento pélvico e da uretra (Stevens, 2008).

No homens com idade superior a 45 anos, o crescimento mais acentuado da próstata origina aumento da resistência uretral, podendo provocar hipertrofia, descompensação da bexiga e dar origem à retenção urinária. As mulheres depois da menopausa têm uma diminuição dos níveis de estrogénio, o que vai originar atrofia das estruturas pélvicas. Após a menopausa, as mulheres podem apresentar IU quando a pressão intravesical ultrapassa a resistência uretral. As pessoas idosas têm uma diminuição na sensação de urinar, o que dificulta o processo de continência urinária (Stevens, 2008).

3.2.1.1 Incontinência Urinária

O correto funcionamento da coordenação nervosa da porção inferior do sistema urinário, juntamente com a bexiga, a uretra, os esfíncteres e os músculos do pavimento pélvico promove a continência urinária.

Existem diferentes formas de IU e estas têm diferentes etiologias e fisiopatologias. A Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem (CIPE) define IU como "passagem involuntária de urina; incapacidade de controlo voluntário dos esfíncteres vesical e uretral" Ordem dos Enfermeiros (2015).

Existem diferentes termos para descrever os tipos de incontinência, mas a mais utilizada para avaliação e tratamento inicial é baseado nos sintomas (Gray & Moore, 2012).

A IU classifica-se em dois tipos: transitória/aguda ou estabelecida/crónica.

A incontinência transitória está associada a uma situação aguda, médica ou cirúrgica que se resolve quando o fator que lhe deu origem estiver desaparecido. As causas mais comuns para a IU Aguda ou Transitória são: os estados transitórios de confusão mental (desorientação, alucinações ou delírios, desequilíbrio metabólico), infeção do trato urinário, uretrite e vaginite atróficas, efeitos secundários dos fármacos (diuréticos vão aumentar a produção de urina; Agonistas α – adrenérgicos vão diminuir a resistência uretral; Anticolinérgicos originam contractilidade do detrusor diminuída, aumentando o risco de retenção urinária e IU por extravasão; Hipnóticos e sedativos – diminuem a capacidade de resposta ao estímulos da micção), poliúria, mobilidade diminuída e obstipação (Gray & Moore, 2012).

A incontinência crónica ou estabelecida surge em consequência de uma anomalia da estrutura ou da função do trato urinário ou do sistema neurológico, quando existem problemas ao nível do armazenamento e esvaziamento, podendo ter um aparecimento gradual.

Foram identificados vários tipos de IU crónica ou estabelecida, nomeadamente: IU de esforço, IU de urgência, IU mista, IU Funcional, IU regurgitação e retenção urinária (Pires, 2008; Gray & Moore, 2012)

A incontinência urinária de esforço (IUE) ocorre quando há perda súbita de pequenas quantidades de urina em contexto de uma atividade física, como a tosse, espirros ou gargalhadas. Ocorre, normalmente, durante o dia, sendo causada quando há um aumento súbito da pressão intra-abdominal e há uma instabilidade uretral e/ou incompetência do esfíncter (Gray & Moore, 2012).

A incontinência urinária de urgência está associada a um desejo intenso em esvaziar a bexiga. A urina é perdida em grande quantidade, não conseguindo as pessoas chegar à casa de banho em tempo útil. É causada por uma contração do detrusor hiperativa (Gray & Moore, 2012).

Incontinência mista – a pessoa refere urgência urinária e incontinência de esforço (Gray & Moore, 2012).

A incontinência urinária funcional está associada à perda de urina causada pela incapacidade funcional da pessoa que a impossibilita de chegar à casa de banho em tempo útil. Pode verificar-se por défice cognitivo, alteração da mobilidade ou lesão neurológica. As barreiras arquitetónicas também são condições promotoras deste tipo de IU (Gray & Moore, 2012).

A incontinência urinária por regurgitação é caracterizada pela perda contínua de pequenas quantidades de urina em consequência de uma bexiga hiperdistendida (Gray & Moore, 2012).

Retenção Urinária é a incapacidade para esvaziar a bexiga na sua totalidade e é causada por uma hiperdistensão da bexiga (Gray & Moore, 2012).

Primariamente ao tratamento de IU tem que se proceder a uma avaliação da pessoa, uma vez que as decisões terapêuticas estão dependentes do diagnóstico de IU que a pessoa tem. A avaliação deve começar com uma história clinica detalhada da pessoa com IU e com o seu exame físico e avaliação laboratorial (exame de urina) (Jung, et al., 2015).

Exames complementares de diagnóstico podem ser realizados, incluindo estudos urodinâmicos, cistoscopia e medição de resíduo pós-miccional por ecografia pélvica ou algaliação. (Gray & Moore, 2012; Jung, et al., 2015).

A história clínica (anexo I) é importante, uma vez que neste momento a pessoa descreve como são as suas perdas de urina, as consequências que a mesmas têm no seu quotidiano, qual a sua duração e sintomas (de modo a diferenciar entre IU transitória ou estabelecida) e se já realizou algum tipo de tratamento. Junto da pessoa perceber-se-ão os fatores que inibem ou que acentuem a perda de urina; qual a frequência da micção diariamente (há pessoas que referem ter várias perdas por dia, outros apenas em determinados momentos); se tem noctúria; se após urinar tem sensação de esvaziamento completo da bexiga? E se costuma perder urina antes ou após a micção (Gray & Moore, 2012). Ao recolher a história clinica, o avaliador deve também perceber/questionar a pessoa e seu cuidador se a IU afeta a capacidade da mesma em realizar determinadas tarefas (Jung et al., 2015).

Ao realizar o exame físico (anexo II), avalia-se a destreza, cognição da pessoa e sua mobilidade. Procede-se, também a uma avaliação neurológica da função sensorial e motora dos músculos do pavimento pélvico. De seguida, realiza-se uma inspeção à pele perineal, à integridade da mesma e observa-se se a pessoa usa algum produto absorvente (Gray & Moore, 2012).

De modo a se proceder à escolha do tratamento devem ser considerados vários fatores, tais como: se a pessoa tem patologias associadas e o uso de terapêutica associada; quais as

preferências para os cuidados; as metas da pessoa/cuidador; e quais os custos do tratamento (Jung et al., 2015). O tratamento também vai depender da cooperação entre a equipa multidisciplinar (enfermeiro, médico, fisioterapeuta e terapeuta ocupacional) e do indivíduo com a patologia e seu cuidador (Gray & Moore, 2012).

O tratamento de IU bem-sucedido é conseguido com combinação de terapia comportamental, farmacológica e cirúrgica (Gray & Moore, 2012).

A terapia comportamental abrange estratégias que a pessoa pode realizar no seu quotidiano com o objetivo de melhorar ou aliviar os sintomas de IU, envolve ajuste de fluídos e de dieta, cessão tabágica, diminuição de peso, correção de hábitos intestinais e reabilitação dos músculos do pavimento pélvico (Gray & Moore, 2012). Não tem efeitos secundários conhecidos, nem a escolha desta terapia vai limitar as escolhas de futuros tratamentos. É nesta terapia que o enfermeiro tem uma intervenção autónoma, motivo esse pelo qual irei abordar este tipo de tratamento mais detalhadamente no próximo capítulo.

A terapia farmacológia depende do tipo de IU que a pessoa tem (Gray & Moore, 2012). Este tipo de tratamento pode ser divido em dois grupos. Os do primeiro grupo são os que tratam a sintomatologia durante a fase de armazenamento de urina. Os anticolinérgicos e antiespasmódicos são medicamentos que aumentam a capacidade da bexiga e reduzem a frequência de micção, aliviando a hiperatividade do detrusor (Lucas et al., 2015; Gray & Moore, 2012); Os do segundo grupo são os que tratam da sintomatologia relacionada com a micção. São, aqui, usados os agonistas colinérgicos, que aumentam a contratibilidade do detrusor e promovem um esvaziamento vesical eficaz (Pestana, 2017).

Mais recentemente, começou-se a introduzir a toxina botulínica, uma vez que esta substância vai inibir a libertação da acetilcolina, cessando as contrações instáveis do detrusor, reduzindo o número de episódios de perda de urina (Lucas et al., 2015).

O anexo III apresenta mais detalhadamente a terapêutica medicamentosa utilizada nos adultos.

O Tratamento cirúrgico é ponderado após uma avaliação clínica pormenorizada, que terá em conta o impacto da mesma na qualidade de vida da pessoa e apenas, quando os outros tipos de tratamento não tiveram sucesso (Pires, 2008).

O tratamento cirúrgico é usado nas situações clinicas em que os doentes apresentam défices anatómicos ou funcionais possíveis de reconstrução cirúrgica. O objetivo desejado influencia a escolha da cirurgia. As cirurgias à uretra e colo da bexiga aumentam a resistência na saída e a pressão intra-vesical na fase de enchimento e micção. É utilizado este tipo de

cirurgia quando existe algum controlo da atividade do detrusor e a uretra e o colo da bexiga estão em boas condições (Redol, F., & Rocha, C.,2017).

Para o controlo da hiperatividade do detrusor, a desaferenciação e neuromodulação sagrada usadas em conjunto apresentam alguma eficácia (Redol, F., & Rocha, C., 2017). (O anexo IV, apresenta uma tabela com os procedimentos cirúrgicos mais frequentes nas pessoas com IU)

3.2.2. Impacto na Pessoa, Família e Sociedade

De acordo com a Declaração de Alma-Ata, (1978): *"…a saúde – estado de completo bem-estar físico, mental e social, e não simplesmente a ausência de doença ou enfermidade – é um direito humano fundamental.*" A IU tem um impacto na vida da pessoa, na sua família e na sociedade em que está inserida. É um problema de saúde que pode gerar uma consequência psicológica, física e socioeconómica, independentemente do tipo de IU que a pessoa tenha (Silva et al., 2013). O impacto da IU na qualidade de vida da pessoa e sua família vai depender do grau de aceitação e adaptação das mesmas à IU (Silva et al., 2013).

Num estudo realizado em 2013, na população portuguesa, sobre o impacto da IU na qualidade de vida da mulher, identificou-se que a mesma referiam consequências da IU a nível da sua qualidade de vida a várias dimensões, como a nível emocional, sexual e da sua autoimagem (Silva et al., 2013).

A IU constitui um problema a nível psicológico, social, bem como a nível dos cuidados, de acordo com Goepel et al., (2010) as pessoas com IU necessitam de tratamento ou cuidados. Os mesmos autores referem que a IUE traduz consequências na qualidade de vida da pessoa, nomeadamente depressão, quedas, feridas, isolamento social, internamento hospitalar e admissões em lares de idosos. Aguilar-Navarro et al., (2012) acrescenta que a patologia também está associada a uma maior sobrecarga do cuidador bem como a um declínio funcional da pessoa idosa com IU. Schnitzer et al., (2017), refere que a incontinência, demência e depressão influenciam a institucionalização dos idosos.

Surgem como consequência da IU: infeções urinárias, feridas e quedas (Lappen et al., 2016).

Gibson et al. (2014), refere que há um estigma junto das pessoas que tem IU. As pessoas mencionam que têm medo de cheirar mal, de ficar com a roupa suja e que é constrangedor ter que ir muitas vezes á casa de banho. No mesmo estudo menciona que os homens com IU tem receio de serem considerados como pessoas impotentes.

As pessoas com a patologia sentem-se envergonhadas, desconsoladas, tristes por não conseguirem manter a continência urinária, e preocupadas com a reação/aceitação dos seus amigos. (Kohler, 2018)

Johnson et., al (2016), refere que os idosos com IU, devido ao surgimento dos sintomas da patologia, tornam-se pessoas com um maior grau de dependência funcional, e, consequentemente, com alterações na sua saúde mental.

A IU tem impacto nas atividades físicas, sociais e na realização de viagens. De acordo com Aguilar-Navarro et al., (2012), 26% das pessoas questionadas tinham restringido ou suprimido o exercício diário, referindo, no mesmo estudo, que as restrições que a IU causava a nível social estavam associadas a uma maior procura de tratamento pelas pessoas com a patologia. Ainda no mesmo estudo, as pessoas referiram consequências da IU como ansiedade, distúrbios de sono e diminuição das suas vidas sociais.

Lopes et al., (2018) refere que o tipo de IU e a periodicidade da mesma pode influenciar o surgimento das consequências associadas à patologia, como alterações na qualidade de vida, alterações no bem-estar psicológico e social, satisfação sexual, condição física, função cognitiva, angústia e diminuição de autoconfiança. O mesmo autor refere que a patologia tem um forte impacto na vida social, uma vez que inibe o indivíduo de realizar viagens, dormir fora de casa e visitar amigos em consequência do odor de urina e ao facto da inexistência de um local adequado e acessível para a micção e higiene pessoal.

Avery et al., (2016) desenvolveram um estudo sobre IU, depressão e fatores psicossociais. Concluíram que existe uma maior incidência de depressão nas pessoas com IU do que as pessoas sem a patologia. Mais especificamente, a maior prevalência de depressão é verificada nos homens com IU mista (42,1%) e nas mulheres com IU de esforço (34,9%). No entanto o mesmo estudo concluiu que pessoas com depressão procuram menos ajuda para tratar da IU, têm a sua qualidade de vida diminuída, são socialmente mais isolados e o seu uso aos serviços de saúde pode ser menor, quando comparado com pessoas com IU sem depressão associada á patologia.

A IU traduz consequências para o indivíduo bem como para a sua família, tanto a nível emocional, social e económico. Bicalho et al., (2012), realizou um estudo sobre o impacto da IU nas esposas dos homens com a presente patologia. Os sintomas de IU nos homens afetam a qualidade de vida das suas esposas, embora essa consequência seja influenciada pelas suas diferentes culturas. No estudo referido, a esposas referem como alteração da qualidade de vida: incertezas sobre a doença do seu companheiro e depressão. Como alteração da qualidade de vida as mesmas referem sentir-se com fadiga, uma vez que despertam várias vezes durante o

período noturno em resultado da noctúria, e também sentem um aumento das responsabilidades, o que afeta negativamente a sua qualidade de vida, diminuindo a sua saúde mental. As mulheres de homens com IU referem também alterações na vida sexual em resultado dos sintomas de IU e da disfunção erétil. Acrescentam, ainda, que devido aos sintomas de IU acabam por se isolar das atividades existentes na sociedade. Contudo, verifica-se que nas esposas com idade superior a 65 anos, o cuidado do seu parceiro é visto de um modo menos negativo, não sofrendo tantas alterações na sua qualidade de vida. Todavia, nestas mulheres surge outro problema em virtude da instalação da patologia nos seus companheiros, pois ficam em maior risco de acidentes físicos, aumentando assim os problemas em saúde e por consequente a mortalidade.

A IU tem um enorme impacto no bem-estar e qualidade de vida, causando constrangimento social, empregabilidade diminuída e diminuição da produtividade no trabalho (Riemsma et al., 2017). Com o intuito de minimizar o impacto causado pela IU na vida diária dos idosos, muitos recorrem ao uso de fraldas (Silva & D´Elboux, 2012). O uso destes dispositivos gera também um impacto a nível económico na vida dos indivíduos.

Os indivíduos com IU confidenciam ter mais problemas de saúde, recorrendo mais frequentemente aos serviços de saúde. Anualmente nos EUA, são gastos $4,4 biliões no diagnóstico e tratamento de IU (Hu & Wagner, 2005), traduzindo-se estes custos num grande impacto a nível da sociedade.

3.2.3. A Intervenção do Enfermeiro de Reabilitação

Os profissionais da equipa multiprofissional têm como função prestar cuidados às pessoas, ajudá-las e contribuir para o seu bem-estar, através da utilização das competências e características da sua atividade profissional (Hesbeen, 2000).

Segundo Gowland (1996), "Em reabilitação, o processo de tomada de decisão envolve vários passos: obtenção de dados iniciais, determinação da natureza e gravidade dos problemas, predição de risco, estabelecimento dos objetivos da intervenção, desenvolvimento do programa e seleção de ações específicas, especificação do melhor programa indicado e monitorização, avaliação de resultados e alta."

De acordo com o Regulamentos dos Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem de Reabilitação (2018), a ER é vista como uma aérea de intervenção de excelência e referência, uma vez que previne, recupera e habilita de novo, as pessoas com patologias crónicas ou agudas que provoquem algum défice funcional. O EEER em conjunto com o indivíduo e família vai desenvolver processos de reeducação funcional tendo em vista a qualidade de vida, a reintegração e a participação na sociedade.

Lopes et al., (2017), refere que para promover um plano de cuidados personalizado é necessário realizar primariamente uma avaliação de enfermagem.

O EEER vai realizar a história clínica do indivíduo para conhecer os seus antecedentes, identificar as queixas urinárias e fatores de risco que contribuem para IU e avaliar de que modo a IU restringe a vida do indivíduo e sua família.

O exame físico consiste numa avaliação funcional, avaliação cognitiva, avaliação do abdómen, observação das regiões pélvicas e retal, bem como uma avaliação minuciosa do períneo (estado da pele, eritemas, vulvovaginites, cicatrizes). Nesta primeira fase, o EEER explica ao indivíduo a anatomofisiologia do sistema urinário, de acordo com a história clínica que recolheu do indivíduo e aconselha a mudança de comportamentos, "Discute as práticas de risco com a pessoa, concebe planos, seleciona e prescreve as intervenções para a redução do risco de alteração da funcionalidade" Regulamento de competências específicas do EEER (2010), "Define quais as estratégias a implementar, os resultados esperados e as metas a atingir de forma a promover a autonomia e a qualidade de vida."

O diário miccional é importante para o diagnóstico de IU, uma vez que fornece um registo sobre o padrão de eliminação urinária do indivíduo, permitindo uma avaliação objetiva, em que avalia o volume, número de perdas e episódios de urgência urinária. (anexo V) (Gray & Moore, 2012).

As técnicas comportamentais são a primeira linha de tratamento da pessoa com IU, sendo intervenções independentes de EEER (Pires, 2008). Estas técnicas têm como objetivo diminuir a ocorrência de sintomas IU, incluem a realização de terapia comportamental, EFMP, BF, cones vaginais, estimulação elétrica, educação da pessoa e seu cuidador (Pires, 2008; Lopes et al., (2017).

Na terapia comportamental, o EEER efetua ensinos relacionados com o controlo de ingestão hídrica, devendo o indivíduo reduzir a sua ingestão a partir das 18h, beber pequenas quantidades ao longo do dia, evitar o consumo de grandes volumes de líquidos em curtos períodos de tempo e diminuir a ingestão de cafeína ou eliminá-la da sua dieta. É aconselhado ao indivíduo a deixar de fumar ou, pelo menos, reduzir, uma vez que o tabagismo nas mulheres é um fator de risco, aumentando o risco de UI de esforço nas mulheres mais velhas com DPOC. A obesidade nas mulheres é um fator de risco comum no desenvolvimento de IU. Este comportamento tem como finalidade diminuir a sobrecarga sobre os músculos do pavimento pélvico. O EEER também pode encorajar as pessoas a realizar atividade física, ter uma alimentação equilibrada e criar hábitos intestinais (uma vez que a obstipação crónica reduz a taxa de fluxo urinário e está associada ao esvaziamento incompleto da bexiga).

O treino vesical é uma intervenção em que o EEER procede ao ensino do mesmo, uma vez que vai aumentar gradualmente o espaço de tempo entre os esvaziamentos, melhorando a continência das pessoas com IU (anexo VI, relativo ao protocolo de treino vesical). O horário inicial é escolhido de acordo com o diário miccional do indivíduo; o objetivo da frequência de micção é negociado com o indivíduo/cuidador e normalmente é acordado um objetivo final de 2 a 3 horas, sendo os intervalos de micção gradualmente aumentados em 15 a 30 minutos, através do uso de técnicas de controlo da urgência urinária (contração dos músculos do pavimento pélvico). O programa tem por base a educação do doente, micção programada e reforço positivo (Gray & Moore, 2012).

De acordo com (Pires, 2008) considera-se o controlo intestinal uma primeira intervenção nas pessoas com IU, uma vez que a obstipação é um fator desencadeante da urgência urinária e da diminuição da continência urinária.

As Técnicas de reabilitação dos músculos do pavimento pélvico têm como objetivo aumentar o controlo dos músculos do pavimento pélvico, melhorar a força e função muscular e apresentar estratégias ao doente para usar os músculos de forma a melhorar a continência ou aliviar a retenção (Gray & Moore, 2012; Newman et al., 2014). Incluem o uso do BF, uso de cones vaginais, estimulação elétrica, treino muscular e reeducação neuromuscular. Para dar início a este treino, o indivíduo passa por desenvolver a auto-consciência relativamente ao trabalho dos músculos do pavimento pélvico, aprender a identificar, isolar, contrair e relaxar os músculos do pavimento pélvico (Terzoni et al., 2015).

Os EFMP ou exercícios de Kegel, vão contrair os músculos pubococcígeos que aumentam a resistência da uretra, levando ao encerramento da mesma e conduzindo ao fortalecimento dos músculos voluntários peri-uretrais e pélvicos. Os exercícios de Kegel consistem em manter a contração muscular contando até 10 e depois relaxar contando novamente até 10, repetindo este exercício durante 10 minutos, três vezes por dia.

No treino com cones vaginais, as mulheres vão se consciencializar-se da forma correta dos músculos do pavimento pélvico que têm de exercitar, uma vez que o peso do cone vai dar o feedback necessário para a contração vaginal desejada, servindo como resistência no exercício de fortalecimento. É cedido à mulher 5 cones com o mesmo formato, mas diferentes pesos (20 a 100gramas). A mulher inicia o exercício com o cone de menor peso, progredido para o seguinte até conseguir sustê-lo durante 15 minutos na posição de pé (Stevens, 2008).

O BF vai ensinar o indivíduo a mudar a resposta fisiológica que afeta o controlo da bexiga. É composto por um conjunto de estratégias que usam instrumentos eletrónicos ou mecânicos que informam o indivíduo sobre a sua atividade muscular. Podem inserir-se

elétrodos de superfície e sensores na vagina ou no reto, que emitem informação visual ou sonora quando é realizado uma contração eficaz dos músculos pélvicos (Stevens, 2008).

Na estimulação elétrica há uma contração do levantador do ânus, do esfíncter uretral externo e do esfíncter anal, e uma inibição reflexa do detrusor. A estimulação elétrica consiste na aplicação de dispositivos cutâneos, endoanais e endovaginais, que vão estimular os ramos do nervo pudendo e do nervo pélvico. A estimulação pode ser aplicada por um período de 3-4 segundos seguidos de um período de relaxamento de 6-8 segundos. (Stevens, 2008; Gray & Moore, 2012).

Na Reeducação Neuromuscular ensina-se o indivíduo a contrair e relaxar os músculos do pavimento pélvico de modo a promover a continência, como a contração do pavimento pélvico antes de realizar esforços.

A auto-algaliação ou cateterização vesical intermitente é utilizada no indivíduo com retenção urinária ou IU resultante da retenção. A cateterização intermitente pode ser realizada pelo indivíduo, pelo seu cuidador ou por um profissional de saúde. Em ambulatório é realizado um plano de ensino e treino ao indivíduo/cuidador, relativamente aos cuidados relacionados com assepsia e com o procedimento de cateterização vesical (Gray & Moore, 2012). A cateterização vesical intermitente assenta num horário de inserção e remoção do cateter vesical, a cada 4 a 6 horas, com o objetivo de esvaziar a bexiga em intervalos de tempo regulares e consistentes e de manter os volumes de urina drenados em níveis seguros (Stevens, 2008).

A ER é uma área de intervenção de excelência e referência, dado que previne, recupera e habilita de novo, as pessoas vítimas de doença súbita ou descompensação de processo crónico, que provoquem défice funcional ao nível cognitivo, motor, sensorial, cardio-respiratório, da alimentação, eliminação e sexualidade (Regulamentos dos padrões de qualidade dos cuidados de Enfermagem de Reabilitação, 2011). O EEER maximiza o bem-estar do indivíduo e complementa as AVD relativamente ao qual o indivíduo é dependente, identificando, o mais precocemente possível, os problemas reais ou potenciais do indivíduo nos quais o ER implementa intervenções de enfermagem de reabilitação (Regulamentos dos padrões de qualidade dos cuidados de Enfermagem de Reabilitação, 2011).

3.2.4 Quadro de Referência

As teorias são usadas para dar uma direção à prática de enfermagem descrevendo, explicando e prevendo fenómenos. Decidi salientar, para este projeto, a teoria de Dorothea Orem: Teoria do Défice do Autocuidado em Enfermagem (TDAE).

A TDAE é constituída por três teorias inter-relacionadas: Teoria do autocuidado, Teoria do Défice de Autocuidado e Teoria dos Sistemas de Enfermagem.

O autocuidado é o desempenho de atividades que o indivíduo realiza para seu benefício, com o intuito de preservar a vida, a saúde e o bem-estar (Orem, 2001). Quando o mesmo é realizado, há manutenção da integridade estrutural e do funcionamento humano, contribuindo para o desenvolvimento do indivíduo (Orem, 2001). Contudo a capacidade do indivíduo em realizar o autocuidado é afetada por condicionantes básicos, entre eles: idade, sexo, estado de saúde, sistema familiar, padrões de vida, fatores ambientais e disponibilidade de recursos (Orem, 2001). Como demonstrado anteriormente, a idade, o sexo, a existência de patologias associadas, fatores ambientais, são fatores contribuintes para o aparecimento de IU. (Redol et al., 2017; Stevens, 2008).

Orem, associada à teoria do autocuidado, integrou o conceito de requisitos de autocuidado, que podem ser explicados como ações dirigidas a partir da ação de autocuidado realizadas pelo indivíduo/família (Queirós, 2010): requisitos universais (comuns a todo o ciclo vital), requisitos de desenvolvimento (relacionado com o desenvolvimento das diferentes fase do ciclo vital) e requisitos de desvio de saúde (associado ao indivíduo que está doente ou com alguma lesão ou incapacidade). Termos comuns para designar os requisitos universais são as atividade de vida diária (Orem, 2001):

> a) Manutenção de uma suficiente quantidade de ar; b) Manutenção de uma suficiente ingestão de água; c) Manutenção de uma suficiente quantidade de alimentos; d) Provisão de cuidados associados com processos de eliminação; e) Manutenção de equilíbrio entre atividades e o repouso; f) Manutenção de equilíbrio entre a solidão e a interação social; g) Prevenção de perigos à vida humana, ao funcionamento e ao bem-estar do ser humano; h) Promoção do funcionamento e do desenvolvimento do ser humano dentro dos grupos sociais, de acordo com o potencial, as limitações conhecidas e o desejo de ser normal.

A normalidade é usada no sentido do que é essencial humano, de acordo com a genética, as características constitucionais e os talentos dos indivíduos.

Estes requisitos universais estão relacionados com o tema em estudo, dos quais destaco o requisito b), uma vez que o enfermeiro vai realizar ensinos relativamente ao controlo de ingestão hídrica; o requisito d), pois o enfermeiro vai promover junto do indivíduo/familiar comportamento de continência urinária; o requisito f), visto que o enfermeiro promove a continência urinária de modo a que o indivíduo não tenha comportamentos de isolamento social; e o requisito g), dado que o enfermeiro ao promover a continência tem como objetivo

evitar o aparecimento de patologias associadas a IU, como por exemplo o surgimento de quedas e, por consequência, fraturas associadas a IU de urgência.

De acordo com Orem (2001), o autocuidado deve ser aprendido e executado continuamente no tempo. De acordo com a necessidade de regulação do indivíduo, este tem capacidades de autocuidado uma vez que possui competências, conhecimento e experiências apreendidas ao longo da vida (*self-care agency*). (OE, 2011), no que diz respeito ao bem-estar e o autocuidado "na procura permanente da excelência no exercício profissional, o enfermeiro maximiza o bem-estar dos clientes e suplementa/complementa as atividades de vida relativamente às quais o cliente é dependente"

O indivíduo ao longo do seu ciclo vital sofre transições que podem impossibilitá-lo de realizar ou satisfazer as necessidades de autocuidado, necessitando do auxílio de outros, desencadeando alterações na sua vida pessoal, familiar e social. O surgimento deste défice no autocuidado reflete-se na saúde e no bem-estar e dá origem à intervenção do enfermeiro (Orem, 2001). Os cuidados de enfermagem surgem de modo a compensar o défice de autocuidado, quando o indivíduo está incapacitado ou limitado para promover o autocuidado sistemático e eficaz.

A teoria dos Sistemas de Enfermagem relaciona as características dos enfermeiros, com as necessidades do indivíduo e com as suas características. Orem (2001), identificou o sistema totalmente compensatório, o sistema parcialmente compensatório e o sistema de apoio-educação, com a finalidade de serem aplicados de acordo com as necessidades de autocuidado do indivíduo.

Estamos perante o Sistema Totalmente Compensatório, quando as intervenções de enfermagem substituem o indivíduo no autocuidado (Queirós, 2014), ou seja quando o indivíduo não tem capacidade física ou cognitiva para realizar uma capacidade. No Sistema Parcialmente Compensatório as intervenções do enfermeiro substituem algumas tarefas do autocuidado que o indivíduo não é capaz de realizar por si só (Queirós, 2014). No Sistema de Apoio – Educativo, o indivíduo é capaz de apreender e executar as tarefas do autocuidado, mas necessita de ensino, orientação e instrução por parte dos enfermeiros em proceder à realização das ações (Queirós, 2014).

A instalação da IU, como referindo anteriormente, traduz-se em consequências físicas e psicológicas. De acordo com Orem, o surgimento da IU é considerado um desvio de saúde, sendo necessária a intervenção do ER no estabelecimento de um plano de reabilitação para minimizar os efeitos da patologia. Deste modo, o presente modelo conceptual é pertinente dado que o EEER realiza um plano de cuidados de acordo com a colheita de dados realizada,

identificando o défice existente no autocuidado, em que sistema o individuo se depara e quais as intervenções e estratégias adaptativas mais adequadas nesse sistema, com o objetivo de auxiliar a pessoa a promover o seu bem-estar e autocuidado.

3.3. Objetivos Gerais e Objetivos Específicos

Pretende-se ao longo deste percurso desenvolver as competências específicas do EEER, maximizando a funcionalidade e desenvolvendo as capacidades da pessoa, cuidar das pessoas com necessidades especiais ao longo do ciclo vital e a capacitação da pessoa para a reinserção e exercício da cidadania. (Comp.EEER, 2010) Designa-se o presente trabalho de projeto, *Promoção do Autocuidado e Bem-estar, na pessoa com Incontinência Urinária – Intervenção do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação*, que se desenvolve nos presentes objetivos gerais e específicos de acordo com as competências comuns do enfermeiro especialista e com as competências específicas do EEER.

