



EGAS MONIZ SCHOOL
of HEALTH & SCIENCE

ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE
EGAS MONIZ

2º CURSO DE MESTRADO EM ENFERMAGEM DE REABILITAÇÃO

Relatório de Estágio

A INTERVENÇÃO DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA EM ENFERMAGEM DE REABILITAÇÃO NA PROMOÇÃO DA CONTINÊNCIA URINÁRIA NA PESSOA SUBMETIDA A PROSTATECTOMIA RADICAL

**Rehabilitation Nurse´s intervention in Promoting Urinary
Continence in People Undergoing Radical Prostatectomy**

Ana Cristina Patrício Ciuro

Almada 2025



EGAS MONIZ SCHOOL
of HEALTH & SCIENCE

ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE
EGAS MONIZ

2º CURSO DE MESTRADO EM ENFERMAGEM DE REABILITAÇÃO

Relatório de Estágio

A INTERVENÇÃO DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA EM ENFERMAGEM DE REABILITAÇÃO NA PROMOÇÃO DA CONTINÊNCIA URINÁRIA NA PESSOA SUBMETIDA A PROSTATECTOMIA RADICAL

**Rehabilitation Nurse´s intervention in Promoting Urinary
Continence in People Undergoing Radical Prostatectomy**

Ana Cristina Patrício Ciuro

Docente Orientador: Noélia Ferreira

Almada 2025

"Capacitar é promover a adaptação às transições de vida e dar ao indivíduo as ferramentas para enfrentar desafios"

Afaf Meleis



EGAS MONIZ SCHOOL
of HEALTH & SCIENCE

ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE
EGAS MONIZ

DEDICATÓRIA

Ao meu marido Maximo

A todas as pessoas com neoplasia da próstata



AGRADECIMENTOS

Gostaria de expressar a minha profunda gratidão a todos que me apoiaram ao longo desta jornada.

Em primeiro lugar, quero dedicar um agradecimento especial à minha orientadora, Noélia Ferreira, pela sua orientação incansável, paciência e apoio que foram cruciais para a realização deste percurso. Os seus conselhos valiosos, disponibilidade e compromisso foram um guia importante ao longo de todo o processo, ajudando-me a superar desafios e a alcançar os objetivos propostos.

Quero também agradecer aos meus professores pela vasta partilha de conhecimento e dedicação que foram essenciais para guiarem o meu caminho com sabedoria. Agradeço ao professor Júlio Fernandes o tempo investido, as orientações preciosas e o incentivo constante para superar os desafios ao longo deste percurso. Cada conselho e partilha de conhecimento foram fundamentais para o meu crescimento.

Aos meus colegas de especialidade pela partilha de conhecimentos e interajuda, pela camaradagem, amizade e trabalho em equipa.

Aos meus amigos, por estarem sempre ao meu lado, oferecendo palavras de encorajamento e momentos de descontração que foram essenciais para manter o meu equilíbrio.

Aos meus colegas especialistas e que me orientaram ao longo de todos os estágios, pela colaboração e troca de conhecimentos que enriqueceram a minha experiência académica e que foram fundamentais para o desenvolvimento das minhas competências diferenciadas.

Um agradecimento especial a todos os utentes que aceitaram participar no programa de reabilitação, sem eles este processo de aprendizagem não teria sido possível.

E finalmente, à minha família, pelo amor incondicional, apoio constante e por serem a minha fonte de inspiração e força. Vocês foram o meu porto seguro e o alicerce que me permitiu chegar até aqui. Obrigado por acreditarem em mim.

A todos vocês os meus sinceros agradecimentos.



DECLARAÇÃO DE INTEGRIDADE

Declaro que realizei este trabalho académico com total integridade, garantindo que não recorri a plágio, uso indevido de informações ou qualquer forma de falsificação durante nenhuma etapa da sua elaboração. Declaro ainda, que tenho pleno conhecimento do Código de Conduta Ética da Escola Superior de Saúde Egas Moniz e, que agi em conformidade com os seus princípios.



LISTA DE SIGLAS E ABREVIATURA

AVD – Atividades de Vida Diária

CDE – Código Deontológico de Enfermagem

DE – Disfunção Erétil

DGS – Direção Geral de saúde

EE – Enfermeiro Especialista

EEER – Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação

EMG – Eletromiografia

ER – Enfermagem de Reabilitação

ICQ-UI-SF- *International Consultation on Incontinence Questionnaire–Urinary Incontinence Short Form*

IU – Incontinência Urinária

MPP – Músculos do Pavimento Pélvico

NC – Neurocirurgia

OE – Ordem dos Enfermeiros

PR – Prostatectomia Radical

REPE – Regulamento do Exercício Profissional dos Enfermeiros

RFM – Reeducação Funcional Motora

RFR – Reeducação Funcional Respiratória

SPO2 – Saturações Periféricas de Oxigénio

Sr. – Senhor

Sra. - Senhora

TMPP – Treino Muscular do Pavimento Pélvico

UCC – Unidade de Cuidados na Comunidade

UCCI – Unidade de Cuidados Continuados Integrados



RESUMO

Para obter o grau de Mestre e o título de Enfermeiro Especialista, é necessário um percurso formativo que inclui um estágio profissional e a demonstração do desenvolvimento de competências. Antes dessa fase, elabora-se um projeto de estágio, no qual são definidos os objetivos e as atividades a serem realizadas, focados numa área problemática em que o tema escolhido e desenvolvido foi as intervenções do enfermeiro especialista em enfermagem de reabilitação na promoção da continência urinária na pessoa submetida a prostatectomia radical.

A prostatectomia radical embora seja eficaz no tratamento da neoplasia da próstata, tem como complicações a incontinência urinária e a disfunção erétil. A elevada prevalência desses problemas afeta negativamente diversos aspetos da qualidade de vida e pode levar ao isolamento social. A incontinência urinária após a prostatectomia radical, ocorre imediatamente após a remoção do cateter urinário. Mesmo com a inovação de várias técnicas cirúrgicas, a prevalência encontra-se entre 8% a 87% seis meses após cirurgia e 5% a 44,5% após um ano.

As Intervenções de reabilitação são fundamentais para a sua recuperação e para melhorar significativamente a qualidade de vida.

Este relatório descreve a intervenção do enfermeiro especialista em enfermagem de reabilitação na pessoa submetida a prostatectomia radical com alteração da continência urinária tendo como base a teoria das transições de Afaf Meleis com o intuito de ajudar a pessoa a enfrentar as transições nas diferentes etapas da sua vida e em diferentes contextos sociais e culturais, através do apoio social, da educação e do autocuidado durante as mesmas, de forma adaptar-se às novas situações e a promover o seu bem-estar físico e emocional.

Palavras-Chave: prostatectomia, incontinência urinária, intervenções, reabilitação.



ABSTRACT

To obtain a Master's degree and the title of Specialist Nurse, a training programme is required that includes a professional internship and the demonstration of the development of competences. Before this stage, an internship project is drawn up, in which the objectives and activities to be carried out are defined, focused on a problem area in which the theme chosen and developed was the interventions of the rehabilitation nurse specialist in promoting urinary continence in the person undergoing radical prostatectomy.

Although radical prostatectomy is effective in treating prostate cancer, its complications include urinary incontinence and erectile dysfunction. The high prevalence of these problems negatively affects various aspects of quality of life and can lead to social isolation. Urinary incontinence after radical prostatectomy occurs immediately after removal of the urinary catheter. Even with the innovation of various surgical techniques, the prevalence is between 8% and 87% six months after surgery and 5% to 44.5% after one year.

Rehabilitation interventions are fundamental to their recovery and significantly improve their quality of life.

This report describes the intervention of nurses specialising in rehabilitation nursing with people who have undergone radical prostatectomy with altered urinary continence, based on Afaf Meleis' theory of transitions, with the aim of helping people to cope with transitions at different stages of their lives and in different social and cultural contexts, through social support, education and self-care during these transitions, in order to adapt to new situations and promote their physical and emotional well-being.

Key words: prostatectomy, urinary incontinence, interventions, rehabilitation.



ÍNDICE

INTRODUÇÃO	13
1. ENQUADRAMENTO CONCEPTUAL DO TEMA	16
1.1. A NEOPLASIA MALIGNA DA PRÓSTATA	16
1.2. PROSTATECTOMIA RADICAL	17
1.2.1. Complicações/ Efeitos Colaterais Pós-Prostatectomia	17
1.3. ALTERAÇÃO DA CONTINÊNCIA URINÁRIA	18
1.3.1. Repercussões da alteração da continência urinária.....	19
1.4. AS INTERVENÇÕES DO EEER NA PROMOÇÃO DA CONTINÊNCIA URINÁRIA NA PESSOA SUBMETIDA A PROSTATECTOMIA RADICAL	20
1.5. TEORIA DAS TRANSIÇÕES.....	30
2. ANÁLISE CRÍTICA E REFLEXIVA DO PERCURSO DE DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS EM ENFERMAGEM DE REABILITAÇÃO	32
2.1. COMPETÊNCIAS COMUNS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA.....	32
2.1.1. Domínio da responsabilidade profissional, ética e legal	32
2.1.2. Domínio da Melhoria Contínua da Qualidade	35
2.1.3. Domínio da Gestão dos Cuidados	38
2.1.4. Domínio do Desenvolvimento das Aprendizagens Profissionais..	40
2.2. COMPETÊNCIAS ESPECÍFICAS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA EM ENFERMAGEM DE REABILITAÇÃO.....	43
2.2.1. Cuida de pessoas com necessidades especiais, ao longo do ciclo de vida, em todos os contextos da prática de cuidados.....	43
2.2.2. Capacita a pessoa com deficiência, limitação da atividade e/ou restrição da participação para a reinserção e exercício da cidadania	52
2.2.3. Maximiza a funcionalidade desenvolvendo as capacidades da pessoa	57
3. CONCLUSÃO	61
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	64

APÊNDICES

APÊNDICE I - PROJETO DE ESTÁGIO

APÊNDICE II – RELATÓRIO DE ATIVIDADES

APÊNDICE III – PROTOCOLO DE REVISÃO *SCOPING*

APÊNDICE IV - GUIA ORIENTADOR DE AUTOCUIDADOS E PRODUTOS DE APOIO

APÊNDICE V - CATÁLOGO DE MATERIAL DE APOIO

APÊNDICE VI - CUIDADOS DE ENFERMAGEM DE REABILITAÇÃO À PESSOA COM AUTOCONTROLO CONTINÊNCIA URINÁRIA INEFICAZ

APÊNDICE VII - ESTRATÉGIAS E INTERVENÇÕES NA PESSOA COM INCONTINÊNCIA URINÁRIA

APÊNDICE VIII – REABILITAR A PESSOA COM INCONTINÊNCIA URINÁRIA

APÊNDICE IX – ESTUDO DE CASO - A PESSOA COM ALTERAÇÃO DA CONTINÊNCIA URINÁRIA

APÊNDICE X – ESTUDO DE CASO – REABILITAR A PESSOA COM ALTERAÇÃO DA CONTINÊNCIA URINÁRIA NO DOMICÍLIO

APÊNDICE XI – POSTER APRESENTADO NAS III JORNADAS DE ENFERMAGEM DA ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE EGAS MONIZ

APÊNDICE XII – POSTER APRESENTADO NO 3º SIMPÓSIO DE UROLOGIA - THE SOUTHSIDE OF UROLOGY

APÊNDICE XIII - POSTER APRESENTADO NAS JORNADAS CIENTÍFICAS DA ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE EGAS MONIZ

APÊNDICE XIV – COMUNICAÇÃO LIVRE APRESENTADA NAS JORNADAS CIENTÍFICAS DA ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE EGAS MONIZ

ANEXOS

ANEXO A - CERTIFICADO DA APRESENTAÇÃO DO POSTER NO 3º SIMPÓSIO DE UROLOGIA - THE SOUTHSIDE OF UROLOGY

ANEXO B - CERTIFICADO DE MODERADORA DE MESA NAS III JORNADAS DE ENFERMAGEM DA ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE EGAS MONIZ

ANEXO C - CERTIFICADO DE PARTICIPAÇÃO NA COLOPLAST CONTINENCE SUMMIT 2024: O PERCURSO DO UTENTE DE CATETERISMO INTERMITENTE

ANEXO D - CERTIFICADO DE CURSO AVANÇADO DE MASSAGEM TERAPÊUTICA E APLICAÇÃO DE BANDAS NEUROMUSCULARES

INTRODUÇÃO

O desenvolvimento do relatório de estágio com o título “A Intervenção do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação (EEER) na Promoção da Continência Urinária na Pessoa Submetida a Prostatectomia Radical (PR)”, encontra-se inserido na unidade curricular Estágio e Relatório do 2ºano do 2ºcurso de Mestrado em Enfermagem de Reabilitação da Escola Superior de Saúde Egas Moniz como elemento de avaliação da mesma.

O Relatório de estágio tem como objetivo descrever e analisar de uma forma crítica e sistemática todas as atividades desenvolvidas durante os vários contextos de estágio, de forma a poder desenvolver e adquirir competências comuns do enfermeiro especialista (EE), assim como as competências específicas do EEER, o que constitui a continuidade do projeto de estágio (APÊNDICE I). Este pretende identificar e analisar as competências associadas aos cuidados de enfermagem exigidos para a obtenção do título de EEER. As competências, desenvolvidas durante o estágio, estão relacionadas com os descritores de Dublin definidas para o 2º ciclo de ensino, permitindo a atribuição do grau de Mestre. O foco está implícito na integração do conhecimento, aplicação crítica, reflexão sobre responsabilidades e comunicação clara e objetiva (OE, 2021).

Aquando do início da Unidade Curricular Estágio foi solicitado a realização de um projeto. Neste caso o mesmo foi desenvolvido na área da promoção da continência urinária e tem como foco a promoção do autocontrolo continência urinária na pessoa submetida a PR. A pessoa submetida a PR apresenta alterações do pavimento pélvico, que envolve alterações da função motora, quer seja pelo enfraquecimento da sua musculatura quer seja pelo trauma da mesma decorrente da intervenção cirúrgica, o que provoca alterações na continência urinária, com impacto significativo na qualidade de vida da mesma (Abrams et al., 2017).

A escolha da temática prende-se com o facto de a reabilitação do pavimento pélvico ser considerada pelos EEER como uma área prioritária de investigação (OE, 2015a), que compromete a independência das atividades de vida diária (AVD) e por ser uma patologia frequente (Abrams et al., 2017; Sung et al., 2021).

A PR é amplamente reconhecida como um dos tratamentos mais eficazes para a neoplasia maligna da próstata. Embora seja considerado o tratamento mais eficaz, traz consigo algumas complicações frequentemente descritas na literatura, como incontinência urinária (IU) e disfunção erétil (DE), destacadas por diversos autores (Abrams et al., 2017; Carvalho & Cristão, 2012). A IU associada ocorre imediatamente após a remoção do cateter urinário. Mesmo com a inovação de várias técnicas cirúrgicas, a prevalência da IU encontra-se entre 8% a 87% seis meses após cirurgia e 5% a 44,5% após um ano (Abrams et al., 2017; Kasai et al., 2023).

A mudança na autonomia da continência urinária pode afetar significativamente a qualidade de vida em diversos aspectos, incluindo o biológico, psicológico, social, ocupacional, físico e sexual. Isso pode levar a pessoa a isolar-se e a afastar-se da sua vida social pela repercussão na qualidade de vida decorrente da alteração da continência urinária (Abrams et al., 2017; Carvalho & Cristão, 2012; Ribeiro et al., 2021). As comorbidades associadas à IU incluem o prolongamento do internamento, infecções do trato urinário, complicações pelo uso prolongado de cateteres urinários, dermatites de contato por lesões na pele devido à humidade e acidez da urina, úlceras por pressão, risco aumentado de quedas devido à urgência urinária, fraturas decorrentes dessas quedas, além de distúrbios do sono que resultam em debilidade funcional. Gera custos elevados para o sistema de saúde e para a pessoa. Esses custos incluem despesas com o diagnóstico, produtos de higiene, tratamentos e comorbidades (Arco et al., 2017).

A Enfermagem de Reabilitação (ER) envolve conhecimentos especializados e procedimentos específicos que promovem ganhos em saúde nos contextos da sua prática. O EEER destaca-se pelo elevado nível de conhecimento e capacidade de tomar decisões sobre a promoção da saúde, prevenção de complicações secundárias, tratamento e reabilitação, melhorando o potencial das pessoas sob os seus cuidados (OE, 2018). A pesquisa constante por respostas aos problemas de saúde tornou-se uma exigência ética e um processo contínuo para a aquisição de novos conhecimentos. Esse esforço visa atender às necessidades das pessoas e alcançar a excelência na prestação de cuidados de enfermagem, especialmente na área do EEER (OE, 2018). Com base na promoção dos processos adaptativos necessários para as pessoas e para as suas famílias, o EEER foca a sua intervenção na melhoria da qualidade de vida. Desenvolve planos de cuidados especializados em parceria com a pessoa e família, visando melhorar a funcionalidade, promover a independência e maximizar a satisfação da mesma, além de promover a sua autoestima (OE, 2018).

Durante o estágio, foram estabelecidos objetivos de forma que os mesmos estivessem alinhados com o problema identificado inicialmente e com os resultados esperados. Esses objetivos são fundamentados tanto nas competências comuns do EE quanto nas competências específicas do EEER (Regulamento n.º 140/2019; Regulamento n.º 392/2019). Com o objetivo de facilitar o aperfeiçoamento dessas competências foram definidos os seguintes objetivos gerais para os quais foram planeadas atividades que proporcionassem o desenvolvimento destas competências (Apêndice II): Desenvolver competências do EEER nos cuidados às pessoas com alterações respiratórias, sensoriais, cognitivas, motoras, cardíacas, na alimentação, na eliminação e na sexualidade, de forma a promover o autocuidado; Desenvolver competências de EEER na promoção da continência urinária na pessoa submetida a PR.

Para fundamentar o projeto, recorreu-se à Teoria das Transições, uma teoria de médio alcance, desenvolvida por Afaf Meleis, que se concentra na natureza das transições de

papéis que a pessoa enfrenta em diferentes etapas da sua vida e em diferentes contextos sociais e culturais, em que destaca a importância do apoio social, da educação e do autocuidado durante as mesmas. Defende que os enfermeiros podem desempenhar um papel crucial no apoio durante essas mudanças, ajudando a enfrentar os desafios, adaptar-se às novas situações e promover o seu bem-estar físico e emocional. Assim, a teoria permite-nos compreender de que forma a pessoa reage perante a crise que é o diagnóstico de neoplasia, adaptação aos tratamentos e consequências dos mesmos, às mudanças que podem afetar a sua autoestima e a sua qualidade de vida (Meleis, 2010).

Os estágios foram realizados ao longo de dois semestres, entre os dias 26 de maio e 26 de julho, e entre os dias 2 de setembro e 12 de janeiro, abrangendo diferentes contextos da prática clínica. O projeto de estágio foi desenvolvido e aplicado nesses diversos contextos, nomeadamente na Unidade de Cuidados Continuados Integrados (UCCI), na Unidade de Cuidados na Comunidade (UCC), através da Equipa de Cuidados Continuados Integrados (ECCI), bem como no contexto hospitalar, especificamente no serviço de neurocirurgia (NC), no serviço de ortotraumatologia e consulta de urologia.

Relativamente à estrutura do relatório, este divide-se em partes distintas, primeiramente encontra-se a introdução, seguidamente encontra-se um enquadramento teórico com dados epidemiológicos, definição sobre a neoplasia maligna da próstata, a PR, as complicações e efeitos colaterais após PR, é realizada a descrição da alteração da continência urinária, a sua definição e a sua importância para independência das AVD, assim como são focadas as intervenções do EEER na pessoa com alteração da continência urinária, obtidas através da revisão *scoping* realizada. É também abordado o Modelo Teórico de Enfermagem no qual foi sustentado a intervenção a ser realizada durante os estágios.

Posteriormente serão analisados os objetivos gerais e específicos, detalhadas as intervenções realizadas com reflexões das mesmas, destacando a sua contribuição para o desenvolvimento das competências gerais do EE e específicas do EEER. Após a análise das intervenções, será realizada a sua avaliação, seguida de uma conclusão com considerações essenciais para a prática de ER. Por fim, são disponibilizadas as referências bibliográficas, os apêndices e anexos que sustentaram o percurso efetuado.

O relatório foi redigido conforme o acordo ortográfico da língua portuguesa e segue a norma da *American Psychological Association* 7ª Edição

1. ENQUADRAMENTO CONCEPTUAL DO TEMA

Neste capítulo, serão abordados os conceitos fundamentais para o desenvolvimento do conhecimento nesta temática, visando proporcionar uma intervenção adequada nos diversos contextos de estágio e promover a aquisição das competências de Mestre, bem como as competências comuns do EE e específicas do EEER.

Encontra-se dividido em 5 subcapítulos: no primeiro, pretende-se explicitar o impacto da doença oncológica, na pessoa com neoplasia da próstata, no segundo subcapítulo, o tratamento a PR e as suas repercussões na qualidade de vida, o terceiro subcapítulo expõe a alteração da continência urinária e as suas repercussões, no quarto subcapítulo descrevem-se as intervenções do EEER na promoção da continência urinária na pessoa submetida a PR e por último, no quinto subcapítulo a contribuição de Afaf Meleis com a Teoria das Transições.

1.1. A NEOPLASIA MALIGNA DA PRÓSTATA

Em 2020 foram diagnosticados mundialmente com neoplasia maligna da próstata cerca 1414259 casos. É o terceiro cancro mais comum no mundo (Sung et al., 2021). É considerada a segunda causa de morte no homem e é a neoplasia mais frequente (Instituto Nacional de Estatística, 2019). Na maioria das vezes manifesta-se de forma silenciosa, atingindo estádios já avançados e mesmo assim assintomática. Os sintomas mais frequentes são: disúria, urgência urinária, incontinência, redução do fluxo, jato intermitente, sensação de bexiga cheia e hematuria (Abrams et al., 2017).

A neoplasia maligna da próstata é considerada como uma doença que ocorre com maior predominância na pessoa idosa e com uma maior incidência em indivíduos de raça negra e com níveis aumentados de testosterona. Como fatores de risco relacionados com a aquisição desta patologia, vários autores referem a ingestão de alimentos com excesso de gorduras e pobres em fibras, assim como o alcoolismo, o tabagismo e até mesmo fatores genéticos (Abrams et al., 2017; Tao et al., 2015).

Segundo o Instituto Nacional de Estatística (2019) em 2017, verificaram-se no país 1 796 mortes devido a neoplasia maligna da próstata. Cerca 3,2 % da mortalidade dos homens nesse ano foi devido a esta neoplasia em que a maioria dos óbitos foram de 94% em indivíduos com idade acima dos 65 anos e sendo a idade média de óbito de 80,8 anos. A Direção-Geral da Saúde (DGS, 2019a) prevê anualmente um incremento de 13,7 % de novos casos de neoplasia maligna da próstata e aconselha assim à sua prevenção através de rastreios. Estes são realizados através do exame clínico antígeno específico da próstata, pela palpação digital retal da próstata, por biópsia, e ainda a outros exames

complementares de diagnóstico como tomografia axial computadorizada, ecografia transretal e a ressonância magnética nuclear. Estes exames podem fornecer informações importantes sobre o estadiamento do tumor. Com o avanço da medicina nos métodos de diagnóstico, as escolhas das intervenções terapêuticas podem ser cada vez mais precoces e são baseadas no grau de neoplasia/estadiamento, em que possa ainda haver uma expectativa de vida de pelo menos 10 anos, baseadas também nas comorbilidades e preferências da pessoa (DGS, 2019a).