Objetivos gerais:

- Desenvolver competências como EEER na prestação de cuidados à pessoa com Incontinência Urinária, tendo em vista a promoção do autocuidado e bem-estar;
- Desenvolver competências como EEER na prestação de cuidados à pessoa com alterações respiratórias, sensoriais, motoras e de alimentação.

Objetivos específicos:

(1) Integrar as dinâmicas organo-funcionais dos locais de ensino clínico

(2) Analisar o contributo do EEER no seio da equipa multidisciplinar

(3) Compreender as intervenções do EEER junto da pessoa com alterações aos níveis respiratório, sensório-motor e de alimentação, e da sua família/cuidador

(4) Compreender as intervenções do EEER junto da pessoa com incontinência urinária e da sua família/cuidador

(5) Desenvolver competências na prestação de cuidados de ER à pessoa e família/cuidador em processo de tratamento urológico e/ou condição de IU

(6) Prestar cuidados especializados de enfermagem de reabilitação à pessoa e família/cuidador, com alterações aos níveis respiratório, sensório-motor e da alimentação, utilizando a metodologia do processo de enfermagem

(7) Prestar cuidados especializados de enfermagem de reabilitação à pessoa/família/cuidador com Incontinência Urinária, tendo por base a evidência científica mais atual, com vista à promoção do autocuidado e bem-estar

(8) Executar intervenções especializadas de enfermagem de reabilitação com vista à maximização da funcionalidade e das capacidades da pessoa/família/cuidador contribuindo para a promoção do autocuidado na pessoa com IU e na sua reintegração na comunidade

(9) Contribuir para o desenvolvimento de competências da equipa de saúde, na promoção do autocuidado eliminação vesical na pessoa adulta com IU e família

(10) Elaborar o relatório final do projeto de estágio

3.4. Fundamentação da escolha dos locais de estágio

Com o intuito de desenvolver o projeto, foram selecionados dois campos de estágio: a nível comunitário e hospitalar. A escolha dos mesmos teve por base o desenvolvimento da temática em estudo, dos objetivos propostos e a existência de enfermeiros de reabilitação. Foram realizadas visitas aos locais de estágio e realizada uma entrevista aos ER das unidades de modo a conhecer os locais, as principais problemáticas e campos de atuação dos mesmos. No apêndice IV, encontra-se o resultado da entrevista realizada aos locais de ensino clínico.

Optou-se, primeiro, por desenvolver o projeto em contexto comunitário com o objetivo de perceber de que modo é realizada a triagem das pessoas com IU e como é realizado o encaminhamento e seguimento das mesmas. O primeiro ensino clínico será realizado na ECCI [redacted]. A mesma é constituída por 6 Enfermeiros, dos quais 3 são EEER. A ECCI tem capacidade de resposta para 70 pessoas, acompanhando neste momento 49 utentes e seus familiares/cuidadores informais. Após a entrevista realizada neste local, percebi que o tema do meu projeto de estágio é uma problemática frequente entre a população abrangida pelo mesmo. Presente em doentes com AVC, com demência e surgindo problemas relacionadas com a IU em situações de diminuição da mobilidade das pessoas.

Numa segunda fase, o local de ensino clínico será na [redacted], no serviço de Urologia, mais especificamente, nas Consultas de Urologia. Neste serviço é realizado um acompanhamento ao doente no período perioperatório. Atualmente, o serviço é constituído por 3 enfermeiros dos quais um é EEER. Neste serviço, desenvolvem trabalho mais específico junto dos homens prostectomizados, direcionado para a IU e disfunção eréctil. Consequente penso que este local de EC, vai contribuir para a aquisição de conhecimentos mais específicos na área em que pretendo desenvolver o meu projeto.

Existe ainda possibilidade de efetuar um estágio de observação participante no serviço de Medicina Física e Reabilitação do [redacted]. Neste serviço, terei a oportunidade de estar em contacto com pessoas com diferentes patologias, sendo esta uma complementaridade ao tema do projeto de estágio e tendo em vista a aquisição de competências específicas do EEER.

Creio que os locais de EC escolhidos possibilitarão adquirir competências específicas de EEER, bem como, desenvolver o meu projeto de estágio.

3.5. Descrição das Tarefas e dos Resultados Esperados

Foi elaborado um cronograma para o terceiro semestre, disponível no apêndice VI, com os contextos de ensino clínico objetivos a desenvolver.

Executei um planeamento de atividades de acordo com os objetivos definidos para o presente projeto. Foram elaborados um conjunto de tabelas que integram os domínios de competências para cada objetivo específico, o plano de atividades para cada um, os indicadores, os critérios de avaliação, os recursos a utilizar, o local e a duração. Podem ser consultadas as tabelas no V.

Caso não tenha oportunidade de encontrar pessoas adultas com IU em contexto domiciliário ou no serviço de urologia salvaguarda-se que a prestação de cuidados se centrará na promoção do autocuidado e maximização do bem-estar das pessoas nas Atividades de Vida Diária (AVD) relacionadas com eliminação vesical, e relativamente às quais as mesmas são dependentes.

4. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Através da pesquisa realizada para a realização deste projeto é evidente que o EEER desempenha intervenções importantes junto da pessoa com IU, da sua família e prestador de cuidados. O surgimento deste tema teve início com a minha motivação pessoal e profissional, com os dados estatísticos sobre o número de pessoas com a patologia e as consequências da mesma no seu quotidiano e por ser uma área fundamental para promoção do autocuidado e bem-estar à pessoa.

Durante a execução deste projeto desenvolvi conhecimentos acerca da patologia em estudo, do impacto que a mesma tem na vida da pessoa, como o EEER pode realizar uma avaliação à pessoa com IU, que intervenções o mesmo pode realizar de acordo com o tipo de

IU que a pessoa apresenta e qual o plano de cuidados que pode implementar a cada pessoa, com o objetivo de promover o autocuidado e o bem-estar.

São inúmeras as consequências que o surgimento da IU tem na vida da pessoa, desde problemas psicológicos, físicos, sociais e económicos. Deste modo, o EEER tem um papel importante na deteção destas pessoas, através de uma avaliação rigorosa, de modo a realizar intervenções promotoras do autocuidado e bem-estar à pessoa com IU. Com a realização deste trabalho, percebi que este tema ainda é tabu para muitas famílias. Trata-se de uma patologia que para as pessoas não é considerada uma patologia, mas, sim, uma consequência do avançar da idade ou da instalação de uma doença, levando a que as pessoas não procurem ajuda dos profissionais de saúde. Deste modo, realço o papel fundamental que o EEER tem na sensibilização das pessoas, famílias, cuidadores informais e outros profissionais de saúde, com o objetivo de que as mesmas tomem consciência que a IU é uma patologia, e não a aceitem como uma consequência do envelhecimento ou sintoma de uma doença.

Esta é assim a primeira etapa de um processo de desenvolvimento que acabará no 3º. semestre, com a execução deste projeto nos locais de EC, onde desenvolverei competências específicas do enfermeiro especialista e específicas do ER, e que culminará com a elaboração e apresentação do relatório de estágio.

Referências Bibliográficas

Abrams, P., et al. (2009) Fourth International Consultation on Incontinence Recommendations of the International Scientific Committe: Evalution and treatment of urinary incontinence, pelvic organ prolapse and fecal incontinence. *Neurourology and Urodynamics.* 29:213–240. doi.org/10.1002/nau.20870

Aguilar-Navarro, S., Navarrete-Reyes, A. P., Grados-Chavarría, B. H., García-Lara, J. M. A.,Amieva, H., Ávila-Funes, J. A., & Ferrucci, L. (2012). The severity of urinary incontinence decreases health-related quality of life among community-dwelling elderly. *Journals of Gerontology - Series A Biological Sciences and Medical Sciences*. 67(11), 1266–1271. doi.org/10.1093/gerona/gls152

Avery, J., & Stocks, N. (Janeiro de 2016). Urinary Incontinence, Depression and Psychosocial Factors - A Review of Population Studies. *Europena Medical Journal*, 1(1), pp. 58-67. Acedido 2 de Abril de 2019, em: http://hdl.handle.net/2440/98014

Bicalho, M. & Lopes, M. (2012). Impacto da incontinência urinária na vida de esposas de homens com incontinência: Revisão integrativa. *Revista da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo*. 46 (4), 1009-1014. doi.org/10.1590/S0080-62342012000400032

Blok, B., et al. (2016). EAU Guidelines on Neuro-Urology. *European Association of Urology*.

Burkhard, F.C., et al. (2018) EAU Guidelines on Urinary Incontinence in Adults. *European Association of Urology.*

Carter, N., Miller, P. A., Murphy, B. R., Payne, V. J., & Bryant-Lukosius, D. (2014). Healthcare Providers' Perspectives of the Supportive Care Needs of Men With Advanced Prostate Cancer. *Oncology Nursing Forum*. 41.(4), 421–430. doi: 10.1188/14.ONF.421-430

Gibson, W., & Wagg, A. (2014). New horizons: Urinary incontinence in older people. *Age and Ageing*, 43, 157–163. doi: org/10.1093/ageing/aft214

Fisher, A. R. (2014). Development of clinical practice guidelines for urinary continence care of adult stroke survivors in acute and rehabilitation settings. *Canadian Journal of Neuroscience Nurse*. 36, 16–31. Acedido 9 de Abril de 2019, em: https://pdfs.semanticscholar.org/1b89/4f488900d753e88710868e84977351fcadf9.pdf

Fontes, A.P., Botelho, M.A., & Fernandes, A.A. (2011) Incontinência Urinária e Funcionalidade: um estudo exploratório numa população idosa. Acta Urológica. 2 12-19

Gray, M., & Moore, K. N. (2012). *Cuidados de Enfermagem em Urologia*. Loures: Lusociência

Goepel, M., Kirschner-Hermanns, R., Welz-Barth, A., Steinwachs, K., Rübben, H. (2010) Urinary Incontinence in the Elderly. *Clinics in Geriatric Medicine*, 25(3), 445–457. doi: 10.3238/arztebl.2010.0531

Hesbeen, W. (2001). *Cuidar no Hospital: Enquadrar os Cuidados de Enfermagem Numa Perspectiva de Cuidar*. Loures: Lusociência.

Hu, T. W., & Wagner, T. H. (2005). Health-related consequences of overactive bladder: An economic perspective. *BJU International*, *96.*(1), 43–45. doi.org/10.1111/j.1464-410X.2005.05654.x

Hunskaar, S., Lose, G., Sykes, D., & Voss, S. (2004). The prevalence of urinary incontinence in women in four European countries. *BJU International*. 93, 324–330. doi.org/10.1111/j.1464-410X.2003.04609.x

Johnson, T. M., Clevenger, C. K., & Elkins, J. (2016). The vulnerable elderly and bladder dysfunction: is this 'urinary incompetence'? *International Journal of Clinical Practice*. 70.(6), 432–433. doi: org/10.1111/ijcp.12763

Kohler, M., Mayer, H., Kesselring, J., & Saxer, S. (2018). (Can) Not talk about it – Urinary incontinence from the point of view of stroke survivors: a qualitative study. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*. 32. (1), 371–379. doi: org/10.1111/scs.12471

Lappen MN, D., Berall BScN, A., Davignon MN, A., Iancovitz MSW, L., & Karuza PhD, J. (2016*).* Evaluation of a Continence Implementation Program on a Geriatric Rehabilitation Unit. *Perspectives*, 39. (1), 24–30. Acedido 5 de Abril de 2019, em: http://myaccess.library.utoronto.ca/login?url=https://search.proquest.com/docview/1900707205?accountid=14771%0Ahttp://bf4dv7zn3u.search.serialssolutions.com?ctx_ver=Z39.88-2004&ctx_enc=info:ofi/enc:UTF-8&rfr_id=info:sid/ProQ%3Acbcacomplete&rft_val_fmt=inf

Lopes, M. H. B. de M., Costa, J. N. da, Lima, J. L. D. de A., Oliveira, L. D. R. de, & Caetano, A. S. (2017). Programa de reabilitação do assoalho pélvico: relato de 10 anos de experiência. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 70. (1), 231–235. doi: org/10.1590/0034-7167-2016-0257

Lopes, M.H.B.M, Costa, N.C., Bicalho, M.B., M., Casale, T. E., Camisão, A. R., & Fernandes M.L.V. (2018). Perfil e qualidade de vida de mulheres em reabilitação do assoalho pélvico. *Revista Brasileira de Enfermagem*. 71.(5), 2642–2651. DOI: http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167-2017-0602

Lucas, M., et al. (2014). Guidelines on Urinary Incontinence. *European Association of Urology*.

Lucas, M., et al. (2015). *Guidelines on Urinary Incontinence*. European Association of Urology. Acedido 5 de Abril de 2019, em: http://uroweb.org/wp-content/uploads/20-Urinary-Incontinence_LR1.pdf

Mendes Silva, M., Duarte, A., Galo, J., & Domingues, N. (2012). *Enfermagem em Urologia.* Lisboa: Lidel.

Mesquita, A.C. (2012). Prefácio. In E. Menoita, (2012). *Reabilitar a pessoa idosa com AVC: Contributos para um envelhecer resiliente*. Loures: Lusociência.

Morrison, A., & Levy, R. (2006). Fraction of nursing home admissions attributable to urinary incontinence. *Value in Health*. 9. (4), 193-202. doi.org/10.1111/j.1524-4733.2006.00109.x

Moura, B.G. (2005). Incontinência Urinária Feminina. *Revista Portuguesa Clinica Geral*, 11-20. DOI: http://dx.doi.org/10.32385/rpmgf.v21i1.10106

Newman, D.K. (2014). Pelvic floor muscle rehabilitation using biofeedback. *Urologic Nursing*, 34(4), 193-202. doi 10.7257/1053-816X.2014.34.4.193

Newman, D. K. (2018). Pelvic Floor Muscle Rehabilitation Using Biofeedback. *Urologic Nursing*. 34. (4), 193.

Ordem dos Enfermeiros. (2010) Regulamento das competências comuns do enfermeiro especialista. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.

Ordem dos Enfermeiros. (2010). Regulamento das competências específicas do enfermeiro especialista em enfermagem de reabilitação. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros

Ordem dos Enfermeiros. (2011). Regulamento dos padrões de qualidade dos cuidados especializados de Enfermagem de Reabilitação. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.

Ordem dos Enfermeiros. (2015). Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem. Lisboa.

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

Pestana, H. (2017). Cuidados de enfermagem de reabilitação: Enquadramento. In C. Marques-Vieira & L. Sousa. *Cuidados de enfermagem de reabilitação à pessoa ao longo da vida* (pp.47-56). Loures: Lusodidacta.

Pires, M. (2008). Eliminação e Continência Vesical. Em S. Hoeman, *Enfermagem de Reabilitação: Aplicação e processo* (pp. 453-487). Loures: Lusociência

Queirós, P. J. (2010). Autocuidado, transições e bem-estar. *Revista Investigação em Enfermagem*, 21, 5-7.

Queirós, P.J.P., Santos, T.S.S., & Fialho, A.J.A. (2014). Autocuidado: o contributo teórico de Orem para a disciplina e profissão de Enfermagem. *Revista de Enfermagem Referência*. Série IV (3), 157–164. doi.org/10.12707/RIV14081

Redol, F., & Rocha, C. (2017). Avaliação da Função Eliminação. In C. Marques-Vieira, L. Sousa. *Cuidados de Enfermagem de Reabilitação à Pessoa ao Longo da Vida* (pp.189 – 202). Loures: Lusodidacta.

Riemsma, R., et al. (2017). Can incontinence be cured? A systematic review of cure rates. *BMC Medicine*, 15, 1–12. https://doi.org/10.1186/s12916-017-0828-2

Santos, C. (2012). Reeducação Perineoesfincteriana. In M.M. Silva, A. Duarte, J. Galo & N. Domingues (coord.), *Enfermagem em Urologia* (pp. 166-170). Lisboa: Lidel.

Schnitzer, S., Deutschbein, J., Nolte, C., Kohler, M., Kuhlmey, A., & Schenk, L. (2017). *How Does Sex Affect the Care Dependency Risk One Year After Stroke? Innovation in Aging*, 24. (6), 415-421. doi: org/10.1093/geroni/igx004.2083

Serviço de Higiene e Epidemiologia da Faculdade de Medicina da Universidade do Porto. (2008). Prevalência e tratamento da incontinência urinária na população portuguesa não institucionalizada. Porto: Faculdade de Medicina da Universidade do Porto.

Silva, A. I., Almeida, C., Aguiar, H., Neves, M., & Teles, M. J. (2013). Prevalência e impacto da incontinência urinária na qualidade de vida da mulher. *Revista Portuguesa de Clínica Geral*, 296, 364–376. doi: org/10.32385/rpmgf.v29i6.11197

Stevens, K. A. (2008). Elimínção e Continência Urinária. In S. P. Hoeman, *Enfermagem de Reabilitação: Prevenção, Intervenções e Resultados Esperados* (351-386). Loures: Lusodidacta.

Terzoni, S., et al. (2015). Electrical stimulation for post-prostatectomy urinary incontinence: Is it useful when patients cannot learn muscular exercises? *International Journal of Urological Nursing*, 9.(1), 29–35. doi: org/10.1111/ijun.12056.

Valença, M.P., Albuquerque, A.F.L.L., Rocha, G.M.S. & Aguiar, A.P.D.A (2016). Cuidados de enfermagem na incontinência urinária: um estudo de revisão integrativa. *Estima*, 14. (1), 43–49. https://doi.org/10.5327/z1806-3144201600010007

APÊNDICES

Apêndice I - Estratégia de Pesquisa da Revisão

CINAHL		MEDLINE	
Linguagem Natural	Urinary Incontinence (S4) And Nursing (S5) And Rehabilitation (S6)	Linguagem Natural	Urinary Incontinence (S4) And Nursing (S5) And Rehabilitation (S6)
Linguagem Indexada	“Urinary Incontinence” (S1) AND “Urologic Nursing" OR "Nursing Care" (S2) AND "Rehabilitation" OR "Rehabilitation Nursing" (S3)	Linguagem Indexada	“Urinary Incontinence” (S1) AND "Nursing” OR “Nursing Care" (S2) AND "Rehabilitation" OR "Rehabilitation Nursing" (S3)
Pesquisa Combinada (natural e indexada)	S1 OR S4 And S2 OR S5 And S3 OR S6 = 133 resultados	Pesquisa Combinada (natural e indexada)	S1 OR S4 And S2 OR S5 And S3 OR S6 = 555 Resultados
Limitadores	12 Resultados	Limitadores	36 Resultados

Apêndice II - Fluxograma da Revisão

<table>
<tr><td>Identificação</td><td>Resultados extraídos da MEDLINE (n=36)</td><td>Resultados extraídos da CINAHL (n=12)</td><td>Resultados extraídos de outras fontes (n=0)</td></tr>
<tr><td>Tiragem</td><td colspan="3">Resultados extraídos por duplicação (n=46)</td></tr>
<tr><td>Elegibilidade</td><td colspan="2">Excluídos 11 por não ter acesso ao texto integral.</td><td>Excluídos 24 por não responder às questões da revisão narrativa da literatura.</td></tr>
<tr><td>Incluídos</td><td colspan="3">Resultados com o texto integral incluídos (n=11)</td></tr>
</table>

Apêndice III – Resultados da Revisão

Título do Artigo /Autor / Ano	Principais Conclusões	Conceitos
Can incontinence be cured? A systematic review of cure rates. Riemsma, R., et al. (2017)	– O tratamento cirúrgico na incontinência urinária tem uma taxa de cura média de 82,3%, após 12 meses da intervenção. – Os Exercícios de Fortalecimento da Musculatura Pélvica (EFMP) traduzem taxas de cura entre 5% a 83,4%. – Pessoas com incontinência urinária de urgência foram principalmente tratadas farmacologicamente, com uma taxa de cura média para antimuscarínicos de 49%.	– Incontinência – Urinária; – Cura
Electrical stimulation for post-prostatectomy urinary incontinence: is it useful when patients cannot learn muscular exercises? Terzoni, S. et al. (2015)	– A estimulação elétrica funcional utiliza corrente elétrica para estimular as fibras musculares com o objetivo de melhorar a auto-perceção da atividade muscular. – Aquando do término do programa de reabilitação, a pessoa precisa de EFMP, para aprender a usar ativamente os músculos pélvicos, bem como para evitar a perda do tónus do esfíncter, adquirido com estimulação elétrica, havendo necessidade de EFMP de manutenção. – No grupo estimulação elétrica funcional, todos os doentes tinham atingido o objetivo de reabilitação. No entanto, os EFMP demonstram ter maiores taxas de sucesso a longo prazo.	– Estimulação elétrica; – Enfermagem; – Prostatectomia radical; – Reabilitação; – Incontinência urinaria;

Evaluation of a continence implementation program on a geriatric Rehabilitaion Unit. Lappen MN, et al. (2016)	– Avaliação e implementação de uma série de normas e estratégias para a gestão da continência num lar de idosos: avaliação na admissão da pessoa pela equipa de enfermagem, elaboração de um mapa do processo cuidado de incontinência, elaboração de um plano de cuidados de incontinência, revisão de terapêutica, elaboração de um diário do intestino e bexiga. Foi aplicado o protocolo de avaliação da continência nos primeiros sete dias de admissão do utente. – A implementação das normas no seio da equipa foi feita segundo o modelo Iowa. – Este modelo compreende sete passos: Seleção do tópico; Formação da equipa; Recolha de evidência; Avaliação da evidência; Desenvolvimento de uma prática baseada na evidência; Implementação dessa prática; e, finalmente avaliação.	– Envelhecimento; – Prática baseada na evidência; – Incontinência urinária;
Healthcare Providers Perspectives of the Supportive Care Needs of Men With Advanced Prostate Cancer Carter, N., et al (2014)	– Dor, incontinência urinária e fadiga foram reconhecidos pelos profissionais de saúde como sintomas importantes da patologia; – No entanto os profissionais referem não usarem estratégias para promover a continência urinária. Apenas um participante (n=19) do estudo referiu o uso de estratégias específicas para promover a continência, como por exemplo o uso dos EFMP.	– Incontinência Urinária; – Cancro da próstata avançado; – Enfermagem; – Incontinência Urinária;
How does sex affect the care dependency risk one year after stroke? A study based on claims data from a German health insurance fund Schnitzer, S. et al (2017)	– A incontinência tem uma influência direta na institucionalização das pessoas. – As mulheres que tiveram AVC têm maior risco de dependência após a alta. Cerca de metade das mulheres tem incontinência urinária, traduzindo esta numa maior dependência de cuidados, quando comparado com o homem. – Após um ano do AVC, as pessoas que tinham incontinência urinária têm um maior risco de serem dependentes.	– AVC; – Incontinência Urinária; – Sexo; – Dependência;

Programa de reabilitação do assoalho pélvico: relato de 10 anos de experiência Lopes, M. H. B. de M.et al. (2017)	– O tratamento conservador é considerado a primeira opção na Incontinência Urinária de Esforço (IUE). – Existem várias alternativas disponíveis que podem ser utilizadas na incontinência urinária: programas de EFMP, treinamento da bexiga, eletroestimulação, cones vaginais, terapia comportamental e biofeedback. – O EFMP e a terapia comportamental devem ser a primeira linha de tratamento para a IUE, com subsequente associação a biofeedback, cones vaginais e electroestimulação.	– Reabilitação; – Enfermagem; – Incontinência Urinária;
Pelvic Floor Muscle Rehabilitation Using Biofeedback Newman, D.K. (2014)	– EFMP são vantajosos no tratamento da incontinência urinária se a falta de suporte pélvico for o que causa da IU. – EFMP ajudam a pessoa com sintomas de urgência urinária. – A pessoa aprende a ter continência urinária através da resposta visual ou de sinais auditivos gerados através da atividade do biofeedback (BF). – O BF pode fornecer motivação para pessoas que possam estar desmotivadas com a reabilitação por não conseguirem isolar músculos do pavimento pélvico ou por não terem a sensação do músculo contrair. – O BF pode adicionar benefícios aos EFMT.	– Biofeedback; – Exercícios de fortalecimento da musculatura pélvica – Enfermagem; – Reabilitação
The vulnerable elderly and bladder dysfunction: is this ‘urinary incompetence’? Johnson, T. M. et al. (2016)	– Os idosos com IU, são pessoas vulneráveis, têm diminuição da sua qualidade de vida, mental e física, têm mais depressões, são mais dependentes e têm mais histórias de quedas associadas. – Muitos dos idosos que classificaram a IU como um grande problema não estão a receber tratamento. De realçar esta lacuna existente, uma vez que algumas destas pessoas podem ter	– Incontinência urinária; – Idoso; – Vulnerabilidade;

	informado que têm IU, mas não estão sendo acompanhados.	
(Can) Not talk about it – Urinary incontinence from the point of view of stroke survivors: a qualitative study Kohler, M. et al. (2018)	– 43,5% das pessoas com AVC sofrem de incontinência urinária após 3 meses, e 37,7% após 12 meses. A presença de incontinência, após um AVC, afeta a qualidade de vida da pessoa, levando à sua dependência e institucionalização. – Os participantes do estudo referem que as conversas que têm com os enfermeiros relacionados com IU são superficiais. – As pessoas referem que não houveram intervenções eficazes para promover a continência contrariamente às intervenções existentes para lidar com a incontinência.	– AVC; – Incontinência Urinária; – Reabilitação;
Perfil e qualidade de vida de mulheres em reabilitação do assoalho pélvico Lopes, M.H.B.M et al. (2018)	– O tipo de IU, o número de episódios de perdas urinárias, a severidade da IU, pode afetar a qualidade de vida da mulher e o seu bem-estar psicológico e social. – A IU tem implicações físicas, cognitivas, na vida sexual, nas atividades quotidianas, no bem-estar emocional, no seio da vida familiar e social.	– Incontinência Urinária; – Reabilitação; – Enfermagem; – Qualidade de Vida;

Development of clinical practice guidelines for urinary continence care of adult stroke survivors in acute and rehabilitation settings Fisher, A. R. (2014) (2014)	– A incontinência urinária é comum entre as pessoas com AVC. Está associada a um maior grau de dependência e na ida das pessoas para cuidados de longa duração, em comparação com as pessoas com AVC e sem problemas de continência; – Os participantes identificaram três barreiras para a implementação de cuidados de incontinência: falta de recursos adequados; atitudes dos profissionais de saúde e seus cuidadores juntos das pessoas com AVC; e falta de continuidade dos cuidados de incontinência. – A implementação de orientações/recomendações na unidade de longa duração melhorou os conhecimentos dos enfermeiros relacionados com a continência nas pessoas com AVC.	– AVC; – Incontinência Urinária; – Reabilitação;

Apêndice IV - Entrevista nos locais de ensino clínico
Entrevistas na ECCI

Como é constituído o serviço? A unidade de cuidados na comunidade de [redacted] divide-se em equipa de cuidados continuados integrados, intervenção de famílias de risco e saúde escolar.

Quais os critérios de referenciação para admissão dos utentes? Os doentes para serem seguidos pela ECCI são referenciados pela rede de cuidados continuados.

Qual a origem dos utentes? Por norma são encaminhados pelas EGA (equipa de gestão de alta) dos hospitais.

Quais as caraterísticas da população existente? Uma média de pessoas com idade superior a 55 anos, que reside em casa e tem apoio de familiares ou cuidadores informais.

Quais são as patologias mais comuns? Úlceras de pressão; AVC; Demência.

Como é constituída a equipa multidisciplinar? Constituída por 6 Enfermeiros, 1 Fisioterapeuta e um Assistente Social.

São quantos EEER? Três EEER.

Como é organizada a distribuição do EEER? Os doentes são distribuídos pelas freguesias da cidade a que a ECCI dá apoio e cada EEER tem uma zona atribuída.

Como é realizada a articulação entre os Enfermeiros generalistas e os EEER? O trabalho é realizado em método individual: cada enfermeiro tem os seus doentes atribuídos e quando algum doente que é acompanhado pelo enfermeiro generalista necessita da ação do EEER, o caso é passado ao EEER.

Como se procede ao planeamento dos cuidados? Cada enfermeiro, de acordo com os doentes que tem agendado diariamente, organiza o seu trabalho junto dos mesmos.

O mesmo planeamento é realizado em equipa? Não.
Qual o trabalho do EEER junto dos doentes? Grande parte da população existente tem mobilidade reduzida e diminuição da força, sendo realizada reabilitação motora aos mesmos.

Em consequência da imobilidade começam por apresentar algumas problemas respiratórios sendo também importante realizar reeducação funcional respiratória.

Existem projetos de reabilitação no serviço? Não existem.

Como é realizada a seleção das pessoas alvo dos cuidados de EEER? Quando os enfermeiros generalistas ao avaliar a pessoa determinam que a mesma apresenta necessidade de cuidados de ER, passam o caso ao EEER.

Há abordagem a pessoas com alteração na eliminação vesical? Sim, temos em domicílio muitos utentes que se apresentam com cateterização intermitente, ou fralda (mesmo não sendo incontinentes), apenas porque estão retidos ao leito. Para conforto dos cuidadores temos nesse sentido, realizado ensinos aos cuidadores de modo a sensibilizar para comportamentos promotores de continência urinária.

Existem momentos de promoção na saúde? Nomeadamente para a IU? Sim, mais diretamente junto dos familiares/cuidadores.

O que considera importante para uma melhor prestação de cuidados de EEER? Realização de reuniões com toda a equipa para discussão de casos clínicos, a colaboração e motivação das pessoas/famílias e seus cuidadores informais.

Que papel tem a família? A família tem um papel muito importante, pois é quem melhor conhece o doente e está com ele durante 24h. Junto da família procuramos saber quais as suas preocupações e necessidades de auxílio, para mobilizarmos o nosso plano de ensinos a essa família.

Entrevistas no Serviço de Urologia

Como é constituído o serviço? As consultas de urologia estão integradas dentro da unidade de urologia.

Quais os critérios de referenciação para admissão dos utentes? Os doentes são programados para cirurgia e nessa altura é realizada a referenciação para a consulta pré-operatória de urologia de enfermagem.

Como é realizado o circuito do mesmo desde a admissão até à alta? Os doentes começam a ser seguidas no pré-operatório. No pós-operatório, uma semana após a alta os doentes têm agendada consulta de urologia, por consequente ficando a próxima marcada para o mês seguinte. Normalmente, depois passam a ser seguidos de 3 em 3 meses, até ao 1.º ano da intervenção cirúrgica, altura esta que, por norma tem alta da consulta. No caso de doente de localidades distantes e que não tenham possibilidade de ir às consultas, é realizado o acompanhamento telefonicamente.

Quais as caraterísticas da população existente? Homens prostectomizados com idades compreendidas entre os 50-69 anos.

Qual a dotação do serviço? No último ano, foram submetidos a prostectomia 70 homens, tendo estes sido seguidos na consulta de urologia.

Como é constituída a equipa multidisciplinar? Constituída por 3 Enfermeiros, 5 Médicos e um Assistente Social.

São quantos EEER? Um EEER.

Como é organizada a distribuição do EEER? Não ocorre distinção na distribuição de doentes, de modo a possibilitar que os utentes tenham contacto com toda a equipa multidisciplinar.

O planeamento de cuidados é realizado em equipa? Há uma reunião semanal, com toda a equipa multiprofissional, em que são discutidos os casos clínicos.

Qual o trabalho do EEER junto dos doentes? O EEER na consulta realiza os ensinos pré-operatórios a todos os utentes intervencionados e realiza também ensinos relacionados com ostomias de eliminação urinária na consulta de estomaterapia.

Existem projetos de reabilitação no serviço? Sim, está implementada a consulta de enfermagem ao utente submetido a prostectomia radical, consulta de enfermagem pré-cirúrgica a todos os utentes que têm cirurgia programada e a consulta de estomaterapia a todos os utentes com ostomias de eliminação urinária.

Quais as necessidades de cuidados de EEER de reabilitação mais frequentes junto da população existente no serviço?

O EEER no presente serviço desenvolve cuidados juntos dos doentes prostectomizados, trabalhando diretamente a incontinência urinária e a disfunção eréctil.

Como é realizada a seleção das pessoas alvo dos cuidados de EEER? Não existe uma seleção.

Qual a incidência de pessoas com IU? Por norma os nossos doentes não apresenta a patologia no pós-operatório imediato, apresentando sintomas da mesma quando começam a sua rotina quotidiana (regresso ao trabalho).

Que papel tem a família? A família acompanha o doente em todo o processo, sendo realizados ensinos à mesma.

Existe articulação com os cuidados na comunidade na preparação para o regresso a casa? Sim, existe articulação, bem como referenciação para os centros de saúde da área de residência.

Apêndice V - Planeamento de atividades

Objetivo Específico: (1) Integrar as dinâmicas organo-funcionais dos locais de ensino clínico				
Domínios e Competências	**Atividades**	**Local**	**Duração**	**Indicadores de avaliação**
A1. Desenvolve uma Prática Profissional e Ética no Seu Campo de Intervenção; A2. Promove práticas de cuidados que respeitam os direitos humanos e as responsabilidades profissionais; B- Domínio da melhoria da qualidade: B1. Desempenha um papel dinamizador no desenvolvimento e suporte das iniciativas estratégicas institucionais na área da governação clínica; B.3 Cria e mantém um ambiente terapêutico e seguro; C - Domínio da gestão dos cuidados	✓ Realização de uma visita aos locais de EC; ✓ Realização de entrevista aos enfermeiros chefes dos locais de EC ou aos ER do EC; ✓ Integração na equipa de enfermagem dos diferentes serviços; ✓ Consulta de protocolos, normas de serviço e procedimentos existentes nos serviços; ✓ Identificação dos instrumentos de colheita de dados, escalas de avaliação e instrumentos de registo utilizados nos serviços; ✓ Observação da estrutura física de cada serviço; ✓ Identificação das dinâmicas habituais da prática de cuidados de ER nos serviços; ✓ Participação nas reuniões de passagem de turno e da equipa de ER de modo dinâmico e adequado;	✓ EC de contexto comunitário ✓ EC de contexto hospitalar	✓ Nas duas primeiras semanas de cada EC	✓ Ter realizado uma visita aos locais de EC; ✓ Ter realizado uma entrevista aos enfermeiros chefes e/ou aos ER; ✓ Ter integrado a equipa de enfermagem; ✓ Ter consultado a documentação específica dos serviços, que regula o funcionamento do mesmo; ✓ Ter observado a estrutura física de cada serviço; ✓ Ter participado nas reuniões de passagem de turno e de equipa de ER, mobilizando para a prática de cuidados os conhecimentos teóricos;

C1. Gere os cuidados, otimizando a resposta da equipa de enfermagem e seus colaboradores e a articulação na equipa multiprofissional. D2. Baseia a sua praxis clínica especializada em sólidos e válidos padrões de conhecimento	✓ Identificação dos produtos de apoio existentes nos serviços; ✓ Colaboração com a equipa de enfermagem na prestação de cuidados diários.			✓ Ter identificado as dinâmicas habituais e os produtos de apoio existentes.
Recursos Humanos e materiais: Professor orientador da ESEL; Enfermeiros orientadores do EC como restante equipa multiprofissional; Enfermeiros chefe dos locais de EC; Documentação relativa aos vários serviços; Bibliografia variada.				
Critérios de avaliação: ✓ De que modo é que a visita aos locais de EC contribuiu para atingir este objetivo; ✓ De que forma as atividades planeadas contribuíram para a compreensão do funcionamento do serviço; ✓ De que forma as atividades desenvolvidas foram importantes para a minha integração na equipa multiprofissional; ✓ Em que medida a análise da documentação específica dos locais de EC contribuiu para atingir este objetivo.				

Objetivo Específico: (2) Analisar o contributo do EEER no seio da equipa multidisciplinar				
Domínios e Competências	**Atividades**	**Local**	**Duração**	**Indicadores de avaliação**
A. No domínio da responsabilidade profissional, ética e legal:	✓ Realização de entrevista aos enfermeiros chefes dos locais de EC ou aos ER do EC;	✓ EC de contexto comunitário ✓ EC de contexto hospitalar	No decorrer do EC	✓ Ter concretizado uma entrevista aos enfermeiros chefes e/ou

A1. Desenvolve uma prática profissional e ética no seu campo de intervenção; B- Domínio da melhoria da qualidade: B1. Desempenha um papel dinamizador no desenvolvimento e suporte das iniciativas estratégicas institucionais na área da governação clínica; B.3 Cria e mantém um ambiente terapêutico e seguro; C - Domínio da gestão dos cuidados C1. Gere os cuidados, otimizando a resposta da equipa de enfermagem e seus colaboradores e a articulação na equipa multiprofissional; D – Domínio do desenvolvimento das aprendizagens profissionais: D1. Desenvolve o auto-conhecimento e assertividade.	✓ Realização de pesquisa bibliográfica (livros, artigos de revistas, trabalhos académicos); ✓ Observação da articulação entre os elementos da equipa multiprofissional e o EEER; ✓ Observação a intervenção do EEER na promoção da continuidade dos cuidados na equipa multiprofissional; ✓ Integração na equipa multiprofissional.			aos enfermeiros orientadores; ✓ Ter efetuado pesquisa bibliográfica; ✓ Ter observado as funções/intervenções dos vários intervenientes da equipa multiprofissional; ✓ Ter observado a intervenção do EEER e colaborado na continuidade dos cuidados e atividades desenvolvidas; ✓ Ter integrado na equipa multiprofissional.

Recursos Humanos e materiais: Professor orientador da ESEL; Enfermeiros orientadores do EC e restante equipa multidisciplinar; Enfermeiros chefe dos locais de EC; Manuais e artigos científicos de ER.				
Critérios de avaliação: ✓ De que modo é que a visita aos locais de EC contribuiu para atingir este objetivo; ✓ Em que medida a observação, análise, reflexão e colaboração na equipa multiprofissional contribuem para atingir o presente objetivo.				

Objetivo Específico: (3) Compreender as intervenções do EEER junto da pessoa com alterações aos níveis respiratório, sensório-motor e de alimentação, e da sua família/cuidador				
Domínios e Competências	**Atividades**	**Local**	**Duração**	**Indicadores de avaliação**
A. No domínio da responsabilidade profissional, ética e legal: A1. Desenvolve uma prática profissional e ética no seu campo de intervenção; A2. Promove práticas de cuidados que respeitam os direitos humanos e as responsabilidades profissionais B- Domínio da melhoria da qualidade:	✓ Identificação de necessidades formativas pessoais; ✓ Realização de pesquisa bibliográfica (livros, artigos de revistas, trabalhos académicos, regulamentos) de acordo com as necessidades identificadas; ✓ Observação dos EEER nas intervenções especializadas ao indivíduo e sua família; ✓ Realização de consulta do processo clínico da pessoa;	✓ EC de contexto comunitário ✓ EC de contexto hospitalar	No decorrer do EC	✓ Ter consultado bibliografia de acordo com as necessidades identificadas e mobilizado as mesmas; ✓ Ter observado, analisado e refletido as intervenções especializadas do EEER; ✓ Avaliar os jornais de aprendizagem efetuados.

B3. Cria e mantém um ambiente terapêutico e seguro; D - Domínio do desenvolvimento das aprendizagens profissionais: D2. Baseia a sua praxis clínica especializada em sólidos e válidos padrões de conhecimento J1 – Cuida de pessoas com necessidades especiais, ao longo do ciclo de vida, em todos os contextos da prática de cuidados: J1.1 – Avalia a funcionalidade e diagnostica alterações que determinam limitações da atividade e incapacidades.	✓ Reflexão sobre os episódios de prática clínica, através de jornais de aprendizagem.			
Recursos Humanos e materiais: Professor orientador da ESEL; Enfermeiros orientadores do EC e restante equipa multidisciplinar; Enfermeiros chefe dos locais de EC; Doentes existentes nos locais de EC; Documentação existem do serviço; Manuais e artigos científicos de ER que abordem as temáticas em estudo.				
Critérios de avaliação: ✓ Em que medida a pesquisa bibliográfica contribuiu para o meu desenvolvimento, para a concretização do objetivo em causa; ✓ Qual a importância das atividades para compreender a intervenções de EEER; ✓ Em que medida a observação, análise, reflexão e colaboração na equipa multiprofissional contribuem para atingir o presente objetivo.				

Objetivo Específico: (4) Compreender as intervenções do EEER junto da pessoa com incontinência urinária e da sua família/cuidador				
Domínios e Competências	**Atividades**	**Local**	**Duração**	**Indicadores de avaliação**
A. No domínio da responsabilidade profissional, ética e legal: A1. Desenvolve uma prática profissional e ética no seu campo de intervenção; A2. Promove práticas de cuidados que respeitam os direitos humanos e as responsabilidades profissionais; B- Domínio da melhoria da qualidade: B3. Cria e mantém um ambiente terapêutico e seguro; D - Domínio do desenvolvimento das aprendizagens profissionais: D2. Baseia a sua praxis clínica especializada em	✓ Identificação de necessidades formativas pessoais; ✓ Realização de pesquisa bibliográfica (livros, artigos de revistas, trabalhos académicos, regulamentos) de acordo com as necessidades identificadas; ✓ Observação e análise do EEER nas intervenções junto do indivíduo com IU; ✓ Realização de consulta do processo clínico da pessoa; ✓ Reflexão sobre os episódios de prática clínica, através de jornais de aprendizagem; ✓ Promoção de reuniões formais e informais de orientação e avaliação com o enfermeiro orientador e docente orientador.	✓ EC de contexto comunitário ✓ EC de contexto hospitalar	No decorrer do EC	✓ Ter consultado bibliografia de acordo com as necessidades identificadas e mobilizado as mesmas; ✓ Ter observado, analisado e refletido as intervenções especializadas do EEER; ✓ Avaliar os jornais de aprendizagem efetuados; ✓ Ter realizado reuniões formais e informais de orientação e avaliação com o enfermeiro orientador e docente orientador.

sólidos e válidos padrões de conhecimento; J1 – Cuida de pessoas com necessidades especiais, ao longo do ciclo de vida, em todos os contextos da prática de cuidados: J1.1 – Avalia a funcionalidade e diagnostica alterações que determinam limitações da atividade e incapacidades.				
Recursos Humanos e materiais: Professor orientador da ESEL; Enfermeiros orientadores do EC e restante equipa multidisciplinar; Enfermeiros chefe dos locais de EC; Doentes existentes nos locais de EC; Documentação existente do serviço; Instrumentos de avaliação implementados no serviço; Manuais e artigos científicos de ER que abordem a temática em estudo.				
Critérios de avaliação: ✓ Em que medida a pesquisa bibliográfica contribuiu para o meu desenvolvimento, para a concretização do objetivo em causa; ✓ Qual a importância das atividades para compreender a intervenções de EEER; ✓ Em que medida a observação, análise, reflexão e colaboração na equipa multiprofissional contribuem para atingir o presente objetivo.				

Objetivo Específico: (5) Desenvolver competências na prestação de cuidados de ER à pessoa e família/cuidador em processo de tratamento urológico e/ou condição de IU				
Domínios e Competências	**Atividades**	**Local**	**Duração**	**Indicadores de avaliação**
A. No domínio da responsabilidade profissional, ética e legal:	✓ Identificação de necessidades formativas pessoais;	✓ EC de contexto comunitário	Durante as 9semanas de EC em contexto hospitalar	✓ Ter consultado bibliografia de acordo com as necessidades

A1. Desenvolve uma prática profissional e ética no seu campo de intervenção; A2. Promove práticas de cuidados que respeitam os direitos humanos e as responsabilidades profissionais; B- Domínio da melhoria da qualidade: B3. Cria e mantém um ambiente terapêutico e seguro; C – Domínio da gestão de cuidados: C1. Gere os cuidados, otimizando a resposta da equipa de enfermagem e seus colaboradores e a articulação na equipa multiprofissional; D - Domínio do desenvolvimento das aprendizagens profissionais: D2. Baseia a sua praxis clínica especializada em sólidos e válidos padrões de conhecimento;	✓ Realização de pesquisa bibliográfica (livros, artigos de revistas, trabalhos académicos, regulamentos) de acordo com as necessidades identificadas; ✓ Realização de uma avaliação inicial de enfermagem (exame físico, história clínica, existência de exames complementares de diagnóstico, sentimentos e expectativas da pessoa relativamente à sua situação); ✓ Execução de um plano de cuidados de reabilitação; ✓ Promoção envolvimento do familiar/cuidador no planeamento das intervenções delineadas; ✓ Realização de ensinos na pessoa submetida a tratamento cirúrgico, ensinos pré (ex.: reeducação funcional respiratória, controlo da dor) e pós operatórios (ex.: prevenção de complicações, vigilância do penso pós operatório, ensino de auto-cateterização, preparação para o regresso à comunidade) ao indivíduo e sua família; ✓ Realização de registos das intervenções de ER; ✓ Promoção de reuniões formais e informais de orientação e avaliação	✓ EC de contexto hospitalar		identificadas e mobilizado as mesmas; ✓ Ter observado, analisado e refletido as intervenções especializadas do EEER; ✓ Ter efetuado colheita de dados; ✓ Ter efetuado ensinos pré e pós operatórios à pessoa submetida a tratamento cirúrgico; ✓ Ter promovido a integração dos familiares/cuidador na prestação de cuidados de ER; ✓ Ter efetuado registos das intervenções de ER realizadas ao indivíduo; ✓ Ter realizado reuniões formais e informais de orientação e avaliação com o enfermeiro orientador e docente orientador.

J1 – Cuida de pessoas com necessidades especiais, ao longo do ciclo de vida, em todos os contextos da prática de cuidados: J1.1 – Avalia a funcionalidade e diagnostica alterações que determinam limitações da atividade e incapacidades. J3 – Maximiza a funcionalidade desenvolvendo as capacidades da pessoa:	com o enfermeiro orientador e docente orientador.			
Recursos Humanos e materiais: Professor orientador da ESEL; Enfermeiros orientadores do EC e restante equipa multidisciplinar; Enfermeiros chefe dos locais de EC; Doentes e familiares/cuidadores existentes nos locais de EC; Documentação existente do serviço; Instrumentos de avaliação implementados no serviço; Manuais e artigos científicos de ER.				
Critérios de avaliação: ✓ Em que medida a pesquisa bibliográfica contribuiu para o meu desenvolvimento, para a concretização do objetivo em causa; ✓ Qual a importância das atividades desenvolvidas na prestação de cuidados de ER a pessoa com IU submetida a tratamento cirúrgico; ✓ De que modo as atividades planeadas são importantes na avaliação da funcionalidade da pessoa, bem como na prevenção de complicações pós-operatórias.				

Objetivo Específico: (6) Prestar cuidados especializados de enfermagem de reabilitação à pessoa e família/cuidador, com alterações aos níveis respiratório, sensório-motor e da alimentação, utilizando a metodologia do processo de enfermagem

Domínios e Competências	**Atividades**	**Local**	**Duração**	**Indicadores de avaliação**
A. No domínio da responsabilidade profissional, ética e legal: A1. Desenvolve uma prática profissional e ética no seu campo de intervenção; A2. Promove práticas de cuidados que respeitam os direitos humanos e as responsabilidades profissionais B- Domínio da melhoria da qualidade: B3. Cria e mantém um ambiente terapêutico e seguro; D - Domínio do desenvolvimento das aprendizagens profissionais: D2. Baseia a sua praxis clínica especializada em sólidos e válidos padrões de conhecimento J1 – Cuida de pessoas com necessidades especiais, ao	✓ Efetuar colheita de dados ao individuo; ✓ Avaliação Neurológica, Sensoriomotora, Cardiorespiratória à pessoa com alterações; ✓ Realização de uma avaliação a pessoa, com os instrumentos existentes no EC (Glasgow, Barthel, MIF, Ashworth, Lower, Berg modificada, Tinetti) ✓ Execução de um plano de cuidados de reabilitação; ✓ Promoção envolvimento do familiar/cuidador no planeamento das intervenções delineadas; ✓ Realização de ensinos relacionados com produtos de apoio adequados ao individuo; ✓ Realizar registos das intervenções de ER; ✓ Promoção de reuniões formais e informais de orientação e avaliação com o enfermeiro orientador e docente orientador.	✓ EC de contexto comunitário ✓ EC de contexto hospitalar	No decorrer do EC	✓ Ter efetuado colheita de dados; ✓ Ter mobilizado as escalas existentes nos locais de EC, para a realização de colheita de dados; ✓ Ter planeado programa de ER segundo os dados colhidos; ✓ Ter promovido a integração dos familiares/cuidador na prestação de cuidados de ER; ✓ Ter realizado ensinos sobre os produtos de apoio adequados; ✓ Ter efetuado registos das intervenções de ER realizadas ao individuo; ✓ Ter realizado reuniões formais e informais de orientação e avaliação com o enfermeiro orientador e docente orientador.

longo do ciclo de vida, em todos os contextos da prática de cuidados: J1.1 Avalia a funcionalidade e diagnostica alterações que determinam limitações da atividade e incapacidades. J2 – Capacita a pessoa com deficiência, limitação da atividade e/ou restrição da participação para a reinserção e exercício da cidadania: J2.1 Elabora e implementa programa de treino de AVD´s visando a adaptação às limitações da mobilidade e à maximização da autonomia e da qualidade de vida. J3 – Maximiza a funcionalidade desenvolvendo as capacidades da pessoa.				
Recursos Humanos e materiais: Professor orientador da ESEL; Enfermeiros orientadores do EC e restante equipa multidisciplinar; Enfermeiros chefe dos locais de EC; Doentes e familiares/cuidadores existentes nos locais de EC; Documentação existente do serviço; Instrumentos de avaliação implementados no serviço; Manuais e artigos científicos de ER; Produtos de apoio existentes no serviço. Escalas de avaliação da funcionalidade, independência, tónus muscular e força.				

Critérios de avaliação: ✓ Em que medida as atividade realizadas contribuíram para reeducar a função neurológica, motora e cardo-respiratória; ✓ De que modo atividades planeadas, previnem complicações e promovem o autocuidado e bem-estar do indivíduo.

Objetivo Específico: (7) Prestar cuidados especializados de enfermagem de reabilitação à pessoa/família/cuidador com Incontinência Urinária, tendo por base a evidência científica mais atual, com vista à promoção do autocuidado e bem-estar				
Domínios e Competências	**Atividades**	**Local**	**Duração**	**Indicadores de avaliação**
A. No domínio da responsabilidade profissional, ética e legal: A1. Desenvolve uma prática profissional e ética no seu campo de intervenção; A2. Promove práticas de cuidados que respeitam os direitos humanos e as responsabilidades profissionais B- Domínio da melhoria da qualidade: B3. Cria e mantém um ambiente terapêutico e seguro; D - Domínio do desenvolvimento das	✓ Avaliação do défice de autocuidado; ✓ Identificação dos requisitos de autocuidados que sofram modificações; ✓ Realização de uma avaliação inicial de enfermagem (exame físico, história clínica, existência de exames complementares de diagnóstico, sentimentos e expectativas da pessoa relativamente à sua situação); ✓ Execução de um plano de cuidados à pessoa com IU e sua família (ex. treino de hábitos, treino vesical, plano de ingestão hídrica, exercícios de fortalecimento da musculatura pélvica);	✓ EC de contexto comunitário ✓ EC de contexto hospitalar	No decorrer do EC	✓ Ter avaliado o défice de autocuidado; ✓ Ter identificado os requisitos de autocuidado que estão modificados; ✓ Ter efetuado colheita de dados (ter mobilizado os instrumentos de avaliação (questionário IPSS e QoL), bem como outros existentes nos locais de EC; ✓ Ter executado um plano de cuidados à pessoa com IU e sua família; ✓ Ter promovido a integração dos familiares/cuidador na

aprendizagens profissionais: D2. Baseia a sua praxis clínica especializada em sólidos e válidos padrões de conhecimento J1 – Cuida de pessoas com necessidades especiais, ao longo do ciclo de vida, em todos os contextos da prática de cuidados: J1.1 Avalia a funcionalidade e diagnostica alterações que determinam limitações da atividade e incapacidades. J2 – Capacita a pessoa com deficiência, limitação da atividade e/ou restrição da participação para a reinserção e exercício da cidadania: J2.1 Elabora e implementa programa de treino de AVD´s visando a adaptação às limitações da mobilidade e à maximização da autonomia e da qualidade de vida.	✓ Promoção envolvimento do familiar/cuidador no planeamento das intervenções delineadas; ✓ Elaboração de ensinos sobre técnicas promotoras da continência urinária, ao indivíduo e seu familiar/cuidador adequando as mesmas ao tipo de IU que a pessoa apresenta, quais as expetativas da pessoa, com o intuito de promover o bem-estar (Treino de hábitos; Exercícios de fortalecimento da musculatura pélvica; Controlo de ingestão hídrica; Cuidados a ter com a alimentação). ✓ Elaboração de ensinos sobre técnicas que o familiar da pessoa com IU com alterações cognitivas pode adotar (reforço positivo, realização de diário miccional, realização de treino de hábitos, modificação do vestuário, modificação do ambiente, controlo de ingestão hídrica, identificação de sinais que o indivíduo apresenta quando apresenta vontade de urinar); ✓ Informação sobre produtos de apoio adequados à pessoa; ✓ Realização de registos das intervenções de ER;			prestação de cuidados de ER; ✓ Ter efetuado um programa de ER de acordo com os dados recolhidos do indivíduo; ✓ Ter elaborado ensinos sobre comportamentos promotores da continência urinária; ✓ Ter selecionado os produtos de apoio adequado ao indivíduo e realizados ensinos sobre o mesmo; ✓ Ter efetuado registos das intervenções de ER realizadas ao indivíduo; ✓ Ter realizado e reuniões formais e informais de orientação e avaliação com o enfermeiro orientador e docente orientador.

J3 – Maximiza a funcionalidade desenvolvendo as capacidades da pessoa.	✓ Promoção de reuniões formais e informais de orientação e avaliação com o enfermeiro orientador e docente orientador.			
Recursos Humanos e materiais: Professor orientador da ESEL; Enfermeiros orientadores do EC e restante equipa multidisciplinar; Enfermeiros chefe dos locais de EC; Doentes e familiares/cuidadores existentes nos locais de EC; Documentação existente do serviço; Instrumentos de avaliação implementados no serviço; Escalas de avaliação da funcionalidade, independência, tónus muscular e força; Manuais e artigos científicos de ER.				
Critérios de avaliação: ✓ De que modo a avaliação inicial permite uma melhor adequação e monitorização das intervenções do ER; ✓ Em que medida as atividades realizadas contribuíram para promoção do autocuidado e bem-estar na pessoa com IU e familiar/cuidador.				

Objetivo Específico: (8) Executar intervenções especializadas de enfermagem de reabilitação com vista à maximização da funcionalidade e das capacidades da pessoa/família/cuidador contribuindo para a promoção do autocuidado na pessoa com IU e na sua reintegração na comunidade				
Domínios e Competências	**Atividades**	**Local**	**Duração**	**Indicadores de avaliação**
A. No domínio da responsabilidade profissional, ética e legal: A1. Desenvolve uma prática profissional e ética no seu campo de intervenção; A2. Promove práticas de cuidados que respeitam os direitos humanos e as responsabilidades profissionais	✓ Avaliação do défice de autocuidado; ✓ Identificação dos requisitos de autocuidados que sofram modificações; ✓ Realização de uma avaliação inicial de enfermagem (exame físico, história clínica, existência de exames complementares de diagnóstico, sentimentos e expectativas da pessoa relativamente à sua situação);	✓ EC de contexto comunitário ✓ EC de contexto hospitalar	No decorrer do EC	✓ Ter avaliado o défice de autocuidado; ✓ Ter identificado os requisitos de autocuidado que estão modificados; ✓ Ter efetuado colheita de dados; ✓ Ter planeado programas de ER de acordo com os dados colhidos;

J1 – Cuida de pessoas com necessidades especiais, ao longo do ciclo de vida, em todos os contextos da prática de cuidados: J1.1 Avalia a funcionalidade e diagnostica alterações que determinam limitações da atividade e incapacidades. J2 – Capacita a pessoa com deficiência, limitação da atividade e/ou restrição da participação para a reinserção e exercício da cidadania: J2.1 Elabora e implementa programa de treino de AVD´s visando a adaptação às limitações da mobilidade e à maximização da autonomia e da qualidade de vida. J3 – Maximiza a funcionalidade desenvolvendo as capacidades da pessoa.	✓ Planeamento de programas de ER à pessoa com IU e sua família nomeadamente: - Integração das necessidades identificadas e preferências da pessoa no planeamento; - Implementação das intervenções especializadas do ER à pessoa com IU (ex. treino de hábitos, treino vesical, plano de ingestão hídrica, exercícios de fortalecimento da musculatura pélvica); ✓ Conhecimento das características do domicílio, de modo a que as mesmas possam facilitar comportamentos promotores da continência urinária (ex. mudança para um quarto localizado mais perto da casa de banho, avaliar barreiras arquitetónicas que possam haver no percurso para a casa de banho e o modo de as minimizar); ✓ Promoção e envolvimento do familiar/cuidador no planeamento das intervenções delineadas; ✓ Realização de ensinos à pessoa/família com o intuito de promover melhores níveis de autocuidado (cuidados a ter com a pele, ensinos sobre os cuidados com a alimentação, com a ingestão hídrica);			✓ Ter identificado as características do domicílio da pessoa; ✓ Ter promovido a integração dos familiares/cuidador na prestação de cuidados de ER; ✓ Ter elaborado ensinos sobre estratégias promotoras da continência urinária, que promovem o autocuidado e bem-estar no regresso à comunidade; ✓ Ter mobilizado recursos pessoais, familiares e da comunidade que possam favorecer os processos adaptativos da pessoa com IU no retorno à vida laboral; ✓ Ter selecionado os produtos de apoio adequado ao indivíduo e realizados ensinos sobre os mesmos; ✓ Ter efetuado registos das intervenções de ER realizadas ao indivíduo;

	✓ Mobilização de recursos pessoas, familiares e da comunidade que possam favorecer os processos adaptativos da pessoa com IU no retorno à vida laboral; ✓ Informação sobre produtos de apoio adequados à pessoa; ✓ Realização de registos das intervenções de ER; ✓ Promoção de reuniões formais e informais de orientação e avaliação com o enfermeiro orientador e docente orientador.			✓ Ter debatido com o enfermeiro orientador sobre as intervenções especializadas de EEER no indivíduo com IU. ✓ Ter realizado e reuniões formais e informais de orientação e avaliação com o enfermeiro orientador e docente orientador.
Recursos Humanos e materiais: Professor orientador da ESEL; Enfermeiros orientadores do EC e restante equipa multidisciplinar; Enfermeiros chefe dos locais de EC; Doentes e familiares/cuidadores existentes nos locais de EC; Documentação existente do serviço; Instrumentos de avaliação implementados no serviço; Escalas de avaliação da funcionalidade, independência, tónus muscular e força; Manuais e artigos científicos de ER.				
Critérios de avaliação: ✓ De que modo as intervenções realizadas contribuem para a promoção do autocuidado e bem-estar na pessoa com IU no regresso à comunidade; ✓ Em que medidas as intervenções de ER planeadas permitem a capacitação do individuo/família/cuidador na reinserção à comunidade.				

Objetivo Específico: (9) Contribuir para o desenvolvimento de competências da equipa de saúde, na promoção do autocuidado eliminação vesical na pessoa adulta com IU e família.				
Domínios e Competências	**Atividades**	**Local**	**Duração**	**Indicadores de avaliação**
A. No domínio da responsabilidade profissional, ética e legal:	✓ Realização de pesquisa bibliográfica (livros, artigos de revistas, trabalhos académicos,	✓ EC de contexto comunitário ✓ EC de contexto hospitalar	No decorrer do EC	✓ Ter consultado bibliografia de acordo com as necessidades

A1. Desenvolve uma prática profissional e ética no seu campo de intervenção; A2. Promove práticas de cuidados que respeitam os direitos humanos e as responsabilidades profissionais; B- Domínio da melhoria da qualidade: B3. Cria e mantém um ambiente terapêutico e seguro; D - Domínio do desenvolvimento das aprendizagens profissionais: D2. Baseia a sua praxis clínica especializada em sólidos e válidos padrões de conhecimento; J1 – Cuida de pessoas com necessidades especiais, ao longo do ciclo de vida, em todos os contextos da prática de cuidados: J1.1 Avalia a funcionalidade e diagnostica alterações que	regulamentos) de acordo com as necessidades identificadas; ✓ Avaliação das necessidades formativas dos profissionais de saúde e familiares a acerca da promoção do autocuidado eliminação vesical, mais especificamente IU; ✓ Realização de ações educativas aos profissionais de saúde, familiares e pessoas com IU, sobre estratégias de promoção de autocuidado eliminação vesical, mais especificamente IU; ✓ Informação sobre produtos de apoio adequados à pessoa; ✓ Promoção de reuniões formais e informais de orientação e avaliação com o enfermeiro orientador e docente orientador.			identificadas e mobilizado as mesmas; ✓ Ter realizado uma avaliação prévia relativa às necessidades da população em questão; ✓ Ter realizado ações educativas aos familiares, profissionais de saúde e pessoas com IU; ✓ Ter selecionado os produtos de apoio adequado ao indivíduo; ✓ Ter realizado e reuniões formais e informais de orientação e avaliação com o enfermeiro orientador e docente orientador.

determinam limitações da atividade e incapacidades; J2 – Capacita a pessoa com deficiência, limitação da atividade e/ou restrição da participação para a reinserção e exercício da cidadania: J2.1 Elabora e implementa programa de treino de AVD´s visando a adaptação às limitações da mobilidade e à maximização da autonomia e da qualidade de vida; J3 – Maximiza a funcionalidade desenvolvendo as capacidades da pessoa.				
Recursos Humanos e materiais: Professor orientador da ESEL; Enfermeiros orientadores do EC e restante equipa multidisciplinar; Enfermeiros chefe dos locais de EC; Doentes e familiares/cuidadores existentes nos locais de EC; Documentação existente do serviço; Instrumentos de avaliação implementados no serviço; Realização de inquéritos de necessidades formativas; Manuais e artigos científicos de ER.				
Critérios de avaliação: ✓ De que modo as intervenções realizadas contribuem o desenvolvimento de competências da equipa de saúde, na promoção do autocuidado eliminação vesical na pessoa adulta com IU e família. ✓ Em que medidas as intervenções de ER planeadas permitem a capacitação dos familiares das pessoas com IU.				