1.2. PROSTATECTOMIA RADICAL

Para a neoplasia maligna da próstata, existem vários tratamentos: vigilância ativa, radioterapia, hormonoterapia, braquiterapia e a PR (Eisemann et al., 2015). Para a pessoa com neoplasia maligna da próstata e com uma expectativa média de vida de 10 anos é-lhe realizada a cirurgia designada por PR. Esta pode ser realizada por laparotomia ou por via laparoscópica (incluído aqui a técnica por robótica) e consiste na remoção da glândula prostática na sua totalidade, incluindo as vesículas seminais, e se os gânglios linfáticos estiverem já afetados também serão removidos no mesmo tempo cirúrgico. Depois de removida a glândula prostática, realiza-se uma anastomose entre a uretra e a bexiga e para promover a cicatrização é inserida uma sonda vesical que permanece em média 7-21 dias, dependendo o tempo do tipo de anastomose efetuada (Eisemann et al., 2015).

1.2.1. Complicações/ Efeitos Colaterais Pós-Prostatectomia

Como complicações ou efeitos colaterais após a cirurgia são mais frequentes a dor, a astenia/cansaço, a infeção da ferida cirúrgica, a infeção do aparelho urinário, a IU, a DE e a obstipação (Bernardes et al., 2019; Izidoro et al., 2019; Lardas et al., 2017).

Lardas et al. (2017), verificaram que as pessoas quando submetidas a PR apresentavam alterações na qualidade de vida, e quando compararam os diferentes tipos de tratamento para neoplasia maligna da próstata, constataram que a cirurgia foi a que mais impacto teve, principalmente pelo aparecimento de complicações, pois embora esta possa reduzir a mortalidade, desencadeia efeitos colaterais indesejáveis como a IU e a DE.

Bernardes et al. (2019) e Izidoro et al. (2019) verificaram que as pessoas com neoplasia da próstata manifestaram um impacto negativo na vida sexual, com alterações significativas nas suas relações íntimas e sentimentos de baixa autoestima. Estes indivíduos experienciam após o diagnóstico ansiedade e depressão o que pode levar a sentirem-se excluídos socialmente. A receção do diagnóstico de neoplasia maligna marca o início de uma crise, pois há um turbilhão de sentimentos como a negação, tristeza, ansiedade e depressão. Estes passam por um processo de transição, que vai exigir uma

adaptação à mesma, em que vai ter de existir uma reestruturação dos papéis no seio familiar, nas suas relações e na sociedade (Barros & Figueiredo, 2014).

A busca pela manutenção da continência urinária e da recuperação da função erétil após o tratamento, tem sido uma preocupação e área de investigação com vista a obtenção de novas intervenções que possam melhorar a qualidade de vida da pessoa (Haglund et al., 2015).

1.3.ALTERAÇÃO DA CONTINÊNCIA URINÁRIA

Para compreendermos o que é a alteração da continência urinária, temos que primeiro explicitar o seu conceito. A continência urinária é a capacidade que a bexiga tem em conseguir armazenar urina, sem que existam perdas, mesmo na presença de um esforço físico intenso ou vontade de urinar. Conseguimos manter a continência urinária enquanto existir um equilíbrio entre o sistema anatómico e fisiológico, mas é normal que com a idade o mesmo se vá deteriorando (Seeley et al., 2008).

Para que o fenómeno de continência urinária ocorra, há um aumento da pressão intrauretral superior à pressão intravesical. Este fenómeno é constituído por várias fases: enchimento da bexiga, armazenamento, contração e esvaziamento. Na fase de enchimento, há um aumento para pressão intravesical de forma progressiva, e são os esfíncteres uretrais e os músculos do pavimento pélvico que ajudam a manter a continência. Quando a parede vesical se encontra distendida com cerca de 200 - 300 ml estamos na fase de armazenamento e contração, a fase de esvaziamento ocorre com a vontade de urinar pelo enchimento da bexiga. O sistema nervoso em sincronização perfeita com os músculos da bexiga, esfíncteres e pavimento pélvico fazem com que ocorra o esvaziamento vesical (Potter et al., 2018).

Segundo a Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem, a IU é um "Status de continência: Fluxo involuntário de urina, incapacidade de controlo dos esfíncteres vesical e uretral" (Conselho Internacional de Enfermeiros, 2019). A IU, é uma situação de doença e surge de forma involuntária, em que não há capacidade para armazenar e controlar a saída de urina, com perdas desde pequenas a graves e de forma frequente (DGS, 2016).

A Sociedade Internacional de Continência (2014) considera a IU como uma questão de saúde e higiene que afeta não só a pessoa diretamente envolvida, mas também a família, vida social e profissional. Além disso, refere que o problema é frequentemente visto como tabu, levando muitas pessoas a não procurarem ajuda devido à vergonha associada (Fernandes et al., 2022). De acordo com a Organização Mundial de Saúde (OMS), a IU é um problema de saúde pública. Existem mais de 200 milhões de pessoas no mundo com este problema (Zanetti et al., 2007).

Em Portugal a Associação Portuguesa de Urologia (2018), refere que existem aproximadamente mais de 600 mil pessoas com IU. Apenas uma pequena percentagem (10%) solicita ajuda.

Vários autores referem a PR como a causa mais frequente da IU no homem. As perdas ocorrem imediatamente após a remoção da sonda vesical. Mesmo com a inovação de várias técnicas cirúrgicas, a prevalência da IU encontra-se entre 8% a 87% seis meses após a cirurgia e 5% a 44,5% após um ano (Abrams et al., 2017; Kasai et al., 2023). Vários fatores podem influenciar o risco de IU, como a idade avançada, obesidade, presença de complicações, DE pré-operatória, comprimento uretral membranoso curto, volume uretral, morfologia uretral e fatores da bexiga como a baixa complacência da bexiga e radioterapia pós-operatória (Honda et al., 2017).

Geralmente é uma disfunção do esfíncter urinário que faz com que ocorra a IU após a PR. Esta pode ser causada não apenas por lesão do esfíncter, mas decorrente de complicações no processo cirúrgico (danos nos músculos e nervos que controlam a função da bexiga), da cicatrização da anastomose e recuperação dos músculos e dos nervos, das condições preexistentes, do ato cirúrgico (se consegue ou não preservar melhor os nervos e os músculos ao redor da próstata, minimizando assim o risco de IU) e do comprometimento da funcionalidade contrátil do músculo destrusor causada por lesão na parede vesical por obstrução (Abrams et al., 2017).

Becker et al. (2014) verificaram que a idade é um fator influenciador da continência urinária, pois homens com menos de 50 anos apresentavam maior probabilidade de continência urinária após a cirurgia.

Existem vários tipos de IU, sendo a de *stress* ou de esforço as que mais se verificam após PR. Estas geralmente ocorrem quando há lesão do esfíncter proximal, o que ocasiona perda de urina quando se faz um esforço ou atividade, o que aumenta a pressão abdominal e intravesical. Existe também a IU de urgência e que está mais relacionada com o aumento da atividade do músculo detrusor, mas que alguns homens podem vir a apresentar, assim como a IU mista, que é uma associação da IU de esforço e a de urgência (Clark et al., 2021; Rahnama'i et al., 2021).

1.3.1. Repercussões da alteração da continência urinária

A alteração da continência urinária pode afetar significativamente a qualidade de vida em diversos aspetos, incluindo o biológico, psicológico, social, ocupacional, físico e sexual. Isso pode levar a pessoa a isolar-se e a afastar-se da sua vida social. O processo de autocuidado é multifacetado e pode ser compreendido como um processo de promoção da saúde e bem-estar, no qual a pessoa possui a capacidade de tomar decisões e assumir responsabilidade da sua própria saúde (Petronilho, 2012).

É importante destacar que a IU acarreta diversas repercussões físicas, incluindo disfunção sexual, lesões na pele devido à humidade e acidez da urina, úlceras por pressão, risco aumentado de quedas devido à urgência urinária, fraturas decorrentes dessas quedas, além de distúrbios do sono que resultam em debilidade funcional (Arco et al., 2017). Existem também repercussões psicológicas causadas pela IU, pois as pessoas sentem vergonha devido a esta problemática estar associada à falta de higiene, o que leva a um sentimento de repulsa e também à percepção de sentir-se sexualmente indesejado. É um problema que pode causar um enorme sofrimento psicológico (Arco et al., 2017; Avery et al., 2013).

A IU também pode ter impacto sociocultural e económico em várias situações como a realização de compras ou viagens, pois mesmo com a utilização de pensos ou fraldas absorventes as pessoas continuam a sentirem-se sujas e molhadas e com medo de que os outros sintam o cheiro de urina, que reparem na sua roupa molhada e nas idas frequentes à casa de banho (Avery et al., 2013; Faria et al., 2014).

Tem-se verificado um aumento na procura de soluções para a IU, verificamos que cada vez mais as pessoas procuram melhorar a sua qualidade de vida (Murphy, 2020; Sousa, 2016).

1.4. AS INTERVENÇÕES DO EEER NA PROMOÇÃO DA CONTINÊNCIA URINÁRIA NA PESSOA SUBMETIDA A PROSTATECTOMIA RADICAL

O papel do EEER é crucial para promover o diagnóstico precoce e ações preventivas de ER com o objetivo de manter as capacidades funcionais da pessoa cuidada, prevenir complicações, minimizar incapacidades e fornecer intervenções terapêuticas para melhorar funções residuais e recuperar a independência nas AVD (Regulamento n.º 392/2019).

Dada a significativa repercussão na qualidade de vida decorrente da alteração da continência urinária, é crucial identificar as estratégias de promoção da continência urinária. Para isso, foi elaborada uma revisão *Scoping* com o objetivo de mapear a evidência científica sobre essas estratégias nas pessoas submetidas a PR, cujo protocolo pode ser consultado em apêndice (APÊNDICE III). Os resultados obtidos identificam várias intervenções /estratégias que foram organizadas em categorias e apresentadas de seguida. Foram identificadas três categorias principais, cada uma das categorias com estratégias distintas, mas interligadas entre si: Educacional, Comportamental e Funcional. Cada categoria é de seguida descrita:

1. Educacional: Nesta categoria são utilizadas estratégias educacionais na promoção da continência urinária.

❖ Intervenção educacional intensiva.

No estudo de Novick et al. (2014), os participantes receberam cuidados habituais de higiene e exercícios de Kegel durante a visita pós-operatória, com duração de aproximadamente 5 minutos. O grupo de intervenção, por sua vez, recebeu um treino educacional adicional de 20 minutos, em que foram abordados sinais de alerta, funções da bexiga e instruções detalhadas sobre os exercícios de Kegel, além da mudança de hábitos. O objetivo do estudo foi avaliar a qualidade de vida, principalmente em relação à continência urinária, entre 6 e 12 semanas após a cirurgia. Os resultados mostraram que uma intervenção educacional intensiva não conseguiu melhorar a IU quando comparada à educação de cuidados habituais.

❖ Intervenção educacional continuada

Wang et al. (2018) investigaram os efeitos da intervenção de cuidados de enfermagem continuados na continência urinária pós-operatória e na qualidade de vida após PR. O grupo de controlo recebeu educação básica de rotina para a alta: a informação da alta, o horário de acompanhamento em ambulatório, o número de telefone do serviço de acompanhamento e poderiam procurar o ambulatório quando necessário. No grupo de intervenção, os cuidados continuados de enfermagem foram divididos em 2 etapas: a 1ª etapa começou 3 dias antes da alta e consistiu em sessões de educação para a saúde, onde se esclareceram as necessidades e forneceram informações direcionadas à educação e orientação em saúde. No dia da alta foi entregue o plano de reabilitação com a prescrição do treino muscular do pavimento pélvico (TMPP). A 2ª etapa foi realizada após a alta pelos membros da equipa de cuidados continuados de enfermagem. O acompanhamento ocorreu durante 6 meses, através de telefonemas, aulas em grupo, visitas domiciliares. Foram fornecidas orientações sobre hábitos alimentares, estilos de vida, prevenção de complicações, recomendações para o TMPP diariamente. Nos participantes que ainda apresentavam IU, a frequência dos contatos telefónicos foram aumentados para 1 vez por semana até que o problema fosse reduzido e resolvido, e ao mesmo tempo foi fornecido apoio psicológico. Os que continuavam com problemas e que não puderam ser resolvidos via telefone, foram realizadas visitas domiciliares, que incluíram a vigilância de complicações, vigilância do desempenho funcional dos exercícios e avaliaram as condições psicológicas. Também 1 vez por mês foi realizado ensino em grupo aos prestadores de cuidados/familiares e aos participantes do estudo, com foco na prevenção de complicações e ensino da técnica correta do TMPP, transmissão de informações sobre a IU. Nos que demonstravam capacidade para a utilização de tecnologias de informação, foram criados grupos de WebChat para que pudessem atualizar o conhecimento e responder a dúvidas

que surgissem. Os resultados mostraram que a intervenção continuada de cuidados de enfermagem teve efeitos benéficos e significativos.

2. Comportamental: O treino comportamental para promover a continência urinária é uma terapia direcionada para a alteração dos comportamentos associados ao controlo vesical e à prevenção da IU. Envolve a aplicação de diversas estratégias para melhorar a função da bexiga e diminuir episódios de perda involuntária de urina (Abrams et al., 2017).

❖ Programa cognitivo – comportamental

Izidoro et al. (2022) avaliaram a eficácia de um programa cognitivo-comportamental para controlar os sintomas do trato urinário inferior após cirurgia a PR. O programa incluiu a entrega de um manual com orientações sobre IU pós-cirurgia, modificações no estilo de vida e hábitos alimentares, TMPP, treino miccional e a manutenção de um diário miccional (incluindo horários de micção, volume de urina produzida, episódios de incontinência e volume e líquidos ingeridos). Este programa foi realizado ao longo de 12 semanas, com contrações voluntárias realizadas nas posições deitada, sentada, em pé e a andar. Foram realizados treinos presenciais (semanais, quinzenais ou mensais), além de contatos telefónicos com todos os participantes do grupo de intervenção, para acompanhamento, reforço da importância da continuidade dos exercícios em casa, incentivo ao cumprimento das orientações recebidas e reforço positivo em caso de adesão a hábitos e comportamentos. A motivação pessoal e o uso da persuasão social foram realizados através da apresentação de vídeos sobre o sucesso de outras pessoas submetidas à terapia, foi também disponibilizado um contacto telefónico como apoio. Os participantes do grupo de controlo receberam cuidados habituais (informações sobre cuidados alimentares e modificação de hábitos) e realização do TMPP após remoção do cateter urinário. A pesquisa mostrou uma redução na intensidade da IU após 30 dias de pós-operatório nos participantes do programa cognitivo-comportamental.

❖ Suporte Psicológico

Yuan et al. (2019) implementaram um programa de intervenção para reduzir ansiedade e depressão em pessoas com IU grave após cirurgia a PR. O enfermeiro responsável pela reabilitação pós-operatória ofereceu suporte ativo e comunicação contínua com os familiares. Foram utilizadas várias formas de orientação, incluindo terapia de relaxamento e exercícios funcionais, com o objetivo de estabelecer confiança e fornecer suporte psicológico. Após a alta hospitalar, os participantes receberam acompanhamento semanal por telefone, visando compreender as suas necessidades e oferecer suporte emocional. A equipa de enfermagem realizou sessões mensais em grupo para fortalecer a educação em

saúde e promover o apoio mútuo. Os familiares também foram envolvidos na intervenção psicológica para entender e apoiar as necessidades emocionais. O estudo destacou a importância de uma atitude positiva e do apoio social na recuperação e controle da IU.

3. Funcional: Nesta categoria estão descritas as intervenções que visam a reabilitação funcional dos músculos do pavimento pélvico (MPP) nas pessoas com IU após PR.

❖ Exercícios de Kegel

Os exercícios de Kegel são um tipo de exercício que visam fortalecer os MPP, que são músculos responsáveis por sustentar os órgãos pélvicos, como a bexiga, o útero e o reto. Estes exercícios envolvem a contração e o relaxamento dos MPP repetidamente como se estivesse tentando interromper o fluxo de urina, mantendo essa contração por alguns segundos e depois relaxando. O número de repetições e séries varia consoante a situação clínica e a pessoa (Abrams et al., 2017).

Aydın Sayılan e Özbaş (2018) avaliaram o efeito do TMPP nas pessoas com cirurgia programada a PR assistida por robótica e com IU após a cirurgia, através do efeito dos exercícios de Kegel durante 6 meses num grupo intervenção com sessões diárias (3 vezes/dia). Os exercícios de kegel foram realizados 1 semana antes do internamento, no dia do internamento, no 1º e 2º dia após a cirurgia e aquando da remoção do cateter urinário (aos 10 dias de pós-operatório). O treino pré-operatório foi constituído por uma a quatro sessões, com aproximadamente 1 hora de duração. Foram utilizados modelos anatómicos e diagramas para delinear a arquitetura e as funções dos músculos da bexiga, da uretra e do pavimento pélvico, e os participantes foram instruídos como ativar os MPP em diversas posições funcionais, como deitado e de pé. Ativações repetidas (20 contrações, cada uma com duração de 10 segundos) dos MPP foram realizadas sob supervisão durante todas as sessões pré-operatórias. Os participantes foram orientados a repetir os exercícios diariamente em casa, bem como durante a realização de atividades normais do dia a dia, incluindo levantar objetos, agachar-se no chão e tossir. O programa no domicílio consistiu em 60 contrações por dia e foram instruídos quanto à contração dos MPP ao tossir e ao sentar ou levantar da cadeira e também receberam material escrito adicional. O grupo de controlo não recebeu qualquer TMPP e apenas recebeu informações sobre exercícios respiratórios e quaisquer dúvidas que pudessem ter sobre a cirurgia. Verificaram-se melhorias distintas entre o grupo de investigação em comparação com o de controlo.

Já Milios et al. (2019) avaliaram a eficácia de um programa de TMPP focado na ativação de fibras musculares de contração rápida e lenta, iniciado no pré-operatório. Os participantes receberam ensino sobre cuidados habituais em relação ao treino da micção, a mudanças comportamentais relevantes e foram incentivados a caminhar diariamente por 30 minutos, 5 dias por semana. Durante 2 sessões de 30 minutos receberam instruções

escritas e verbais sobre a técnica correta de exercício MPP. Também receberam dicas de relaxamento muscular abdominal e de como evitar sustentar a respiração, posteriormente foi então prescrito um programa de treino diário. Os participantes do grupo de investigação realizaram 6 séries de exercícios MPP por dia na posição de pé, com cada série compreendendo 10 contrações rápidas (1 s de duração) e 10 lentas (10 s de duração) com um tempo de descanso igual. No grupo de controlo os participantes realizaram 3 séries de exercícios MPP por dia, com 10 contrações por série, por uma duração de 10 segundos com igual tempo de descanso. As séries de exercícios diários foram realizadas uma em cada posição: deitado, sentado e em pé. Os resultados demonstraram que a intervenção intensiva de TMPP, aplicada antes da cirurgia, melhorou a função muscular do pavimento pélvico pós-cirúrgico e recuperação funcional da continência urinária.

Num outro estudo, Strojek et al. (2021) investigaram o efeito TMPP no tratamento da IU de esforço após PR. O TMPP foi realizado 2 vezes por semana durante 12 semanas, com ênfase na ativação das fibras musculares e na correção postural. Os participantes receberam instruções sobre respiração e a mobilidade articular, além de realizar exercícios em diferentes posições. O número de séries e a duração das contrações foram personalizados para cada participante, levando em consideração a capacidade funcional. Os resultados demonstraram que o TMPP é um método eficaz para tratar a IU.

❖ *Biofeedback*

O *biofeedback* funcional pode ser usado para mostrar à pessoa como os seus músculos estão a responder aos exercícios. Isso ajuda a garantir que os exercícios estejam a ser realizados corretamente e permite ajustes para obter melhores resultados. São colocados sensores no corpo para monitorizar atividade muscular que captam sinais e traduzem em *feedback* visual ou auditivo em tempo real, permitindo que a pessoa perceba e compreenda melhor o funcionamento do seu corpo e desta forma tornar-se mais consciente e ativa no seu processo de recuperação (Ribeiro et al., 2010).

Allameh et al. (2021) investigaram os efeitos pré e pós-operatórios do TMPP e do *biofeedback* utilizando *MyoTrac Infiniti* (O *MyoTrac Infiniti* é um dispositivo de *biofeedback* fabricado pela *Thought Technology Ltd.*, sediada no Canadá) no tratamento IU em pessoas submetidas a PR. Os participantes foram divididos em três grupos: o primeiro recebeu sessões de *biofeedback* (durante 30 minutos, 2 vezes por semana durante 2 semanas antes da cirurgia) e sondas não funcionais após a cirurgia, o segundo recebeu sondas não funcionais antes da cirurgia e sessões de *biofeedback* (30 minutos, 2 vezes por semana durante 2 semanas) após a remoção do cateter urinário, enquanto o terceiro grupo, o de controlo recebeu apenas sondas não funcionais em ambos os períodos. Após a remoção do cateter urinário todos foram orientados sobre o TMPP. O estudo sugere que o *biofeedback*

para os músculos do pavimento pélvico pode ser uma abordagem eficaz para promover a recuperação precoce da continência urinária após a PR.

Também outro estudo realizado por Dijkstra-Eshuis et al. (2015) relata os efeitos do TMPP pré-operatório (sessões semanais de 30 minutos em várias posições 2 vezes por dia até à cirurgia e durante 4 semanas) na IU e na qualidade de vida das pessoas submetidas a PR, em que foram investigar a intervenção combinada de TMPP com *biofeedback* com eletromiografia (EMG) com sonda retal (O *Myomed* 9321) aplicado 1 vez por semana no pré-operatório, com acompanhamento de 4 semanas); no grupo de controlo, com o tratamento convencional. No pós-operatório, após a remoção do cateter urinário retomaram o TMPP. As instruções escritas para a prática diária consistiam em 2 séries de 30 contrações durante a respiração abdominal, com uma respiração entre cada contração. Como resultados todos os participantes recuperaram a continência urinária em 1 ano.

Oh et al. (2019), investigaram a eficácia do dispositivo de *biofeedback* extracorporal personalizado *Anykegel* no TMPP para a recuperação da IU após PR laparoscópica assistida por robótica. Cada participante recebeu instruções verbais e escritas para o TMPP no momento da remoção do cateter urinário e em consulta 1 vez por mês. As instruções foram dadas de três formas diferentes: (a) quatro vezes ao dia; (b) 10 minutos por sessão de exercício; (c) um mínimo de 10 segundos de duração da contração com intensidade máxima de contração. O grupo intervenção recebeu o aparelho de *biofeedback* extracorporal *Anykegel* e um manual de instruções do aparelho. O dispositivo utilizado é composto por um perineómetro extracorporal portátil e um dispositivo de visualização (smartphone ou tablet e PC) que apresenta uma representação visual da força dos MPP em modo de gráfico ou de jogo. Todos os participantes foram orientados a continuar o TMPP enquanto persistisse qualquer grau de IU. O estudo concluiu que o dispositivo de *biofeedback* extracorporal personalizado oferece benefícios significativos na recuperação da IU após a PR, especialmente no período pós-operatório imediato.