Objetivo Específico: (10) Elaborar o relatório final do projeto de estágio				
Domínios e Competências	**Atividades**	**Local**	**Duração**	**Indicadores de avaliação**
D - Domínio do desenvolvimento das aprendizagens profissionais: D1. Desenvolve o auto-conhecimento e a assertividade; D2. Baseia a sua praxis clínica especializada em sólidos e válidos padrões de conhecimento.	✓ Realização de uma visita aos locais de EC; ✓ Realização de entrevista aos enfermeiros chefes dos locais de EC ou aos ER do EC; ✓ Identificação de necessidades formativas pessoais; ✓ Realização de pesquisa bibliográfica (livros, artigos de revistas, trabalhos académicos, regulamentos) de acordo com as necessidades identificadas; ✓ Realização de jornais de aprendizagem; ✓ Realização de orientações tutoriais com o professor orientador; ✓ Realização de reuniões informais com o enfermeiro orientador; ✓ Elaboração de um plano de cuidados/intervenção por escrito; ✓ Elaboração do relatório final do projeto de estágio.	✓ EC de contexto comunitário ✓ EC de contexto hospitalar	No decorrer do EC	✓ Ter realizado uma visita aos locais de EC; ✓ Ter realizado uma entrevista aos enfermeiros chefes e/ou aos ER; ✓ Ter consultado bibliografia de acordo com as necessidades identificadas e mobilizado os mesmos; ✓ Ter elaborado jornais de aprendizagem; ✓ Ter realizado orientações tutoriais com o professor orientador; ✓ Ter realizado reuniões informais com o enfermeiro orientador; ✓ Ter elaborado um plano de cuidados por escrito; ✓ Ter iniciado a elaboração o relatório final do projeto de estágio.

Recursos Humanos e materiais: Professor orientador da ESEL; Enfermeiros orientadores do EC e restante equipa multidisciplinar; Enfermeiros chefe dos locais de EC; Doentes existentes nos locais de EC; Manuais e artigos científicos de ER.
Critérios de avaliação: ✓ Em que medida as reuniões com o professor orientador e enfermeiro orientador contribuíram para a realização do presente objetivo; ✓ De que modo a realização de jornais de aprendizagem contribuem para atingir o objetivo.

Apêndice VI – Cronograma de Ensino Clínico

Objetivos	Ano	2019														2020			
	EC	**ECCI**									Serviço Urologia						Serviço de MFR		
	Meses	Set.		Outubro				Novembro			Nov.	Dezembro			Janeiro		Janeiro		Fev.
	Semanas	1º	2º	3º	4º	5º	6º	7º	8º	9º	1º	2º	3º	4º	5º	6º	7º	8º	9º
	1																		
	2																		
	3																		
	4																		
	5																		
	6																		
	7																		
	8																		
	9																		
	10																		

23-09-2019 a 22-11-2019

25-11-2019 a 17-01-2020

20-02-2020 a 07-02-2020

ANEXOS

Anexo I – História de Enfermagem para a Incontinência Urinária - Stevens (2011, p. 358)

Características da incontinência
- Início e duração.
- Frequência.
- Horário (dia, noite ou ambos).
- Fatores precipitantes (tosse, espirro, gargalhadas, exercício, mudanças de posição, lavagem das mãos, outros).
- Urgência associada.
- Quantidade das perdas.
- Tipo de perdas (esguicho, fluxo ou gotejo constante).
- Uso de pensos/cuecas protetoras (número de pensos ou mudanças de roupa por dia).

Padrão de eliminação
- Frequência diurna.
- Frequência nocturna.

Sintomas génito-urinários associados
- Sensação de bexiga cheia.
- Capacidade de atrasar o esvaziamento.
- Sensação de esvaziamento incompleto da bexiga.
- Gotejo após a micção.
- Sintomas de obstrução (dificuldade em iniciar a micção, fluxo interrompido ou mais lento, esforço para urinar).
- Sintomas de infecção urinária (disúria, hematúria).

História génito-urinária
- Partos.
- Cirurgias (pélvica ou do aparelho urinário inferior).
- Infecções urinárias recorrentes.
- Tratamento anterior para a incontinência e resultados obtidos (medicação, exercícios do pavimento pélvico, cirurgia, dilatações).

História médica relevante
- Doença aguda.
- Depressão.
- Diabetes Mellitus.
- Doença neurológica (ex: AVC, doença de Parkinson, demência).
- Doença cardiovascular (hipertensão, insuficiência cardíaca congestiva).
- Doença renal.
- Distúrbios da eliminação fecal (obstipação, fecalomas, incontinência).
- Distúrbios psicológicos (depressão, doença mental).
- Cancro.

Medicação (incluindo os medicamentos sem prescrição)

Perceção do Doente/cuidador acerca da incontinência
- Perceção da causa e gravidade.
- Interferência nas atividades diárias.
- Expetativas de cura.

Fatores ambientais
- Acessibilidade à casa de banho.
- Distância até à casa de banho.
- Uso de ajudas à eliminação.

Anexo II – Exame Físico em Pessoas com IU - Stevens (2011, p. 360)

Estado cognitivo e afetivo
- Estado mental.
- Humor.
- Motivação.

Mobilidade
- Destreza manual (capacidade de se despir para urinar).
- Marcha e equilíbrio (velocidade da marcha e uso de auxiliares).

Exame neurológico
- Sinais focais.
- Sinais de doença de Parkinson.

Exame abdominal
- Cicatrizes.
- Distensão vesical.
- Hipersensibilidade supra púbica.
- Massas.

Exame genital
- Estado da pele.
- Sinais de infecção.
- Reflexo bulbocavernoso.
- Mulher – Vaginite atrófica, relaxamento pélvico ou outra anomalias.

Exame rectal
- Tónus do esfíncter.
- Fecalomas.
- Massas.
- Homem – tamanho de próstata.

Prova de resposta ao esforço
- Deitado e em pé.

Outros
- Sinais de insuficiência cardíaca congestiva.

Anexo III - Medicamentos de Prescrição frequente para o tratamento da IU - Gray & Moore (2012, p.146-149).

Medicamentos que diminuem a atividade da Bexiga Hiperativa				
Classificação	Nome Farmacológico	Mecanismo de Ação	Efeitos secundários	Contra-indicações
Anticolinérgicos/ Antimuscaríneos	Oxibutinina	Efeito antiespasmódico e ligeiramente analgésico do músculo liso; inibe acetilcolina no músculo liso	Obstipação, mucosas secas (boca, vagina, olhos); Idosos: confusão mental, cognição reduzida (atravessa a barreira hematoencefálica); visão turva: pode resultar em retenção urinária – os doentes em risco devem ser monitorizados quanto a urina residual.	Como todos os medicamentos anticolinérgicos: glaucoma de ângulo fechado; obstrução ou atonia GI; colite ulcerosa, miastenia gravis; retenção urinária ou urina residual (pode ser usada em conjunto com cateterização intermitente).
	Oxibutinina XL	São todos metabolizados predominantemente pelo fígado	Nota: aumento gradual de dose oral aumenta a tolerância, especialmente nos idosos: doses baixas de 2,5mg ao deitar são eficazes para alguns idosos. Nota: avisar os doente de que a	

			cápsula vazia da oxibutinina LA será expelida nas fezes.	
	Sistema trandérmico de oxibutinina	Como acima, a via transdérmica aumenta a biodisponibilidade e diminui a proporção metabolizado pelo fígado	Como acima, pode ocorrer irritação da pele sob o penso	
	Tolterodina Toleterodina LA	Mais selectivo dos receptores muscarínico (M3) do que a oxibutinina, resultando em menos efeito secundários anticolinérgicos	Como acima, Obstipação, mucosas secas (boca, vagina, olhos); mas menores devido à seletividade dos recetores M3 da bexiga sobre os recetores salivares	Como acima; ajustar a dosagem em caso de uso simultâneo de inibidores P-450 3A4 (fluoxetina aumenta a concentração em 4,8 vezes)
Antimuscarínicos	Bromidrato de darifenacina	Antagonista altamente seletivo do recetor M3	Como acima: boca seca e obstipação mais registados	Como acima
	Succinato de solifenacina	Predominantemente antagonista do recetor M3, mas também com propriedades antagonistas dos recetores M2	Como acima; efeito secundários relacionados com bloqueio de M3 incluem boca seca, obstipação e visão normal	Como acima; Insuficiência hepática e/ou renal

	Cloreto de tróspio	Atividade antimuscarínica; composto de amónio quaternário, com carga positiva, solúvel em água e volumoso que possa ser menos provável atravessar a barreira hematoencefálica; NÃO metabolizado pelo sistema citocromo P450	Como acima: mais comuns são boca seca, obstipação e cefaleia; maior incidência nos idosos (>75anos) Nota: Deve ser tomado 1h antes das refeições de estômago vazio; como agente solúvel em água, a absorção pelo intestino é diminuída; tomar com uma refeição com elevado teor de gordura numa absorção reduzida do medicamento	Expelida pelo sistema tubular renal; co-administração de medicamentos que competem pela secreção tubular pode aumentar as concentrações de outros medicamentos, como digoxina, metformina e morfina
	Libertação prolongada de cloreto de tróspio	Tempo de libertação e revestimento dependente do pH; não afetado por antiácidos	Menor incidência de efeitos secundários com dose diária comprado com cloreto de trópio duas vezes por dia	Não metabolizado pela via do citocromo P450, tendo assim menor probabilidade de interacção com medicamentos que usam esta via
	Fesoterodina	Novo fármaco antimuscarínico em desenvolvimento; funciona como um pró-fármaco;	Como acima; menor incidência os efeito secundários registados nos	Como acima; investigação em curso

		hidrólise não-específicas para tolterodina 5-hidroximetil; a conversão é rápida e virtualmente completa; após administração oral, apenas o metabolito, não composto parental, pode ser detetado no plasma	ensaios; boca seca é o mais comum.	
Agentes de bloqueio neuromuscular	Toxina botulínica tipo A	Neurotoxina em estudo para uso clinico para OAD; parece afetar apenas a membrana pré-sináptica da junção neuromuscular; previne a libertação cálcio-dependente de acetilcolina e produz um estado de desenervação; reversível com inativação muscular temporária até que novas fibras cresçam a partir do nervo (média 3-9meses)	Investigação em curso; atualmente conhecidos; fraqueza musculas, retenção urinária, curta duração de ação (12-36semanas)	Hipersensibilidade a albumina, toxina botulínica ou qualquer componente da formulação; infeção no local de injeção proposto; doenças neuromusculares; coagulopatia incluindo anticoagulação terapêutica; doente não colaborante. Nota: estima-se que o custo de uma sessão de tratamento com anestesia

				intravesical seja de 1000 dólares a cada 6 meses
Antidepressivos tricíclicos	Imipramina, doxepina, desipramina, nortriptilina		Efeitos secundários anticolinérgicos descritos acima; efeitos secundários α adrenérgicos e do SNC, incluindo memória a curto prazo reduzida ou confusão, principalmente nos doentes idosos	Diminuição da IU nocturna; efeitos secundários comuns

Medicamentos que aumentam o tónus do esfíncter muscular (Hiperplasia Benigna da Próstata)				
Classificação	Nome Farmacológico	Mecanismo de Ação	Efeitos secundários	Contra-indicações
α - adrenérgico	Pseudoefedrina	Estimula fibras α no colo vesical e esfíncter, causando um maior tónus.	Hipertensão, insónia, tremor, agitação, palpitações	Doença com inibidores MAO, os que sofrem de hipertensão, com glaucoma de ângulo fechado e idosos
Terapêutica hormonal de substituição	Estrogénios tópicos	Reduz a irritação da vaginite atrófica	Pode causar dor mamária; spotting; Deve ser aplicado via intra-vaginal e não nos lábios	Geralmente contra-indicado em mulheres com antecedentes de cancro endometrial, de

				ovário ou da mama.

Medicamentos que diminuem o tónus do esfíncter muscular (Hiperplasia Benigna da Próstata)				
Classificação	Nome Farmacológico	Mecanismo de Ação	Efeitos secundários	Contra-indicações
α – Adrenérgicos (antagonistas)	Terazosina, prazosina, doxazosina	Bloqueia fibras α no colo vesical e esfíncter, causando uma diminuição do tónus e melhorando a micção nos homens com obstrução moderada	Hipotensão postural, síncope, lipotimia (principalmente na primeira dose)	Doentes com medicação anti-hipertensora irão necessitar de doses monitorizadas
Inibidores de 5α - redutase	Finasterida	Inibe a conversão de testosterona em dihidrotestosterona; isto causa uma redução no tamanho da próstata e melhora a sintomatologia urinária baixa	Medicação tomada a longo prazo; quando é cessada, a próstata irá novamente aumentar gradualmente de tamanho	A alimentação pode atrasar a taxa e prolongar a absorção oral; não indicado para doentes com obstrução urinária exceto se estiverem a ser seguidos por um urologista

Anexo IV – Procedimentos Cirúrgicos mais frequentes nas pessoas com IU - Gray & Moore (2012, p.157-159)

Procedimento	Breve descrição e complicações
Procedimento retropúbicos	Conjunto de procedimentos cirúrgicos concebidos para corrigir a descida (hipermobilicade) da base da bexiga; o espaço retropúbico é abordado através de uma incisão de Pfannenstiel ou infra-umbilical. O apoio compensatório da base da bexiga é conseguido com o uso de cartilagem da sínfise púbica (MMK). Ligamento de Cooper (Burch), ou arco tendinoso (preparação paravaginal)
Marshal-Marchetti-Krantz (MMK)	Complicações de pós-operatório
Colpossuspensão de Burch	Retenção urinária pos-operatório transitória
Reparação paravaginal	Disfunção OAB de novo ou persistente Exacerbação do prolapso vaginal posterior com enterocelo
Suspensão retropúbica laparoscópica	Usa a abordagem laparoscópica para aceder ao espaço retropúbico e prestar apoio compensatório à base da bexiga e uretra proximal; possíveis vantagens incluem evitar a abordagem aberta e reduzir o internamento no hospital; possíveis desvantagens incluem tempo cirúrgico prolongado e mais custos associados. As complicações do pós operatório são semelhantes às de qualquer suspensão retropúbica.
Procedimentos com agulha	A base da bexiga é abordada a partir de uma incisão vaginal
Pereya	A Pereya usa uma incisão vaginal em forma de T e um estilete-agulha para fixar as suturas absorvíveis ao tecido periuretral sobre a fáscia do recto.
Stamey	A Stamey modifica a Pereya (I) incorporando a endoscopia para assegurar que as suturas são feitas sobre o colo vesical, substituindo as suturas não absorvíveis por pequenas bandas de Dacron vaginais para reforçar o tecido periuretral e reduzir o risco de tração tecidual pelas suturas e usando uma agulha romba (agulha Stamey) concebida para dar maior facilidade técnica ao terminar o procedimento.
Grittes	A grittes usa duas incisões supra púbicas para passar duas agulhas Stamey e sutura através da parede vaginal ao nível do colo vesical. É usada, depois, uma agulha Mayo para tirar pedações de tecido antes de suturar sobre a parede abdominal. Considera-se que a consequente cicatrização é responsável pelo apoio do pavimento pélvico.
Suspensão com agulha Raz	A Raz modifica a Stamey(I) incorporando uma incisão em forma de U, entrando no espaço retropúbico por abordagem vaginal, separando o tecido periuretral do arco tendinoso, e criando um apoio compensatório passando as suturas helicoidais pelas paredes vaginal e abdominal. Complicações pós-operatório Retenção urinária transitória

	Hiperactividade do detrusor de novo ou persistente Dor pélvica ou dispareunia Exacerbação do prolapso de órgão pélvico
Procedimento da fita vaginal sem tensão (TVT)	É passada uma fita de polipropileno de fio solto sob o terço proximal da uretra para aumentar a compreensão. A tensão contra a uretra é evitada para prevenir a obstrução. São necessários três pequenas incisões de 1cm na parede abdominal e uma incisão de 1,5cm na vagina.
Procedimento de ancoragem óssea	Estes procedimentos usam abordagens semelhantes às suspensões vaginais, acima descritas, mas as âncoras são colocadas no osso púbico para evitar a deslocação das suturas da parede vaginal, compressão do nervo e consequente dor, e problemas que surgem da mobilidade da fáscia do recto.
Colporrafia anterior (plicatura de Kelly)	Permite apoio compensatório quando o prolapso afeta o suporte da linha média com 1cm no meato uretral. As suturas são inseridas para dar apoio compensatório à base da bexiga e uretra proximal.
Procedimento de sling subduretral	Técnicas cirúrgicas que otimizam a compressão uretral colocando um sling (rede) sib o terço proximal da uretra, evitando qualquer tensão contra a uretra. Pode-se ter acesso por incisão abdominal ou vaginal. É usada uma variedade de materiais para criar um sling, incluindo fáscia autóloga colheida da fáscia lata, parede abdominal ou parede vaginal; fáscia de cadáver; ou materiais sintéticos incluindo Gore-Tex, Mersilene ou polipropileno.
Injeção suburetral	Os materiais sintéticos são injetados sob a mucosa da uretra proximal, evitando o músculo estriado. Os materiais sintéticos disponíveis incluem colagénio de bovino reticulado com glutaraldeido e partículas de zircónio não absorvíveis revestidas a carbono pirolítico. Gordura e sangue autólogos foram investigados como possíveis alternativas aos materiais sintéticos.
Esfíncter urinário artificial (AUS)	O dispositivo contém três componentes principais: (1) um balão reservatório de silicone, (2) um punho tipo manda que envolve a uretra fazendo compressão, e (3) um mecanismo de bomba com botão de desativação. O AUS é colocado nos homens através da incisão perineal na linha média, e nas mulheres através da incisão abdominal ou transvaginal. O punho uretral é, geralmente, colocado em redor da uretra bulbar nos homens, o reservatório no abdómen inferior e o dispositivo de desativação no escroto. Nas mulheres, o punho uretral é colocado no colo vesical, o reservatório no abdómen inferior e a bomba nos grandes lábios. O dispositivo é inicialmente deixado desativado por 6 semanas para permitir a cicatrização. Complicações de pós-operatório: Hematoma, Infecção (pode necessitar de remoção e substituição), Atrofia tecidual sob o punho. Perda de compliance da parede da bexiga, hidronefrose e problemas do alto aparelho urinário.

Anexo V - Exemplos de registos/diário miccional - Gray & Moore (2012, p.140)

Tempo	Domingo		2ª feira		3ª feira		4ª feira		5ª feira	
	Micção	Perda	Micção	Perda	Micção	Perda	Micção	Perda	Micção	Perda

A. Registo simples que requer que o doente indique os episódios de micção espontânea e de perdas involuntárias.

Tempo	Volume da micção	Perda	Quantidade de líquidos ingeridos

B. Um registo um pouco mais complexo que requer que o doente registe o volume de urina e o volume de líquidos ingeridos, o que permite uma avaliação do consumo de bebidas que possam conter potencias agentes irritantes da bexiga, como a cafeína.

Nome:		Data:		
Hora de ir à casa de banho	Perda (sim ou não)	O doente teve sensação de imperiosidade (sim ou não)	Houve micção espontânea (sim ou não)	Comentários
8h				
10h				
12h				
14h				
16h				
…				

C. Este registo é concebido para avaliar a resposta do doente a um programa de micção imediata. O estado de continência é avaliado a cada 2horas, e o presador de cuidados registas as perdas involuntárias para os dispositivos absorvente e a resposta do doente à assistência imediata para uso de casa de banho.

Anexo VI - Protocolo de Treino Vesical (Supressão da Urgência) – Manual do Doente - Gray & Moore (2012, p.151)

1	Estabelecer um padrão de micção: usar um diário miccional (gráfico de volume – liquido) para registar a frequência de micção e ingestão de líquidos num período de 3 a 7 dias.
2	Determinar o objetivo da frequência miccional. Esta negociação é baseada numa frequência miccional base, um entendimento dos seus objetivos e o conhecimento da variação normal da frequência miccional (a cada 2 ou 4 horas). Se a frequência for maior que a cada 60 minutos, o objetivo inicial é geralmente definido para urinar todas as horas. Se for menor que a cada 60minutos, começa então com um intervalo de 30 minutos. Passados 2 a 7dias sem perda de urina, aumentar o tempo entre as micções em 15 a 30minutos. Continuar este processo até se atingir o objetivo da frequência de micção.
3	Ensinar a supressão de urgência juntamente com exercícios do pavimento pélvico e técnicas de distração para ajudar a dissipar a vontade de urinar. Ensinar o doente a controlar essa vontade, respirar fundo e relaxar. Permanecer em pé ou sentado e contrair os músculos do pavimento pélvico quatro a seis vezes. Contar por ordem decrescente a partir de 100. Concentrar em diminuir a vontade. Esperar que passe e depois retomar as atividades. Se passarem mais de 2h desde a última vez que foi à casa de banho, é aconselhável ir lentamente à casa de banho para esvaziar a bexiga. Correr para a casa de banho irá agravar os sintomas de urgência.
4	Registar o progresso no diário miccional. Um registo diário ou semanal da bexiga ajuda a acompanhar o progresso.
5	Acompanhamento regular. O treino vesical requer trabalho e compromisso. Apoio e encorajamento são importantes para o sucesso. Um treino vesical bem-sucedido pode demorar várias semanas. Consultar o seu profissional de saúde regularmente.

Apêndice II – Jornal de Aprendizagem I

ESCOLA SUPERIOR DE ENFERMAGEM DE LISBOA

10º CURSO DE MESTRADO EM ENFERMAGEM

ÁREA DE ESPECIALIZAÇÃO EM ENFERMAGEM DE REABILITAÇÃO

Unidade Curricular de Estágio com Relatório

Jornal de Aprendizagem

Ana Lúcia Mendes Pedro nº8914

Professor Orientador: Joaquim Paulo Cabral de Oliveira

Lisboa

Novembro, 2019

Autocuidado

O Autocuidado, segundo a CIPE (2016, p. 42) é a: “atividade executada pelo próprio, tratar do que é necessário para se manter; manter-se operacional e lidar com as necessidades individuais básicas e íntimas e as atividades da vida diária”.

As atividades de vida diária “são atividades que realizamos desde que nos levantamos até que nos deitamos, ou seja, são todas as atividades necessárias aos cuidados pessoais diários, manutenção pessoal e à vida comunitária independente”. (Menoita, 2014, p. 117).

O Sr J. é um utente de 85 anos e teve um AVC isquémico, ficando com hemiplegia do seu hemicorpo esquerdo como sequela. Tem lesão dos nervos oculomotor, motor ocular externo e do trigémeo. Regressou sete meses após o acidente ao seu domicílio.

O utente tem uma cuidadora que os familiares contrataram. A sua esposa é uma pessoa muito presente e ativa junto dos ensinos realizados aos três. Numa das visitas realizadas a casa do Sr. J. chegámos no momento em que estava a ser realizada a higiene. Esta estava a ser efetuada na casa de banho. Apercebi-me ao observar esta dinâmica que a cuidadora secou o corpo do Sr. J., colocou gotas nos olhos, não promovendo autonomia ao utente, embora noutras áreas a mesma proporcionasse autonomia (exemplo: autocuidado alimentar-se). Questionei, posteriormente, o Sr. J. sobre há quanto tempo não lavava a sua cara e fazia a sua barba, ao que este me respondeu, que não fazia a barba desde que tinha saído de casa para ficar internado no hospital. Coloquei em hipótese, à enfermeira orientadora, a ida à casa do utente noutro horário, de modo a anteciparmos a nossa visita à ida da cuidadora, para trabalhar então apenas com ele e com a sua esposa. Na semana seguinte, começámos as nossas visitas pela casa do Sr. J., de modo a encontrar este ainda no leito. Realizou-se levante para cadeira sanitária e levou-se o mesmo à casa de banho de modo a que pudesse tocar na água a correr e ver-se ao espelho. Nesta ida à casa de banho, proporcionámos autonomia ao Sr. J.. A sua esposa ficou motivada com os progressos que estava a ver e comentou que ia pedir à cuidadora para começar a realizar esta tarefa diariamente ele.

Pensamentos e Sentimentos:

Os cuidados no domicílio favorecem o estabelecimento de uma relação terapêutica, uma vez que as pessoas abrem-nos as suas portas de casa, abrindo-se também sobre o que elas são na realidade. Ao entrar na casa da pessoa conhecemos a sua dinâmica familiar. Reflito que foi através do estabelecimento desta relação de confiança, que consegui trabalhar áreas tão íntimas no seio desta família, como o entrar na casa do utente e perceber como era realizada a sua higiene pessoal, sem colocação de quaisquer barreiras.

Percebi nas primeiras visitas que esta era uma família muito atenta, colaborante e participativa no processo de reabilitação do seu familiar. Comecei por demonstrar-lhes que apesar do utente poder demorar mais tempo a realizar as suas tarefas, este deveria ser estimulado a realizá-las em vez de substituído.

Ao deparar-me com a situação apresentada, percebi que tinha aqui um campo de atuação que poderia trabalhar com esta família. Segundo o regulamento de competências específicas da Ordem dos Enfermeiros (2019, p.13566): "J1.1.3 — Avalia a capacidade funcional da pessoa para realizar as Atividades de Vida Diárias (AVD's) de forma independente. J1.1.4 — Identifica fatores facilitadores e inibidores para a realização das AVD's de forma independente no contexto de vida da pessoa." De acordo com o índice de Barthel, o utente tem um total de 25. Sendo um fator inibidor para a realização das AVD a presença do seu cuidador por este o substituir em todas estas tarefas, optei primariamente, por trabalhar com o casal para que posteriormente, após a aceitação e validação destes, pudesse também trabalhar junto da sua cuidadora.

Embora a cuidadora seja um elemento importante na realização dos cuidados ao utente. Penso ter optado pela melhor estratégia ao tirar um pouco as tarefas realizadas com a cuidadora de cena e realizar treino de AVD com o utente e sua esposa. Apesar do casal não conseguir realizar esta tarefa sozinhos, dado que a esposa não consegue transferi-lo sozinha para a cadeira sanitária, foi essencial realizar este treino primariamente com o casal sem a presença da cuidadora. Assim, após se reconhecerem os ganhos desta autonomia, foi possível, responsabilizar também a cuidadora pela realizar esta ação.

Avaliação:

Creio que a estratégia adotada para o ocorrido foi bem sucedida. O casal estava aberto a todas as sugestões e ensinos, o que facilitou o processo. "As famílias podem

constituir um valioso recurso para os cuidados de enfermagem ao domicílio. Explorar este recurso, largamente subaproveitado, poderá ajudar-nos a realizar a tarefa de prestar cuidados de saúde" (Rice, 2004, p.57).

Poderia ter realizado esta tarefa com a pessoa no leito, onde habitualmente a mesma estava à chegada da equipa da ECCI, mas transferir a pessoa para outro espaço da casa, neste caso para a casa de banho, de modo a realizar os seus cuidados de toilett traz mais benefícios. De acordo com Menoita, (2014, p.123): "Recomenda-se à pessoa a ver-se ao espelho, com boa iluminação, enquanto se penteia/barbeia, pois ajuda não só a reintegrar a sua imagem corporal, assim como aumentar a capacidade de auto-cuidado".

A alteração do horário de visita também foi positiva, uma vez que no período inicial da manhã o utente não se encontrava cansado, tendo mais sucesso na realização da tarefa planeada.

Posso considerar como menos positivo ter-se optado inicialmente por não contemplar a cuidadora neste ensino, uma vez que retirei uma pessoa de referência desta ação. Mas até que ponto o ganho final não veio a contrabalançar com esta escolha?

Análise:

Irracionalmente aquela família estava a retirar autonomia ao Sr. J.. Ao substituírem-no nas tarefas que o mesmo conseguia realizar. Substituição esta, porque não tinham considerado a hipótese de ser o utente a realizar a tarefa, por o mesmo demorar muito tempo na sua realização, por não querem que o mesmo se cansasse, ou por não suportarem vê-lo sujo. Enquanto observávamos o Sr. J. a tomar o pequeno-almoço, este acabava por deixar cair alguns alimentos da colher. No momento em que tal acontecia, ia-lhe dando indicações para limpar partes da sua cara/corpo, confidenciando-nos a esposa: "Eu sei que o que estão a fazer é melhor para ele, mas não consigo fazer isso, deixá-lo estar sujo a tentar limpar-se".

A substituição da pessoa nas AVD que a mesma consegue realizar é de uma enorme violência para com a mesma, dado que estamos a contribuir para que a pessoa seja cada vez menos autónoma.

Conclusão:

Após ter se observado os cuidados de higiene realizados pela cuidadora, teve-se a perceção de onde se podia desenvolver mais trabalho com o Sr. J.. Deste modo,

foram traçados objetivos em conjunto da família com o intuito de vir a ter mais sucesso na intervenção planeada.

Poderia ter explorado junto da cuidadora quais as barreiras que a mesma sentia, de modo a perceber porque é que esta substituía o mesmo nas AVD em vez de o estimular, explicando, ao mesmo tempo, que esta mudança da sua atitude poderia vir a diminuir no futuro a sua carga de trabalho e traduzir-se em ganhos para todos os intervenientes.

Planear a ação:

Creio que no futuro, terei que continuar a estabelecer metas com as famílias, motivando e explicando os ganhos que todos vão ter a longo prazo. Após uma avaliação do "impacto que a alteração da capacidade funcional tem na qualidade de vida e bem-estar da pessoa em todas as fases do ciclo vital, com ênfase na funcionalidade e autonomia" (Ordem dos Enfermeiros, 2019, p.13566), treinar-se com os familiares de modo a envolver e responsabilizar-se toda a família na continuidade do processo de cuidados.

Referências Bibliográficas

Menoita, E.C. (2014). *Reabilitar a pessoa idosa com AVC: Contributos para um envelhecer resiliente*. Loures: Lusociência.

Ordem dos Enfermeiros. (2019). Regulamento das competências específicas do enfermeiro especialista em enfermagem de reabilitação. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.

Ordem dos Enfermeiros. (2016). CIPE - Versão 2015. Lusodidacta – Sociedade Portuguesa de Material Didáctico.

Rice, R. (2004). *Prática de Enfermagem nos cuidados domiciliários*. Loures: Lusociência

Apêndice III – Jornal de Aprendizagem II

ESCOLA SUPERIOR DE ENFERMAGEM DE LISBOA

10º CURSO DE MESTRADO EM ENFERMAGEM

ÁREA DE ESPECIALIZAÇÃO EM ENFERMAGEM DE REABILITAÇÃO

Unidade Curricular de Estágio com Relatório

Jornal de Aprendizagem

Ana Lúcia Mendes Pedro nº8914

Professor Orientador: Joaquim Paulo Cabral de Oliveira

Lisboa

Novembro, 2019

Formação Incontinência Urinária no Idoso

Ao longo das semanas de ensino clínico fui tendo a perceção que grande parte da população de incidência da ECCI eram idosos e que como antecedentes pessoais alguns teriam incontinência urinária. Deste modo, foi dialogado com a enfermeira orientadora e sugerido a possibilidade da realização de uma formação relacionado com o tema, junto dos lares que têm como área de abrangência a ECCI. Anualmente, junto das instituições, é realizado um mapa com as formações a realizar, por isso não seria possível concretizar a formação nas instituições. Deste modo, sugeri, em alternativa, a realização de uma formação relacionada com o tema junto da equipa de enfermagem da ECCI. Primariamente questionaram-se os colegas sobre os seus interesses nesta área, bem como quais as expetativas em relação à formação sobre este tema. Assim, procedeu-se à realização da formação *Incontinência Urinária no Idoso*, um tema que nunca tinha sido abordado na equipa.

Decidiu-se falar do tema de um modo geral, uma vez que a formação era realizada num curto espaço de tempo e seria a primeira sobre o tema. Após a realização de pesquisas e de ter abordado os colegas, decidi focar mais nos comportamentos que não promovem a continência urinária e focar sobre um dos tipos de incontinência urinária, a incontinência urinária funcional. Esta está associada à perda de urina causada pela incapacidade funcional da pessoa que a impossibilita de chegar à casa de banho em tempo útil. Pode verificar-se por défice cognitivo, alteração da mobilidade ou lesão neurológica (Gray & Moore, 2012).

A formação teve uma boa adesão, para além dos colegas da ECCI, foram vários profissionais de saúde que trabalham no centro de saúde. Confesso que não estava à espera de tantas pessoas presentes e que aderissem à formação. Começou-se a sessão a realizar um *brainstorm*, com o objetivo de saber os conhecimentos que os profissionais tinham sobre o tema e onde mais teria que aprofundar a minha intervenção durante a apresentação.

Pensamentos e Sentimentos

Sendo este o tema que escolhi para a realização do meu projeto de estágio, fazia-me sentido realizar uma formação sobre o mesmo. Penso que quantas mais pessoas estiverem informadas sobre o tema, mais intervenções e respostas podem dar aos seus utentes, de modo a desmistificar este problema de caris tão íntimo e com

pouca aceitação social. Um problema de saúde que pode originar consequências psicológicas, físicas e socioeconómicas, independentemente do tipo de incontinência urinária que a pessoa possua (Silva et al. 2013).

O facto de ter antes questionado os colegas sobre o que esperariam da sessão antecipadamente e no início da apresentação ter realizado o *brainstorm*, contribuiu para que todos participassem e fossem intervindo na formação.

Ao ter traçado como objetivo capacitar os profissionais de saúde para a compreensão e importância da identificação de pessoas com incontinência urinária, penso ter contribuído para que os mesmos participassem na formação, com dúvidas e mesmo com situações que tivessem tido contacto. Ao mesmo tempo, esta formação também serviu para dar uma maior visibilidade da especialidade de enfermagem de reabilitação, quais as nossas áreas de atuação e o que podemos realizar dentro desta área específica, uma vez que, grande parte dos profissionais de saúde tem a ideia pré concebida que o enfermeiro de reabilitação apenas trabalha com o utente na área respiratória e motora. Do contacto que tive ao longo deste ensino clinico, considero que alguns enfermeiros de outras especialidades ou generalistas solicitam o auxílio do enfermeiro especialista em reabilitação para a área respiratória ou motora. Contudo, dados os antecedentes pessoais dos utentes que existem no domicílio, grande parte tem incontinência urinária e os colegas não solicitam auxílio ou sugestão dentro desta área.

Avaliação

De um modo geral a realização da formação teve um balanço positivo, tal como as opiniões que se obtiveram no final da mesma.

Foi bom ter partilhado os conhecimentos da minha pesquisa com outros colegas, de modo também a dar a conhecer o nosso trabalho. Quando comecei a falar que esta era uma área considerada prioritária na área de enfermagem de reabilitação, segundo a ordem dos enfermeiros, grande parte dos colegas não sabia que o enfermeiro de reabilitação podia desenvolver trabalho nesta área.

Penso que se atingiu o objetivo da sessão, uma vez que se sensibilizaram os participantes para adoção de comportamentos promotores da continência urinária e para a identificação de pessoas com incontinência urinária, continuando este tema a ser discutido após a realização da apresentação.

Sei que ficou muito por apresentar aos profissionais de saúde, mas dado o pouco tempo e ser só possível realizar uma formação, tive que trabalhar o tema de um modo muito geral. Desde modo, concluo, que no futuro, poderei dividir a presente formação em diversas sessões, para poder aprofundar mais sobre os diversos aspetos da temática da Incontinência Urinária.

Análise

De acordo com os Descritores de Dublin (2004), para o 2º ciclo, pretende-se que os alunos: “Sejam capazes de comunicar as suas conclusões – e os conhecimentos e os raciocínios a elas subjacentes – quer a especialistas, quer a não especialistas, de uma forma clara e sem ambiguidades”. Considero que através da sessão de formação informei outros profissionais de saúde sobre a temática Incontinência Urinária

Conclusão

De um modo geral, penso que a realização da sessão teve um balanço positivo, uma vez que se traduziu em ganhos tanto para equipa multiprofissional como para mim, uma vez que proporcionou um momento de partilha de conhecimentos e diálogo sobre um tema da minha área de interesse a nível profissional.

Planear a ação

No início da apresentação mostrei um excerto de um filme em que o protagonista é uma pessoa com demência que tem uma perda de urina, porque não consegue encontrar a casa de banho na sua casa. Ao longo da apresentação, fui trazendo acontecimentos do filme para fazer ligação com o que estou a apresentar, de modo a resolver o caso que apresentei inicialmente. Percebi depois que poderia ter realizado a exposição do filme no fim da sessão, ao invés de no início, de modo, de modo a, posteriormente, os colegas resolverem o caso para aquela situação apresentada, como modo de avaliação da sessão.

Esta foi a primeira vez que falei do tema a profissionais de saúde e o facto de ser a primeira vez, fez com que tivesse que pensar como poderia abordar um tema sensível colocando os colegas ao mesmo tempo à vontade, dado que o um dos focos principais iria ser os comportamentos que se realizam não promotores da continência urinária. Por outro lado, creio que em contexto domiciliário, este tema não é tão escondido, uma vez que os profissionais de saúde entram nas casas da pessoa e

observam no quarto ou na casa de banho a existência de fraldas ou pensos de incontinência. Noutros meios, esta problemática pode passar despercebida facilmente, portanto os profissionais de saúde têm que estar despertos de modo a identificar melhor os utentes com incontinência urinária e desenvolver um plano de cuidados dado essa patologia de modo a melhorar a qualidade de vida do utente e da sua família.

Dado que a minha atividade profissional é exercida em meio hospitalar, este trabalho de divulgação do tema é da minha responsabilidade enquanto futura EEER, de modo a divulgar comportamentos promotores da continência urinária, bem como estratégias a adotar junto de utentes com incontinência urinária.

Referências Bibliográficas

Gray, M., & Moore, K. N. (2012). *Cuidados de Enfermagem em Urologia*. Loures: Lusociência.

Silva, A. I., Almeida, C., Aguiar, H., Neves, M., & Teles, M. J. (2013). Prevalência e impacto da incontinência urinária na qualidade de vida da mulher. Revista Portuguesa de Clínica Geral, 296, 364–376. doi: org/10.32385/rpmgf.v29i6.11197.

Apêndice IV – Jornal de Aprendizagem III

ESCOLA SUPERIOR DE ENFERMAGEM DE LISBOA

10º CURSO DE MESTRADO EM ENFERMAGEM

ÁREA DE ESPECIALIZAÇÃO EM ENFERMAGEM DE REABILITAÇÃO

Unidade Curricular de Estágio com Relatório

Jornal de Aprendizagem

Ana Lúcia Mendes Pedro nº8914

Professor Orientador: Joaquim Paulo Cabral de Oliveira

Lisboa

Dezembro, 2019

Incontinência Urinária na Pessoa Submetida a Prostatectomia Radical

"Qualidade de Vida é a perceção que as pessoas têm da sua posição na vida no contexto da cultura e dos sistemas de valores em que vivem e em relação aos seus objetivos, expectativas, padrões e preocupações. É um conceito amplo, afetado de forma complexa pela saúde física, pelo estado psicológico, pelo nível de independência, pelas relações sociais, pelas crenças pessoais e pela sua relação com as características salientes do meio em que se insere". (DGS, 2019, p.25)

O Sr. M., de 70 anos, foi submetido a prostatectomia radical (16/10/2019). Na consulta de seguimento do 1º mês pós-operatório da intervenção cirúrgica, refere que está descontente com as consequências que a cirurgia originou na sua vida diária. Apesar de saber que a incontinência urinária era uma possibilidade, nunca pensou que esta tivesse o grande impacto que está a ter na sua rotina. Uma simples ida ao café com os amigos, estava a tornar-se numa tortura e o caminho de regresso a casa era acompanhado por perdas de urina. O fato de estar algum tempo de pé na rua a falar com os amigos contribuía para a ocorrência de pequenas perdas de urina, "de modo que o penso ficava encharcado" (SIC). O utente refere que, antes de ser operado sentia-se saudável, não sentia a sua doença. Agora sentia-se doente, confessando que se soubesse que ia ficar assim não teria aceitado ser submetido à intervenção cirúrgica.

Inicialmente tentou-se perceber quais as rotinas do Sr. M, em que situações o utente apresentava perdas de urina, como era o seu jato urinário e que comportamentos o mesmo adotava com o objetivo de dar uma resposta adequada à situação apresentada. O utente tem incontinência urinária por imperiosidade, que se manifesta em situações como andar, permanecer algum tempo de pé e passar da posição de sentado para a posição de pé (vice-versa). Foi aconselhado ao utente que, antes de realizar atividade (como deslocar-se para casa, ir ao café ou ir à mercearia), recorresse à casa de banho de modo a evitar ter perdas. Foram realizados ensinos referentes a um melhor controlo da ingestão hídrica e à redução de líquidos ao final do dia. Questionou-se o Sr. M. sobre a execução dos exercícios de Kegel, que o mesmo confirmou que realizava. Solicitou-se ao utente que realizasse os exercícios, de modo a avaliar se estava a mobilizar a musculatura do pavimento pélvico. O utente apresentou dificuldade em realizar os exercícios na posição de deitado e sentado.

Quando adotada a posição de pé, conseguiu realizar os exercícios com melhor eficácia. Combinou-se com o Sr. M. a adoção da posição de pé para a realização de exercícios de Kegel. Mostrou-se ao utente umas cuecas que poderia adquirir de modo a que este não necessitasse de utilizar penso, dado que o mesmo referia que o uso do penso também lhe causava transtorno, uma vez que sentia a urina a ficar retida no mesmo, indo de encontro as competências específicas do EEER (OE, 2019, p.13567): "J1.2.4 — Seleciona e prescreve produtos de apoio"

No decorrer da consulta, o utente trouxe questionários que já tinha preenchido (ICIQ-SF). Os mesmos dados não estavam em concordância com as perdas que o utente nos relatava, pelo que foi solicitado ao Sr. M. que no dia antes da próxima consulta realizasse o pad test das 24h, de modo a podermos posteriormente quantificar as perdas que o mesmo apresenta.

Pensamentos e sentimentos:

Os resultados das pesquisas na literatura, relativos ao impacto da qualidade de vida na pessoa com incontinência urinária e suas famílias, estava ilustrado no Sr. M.; o mesmo referia estar triste, frustrado com o que lhe estava a acontecer. Comentava com os seus filhos que preferia não ter sido operado. A sua vida social começa a estar afetada: no percurso até ao café tinha pequenas perdas de urina e quando estava algum tempo de pé tinha perdas, fazendo com que o mesmo começasse a ficar em casa, de modo a não se cruzar com pessoas na rua para não ter diálogo com as mesmas. Algo que tinha começado há menos de um mês já estava a ter um grande impacto a nível emocional, social, físico e económico. "No indivíduo sujeito a prostatectomia radical observa-se um profundo impacto psicossocial a partir das alterações provocadas pela presença de incontinência urinária e disfunção erétil, que conduzem a que o homem olhe para o próprio corpo modificado com dificuldade de exposição à companheira, restrição de atividades e contactos sociais" (Carvalho, 2012, p. 35). Contrariamente ao que alguns artigos referem, para além do Sr. M., grande parte dos utentes com que tenho tido contacto, confessam abertamente aos profissionais de saúde que têm incontinência urinária, procurando ajuda para esta patologia junto dos mesmos.

Após a realização desta consulta, fiquei com a perceção que o utente não perde tanta quantidade de urina como refere, uma vez que apenas usa um penso por dia e à noite não é necessário recorrer à sua utilização. Mas o impacto que esta patologia

está a causar na vida do mesmo é tão grande, que o mesmo crê que perde muita urina diariamente.

Avaliação

A partir do momento em que as pessoas aceitam que a incontinência urinária é uma doença e que a mesma pode e deve ser falada com os profissionais de saúde, contribui para que todos estejam focados nos mesmos objetivos. O fato de o utente ter falado abertamente do seu problema e de como isso está a condicionar a sua vida contribuiu para o enriquecimento da consulta e para focar na resolução do problema. Através da descrição do Sr. M. relativa aos comportamentos que tem diariamente e que contribuem para que tenha perdas de urina, permitiu que pudéssemos dar sugestões de estratégias comportamentais do que o utente poderia vir a executar. Desde a ida à casa de banho antes de sair de casa, reduzir a quantidade de água ingerida quando pretende sair de casa, informação sobre quais as bebidas com efeito diurético, incentivado a não contrariar o estímulo de urinar, porque esse adiamento vai por sua vez contribuir para que venha a ter perdas de urina passado pouco tempo. Foram realizados ensinos indo de encontro as competências específicas do EEER (2019):J1.2.2 — Discute as alterações da função a nível motor, sensorial, cognitivo, cardíaco, respiratório, da alimentação, da eliminação e da sexualidade com a pessoa/cuidador e define com ela quais as estratégias a implementar, os resultados esperados e as metas a atingir de forma a promover a autonomia e a qualidade de vida.

Análise

Ao proporcionar-se uma relação de confiança, o utente confia no profissional de saúde para partilhar os seus problemas do foro mais pessoal, que dificilmente se dialoga no dia a dia entre amigos, como é a patologia da incontinência urinária. Através destes diálogos o profissional recolhe informações sobre o quanto este problema está a trazer repercussões na vida do utente, criando-se um plano de ação em conjunto e metas a atingir até uma próxima consulta.

Conclusão

O facto de ter ficado com a dúvida relativa à quantidade real de urina que o Sr. M. perde diariamente, dado que o discurso do mesmo e os resultados dos questionários não serem coincidentes, contribuiu para se não dar uma resposta mais

dirigida à problemática referenciada pelo utente. Assim, ao ter-se solicitado ao utente para trazer os pensos de incontinência, que usou no dia antes da consulta, na próxima vinda ao serviço, irá de certo modo contribuir para se ter precisão das perdas do Sr. M. e se poder apoiar melhor o Sr. M. Poderia ter-se solicitado ao utente para realizar o pad test na instituição de modo a esclarecer melhor as perdas que este tem quando faz certos movimentos, mas dado que o utente mora longe de Lisboa, ao solicitar, para este ficar mais algumas horas na instituição poderia vir a ser um inconveniente para as previsões de horas que o mesmo tinha pensado chegar à sua localidade, dado que não tinha previsto esse tempo extra de permanência na instituição.

"A compreensão dos processos e sentimentos que as pessoas experienciam quando se confrontam com uma situação de doença, pode ajudar os profissionais de saúde a adaptarem o tratamento da doença à condição psicossocial da pessoa" (Esperidião-António et al., 2007, p. 26). O Sr. M. ao identificar as alterações que a cirurgia originou na sua atividade de vida diária, permitiu que se identificassem quais os comportamentos que o mesmo tem que originam perdas de urina e que se realizassem sugestões sobre como antecipar o seu comportamento a esses episódios de perdas.

Planear a ação:

Responsabilizou-se o Sr. M. pelos seus ganhos, pela realização das alterações que foram aconselhadas ao longo do seu dia e motivou-se a realização dos exercícios de Kegel diariamente. Adaptou-se este trabalho para o mesmo realizar no seu domicílio, proporcionando que o mesmo esteja informado sobre os recursos que pode utilizar e se sinta agente ativo do seu processo de cuidados, bem como das escolhas que faz para a manutenção da sua saúde.

Referências Bibliográficas

Carvalho, J.M.S (2012). *O Homem Portador de Carcinoma da Próstata: Uma transição no masculino.* Loures: Lusociência.

Direção Geral de Saúde (2019). *Manual de Boas Práticas Literacia em Saúde - Capacitação dos Profissionais de Saúde*. Lisboa: Direção Geral de Saúde.

Esperidião, A. et al., (2007). In Direção Geral de Saúde (2019). *Manual de Boas Práticas Literacia em Saúde - Capacitação dos Profissionais de Saúde*. Lisboa: Direção Geral de Saúde.

Gray, M., & Moore, K. N. (2012). *Cuidados de Enfermagem em Urologia*. Loures: Lusociência.

Ordem dos Enfermeiros. (2019). Regulamento das competências específicas do enfermeiro especialista em enfermagem de reabilitação. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.

Apêndice V – Jornal de Aprendizagem IV

ESCOLA SUPERIOR DE ENFERMAGEM DE LISBOA

10º CURSO DE MESTRADO EM ENFERMAGEM

ÁREA DE ESPECIALIZAÇÃO EM ENFERMAGEM DE REABILITAÇÃO

Unidade Curricular de Estágio com Relatório

Jornal de Aprendizagem

Ana Lúcia Mendes Pedro nº8914

Professor Orientador: Joaquim Paulo Cabral de Oliveira

Lisboa

Fevereiro, 2020

O Enfermeiro de Reabilitação na pessoa com alterações das funções sensoriais, cognitivas e motoras

No decorrer deste percurso, tive a oportunidade de realizar um estágio de observação participante num serviço de neurocirurgia, com a finalidade de contribuir para o desenvolvimento de competências de intervenção do Enfermeiro de Reabilitação na pessoa com alteração das funções sensoriais, cognitivas e motoras.

"A comunicação representa a base e o fundamento para as relações enfermeiro/doente, constituindo dessa maneira um instrumento básico para a profissão. É o suporte de todas as ações dos enfermeiros, pois é, através da comunicação com o doente, que o compreendemos como um todo, a sua visão do mundo, maneira de pensar, sentir e tomar decisões." Phaneuf (2002, p.10).

O Sr. H. de 74 anos foi internado com o diagnóstico de lesão ocupante de espaço parietoccipital esquerda. Numa primeira fase em que conheci o Sr. H., este estava a tomar o pequeno-almoço, quando entramos na enfermaria, comenta connosco que não sabia o que era aquilo (colher), apesar de estar a utilizar o utensílio corretamente. Posteriormente dei um papel e uma caneta para o Sr. H. poder escrever o nome do objeto que não conseguia enunciar, mas rapidamente percebi que este tinha agnosia e agrafia. A enfermeira orientadora pediu-lhe para repetir as palavras cão, gato e pêra que o mesmo repetiu no imediato, mas a curto prazo não conseguiu repetir, apresentando memória recente alterada. Este utente ficava triste quando não se conseguia expressar, não desistindo até conseguir encontrar a palavra que queria exprimir.

Dada esta avaliação quis acompanhar o utente à casa de banho para poder observar como este elaborava o autocuidado. Trabalhei com o Sr. H. a realização do autocuidado higiene. O utente reconhecia o caminho para a casa de banho, mas necessitava de instruções visuais e verbais para iniciar a tarefa. Apesar de diversas instruções verbais de como manusear a torneira de duche, o mesmo não conseguia iniciar a tarefa. Posteriormente solicitava o champô, não conseguindo identificar o frasco para essa função. Para fazer a barba, o Sr. H. identificou o creme de barbear e colocou na cara, sem instruções, mas posteriormente não continuou a tarefa, não identificando a gilete para executar a tarefa, nem como manuseá-la. O Sr. H. também não escolheu a roupa que queria vestir, mas depois desta distribuída, conseguiu vestir-se sem instruções. Depois de terminada a higiene, o mesmo olhava-se ao

espelho e dizia: “Mas falta ainda alguma coisa”. Posteriormente, apontei-lhe para o pente, ao que o mesmo respondeu que era exatamente aquilo que ele procuravam. Mas será que era?

Pensamentos e Sentimentos:

Dado o primeiro contacto que tive com o Sr. H. quis acompanhá-lo à casa de banho para poder observar como este elaborava o autocuidado higiene. Percebi que tinha aqui um campo de atuação que podia trabalhar com este doente. A equipa de enfermagem já tinha solicitado aos familiares para trazerem os seus objetos de referência: o seu gel de duche, champô, pijama e pantufas.

Nesta primeira avaliação, percebi que o Sr. H. executava tarefas simples com necessidade de indicações verbais ou visuais. A ida seguinte à casa de banho foi programada em conjunto com o Sr. H., pois integrei o utente na escolha da roupa e dos produtos de higiene a utilizar. Foram retirados da casa de banho os objetos que não fossem utilizados pelo Sr. H. e dispostos os restantes pela ordem de execução. Na segunda ida à casa de banho o Sr. H. já apresentou o pensamento mais ordenado, conseguindo posteriormente executar as tarefas pela ordem correta. O facto de ter, anteriormente, arrumado o material por ordem de realização, ajudou na execução desta tarefa, necessitando de poucas ordens verbais para efetuar a tarefa pedida.

À primeira observação o Sr. H., aparenta ser uma pessoa independente, mas após a avaliação, perceciona-se que a sua afasia tem um grande impacto no seu dia-a-dia e na sua autonomia. O mesmo para iniciar tarefas simples necessita de estímulos visuais e/ou verbais, ficando frustrado quando não consegue iniciar as tarefas ou ser entendido, referindo que “quando regressar a casa vai ser gozado pelos seus amigos”. Com o intuito de integrar o doente no seu plano de cuidados e de o mesmo não ficar triste por não se conseguir expressar, optei inicialmente por realizar o treino para o autocuidado, em que o mesmo ia elaborando as tarefas, estando concentrado no que estava a realizar e contente por estar a realizar algo com eficácia.

Até então quando pensava em dependência, relacionava mais com dependência a nível físico/motor, não estando sensibilizada para esta área específica, em que os utentes aparentemente são independentes, mas depois de uma avaliação é notório que necessitam de auxílio para atingir a sua autonomia, porque à semelhança do que acontecia com o Sr. H., este ficava no seu quarto sozinho, sem saber o que fazer durante o dia ou para onde ir.

Avaliação:

Penso que a estratégia adotada foi bem-sucedida, dado que ao acompanhar o Sr. H. nas suas tarefas diárias, este não apresentava frustração por não conseguir iniciar as mesmas, contrariamente ao que acontecia quando se iniciava diálogo, ou se efetuava algum jogo em que este acabava por ficar chateado por não conseguir responder acertadamente. Ao identificar as suas necessidades implementei um plano de intervenção, com o objetivo de diminuir a sua situação de dependência com vista a promoção e participação social. Segundo o regulamento de competências específicas da Ordem dos Enfermeiros (2019, p.13566): "J1.1.3 — Avalia a capacidade funcional da pessoa para realizar as Atividades de Vida Diárias (AVD's) de forma independente. J1.1.4 — Identifica fatores facilitadores e inibidores para a realização das AVD's de forma independente no contexto de vida da pessoa."

Percebi ao longo destes dias, que devo também ter em consideração o estado emocional da pessoa, dado o que acontecia com o Sr. H., quando percecionava que não se estava a conseguir expressar ou realizar as tarefas solicitadas, este ficava desapontado com o que estava a acontecer, acabando por se desconcentrar e isto influenciar a evolução do seu processo de reabilitação. "O estado emocional interfere diretamente no tratamento terapêutico (…) O paciente precisa estar ou ser motivado para a terapia. As tarefas devem ter um grau adequado de complexidade. Não podem ser muito difíceis, pois o paciente não conseguirá realizá-las, gerando frustração" (Oliveira, et al. 2001, p. 10)

Análise

O primeiro contacto que tive com o utente, em que este confessa que não reconhece o objeto, contribuiu para que se criasse uma relação de confiança e para que iniciasse uma avaliação ao utente, como refere Hoeman, (2011, p.162): "A melhor avaliação ocorre na observação dos doentes em situações naturais de comunicação conversas com um parceiro, que pode ser a enfermeira".

Mas a comunicação com o Sr. H. por este ter agnosia, era um obstáculo na prestação de cuidados. Este recorria aos profissionais de saúde quando necessitava de algo, mas grande parte das vezes não conseguia referir posteriormente o que precisava, interferindo assim na sua interação social. O mesmo saía pouco da enfermaria, não frequentava a sala de refeições. Penso que este isolamento estava

relacionado com a dificuldade que este poderia sentir ao expressar-se junto dos outros utentes do serviço.

Conclusão

Não foi possível recolher dados do habitus do Sr. H., uma vez que no período em que tive com este utente, não teve visita de familiares para poder complementar a sua informação, de modo a conhecer mais sobre os seus gostos e rotinas. Penso que a colheita desta informação iria certamente complementar o trabalho de reabilitação iniciado. Como refere Salgueiro (2014, p.58): “a família é um meio importante para a reabilitação da comunicação dum doente afásico pois pode ser o único apoio social deste, pelo que esta deve estar envolvida no seu plano de cuidados. A família consegue descodificar os gostos, as expressões dos pacientes, dar informações essenciais aos cuidados de enfermagem.”

Planear a ação:

O EEER tem um papel importante na readaptação e capacitação da pessoa, trabalhando com a mesma, dando ferramentas facilitadoras ao processo de transição que está a ocorrer, de modo a que esta se adapte adequadamente ao seu eu atual. No Sr. H., para que neste ocorra a readaptação, penso que no futuro terei que lhe dar mais tempo, incentivando-o realizar as suas tarefas diárias apenas com a minha supervisão e preparando antecipadamente o ambiente.

O envolvimento da família nas atividades diárias, na realização de exercícios e no ensino sobre estratégias de comunicação a ter com o utente, deve ser considerado com o objetivo de facilitar a readaptação destes à situação atual do seu familiar e dar continuidade ao processo de cuidados iniciados pelo EEER. Com a família do Sr. H. não foi possível haver este envolvimento, dado que eram pessoas que não viviam próximo do hospital. Contudo, no futuro, caso o utente venha a ter visita de familiares, devo sensibilizar os seus familiares no estabelecimento de estratégias de comunicação.

Referências Bibliográficas

Hoeman, S. (2011). Enfermagem de Reabilitação: Prevenção, Intervenção e Resultados Esperados (3ª ed.). Loures: Lusodidacta.

Oliveira, C.E.N, Salina, M.E., & Annunciato, N.F., (2001). Fatores ambientais que influenciam a plasticidade do SNC.In: Acta Fisiatrica. Santo André. Nº8, p.1-13

Ordem dos Enfermeiros. (2019). Regulamento das competências específicas do enfermeiro especialista em enfermagem de reabilitação. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.

Phaneuf, M. (2002). Comunicação, entrevista, relação de ajuda e validação. Loures: Lusociência - Edições Técnicas e Científicas, Lda.

Salgueiro, J.P.L. (2014). *Dificuldades dos enfermeiros na comunicação com doentes afásicos* (Tese de mestrado). Disponível em: https://sigarra.up.pt/faup/pt/pub_geral.pub_view?pi_pub_base_id=34066&pi_pub_r1_id=

Apêndice VI – Processo de Enfermagem I

ESCOLA SUPERIOR DE ENFERMAGEM DE LISBOA

10º CURSO DE MESTRADO EM ENFERMAGEM

ÁREA DE ESPECIALIZAÇÃO EM ENFERMAGEM DE REABILITAÇÃO

Unidade Curricular de Estágio com Relatório

Processo de Enfermagem

ECCI – [redacted]

Ana Lúcia Mendes Pedro nº8914

Professor Orientador: Joaquim Paulo Cabral de Oliveira

Enfermeira Orientadora: [redacted]

Lisboa

Novembro 2019

LISTA DE SIGLAS

AVD – Atividades de Vida Diária

CPM – Ciclos por minuto

DGS – Direção Geral de Saúde

ICIQ-SF – International Consultation on Incontinence Questionnaire – Short Form

MIF – Medida de Independência Funcional

TUGT - Time Get Up and Go Test

ÍNDICE

1. Revisão Anatomo-Patológica ……..……4
2.Colheita de dados……4
2.1 Identificação do utente ……4
2.2 História da doença atual……..4
2.3 Antecedentes pessoais……5
2.4 Alergia ……...5
2.5 Hábitos ……..5
2.6 Terapêutica Habitual ……...5
2.7 Situação Familiar ……5
2.8 Situação Psico-Social ……5
2.9 Condições Habitacionais ……6
3. Avaliação da Utente ……...6
3.1 Tegumento ……6
3.2 Circulação ……6
3.3 Respiração ……6
3.4 Avaliação Neurológica ……7
3.5 Avaliação Neuromuscular, Articular, da Postura e Movimento ……7
3.5.1 Força muscular segundo a Escala Medical Research Council Muscle Scale ……...7
3.5.2 Tónus Muscular Segundo a Escala Modificada de Ashworth ……8
3.5.3 Coordenação dos Movimentos ……..8
3.5.4 Amplitude Articular ……..8
3.5.5 Equilíbrio Escala de Berg ……9
3.5.6 Time Get Up and Go Teste ……..10
3.5.7 Marcha ……10
3.6 Acuidade visual ……..10
3.7 Acuidade auditiva ……..10
3.8 Padrão Vesical ……...10
3.9 Padrão Intestinal ……11
3.10 Escala de Morse ……..11
3.11 Escala de Braden ……11
3.12 Avaliação de Dor ……..12
3.13 Avaliação do Grau de Dependência e Impacto no autocuidado……...12
3.13.1 Índice de Barthel (08-10-2019) ……..12
3.13.2 Medida de Independência Funcional ……...12
3.14 Impacto no Autocuidado/AVD (De acordo com a Teoria de Dorothea Orem, 2001) ……..13
3.14.1 Requisitos Universais de Autocuidado ……13
3.14.2 Requisitos do Autocuidado Desvio de Saúde……...14
4. Plano de Cuidados ……..……15
5. Referências Bibliográficas

1. REVISÃO ANATOMO-PATOLÓGICA

As fraturas da extremidade proximal do fémur ocorrem maioritariamente em mulheres, surgindo na consequência de um trauma de baixa energia, estando associado à pessoa ter osteoporose, estar desnutrida, apresentar diminuição de atividade de vida diária, ter diminuição da acuidade visual (Arliani, 2011).