Também num estudo realizado por Szczygielska et al. (2022) tiveram como objetivo avaliar a eficácia do TMPP com *biofeedback* e criaram um programa com a duração de 10 semanas. O programa teve a duração de 10 semanas e envolveu três grupos: A e B, com menos de 6 semanas pós-PR, e o grupo C, com mais de 6 semanas pós-PR. Todos os participantes praticavam exercícios uma vez por semana em consultas de acompanhamento e três vezes ao dia em casa, por 10 a 15 minutos cada sessão. Os exercícios incluíam contrações curtas e longas dos músculos do pavimento pélvico em diferentes posições corporais. Os exercícios consistiram em 10 contrações curtas de 1 s dos MPP e 10 contrações longas, com duração de 10 s. Essa sequência de exercícios foi realizada em 3 posições corporais: deitado de costas, sentado em um banco e em pé. A contração foi gradualmente desativada em cada posição e durante o programa deveriam interromper o fluxo urinário durante a micção uma vez ao dia e continuar a urinar novamente. No grupo B, foram utilizados os exercícios baseados no *biofeedback* com EMG,

além do método de reeducação dos MPP, comum aos outros grupos. Os resultados demonstraram a eficácia do TMPP após a PR, com evidência de que o *biofeedback* com EMG pode aumentar sua eficácia terapêutica.

Um outro estudo semelhante realizado por Zhang et al. (2015) cujo objetivo foi examinar a eficácia de uma intervenção combinada de exercícios e autogestão dos sintomas melhoraria a continência urinária e a qualidade de vida após PR. Para isso utilizaram o TMPP com *biofeedback* e com um grupo de apoio, em que era realizada 1 sessão de exercício assistido por *biofeedback* e 6 sessões quinzenais de terapia para resolução de problemas, com grupos de 3 a 5 participantes e tinha uma duração de 60 a 75 minutos por sessão. O TMPP com *biofeedback* mais contato telefônico, era com contato individual aproximadamente 45 minutos por sessão. Isto proporcionou competências de gestão de sintomas através de um grupo de apoio ou através de contatos telefônicos, durante 3 meses. Os resultados do estudo mostram que o TMPP associado à autogestão dos sintomas em um ambiente com apoio pode melhorar significativamente a continência urinária e a qualidade de vida.

Lira et al. (2019) avaliaram os efeitos de um programa TMPP perioperatório versus cuidados habituais na recuperação precoce da continência urinária e da função erétil após PR. O grupo de controle recebeu cuidados habituais após PR, e o grupo de investigação recebeu 2 sessões de TMPP pré-PR (3 vezes por dia em intensidades progressivamente maiores) e *biofeedback* com EMG, além de instruções verbais e escritas para continuar o TMPP até à realização da PR, que foi então retomado após a remoção do cateter urinário. Este programa não mostrou benefícios no pré-operatório.

❖ Pilates

O Pilates é uma forma de exercício que se concentra no fortalecimento muscular, enquanto melhora o alinhamento postural, equilíbrio, a consciência corporal e a flexibilidade (Culligan et al., 2010).

An et al. (2023) compararam o efeito de diferentes posições de Pilates combinadas com o treino dos exercícios Kegel na força dos MPP na IU após a PR. Os participantes foram divididos em três grupos com base no tempo pós-cirúrgico. O registo da atividade muscular foi feito utilizando EMG durante a execução dos exercícios em quatro posições diferentes. Todos os participantes realizaram os 4 exercícios básicos por 40 minutos por dia durante um período de 2 meses: apenas Kegel (deitados no tapete e fazer contração do ânus, em que cada contração durava 5 segundos, com um período de descanso de 5 segundos), respiração de Kegel e Pilates (tinham que inspirar lentamente, observar o afundamento do diafragma, contrair os músculos abdominais ao expirar, fazer exercícios de Kegel ao inspirar), Kegel com elevações (tinham que sentar-se direito, manter o tronco direito levantar-se e afundar. Observar a extensão da coluna e fazer Inspiração e expiração

profunda), Kegel com agachamento (fazer movimentos de agachamento com bandas elásticas). Os resultados indicaram que o treino de Pilates combinado com outros exercícios foi benéfico e adequado para a recuperação da continência urinária após a cirurgia.

Pedriali et al. (2016) avaliaram a eficácia de um programa de exercícios de Pilates comparado ao protocolo convencional de exercícios para os MPP no tratamento conservador da IU após PR. Foi aplicado um programa com exercícios de Pilates (10 sessões de 1 vez por semana, durante 45 minutos e com orientações por escrito para realizar três exercícios em casa) e com TMPP combinado com estimulação elétrica sensorial intra-anal (10 sessões individuais semanais de TMPP em combinação com estimulação elétrica sensorial intra-anal 1 vez por semana durante 40 a 50 minutos e com orientações por escrito para realizar o mesmo protocolo de exercícios diariamente). O programa teve a duração de 10 semanas de tratamento. Os resultados demonstraram que o Pilates pode acelerar a recuperação da continência urinária e melhorar a qualidade de vida, sendo comparável aos resultados do TMPP convencional associado à estimulação elétrica sensorial, como evidenciado em estudos anteriores.

Gomes et al. (2018), compararam os efeitos de um programa de exercícios de Pilates com o TMPP nas pessoas com IU após PR. Foi aplicado um programa de exercícios de Pilates e um programa de TMPP convencional combinado com estimulação elétrica anal. O programa de exercícios de Pilates consistiu em 10 sessões semanais de exercícios durante 45 minutos com orientações escritas para realização de exercícios diariamente em casa. O programa de TMPP convencional combinado com estimulação elétrica anal, realizou 10 sessões semanais de TMPP (3 séries de 10 contrações na posição deitado, sentado e em pé) com duração de 45 minutos combinado com estimulação elétrica (com eletrodo Intra cavitário anal com uma corrente de 50 Hz) por 20 min e com a indicação por escrito para fazer o mesmo protocolo de contrações voluntárias diariamente em casa. Como em estudos anteriores, o método Pilates mostrou resultados comparáveis ao TMPP convencional em termos de melhoria da continência urinária.

❖ Exercício aeróbico e treinamento de resistência/hipertrofia

Singh et al. (2023) investigaram a eficácia de um programa de exercícios físicos realizado durante seis semanas, tanto no pré-operatório quanto no pós-operatório, em pessoas submetidas a PR. O programa consistiu em exercícios de resistência e aeróbicos três vezes por semana, iniciando-se seis semanas antes da cirurgia no pré-operatório e seis semanas após a cirurgia no pós-operatório. Cada sessão, com duração aproximada de 90 minutos, foi realizada em grupos de 5 a 8 participantes. Os exercícios de resistência visavam os principais grupos musculares, incluindo treinos como *leg press*, extensão e flexão de pernas, remada sentada, entre outros, com intensidade variando de 6 a 12 repetições máximas em 2 a 4 séries por exercício. Também foram incluídos exercícios

específicos do tronco, como prancha e ponte reversa em bola suíça. O componente aeróbico incluiu modalidades como caminhada/corrida em passadeira e ciclismo ou remo, com intensidade entre 60-80% da frequência cardíaca máxima estimada do participante, por 20-30 minutos. Cada sessão começava com um aquecimento composto por exercícios aeróbicos de baixa intensidade e alongamentos. A prática de exercícios de força muscular e resistência, tanto antes quanto após a cirurgia, resultou em melhorias na IU.

Heydenreich et al. (2020) investigaram uma nova abordagem terapêutica utilizando uma barra oscilante para fortalecer o pavimento pélvico e a musculatura abdominal profunda, visando acelerar a recuperação da continência urinária após PR. Foram estudados dois grupos, ambos completando um programa de tratamento padrão que incluiu TMPP e exercícios de resistência e força durante três semanas, realizados diariamente em diferentes posições (sentado, deitado e de pé) e situações da vida quotidiana. Além disso, receberam instruções verbais sobre a anatomia e função do pavimento pélvico e aprenderam a realizar a contração muscular de forma correta. No grupo intervenção, o treino foi supervisionado diariamente e foi usada uma barra oscilante para o treino adicional de coordenação dos MPP. O dispositivo de treino, *Bioswing Improve 150*, foi usado em sessões diárias de 30 minutos, ativando involuntariamente a musculatura abdominal profunda (os músculos do tronco foram ativados por um movimento para a frente e para trás do dispositivo de treino na função de *feedforward*, isto significa que o músculo transverso do abdômen é também ativado pelos movimentos voluntários dos braços, por conseguinte, os MPP são ativados pela co-ativação da musculatura local do tronco). O grupo de controlo realizou terapia de relaxamento diária (ouviram música de relaxamento na posição deitada por 30 minutos), além do TMPP sob supervisão. Os resultados mostraram que a combinação de exercícios foi mais eficaz na promoção da continência urinária após PR.

❖ Electroestimulação

Pané-Alemany et al. (2021) comparam a eficácia do tratamento com electroestimulação perineal transcutânea versus electroestimulação intracavitária na redução da frequência de IU após PR e o impacto na qualidade de vida. Utilizaram a técnica de electroestimulação muscular, em que foi utilizado o electroestimulador *Neurotrac Pelvitone*. Foram aplicados 2 elétrodo colocados no períneo e na base do pénis e foram comparados com outra técnica de electroestimulação, uma sonda de estimulação anal *Analys Plus* de 140 mm que foi colocada no interior da cavidade rectal. O tratamento consistiu em 15 minutos de electroestimulação perineal (com elétrodo de superfície ou sonda intra-anal). Os parâmetros seleccionados incluíram 10 minutos de corrente intermitente bifásica, frequência 30 Hz, largura de pulso 0,25 ms, e intensidade de corrente entre 10 e 30 mA, sem ciclos liga-desliga. Se a capacidade de manter a contração melhorasse, o ciclo de

trabalho progredia a cada mês. Todos os participantes foram encorajados a tolerar a intensidade mais alta possível para obter uma contração. Para além da electroestimulação foi realizado o TMPP com exercícios ativos de Kegel, em cada uma das sessões de tratamento e também realizados em casa. Os exercícios consistiam em 10 contrações lentas e mantidas (8–10 s) e 10 contrações rápidas (3 s) da musculatura perineal a serem realizadas 3 vezes por dia (2 vezes na posição deitada e 1 vez na posição sentada ou em pé) durante as 10 semanas. Verificou-se que a electroestimulação promove a continência urinária e melhora a qualidade de vida.

Soto González et al. (2020) avaliaram a eficácia do tratamento precoce de três meses com electroestimulação e *biofeedback* na IU após PR. Utilizaram a electroestimulação e o *biofeedback* com EMG no grupo de intervenção durante 3 dias por semana e durante 3 meses. O uso da electroestimulação foi realizado durante 15 minutos; o *biofeedback* foi de aproximadamente 30 minutos todos os dias e com a realização de exercícios de forma a obter força, resistência e velocidade para atingir os objetivos. Estes exercícios foram efetuados em casa, 3 vezes por dia, em várias séries. O grupo de controlo não recebeu tratamento específico, mas ambos os grupos receberam um guia impresso para realizar TMPP em casa e foram treinados para os realizar corretamente. A intervenção consistiu numa primeira fase de sensibilização em que receberam noções básicas de anatomia, funcionamento da musculatura e do processo de micção, tendo-lhes sido depois dadas recomendações sobre hábitos alimentares e de consumo, além de instruções sobre o preenchimento do diário miccional. Como resultados, o grupo de intervenção apresentou uma taxa superior de recuperação da continência urinária.

Zaidan e Silva (2023) avaliaram o efeito da electroestimulação anal intracavitária sobre IU após PR. Para isso foram estudar electroestimulação de 50 Hz associado a exercícios dos MPP, a electroestimulação de 65 Hz associado a exercícios dos MPP. A duração do tratamento foi de 2 vezes por semana e a quantidade de sessões foi aquela necessária para recuperar a continência urinária, não ultrapassando as 20. A execução dos exercícios dos MPP foi realizada com instrução verbal. Foi solicitada a inspiração diafragmática associada ao relaxamento dos MPP, e ao expirar lentamente contrair os MPP. Os exercícios foram realizados em diversas posições, de forma a atingir a contração máxima dos MPP em diferentes fibras, sendo o programa do protocolo de 20 minutos. Também aqui se verificaram benefícios da electroestimulação quando associada ao TMPP.

❖ Terapia por Vibração

Fode et al. (2014) verificaram o efeito da estimulação vibratória peniana na preservação e restauração da função erétil e da continência urinária após PR. Iniciaram a investigação no pré-operatório e os participantes receberam uma sessão pré-operatória com instruções de TMPP. Os participantes do grupo de intervenção foram instruídos a estimular por

vibração a glândula peniana 1 vez ao dia com uma sequência de 10 segundos de estimulação seguida de uma pausa de 10 segundos repetida 10 vezes (totalizando 100 segundos de estimulação diariamente) com o vibrador *FERTI CARE*, com uma amplitude de 2 mm e uma frequência de vibração de 100 Hz diariamente no domicílio, por pelo menos 1 semana antes da cirurgia. Após a remoção do cateter urinário, a técnica por vibração foi reiniciada por um período de 6 semanas. Todos foram contatados por telefone para garantir a adesão TMPP e a estimulação vibratória. Uma das hipóteses era que a estimulação vibratória poderia melhorar o controle urinário através da melhoria da capacidade de contrair os MPP e do esfíncter urinário externo, no entanto não houve melhoria na IU.

1.5. TEORIA DAS TRANSIÇÕES

Os principais fenômenos em enfermagem estão centrados em quatro metaparadigmas: Pessoa, Saúde, Ambiente e Cuidados de Enfermagem. Estes servem como uma estrutura conceptual que evoluiu para formar uma base de trabalho, a partir da qual foram desenvolvidos os enunciados descritivos da prática profissional dos enfermeiros, com o objetivo de melhorar a qualidade e a segurança dos cuidados prestados à pessoa (OE, 2012).

A Enfermagem, como profissão, visa promover a saúde ao longo de todas as fases da vida e oferecer suporte às pessoas durante os processos de transição. Os diferentes contextos dos cuidados de enfermagem, devem ser sustentados num modelo teórico. (OE, 2012). Diariamente o enfermeiro cuida de pessoas em processos de transição de saúde/doença, pelo que a escolha da teoria para sustentar o relatório foi a Teoria das Transições desenvolvida por Afaf Meleis. Esta teoria de médio alcance, concentra-se na natureza das transições de papéis que a pessoa enfrenta em diferentes etapas da sua vida e em diferentes contextos sociais e culturais, destacando a importância do apoio social, da educação e do autocuidado durante as mesmas. Defende que os enfermeiros podem desempenhar um papel crucial na ajuda durante essas mudanças, ajudando a pessoa a enfrentar os desafios na adaptação às novas situações e promoção do bem-estar físico e emocional (Meleis, 2010). Assim, a teoria permite-nos compreender de que forma a pessoa reage perante a crise que é o diagnóstico de neoplasia, adaptação aos tratamentos e consequências dos mesmos, às mudanças que podem afetar a sua autoestima e a sua qualidade de vida.

De acordo com Meleis (2010) a transição é um processo que conduz à incorporação de mudanças no modo de vida, reorientando e redefinindo o modo de ser e de estar de quem vive a transição. Esta corresponde às mudanças que a pessoa faz na sua vida pessoal, na sua saúde, relação e ambiente. Para tal é necessário adquirir conhecimento e incorporá-lo em novos comportamentos, mudando a sua forma de estar no contexto social.

Acontecimentos mais ou menos significativos podem desencadear mudanças na percepção, identificação, relacionamentos, rotinas, entre outros aspectos. Cada pessoa interpreta essas mudanças de maneira única, podendo ou não estar em concordância com as suas expectativas e preparação prévia para a transição (Meleis, 2010).

Nos subcapítulos anteriores a evidência aponta a IU e a DE como efeitos negativos na vida da pessoa prostatectomizada. A teoria permitiu a análise dos vários processos de transição, em situações variadas de saúde da pessoa, em que desencadeiam mudanças nas suas famílias e na própria, quer até na forma como esta se vê a si mesma (Meleis, 2010). Considerando que a pessoa enfrenta a necessidade de ajustar-se a uma nova realidade, a sua capacidade para realizar essa transição está diretamente relacionada com a sua capacidade individual. Portanto, o papel do EEER é crucial na capacitação da pessoa para lidar com sua nova situação de vida. Isso é feito através da mudança de comportamentos e/ou aquisição de novos conhecimentos, visando maximizar a sua independência e autocuidado. O EEER trabalha na prevenção da incapacidade funcional através do diagnóstico, planeamento, implementação e avaliação de programas de reeducação funcional (Guerreiro & Fernandes, 2019; Matos & Simões, 2020). A adoção de uma verdadeira relação de ajuda e de parceria, é essencial para permitir a transmissão dos conhecimentos, de forma a preparar a pessoa, para a aquisição de novas competências (Meleis et al., 2000).

A pessoa com alteração da continência urinária, é sujeita a uma mudança em que inicialmente estava num estado de bem-estar para passar a estar no de doença, o que lhe traz repercussões para a sua independência e limita o seu autocuidado, leva ao isolamento social e laboral, provoca alterações nas relações familiares. São quatro os tipos de transições conhecidos: desenvolvimento situacional, organizacional e de saúde-doença, mas é no de saúde-doença que podemos inserir a pessoa com alteração da continência urinária, pois passa subitamente de um estado saudável para viver outro com doença (Meleis, 2010).

A transição poderá afetar o autocuidado da pessoa e o enfermeiro deve ter ferramentas que a ajudem a potenciar um processo de transição saudável. São várias as condições que influenciam no processo de transição: pessoais, ambientais, expectativas, crenças, o nível socioeconómico, a própria cultura onde está inserido, o nível de preparação psicológica, o nível de conhecimentos prévios, literacia, nível de habilidade física (Meleis, 2010). Uma transição saudável é definida pela organização, planeamento, acessibilidade aos recursos, suporte familiar, fontes de informação credíveis, aconselhamento e suporte na tomada de decisão. A falta de informação e apoio adequados pode inibir a transição. A mestria em novas competências e comportamentos necessários para lidar com a nova situação promove a saúde e o bem-estar. Estratégias e intervenções são necessárias para capacitar a pessoa e aceitar o processo de mudança, garantindo o sucesso das intervenções (Meleis et al., 2000; Ribeiro et al., 2021).

2. ANÁLISE CRÍTICA E REFLEXIVA DO PERCURSO DE DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS EM ENFERMAGEM DE REABILITAÇÃO

Para fundamentar e enriquecer os cuidados da prática de ER, foi essencial elaborar os objetivos de forma que os mesmos estivessem alinhados com o problema identificado e com os resultados esperados. Esses objetivos são fundamentados tanto nas competências comuns do EE quanto nas competências específicas do EEER (Regulamento n.º 140/2019 e n.º 392/2019).

Com o objetivo de facilitar o desenvolvimento das competências comuns do EE e das competências específicas EEER, foram definidos os seguintes objetivos gerais:

- Desenvolver competências do EEER nos cuidados às pessoas com alterações respiratórias, sensoriais, cognitivas, motoras, cardíacas, na alimentação, na eliminação e na sexualidade, de forma a promover o autocuidado.
- Desenvolver competências de EEER na promoção da continência urinária na pessoa submetida a PR.

Também foram estabelecidos objetivos específicos para desenvolver as competências necessárias do EEER que apresentamos em seguida.

2.1. COMPETÊNCIAS COMUNS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA

De acordo com o Regulamento n.º 140/2019 as “Competências comuns: são as competências, partilhadas por todos os enfermeiros especialistas, independentemente da sua área de especialidade, demonstradas através da sua elevada capacidade de conceção, gestão e supervisão de cuidados e ainda através de um suporte efetivo ao exercício profissional especializado no âmbito da formação, investigação e assessoria” (OE, 2019a, p. 4745).

2.1.1. Domínio da responsabilidade profissional, ética e legal

Para aperfeiçoarmos competências neste domínio¹ foi definido como objetivo específico “Desenvolver uma prática profissional baseada em processos de tomada de decisão ética, sustentada por princípios, valores, normas deontológicas e evidências científicas” (Regulamento n.º 140/2019; OE, 2019a).

¹ Estão inseridas as seguintes competências: A1: Desenvolve uma prática profissional fundamentada em princípios éticos, deontologia, normas legais e evidências científicas, assegurando a excelência nos cuidados de reabilitação; A2: Assegura que as práticas dos cuidados respeitem os direitos humanos e as responsabilidades profissionais.

Os enfermeiros enfrentam situações éticas que exigem a reflexão sobre as suas ações, pelo que as decisões devem ser baseadas em valores e princípios, sustentadas pela ciência e ética, visando sempre o bem-estar da pessoa (Marques-Vieira et al., 2016; Ribeiro et al., 2021).

Na transição para EE, é essencial demonstrar, através de atitudes e comportamentos, uma capacidade de decisão diferenciada, fundamentada em conhecimentos e experiência, quer seja aos pares, ou à pessoa cuidada e à equipa multidisciplinar. Em ER, a ética exige uma reflexão contínua sobre os cuidados à pessoa, garantindo o respeito à sua dignidade e direitos. O EE também deve refletir sobre a sua prática profissional e sobre si próprio (Marques-Vieira et al., 2016; Ribeiro et al., 2021).

Para desenvolver estas competências, foi essencial durante os vários contextos de estágio, garantir o respeito pelo direito de acesso à informação e à confidencialidade dentro da equipa multidisciplinar. Além disso, foi crucial promover o respeito pela autodeterminação, levando em consideração os valores, costumes e crenças de cada pessoa. A realização do estágio em diversos contextos proporcionou uma experiência mais ampla e adaptada a diferentes realidades, com foco num cuidado holístico desde a avaliação inicial das necessidades até ao planeamento, instrução, treino de exercícios e supervisão dos cuidados. Essa abordagem foi fundamental para desenvolver uma relação terapêutica que favorece a adesão aos ER. Também as contribuições do EEER na supervisão clínica, apoio e disponibilidade das equipas, facilitaram a compreensão da estrutura organizacional e da filosofia dos cuidados. Foi realizado em todos os contextos uma entrevista informal com o enfermeiro gestor e o EEER orientador, onde apresentaram a equipa multidisciplinar. Ao longo do estágio ocorreram momentos de partilha e de reflexão com os EEER orientadores, visando proporcionar os melhores cuidados à pessoa e individualizar os cuidados de reabilitação e desenvolver uma prática profissional e ética, promovendo cuidados que respeitassem os direitos humanos e as responsabilidades dos estudantes. Os cuidados de ER planeados e implementados, respeitaram a autonomia e privacidade da pessoa/ prestador de cuidados. Baseou-se o processo da tomada de decisão no conhecimento técnico-científico dos cuidados e na parceria com a pessoa e o prestador de cuidados.