As fraturas da extremidade proximal do fémur, segundo DGS (2003) são: " todas as fraturas respeitantes ao segmento ósseo demarcado proximamente pelo limite inferior da cabeça do fémur e distalmente por um nível situado 5cm abaixo do limite inferior do pequeno trocânter." Estas fraturas podem ser consideradas: fraturas trocantéricas, fraturas do colo (subcapitais, transcervicais e basicervicais) e fraturas subtrocantéricas. (DGS 2003).

Como tratamento a este tipo de lesão existe a Artroplastia Total da Anca ou Hemiartroplastia, com a função de proporcionar alívio da dor e melhoria da funcionalidade, satisfação e qualidade de vida.

2. COLHEITA DE DADOS

2.1 Dados Pessoais:

Nome: M.N.
Género: Feminino
Idade: 84 anos
Etnia: Caucasiano
Naturalidade: Lisboa
Estado Civil: Solteiro
Profissão: Reformado (Enfermeira no passado)

2.2 História da Doença Atual:

Srª M. sofreu uma queda a 7 de Agosto de 2019: ao levantar o pé para pisar um insecto, perdeu o equilíbrio e caiu. Deste episódio, resultou uma fratura subcapital do fémur esquerdo, que foi submetida a tratamento cirúrgico a 16-08-2019 (hemiartroplastia não cimentada).

Anteriormente à queda, a utente autónoma nas AVD, deambulava com auxílio de uma canadiana, durante o dia frequentava um centro de dia.

Teve internada durante três semanas e recusou ir para uma unidade de convalescença. Teve alta do internamento a 05-09-2019, tendo sido referenciada para a equipa de cuidados continuados integrados da sua área de residência.

No início da construção do processo de enfermagem, a utente apresenta labilidade emocional e está triste por agora estar numa situação de dependência. Apesar da mesma estar motivada para o seu processo de reabilitação grande parte do seu dia é passado no leito. Apresenta cansaço fácil a pequenos esforços, deambulando pequenas distâncias com um auxiliar de marcha (andarilho). Refere também que desde que regressou a casa tem episódios de perda de urina (incontinência urinária funcional) com necessidade de usar uma cueca fralda.

2.3 Antecedentes Pessoais:

Insuficiência Cardíaca; Fibrilação Auricular; Hipertensão Arterial; Acidente Vascular Cerebral de origem isquémica (sem défices); Hérnia esofágica; Anemia; Glaucoma; Melanoma;

2.4 Alergias:

Sem alergias conhecidas;

2.5 Hábitos:

Sem história de consumos de álcool ou tabaco;

2.6 Terapêutica Habitual:

Diclofenac 75mg (1cp ao pequeno almoço e jantar); Nebivolol 5mg (1 cp de manhã e à noite); Ranolazina 375mg (pequeno almoço); Furosemida 40mg (1cp de manhã); Losartan 50mg (jantar); Amissulprida 50 mg (pequeno almoço); Rosuvastatina 10 mg (1cp ao jantar);

2.7 Situação Familiar Atual:

A utente vive sozinha e tem apoio diário das suas amigas e vizinhas (do mesmo grupo etário). Conta também com a presença de um afilhado nalgumas horas do dia. Deste grupo não há nenhum elemento que se assuma como cuidador.

2.8 Situação Psico-Social:

A Srª M. apresenta-se com labilidade emocional; anteriormente à queda tinha uma vida social ativa: frequentava esporadicamente um centro de dia na sua área de residência e tinha contacto com as suas amigas, tendo uma vida social ativa. Atualmente, a Srª M. só sai do domicílio para ir a consultas.

A Srª M. não tem uma pessoa que se assuma como seu prestador de cuidados. Tem uma amiga que se assumiu como pessoa de referência, mas apenas a conseguimos contactar por telefone e uma vez pessoalmente. No prédio onde a Srª M. habita há várias vizinhas (da mesma faixa etária) que são suas amigas e que a visitam, várias vezes durante o dia para ver se ela mesma precisa de algo e para lhe fazer companhia durante algumas horas. No período entre as 11h e as 16h, o afilhado está com ela. No período noturno tem uma vizinha que vai a casa da Srª M. dormir para esta não ficar durante este tempo sozinha. A Srª M. tem períodos em que permanece sozinha em casa.

2.9 Condições Habitacionais:

Vive numa casa situada num primeiro andar com elevador. No acesso ao prédio tem um degrau na porta de entrada. A casa da Srª M. não tem degraus, presença de tapetes, ou outras barreiras arquitetónicas visíveis, pois foi adequada ao seu regresso. Na casa de banho tem alteador de sanita, barra de banho lateral de apoio no duche, bem como cadeira de banho giratória própria para a sua transferência no duche.

3. AVALIAÇÃO DA UTENTE:

3.1 Tegumento

Apresenta pele e mucosas secas e pálidas, com sinais de má perfusão periférica nas extremidades (dados recolhidos na última visita a casa da Srª M 22/10/2019).

Apresenta um hematoma na coxa esquerda em regressão, após ter sofrido uma queda da própria altura (15/10/2019).

3.2 Circulação

Com a coxa esquerda edemaciada. Nas últimas visitas a sua casa a Srª M. apresenta também edema dos pés, mais acentuado no pé esquerdo, com sinal de Godet ++.

3.3 Avaliação Respiratória:

Inspeção Estática – Sem alterações aparentes ao nível da morfologia torácica, sem lesões ou tumefações;

Inspeção Dinâmica – Em repouso, com respiração superficial de predomínio torácica, eupneica, com uma frequência respiratória de 18 ciclos por minuto. Não utiliza os músculos acessórios. A médios esforços apresenta cansaço fácil com ligeira taquipneia;

Palpação – Sem alterações aparentes, não se identificando tumefações ou lesões;

Percussão - Ressonância normal;

Auscultação Pulmonar – Murmúrios vesicular mantidos e audíveis nas regiões torácicas superiores, média e nas bases;

Tosse – Eficaz;

Caraterísticas das Secreções – Sem secreções;

3.4 Avaliação Neurológica 14/10/2019:

Estado de Consciência: De acordo com a Escala de Glasgow tem score 15 (Abertura Ocular Espontânea – 4; Resposta Verbal – Orientada; Resposta Motora – Obedece a Ordens – 6)

Orientação - Orientada no tempo, espaço e pessoa;

Atenção – Apresenta hipervigilância

Memória – A utente apresenta a memória imediata e recente afetada

Linguagem – Sem alterações

Capacidades Práxicas - Sem alterações

Avaliação de défice cognitivo - *Mini mental State Examination*: A utente tem 9 anos de escolaridade e na aplicação deste teste teve uma nota total de 17, valor este indicativo que a Srª M. apresenta défice cognitivo.

Avaliação dos Pares Cranianos: Não aplicável

3.5 Avaliação Neuromuscular, Articular e da Postura e Movimento:

3.5.1 Força muscular segundo a Escala *Medical Research Council Muscle Scale* 8-10-2019:

Segmentos	Movimentos	Grau de Força
Cabeça e Pescoço	Flexão	4/5
	Extensão	4/5
	Flexão Lateral Direita	4/5
	Flexão Lateral Esquerda	4/5
	Rotação	3/5

Segmentos	Movimentos	Grau de Força	
Membro Superior		**Direito**	**Esquerdo**
Escapulo - umeral	Flexão	5/5	5/5
	Extensão	5/5	5/5
	Adução	5/5	5/5
	Abdução	5/5	5/5
	Rotação interna	5/5	5/5
	Rotação externa	5/5	5/5
Cotovelo	Flexão	5/5	5/5
	Extensão	5/5	5/5
Antebraço	Pronação	5/5	5/5
	Supinação	5/5	5/5
	Flexão palmar	5/5	5/5

Punho	Dorsi-flexão	5/5	5/5
	Desvio radial	5/5	5/5
	Desvio cubital	5/5	5/5
	Circundação	5/5	5/5
Dedos	Flexão	5/5	5/5
	Extensão	5/5	5/5
	Adução	4/5	4/5
	Abdução	4/5	4/5
	Circundação	4/5	4/5
	Oponência do polegar	4/5	4/5

Segmentos	**Movimentos**	**Grau de Força**	
Membro Inferior		**Direito**	**Esquerdo**
Coxo - Femural	Flexão	5/5	5/5
	Extensão	5/5	5/5
	Adução	5/5	4/5
	Abdução	5/5	4/5
	Rotação interna	5/5	3/5
	Rotação externa	5/5	3/5
Joelho	Flexão	5/5	5/5
	Extensão	5/5	5/5
Tibio-Tarsica	Flexão plantar	5/5	5/5
	Flexão dorsal	5/5	5/5
	Inversão	4/5	4/5
	Eversão	4/5	4/5
Dedos	Flexão	4/5	4/5
	Extensão	4/5	4/5
	Adução	4/5	4/5
	Abdução	4/5	4/5

3.5.2 Tónus Muscular Segundo a Escala Modificada de Ashworth: Não apresenta alterações

3.5.3 Coordenação dos Movimentos:

Membros Superiores: Consegue executar a prova de indez-nariz;

Membros Inferiores: Mobiliza alternadamente os pés (flexão e extensão tibiotársica);

3.5.4 Amplitudes Articulares:

Diminuída amplitude articulação coxo femoral esquerda na flexão, abdução e adução;

3.5.5 Equilíbrio Escala de Berg (17/10/2019):

Da posição de sentado para a posição de pé: Necessita de alguma ajuda para se levantar ou manter estável (1);

Ficar em pé sem apoio: Consegue manter-se em pé durante 2 minutos, com supervisão (3);

Senta-se com as costas desapoiadas mas com os pés apoiados no chão ou sobre um banco: Mantém-se sentado durante 30 minutos (2);

Da posição de pé para a posição de sentado: Apoia a parte posterior das pernas na cadeira para controlar a descida (2);

Transferências: Necessita de ajuda de uma pessoa (1);

Ficar em pé sem apoio e com os olhos fechados: Consegue manter-se em pé durante 3 segundos (3);

Manter-se em pé sem apoio e com os pés juntos: Necessita de ajuda para chegar à posição, mas consegue manter-se em pé, com os pés juntos, durante 15 segundos (1);

Inclinar-se para a frente com o braço estendido ao mesmo tempo que se mantém de pé: Inclina-se para a frente, mas necessita de supervisão (1)

Apanhar um objeto do chão a partir da posição de pé: Não consegue tentar/necessita de ajuda para evitar a perda de equilíbrio ou queda (0);

Virar-se para olhar sobre os ombros direito e esquerdo enquanto está de pé: Olha para trás por apenas um dos lados, revela menos capacidade de transferir o peso (3);

Dar uma volta de 360graus: Consegue dar uma volta de 360º com segurança mas lentamente (2);

Colocar os pés alternados num degrau ou banco enquanto se mantém em pé sem apoio: Consegue completar mais de 2 degraus, mas necessita de alguma ajuda (1);

Ficar em pé sem apoio com um pé à frente do outro: Necessita de ajuda para dar um passo, mas consegue manter a posição durante 15 segundos (1);

Ficar em pé sobre uma perna: Consegue levantar uma perna de forma autónoma e manter a posição entre 5 e 10 segundos (3);

Total = 25 – Equilíbrio aceitável

3.5.6 Time Get Up and Go Test (TUGT) (14/10/2019):

A utente realizou o teste com auxílio de andarilho, tendo efetuado o percurso em um minuto e 15 segundos, indicador este que a Srª M. apresenta risco de queda aumentado.

3.5.7 Marcha: Deambula com auxiliar de marcha (andarilho)

Marcha	Presente	Com auxiliar de marcha	Ausente	Observações
24/09/2019			X	Utente com dor na coxa esquerda, não tendo realizado levante nos últimos dias;
30/09/2019	X	X		Andarilho – eficaz;
8/10/2019	X	X		Canadianas – eficaz;
15/10/2019	X	X		Canadianas – eficaz
25/10/2019				Programado com a utente esta estar com roupa adequada para ir à rua neste de dia, de modo a realizar treino de marcha em pavimento irregular;

3.6 Acuidade visual:

Diminuída por glaucoma, utiliza dispositivo compensatório (óculos);

3.7 Acuidade auditiva:

Mantida.

3.8 Padrão Vesical:

Refere que desde o seu regresso a casa, apresenta perdas de urina, por não conseguir chegar atempadamente à casa de banho. A Srª M. têm incontinência urinária funcional, refere ir à casa de banho quando sente vontade de urinar tendo a sensação que esvazia totalmente a sua bexiga. Usa regularmente uma fralda cueca, referindo que por vezes tem necessidade de a trocar durante o dia.

International Consultation on Incontinence Questionnaire (ICIQ-SF):

Com que frequência tem perdas de urina: uma vez por dia (3);

Que quantidade de urina costuma perder: uma quantidade moderada (4);

No geral a perda de urina interfere muito no seu dia-a-dia: (5);

Total de 12;

3.9 Padrão Intestinal:

Evacua uma vez por dia;

3.10 Escala de Morse 8-10-2019

Antecedentes de queda – Sim (25)

Diagnóstico Secundário – Sim (15)

Apoio para Deambulação – Com ajuda de auxiliar de marcha (15)

Medicação e/ou Heparina Intravenosa – Não (0)

Marcha – Défices de marcha (20)

Estado Mental – Consciente das suas limitações (0)

Score = 75 – Alto Risco de Queda

3.11 Escala de Braden 8-10-2019

Percepção Sensorial – 4

Humidade – 3

Atividade – 3

Mobilidade – 3

Nutrição – 2

Fricção e Cisalhamento – 2

Score=17 – Baixo Risco de desenvolver Ulcera por pressão

3.12 Avaliação da Dor

Escala Numérica - 2, refere dor tipo pontada na coxa esquerda a mobilização e posicionamentos. Realizados ensinos relativamente à gestão de terapêutica bem como alternativas não medicamentosas para alívio da dor, como crioterapia e massagem de partes do corpo;

3.13 Avaliação do Grau de Dependência e Impacto no autocuidado:

3.13.1 Índice de Barthel (08-10-2019)

Alimentação – Independente (10)

Transferências – Precisa de alguma ajuda (10)

Higiene Pessoal – Independente no lavar dentes, rosto e cabelo (5)

Utilização do WC – Precisa de alguma ajuda (5)

Banho – Dependente, necessita de alguma ajuda (0)

Mobilidade – Caminha menos de 50 metros, com pouca ajuda (10)

Subir e descer escadas – Precisa de ajuda (5)

Vestir – Com ajuda (5)

Controlo Intestinal – Controla perfeitamente, sem acidentes, podendo fazer uso de supositório ou similar (10)

Controlo Urinário – Incontinente, ou algaliado sendo incapaz de manejar a algália sozinho (0)

Total: 60 – Dependente em grau moderado

3.13.2 Medida de Independência Funcional

Data de avaliação	08-10-2019	Observação
Alimentação	7	
Higiene Pessoal	6	
Banho	4	A Srª M. necessita de auxílio para lavar os seus pés
Vestir metade superior	7	
Vestir metade inferior	5	
Utilização da sanita	6	
Controlo dos Esfíncteres		
Bexiga	1	A utente diariamente apresenta episódios de Incontinência Urinária, usando uma fralda cueca
Intestino	7	
Mobilidade/Transferências		
Leito; Cadeira; Cadeira de Rodas	5	
Sanita	5	
Banheira; Duche	4	A Srª M. necessita de auxílio para transferir-se para a sua banheira
Locomoção		
Marcha/Cadeira de rodas	5	
Escadas	4	A utente necessita de alguém a seu lado, incentivando-a a realizar o exercício, necessitando metade das vezes de estar apoiada numa pessoa

Comunicação		
Compreensão	2	A Srª M. entende orientações simples
Expressão	5	
Consciência do mundo exterior		
Interação social	6	
Resolução dos problemas	6	
Memória	6	
Score Total	91 – Dependência Modificada (assistência até 25% das tarefas)	

3.14 Impacto no Autocuidado/AVD (De acordo com a Teoria de Dorothea Orem, 2001):

3.14.1 Requisitos Universais de Autocuidado

Manutenção de uma suficiente quantidade de ar - Sim.

Manutenção de uma suficiente ingestão de água - Não, diariamente ingere menos de 1L de água.

Manutenção de uma suficiente quantidade de alimentos - Não, vive sozinha, necessitando de ajuda de outra pessoa para ir buscar as refeições, acabando por diminuir a quantidade para sobrar para as restantes.

Provisão de cuidados associados com processos de eliminação - Não, utente com incontinência urinária.

Manutenção de equilíbrio entre atividades e o repouso - Sim.

Manutenção de equilíbrio entre a solidão e a interação social - Não, utente passa grande parte do seu dia deitada na cama e sozinha, com visitas esporádicas de amigas.

Prevenção de perigos à vida humana, ao funcionamento e ao bem-estar do ser humano - Não, utente com défice cognitivo.

Promoção do funcionamento e do desenvolvimento do ser humano dentro dos grupos sociais, de acordo com o potencial, as limitações conhecidas e o desejo de ser normal - Não, sem vida social ativa.

3.14.2 Requisitos do Autocuidado Desvio de Saúde

Procura e garante assistência médica adequada – Não, comunicado a amiga que se assume como pessoa de referência as alterações cognitivas da mesma, bem como não adesão a terapêutica;

Consciência e atenção aos efeitos e resultados das condições e estados patológicos – Não;

Realiza efetivamente as prescrições diagnósticas e terapêuticas e de reabilitação – Sim;

Avalia e atende aos efeitos desconfortáveis ou nocivos resultantes das intervenções realizadas – Sim;

Modifica o autoconceito e aceita o estado de saúde e a necessidade de formas especiais de cuidados de saúde – Sim;

Aprende a viver com os efeitos das condições e estados patológicos e com os efeitos das intervenções, diagnóstico e tratamento – Não;

4. PLANO DE CUIDADOS

Data	Foco	Objetivo	Intervenção de Enfermagem	Avaliação
30/09	Ventilação	- Melhorar a capacidade ventilatória; - Otimizar as trocas gasosas - Corrigir defeitos ventilatórios;	- Avaliar ventilação (tipo de respiração, ritmo, amplitude, presença de ruídos adventícios); - Monitorizar a saturação de oxigénio; - Auscultar o tórax; -Consciencialização e controlo da respiração através de dissociação dos tempos respiratórios; - Respiração abdomino-diafragmática - Reeducação diafragmática na posição de sentada; - Reeducação diafragmática com resistência - Ensino de posições de descanso e relaxamento (pessoa	08/10/2019 - Eupneica em repouso, com frequência respiratória de 18 ciclos por minuto, respiração predominantemente torácica e superficial; - Saturação de oxigénio de 97%, em repouso; - Realizada auscultação, com auxílio de enfermeira orientadora, apresenta murmúrio vesicular mantido em todos os campos pulmonares; - Realizado ensino e treino de consciencialização da respiração e explicada a importância da realização do exercício. A Srª apresenta dificuldade em coordenar a inspiração pelo nariz e expiração com os lábios semicerrados;

			em decúbito dorsal, ensino sobre a posição de cocheiro em pé e sentado); - Suspender o exercício quando observados sinais de dispneia ou quando a pessoa referir cansaço; - Incentivar a Srª M. a referir ao enfermeiro quando necessita de realizar pausas;	- Realizada reeducação diafragmática na posição de sentada; 10/10/2019 - Realizados exercícios da sessão anterior; - Realizada reeducação diafragmática com resistência (solicitado à Srª M. que colocasse a sua mão na região epigástrica e que inspirasse contra a resistência da mão); 14/10/2019 - Realizado treino de marcha com a Srª M., que consistiu em subir e descer escadas. Subiu 4 degraus e pausou, havendo necessidade de parar para a utente descansar, pois estava com taquicardia. Na descida a utente apresentou a mesma sintomatologia. Durante a realização do exercício,

				foram ensinadas posições de descanso que a mesma adotou; 22/10/2019 - Colocada a utente em posição de conforto e relaxamento; - Realizada dissociação com consciencialização dos tempos respiratórios; - Realizado treino de marcha com a Srª M., subir e descer escadas. Subiu quatro degraus e posteriormente houve necessidade de parar para a utente descansar. Subiu mais 6 degraus e descansou e, por último, subiu mais 4 degraus até chegar a um andar. Ao chegar ao andar solicitou descer de elevador por estar cansada (apresentava taquicardia). - Entre cada lance de escadas a utente adotou posição de descanso, iniciando

				a atividade física apenas quando estava eupneica;
30/09	Movimento Corporal	- Contribuir para o fortalecimento muscular e ligamentar das estruturas danificadas com a intervenção cirúrgica; - Contribuir para a estabilidade e realização da marcha;	- Monitorizar força muscular (escala Medical Research Council Muscle Scale); - Avaliar a funcionalidade da utente através da escala de Barthel; - Executar exercícios de isométricos (contração dos músculos abdominais, glúteos e quadricípite), segundo tolerância da utente; - Executar exercícios isotónicos (flexão e extensão da articulação coxofemoral, extensão e flexão do joelho, dorsiflexão e flexão plantar da tibiotársica), segundo tolerância da utente; - Interrupção da atividade física se fadiga ou dispneia;	Utente com força muscular de grau 4/5 ao nível da adução e abdução da região coxo femural do MIE e 3/5 na rotação interna e externa da região coxo femural do MIE. No membro inferior direito com força grau 5 em todos os segmentos da região coxo femural; (ver informação na tabela de avaliação da força muscular) Avaliada a funcionalidade do utente através do índice de Barthel (60); 26/09/2019 Realizadas contrações isométricas dos glúteos (fazer a ponte, levantar a bacia e contrair os glúteos); contrações isométricas do quadricípite e isquiotibiais (colocar uma almofada

				pequena debaixo do joelho esquerdo e esmagá-la); Realizado dorsiflexão / flexão plantar da tibio-társica; - Incentivada a utente a realizar exercícios de mobilização dos membros inferiores na nossa ausência; 08/10/2019 Mantidos os exercícios da sessão anterior; Realizado com a utente em decúbito dorsal, abdução e adução do membro operado até a linha média e voltar à posição inicial (não afastar mais de 30º); - Deslizar o calcanhar do MIE em direção ao anca não mais que 90º 14/10/2019

				- Após a mesma ter realizado treino de marcha com canadianas, colocada a mesma sentada numa cadeira e realizado bilateralmente, mobilizações ativas e ativas resistidas de flexão e extensão da articulação coxo femural e do joelho. 22/10/2019 Utente refere estar motivada e realizar os exercícios de fortalecimento muscular ensinados na nossa ausência várias vezes ao dia;
30/09	Transferir-se	Proporcionar autonomia na transferência	- Avaliar o transferir-se através do índice de Barthel; - Supervisionar o levante do leito - Supervisionar o levantar e sentar na cadeira; - Supervisionar a técnica de transferência para o sanitário;	Avaliada a funcionalidade do utente através do índice de Barthel (60); 30/09/2019 - Utente realiza levante do leito de forma autónoma, com alguma dificuldade em passar da posição de deitada para a posição de sentada.

			- Realizar ensinos de mecânica corporal; - Interrupção da atividade física se fadiga ou dispneia;	- Ensinada técnica facilitadora para a realização da transferência de posição de deitada para a posição de sentada (colocar-se em decúbito lateral para o MIE junto à borda da cama, realizar força com os membros superiores de modo a elevar o tronco e ao mesmo tempo colocar os membros inferiores para fora do leito; 08/10/2019 - Utente realiza técnica de sentar-se na cadeira com alguma dificuldade; - Ensinada técnica facilitadora para passar da posição de pé para a de sentada (colocação do MIE em extensão antes de sentar, fletindo o MID para se sentar); - Utente realiza técnica de levantar-se da cadeira com dificuldade;

				- Ensinada à Srª M. técnica facilitadora para passar da posição de sentada para a posição de pé (levantar-se fazendo força nos membros superiores com as mãos colocadas no andarilho e realizar carga nos membros inferiores); 14/10/2019 - A utente necessita de se apoiar no andarilho/móveis para passar da posição sentada para a posição de pé;
30/09	Equilíbrio	Melhorar a postura, equilíbrio, flexibilidade, força muscular e coordenação motora; Que a utente consiga deambular pequenas distâncias de forma segura;	- Avaliar o equilíbrio através da escala de Berg; - Realizada avaliação de equilíbrio estático e dinâmico; - Realizar exercícios de treino de equilíbrio, segundo tolerância da utente; - Interrupção da atividade física se fadiga ou dispneia;	- Avaliado o equilíbrio através da escala de Berg (25); - Realizada a avaliação do equilíbrio estático e dinâmico com a utente sentada, onde apenas estava mantido o estático; 10/10/2019 - Realizados exercícios de treino de equilíbrio:

				Permanecer em pé sem apoio (2min.); Permanecer em pé sem apoio com os olhos fechados (10min.); Permanecer em pé sobre uma perna - 5 a 10 segundos; Equilíbrio em bipedestação com os braços em abdução - 5 a 10 segundos; 14/10/2019 - Realizados exercícios de treino de equilíbrio: - Permanecer em pé sobre uma perna - 5 a 10 segundos; - Utente apresenta medo de cair, pelo que foi usada a estratégia de realizar treino de equilíbrio com uma bola, primariamente com a mesma sentada, posteriormente com a mesma em pé. Realizado treino de equilíbrio com a utente em posição de sentada, atirada uma bola à altura da utente,

				posteriormente acima da cabeça da mesma; Realizado treino de equilíbrio com a utente em bipedestação ao apanhar a bola; Realizado treino de equilíbrio com a utente em bipedestação ao apanhar a bola acima da cabeça; 22/10/2019 - Realizados exercícios de treino de equilíbrio: Permanecer em pé sobre uma perna - 5 a 10 segundos;
30/09	Andar com auxiliar de marcha	Melhorar a postura, equilíbrio, flexibilidade, força muscular e coordenação motora; Que a utente consiga deambular	- Avaliar o andar com auxiliar de marcha; - Supervisionar o andar; - Instruir a utente a andar com andarilho; - Instruir a utente a andar com canadianas; - Instruir a utente a subir e descer	30/09/2019: - Utente apresenta diminuição da força muscular ao nível do membro inferior esquerdo; - Realizado treino de marcha com apoio de andarilho (avança o andarilho, posteriormente o MIE e de seguida o MID); utente necessita algumas vezes

		pequenas distâncias com apoio de auxiliar de marcha;	escadas com canadianas (as canadianas acompanham o movimento, MID sobe primeiro depois o MIE, para descer ocorre o movimento inverso) segundo tolerância da utente; - Realizar ensinos sobre produtos de apoio; - Instruir a utente no treino de marcha em pavimento irregular; - Interrupção da atividade física se sinais de fadiga ou dispneia;	de orientação verbal para realizar técnica de deambulação corretamente; Deambulou do seu quarto até a sala (10 metros), realizou o percurso ida e volta 2 vezes; 08/09/2019 - Realizado treino de marcha com andarilho, doente deambulou pelo domicílio sem dificuldade; Deambulou do seu quarto até a sala (10 metros), realizou o percurso ida e volta 2 vezes; 10/09/2019 - Realizado treino de marcha com apoio de duas pessoas sem auxiliar de marcha presente; na realização deste exercício a utente apresentou medo de cair, realizou o percurso da sala até ao seu quarto (10 metros);

				14/09/2019 - Adaptadas canadianas a altura da Srª M. - Realizado treino de marcha com canadianas. Deambulou do seu quarto até à sala (10 metros); realizou o percurso ida e volta 1 vez; - Instruída utente a deambular com apoio de canadianas (primeiro avançam as duas canadianas posteriormente o MIE e de seguida o MID); - Realizado treino de marcha com canadianas subir e descer escadas. Subiu e desceu 4 degraus (as canadianas acompanham o movimento, MID sobe primeiro depois o MIE, para descer ocorre o movimento inverso); utente com descoordenação motora na realização do exercício; realizadas indicações verbais para a

				mesma executar a técnica corretamente. A utente apresentou cansaço no final do exercício, adotada posição de cocheiro em pé; 17/10/2019 - Realizado treino de marcha com canadianas. Deambulou do seu quarto até à sala (10 metros), realizou o percurso ida e volta 2 vezes; - Realizado treino de marcha de subir e descer escadas com apoio de uma canadiana com a outra mão a apoiar-se no corrimão das escadas. Subiu quatro degraus, efetuou-se pausa para descansar, subiu mais 6 degraus e descansou e, por último, subiu mais 4 degraus; desceu-se de elevador; 25/10/2019

				- Programado treino de marcha com apoio de canadianas em piso irregular (treino na rua, na calçada);
30/09	Queda	- Prevenir a queda	- Avaliar Risco de Queda através da escala Morse; - Monitorizar o teste de Time Get Up and Go Test; - Identificar possíveis barreiras arquitetónicas e obstáculos - Ensinar o prestador de cuidados sobre prevenção de quedas; - Reforçar o ensino relativo ao calçado adequado;	- Monitorizado risco de queda de acordo com escala Morse (75); - Monitorizado teste de TUGT, utente com risco aumentado de queda; - Adaptada a casa para o regresso da Srª M. (alterada a disposição dos móveis da casa deixando espaço para deambular sem encontrar obstáculos); 08/10/2019 - Utente refere ter sofrido uma queda devido ao seu prestador de cuidados ter mexido no andarilho; Realizado ensino ao prestador de cuidados, de modo a não readaptar a altura do andarilho; Adaptada a altura do andarilho à altura da utente;

				- Utente com calçado desadequado para realização de treino de marcha; foi reforçado em todas as visitas a importância do mesmo. Realizado à Srª M. e seu afilhado ensino sobre o calçado mais adequado para a mesma utilizar; - A Srª M. apresenta défice visual; reforçado à Srª M. a necessidade de deambular com os óculos colocados de modo a visualizar possíveis barreiras que possam aparecer no seu percurso; Realizado também ensino para a mesma ter uma boa iluminação, durante o percurso que está a realizar; - Utente a 22/10/2019 apresenta calçado adequado para a deambulação;