De acordo com o Regulamento do Exercício Profissional dos Enfermeiros (REPE), manteve-se uma conduta responsável e ética, respeitando os direitos e interesses da pessoa, promovendo a saúde, prevenindo a doença e complicações, tratando, reabilitando e incentivando a participação na sociedade (OE, 2015b). Neste sentido, para desempenhar um papel crucial na melhoria da qualidade de vida das pessoas com dependência ou dificuldades em realizar AVD, o EEER foca-se em maximizar a capacidade do autocuidado dos indivíduos, planeando e implementando atividades terapêuticas adequadas. Lidar com as incapacidades e as diferenças torna o EEER um profissional competente na busca pela igualdade e adaptação às alterações na vida diária garantindo a qualidade e dignidade dos

mesmos. O agir ético envolve promover a qualidade de vida e a dignidade das pessoas com incapacidades (Deodato, 2016).

Baseando-nos no Código Deontológico do Enfermeiro (CDE), é de referir que a prática profissional deve ir além da competência científica e técnica, priorizando o bem-estar da pessoa, considerando sempre a sua vontade, as suas implicações e o ambiente envolvente, promovendo a adesão ao autocuidado e o bem-estar de forma a influenciar ganhos em saúde (OE, 2015c).

Durante o estágio, aperfeiçoaram-se as intervenções, ajustando-a às exigências das situações conforme foram decorrendo. Como forma de exemplo, no contexto da UCC o senhor (Sr.) A.G encontrava-se renitente a efetuar o treino de marcha durante o período da manhã, altura em que a equipa de apoio domiciliário prestava os cuidados de higiene e o mesmo ficava cansado e mais sonolento. Foi discutida esta problemática com a equipa de ER, que decidiu a melhor abordagem para instrução e treino de marcha em parceria com o Sr. A.G, ajustando o horário de acordo com as suas preferências. Como resultado, esta intervenção aumentou a sua satisfação e adesão à reabilitação, respeitando os seus costumes e hábitos. A pessoa deve ser parceira no cuidado, exercendo a sua autonomia na escolha dos cuidados, garantindo assim uma maior adesão às intervenções. Esta abordagem concretiza os cuidados centrados na pessoa de uma forma holística (Fernandes & Vareta, 2019).

Outra situação surgiu no contexto de uma consulta de *follow-up* de urologia, com o Sr. P.M 15 dias após a cirurgia a PR. No planeamento dos todos os cuidados procurou-se zelar pela intimidade da pessoa cuidada. Nesta situação tratava-se de um pós-operatório em que era removido material de sutura e realizados cuidados às feridas cirúrgicas, remoção do cateter urinário e reforçados ensinamentos, instrução e treino dos exercícios de fortalecimento do pavimento pélvico, assim como a abordagem à IU e DE. Para isso, deslocámo-nos a um gabinete de consulta de modo a garantir a sua privacidade e um ambiente adequado à intervenção de enfermagem. Avaliou-se o nível de conhecimentos do Sr. P.M, as informações que o médico lhe forneceu antes da cirurgia em relação à componente da IU e DE. Após esta avaliação e perceber a disposição da pessoa para discutir o tema, iniciou-se a intervenção do EEER. Abordaram-se os sinais que poderiam surgir, estratégias para lidar com a situação e onde procurar ajuda caso necessário. Esta intervenção foi baseada na teoria das transições de Afaf Meleis, que considera que a educação e ajuda do enfermeiro minimiza os fatores inibidores como o *stress* facilitando a transição.

Ao longo deste percurso, verificou-se que a pessoa nem sempre tinha autonomia na tomada de decisão e que quando isso acontecia era necessário envolver a família/prestador de cuidados de forma a poder ter mais informações sobre os seus valores, crenças e costumes, pois são essenciais para que as intervenções implementadas estivessem alinhadas com as preferências individuais, garantindo os princípios de beneficência, não-maleficência e justiça.

O EEER também deve respeitar a dignidade e liberdade da pessoa assistida, integrando a sua vontade no planeamento dos cuidados e permitindo-lhe aceitar ou recusar as intervenções propostas (Marques-Vieira & Sousa, 2016). O enfermeiro tem o dever de informar, conforme o artigo 105º do CDE, e deve obter o consentimento informado em cada interação. Este direito permite à pessoa expressar a sua vontade pessoal (Lei n.º 156/2015). A família, ao participar no planeamento e cuidados de saúde, deve apoiar a decisão da pessoa consciente e orientada, respeitando a sua privacidade e compartilhando apenas as informações desejadas sobre seu estado de saúde (Deodato, 2016).

Neste sentido, pode mencionar-se o exemplo do Sr. J.G internado no serviço de NC, que apresentava afasia de expressão devido a hematoma subdural esquerdo e em que foi providenciado dispositivo auxiliar de comunicação através da escrita, que permitiu dar o seu consentimento informado para a realização de um programa de reabilitação com foco na promoção da continência urinária. O Sr. J.G apresentava IU de esforço e funcional, com diminuição do equilíbrio e alteração da marcha com necessidade de apoio de andarilho e ajuda unilateral de pessoa. Foi assim planeado e implementado um programa de reabilitação que envolveu a parceria entre a pessoa, o estudante, a esposa e o EEER. Envolver a família nos cuidados à pessoa é crucial, pois esta atua como elo de motivação e parceria e que é essencial no processo de cuidado (Fernandes et al., 2015). A intervenção implementada foi uma mais-valia, assegurando e respeitando a escolha e autodeterminação da pessoa no âmbito dos cuidados de saúde. Como resultado, identificaram-se ganhos em saúde, com o Sr. J.G a conseguir um autocontrolo da continência urinária.

Durante o estágio, foi demonstrada uma prática segura dos cuidados de ER. As decisões tomadas estavam alinhadas com as competências do EEER, evidenciando um domínio de conhecimentos na avaliação sistemática das práticas de cuidados e preferências da pessoa, conforme o Regulamento n.º 140/2019.

2.1.2. Domínio da Melhoria Contínua da Qualidade

De forma a desenvolver competências neste domínio², definimos como objetivo específico “Integrar as dinâmicas funcionais da organização dos diferentes locais de estágio intervindo nas práticas dos cuidados de enfermagem de reabilitação, na conceção, gestão e colaboração em programas de melhoria da qualidade dos cuidados”.

Para melhorar a qualidade dos cuidados, existiu a integração na equipa multidisciplinar, participando nas atividades do serviço e demonstrando conhecimento da sua dinâmica. Aprofundaram-se conhecimentos através da pesquisa, consulta de normas, protocolos,

² Estão inseridas as seguintes competências: B1- Garante um papel dinamizador no desenvolvimento e suporte das iniciativas estratégicas institucionais na área da governação clínica; B2- Desenvolve práticas de qualidade, gerindo e colaborando em programas de melhoria contínua; B3- Garante um ambiente terapêutico e seguro.

com foco na promoção da continência urinária na pessoa submetida a PR e na gestão de um ambiente seguro. Foram realizadas entrevistas com a equipa de enfermagem, o enfermeiro gestor e o EEER orientador dos locais de estágio para incorporar projetos existentes e identificar necessidades de formação. O objetivo foi maximizar os benefícios oferecidos por cada serviço, expandindo os cuidados além das pessoas com IU. Assim, buscou-se aumentar o conhecimento e a experiência em todas as áreas da reabilitação.

A aquisição de conhecimentos teve início na componente teórica do curso de mestrado em ER, com foco em padrões de qualidade e melhoria contínua da prática clínica. Destaca-se a realização de uma revisão sistemática sobre ER na IU, evidenciando ganhos sensíveis nos cuidados, especialmente na pessoa submetida a PR. A observação, a consulta de registos, as experiências vividas, a orientação do EEER e professor orientador, juntamente com a pesquisa individual para elaborar os planos de cuidados de ER, sempre tiveram como objetivo garantir a qualidade dos cuidados prestados.

Para melhorar os cuidados, é essencial realizar avaliações e análises contínuas que quantifiquem e interpretem os ganhos, permitindo ajustar ou replicar estratégias (White, 2014). Os registos de enfermagem são cruciais para a continuidade dos cuidados e servem como ferramentas no processo de melhoria da qualidade (McCullen et al., 2014). Para isso, foram utilizados os sistemas de informação disponíveis em cada local de estágio, folhas de registo criadas pelos próprios EEER assim como bases de dados.

Durante o estágio foram desenvolvidas atividades que permitiram a aquisição de competências. Existiu colaboração com os EEER na avaliação da pessoa, utilizando instrumentos de avaliação para monitorizar alterações no autocuidado e promover um ambiente seguro e terapêutico. Desenvolveram-se sistemas de liderança com a intenção de sensibilizar, responsabilizar e capacitar os restantes profissionais em prol da segurança da pessoa. Foi valorizada a competência técnica e a tomada de decisões baseadas na evidência de forma a promover a excelência nos cuidados e o compromisso com práticas seguras e centradas na pessoa.

A reflexão sobre as necessidades percebidas na prestação dos cuidados, resultou na formação das equipas através da formação em serviço, melhorando a qualidade dos cuidados prestados pelas mesmas.

No serviço de ortopedia, identificou-se a necessidade de aumentar a literacia em saúde da pessoa e prestador de cuidados/ família, nesse sentido foi elaborado um "Guia Orientador de Autocuidados e Produtos de Apoio" (APÊNDICE IV). Esta necessidade surgiu após as várias abordagens por parte da pessoa/prestador de cuidados/família durante o período da visita com questões pertinentes sobre os cuidados pós-alta incluindo material de apoio. Foi também elaborado um catálogo (APÊNDICE V) com o material de apoio disponível para promover a independência e integração na comunidade das pessoas com alterações na funcionalidade. O mesmo foi posteriormente plastificado para ser utilizado no serviço para explicar à pessoa/prestador de cuidados qual o produto de apoio mais

adequado. Ficou estabelecido que o guia orientador passou a integrar os documentos de preparação para a alta e que o mesmo será entregue no momento da alta hospitalar.

É fundamental conhecer e utilizar os recursos disponíveis e oferecer alternativas que possibilitem a continuidade do programa de reabilitação após a alta. O EEER tem um papel crucial na capacitação da pessoa e da família para os cuidados no domicílio, promovendo o autocuidado e o bem-estar. Com conhecimentos avançados, o EEER aplica práticas baseadas em evidência e contribui para a melhoria contínua dos cuidados (Menoita et al., 2012; OE, 2019b).

No estágio hospitalar que decorreu no serviço de NC, foram planeadas atividades com o EEER orientador e a enfermeira gestora para sensibilizar a equipa de EEER sobre o tema em estudo. Foi proposto a elaboração de um diagnóstico de situação sobre a IU no serviço e a construção de um programa de reabilitação. Posteriormente foi realizada uma formação em serviço onde foram apresentados os resultados obtidos e discutido em equipa a aplicabilidade na melhoria dos cuidados (APÊNDICE VI).

Também no contexto de UCCI (APÊNDICE VII) e UCC (APÊNDICE VIII), foi realizada formação à equipa multidisciplinar (EEER, técnicos auxiliares de saúde e fisioterapeutas) através de formação em serviço, com o objetivo de promover a continência urinária, utilizando estratégias para fortalecer os MPP, ajustar hábitos miccionais e modificar estilos de vida. A formação foi posteriormente partilhada pelo EEER orientador de estágio em grupo de rede social institucional para que pudesse ser utilizada em diversos serviços e disseminada pela instituição.

Durante o estágio identificaram-se os principais fatores de risco que podem comprometer o bem-estar da pessoa e envolvimento do prestador de cuidados/família para uma prática de cuidados segura, em que se destaca as atividades desenvolvidas na área da prevenção de quedas, que contribuíram para uma prática da qualidade e para proporcionar um ambiente terapêutico seguro. O conhecimento de que as quedas resultam de múltiplos fatores de risco, como biológicos, comportamentais, socioeconómicos e ambientais, permite a intervenção sobre alguns desses fatores, embora nem todos possam ser eliminados (Despacho n.º 1400-A/2015). A avaliação do risco de queda foi realizada no primeiro contato com a pessoa, durante alterações na condição de saúde e na avaliação dos resultados das intervenções. Utilizaram-se instrumentos apropriados, como a Escala de Quedas de Morse (Norma n.º 008/2019) para quantificar o risco. A avaliação neurológica, da motricidade, equilíbrio e marcha, forneceu dados quantitativos e qualitativos sobre a força, tónus muscular, coordenação motora e características da marcha. Os estudos de caso (APÊNDICE IX e X) demonstram a implementação dos instrumentos de medida e a avaliação neurológica nos contextos comunitário e hospitalar. A avaliação e identificação dos fatores de risco ambientais foram realizadas através de intervenções específicas, como a remoção de obstáculos, a adequação do calçado, o treino com auxiliares de marcha, a avaliação das características dos pavimentos de circulação e

a realização das AVD. Consciencializou-se a pessoa e a família sobre a relação entre a condição de saúde e o risco de queda. Além disso, foram oferecidos aconselhamentos sobre alterações ambientais em casa, a necessidade de usar auxiliares de marcha, incentivando a participação do familiar no treino de marcha e recomendando produtos de apoio, como a aquisição de um tripé. Intervenções como o treino de equilíbrio, fortalecimento muscular e uso do auxiliar de marcha foram eficazes na redução do risco de quedas. As estratégias de prevenção de quedas melhoram a qualidade dos cuidados, maximizando as capacidades funcionais, promoveram a acessibilidade, a participação social, um ambiente seguro e preveniram alterações da funcionalidade (Despacho n.º 1400-A/2015).

2.1.3. Domínio da Gestão dos Cuidados

Para desenvolver competências neste domínio³, definiu-se como objetivo específico “Desenvolver competências na gestão dos cuidados de enfermagem de reabilitação através dos recursos disponíveis, otimizando a resposta da equipa multidisciplinar de forma a garantir a qualidade dos cuidados”.

No domínio da gestão de cuidados, desenvolveram-se competências durante o estágio, aprofundando a gestão dos cuidados de ER, garantindo a segurança e a qualidade dos cuidados, promovendo o planeamento e as intervenções com a equipa de enfermagem para melhorar as respostas através da partilha de conhecimentos. Foi importante a gestão de recursos humanos e a cooperação dos cuidados para uma articulação eficaz entre os profissionais das equipas de saúde, dentro da instituição assim como entre instituições.

Nos diferentes contextos de estágio, foi possível desenvolver as competências C1 e C2, colaborando nas decisões da equipa, na referenciação para outros prestadores de cuidados, na delegação de cuidados, na instrução e demonstração prática, na avaliação dos cuidados delegados, na utilização eficiente dos recursos para promover a qualidade, e no reconhecimento dos papéis interdependentes da equipa, criando um ambiente favorável para a prática dos cuidados (Regulamento nº 140/2019). A participação nas passagens de turno permite que o EEER e os enfermeiros troquem experiências e discutam intervenções realizadas, otimizando o processo de cuidados e a tomada de decisão de forma individualizada. Essas trocas são essenciais para resolver problemas e garantir o plano de cuidados de ER à pessoa (Regulamento nº 140/2019).

Desenvolver competências neste domínio, implica uma avaliação global da pessoa/prestador de cuidados/família numa visão holística do seu contexto, necessidades e habilidades, conhecimentos e medos. Através da avaliação diagnóstica e do estabelecimento de uma relação terapêutica, foi possível planear os cuidados e referenciar

³ Estão inseridas as seguintes competências: C1 - Gere os cuidados, otimizando a resposta da equipa de enfermagem, seus colaboradores e a articulação na equipa multiprofissional; C2 - Adapta a liderança e a gestão dos recursos às situações e ao contexto, visando a garantia da qualidade dos cuidados.

para os diferentes profissionais necessários para acompanhamento personalizado e completo. Para garantir a qualidade dos cuidados e otimizar a tomada de decisão, foi essencial manter uma articulação eficaz com a equipa multidisciplinar, através da partilha de informações relevantes.

A título de exemplo, no estágio de ortopedia, deu-se prioridade aos primeiros levantes com o foco na avaliação das condições habitacionais, rotinas e barreiras arquitetónicas, de forma a adaptar os cuidados às necessidades reais da pessoa. Houve uma colaboração significativa entre os EEER e os enfermeiros de cuidados gerais na orientação dos procedimentos como o levante, transferências, o uso de auxiliares de marcha e na definição da dieta para a pessoa com disfagia, evitando complicações e maximizando potencialidades. Diante dos resultados positivos, decidiu-se delegar à equipa de enfermagem de cuidados gerais a supervisão das AVD, reforçando a importância da colaboração de toda a equipa, dado o tempo limitado de contato do EEER com a pessoa, com isso promoveu-se uma gestão mais eficiente dos cuidados. Ainda no estágio de ortopedia, como exemplo, destaca-se a intervenção com a senhora (Sra.) A.C que estava internada por cirurgia a fratura trimaleolar do membro inferior direito (MID) e com indicação para não realizar carga nesse membro. Esta residia sozinha num apartamento, no 2º andar sem elevador. A redução da força muscular e da amplitude articular no MID impedia-a de subir e descer escadas. Para dar continuidade ao programa de RFM após a alta foi proposta para ingressar na Rede Nacional Cuidados Continuados Integrados (RNCCI) – Unidade de convalescença que a mesma aceitou. Os tempos de espera para ingressar nestas unidades são longos e a Sra. A.C ao longo do programa de reabilitação foi apresentado melhoria com maximização da capacidade funcional para subir e descer escadas. De forma a respeitar a autonomia e promover a reinserção e para o exercício da cidadania, estabeleceu-se a articulação com a equipa médica e o serviço social para se alterar a tipologia da referenciação. Também existiu articulação com o serviço de medicina física e reabilitação e EEER em que se otimizou o programa de reabilitação funcional motora (RFM). Assim, após a participação ativa da Sra. A.C na tomada de decisão, iniciou-se o processo de referenciação para ECCI da sua área de residência de forma a assegurar a continuidade dos cuidados pós-alta.

Os cuidados de reabilitação são multidisciplinares, e o EEER, pelas suas competências, deve liderar a comunicação e articulação da equipa. A experiência em contextos comunitários e hospitalares destaca a importância da sua atuação na preparação para a alta, assegurando a qualidade e segurança dos cuidados prestados (Pestana, 2016).

Outro exemplo, foram as conferências familiares no estágio da UCCI, que consistiam em reuniões frequentes com a pessoa, a família/ prestador de cuidados, o médico, o EEER, fisioterapeutas e assistente social, em que esta partilha de informação entre a equipa multidisciplinar tinha como foco a reflexão e decisão da melhor forma para agilizar a preparação para a alta da pessoa internada, como o caso do Sr. P.V, que estava internado

na UC por ter sido submetido a colocação de prótese total da anca à direita. Esta reunião aconteceu cerca de 10 dias antes do término do tempo de internamento na Unidade de convalescença (30 dias). Foi transmitido ao Sr. P.V e à sua família /prestador de cuidados a sua evolução em termos clínicos e de reabilitação e auscultadas as dificuldades dos mesmos na preparação para a alta de forma a poder-se agilizar a mesma para regressar ao domicílio o mais breve possível e em segurança.

Outra situação foi a do Sr. A.S em contexto de UCC, em que as suas necessidades ultrapassavam o domínio da competência do EEER, pelo que solicitado apoio por parte do serviço social e médico assistente para solucionar a situação, visto que por carência económica o Sr. A.S não conseguia assegurar o transporte para comparecer nas consultas de neurologia onde era acompanhado com o diagnóstico de demência, O Sr. A.S tinha sido intervencionado a cirurgia cardíaca com esternotomia e apresentava síndrome de imobilidade. Com o plano de reabilitação motora e marcha com andarilho existiu melhoria ao nível funcional. Apesar da criação de um ambiente seguro, através da eliminação das barreiras arquitetónicas e do reforço de orientações e todos os ensinamentos, instrução e treino para os autocuidados, a cuidadora que era a esposa, plenamente capaz e autónoma na prestação de cuidados, começou a apresentar sinais de desgaste físico e psicológico, pelo que solicitou a referenciação do esposo para uma Unidade de Média Duração e Reabilitação, ingressando este na mesma cerca de 2 semanas após a referenciação.

Verificou-se ao longo do estágio realizado na ECCI que a maioria das referenciações eram do foro ortopédico, respiratório ou por síndrome de imobilidade. Nunca se verificou referenciação por problemas do foro da eliminação, fosse esta por IU ou em situações de pessoas ostomizadas. Percebeu-se também que o autocuidado eliminação era pouco abordado nos programas de reabilitação.

A prestação de cuidados de ER durante os estágios foi eficaz e bem organizada em complementaridade com outros profissionais de saúde. O objetivo foi otimizar os recursos em benefício da pessoa garantindo cuidados de saúde eficazes e eficientes. Conseguiu-se fortalecer a colaboração com a equipa multidisciplinar, destacando o trabalho em equipa na avaliação das necessidades das pessoas, no planeamento e implementação das intervenções do EEER e na avaliação subsequente dos resultados.

2.1.4. Domínio do Desenvolvimento das Aprendizagens Profissionais

De forma a desenvolver competências neste domínio⁴, delineou-se como objetivo específico “Analisar o processo de aprendizagem realizado, em que baseia a sua praxis em evidência científica, com vista ao desenvolvimento de competências”.

⁴ Estão inseridas as seguintes competências: D1- Desenvolve o autoconhecimento e a assertividade; D2- Baseia a sua praxis clínica especializada em sólidos e válidos padrões de conhecimento baseados na melhor ciência científica.

O Regulamento n.º 392/2019 da OE destaca que a evolução do conhecimento exige que o EEER integre uma prática baseada em evidência científica e focada em resultados sensíveis aos cuidados de enfermagem, sendo também fundamental a sua participação em projetos de investigação que contribuem para o aprimoramento do conhecimento e o desenvolvimento de competências.

Segundo o CDE “O enfermeiro procura, em todo o ato profissional, a excelência do exercício, assumindo o dever de manter a atualização contínua dos seus conhecimentos e utilizar de forma competente as tecnologias, sem esquecer a formação permanente e aprofundada nas ciências humanas” (OE, 2015c).

Este percurso de especialização, por si só, reflete a aplicação deste domínio, pois, durante a prática clínica, procurou-se consolidar o conhecimento previamente adquirido através da componente teórica, investindo na autoformação para estimular o pensamento crítico e reflexivo, aceitando críticas como oportunidades de crescimento. Ao longo desta trajetória, procurou-se sempre contribuir para o desenvolvimento profissional, participando em formações relevantes para a prática dos cuidados.