30/09	Dor	- Ensinar sobre medidas de controlo e alívio da dor;	- Monitorizar dor através de escala numérica; - Ensino sobre estratégias não farmacológicas para alívio da dor (crioterapia, massagem); - Ensino sobre regime medicamentoso a adotar	26/10/2019 - Utente refere dor na coxa esquerda, de intensidade 4 de acordo com escala numérica. - Realizada crioterapia e massagem local; realizados ensinos de aplicação de crioterapia; - Realizado ensino sobre toma de terapêutica antes de realização de exercícios; 30/09/2019 - Utente refere dor na coxa esquerda, de intensidade 4 de acordo com escala numérica. - Realizada crioterapia e massagem local; realizados ensinos de aplicação de crioterapia; - Realizado ensino sobre toma de terapêutica antes de realização de exercícios;

				08/10/2019 - Utente apresenta dor à mobilização, de intensidade 3 na escala numérica. - Realizados ensinos de aplicação de crioterapia; - Realizados ensinos sobre adesão ao regime terapêutico; Nas restantes visitas, doente em repouso sem dor; nalgumas mobilizações (apoio unipodal sobre o membro operado) refere uma dor em pontada mas que alivia aquando o retorno a posição inicial;
30/09	Gestão do regime terapêutico	- Capacitar para a importância da adesão ao regime terapêutico;	- Avaliar conhecimento sobre regime terapêutico; - Ensinar a Srª M. a gerir o regime terapêutico; - Esclarecer dúvidas da Srª M. e seus amigos;	- Explicado à utente os benefícios que a mesma tem com a toma da terapêutica; 14/10/2019:

			- Identificar necessidades de apoio;	- A utente recusa tomar a furosemida que tem ao pequeno-almoço uma vez que apresenta muitas perdas de urina durante a manhã; explicado à mesma a importância da adesão ao regime terapêutico bem como estratégias a utilizar para diminuir as perdas de urina; 17/10/2019 - Utente adotou a estratégia de tomar meia dosagem da furosemida prescrita e em dias alternados; explicado à mesma a importância de tomar todos os dias a terapêutica e de estratégias a usar para ter continência urinária; 22/10/2019 - Utente mantem-se a não cumprir terapêutica prescrita; explicado à mesma a importância da toma da

				terapêutica. Aconselhada a marcar consulta com o seu cardiologista;
08/10	Emoção		- Promover a comunicação de emoções; - Prestar apoio emocional; - Escutar a Srª M., demonstrando disponibilidade; - Treinar controlo da respiração (através da dissociação dos tempos respiratórios);	08/10/2019 - Utente com labilidade emocional. Refere ter sofrido uma queda há alguns dias, porque o afilhado tinha mexido no seu andarilho, trocando a posição em que o mesmo estava. - Reajustado o andarilho da Sª M. e explicado ao afilhado da mesma que o andarilho está ajustado à altura da utente, não sendo necessário reajuste; - Incentivada a Srª M. a realizar controlo da respiração através da dissociação dos tempos respiratórios; 10/10/2019 - Utente com labilidade emocional. Refere sentir-se sozinha; À chegada à casa da utente, a mesma ainda não tinha tomado o pequeno almoço; foi

				dado o iogurte à utente e, aquando da chegada do afilhado, este foi responsabilizado por a SrªM. estar tanto tempo em jejum; Aconselhado a alterar os horários de vinda a casa da Srª M. ou solicitar auxílio de uma das amigas/vizinhas da utente; - Incentivada a Srª M. a realizar controlo da respiração através da dissociação dos tempos respiratórios; 14/10/2019 Na visita anterior a casa da Srª.M. a mesma referiu que antes de vir para Lisboa, jogava futebol num clube feminino da sua terra; - Na presente visita quando a Srª M., observou que a atividade que iria realizar seria jogar à bola, esqueceu-se de tudo o que a envolvia, demonstrando alegria por voltar a tocar numa bola;

				- Realizado treino de equilíbrio com a Srª M.; a mesma referiu que tinha adorado a atividade e numa próxima visita gostaria de experimentar a jogar a bola com o pé em vez de realizar o exercício com as mãos; 17/10/2019 - A Srª M. refere que teve uma consulta há poucos dias e que o médico prescreveu furosemida para a mesma fazer. A utente está triste com a adição deste medicamento ao seu regime terapêutico, uma vez que desde que toma o mesmo, os episódios de perda de urina aumentaram. Refere que as amigas dizem que cheira a urina; - Explicado à Srª M. a importância da toma do medicamento; 22/10/2019

				- A Srª M. está contente pelos progressos que está a observar no seu processo de reabilitação. - Combinado com a mesma, na próxima visita da equipa, ir com a utente à rua, para realizar treino de marcha em piso irregular. A Srª M. mostrou-se muito contente com o plano;
30/09	Autocuidado: Alimentar-se	- Capacitar a utente e seus amigos para que esta se alimente de forma semelhante à sua situação prévia ao internamento	- Avaliar o alimentar-se - Realizados ensinos aos amigos sobre a alimentação;	30/09/2019 - A Srª M. passa longo tempo em pausa alimentar, por não ter ninguém em casa que a incentive a alimentar-se. 10/10/2019 - À chegada da equipa, pelas 11:30h, a Srª M. ainda não tinha comido nada desde a noite anterior; foi dada alimentação à Srª M. e explicado que esta não pode estar tanto tempo em jejum;

				- Posteriormente chegou um amigo da Srª M. com o almoço; foi sugerido que este fosse mais cedo ter com a Srª M. para lhe arranjar o pequeno almoço, evitando que esta esteja tanto tempo sem se alimentar; - Abordada a Srª M. sobre a possibilidade de ir para uma instituição enquanto ainda tem necessidade de ajuda de outros, uma vez que na sua casa passa muitas horas sem comer porque não tem quem lhe faça a refeição ou a prepare; - Nas visitas seguintes a casa da M. a mesma referia já ter comido um bolo ao pequeno almoço não estando em jejum.
30/09	Incontinência Urinária	- Diminuir perda de urina;	- Avaliar o padrão vesical da utente; - Identificar as principais barreiras e dificuldades na adoção de	30/09/2019 - Avaliado o questionário ICIQ-SF, utente com total de 12;

		- Que a utente tenha continência do esfíncter urinário;	comportamentos promotores da continência urinária; - Avaliar se consegue chegar a casa de banho após sentir a vontade de urinar; - Ensinar exercícios de fortalecimento do pavimento pélvico; - Ensinar sobre técnicas de distração para ajudar a dissipar a vontade de urinar; - Efetuar o ensino de treino vesical;	- Como dispositivo de contenção usa fralda cueca, havendo necessidade de trocá-la pelo menos uma vez por dia; - A utente apresenta incontinência urinária funcional, devido a alteração que tem na sua mobilidade; - A maior parte das vezes refere que não consegue chegar a tempo a casa de banho, acabando por urinar a poucos passos de chegar à sanita; - Efetuados ensinos relativos aos exercícios de fortalecimento (contração dos músculos pubococcígeos) do pavimento pélvico que a mesma não consegue realizar, dado que não percebe os músculos que são para contrair; Ensinada a utente a parar o jacto urinário durante o dia, de modo a ter uma melhor perceção dos músculos que deverá contrair;

				08/10/2019 A utente mantem o episódio de perdas de urina, questionando se cheira mal, porque as amigas dizem que a mesma cheira a urina. Incentivada a Srª M. a ir urinar antes da realização de exercícios, que a mesma recusa por não ter vontade de urinar; ensinado a ter um intervalo menor entre as micções; Ensinada a Srª M. a ir em menores intervalos de tempos à casa de banho para evitar perdas que a mesma não aceita, acabando por ir apenas quando surge a vontade de urinar; Ensinadas à utente técnicas de distração para ajudar a dissipar a vontade de urinar (respirar fundo e relaxar, contar por ordem decrescente a partir de 100, contrair os músculos do

				pavimento pélvico, esperar que a vontade de urinar passe e depois ir lentamente à casa de banho); 17/10/2019 - Recentemente a utente teve uma nova consulta e tem prescrito furosemida ao pequeno-almoço, que a mesma nega fazer uma vez que este vai aumentar as suas perdas de urina; - Incentivada a Srª M. a ir urinar antes e após a realização de exercícios que a mesma aceita; explicado à Srª M. que apesar de não ter vontade de ir urinar, deverá ir antes que a vontade de urinar surja de modo a diminuir as perdas de urina; 22/10/2019 Ensinado a uma amiga da Srª M. que esta deve lembrar e incentivar a utente a ir à casa de banho a parabenizá-la

				quando a mesma não tem perdas, contrariamente ao que a Srª M. confessa que as amigas dela dizem; A utente adotou a estratégia de tomar metade da dose de furosemida prescrita pelo médico; sugerido à mesma que da próxima vez que fosse ao seu médico, este considerasse a troca de terapêutica, dada as suas consequências no bem estar da vida da Srª M. 25/10/2019 Programado realização de ensino de treino vesical e controlo de ingestão hídrica, mas não foi possível realizar o mesmo;

5. Referência Bibliográficas

Arliani, G. G., Astur, D. D. C., Linhares, G. K., Balbachevsky, D., Fernandes, H. J. A., & Reis,

F. B. D. (2011). Correlação entre tempo para o tratamento cirúrgico e mortalidade em

pacientes idosos com fratura da extremidade proximal do fêmur. Revista Brasileira Ortopedia, 46(2), 189-94.

Cordeiro, M. & Menoita, E. (2012). Manual de Boas Práticas na Reabilitação Respiratória: Conceitos, Princípios e Técnicas. Loures: Lusociência.

Direção Geral de Saúde (2003). Fraturas da extremidade proximal do fémur no idoso: Recomendações para intervenção terapêutica. Lisboa: Direção Geral da Saúde.

Direção-Geral da Saúde (2011). Norma nº 054/2011 de 27/12/2011 – Acedente Vascular Cerebral: Prescrição de Medicina Física e de Reabilitação. Lisboa: Direção-Geral da Saúde.

Direção-Geral da Saúde (2011b). Norma nº 017/2011 de 19/05/2011 – Escala de Braden: Versão Adulto e Pediátrica (Braden Q. Lisboa: Direção-Geral da Saúde.

Ordem do Enfermeiros (2015). Tabelas CIPE® - Versão 2013. Lisboa: Ordem os Enfermeiros.

Ordem do Enfermeiros (2016). Instrumento de recolha de dados para a documentação dos Cuidados Especializados em Enfermagem de Reabilitação. Lisboa: Ordem os Enfermeiros.

Ordem dos Enfermeiros. (2019). Regulamento das competências específicas do enfermeiro especialista em enfermagem de reabilitação. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.

Apêndice VII – Processo de Enfermagem II

ESCOLA SUPERIOR DE ENFERMAGEM DE LISBOA

10º CURSO DE MESTRADO EM ENFERMAGEM

ÁREA DE ESPECIALIZAÇÃO EM ENFERMAGEM DE REABILITAÇÃO

Unidade Curricular de Estágio com Relatório

Processo de Enfermagem

Equipa Multidisciplinar, Unidade [redacted]

Ana Lúcia Mendes Pedro nº8914

Professor Orientador: Joaquim Paulo Cabral de Oliveira

Enfermeiro Orientador: [redacted]

Lisboa

Janeiro 2020

LISTA DE SIGLAS

EEER - Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação

ER - Enfermagem de Reabilitação

ICIQ-SF- International Consultation on Incontinence Questionnaire - Short Form

IIEF – 5 - Índice Internacional da Função Eréctil

IU – Incontinência Urinária

LUTS - Lower Urinary Tract Symptoms

MIF - Medida de Independência Funcional

PSA – Antigénio Prostático Específico

ÍNDICE

Introdução
1. Revisão Anatomo-Patológica ……V
2.Colheita de dados……..VI
2.1 Identificação do utente ……..VI
2.2 História da doença atual……..……..VI
2.3 Antecedentes pessoais……..……...VII
2.4 Alergia ……..……..VII
2.5 Hábitos ……..……..VII
2.6 Terapêutica Habitual ……..VII
2.7 Exames Auxiliares de Diagnóstico……VII
2.8 Situação Familiar ……..……VII
2.9 Situação Psico-Social ……..……VIII
3. Avaliação da Utente ……..IX
3.1 Tegumento ……..……IX
3.2 Respiração ……..……IX
3.3 Avaliação Neurológica ……..……IX
3.4 Avaliação Neuromuscular, Articular, da Postura e Movimento ……..IX
3.4.1 Força muscular ……IX
3.4.2 Tónus Muscular Segundo a Escala Modificada de Ashworth…..IX
3.4.3 Coordenação dos Movimentos ……..……X
3.4.4 Amplitude Articular ……X
3.4.7 Marcha ……X
3.5 Acuidade visual ……..……..X
3.6 Acuidade auditiva ……X
3.7 Padrão Vesical ……X
3.8 Padrão Intestinal ……..……..XI
3.9 Função Eréctil ……..……...XI
3.10 Escala de Morse ……..……XII
3.11 Escala de Braden ……..……..XII
3.12 Avaliação de Dor ……..……...XII
3.13 Avaliação do Grau de Dependência e Impacto no autocuidado……..XII
3.13.1 Índice de Barthel (08-10-2019) ……..……...XII
3.13.2 Medida de Independência Funcional ……..…….....XIII
3.14 Impacto no Autocuidado/AVD (De acordo com a Teoria de Dorothea Orem, 2001)
3.14.1 Requisitos Universais de Autocuidado ……..……XIII
3.14.2 Requisitos do Autocuidado Desvio de Saúde…...……..XIV
4. Plano de Cuidados ……..……XV
Referências Bibliográficas

INTRODUÇÃO

No âmbito da Unidade Curricular Estágio com Relatório - Área de Especialização em Enfermagem de Reabilitação, foi-me proposta a realização de um processo de enfermagem de um utente que fosse seguido pela unidade da próstata, rim e vias urinárias, onde estou a realizar estágio atualmente e o qual tivesse acompanhado e prestado cuidados de Enfermagem de Reabilitação (ER) sob a supervisão e orientação do Enfermeiro orientador. O processo de enfermagem é definido pelo que "os agentes da Enfermagem fazem (ações e intervenções de enfermagem), tendo como base o julgamento sobre necessidades humanas específicas (diagnóstico de enfermagem), para alcançar resultados" Garcia T.R. & Nóbrega M.M.L. (2009).

O objetivo da realização deste trabalho é desenvolver competências específicas de ER, através da implementação de um plano de cuidados de reabilitação. O utente escolhido é uma pessoa que apresenta necessidade de cuidados do enfermeiro especialista em enfermagem de reabilitação (EEER) relacionados com a temática por mim escolhida e desenvolvida ao longo desta unidade curricular: a promoção do autocuidado e bem-estar na pessoa com Incontinência Urinária.

Numa primeira fase foi realizada uma revisão anatomo-patológica. Posteriormente foi elaborada uma colheita de dados, tendo por base a consulta do processo do utente bem como informações disponibilizadas pelo mesmo. De seguida, procedeu-se ao exame físico e avaliação do utente tendo-se mobilizado a utilização de escalas de avaliação e a avaliação do impacto no Autocuidado de acordo com a Teoria de Dorothea Orem, através da avaliação dos Requisitos Universais de Autocuidado e Requisitos do Autocuidado Desvio de Saúde. Por fim, construi-se um plano de cuidados, tendo por base os diagnósticos de enfermagem identificados de acordo com o Padrão Documental dos Cuidados de Enfermagem da Especialidade de Enfermagem de Reabilitação. Houve necessidade de utilizar a nomenclatura CIPE para complementar alguns dos diagnósticos nomeados, uma vez que, não aparece evidência aos mesmos no Padrão Documental dos Cuidados de Enfermagem da Especialidade de Enfermagem de Reabilitação. Aquando a utilização de linguagem CIPE no plano de cuidados aparecerá evidenciado com o símbolo "*".

1. REVISÃO ANATOMO-PATOLÓGICA

O cancro da Próstata é uma doença que “cresce de forma lenta e afeta cerca de 30% dos homens com mais de 50 anos e 60 a 70% dos homens com mais de 80 anos” Gray, M. & Moore, K. N. (2012).

O cancro da próstata pode ser detetado após a execução do toque retal e análise do antigénio prostático específico (PSA). Após a realização destes dois exames e havendo a suspeita do diagnóstico, procede-se à realização de uma biopsia prostática. O PSA é concebido por tecidos prostáticos benignos e malignos. Deste modo a realização desta análise, proporciona uma avaliação do aumento do volume da próstata ou da progressão da doença. A biopsia prostática é importante para a identificação do cancro da próstata, para a descriminação do tipo de neoplasia, bem como para definir quais as características histomorfológicas. É efetuada uma colheita de pelo menos 12 fragmentos para análise. A classificação de Gleason é realizada em função das caraterísticas celulares e histológicas do tumor. O score pode variar entre 2 (mais diferenciado) e 10 (menos diferenciado), e quanto menos diferenciadas forem as células mais agressivo é o tumor.

A prostatectomia radical retropúbica consiste na remoção da próstata, vesículas seminais (Gray, M. & Moore, K. N., 2012). Como complicações deste tipo de cirurgia surge a incontinência urinária e disfunção erétil.

2. COLHEITA DE DADOS

2.1 Dados Pessoais:

Nome: M.S.

Género: Masculino

Idade: 70 anos

Etnia: Caucasiano

Naturalidade: Portuguesa

Estado Civil: Casado

Profissão: Reformado

Residência: Moreiras Grandes

Atividade recreativa: Faz caminhadas (8km) e é caçador

2.2 História da Doença Atual:

O Sr. M. começou a ser seguido na Fundação em Setembro de 2019. Na primeira consulta médica de Urologia (Setembro de 2018) apresentava valores de PSA de 5,2. Em Maio de 2019, realizou outra PSA com o valor de 6,2. Realizou uma biopsia prostática a 15/07/2019, na qual revelou ter um Gleason 3+4. Tem o diagnóstico de neoplasia maligna da próstata. O seu irmão mais velho teve neoplasia maligna da próstata.

A 20 de Setembro de 2019 é realizada a primeira consulta de enfermagem urológica; o mesmo não tem sintomas de LUTS e a função sexual para o mesmo não é uma prioridade.

Foi submetido a Prostatectomia Radical Retropúbica Robótica a 15 de Outubro 2019 e desde então é acompanhado pela equipa de enfermeiros da consulta de urologia. Esteve internado por 2 dias, tendo o internamento decorrido sem intercorrências. Teve alta do internamento algaliado; a qual foi retirada na consulta de dia 24 de Outubro de 2019 (uma semana após a cirurgia). A 5 de Novembro, o utente entra em contacto telefónico com a equipa de enfermagem referindo que apresenta perdas de urina em situações de esforço. No dia 27/11, é realizada a consulta pós-operatória de seguimento de 1º mês. Na presente consulta o mesmo está deprimido

uma vez que tem várias perdas de urina ao longo do dia, sempre associadas a situações de esforço. Tem um score de 16 no questionário de ICIQ-SF.

O Sr. M. não está contente com as consequências pós-operatórias. Apesar de saber, que esta poderia ser uma realidade nesta fase, refere não estar preparado para lidar com a Incontinência urinária (IU), dado que anteriormente à cirurgia não apresentava perdas de urina e agora sente que a mesmas estão a restringir as suas atividades sociais do quotidiano.

2.3 Antecedentes Pessoais:

Hipertensão Arterial; Hiperuricemia; Bronquite (2009); Dislipidemia; Cirurgia a hérnia inguinal (2004);

2.4 Alergias:

Penicilina.

2.5 Hábitos aditivos:

Sem história de consumos de tabaco. Ingere um copo de vinho às refeições.

2.6 Terapêutica Habitual:

Losartan 100mg; Pravastatina+Fenofibrato 40/160mg; Alopurinol 100mg; Furoato de Fluticasona (inalador);

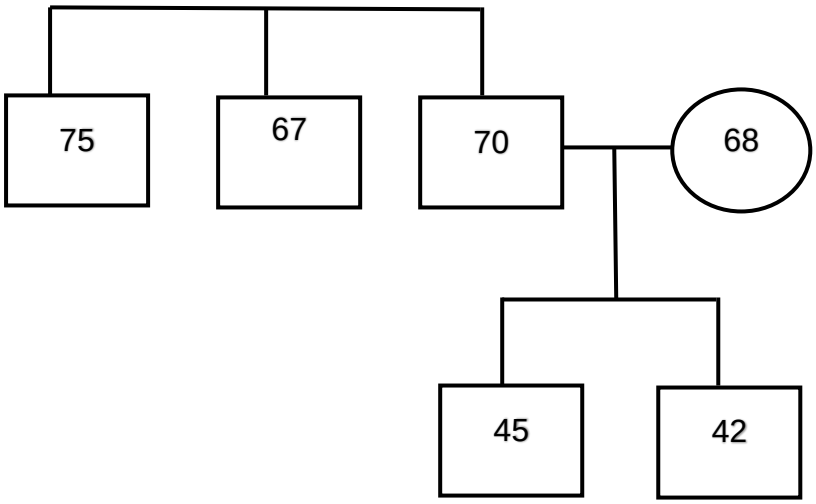
2.7 Exames Auxiliares de Diagnóstico:

Exames Laboratorial PSA (3/12/2018) - 5,2 ng/ml;
Exame Laboratorial PSA (24/05/2019) – 6,3 ng/ml;
Biopsia Prostática transrectal (27-6-2018): Gleason 3+3;
Biopsia Prostática transrectal (15-7-2019): Gleason 3+4;
Urofluxometria (11/12/2018) – 13,6ml/s vol 293mL;

2.8 Situação Familiar Atual:

O Sr. M. vive com a esposa, mas tem com ela uma relação conflituosa. Os dois estão reformados. Desta relação teve dois filhos, um deles vive na mesma localidade

dando apoio aos pais quando necessário, o outro filho mudou-se após se casar para Setúbal.



2.9 Situação Psico-Social:

O Sr. M. está deprimido, dado que anteriormente à cirurgia não sentia nenhum sintoma da doença que tinha e, agora que foi operado, tem Incontinência Urinária, afetando esta a sua vida social. Anteriormente, ia ao café e passava os dias com os amigos e agora, vai por pouco tempo ao café dado que tem receio de ficar demasiado tempo fora de casa e não conseguir controlar as perdas de urina.

3. AVALIAÇÃO DO UTENTE:

3.1 Tegumento

Apresenta pele e mucosas coradas e hidratadas.

3.2 Avaliação Respiratória:

Inspeção Estática – Sem alterações aparentes ao nível da morfologia torácica, sem lesões ou tumefações;

Inspeção Dinâmica – Em repouso, com respiração profunda de predomínio toroco-abdominal, eupneico, com uma frequência respiratória de 16 ciclos por minuto.

3.3 Avaliação Neurológica 27/11/2019:

Estado de Consciência: De acordo com a Escala de Glasgow tem score 15 (Abertura Ocular Espontânea – 4; Resposta Verbal – Orientada; Resposta Motora – Obedece a Ordens – 6)

Orientação - Orientado no tempo, espaço e pessoa;

Atenção – Sem alterações

Memória – Sem alterações

Linguagem – Sem alterações

Capacidades Práxicas - Sem alterações

Avaliação dos Pares Cranianos: Não aplicável

3.4 Avaliação Neuromuscular, Articular e da Postura e Movimento:

3.4.1 Força muscular segundo a *Medical Research Council Muscle Scale*: Não apresenta alterações

3.4.2 Tónus Muscular Segundo a Escala Modificada de Ashworth: Não apresenta alterações

3.4.3 Coordenação dos Movimentos:

Membros Superiores: Consegue executar a prova de index-nariz;

Membros Inferiores: Mobiliza alternadamente os pés (flexão e extensão tibiotársica);

3.5 Acuidade visual:

Mantida.

3.6 Acuidade auditiva:

Mantida.

3.7 Padrão Vesical:

Refere que desde a desalgaliação, tem episódios de perda de urina que não consegue controlar, associados a situações de esforço. O Sr. M. têm incontinência urinária por esforço. Usa um penso de incontinência diurno e outro noturno, estando no final do dia o penso de incontinência cheio de urina. Durante o dia, urina em intervalos menores de 2h e apresenta sensação de esvaziamento vesical completo. À noite vai uma vez à casa de banho.

International Consultation on Incontinence Questionnaire Short Form (ICIQ-SF):

Data	20/09/19	25/10/19	31/10/19	7/11/19	27/11/19	10/01/20
Com que frequência	0	4	4	4	4	4

tem perdas de urina						
Que quantidade de urina costuma perder	0	2	4	4	4	4
Impacto	0	8	8	8	8	10
Quando perde urina?	Nunca	Perde Urina antes de chegar ao Wc; Quando faz exercício; Quando termina de urinar e se veste; Perde Urina sem motivo aparente;	Perde Urina antes de chegar ao Wc; Quando faz exercício; Quando termina de urinar e se veste; Perde Urina sem motivo aparente;	Perde Urina antes de chegar ao Wc; Perde quando tosse ou espirra; Quando faz exercício; Quando termina de urinar e se veste; Perde Urina sem motivo aparente;	Perde Urina antes de chegar ao Wc; Perde quando tosse ou espirra; Quando faz exercício; Quando termina de urinar e se veste; Perde Urina sem motivo aparente;	Perde Urina antes de chegar ao Wc; Quando faz exercício; Quando termina de urinar e se veste; Perde Urina sem motivo aparente;
Total	0	14	16	16	16	18

3.8 Padrão Intestinal:

Evacua uma vez por dia;

3.9 Função Eréctil

Há desempatia entre o casal, pelo que a sexualidade não é uma prioridade para o Sr. M..

Índice Internacional da Função Eréctil (IIEF - 5):

Data	20/09/2019	10/01/2020
1-Como classifica a sua confiança em conseguir ter e manter uma ereção?	3	5
2- Quando teve erecções com estímulo sexual, com que frequência é que as suas ereções foram suficiente rígidas para conseguir penetração	4	0
3- Durante as relações sexuais, com que frequência foi capaz de manter a sua erecção após a penetração?	1	0
4- Durante as relações sexuais, qual a dificuldade que teve em manter a sua erecção até ao fim da relação sexual?	3	0
5- Quando tentou ter relações sexuais, com que frequências se sentiu satisfeito	4	5
Total	15 (disfunção eréctil ligeira a moderada)	10 (disfunção eréctil moderada)

3.10 Escala de Morse

Antecedentes de queda – Não (0)

Diagnóstico Secundário – Sim (15)

Apoio para Deambulação – Sem apoio (0)

Medicação e/ou Heparina Intravenosa – Não (0)

Marcha – Normal (0)

Estado Mental – Consciente das suas limitações (0)

Score = 15 (Grau reduzido)

3.11 Escala de Braden

Percepção Sensorial – 4

Humidade – 3

Atividade – 4

Mobilidade – 4

Nutrição – 3

Fricção e Cisalhamento – 3

Score= 21 (Baixo risco)

3.12 Avaliação da Dor (27/11/2019)

Escala Numérica - 0

3.13 Avaliação do Grau de Dependência e Impacto no autocuidado:

3.13.1 Índice de Barthel (27-11-2019)

Alimentação – Independente (10)

Transferências – Independente (15)

Higiene Pessoal – Independente no lavar dentes, rosto e cabelo (5)

Utilização do WC – Independente (10)

Banho – Independente (5)

Mobilidade – Independente (15)

Subir e descer escadas – Independente (10)

Vestir – Independente (10)

Controlo Intestinal – Controla perfeitamente, sem acidentes, podendo fazer uso de supositório ou similar (10)

Controlo Urinário – Incontinente, ou algaliado sendo incapaz de manejar a algália sozinho (0)

Total: 90 – Dependência leve

3.13.2 Medida de Independência Funcional

Data de avaliação	27-11-2019	Observação
Alimentação	7	
Higiene Pessoal	7	
Banho	7	
Vestir metade superior	7	
Vestir metade inferior	7	
Utilização da sanita	7	
Controlo dos Esfíncteres		
Bexiga	1	Diariamente apresenta episódios de Incontinência Urinária, recorrendo a utilização de penso de incontinência
Intestino	7	
Mobilidade/Transferências		
Leito; Cadeira; Cadeira de Rodas	7	
Sanita	7	
Banheira; Duche	7	
Locomoção		
Marcha/Cadeira de rodas	7	
Escadas	7	
Comunicação		
Compreensão	7	
Expressão	7	
Consciência do mundo exterior		
Interação social	6	
Resolução dos problemas	6	

Memória	7	
Score Total	118 – Independência Completa/Modificada	

3.14 Impacto no Autocuidado/AVD (De acordo com a Teoria de Dorothea Orem, 2001):

3.14.1 Requisitos Universais de Autocuidado (27/11/2019)

Manutenção de uma suficiente quantidade de ar - Sim.

Manutenção de uma suficiente ingestão de água – Sim.

Manutenção de uma suficiente quantidade de alimentos – Sim.

Provisão de cuidados associados com processos de eliminação - Não, utente com incontinência urinária.

Manutenção de equilíbrio entre atividades e o repouso - Sim.

Manutenção de equilíbrio entre a solidão e a interação social - Não, utente refere que preferia não ter sido operado a ficar com incontinência urinária, que a mesma está a afetar as suas idas diárias ao café, a realização das suas caminhadas e a estar fora de casa com os amigos;

Prevenção de perigos à vida humana, ao funcionamento e ao bem-estar do ser humano – Sim.

Promoção do funcionamento e do desenvolvimento do ser humano dentro dos grupos sociais, de acordo com o potencial, as limitações conhecidas e o desejo de ser normal – Não, sem vida social ativa.

3.14.2 Requisitos do Autocuidado Desvio de Saúde (27/11/2019)

Procura e garante assistência médica adequada – Sim.

Consciência e atenção aos efeitos e resultados das condições e estados patológicos – Sim.

Realiza efetivamente as prescrições diagnósticas e terapêuticas e de reabilitação – Sim.

Avalia e atende aos efeitos desconfortáveis ou nocivos resultantes das intervenções realizadas – Sim.

Modifica o autoconceito e aceita o estado de saúde e a necessidade de formas especiais de cuidados de saúde – Sim.

Aprende a viver com os efeitos das condições e estados patológicos e com os efeitos das intervenções, diagnóstico e tratamento – Não, utente não aceita consequências da cirurgia a que foi submetido.