Segundo o Regulamento n.º 140/2019 o EE desenvolve o autoconhecimento e a assertividade e baseia a sua *práxis* clínica especializada em sólidos e válidos padrões de conhecimento. Neste sentido, foi importante o desenvolvimento da autoaprendizagem e a busca contínua da autoconsciência, um processo que se tem fortalecido e aprimorado ao longo do curso de mestrado, para a aquisição do título de EEER e a obtenção do grau de Mestre. Ao longo deste percurso, as emoções e desafios foram consideráveis, sendo superadas gradualmente, pois a aprendizagem contínua é um processo sem fim, exigindo desenvolvimento constante, o investimento em conhecimento científico e na evolução das competências pessoais, sempre com o objetivo de melhorar a prestação dos cuidados. Para isso foram importantes no suporte da prática baseada em evidência científica a elaboração dos estudos de caso, assim como, a revisão de *scoping* intitulada “As Intervenções na Promoção da Continência Urinária na Pessoa Submetida a Prostatectomia Radical”. Além de promover o desenvolvimento do autoconhecimento e da assertividade, de forma a complementar o conhecimento adquirido academicamente, esta revisão promoveu o aprofundamento de conhecimentos na área da reabilitação. Foram publicados os resultados da revisão *scoping* em formato de póster nas III Jornadas de Enfermagem da Escola Superior de Saúde Egas Moniz (APÊNDICE XI), assim como no 3º Simpósio de Urologia - The Southside of Urology (APÊNDICE XII, ANEXO A). Nas III Jornadas de Enfermagem da ESSEM existiu também a oportunidade de ser moderadora da mesa com a temática “Explorando Horizontes na Área de Enfermagem” (ANEXO B). Participou-se nas V Jornadas Científicas da Escola Superior Egas Moniz com a co-autoria do poster com o tema “Reabilitar a Pessoa com Incontinência Urinária - Diagnóstico de situação num serviço de neurocirurgia” que foi realizado no âmbito de um trabalho desenvolvido durante o estágio hospitalar no serviço de neurocirurgia (APÊNDICE XIII) e como autora da comunicação

livre com o tema “As intervenções na promoção da continência urinária na pessoa submetida a prostatectomia radical – revisão de *scoping*” (APÊNDICE XIV).

Também a consulta de projetos de melhoria continua publicados na OE, juntamente com a leitura de livros, pesquisas em bases científicas, a consulta de regulamentos e normas, assim como o apoio e esclarecimentos obtidos junto dos EEER orientadores e do professor orientador, contribuíram para o aumento de conhecimentos sobre a temática em estudo.

Após identificar algumas lacunas do conhecimento na área de IU e com o objetivo de complementar a compreensão sobre o acompanhamento da pessoa antes e após PR, nomeadamente por essa experiência não ter sido possível durante os outros estágios, foi assim realizado um estágio final numa consulta de urologia onde o acompanhamento à pessoa submetida a PR é realizado por um EEER. Este profissional é o responsável pelo acompanhamento da pessoa durante o pré-operatório assim como o acompanhamento no pós-operatório, através de consultas de seguimento até aos 12 meses após a cirurgia. Foi assim possível acompanhar a pessoa desenvolvendo a intervenção a nível do ensino instrução e treino pré-operatório, que no caso da pessoa que iria ser submetida a PR, incidia sobre a reeducação funcional respiratória (RFR), controlo da dor, exercícios para FMPP (os quais eram aconselhados e realizar 2 semanas antes da cirurgia), os cuidados com o cateter urinário após a alta, os cuidados com a alimentação e hidratação e sinais de alerta a ter em conta.

As consultas de seguimento foram realizadas aos 15 dias após cirurgia, 1 mês, 3 meses, 6, 9 e 12 meses de forma presencial e telefonicamente 48 a 72 h após a alta. Na consulta de seguimento que ocorria nos 15 dias após a cirurgia, foram removidos o material de sutura e o cateter urinário, assim como reforçados os ensinamentos sobre os cuidados às feridas cirúrgicas (a cirurgia a PR era realizada exclusivamente por via robótica) como a massagem e hidratação da pele, os cuidados relativamente à IU, como o material higiénico de absorção, o uso de estratégias como a micção programada e diferida, assim como, o reforço da instrução e do treino dos exercícios de FMPP, os cuidados com a hidratação e alimentação. Nesta consulta eram ainda entregues os questionários: *Expanded Prostate Cancer Index Composite short Form* (EPIC 26) (Wei et al., 2000) de forma a avaliar a qualidade de vida da pessoa com neoplasia da próstata após intervenção cirúrgica, *International Consultation on Incontinence Questionnaire–Urinary Incontinence Short Form* (ICQ-UI-SF) (Avery et al., 2004) e o Índice Internacional de Função Erétil (IIFE-5) (Rosen et al., 1999) para preencherem 24 h após a remoção do cateter urinário, após 1 semana, 2 semanas e 1 mês. Posteriormente voltavam a repetir o preenchimento de todos os questionários ao 3º e 9º e 12º mês após a cirurgia.

Durante o curso de mestrado surgiu a oportunidade de adquirir conhecimentos na área da continência urinária na pessoa com patologia vertebro-medular pelo que se participou

no curso da Coloplast intitulado “*Coloplast Continence Summit 2024: O Percurso do Utente de Cateterismo Intermitente*” (ANEXO C).

No contexto do estágio realizado em ambiente hospitalar, no serviço de NC, surgiu a curiosidade em aprofundar conhecimentos e aperfeiçoar a prática da massagem terapêutica assim como da aplicação das bandas neuromusculares. Esta curiosidade partiu do relato de situações vivenciadas pelos EEER desse serviço que verbalizavam os imensos benefícios na área da reabilitação motora, nomeadamente na deglutição. Com esse propósito, participou-se no curso avançado de massagem terapêutica e aplicação de bandas neuromusculares (ANEXO D).

2.2.COMPETÊNCIAS ESPECÍFICAS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA EM ENFERMAGEM DE REABILITAÇÃO

Segundo o regulamento das competências específicas do EEER, a sua prática envolve a avaliação, elaboração, implementação e monitorização de planos de intervenção personalizados, considerando problemas reais e potenciais. Neste sentido, este possui conhecimentos especializados e experiência na prestação de cuidados às pessoas com doenças agudas e crónicas e isso permite tomar decisões sobre a promoção da saúde, prevenção de complicações, tratamento e reabilitação, visando maximizar o potencial funcional e a independência dessas pessoas (Regulamento n.º 392/2019).

A necessidade de aprofundar conhecimentos e aplicar os planos de intervenção na prática, tornam o estágio essencial para o desenvolvimento dessas competências, pelo que foram definidos objetivos específicos.

Em seguida, serão descritas e analisadas as atividades realizadas durante o estágio, com o objetivo de alcançar esses objetivos e desenvolver as competências específicas do EEER, cumprindo os descritores de Dublin do 2º Ciclo.

2.2.1. Cuida de pessoas com necessidades especiais, ao longo do ciclo de vida, em todos os contextos da prática de cuidados

Para desenvolver competências neste domínio⁵, foi estabelecido como objetivo específico “Prestar cuidados especializados em enfermagem de reabilitação a pessoas com necessidades especiais ao longo do ciclo de vida”.

⁵ Estão inseridas as seguintes competências: Avalia a funcionalidade e diagnostica alterações que determinam limitações da atividade e incapacidades (J1.1); Concebe planos de intervenção com o propósito de promover capacidades adaptativas com vista ao autocontrolo e autocuidado nos processos de transição saúde/doença e ou incapacidade (J1.2); Implementa as intervenções planeadas com o objetivo de otimizar e/ou reeducar as funções aos níveis motor, sensorial, cognitivo, cardíaco, respiratório, da eliminação e da sexualidade (J1.3); Avalia os resultados das intervenções implementadas (J1.4).

No âmbito do presente domínio, é esperado que o EEER seja capaz de avaliar alterações funcionais, recolher informações relevantes, aplicar escalas e instrumentos de avaliação, avaliar capacidades funcionais e identificar limitações ou vantagens para a realização de forma independente das AVD (Regulamento nº392/2019).

Durante o estágio, existiu a interação com pessoas de diferentes idades e com diversas alterações funcionais, objetivos e contextos pessoais, familiares e sociais, permitindo a prestação de cuidados personalizados. A maioria das pessoas apresentava alterações funcionais devido a problemas respiratórios, cardíacos, neurológicos e ortopédicos. Foram tomadas decisões com base em conhecimento especializado, visando a promoção da saúde, prevenção de complicações e reabilitação. A intervenção foi planeada antecipadamente com a supervisão dos EEER orientadores na medida em que esta traz benefícios em saúde em qualquer contexto, através das estratégias/intervenções que diagnosticam e previnem incapacidades funcionais, melhoram capacidades residuais, mantem ou recuperam a independência nas AVD e minimizam o impacto das incapacidades, utilizando técnicas específicas de reabilitação e envolvendo a literacia em saúde das pessoas, do prestador de cuidados e da família, de forma a assegurarem a continuidade dos cuidados no hospital e na comunidade, promovendo a reintegração e conferindo maior dignidade e qualidade de vida como preconizado pela OE (Regulamento nº392/2019).

A intervenção durante o estágio foi baseada quer nos instrumentos reguladores da profissão assim como nos referenciais teóricos, sendo que a conceção dos cuidados para a execução do projeto foi enquadrada na Teoria das Transições de Afaf Meleis. Para intervir com base nos pressupostos desta teoria, foi realizada uma avaliação inicial, que foi essencial para compreender as necessidades afetadas e estabelecer prioridades na implementação dos cuidados de ER, visando promover o bem-estar e a qualidade de vida. Para isso foram colhidos dados do processo clínico da pessoa, além de realizada entrevista com a própria e o prestador de cuidados/família. Também a observação, o exame físico, os resultados dos exames complementares de diagnóstico, a revisão da medicação e o recurso a outros profissionais serviram de sustentação para a compreensão das necessidades. Foram utilizados instrumentos, como escalas de avaliação validadas, para identificar as limitações da pessoa nas diferentes áreas: motora, sensorial, cognitiva, cardiorrespiratória, alimentação, eliminação e sexualidade, de forma a assegurarem a melhoria contínua da qualidade e segurança dos cuidados de ER o que é fundamental para compreender os ganhos em saúde assim como avaliar e documentar o estado de saúde da pessoa de forma objetiva (OE, 2019b). Estes instrumentos ao longo dos estágios serviram de suporte para a tomada de decisão, assim como, na reformulação dos planos de cuidados de reabilitação em que oferecem uma compreensão detalhada da resposta humana às transições da dependência para a autonomia.

O processo de saúde-doença é uma fase de transição para a pessoa e para a sua família e estas podem enfrentar novas formas de dependência nos cuidados. O EEER tem a responsabilidade de criar estratégias e oferecer apoio à pessoa e à família, atuando como facilitador do cuidado, de forma a promover uma transição saudável (Petronilho & Machado, 2017). A enfermagem busca promover o bem-estar nas transições ao longo da vida, identificando e abordando fatores que facilitam ou inibam esses processos (Ribeiro et al., 2021; Silva et al., 2019).

Ao longo do estágio foram utilizadas várias escalas e instrumentos que permitiram avaliar as capacidades e limitações funcionais da pessoa. Estes instrumentos permitiram também identificar os ganhos em saúde para a pessoa, resultantes das intervenções do EEER. A avaliação neurológica foi realizada com a escala de Coma de Glasgow, que descreve objetivamente o comprometimento da consciência e avalia três parâmetros: abertura ocular, respostas motoras e verbais (Jain & Iverson, 2023; Taesdale & Jennett, 1974). Foi avaliada a linguagem, capacidades práxicas, negligência hemiespacial unilateral, assim como, a orientação, atenção e memória com o Teste Mini-Cog e os 12 pares cranianos (Menoita et al., 2012). Utilizou-se a Escala de Borg (Borg, 1982) modificada para avaliar a função respiratória. Esta mede a intensidade da sensação de dispneia. A deglutição foi avaliada sempre que necessário. Segundo Branco e Portinha (2017), apesar de existirem várias escalas que permitem avaliar a segurança e eficácia da deglutição, recorreu-se à escala *The Gugging Swallowing Screen* (GUSS).

Ao nível da motricidade, foram avaliados diversos aspetos: a força muscular foi avaliada em todos os movimentos, das diferentes partes do corpo, com a escala Medical Research Council (MRC, 1976), o tônus muscular com a Escala Modificada de Ashworth (Bohannon & Smith, 1987), a coordenação motora com as provas Índice-nariz e Calcanhar Joelho. A avaliação sensorio-motora com a avaliação da sensibilidade tátil, térmica e dolorosa (Menoita et al., 2012), e o equilíbrio corporal com a Escala de Equilíbrio de Berg, que avalia o equilíbrio funcional (Berg et al., 1992). Foi avaliado o risco de queda utilizando a Escala de Quedas de Morse (Morse et al., 1989; Norma n.º 008/2019).

A avaliação da independência e o impacto no autocuidado, foi realizada através do Índice de Barthel (Mahoney & Barthel, 1965) que mede o nível de independência da pessoa em dez AVD e da Medida de Independência Funcional (MIF), que avalia a capacidade funcional da pessoa e a necessidade de cuidados para realizar determinadas tarefas da vida diária (DGS, 2019b). Para entender o impacto da restrição da funcionalidade na vida diária da pessoa, utilizou-se a tabela de funcionalidade para avaliar a realização das AVD. A avaliação do risco de úlceras por pressão deve ser realizada em todas as pessoas, independentemente do contexto de cuidados, utilizou-se a Escala de Braden (DGS, 2011). A avaliação da marcha foi realizada através da Classificação Funcional da Marcha de Holden (Holden et al., 1986), que permite classificar a marcha da pessoa em seis categorias. A dor foi sempre avaliada, pois a mesma nas suas diversas formas, pode dificultar a

reabilitação e causar sofrimento. A DGS, em 2003, (Circular Normativa n.º 09/DGCG) destaca a dor como o 5º sinal vital, reforçando a sua importância na avaliação e registo sistemático para uma intervenção mais eficaz, pelo que se utilizou a Escala Numérica.

Ao nível da eliminação urinária, utilizou-se o questionário ICIQ-IU-SF (Mendonça, 2012; Rocha & Redol, 2017). Este instrumento está validado para a população portuguesa e permitiu avaliar a presença de IU, caracterizá-la em relação à sua frequência, quantidade, classificar a nível da tipologia e avaliar o impacto geral na qualidade de vida da pessoa. Ao longo do estágio, o recurso a estes instrumentos de avaliação permitiram uma visão holística da pessoa, em que se identificaram os diagnósticos e foram implementadas intervenções específicas, adaptadas às necessidades da mesma, com intuito de capacitar e restaurar a sua autonomia e a sua participação na sociedade, contribuindo para o seu bem-estar e qualidade de vida.

No âmbito deste relatório, após a avaliação inicial e da funcionalidade, os cuidados de ER concentraram-se no planeamento e implementação de programas de RFR, RFM, sensorial e cognitiva, programas na área da eliminação, para a capacitação da pessoa, assim como, a promoção do autocuidado com o treino de AVD, com o intuito de aprimorar ou reeducar a função comprometida e eliminar ou minimizar os fatores de risco. Posteriormente, monitorizou-se a eficácia das intervenções e otimizaram-se os planos de reabilitação com base nos resultados, superando os desafios e melhorando a prática e a autoestima, conforme se encontra descrito nos dois estudos de caso em anexo.

Destaca-se a intervenção realizada no estudo de caso em contexto hospitalar em NC, com o Sr. J.G de 80 anos, com o diagnóstico de hematoma subdural do hemisfério esquerdo e com necessidade de craniotomia para drenagem desse hematoma, em que ainda existiu necessidade de vigilância hemodinâmica numa unidade de cuidados intensivos polivalente sendo posteriormente transferido para o serviço de NC. O Sr. J.G encontrava-se vígil, com abertura ocular espontânea, com resposta verbal com palavras por vezes incompreensíveis, cumprindo comandos verbais simples, orientado na pessoa e no espaço, parcialmente orientado no tempo. Apresentava afasia de expressão com discurso pouco perceptível e fluente, com várias parafasias fonéticas. Foram identificadas as alterações e fatores de risco, e aplicadas várias escalas para avaliar a sua funcionalidade e dependência. No primeiro contacto, foram identificadas várias incapacidades, incluindo problemas de equilíbrio corporal, coordenação motora e diminuição da força em ambos os membros inferiores, disfagia e IU. Estes défices impossibilitavam a pessoa de ser independente, necessitando de andarilho para andar, mas com grande dificuldade, necessitando de apoio bilateral de pessoa, apresentando um elevado risco de queda. Para os autocuidados, necessitava de ajuda total, como vestir, despir, higiene, uso do sanitário e transferências. Desenvolveram-se planos de reabilitação em parceria com o Sr. J.G a equipa multidisciplinar e a sua esposa que era a prestadora de cuidados e que estava presente diariamente das 12h as 20h. Discutiram-se todas as intervenções com o EEER

orientador de forma a garantir uma abordagem eficiente. No treino inicial de equilíbrio corporal, foram realizados exercícios isotônicos no leito, incluindo antroversão-retroversão da bacia, elevação pélvica, rolamentos e oscilações pélvicas (Cabanas-Valdés et al., 2021). Na posição sentada, foram realizados exercícios sentado na cama, incluindo a facilitação cruzada, transferência de peso unilateral, alcance de objetos em várias direções e aplicação de resistência para estimular o retorno à posição inicial e correção postural frente ao espelho. Na posição ortostática, foram realizados exercícios como o sentar e levantar com recurso a andarilho e pessoa, cadeias cinéticas abertas e fechadas com exercícios nos membros inferiores e correção postural frente ao espelho, alternância de carga nos membros superiores e inferiores em séries de 10 repetições, apoio unipodal e exercícios de coordenação motora e contorno de obstáculos (Menoita et al., 2012). Para maximizar a força muscular, realizou-se e incentivou-se a realização de exercícios musculares de forma ativa e ativa-resistida em todos os segmentos dos membros inferiores com exercícios musculares e articulares ativo-resistidos em séries de 10 repetições contra uma resistência manual ou com uso de uma banda elástica ou bola. Executaram-se exercícios isométricos (contração dos músculos abdominais, glúteos e quadríceps) e exercícios isotônicos (flexão e extensão da articulação coxofemoral, extensão e flexão do joelho, dorsiflexão e flexão plantar da tibiotársica). Para treinar a marcha e as AVD, foi essencial o treino de equilíbrio corporal e o reforço muscular, garantindo maior segurança para a pessoa. Ao longo das sessões de reabilitação, foram realizados ensinamentos à pessoa e à esposa e delineadas intervenções para eliminar ou diminuir fatores de risco. Foi mostrando melhoria do equilíbrio em ortostatismo, mas com apoio de pessoa e não conseguiu contornar obstáculos de forma eficaz pois apresentava medo em deambular com andarilho e sentia-se mais seguro a deambular com apoio de pessoa. Conseguia assim ir à casa de banho com supervisão, os cuidados de higiene eram realizados sentado em cadeira de banho, vestir e despir era com ajuda parcial de terceiros e necessitava de apoio nas transferências.

No âmbito da deglutição, foi alterada a dieta de acordo com o grau de disfagia, e as preferências e gostos pessoais da pessoa ajustados às suas necessidades, em articulação com a nutricionista. Ensina-se técnicas específicas de deglutição, como a deglutição em fragmentos pequenos e a realização de exercícios orofaríngeos, utilizou-se talheres de metal para estimular a propriocepção; realizada uma capacitação detalhada da pessoa com diversos produtos de apoio essenciais para a recuperação da funcionalidade e promoção da autonomia nas refeições (Araújo et al., 2023) e educou-se a pessoa e a família sobre a importância de seguir as orientações na alimentação e de segurança. Entre os produtos de apoio utilizados destacam-se para a ingestão de líquidos com consistência néctar, os copos e canecas com tampas e bicos adaptados.

No âmbito da eliminação, o Sr. J.G apresentava incontinência de esforço e funcional, sendo incentivado a urinar no urinol/WC, incentivado à micção programada de 2/2 h e ir

aumentando progressivamente esses intervalos. À noite incentivado a urinar sempre e imediatamente antes de ir dormir. Reforçou-se a importância de diminuir o aporte de líquidos a partir das 18h – 19h para diminuir a incidência da noctúria. Ensinou-se a pessoa sobre a importância de realizar o treino vesical, utilizando técnicas de distração quando surge o desejo miccional e assim espaçar o tempo entre as micções (respirar fundo e relaxar, contar por ordem decrescente a partir de 100, contrair os MPP, esperar que a vontade de urinar passe e depois ir lentamente à casa de banho). O Sr. apresentava IU funcional, devido a alteração que apresentava na sua mobilidade, em que a maior parte das vezes referia que não conseguia chegar a tempo à casa de banho porque tinha de deambular com o apoio do andarilho ou de pessoa, ou que não conseguia colocar atempadamente o urinol. Efetuados ensinamentos, inicialmente relativamente aos exercícios de FMPP e que o mesmo não conseguiu realizar, dado que não percebia quais os músculos que eram para contrair, pelo que foi ensinado a parar o jato urinário durante o dia, de modo a ter uma melhor percepção dos músculos que deveria contrair. Na reeducação vesical, realizaram-se exercícios para fortalecer a musculatura pélvica. Realizado ensino/instrução e treino da elevação pélvica (sessões 3x 10 séries, descanso de um minuto entre sessões), com apoio bola suíça/pilates; realizado ensino com bola entre as coxas na posição de deitado com exercícios de abdução e adução para fortalecimento dos glúteos, músculos das coxas e do pavimento pélvico (3 sessões de 10 séries e com descanso entre sessões de 1 minuto). Incentivado a urinar antes da realização dos exercícios. Realizou os exercícios para FMPP deitado e sentado, com a bola, não conseguindo realizar os mesmos de pé devido à perda de equilíbrio. Ensinou-se à pessoa os exercícios de FMPP (exercícios de Kegel), na posição de pé, o que conseguiu contrair corretamente. Incentivado a realizar os exercícios de Kegel na posição de pé, uma vez que era a posição em que contraía os músculos com maior eficácia. Combinou-se com o mesmo realizar 3 vezes ao dia séries de 10 contrações com tempo de contração de 3-5 segundos e de relaxamento de 6-10 segundos. Explicados os sinais de correta realização dos exercícios de Kegel (consegue-se parar o jato urinário, observou-se um ligeiro movimento do pénis quando não está a urinar, e existiu a sensação de contração do músculo do ânus a contrair). Realizados ensinamentos à esposa sobre a realização dos exercícios de FMPP, esta demonstrou-se bastante receptiva aos ensinamentos e comprometeu-se a adquirir o material de apoio (bola suíça e uma bola mais pequena também usada no método Pilates) para quando o Sr. J.G regressasse ao domicílio; explicada ao utente e à esposa a anatomia da bexiga e como funciona a micção, quais os alimentos e bebidas a evitar que irritam o músculo da bexiga (detrusor). Realizados ensinamentos à esposa em que esta deve lembrar e incentivar o S.r. J.G a ir à casa de banho/ utilizar o urinol e a parabenizá-lo quando não tinha perdas (reforço positivo que ajuda na motivação), assim como a existência de produtos de apoio existentes para absorção de urina. Ao identificar estas dificuldades, conseguiu-se capacitar o Sr. J.G na adaptação às limitações, mostrando-se este sempre receptivo e motivado a

aprender e a realizar os exercícios propostos evidenciando ganhos na autonomia e menor grau de dependência. Foi bastante interessante e desafiante reabilitar este utente pois o mesmo apresentava-se bastante motivado e com desejo em recuperar, o que permitiu uma boa evolução e ganhos relativos no seu processo de reabilitação. Tendo em conta o seu diagnóstico e no sentido de poder abranger vários programas relativos à RFM, da fala, da deglutição, treino de AVD, treino de marcha, assim como treino vesical. Com esforço excecional e trabalho gradual, foi possível otimizar e reeducar as funções comprometidas, recuperando parcialmente a autonomia para os autocuidados e AVD, melhorando a qualidade de vida.