4. PLANO DE CUIDADOS

Diagnóstico	Objetivo	Intervenção de Enfermagem	Avaliação
Autocontrolo: continência Urinária ineficaz	Autocontrolo: continência urinária eficaz	- Aplicar o questionário ICIQ-SF; - Realizar exame físico; - Avaliar as características da IU: - Início e duração; - Qual a frequência; - Quais os fatores precipitantes; - Avaliar o tipo de perdas e a quantidade; - Avaliar o uso de penso/cueca protetora; - Avaliar o padrão de eliminação; - Avaliar se o utente chega atempadamente à casa de banho após sentir vontade em urinar; - Avaliar sintomas de infeção urinária;	- Previamente à cirurgia utente apresenta continência urinária. A 27/11/2019 aplicado questionário ICIQ-SF utente com score de 16, apresenta IU de esforço; - Exame genital: pele íntegra, sem sinais de lesões cutâneas por humidade ou infeção; 27/11/2019 - Avaliada as características da IU. O Sr. M. refere que tem perdas de urina em situações de esforço durante o dia (andar, quando tosse, quando carrega algum peso). À noite não apresenta perdas de urina, acorda uma vez durante a noite para urinar. As perdas são pequenas pingas de urina, o mesmo refere que tem necessidade de usar um penso e que quando chega a

		- Avaliar se o utente apresenta gotejo após a micção; - Avaliar sensação de esvaziamento completo da bexiga; - Avaliar se consegue interromper o jacto urinário; - Planear ingestão de líquidos; - Planear eliminação urinária; - Ensinar sobre produtos de apoio existentes para absorção de urina;	casa após vir do café este está molhado. Maioritariamente o utente não consegue chegar atempadamente à casa de banho, porque quando surge a vontade este se encontra longe da mesma não conseguindo controlar estas perdas; - Combinado com o utente, para na próxima consulta trazer o seu Pad-test do dia antes da mesma, efetuados ensinos sobre a elaboração do mesmo; 07/01/2020 - Efetuado contacto telefónico de modo a relembrar e esclarecer dúvidas sobre a realização do Pad-test do dia anterior à consulta; 10/01/2020 - Avaliada as características da IU. O Sr. M. refere que tem perdas de urina em situações de esforço durante o dia (quando

			faz exercício físico), usando um penso de incontinência diário. A noite não apresenta perdas de urina, acorda uma vez durante a noite para urinar, não sendo necessário utilizar penso para incontinência neste período. Maioritariamente o utente consegue chegar atempadamente a casa de banho; - Sr. M. trouxe o Pad-test do dia anterior à consulta, o mesmo apresenta perda diária de 22g; 27/11/2019 - Não apresenta disúria, refere que a urina é de coloração amarela; - O utente refere apresentar gotejo após a micção, apesar de ficar com a sensação de esvaziamento completo da bexiga; - O utente refere que consegue interromper o jacto urinário voluntariamente;

			10/01/2020 - Não apresenta disúria, refere que a urina é de coloração amarela; - O utente refere apresentar gotejo após a micção, apesar de ficar com a sensação de esvaziamento completo da bexiga; 27/11/2019 - O Sr. M. refere que ingere diariamente cerca de 1,5L de líquidos e um copo de vinho à refeição. Aconselhado o utente a ingerir essa quantidade de água durante o dia, diminuindo o aporte de líquidos a partir das 18h. Sugerido ao Sr. M. a regular a ingestão de líquidos de acordo com as atividades que tem planeadas diariamente. Quando programada a sua saída de casa para ir comprar o jornal ou ir ao café ter com os amigos, ficar algum tempo sem ingerir

			líquidos de modo a evitar ter perdas de urina no percurso até esses sítios; - Sugerido ao utente a não ingestão de uma grande quantidade de líquidos num curto espaço de tempo, bem como evitar a ingestão de refrigerantes e líquidos que contenham cafeína; 10/01/2020 - Incentivado o Sr. M. a gerir a ingestão de líquidos de acordo com as suas atividades diárias (ex. sugerido antes de realizar uma caminhada, diminuir o aporte de líquidos ingeridos); 27/11/2019 - Realizado junto do utente um plano de eliminação urinária. Incentivado o mesmo a ir à casa de banho antes de fazer algum tipo de exercício, antes de sair de casa, antes

			de sair do café, de modo a evitar a ter perdas de urina nas deslocações. - Incentivado o utente a utilizar técnicas de distração aquando o surgimento do desejo miccional; 10/11/2019 Utente refere que quando está em repouso, vai num intervalo menor de 2h à casa de banho. Realizado ensino relativo ao treino vesical, ensinou-se o Sr. M. a espaçar o intervalo de tempo a que vai à casa de banho: combinou-se adiar a ida à casa de banho agora numa primeira fase por 15minutos. 27/11/2019 - O Sr. M., apesar de referir ter perdas de urina diárias, utiliza um penso de incontinência durante o dia. À noite refere não ter perdas de urina. Foi sugerido ao Sr.

			M. que deixe de usar penso de incontinência durante a noite, de modo a responsabilizar o mesmo pelas suas perdas. O mesmo refere que é desconfortável utilizar penso de incontinência, uma vez que se sente molhado durante o dia. Mostrado ao utente um produto de apoio que pode utilizar, *Protech dry*, dado que é uma roupa interior de algodão, tem capacidade de absorver urina e proporciona a sensação de pele seca, é antiodor e lavável; 10/01/2019 - O Sr. M. usa um penso de incontinência diariamente. À noite já não tem necessidade de utilizar. Refere que comprou as cuecas *Protech dry,* mas que apenas utilizou uma vez, não tendo voltado a experimentar porque tem receio que estas não tenham capacidade para a

			quantidade de urina que está a perder diariamente. Incentivado a experimentá-las novamente, dado que atualmente refere ter menos perda de urina e que a capacidade das mesmas são até 90g e o mesmo perdeu 22g no dia anterior a consulta;
Potencial para melhorar capacidade para o autocontrolo: continência urinária	Capacidade para autocontrolo: continência urinária, melhorada	- Ensinar sobre exercícios de fortalecimento da musculatura pélvica; - Treinar os exercícios de fortalecimento da musculatura pélvica; - Ensinar sobre técnica de treino vesical;	27/11/2019 Efetuado com o utente exercício de fortalecimentos da musculatura pélvica (exercícios de Kegel), primariamente com o utente na posição de decúbito dorsal que este executava incorretamente (contraía a região abdominal e perineal) e posteriormente na posição de pé, que o mesmo consegue contrair corretamente. - Aconselhado o utente a realizar os exercícios de Kegel na posição de pé, uma vez que é a posição em que contrai os músculos com maior eficácia. Estabelecido junto do mesmo a realizar 3 vezes ao dia 10

			contrações com tempo de contração de 5 segundos e de relaxamento de 5 segundos; - Realizado ensino sobre realização de contração dos músculos do pavimento pélvico quando realiza algum esforço; - Explicados os sinais de correta realização dos exercícios de Kegel (consegue parar o jacto urinário, observação de ligeiro movimento do pénis quando não está a urinar, sensação de contração do músculo do ânus a contrair); 10/01/2020 - Utente refere que mantem plano diário de execução de exercícios de Kegel na posição de pé como combinado explicando como realiza os mesmos. Refere que quando realiza os exercícios, observa o movimento do pénis para perceber se está a realizar corretamente o exercício;

			- Estabelecido junto do Sr. M. realizar 3 vezes ao dia 10 contrações com tempo de contração de 10 segundos e de relaxamento de 5 segundos; 27/11/2019 - Realizado junto do utente um plano de eliminação urinária. Incentivado o mesmo a ir à casa de banho antes de fazer algum tipo de exercício, antes de sair de casa, antes de sair do café, de modo a evitar ter perdas de urina nas deslocações. - Incentivado o utente a utilizar técnicas de distração aquando o surgimento do desejo miccional; 10/01/2020 - Utente refere que quando está em repouso, vai num intervalo menor de 2h à casa de banho. Realizado ensino relativo ao treino vesical, ensinou-se o Sr.M. a

			espaçar o intervalo de tempo a que vai a casa de banho: combinou-se adiar a ida à casa de banho agora numa primeira fase por 15minutos.
Potencial para melhorar conhecimento sobre adaptação do domicílio para autocuidado: ir ao sanitário	Conhecimento sobre adaptação do domicílio para autocuidado: ir ao sanitário melhorado	- Identificar possíveis barreiras arquitetónicas e obstáculos; - Ensino sobre prevenção de quedas;	Utente na escala de Morse com risco de queda de score 15; 27/11/2019 - Utente refere que o percurso até à casa de banho não apresenta barreiras arquitetónicas (tapetes, móveis); - Incentivado o utente a utilizar técnicas de distração aquando o surgimento do desejo miccional, com o objetivo de evitar idas precipitadas à casa de banho;
Potencial para melhorar conhecimento sobre interação sexual	Conhecimento sobre interação sexual, melhorado	- Aplicação do questionário IIEF-5; - Esclarecer dúvidas; - Avaliar a disponibilidade para o utente em abordar este tema;	- Questionário IIEF-5 com score 15; 27/11/2019 - Utente pouco disponível para abordar o tema da sexualidade. Apesar de não trazer

			acompanhantes para a consulta, refere que não é uma preocupação;
Humor depressivo *	Humor depressivo: melhorado *	- Promover a expressão de sentimentos; - Perceção das expetativas do utente; - Escutar o Sr. M., demonstrando disponibilidade; - Planear as intervenções incluindo o utente;	27/11/2019 - Utente triste com o impacto que a IU está a ter na sua qualidade de vida, o mesmo refere que tem que realizar algumas alterações no seu quotidiano e está a ponderar deixar de sair de casa, dado que é constrangedor para o mesmo estar fora de casa com os seus amigos e aperceber-se que está a perder urina, algo que antes da cirurgia não acontecia; - Explicado ao Sr. M. que esta é uma consequência da cirurgia que teve e que as queixas urinárias tendem gradualmente a diminuir; - Incentivado o utente a realizar no domicílio os exercícios de Kegel, como foi treinado na consulta, a controlar a ingestão de

			líquidos de acordo com o que tem planeado realizar durante o dia; 10/01/2020 - Sr. M. contente com a melhoria que teve ao longo destes meses. Refere que já consegue realizar as suas caminhadas (cerca de 8km), bem como ir buscar os netos à escola sem ter pressa para regressar a casa para ir à casa de banho; - Parabenizado o Sr. M. pela evolução que teve. Incentivado o utente a manter a realização dos exercícios de Kegel, a controlar a ingestão de líquidos de acordo com o que tem planeado realizar durante o dia; - Sr. M., refere que falou deste problema com o seu irmão e com amigos que foram operados e estes tiveram melhorias das suas perdas de urina, deste modo o utente aceita que este seja um processo

			consequente da cirurgia e tem esperança de ter mais controlo sobre as suas perdas. - Utente refere que a consulta anterior foi importante para o tranquilizar relativamente às perdas de urina que estava a ter;

Referências Bibliográficas

Carvalho, J. & Cristão, A. (2012). O valor dos cuidados de enfermagem: a consulta de enfermagem no homem submetido a prostatectomia radical. *Revista de Enfermagem Referência*. 7, 103-112.

Carvalho, J.M.S. (2012) *O Homem Portador de Carcinoma da Próstata, Uma Transição no Masculino*. Loures: Lusociência.

Dias, J. S. (2010). *Urologia Fundamental na prática clínica*. Lisboa: Lidel.

Garcia T.R. & Nóbrega M.M.L. (2009). Processo de Enfermagem: Da teoria à prática assistencial e de pesquisa. *Escola Anna Nery Revista Enfermagem*. 13 (1), 188-193.

Gray, M., & Moore, K. N. (2012). *Cuidados de Enfermagem em Urologia*. Loures: Lusociência.

McAninch, J.W. & Lue, T.F. (2014). *Urologia Geral de Smith e Tanagho (*18º Edição). AMGH Editora. São Paulo

Ordem do Enfermeiros (2016). Tabelas CIPE® - Versão 2015. Lisboa: Ordem os Enfermeiros.

Ordem dos Enfermeiros (2015b). Padrão Documental dos Cuidados de Enfermagem de Especialidade de Enfermagem de Reabilitação. Ordem dos Enfermeiros

Ordem do Enfermeiros (2016). Instrumento de recolha de dados para a documentação dos Cuidados Especializados em Enfermagem de Reabilitação. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.

Ordem dos Enfermeiros. (2019). Regulamento das competências específicas do enfermeiro

especialista em enfermagem de reabilitação. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.

Orem, D. E. (2001). Nursing*: concepts of practice*. (6ª ed.) St. Louis: Mosby

Pollock, R. E., Doroshow, J.H., Khayat, D., Nakao, A. & O'Sullivan, B. (2006). *UICC manual de oncologia clínica* (Oitava edição). São Paulo: Fundação Oncocentro de São Paulo.

Apêndice VIII – Impacto no Autocuidado/AVD

Impacto no Autocuidado/AVD (De acordo com a Teoria de Dorothea Orem, 2001):

Requisitos Universais de Autocuidado

Requisitos Universais de Autocuidado	**Padrão Habitual**	**Sistema de Enfermagem**
Manutenção de uma suficiente quantidade de ar		
Manutenção de uma suficiente ingestão de água		
Manutenção de uma suficiente quantidade de alimentos		
Provisão de cuidados associados com processos de eliminação		
Manutenção de equilíbrio entre atividades e o repouso		
Manutenção de equilíbrio entre a solidão e a interação social		
Prevenção de perigos à vida humana, ao funcionamento e ao bem-estar do ser humano		
Promoção do funcionamento e do desenvolvimento do ser humano dentro dos grupos sociais, de acordo com o potencial, as limitações conhecidas e o desejo de ser normal		

Requisitos do Autocuidado Desvio de Saúde

Requisitos do Autocuidado Desvio de Saúde	**Padrão Habitual**	**Sistema de Enfermagem**
Procura e garante assistência médica adequada		
Consciência e atenção aos efeitos e resultados das condições e estados patológicos		
Realiza efetivamente as prescrições diagnósticas e terapêuticas e de reabilitação		
Avalia e atende aos efeitos desconfortáveis ou nocivos resultantes das intervenções realizadas		
Modifica o autoconceito e aceita o estado de saúde e a necessidade de formas especiais de cuidados de saúde		
Aprende a viver com os efeitos das condições e estados patológicos e com os efeitos das intervenções, diagnóstico e tratamento		

Apêndice IX – Aplicação do Índice de Barthel no Sr. J.

Avaliação do Índice de Barthel - Sr. J.

(20-10-2019)

Alimentação – Precisa de ajuda para cortar… (5)

Transferências – Sem equilíbrio para ficar sentado (0)

Higiene Pessoal – Precisa de ajuda com a higiene pessoal (0)

Utilização do WC – Dependente (0)

Banho – Dependente, necessita de alguma ajuda (0)

Mobilidade – imóvel (0)

Subir e descer escadas – Incapacitado (0)

Vestir – Dependente (0)

Controlo Intestinal – Controla perfeitamente, sem acidentes, podendo fazer uso de supositório ou similar (10)

Controlo Urinário – Continente (10)

Total = 25

(08-11-2019)

Alimentação – Precisa de ajuda para cortar… (5)

Transferências – Muita ajuda (5)

Higiene Pessoal – Precisa de ajuda com a higiene pessoal (5)

Utilização do WC – Dependente (0)

Banho – Dependente, necessita de alguma ajuda (0)

Mobilidade – imóvel (0)

Subir e descer escadas – Incapacitado (0)

Vestir – Dependente (0)

Controlo Intestinal – Controla perfeitamente, sem acidentes, podendo fazer uso de supositório ou similar (10)

Controlo Urinário – Continente (10)

Total = 35

Apêndice X – Escala utilizada para avaliação dos pares cranianos no Sr. J.

Avaliação Pares Cranianos ao Sr.J.

I - Olfativo	Olhos fechados, cheirar café	Reconheceu o cheiro dos alimentos testados.
II - Óptico	Fechar 1 olho e contar os dedos a várias distâncias Fechar 1 olho e ver até que ângulo consegue ver o dedo	Sem alterações no campo de visão
III – Oculomotor	Resposta pupilar à luz (canto externo para interno) Desenhar H no espaço e pedir para seguir o dedo	Apresenta alteração à esquerda, demonstrado por não conseguir movimentar o olho para fora, além da linha média
IV – Patético		
VI – Motor ocular externo		
V - Trigémio	Pesquisa bilateral de sensibilidade tátil, térmica e dolorosa (oftálmico, maxilar, mandibular); Encerrar e mover lateralmente a mandíbula; Movimentos de mastigação;	Apresenta alterações da sensibilidade tátil, térmica e dolorosa na hemiface esquerda; Encerra a mandíbula, mas apresenta movimentos de mastigação alterados;
VII - Facial	Simetria facial (sorrir e franzir o sobrolho encerrando as pálpebras); Dificuldade em manter saliva e alimentos; Paladar 2/3 anteriores da língua (doce, amargo, salgado);	Apresenta alterações ao nível da simetria facial (sorrir e franzir o sobrolho encerrando as pálpebras) à esquerda; Reconhece o sabor doce, salgado e amargo;
VIII - Auditivo	Audição (olhos fechados identificar som das palmas ou de relógio); Equilíbrio estático e dinâmico sentado;	Mantido, identificou o som das palmas bilateralmente; Apresenta equilíbrio estático mantido e dinâmico alterado na posição de sentado.
IX - Glossofaríngeo	Reconhecimento de açúcar e sal no 1/3 posterior da língua;	Mantido
X - Vago	Reflexo de vómito; Tom de voz com alterações; AH (úvula vira para o lado são);	Mantido
XI - Espinhal	Aplicar resistência e solicitar contração ombros;	Mantido
XII – Grande Hipoglosso	Língua vira para lado oposto à lesão; Motricidade dos músculos da língua;	Mantido

Apêndice XI – Plano de Cuidados III

1 Dados Pessoais:

Nome: M.S.

Género: Masculino

Idade: 85 anos

Etnia: Caucasiano

Naturalidade: Portuguesa

Estado Civil: Casado

Profissão: Reformado

Residência: Lisboa

Condições habitacionais: Casa térrea, com um degrau de acesso na entrada do apartamento.

2.2 História da Doença Atual:

O Sr J. é um utente de 85 anos, teve um AVC isquémico, apresenta hemiplegia no seu hemicorpo esquerdo como sequela. Tem lesão dos nervos oculomotor, motor ocular externo e do trigémeo. Regressou ao domicílio, sete meses após o AVC.

2.3 Antecedentes Pessoais:

Hipertensão Arterial; Fibrilhação Auricular; Dislipidémia

Diagnóstico	Objetivo	Intervenção de Enfermagem	Avaliação
Movimento Musculo articular Diminuído	- Manter a integridade das estruturas articulares; - Manter a amplitude dos movimentos; - Evitar aderências e contraturas musculares; - Manter a imagem psico-sensorial e psico-motora;	- Avaliar força muscular (Medical Research Council) e espasticidade (Ahworth); - Realizar técnica de exercício muscular articular passivo no hemicorpo mais afetado e ativas no hemicorpo menos afetado; - Informar o utente antes e durante sobre os quais exercícios a serem realizados (estimular a propriocepção); - Ensinar técnica de exercício muscular articular automobilizações no MS; - Treinar técnica de exercício muscular articular automobilizações no MS;	- Foi avaliada a força muscular segundo a MRC, 2/5 ao nível do membro superior e inferior esquerdo; no hemicorpo direito tinha força muscular mantida (5/5); 25/10 - Foram realizadas mobilizações passivas em todos os segmentos corporais, estimuladas mobilizações ativas-assistidas no membro superior direito. Não apresenta espasticidade no movimento articular. 4/11 - O Sr. J. realiza autonomamente os exercícios musculares e articulares ensinados de automobilização dos MS. 14/11 – Sr. J. é institucionalizado num lar, não sendo possível continuar o plano de reabilitação programado.

		- Treinar a ponte e o rolamento no leito;	
Alteração da função sensorial	- Estimular a ação voluntária dos músculos do tronco do lado afetado; - Reeducar o reflexo postural do lado afetado; - Reintegrar o esquema corporal;	- Ensinar a cuidador e familiar do J. sobre estratégias de facilitação cruzada; - Posicionamento em padrão anti-espástico para o lado mais afetado, para o lado menos afetado, em decúbito dorsal; - Executar atividades terapêuticas (rolar para o lado mais afetado, rolar para o lado menos afetado, realização da ponte, rotação controlada da coxo-femural); - Ensinar o senhor Sr. J. para quando adota a posição de sentado colocar o MI menos afetado cruzado sobre o mais afetado;	23/10 - Foi realizado ensino à família do Sr. J. para que o abordassem e tocassem pelo lado mais afetado, com o objetivo de estimular a sensibilidade postural; 29/10 - Evidenciou-se a realização da alteração sugerida na disposição do quarto do Sr. J.; Foi detetado que quando utente está noutra parte da casa os cuidadores apresentavam dificuldade em abordar o Sr. J. pelo lado mais afetado, tendo-se ensinado e realizado posterior treino de várias disposições que a família poderia adotar; - Realizados exercícios de rolamento, apresentado ajuda parcial no rolamento para o lado mais afetado, precisando de ajuda total para rodar para o lado menos afetado;

			- Realizados ensinos à esposa sobre a execução de exercícios de rolamento; 30/10 - Reforçado a esposa e cuidadora a abordar o seu marido pelo lado mais afetado; - Foram introduzidos exercícios de ponte, de modo a fortalecer os músculos com o intuito de assumir a posição ortostática; - Esposa treinou realização de atividades terapêutica, ficando programada a continuidade das mesmas na nossa ausência; 14/10 – Sr. J. é institucionalizado num lar, não sendo possível continuar o plano de reabilitação programado.
Equilíbrio Corporal	- Reeducar mecanismo de reflexo postural; - Reeducar equilíbrio; - Inibir a espasticidade;	- Executar o treino de equilíbrio estático e dinâmico sentado; - Ensinar e treinar atividades terapêuticas com o Sr. J., cuidadora e familiar (rolar sobre si próprio, exercício da ponte, rotação	29/10 - O Sr. J. não apresenta equilíbrio estático sentado. Realizados ensinos sobre técnica de equilíbrio corporal; 8/11 – Equilíbrio estático sentado mantido; Realizado treino de equilíbrio dinâmico;

	- Estimular a sensibilidade postural;	controlada da coxofemoral) incentivar o Sr. J. e sua cuidadora a realizar este exercícios várias vezes ao dia; - Assistir na execução dos exercícios terapêuticos; - Instruir técnica de treino de equilíbrio corporal (correção postural, equilíbrio estático na posição de sentado): *Exercício de abdução dos membros superiores num ângulo de 90º; *Exercício de inclinação lateral do tronco e retorno à posição inicial; *Exercício do avião;	14/10 – Sr. J. é institucionalizado num lar, não sendo possível continuar o plano de reabilitação programado.
Autocuidado higiene em grau elevado	- Promover o autocuidado higiene	- Incentivar o J. a higienizar-se na casa de banho; - Instruir a cuidadora e seus familiares a incentivar para o autocuidado;	Índice de Barthel score de 25 Casa de banho está adaptada; 30/10 – O Sr. J. refere não se lembrar da última vez que lavou a sua cara. Colocado utente na casa de banho, para lavar a sua

		- Incentivar o uso do espelho na realização do autocuidado; - Ensinar a cuidadora a preparar o material e dispô-lo ao alcance do Sr.; - Incentivar o J. a auto higienizar-se. A verificar a temperatura da água. - Estimular a lavar e secar a cara com o membro menos afetado; - Incentivar a fazer a barba; - Ensinar a cuidadora e familiar a nomear as partes do corpo tocadas; - Estimular o Sr. J. a nomear as partes do corpo tocadas; - Assistir no autocuidado de higiene na casa de banho;	cara de frente para o espelho, tocar no sabão e na água; Sensibilizada cuidadora para treino do mesmo; Cuidadora não apresenta motivação para realização do mesmo, substituindo o utente, contrariamente ao comportamento da sua esposa. Detetada nesta interação, incompatibilidade entre esposa e cuidadora. 4/11 – O utente necessita de ajuda para higienizar e secar quase toda a superfície corporal (membro superior direito, costas, membros inferiores); 14/10 – Sr. J. é institucionalizado num lar, não sendo possível continuar o plano de reabilitação programado.
Autocuidado eliminação em grau elevado	- Promover o controlo de esfíncteres	- Conhecer hábitos de eliminação vesical e intestinal do Sr. J. antes do AVC;	Previamente ao AVC utente com história de obstipação;

	- Estabelecer um padrão de eliminação intestinal regular;	- Incentivar os cuidadores a administrar laxantes regularmente; - Ensinar sobre a dieta rica em fibras; - Ensinar o J. sobre contração dos músculos abdominais; - Sempre que o J. tenha vontade de evacuar, coloca-lo na posição de sentado (facilita a progressão das fezes, através do aumento da pressão abdominal); - Ensinar familiar e cuidadora para os horários ideais para dejeções (após refeições e levante devido ao reflexo gastrocólico); - Ensinar familiar e cuidadora a dar chá (sene) quente de modo a promover o gastrocólico; - Ensinar o J., cuidadora e seu familiar a não ignorarem o desejo de defecar do utente;	25/10 – Realizada inspeção abdominal. Colocado microlax e ensinado a realizar massagem. Utente apesar de apresentar continência dos esfíncteres mas são lhe colocadas 3 fraldas no dia-a-dia. Questionada cuidadora e familiares de modo a perceber o objetivo da escolha. Sensibilizada família a remover as 2 fraldas ao utente de modo a proporcionar conforto e melhoria de auto estima 29/10 – Sr. J. mantém desconforto abdominal - Realizados ensinos sobre cuidados a ter com a alimentação (dieta rica em fibras, como vegetais de folha, legumes, frutos secos); com a ingestão hídrica; - Explicada a importância de ouvir os pedidos do Sr. J. para ir à casa de banho evacuar, devendo levá-lo à sanita para este

		- Ensinar o J., cuidadora e seu familiar a executar massagem abdominal no sentido dos ponteiros dos relógios (estimula e acelera o processo de defecação); - Incentivar o J. a colocar o microlax, quando tiver mais de 2/1 sem evacuar; - Vigiar caraterísticas de eliminação intestinal; - Restringir a ingestão hídrica a partir das 18h, de modo a proporcionar um período de sono mais longo; - Realizar treino vesical;	conseguir mais facilmente evacuar, uma vez que esta é a posição fisiológica normal; - O Sr. antes ao acidente evacuava no período da manhã, foi combinado com a cuidadora, que após o pequeno-almoço, o utente fosse encaminhado para a casa de banho, de modo a aproveitar o reflexo gastrocólico. - Procedeu-se ao ensino da massagem abdominal que o utente realizava no leito antes de realizar o levante e durante a eliminação intestinal. 4/11 - Sr. J. já não referia desconforto abdominal, estando ele e a sua família contente com os ganhos conseguidos. - Família optou por usar uma fralda diariamente e no período noturno retomar ao uso das três fraldas de modo a descansarem melhor no período noturno.

			Utente sem episódio de perda de urina, solicitando atempadamente para urinar no urinol.
Posicionar-se dependente em grau elevado	- Prevenir instalação de padrão espástico; - Proporcionar bem estar e conforto;	- Instruir e supervisionar a cuidadora e familiar a posicionar o utente em padrão antiespástico; - Incentivar a alternância de decúbitos - Executar atividades terapêuticas (rolar para o lado mais afetado, rolar para o lado menos afetado, realização da ponte, rotação controlada da coxo-femural), incentivar o J. a realizar estes exercícios várias vezes ao dia;	23/10 - Ensino sobre produtos de apoio; - Necessita de ajuda total para efetuar posicionamento; - Realizados ensinos e treino com a esposa e cuidadora para a realização de um posicionamento adequado ao Sr. J. Efetuados ensinos sobre produtos de apoio; 4/11 – Verificou-se a aprendizagem desta família sobre o posicionamento em padrão antispástico;
Parésia facial com desvio da comissura labial à esquerda	- Promover a mobilidade facial, facilitando a expressão; - Aumentar a resistência muscular;	- Avaliação dos pares cranianos; - Realizar e ensinar exercícios ao J., cuidadora e familiar para realizar pelo menos sequências de 5, 3 vezes ao dia: fechar os olhos abruptamente, sorrir, mostrar os	29/10 - Apresenta lesão dos nervos oculomotor, motor ocular externo e do trigémeo; 30/10 – Sr. J., realiza exercícios ensinados e treinados, cerca de 2 vezes por dia, num período de 10min.

		dentes, assobiar, mover os lábios como se fosse dar beijinhos e realizar movimentos de sucção, encher a boca de ar, enrugar a testa, elevar as sobrancelhas;	8/11 - A entrada no quarto do utente este assobiou à chega da equipa e mandou beijinhos; 14/10 – Sr. J. é institucionalizado num lar, não sendo possível continuar o plano de reabilitação programado.
Disfagia	- Manter aporte hídrico e nutricional adequado; - Manter a funcionalidade das partes envolvidas no processo de deglutição;	- Adequar a dieta, instruir a cuidadora na preparação dos alimentos. - Proporcionar um ambiente calmo no momento da refeição; - Ensinar o S. J. a realizar técnicas posturais como a flexão cervical; - Incentivar a realização da higiene oral após a alimentação;	25/10 - Utente com disfagia a líquidos, ingerindo água com espessante com consistência de néctar; - Ensinada cuidadora a proporcionar um ambiente calmo (sem distrações durante as refeições, como televisão, diálogos…) e evitar deixar o Sr.J. sozinho a alimentar-se; - Ensinada família sobre a importância da adoção de uma postura correta na refeição (utente realiza a refeição na posição de sentado na cadeira de rodas em fowler no leito); - Ensinado o Sr.J. a antes de engolir, juntar o queixo ao peito;

			- Ensinado o Sr. J. a comer devagar e em pouca quantidade de cada vez (solicitada esposa utilização de colheres de sobremesa); 29/10 - Esposa do utente apresentava preocupação em apresentar pratos atrativos e variados, tendo sido parabenizada e apoiada a manter esse comportamento; - Esposa do utente tem conhecimentos relativos a preparação do líquido com espessante; - Ensinos e estratégias realizados a esta família mostraram-se eficazes;
Dor	- Promover o alívio da dor no ombro direito	- Instruir a cuidadora para o autocontrolo da dor através de medidas medicamentosa; - Instruir cuidadora para autocontrolo da dor através de medidas não	4/11 - Apresenta dor intensa (dor 5/6 à mobilização no leito, dor 3 em repouso), incapacitante de realizar a totalidade dos exercícios do programa de reabilitação.

		medicamentosas (posicionamentos, crioterapia); - Ensinar a cuidadora e familiar do J. sobre posicionamento em padrão anti-espástico para o lado mais afetado aumenta o risco de ocorrência de ombro doloroso, deste modo proporcionar que o J. fique neste posicionamento menos tempo; Ensino cuidadora de mobilizações passivas.	Informada esposa sobre adesão ao regime terapêutico para controlo da dor e a adesão de estratégias não farmacológicas; 14/10 – Sr. J. é institucionalizado num lar, não sendo possível continuar o plano de reabilitação programado.