Ainda como exemplo, destaca-se a intervenção em contexto de UCC ao Sr. A.S que foi submetido a cirurgia cardíaca por esternotomia e apresentava-se com síndrome de imobilidade. Era previamente independente nas AVD, mas pela presença de demência necessitava de apoio da esposa para gerir a terapêutica. Durante a avaliação inicial identificaram-se as funções comprometidas: respiratória, motora, cognitiva e de eliminação, além das dificuldades em realizar as AVD. Constatou-se que o Sr. apresentava baixa adesão ao programa de reabilitação quer pelas alterações cognitivas, quer pela dificuldade no processo de adaptação e transição saúde/doença, pelo que em parceria com a esposa, desenvolveu-se um plano ajustado e adaptado a cada sessão para personalizar os cuidados. Após várias sessões, apesar de se ter conseguido alguma recuperação da funcionalidade, assim como o equilíbrio sentado, as transferências para cadeira de rodas e a recuperação da continência urinária, foi identificada a exaustão do cuidador, pelo que foi realizada a referenciação para a UMDR.

Em ambas os casos mencionados, os contextos de doença e motivação eram distintos. No entanto, ambos demonstram que a motivação pessoal é fundamental para o sucesso dos cuidados de ER, e as estratégias motivacionais do EEER devem considerar as preferências da pessoa (Oyake et al., 2023). Durante o estágio, foram realizados programas de RFR, que permitiram melhorar a função pulmonar a permeabilidade das vias aéreas, reduzindo a tensão física e muscular, promovendo a mobilidade costal e a correção postural, aumentando a resistência, a capacidade de exercício e a independência funcional (Dias et al., 2022; Holland et al., 2012). Para a RFR foi fundamental a interpretação de raio X tórax, a auscultação pulmonar, ensino, instrução e treino de posições de relaxamento, da consciencialização dos tempos respiratórios, utilizando exercícios de respiração abdominal, respiração diafragmática e reeducação respiratória costal, do treino dos músculos respiratórios e a espirometria de incentivo. Para realizar os exercícios ou treinar as AVD foi essencial utilizar a respiração abdómen-diafragmática, utilizando a dissociação dos tempos respiratórios e mantendo a correção postural. No âmbito RFR, foi possível desenvolver planos de cuidados em várias situações, como o desmame da oxigenoterapia e o treino de técnicas de limpeza das vias aéreas. Além dos exercícios respiratórios, foram aplicadas técnicas como a drenagem postural, manobras acessórias

(percussão, vibração e compressão), treino da tosse, ciclo ativo das técnicas respiratórias, a abertura costal global com bastão e seletiva para prevenir aderências pleurais, manter e recuperar a mobilidade costal e diafragmática, e facilitar a expulsão de secreções, prevenindo pneumonias e infecções respiratórias (Cordeiro & Menoita, 2014). Em contexto comunitário, devido à ausência de espirômetros, utilizaram-se instrumentos musicais de sopro, além de encher balões, soprar folhas e apagar velas acesas, fazer bolinhas com palhinha num copo de água.

No âmbito do estágio hospitalar em NC houve a oportunidade da utilização do equipamento *Cough Assist* como auxiliar na tosse numa pessoa com tetraparésia totalmente dependente nas AVD's com presença abundante de secreções brônquicas, sem tosse eficaz, e que ficava agitado, polipneico, com saturações periféricas de oxigénio (SpO2) de 90-92%, foi necessário utilizar técnicas para limpeza das vias aéreas. Após auscultação e verificação de roncospasmos em ambas as bases pulmonares, e diminuição do murmúrio vesicular à direita, foram aplicadas técnicas como drenagem postural, percussão, vibração e compressão, seguidas de mobilização e remoção de secreções brônquicas com o *Cough Assist*. Após várias sessões de reabilitação, a pessoa apresentava-se mais tranquilo e eupneico, com SpO2 de 95-96%, em que houve uma diminuição gradual das secreções brônquicas, resultando numa melhoria no estado geral do mesmo.

O programa de RFR e RFM são complementares, funcionando de maneira integrada e coordenada. A RFM e sensorial incluíram o ensino e treino de técnicas variadas, como facilitação cruzada, posicionamentos antiespásticos, estimulação sensorial e mobilizações, além de atividades terapêuticas como rolar no leito, aplicar carga no cotovelo, oscilações pélvicas, realização da ponte e automobilização dos membros (Rocha et al., 2020). No treino de marcha e equilíbrio, inseriu-se o treino de subir e descer escadas, os exercícios de alongamento e treino de força muscular com aplicação de pesos e bandas elásticas. (Cordeiro & Menoita, 2014).

As estratégias de reabilitação neurosensorial nas fases iniciais de recuperação após lesão cerebral grave são essenciais para melhorar a atenção e estimular a consciência da pessoa sobre si mesma e o ambiente ao seu redor, permitindo uma melhor interação (Attwell et al., 2019). Destaca-se aqui nesta área de intervenção o caso de uma pessoa jovem com vários focos de contusão hemorrágica cerebral após agressão física, internada no serviço de NC, e com estado mínimo de consciência. Foi possível desenvolver um programa de estimulação multissensorial, através de um conjunto de atividades distribuídas por várias sessões com estimulação visual, auditiva, tátil, do paladar e do olfato. Estimulou-se inicialmente a audição, com a apresentação dos profissionais à pessoa, orientação no tempo/espaço e explicação do que se iria fazer em cada sessão, foram posteriormente selecionadas as músicas preferidas não havendo reação por parte da mesma. A propriocepção foi estimulada com o banho em maca banheira (banho assistido), contribuindo para o relaxamento corporal e aproveitando o momento para a realização da

massagem terapêutica, em que este momento também foi aproveitado para realizar mobilizações passivas. Foi solicitado à mãe e irmã fotografias de família com o intuito da estimulação visual, à qual houve reação com fixação do olhar e pequenas lágrimas que escorreram pelo rosto quando se mostrou a fotografia da filha bebê de 1 ano. Relativamente a estimulação do olfato houve reação com o cheiro do perfume que utilizava na sua bebê, com um ligeiro sorriso. Ao nível tátil, as mãos foram colocadas sobre vários objetos de diferentes texturas, mas sem resposta significativa. Quando estimulado o paladar com café sorriu e desgostou fazendo movimentos com a língua, quando estimulada com vinagre fez um fúries e fechou a boca quando se tentou repetir a mesma estimulação. A intervenção com esta pessoa foi um desafio emocional na medida em que ao longo de 3 semanas de estimulação neurosensorial frequente, houve o primeiro despertar de todos os sentidos em simultâneo, quando ao fazer a estimulação auditiva e a mesma responde com comunicação verbal. É neste âmbito que os sentidos são vistos como uma via para despertar a consciência e promover a reabilitação das pessoas com graves alterações da consciência (Monteiro et al., 2013).

Também o envelhecimento que é um processo natural da vida, pode causar limitações funcionais, cognitivas e depressão, aumentando o risco de quedas e consequências graves. A função cognitiva é essencial para a independência durante o envelhecimento, por isso é importante estimulá-la para prevenir seu declínio (OMS, 2015). Durante o estágio, foram realizadas atividades dinâmicas para estimular a memória, fortalecer a função cognitiva e promover a interação social, como jogos de memória, nomeação de fotos e objetos, e jogos de compreensão e correspondência, proporcionando um ambiente de interação e diversão. É essencial para oferecer cuidados personalizados, promover a recuperação e reintegração social e melhorar a qualidade de vida e independência funcional das pessoas (Regulamento n.º 392/2019).

De acordo com a OE (2019b), o EEER promove o autocuidado na eliminação vesical, através da implementação de técnicas comportamentais, consideradas a primeira abordagem. Estas intervenções, como a educação para a saúde, treino vesical, reeducação do pavimento pélvico e biofeedback, são autónomas da ER e eficazes na promoção da continência urinária. Assim, na consulta de urologia, destaca-se o plano de cuidados ER à pessoa submetida a PR via robótica em que foi dado ênfase à promoção da continência urinária e à abordagem sobre a sexualidade comprometida. Foram ensinadas estratégias para prevenir a perda de urina, incluindo os exercícios para FMPP, atividades físicas gerais como subir e descer escadas e andar na ponta dos pés, além de treinar hábitos miccionais como a micção diferida e temporizada. Também foi promovido um estilo de vida saudável, com adequação da ingestão de líquidos e alimentos. Apesar de a evidência científica ser limitada, ela aponta consistentemente em uma única direção, em que o FMPP reduz a gravidade e a duração da IU, contribuindo para uma melhor qualidade de vida das pessoas (Eaton, 2016). Relativamente à sexualidade, esta foi abordada num ambiente privado,

focado na educação sobre a DE e recursos disponíveis para a reabilitação peniana. Desmistificou-se a sexualidade, destacando o amor, a compreensão e o suporte mútuo na relação. A IU e a sexualidade causavam sempre angústia à pessoa, mas depois da intervenção do EEER, esta apresentava resultados positivos, pois esclareceram-se dúvidas o que reduzia a sua ansiedade e mostrava-se motivada para aderir ao programa de reabilitação. Segundo Meleis et al. (2010), a evidência indica que a ansiedade e o stress influenciam a adaptação e a qualidade de vida do homem, atuando como fatores que podem dificultar sua transição.

A aplicação dos questionários nas consultas de seguimento: *Expanded Prostate Cancer Index Composite short Form* (EPIC 26) de forma a avaliar a qualidade de vida da pessoa com neoplasia da próstata após intervenção cirúrgica, o ICQ-UI-SF e o Índice Internacional de Função Erétil (IIFE-5) possibilitavam desta forma a elaboração de planos de cuidados de reabilitação individualizados na área da reeducação do autocuidado da eliminação vesical. Ao implementarem-se estes questionários constatou-se que os mesmos eram um ponto-chave para alcançar a melhoria da funcionalidade da pessoa em termos urinários, pois davam-nos uma avaliação detalhada da situação e a motivação da pessoa para cumprir o programa de reabilitação cujos resultados não são imediatos. Uma das principais queixas relacionadas com a eliminação vesical observadas nos indivíduos foi a noctúria. Diante destas situações e após avaliação individual, o objetivo dos cuidados foi na prevenção de riscos durante a ida noturna à casa de banho, na promoção da continência urinária e na redução da frequência urinária noturna. Após identificar as necessidades de cuidados, atuou-se preventivamente, recomendando a gestão da ingestão de líquidos, evitando o seu consumo após as 18h (Rocha & Redol, 2017), incentivou-se o treino de hábitos, promovendo o esvaziamento vesical antes de dormir, realizados ensinamentos sobre a importância de adaptar o ambiente doméstico evitando as barreiras arquitetónicas para facilitar o acesso à casa de banho e reduzir o risco de quedas.

2.2.2. Capacita a pessoa com deficiência, limitação da atividade e/ou restrição da participação para a reinserção e exercício da cidadania

Com o intuito de desenvolver competências neste domínio⁶, foi definido como objetivo específico: “Capacitar a pessoa com deficiência, limitação da atividade e/ou restrição da participação para a reinserção e exercício da cidadania”.

Neste sentido, o objetivo principal foi desenvolver competências específicas do EEER para implementar programas de treino de autocuidados que favoreçam a adaptação às

⁶ Estão inseridas as competências: J2.1- - Elabora e implementa programa do treino de AVD´s visando a adaptação às limitações da mobilidade e à maximização da autonomia e da qualidade de vida; J2.2 Promove a mobilidade, a acessibilidade e a participação social.

limitações, mobilidade, autonomia e qualidade de vida da pessoa (Regulamento n.º 350/2015). Além disso, pretendeu-se elaborar planos de intervenção que promovessem as capacidades adaptativas, facilitando o autocontrolo e autocuidado durante as transições entre saúde e doença ou incapacidade.

A deficiência é uma alteração na função ou estrutura do corpo, podendo ser temporária ou permanente e a sua gravidade varia ao longo do tempo. Embora associada a condições de saúde, não significa necessariamente doença. Uma deficiência pode levar a outras, como a redução da força muscular afetando as funções motoras, problemas cardíacos influenciando as funções respiratórias, e a percepção comprometida com impacto nas funções cognitivas (OMS, 2002).

O referencial teórico de Afaf Meleis ajudou a identificar as transições e necessidades dos indivíduos, permitindo o planeamento e implementação das intervenções que capacitaram a pessoa para uma transição saudável (Ribeiro et al., 2021). Forneceu uma abordagem abrangente para apoiar indivíduos com deficiência, considerando adaptações físicas, emocionais e sociais. Fatores pessoais como a resiliência e estratégias de *coping*, e contextuais, como apoio social e acessibilidade, foram fundamentais para o processo de transição. A teoria ajudou a identificar as condições que facilitam ou dificultam esse processo, oferecendo uma base sólida para intervenções terapêuticas eficazes, promovendo autonomia, qualidade de vida e inclusão social, com uma abordagem holística e personalizada nos cuidados de saúde (Meleis et al., 2000; Meleis, 2010). O enfermeiro tem um papel essencial na transmissão de conhecimentos que favorecem a readaptação funcional da pessoa dependente e é importante capacitar tanto a pessoa dependente quanto o prestador de cuidados para o autocuidado (Menoita et al., 2012).

A reabilitação social é um processo dinâmico que promove a consciencialização das limitações da pessoa e conta com o apoio dos EEER na eliminação de barreiras arquitetónicas e na sensibilização da família e da comunidade sobre os direitos das pessoas com deficiência (OE, 2019b). Ao longo do estágio e com base no modelo teórico adotado, procurou-se facilitar a adaptação das pessoas às suas limitações, promovendo o reajuste das suas rotinas e estilos de vida. Uma comunicação eficaz, aliada à capacidade de compreensão e adaptação à pessoa, é essencial nos cuidados diários de ER, alinhando-se aos descritores de Dublin para a obtenção do grau de mestre e a conclusão bem-sucedida do segundo ciclo de ensino (Fernandes & Vareta, 2019).

A intervenção do EEER centra-se no desenvolvimento de competências que capacitem a pessoa a enfrentar transições, através da partilha de conhecimentos e do ensino, promovendo decisões informadas e maior independência na reabilitação. A comunicação contínua entre EEER, pessoa e cuidadores é fundamental para ajustar objetivos e estratégias. O empoderamento fortalece a participação e responsabilidade na saúde, enquanto a autoestima favorece a confiança e a capacitação (Sousa et al., 2020).

No contexto de estágio em ECCI, existiu a oportunidade de prestar cuidados de ER no domicílio em pessoas com deficiência e limitações, o que permitiu avaliar a pessoa no seu ambiente natural, promovendo a segurança ao identificar e planejar as intervenções que reduzissem os fatores de risco ambiental associados a alterações da sua funcionalidade. O facto de as intervenções terem sido realizadas no domicílio e que abrangeram várias áreas, como a motora, sensorial, cognitiva, cardíaca, respiratória, alimentação e eliminação, proporcionaram uma compreensão mais profunda das suas necessidades e desafios diários. Essa abordagem personalizada possibilitou a elaboração de planos de cuidados aplicáveis e eficazes no ambiente do indivíduo, aumentando a adesão e o sucesso das intervenções. Um dos elementos essenciais desta prática foi a identificação das barreiras arquitetónicas que comprometiam a funcionalidade da pessoa e aumentavam o risco de acidentes, como as quedas. Durante o estágio, existiu sempre a preocupação em entender como era a estrutura da casa da pessoa e quais os apoios que tinha disponíveis no seu dia-a-dia. O objetivo era desenvolver ações que facilitassem a transição para uma condição de maior independência, prevenindo complicações decorrentes de barreiras arquitetónicas ou mudanças no autocuidado e bem-estar, que poderiam levar ao isolamento social. Foi o que ocorreu com o Sr. G.P de 78 anos com os antecedentes de Diabetes Mellitus tipo 2 não insulinotratada com polineuropatia sensitiva e retinopatia diabética; Fibrilhação auricular; Hipertensão arterial; dislipidemia; Acidente vascular cerebral isquémico há 4 anos sem sequelas. Apresentava hipoacusia marcada com necessidade do uso de prótese auditiva. Viúvo e residia com a filha mais nova. Foi solicitada a presença da equipa de ECCI, por síndrome de imobilidade após internamento prolongado, referenciado pela equipa de medicina do hospital onde esteve internado com os diagnósticos de quedas múltiplas e com múltiplas causas para as mesmas: polineuropatia diabética, com ataxia e alterações cardíacas e leucoencefalopatia isquémica crónica com múltiplos enfartes da fossa posterior.

Durante a primeira visita domiciliária verificaram-se as condições habitacionais e acessibilidade: uma casa de dois pisos, com três quartos e uma casa de banho no piso superior, acessível por escadas, e outros dois quartos, casa de banho, sala e cozinha no piso térreo. Existiam dois degraus no percurso dos quartos do piso térreo para a sala e cozinha e carpetes na sala e no corredor. Apresentava boas condições de higiene e salubridade, com áreas e largura das portas que permitiam a deslocação de cadeira de rodas/andador. A casa de banho térrea apresentava um poliban com cadeira de banho e duas barras de apoio fixas para as transferências. Não houve adaptação em outras divisões da casa. O acesso à casa apresentava barreiras arquitetónicas, era realizado por um portão pequeno que dava acesso ao pátio que antecede a casa e que é estreito em largura, depois apresentava uma subida com 5 degraus até à porta principal sem corrimão. Para deslocações ao exterior, nomeadamente consultas, o Sr. G.P deslocava-se com andador ou apoio bilateral de pessoa, sempre acompanhado pelos filhos em transporte próprio do

filho P. Presentemente, não apresentava capacidade de desenvolver atividade social no exterior, devido à sua dificuldade na mobilidade. Nesta visita domiciliária constatou-se que os filhos não tinham realizado as alterações à disposição do mobiliário, de acordo com o que lhes tinham aconselhado no internamento, com o objetivo de facilitar a deambulação do pai no domicílio e prevenir novas quedas. Foram feitas orientações ergonómicas para eliminar barreiras no domicílio, como instalar corrimãos, sinalizar degraus e reorganizar móveis, remover tapetes e carpetes, promovendo um ambiente mais seguro, funcional e acessível, o que resultou numa maior autonomia e qualidade de vida para o Sr. G.P. Além disso foi desenvolvido e aplicado um programa de treino das AVD e de equilíbrio, com o objetivo de promover a adaptação às limitações de mobilidade e otimizar a funcionalidade e a qualidade de vida. Foi estimulado a retomar os seus hábitos de caminhada com a filha pelo que se incidiu também no treino de marcha. No início do programa de reabilitação, o Sr. G.P realizou treino de marcha com apoio de andarilho num ambiente controlado – piso liso, com apoio de pessoa e com supervisão. Avaliada a postura, equilíbrio, simetria dos passos, comprimento dos passos e cadência, apresentando algum desequilíbrio / descoordenação motora e fraqueza muscular. Foram realizados exercícios de treino de equilíbrio, coordenação e força muscular, treino de subir/ descer escadas. Posteriormente, com melhoria do equilíbrio em ortostatismo, permitindo treino de marcha com apoio de tripé e de pessoa, o que lhe permitiu realizar pequenas caminhadas no exterior com a filha.

O estágio permitiu adquirir uma compreensão aprofundada sobre a criação de ambientes seguros, intervenções personalizadas e eficazes, adaptados ao ambiente domiciliário capaz de favorecer a autonomia, a funcionalidade e a qualidade de vida, em que se destacaram os cuidados de EEER prestados no contexto de ECCI à pessoa amputada do membro inferior. Foram realizadas sessões de ensino, instrução e treino específico de AVD's adaptadas, como higiene pessoal, vestir e despir, mobilidade no domicílio, sempre adaptando as tarefas às capacidades e limitações da pessoa promovendo o uso correto das ajudas técnicas e material de apoio, o fortalecimento muscular e a adoção de posturas ergonómicas adequadas, de acordo com as necessidades da pessoa e dos seus cuidadores. Foi realizado o ensino e treino de transferências com tábua da cama para a cadeira de rodas, bem como a orientação para a adaptação da casa de banho, incluindo instalação de barras de apoio, cadeira de banho e alteração da base do duche. Com o plano de treino motor e técnicas compensatórias, observaram-se melhorias no equilíbrio, força nos membros superiores e no membro inferior não amputado, permitindo maior autonomia nas transferências e ganhos funcionais.

Os EEER desempenham um papel social essencial na prestação de cuidados às pessoas com deficiência física adquirida, contribuindo para a reabilitação e aumento da autonomia individual (Pereira et al., 2020). Também se identificaram situações em que a pessoa no domicílio após a avaliação dos seus défices/necessidades e com o apoio da família/prestador de cuidados após ensinamentos, instrução e treino conseguiam manter o

programa de reabilitação durante os restantes dias semana, com o exemplo da Sra. C. submetida a cirurgia por fratura do fémur esquerdo com cavilha longa, em que realizava os exercícios de fortalecimento muscular e amplitude e mobilidade articular com ajuda de bola, fita de resistência; realizava treino de subir e descer escadas com apoio de canadianas e supervisão do esposo, além do treino de marcha no exterior. Também existiram outras situações de pessoas com dependência permanente de intervenções de reabilitação de manutenção. Nestes contextos, o papel do EEER centra-se na prevenção de complicações e na preservação das capacidades funcionais remanescentes. Este tipo de intervenção é aplicável a situações de doenças crónicas incuráveis que comprometem gravemente as funções como o movimento, a consciência e a autonomia. Nestas situações foi fundamental gerir as expectativas da pessoa e dos familiares/prestadores de cuidados, principalmente em situações de dependência, especialmente quando outras doenças limitam a reabilitação física e cognitiva, essa gestão torna-se ainda mais essencial para adequar os objetivos e promover um acompanhamento realista e ajustado à condição clínica.

Numa outra situação com o Sr. J.F de 55 anos e que foi submetido a PR via robótica, em que na consulta de seguimento de 1 mês de pós-operatório expressou o descontentamento com o impacto que a cirurgia teve na sua vida diária. Embora soubesse que a IU era uma possibilidade, não esperava que afetasse tanto a sua rotina. Atividades sociais simples, como ir ao café ou conversar na rua, tornaram-se desconfortáveis devido a perdas urinárias frequentes, com necessidade de trocar o penso de incontinência várias vezes no dia. Antes da cirurgia, sentia-se saudável e sem sinais da doença, mas agora referia sentir-se doente. Para o Sr. J.F em menos de um mês, a situação passou a ter um impacto significativo ao nível emocional, social, físico e económico. Durante a consulta, apresentou os questionários ICIQ-SF preenchidos, com um score total de 14. Destacava-se um impacto significativo na vida diária (8/10), perdas frequentes (4) várias vezes ao dia e em pequena quantidade (2). Relatou perdas urinárias em diversas situações: antes de chegar ao WC, ao tossir, espirrar, fazer exercício, após urinar e sem motivo aparente. Procurou-se compreender as rotinas do Sr. J.F, os contextos das perdas urinárias, o padrão do jato urinário e os comportamentos adotados. Verificou-se que apresentava IU por esforço, com perdas ao andar, ficar de pé, adotar a posição ortostática e ao sentar-se novamente. Orientou-se o utente a utilizar a casa de banho antes de realizar atividades, como ir ao café, levar os filhos à escola, e ensinou-se estratégias para melhorar o controlo da ingestão hídrica de acordo com as atividades que tinha planeadas para o seu dia, de forma a evitar ter perdas de urina no percurso e incentivado à redução de líquidos no final do dia para evitar a noctúria. Sugerido a utilização de cuecas absorventes como alternativa ao penso, uma vez que este lhe causava desconforto. Visto que já não apresentava perdas de urina durante a noite foi incentivado à não utilização de dispositivos absorventes nesse período. Reforçados os ensinamentos sobre os exercícios de FMP, começando em decúbito dorsal

e depois em pé. Verificou-se que deitado contraía incorretamente a zona abdominal e perineal, mas executava os exercícios corretamente na posição ortostática. Por esse motivo, foi aconselhado a realizá-los em pé, onde demonstrava melhor eficácia. Definiu-se um plano de exercícios de Kegel com 3 sessões diárias, consistindo em 10 contrações com 3-5 segundos de contração e com o tempo de relaxamento, o dobro do da contração. Durante o estágio já não houve a oportunidade de acompanhar o S.r J.F nas consultas seguintes, mas o plano seria que o mesmo fosse aumentando gradualmente o tempo de contração de forma a atingir os 8-10 segundos e ir gradualmente diminuindo as perdas de urina.

Ao longo dos estágios, a intervenção nos programas de treino de AVD focou-se no desenvolvimento de capacidades adaptativas, promovendo autonomia, autocuidado e um nível de funcionalidade que favorecesse a reintegração na comunidade. A prescrição, ensino e treino com auxiliares de marcha foram realizados para promover a mobilidade nos diferentes contextos de estágio. Ao garantir o uso adequado dos produtos de apoio, o EEER contribui para o autocuidado e capacita a pessoa na realização das suas atividades (Fernandes et al., 2022). No serviço de Ortopedia, implementou-se o treino de AVD's com vários utentes, com foco na higiene pessoal, vestuário, controlo da eliminação e uso sanitário, bem como na transferência e locomoção, com ou sem produtos de apoio. Para promover o autocuidado após a alta, foram avaliadas as limitações funcionais e prescritos apoios como assento sanita elevado, barras de apoio, banco de duche, escova de cabo longo e andarilho ou canadianas. Embora o EEER tenha competência para avaliar, prescrever, ensinar e treinar o uso de produtos de apoio, a sua comparticipação económica exige, na maioria dos casos, prescrição médica (Despacho n.º 7197, 2016; Ribeiro et al, 2021). A prescrição de produtos de apoio revelou-se fundamental para otimizar recursos, aplicar os princípios de mecânica corporal e capacitar família e prestadores de cuidados.

2.2.3. Maximiza a funcionalidade desenvolvendo as capacidades da pessoa

No contexto do desenvolvimento de competências neste domínio⁷, foi estabelecido como objetivo específico "Maximizar a funcionalidade desenvolvendo as capacidades da pessoa".

Neste domínio, o EEER atua junto da pessoa em que planeia e executa programas terapêuticos baseados em evidência e experiência acrescida, com o objetivo de promover atividades que visam otimizar as suas capacidades funcionais, melhorando o desempenho motor, cardíaco e respiratório de forma a manter ou recuperar a independência. Desenvolve sessões de treino orientadas para a promoção da saúde, prevenção de lesões

⁷ Estão inseridas as competências: J3.1 - Concebe e implementa programas de treino motor, cardíaco e respiratório; J3.2 - Avalia e reformula programas de treino motor, cardíaco e respiratório em função dos resultados esperados.

valorizando o potencial e a individualidade da pessoa de forma holística (Parecer n.º 12/2011; Regulamento n.º 392/2019; Regulamento nº 350/2015).

A imobilidade quer seja após uma cirurgia, uma doença ou pelo processo natural do envelhecimento, compromete vários sistemas do corpo, e o EEER tem um papel crucial na sua prevenção e tratamento. Através da educação e treino da pessoa e do prestador promove-se o autocuidado, a capacitação e a reintegração social e familiar. Tanto a independência como a funcionalidade constituem a base para a avaliação das necessidades no âmbito do conteúdo funcional do EEER, sendo, por isso, fundamentais para orientar a sua intervenção especializada (Ribeiro et al., 2021).

Durante o estágio, foram implementadas intervenções que potenciaram as capacidades funcionais da pessoa, promovendo melhorias no seu desempenho motor e cardiorrespiratório durante a execução das AVD. Foram ensinadas, instruídas e treinadas diversas estratégias de reabilitação, incluindo exercícios de fortalecimento muscular, treino de equilíbrio corporal, marcha, flexibilidade e alongamento. Também se abordou o uso adequado de produtos de apoio, o treino das AVD e técnicas de RFR, promovendo uma ventilação eficaz e a adequada higienização das vias aéreas. O dar tempo e disponibilidade à pessoa para realizar as tarefas de forma a maximizar a sua funcionalidade foi importante para a transição saúde-doença. Ao longo dos diferentes estágios, esta foi uma mensagem trabalhada de forma indireta com a família e prestadores de cuidados. A importância de dar tempo aos seus familiares para se adaptarem à nova realidade, permitir que realizem as tarefas ao seu ritmo, sem os substituir, promovendo assim a autonomia e o bem-estar.

A título de exemplo, no serviço de NC, os utentes com alterações da motricidade fina em que se aproveitava o momento dos cuidados de higiene para os incentivar a agarrar na esponja e lavar o próprio corpo, a escova de dentes para a higiene oral, assim como abotoar os botões do pijama usando estratégias com um clip e uma fita de nastro. Realizar essas tarefas considerando a organização do serviço, exigiu a priorização do seu agendamento, de forma que fossem dos últimos a ir ao duche, permitindo que o momento decorresse com tempo e sem interrupções. Também durante o momento da alimentação, com dificuldades em levar o alimento à boca e com necessidade de recurso a talheres adaptados assim como para os líquidos com o uso de palhinhas ou copos adaptados.

A RFM promove ganhos na propriocepção, força, resistência, flexibilidade, coordenação e condicionamento cardiovascular. Ela maximiza a funcionalidade, previne quedas e as suas complicações, além de favorecer a independência e a qualidade de vida (Ribeiro et al., 2021). A capacidade de andar é altamente valorizada pela pessoa e pela família. Para maximizar a funcionalidade, foram implementados programas de reabilitação focados no ensino e treino de exercícios para melhorar o equilíbrio, a marcha e a capacidade de subir e descer escadas. Nas pessoas com urgência urinária funcional ao longo dos vários contextos no estágio, a reabilitação motora foi de extrema relevância, com o treino intensivo, recuperaram a confiança e autonomia na marcha, o que permitiu a maximização

da sua funcionalidade e independência nas AVD, com suspensão do uso de fralda, passando a realizar autónomamente as idas à casa de banho.

No plano de cuidados a uma pessoa com encavilhamento do fémur, a implementação do treino motor e da marcha com recurso a canadianas, aliada à adaptação do meio envolvente para maior segurança, contribuiu para ganhos significativos na independência e funcionalidade. Esta abordagem evitou o confinamento no domicílio, porque apesar de viver numa vivenda, esta era de 2 andares, permitindo assim maximizar a sua funcionalidade.

Também na pessoa com amputação do membro inferior, o treino de transferência entre a cama e a cadeira de rodas, realizado após o treino motor e de equilíbrio, proporcionou ganhos significativos em autonomia e funcionalidade, possibilitando o regresso à sua rotina dentro de casa, e em alguns casos fora de casa com a utilização do seu veículo adaptado.

Na comunidade, a principal necessidade é o treino AVD, como alimentação, eliminação e pequenas tarefas domésticas. Destaca-se a importância de praticar transferências (cadeira-sanita, cama-cadeira) e movimentos como estender a roupa, lavar a loiça, que promovem a autonomia e fortalecem os membros superiores. Em todos os contextos de estágio, as atividades realizadas, ajustadas à capacidade funcional da pessoa e ao envolvimento do binómio pessoa/prestador de cuidados promoveram a RFM e a RFR. A RFM foi associada à RFR, com foco no controlo respiratório, relaxamento, alinhamento postural e conservação da energia. Essas intervenções melhoraram a ventilação, as trocas gasosas, fortaleceram os músculos respiratórios e aumentaram a resistência física (Cordeiro & Menoita, 2012).

A título de exemplo, houve a oportunidade por 2 vezes de acompanhar um grupo de pessoas na comunidade num programa de exercício físico para pessoas com diabetes tipo 2 intitulado "Diabetes em movimento" que é um programa da DGS para pessoas entre os 50 e os 80 anos de idade. O programa consiste em três sessões semanais de exercício físico com duração de 75 minutos. São realizadas em grupo (20 a 30 participantes) num pavilhão desportivo, conduzidas por profissionais do exercício físico e enfermeiros. São utilizadas estratégias de exercício altamente aplicáveis, com recursos materiais mínimos e de baixo custo. Os exercícios são distribuídos pelas seguintes fases: aquecimento (10 minutos), exercício aeróbio (30 minutos), exercício resistido (20 minutos), exercício de agilidade/equilíbrio (10 minutos) e exercício de flexibilidade (5 minutos). No final de cada sessão os participantes tinham que avaliar a Escala de Borg para medir a intensidade do esforço percebido durante a atividade física. Quando era a primeira vez do participante neste programa além de uma avaliação inicial o mesmo era submetido ao teste "Time Up and Go" (TUG) que avalia de forma simples e eficaz a mobilidade, o equilíbrio e a agilidade da pessoa. É frequentemente utilizado para avaliar idosos ou pessoas com problemas de mobilidade, ajudando a identificar o risco de quedas. Além das sessões de exercício, o

programa também incluiu sessões de educação para a saúde, abordando temas essenciais para a prevenção das principais complicações associadas à diabetes.

Numa outra situação, no serviço de ortopedia, uma pessoa de 83 anos submetida a hemiartroplastia do fêmur, em que esteve imobilizada cerca de 3 semanas a aguardar cirurgia e desenvolveu infecção respiratória com necessidade de oxigenoterapia. A RFR foi realizada através de intervenções de reeducação diafragmática, da mobilização de secreções, da promoção da expansão pulmonar, do fortalecimento dos músculos respiratórios e da readaptação progressiva ao esforço. Ao aplicar as técnicas aprendidas e os conhecimentos teórico-práticos da área da ER, foi possível observar os resultados das intervenções realizadas quer ao nível da auscultação pulmonar (eliminação de ruídos adventícios), dos valores de gasimetria arterial (com melhora da hipoxemia e acidose), dos exames de imagem, das SPO₂, e do padrão respiratório. Com o aumento da participação nos cuidados, houve uma maior exigência no trabalho motor e respiratório, promovendo um papel mais ativo da pessoa e contribuindo para a melhoria da função cardiorrespiratória. O ensino e treino de técnicas como descanso, relaxamento, controlo da respiração, correção postural, exercícios de mobilização e fortalecimento muscular, além do treino respiratório e técnicas de conservação de energia, resultaram em melhor coordenação respiratória e motora para as pessoas.

Ensinar sobre a doença, os seus sintomas e como agir, além de aplicar estratégias de estimulação motora e sensorial, é essencial para melhorar a qualidade de vida da pessoa e da família, assim como a sua funcionalidade. Aumentar a capacidade funcional é uma das principais metas, pois melhora a qualidade de vida, torna a pessoa apta para as tarefas diárias e potencializa a sua capacidade, sendo um dos maiores ganhos do EEER (Ribeiro et al, 2021).

3. CONCLUSÃO

A Enfermagem exige formação contínua para aprofundar e atualizar conhecimentos. A necessidade de formação especializada, tanto pessoal quanto profissional, motivou-nos a ingressar no curso de Mestrado em Enfermagem de Reabilitação.

O relatório de estágio sintetiza o culminar de um processo formativo em ER, iniciado com a elaboração de um projeto centrado na investigação de uma problemática específica. Através do projeto de estágio identificou-se o tema da IU que foi aprofundado na pessoa submetida a PR, sendo a área da eliminação considerada uma das áreas prioritárias de intervenção do EEER. Este descreve o percurso do estágio realizado, em que permitiu integrar os conhecimentos teórico-práticos adquiridos, com o objetivo de desenvolver as competências previstas nos descritores de Dublin para o 2.º ciclo de estudos, em articulação com as competências definidas pela OE para o EEER.

É importante refletir sobre o percurso pessoal e académico ao longo do mestrado, sobre a natureza dos cuidados especializados do EEER e a sua relevância para a pessoa com diversas necessidades de saúde. Para isso, foi utilizada a análise *SWOT* (*Strengths, Weaknesses, Opportunities, Threats*), com o objetivo de identificar os pontos fortes, fraquezas, oportunidades e ameaças vivenciadas durante esse trajeto.

Entre os pontos fortes, destaca-se a realização prévia do projeto de estágio, com objetivos e atividades bem definidos, a revisão bibliográfica que fundamentou as intervenções realizadas e a elaboração de uma revisão *scoping*, que mapeou e descreveu intervenções de reabilitação na promoção da continência urinária na pessoa submetida a PR, sustentando a prática durante o estágio. Para enriquecer esse processo foram realizados estágios em diversos contextos, hospitalar, na RNCCI, na comunidade e em consulta, possibilitando a aquisição de conhecimentos e técnicas no âmbito da ER, promovendo interações multidisciplinares e uma experiência profissional enriquecedora, o que permitiu prestar cuidados à pessoa com necessidades especiais, considerando o seu contexto e expectativas, o que resultou em intervenções eficazes e personalizadas. Assim a abordagem desta temática envolveu a aplicação da teoria da transição de Afaf Meleis, um modelo teórico que se revelou pertinente para o presente trabalho e que foi fundamental para orientar os cuidados, ao reconhecer a transição da pessoa e os fatores que a influenciam. Em contexto de estágio hospitalar em NC, ECCI e consulta, foi possível intervir e desenvolver um programa de reabilitação centrado nas dificuldades identificadas na pessoa com alteração da continência urinária, onde se promoveu a capacitação da pessoa para a promoção da continência urinária, melhorando assim a sua qualidade de vida. Também a motivação e o interesse demonstrados ao longo do percurso, foram essenciais para a busca constante de conhecimento, garantindo um envolvimento ativo nas atividades e uma abordagem focada no bem-estar da pessoa.

Uma fraqueza identificada ao longo do percurso académico foi que em alguns estágios, os EEER orientadores prestavam tanto cuidados de ER quanto cuidados gerais, assim como, da área da gestão, e isso limitava a disponibilidade dos mesmos para um acompanhamento direto e contínuo, restringindo oportunidades de aprendizagem e desenvolvimento profissional o que limitava de certa forma, a obtenção de ganhos em saúde. No estágio em UCC identificaram-se dificuldades, como uma ampla área geográfica, o que implicava um elevado consumo de tempo com deslocações para as visitas domiciliárias, assim como existia a falta de viaturas, o que obrigava os EEER a deslocarem-se a pé, reduzindo o tempo disponível para a prestação de cuidados, o número de visitas diárias e a qualidade dos cuidados prestados. A escassez de tempo e recursos materiais foi uma fraqueza, mas também uma oportunidade para investigar e desenvolver estratégias alternativas, baseadas em evidência e que respondessem às necessidades das pessoas. Também a curta duração de alguns estágios, dificultou a criação de parceria com a pessoa e a aplicação efetiva dos conhecimentos teórico-práticos. Também no estágio em ortopedia identificaram-se limitações, visto que as cirurgias programadas eram realizadas noutro hospital pois a tipologia de utentes eram na totalidade de traumatologia de urgência, não havendo assim a oportunidade de acompanhar a pessoa na cirurgia ortopédica programada como a prótese total do joelho entre outras.

Como oportunidades destaca-se o facto de se puderem realizar os estágios em contextos distintos, o que revelaram as reais condições de saúde e habitacionais da pessoa, exigindo do EEER adaptação e criatividade nos cuidados. Houve a excelente oportunidade de um dos estágios ser realizado numa fundação de referência ao nível nacional em cuidados oncológicos à pessoa com neoplasia da próstata. O contato com equipas multidisciplinares foi uma oportunidade valiosa para desenvolver competências teóricas, práticas e de articulação de cuidados essenciais à prática do EEER. A aplicação de instrumentos de avaliação sensíveis e validados, foram essenciais para identificar os ganhos em saúde decorrentes da intervenção do EEER. Estes instrumentos permitiram uma abordagem centrada na pessoa e na família/prestador de cuidados, promovendo intervenções eficazes e adaptadas às necessidades individuais. Além disso, evidenciaram melhorias significativas na funcionalidade e autonomia das pessoas.

Como ameaças, ao logo deste percurso perspetivou-se a elaboração de um estudo de caso indo ao encontro do tema deste projeto – a pessoa submetida a PR, no entanto foi possível apenas desenvolver ambos os estudos de caso na pessoa com IU ainda que a sua causa não tenha sido a PR, mas desenvolveu-se na pessoa com patologia da próstata. Outra ameaça foi a escassez de estudos publicados por EEER nesta área.

A evolução das competências foi evidenciada pela exposição, estudo e reflexão das atividades realizadas. Durante os estágios a aquisição de conhecimentos e técnicas em ER foi fundamental, assim como o desenvolvimento de competências que permitiram prestar cuidados personalizados a pessoas com necessidades especiais, considerando o seu

contexto, expectativas e problemas. A Teoria das Transições de Meleis revelou-se fundamental para planejar e orientar as intervenções, ao permitir reconhecer a transição vivenciada pela pessoa, assim como identificar os fatores que a facilitam ou dificultam.

Este relatório evidenciou o percurso formativo e os resultados alcançados através das intervenções realizadas, em conformidade com os objetivos definidos no projeto de estágio. No desenvolvimento das competências do EEER destacou-se a capacidade de cuidar da pessoa com necessidades especiais, promovendo a capacitação, a participação social e a maximização da funcionalidade para a melhoria do bem-estar.

A prática de cuidados foi desenvolvida com o objetivo de dar resposta às necessidades da pessoa com uma abordagem holística, valorizando todos os aspetos do bem-estar da pessoa, obtendo ganhos em saúde e promovendo a sua satisfação. A utilização de escalas de avaliação permitiu identificar de forma precisa as suas necessidades e monitorizar os resultados obtidos com os programas de reabilitação implementados, reforçando o papel do EEER na prestação de cuidados personalizados. A relação de parceria foi garantida, com a elaboração de planos de reabilitação alinhados com as necessidades, expectativas e objetivos da pessoa, promovendo a sua motivação e satisfação ao longo do processo. De forma a reduzir o risco de dependência e promover a autonomia, foi adotada uma abordagem centrada na capacitação, no ensino e na responsabilização da pessoa no seu próprio processo de reabilitação.

O percurso realizado permitiu desenvolver competências nos cinco domínios dos descritores de Dublin (o domínio do conhecimento e compreensão, aplicação do conhecimento e compreensão, formulação de juízos, competências de comunicação e de aprendizagem), complementadas pelas competências comuns e específicas do EEER, essenciais para a prestação de cuidados especializados.

Em suma, o percurso foi, positivo e enriquecedor, no sentido em que se superaram expectativas e fortaleceu-se o compromisso com a pessoa, a qualidade dos cuidados e a aprendizagem contínua. As competências adquiridas e desenvolvidas ao longo deste percurso académico traduzem-se em conhecimentos e capacidades com impacto positivo na qualidade dos cuidados de ER, na vida da pessoa e da sua família.

Por fim, recomenda-se ampliar a investigação sobre o tema, dada a escassez de estudos conduzidos por EEER na área da IU na pessoa submetida a PR.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Abrams, P., Cardozo, L., Wagg, A & Wein, A. (2017). *Incontinence*. (6 ed.) Bristol, UK: International Continence Society Bristol.
https://www.ics.org/publications/ici_6/Incontinence_6th_Edition_2017_eBook_v2.pdf
- Allameh, F., Rayegani, S. M., Razzaghi, M., Abedi, A. R., Rahavian, A., Javadi, A., & Montazeri, S. (2021). Comparison of the effect of the pelvic floor muscle biofeedback prior or postradical prostatectomy on urinary incontinence: a randomized controlled trial. *Turkish Journal of Urology*, 47(5), 436–441. <https://doi.org/10.5152/tud.2021.21096>
- An, D., Wang, J., Zhang, F., Jing, H., Gao, Y., Cong, H., Hu, C., Wu, J., & Liao, L. (2023). Effect of different postures of Pilates combined with Kegel training on pelvic floor muscle strength in post-prostatectomy incontinence. *International Urology and Nephrology*, 55(3), 519–527. <https://doi.org/10.1007/s11255-022-03423-x>
- Araújo, C., Santos, L., Ferreira, O., Sousa, J., Lopes, J., & Delgado, B. (2023). *Guia orientador de boas práticas: prescrição de dispositivos e produtos de apoio. No âmbito dos cuidados especializados em enfermagem de Reabilitação*. (1ªed). Ordem dos Enfermeiros. Para-letras. gobpdispositivosprodutosapoio_v8_ok.pdf
- Arco, H., Costa, A. & Mestrinho, N. (2017). Incontinência urinária e quedas no idoso: Contributos para uma revisão da literatura. *Revista Hospitalidade*, 81 (315), 34-40
- Associação portuguesa de urologia. (2018). Cancro da Próstata. https://www.apurologia.pt/publico/cancro_da_prostata.htm
- Attwell, C., Jöhr, J., Pincherle, A., Pignat, J. M., Kaufmann, N., Knebel, J. F., Berney, L., Ryvlin, P., & Diserens, K. (2019). Neurosensory stimulation outdoors enhances cognition recovery in cognitive motor dissociation: A prospective crossover study. *NeuroRehabilitation*, 44(4), 545–554. <https://doi.org/10.3233/NRE-192692>
- Avery, J. C., Braunack-Mayer, A. J., Stocks, N. P., Taylor, A. W. & Duggan, P. (2013). Psychological perspectives in urinary incontinence: a metasynthesis. *A Women's Health*, 1-10. Disponível: <https://ro.uow.edu.au/sspapers/3791>
- Avery, K., Donovan, J., Peters, T. J., Shaw, C., Gotoh, M., & Abrams, P. (2004). <https://doi.org/10.1002/nau.20041>
- ICIQ: a brief and robust measure for evaluating the symptoms and impact of urinary incontinence. *Neurourology and Urodynamics*, 23(4), 322–330.
- Aydın Sayılan, A., & Özbaş, A. (2018). The Effect of Pelvic Floor Muscle Training On Incontinence Problems After Radical Prostatectomy. *American Journal of Men's Health*, 12(4), 1007–1015. <https://doi.org/10.1177/1557988318757242>
- Barros, F. & Figueiredo, F. (2014). *Manual de Medicina Sexual* (10ª Ed). Lisboa: HSJ
- Becker, A., Tennstedt, P., Hansen, J., Trinh, Q. D., Kluth, L., Atassi, N., Schlomm, T., Salomon, G., Haese, A., Budaus, L., Michl, U., Heinzer, H., Huland, H., Graefen, M., & Steuber, T. (2014). Functional and oncological outcomes of patients aged <50 years treated with radical prostatectomy for localised prostate cancer in a European population. *BJU international*, 114(1), 38–45. <https://doi.org/10.1111/bju.12407>
- Branco, C.; Portinha, S. (2017) *Disfagia no Adulto, Da Teoria à Prática*. Papa-Letras
- Berg, K. O., Wood-Dauphinee, S. L., Williams, J. I., & Maki, B. (1992). Measuring balance in the elderly: validation of an instrument. *Canadian journal of public health*, 83(2), S73S11.

<https://www.researchgate.net/publication/21687774> Measuring balance in the elderly
Validation of an instrument

Bernardes, M.F.V.G., Chagas, S.C., Izidoro, L.C.R., Veloso, D.F.M., Chianca, T.C.M., Mata, L.R.F.P.D. (2019). Impact of urinary incontinence on the quality of life of individuals undergoing radical prostatectomy. *Revista Latina Americana Enfermagem*, 10(27):3131. Disponível: <https://doi.org/10.1590/1518-8345.2757.3131>

Bohannon, R. W., & Smith, M. B. (1987). Interrater reliability of a modified Ashworth scale of muscle spasticity. *Physical therapy*, 67(2), 206–207. <https://doi.org/10.1093/ptj/67.2.206>

Borg, G. A. (1982). Psychophysical bases of perceived exertion. *Medicine and Science in Sports and Exercise*, 14 (5), 377-381. https://journals.lww.com/acsmmsse/Abstract/1982/05000/Psychophysical_bases_of_perceived_exertion.12.aspx

Cabanas-Valdés, R, Boix-Sala, L., Grau-Pellicer, M., Guzmán-Bernal, J. A., Caballero-Gómez, F. M., & Urrútia, G. (2021). The Effectiveness of Additional Core Stability Exercises in Improving Dynamic Sitting Balance, Gait and Functional Rehabilitation for Subacute Stroke Patients (CORE-Trial): Study Protocol for a Randomized Controlled Trial. *International journal of environmental research and public health*, 18(12), 6615. <https://doi.org/10.3390/ijerph18126615>

Carvalho, J.M., Cristão, A.S. (2012). O valor dos cuidados de enfermagem: uma consulta de enfermagem a um homem submetido a uma prostatectomia radical. *Revista de Enfermagem Referência*, III (7), 103-112. <https://www.redalyc.org/pdf/3882/388239966015.pdf>

Clark, C. B., Kuchеров, V., Klonieck, E., Shenot, P. J., & Das, A. K. (2021). Management of urinary incontinence following treatment of prostate disease. *The Canadian journal of urology*, 28(S2), 38–43. https://www.canjurol.com/html/free-articles/Cdn_JU28_I4S2_12_DrDasS.pdf

Conselho Internacional de Enfermeiros. (2019). *Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem, Versão 2019*. Ordem dos Enfermeiros. <https://www.icn.ch/what-we-do/projects/ehealth-icnptm/icnp-browser>

Cordeiro, M. & Menoita, E. (2012). Manual de boas práticas na reabilitação respiratória 3 Conceitos, princípios e Técnicas Lusociência.

Culligan, P. J., Scherer, J., Dyer, K., Priestley, J. L., Guignon-White, G., Delvecchio, D., & Vangeli, M. (2010). A randomized clinical trial comparing pelvic floor muscle training to a Pilates exercise program for improving pelvic muscle strength. *International urogynecology journal*, 21(4), 401–408. <https://doi.org/10.1007/s00192-009-1046-z>

de Lira, G. H. S., Fornari, A., Cardoso, L. F., Aranchipe, M., Kretiska, C., & Rhoden, E. L. (2019). Effects of perioperative pelvic floor muscle training on early recovery of urinary continence and erectile function in men undergoing radical prostatectomy: A randomized clinical trial. *International Braz J Urol*, 45(6), 1196–1203. <https://doi.org/10.1590/S1677-5538.IBJU.2019.0238>

Deodato, S. (2016). Ética nos cuidados de Enfermagem de Reabilitação. In C. Marques-Vieira & L. Sousa (Eds), *Cuidados de Enfermagem de Reabilitação à Pessoa ao longo da vida* (1ª ed., pp. 35-39). Lusodidacta

Despacho n.º 1400-A/2015 de 10 de fevereiro (2015). Plano Nacional para a Segurança dos Doentes 2015-2020 <https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/despacho/1400-a-2015-66463212>

Despacho n.º 7197/2016 do Trabalho, Solidariedade e Segurança Social. (2016). Diário da República: II série, n.º 105/2016.
<https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/despacho/7197-2016-74587625>

Dias, P., Teixeira, H., Palma, M., Messias, P., Vieira, J., & Ferreira, R. (2022). Intervenções de reeducação funcional respiratória na pessoa com doença respiratória: revisão sistemática da literatura. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 75(4), e20210654.
<https://www.scielo.br/j/reben/a/YNhM6sb9KwRp9vPhqyPyPmd/?format=pdf&lang=pt>

Dijkstra-Eshuis, J., Van Den Bos, T. W. L., Splinter, R., Bevers, R. F. M., Zonneveld, W. C. G., Putter, H., Pelger, R. C. M., & Voorham-Van Der Zalm, P. J. (2015). Effect of preoperative pelvic floor muscle therapy with biofeedback versus standard care on stress urinary incontinence and quality of life in men undergoing laparoscopic radical prostatectomy: A randomised control trial. *Neurourology and Urodynamics*, 34(2), 144–150.
<https://doi.org/10.1002/nau.22523>

Direção-Geral da Saúde. (2011). *Escala de Braden: versão adulto e pediátrica (Braden Q)*. Direção-Geral da Saúde. Disponível em: https://www.dgs.pt/departamento-da-qualidade-na-saude/ficheiros-anexos/orientacao_ulceraspdf-pdf.aspx.

Direção Geral de Saúde. (2016). *Norma no 013/2016 de 28 de outubro de 2016*. Regras de Prescrição de Dispositivos Médicos na Retenção/Incontinência em Idade Pediátrica e no Adulto. Direção Geral de Saúde. Disponível: https://normas.dgs.min-saude.pt/wpcontent/uploads/2019/09/Regras-de-Prescricao-de-Dispositivos-Medicos-naRetencao_Incontinencia-em-Idade-Pediatica-e-no-Adulto.pdf

Direção-Geral da Saúde. (2003). *Dor como 5.º sinal vital: registo obrigatório da avaliação da dor nos boletins de monitorização dos sinais vitais*. Circular Normativa n.º 09/DGCG. <https://www.dgs.pt>

Direção Geral de Saúde. (2019a). *Plano Nacional Para as Doenças Oncológicas – Desafios e Estratégias*. Lisboa: Direção Geral de Saúde. <https://www.dgs.pt/pns-e-programas/programas-de-saude-prioritarios/doencas-oncologicas.aspx>

Direção-Geral de Saúde. (2019b). *Prevenção e Intervenção na Queda do Adulto em Cuidados Hospitalares*. Norma n.º 008/2019. Serviço Nacional de Saúde.
<https://normas.dgs.min-saude.pt/2019/12/09/prevencao-e-intervencao-na-queda-do-adulto-em-cuidados-hospitalares/>

Eaton, K. (2016). Benefits of Pelvic Floor Rehabilitation for Urinary Incontinence after Prostatectomy: A Review of the Literature. *MOJ Yoga Physical Therapy*, 1-4.
<https://medcraveonline.com/MOJYPT/MOJYPT-01-00005.pdf>

Eisemann, N., Nolte, S., Schnoor, M., Katalinic, A., Rohde, V., & Waldmann, A. (2015). The ProCaSP study: quality of life outcomes of prostate cancer patients after radiotherapy or radical prostatectomy in a cohort study. *BMC urology*, 15, 28.
<https://doi.org/10.1186/s12894-015-0025-6>

Faria, F., Menezes, A., Rodrigues, A., Ferreira, A. & Bolsas, C. (2014). Incontinência urinária e noctúria: prevalência e impacto sobre qualidade de vida em idosas numa Unidade Básica de Saúde. *Revista Brasileira Geriatria Gerontologia, Rio de Janeiro*, 17(1):17-25.

Fernandes, A., Sacomani, C. A. R., Averbek, M., Prezotti, J. A., Ferreira, R. S., Moser, D., & Gajewski, J. B. (2022). Tradução para o português An International Continence Society (ICS) report on the terminology for adult neurogenic lower urinary tract dysfunction (ANLUTD). *Einstein (Sao Paulo, Brazil)*, 20, eAE5680.
https://doi.org/10.31744/einstein_journal/2022AE5680

- Fernandes, C. S., Gomes, J. A., Martins, M. M., Gomes, B. P., & Gonçalves, L. H. (2015). A importância das famílias nos cuidados de enfermagem: Atitudes dos enfermeiros em meio hospitalar. *Revista de Enfermagem Referência*, 4(7), 21-30. <https://doi.org/10.12707/RIV15007>
- Fernandes, J. A. B. A., Fernandes, S. I. B. A., Almeida, A. L. d. S., Almeida, J. M. G. D., & Peças, D. M. T. B. (2022). Factores asociados con la falta de adherencia a ayudas técnicas para la marcha en ancianos con alto riesgo de caídas. *Cultura de los Cuidados*, (62). <https://doi.org/10.14198/cuid.2022.62.14>.
- Fernandes, J. B. & Vareta, D. A. (2019). *Enfermagem Avançada*. Papa Letras.
- Fode, M., Borre, M., Ohl, D. A., Lichtbach, J., & Sønksen, J. (2014). Penile vibratory stimulation in the recovery of urinary continence and erectile function after nerve-sparing radical prostatectomy: A randomized, controlled trial. *BJU International*, 114(1), 111–117. <https://doi.org/10.1111/bju.12501>
- Gomes, C. S., Pedriali, F. R., Urbano, M. R., Moreira, E. H., Averbeck, M. A., & Almeida, S. H. M. (2018). The effects of Pilates method on pelvic floor muscle strength in patients with post-prostatectomy urinary incontinence: A randomized clinical trial. *Neurourology and Urodynamics*, 37(1), 346–353. <https://doi.org/10.1002/nau.23300>
- Guerreiro, L. & Fernandes M., E. (2019). Rehabilitation Nursing in the empowerment of the person for self-care transfer, *Journal of Aging & Innovation*, 8 (1): 84 – 96
- Haglund, E., Carlsson, S., Stranne, J., Wallerstedt, A., Wilderäng, U., Thorsteinsdottir, T., Lagerkvist, M., Damber, J. E., Bjartell, A., Hugosson, J., Wiklund, P., Steineck, G., & LAPPRO steering committee. (2015). Urinary Incontinence and Erectile Dysfunction After Robotic Versus Open Radical Prostatectomy: A Prospective, Controlled, Nonrandomised Trial. *European urology*, 68(2), 216–225. <https://doi.org/10.1016/j.eururo.2015.02.029>
- Heydenreich, M., Puta, C., Gabriel, H. H. W., Dietze, A., Wright, P., & Zermann, D. H. (2020). Does trunk muscle training with an oscillating rod improve urinary incontinence after radical prostatectomy? A prospective randomized controlled trial. *Clinical Rehabilitation*, 34(3), 320–333. <https://doi.org/10.1177/0269215519893096>
- Holland, A. E., Hill, C. J., Glaspole, I., Goh, N., & McDonald, C. F. (2012). Predictors of benefit following pulmonary rehabilitation for interstitial lung disease. *Respiratory medicine*, 106(3), 429-435. <https://doi.org/10.1016/j.rmed.2011.11.014>
- Holden, M. K., Gill, K. M., & Magliozzi, M. R. (1986). Gait assessment for neurologically impaired patients. Standards for outcome assessment. *Physical therapy*, 66(10), 1530-1539. <https://doi.org/10.1093/ptj/66.10.1530>
- Honda, M., Kawamoto, B., Morizane, S., Hikita, K., Muraoka, K., Sejima, T., & Takenaka, A. (2017). A prognostic model for predicting urinary incontinence after robot-assisted radical prostatectomy. *The international journal of medical robotics + computer assisted surgery: MRCAS*, 13(3), 10.1002/rcs.1780. <https://doi.org/10.1002/rcs.1780>
- Instituto Nacional de Estatística. (2019). *Estatísticas da Saúde - 2017*. https://www.ine.pt/ngt_server/attachfileu.jsp?look_parentBoui=367854789&att_display=n&att_download=y
- Izidoro, L. C. de R., da Mata, L. R. F., Azevedo, C., de Paula, A. A. P., Graça Pereira, M., Santos, J. E. M. Dos, Brasil, V. V., & Oliveira, L. M. de A. C. (2022). Cognitive-behavioral program to control lower urinary tract symptoms after radical prostatectomy: a randomized clinical trial. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 75(5). <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2021-0818>

Izidoro, L.C.R., Soares, G.B., Vieira, T.C., Orlandi, F.S., Polido Júnior. A., Oliveira, L.M.A.C., Napoleão, A.A. (2019). Qualidade de vida relacionada à saúde e fatores psicossociais após prostatectomia radical. *Acta Paulista Enfermagem*, 32(2):169–177. <https://doi.org/10.1590/1982-0194201900024>.

Jain, S., & Iverson, L. M. (2023). Glasgow Coma Scale. *StatPearls*. StatPearls Publishing. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK513298/>

Kasai, T., Banno, T., Nakamura, K., Kouchi, Y., Shigeta, H., Suzuki, F., Kaneda, Y., Bhandari, D., Murayama, A., Takamatsu, K., Kobayashi, N., Sawano, T., Nishikawa, Y., Sato, H., Ozaki, A., Kurokawa, T., Kanzaki, N., & Shimmura, H. (2023). Duration and Influencing Factors of Postoperative Urinary Incontinence after Robot-Assisted Radical Prostatectomy in a Japanese Community Hospital: A Single-Center Retrospective Cohort Study. *International journal of environmental research and public health*, 20(5), 4085. <https://doi.org/10.3390/ijerph20054085>

Lardas, M., Liew, M., van den Bergh, R. C., De Santis, M., Bellmunt, J., Van den Broeck, T., Cornford, P., Cumberbatch, M. G., Fossati, N., Gross, T., Henry, A. M., Bolla, M., Briers, E., Joniau, S., Lam, T. B., Mason, M. D., Mottet, N., van der Poel, H. G., Rouvière, O., Schoots, I. G., ... Bourke, L. (2017). Quality of Life Outcomes after Primary Treatment for Clinically Localised Prostate Cancer: A Systematic Review. *European urology*, 72(6), 869–885. <https://doi.org/10.1016/j.eururo.2017.06.035>

Lei n.º 156/2015 da Assembleia da República. (2015). Diário da República: I Série, n.º 181/2015. <https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/lei/156-2015-70309896>

Marques-Vieira, C & Sousa, L. (2016). Cuidados de Enfermagem à Pessoa ao Longo da Vida. Cristina Marques- Vieira e Luis Sousa (Coord.). Loures: Lusodidacta.

Matos, F. & Simões, A. (2020). Enfermagem de Reabilitação na transição da pessoa com alteração motora por AVC: Revisão Sistemática da Literatura. *Revista Portuguesa Enfermagem Reabilitação*, 3(2):11-9.

Mahoney, F.I., & Barthel, D. (1965). Functional evaluation: the Barthel Index. *Maryland State Med Journal*, 14, 56-61. <https://www.kcl.ac.uk/nmpc/assets/rehab/tools-bi-functional-evaluation-the-barthel-index.pdf>

McCullen, P.; Howie, W.; Philipsen, N.; Bryant, V.; Setlow, P.; Calhoun, M. & Green, Z. (2014). Electronic medical records and electronic health records: overview for nurse practitioners. *The journal of nurse practitioners*. 10(9). 660-5. DOI: 10.1016/j.nurpra.2014.07.013.

Meleis, A. (2010). Transitions Theory: *Middle Range and Situation Specific Theories in Nursing Research and Practice*. Springer. https://taskurun.files.wordpress.com/2011/10/transitions_theory_middle_range_and_situation_specific_theories_in_nursing_research_and_practice.pdf

Meleis, A., Sawyer, L., Im, E., Messias, D. & Schumacher, K. (2000). Experiencing transitions: An emerging middle-range theory. *Advances in Nursing Science*, 23 (1): 12-28. Doi: 10.1097/00012272-200009000-00006

Medical Research Council. (1976). Aids to the examination of the peripheral nervous system (War Memorandum n. 7). <https://www.ukri.org/wp-content/uploads/2021/12/MRC-011221-AidsToTheExaminationOfThePeripheralNervousSystem.pdf>

Mendonça, T.M. (2012). Disfunções Miccionais. Uropatia Obstrutiva Baixa. In M.M. Silva, A. Duarte, J. Galo, N. Domingues (coords). *Enfermagem em Urologia* (pp. 36-50). Lisboa: Lidel.

Menoita, E., Sousa, L., Alvo, I., & Vieira, C. (2012). *Reabilitar a Pessoa Idosa com AVC: Contributos para um Envelhecer Resiliente* (1.ª Edição). Lusociência.

- Milios, J. E., Ackland, T. R., & Green, D. J. (2019). Pelvic floor muscle training in radical prostatectomy: A randomized controlled trial of the impacts on pelvic floor muscle function and urinary incontinence. *BMC Urology*, 19(1). <https://doi.org/10.1186/s12894-019-0546-5>
- Monteiro, A., Oliveira, C., Pereira, C., Almeida, J., Santos, J., Damas, P., David, S., & Cardoso, T. (2013). *A Oculta Face do Coma- O despertar do desconhecido*. Lusociência.
- Morse, J. M, Morse, R. M & Tylko, S. J (1989). Desenvolvimento de uma escala para identificar o paciente propenso a quedas. *Jornal canadense sobre Envelhecimento*, 8(4),366–377.<https://doi.org/10.1017/S0714980800008576>.
- Murphy, C., de Laine, C., Macaulay, M., & Fader, M. (2020). Development and randomised controlled trial of a Continence Product Patient Decision Aid for men postradical prostatectomy. *Journal of clinical nursing*, 29(13-14), 2251–2259. <https://doi.org/10.1111/jocn.15223>
- Norma n.º 008/2019 de 9 de dezembro. Decreto Regulamentar nº 14/2012- n.º 2, artigo 2 (2012). Lisboa: Direção-Geral da Saúde. <https://www.dgs.pt/directrizes-da-dgs/normas-e-circularesnormativas/norma-n-0082019-de-09122019-pdf.aspx>
- Novick, B. J. assani, Angie, M., Walker, E., Kitay, R., Monday, K., & Albert, N. M. (2014). The Effect of Intensive Education On Urinary Incontinence Following Radical Prostatectomy: A Randomized Control Trial. *Urologic Nursing*, 34(5), 246–251. <https://doi.org/10.7257/1053-816x.2014.34.5.246>
- Oh, J. J., Kim, J. K., Lee, H., Lee, S., Jin Jeong, S., Kyu Hong, S., Eun Lee, S., & Byun, S. S. (2019). Effect of personalized extracorporeal biofeedback device for pelvic floor muscle training on urinary incontinence after robot-assisted radical prostatectomy: A randomized controlled trial. *Neurourology and Urodynamics*, 39(2), 674–681. <https://doi.org/10.1002/nau.24247>
- Ordem dos Enfermeiros. (2015a). Áreas Investigação Prioritárias para a especialidade de Enfermagem de Reabilitação. *Assembleia do Colégio de Especialidade de Enfermagem de reabilitação*. Disponível: <https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/colegios/Documents/2015/MCEER Assembleia /Areas Investigacao Prioritarias para EER.pdf>
- Ordem dos Enfermeiros. (2015b). *Estatuto da Ordem dos Enfermeiros e REPE*. Ordem dos Enfermeiros. <https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/publicacoes/Documents/nEstatuto REPE 291 02015 VF site.pdf>
- Ordem dos Enfermeiros. (2015c). *Deontologia profissional de Enfermagem*. Ordem dos Enfermeiros. https://www.ordemenfermeiros.pt/media/8887/livrocj_deontologia_2015_web.pdf
- Ordem dos Enfermeiros. (2016). *Instrumentos de recolha de dados para a documentação dos Cuidados Especializados em Enfermagem de Reabilitação*. Ordem dos Enfermeiros. https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/colegios/Documents/2017/InstRecolhaDados DocumentacaoCuidEnfReabilitacao_Final_2017.pdf
- Ordem dos Enfermeiros. (2012). Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem: *Enquadramento conceptual - Enunciados descritivos*. Lisboa. Disponível: <https://www.ordemenfermeiros.pt/media/8903/divulgar-padroes-de-qualidade-dos-cuidados.pdf>
- Ordem dos Enfermeiros. (2018). Padrões de qualidade dos cuidados especializados em enfermagem de reabilitação. Assembleia do Colégio de Especialidade de Enfermagem de Reabilitação. 1-19. https://www.ordemenfermeiros.pt/media/8141/ponto-4_regulamento-dos-padr%C3%B5es-qualidade-ceer.pdf

Ordem dos Enfermeiros. (2021). *Recomendações para o estágio e relatório da componente clínica dos ciclos de estudos dos Mestrados em Enfermagem conducentes à atribuição do título profissional de Enfermeiro Especialista*. Ordem dos Enfermeiros. <https://www.ordemenfermeiros.pt/media/24294/recomendacoes-para-estagio-e-relatorio-da-componente-clinica-dos-ciclos-de-estudos-dos-mestrados-enf-especialista.pdf>

Ordem dos Enfermeiros (2019a). Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista. Regulamento 140/2019. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros. Disponível: <https://www.ordemenfermeiros.pt/media/10778/0474404750.pdf>

Ordem dos Enfermeiros. (2019b). Regulamento das competências específicas do enfermeiro especialista em Enfermagem de Reabilitação. *Regulamento n.º 392/2019: Diário da República, 2ª série* (85). Disponível: <https://www.ordemenfermeiros.pt/media/11871/1356513568.pdf>

Organização Mundial da Saúde. (2002). A classificação internacional de funcionalidade, incapacidade e saúde da organização mundial da saúde: conceitos, usos e perspectivas. *Ciência & Saúde Coletiva*, 7(2), 327-338.

Organização Mundial de Saúde. (2015). Relatório mundial de envelhecimento e saúde. OMS. Disponível em <https://www.who.int/>

Oyake, K., Yamauchi, K., Inoue, S., Sue, K., Ota, H., Ikuta, J., Ema, T., Ochiai, T., Hasui, M., Hirata, Y., Hida, A., Yamamoto, K., Kawai, Y., Shiba, K., Atsumi, A., Nagafusa, T. & Tanaka, S. (2023). A multicenter explanatory survey of patients' and clinicians' perceptions of motivational factors in rehabilitation. *Communications Medicine*, 3,78. <https://www.nature.com/articles/s43856-023-00308-7>

Pané-Alemany, R., Ramírez-García, I., Kauffmann, S., Blanco-Ratto, L., Carralero-Martínez, A., & Sánchez Ruiz, E. (2021). Efficacy of transcutaneous perineal electrostimulation versus intracavitary anal electrostimulation in the treatment of urinary incontinence after a radical prostatectomy: Randomized controlled trial. *Neurourology and Urodynamics*, 40(7), 1761–1769. <https://doi.org/10.1002/nau.24740>

Pedriali, F. R., Gomes, C. S., Soares, L., Urbano, M. R., Moreira, E. C. H., Averbeck, M. A., & de Almeida, S. H. M. (2016). Is pilates as effective as conventional pelvic floor muscle exercises in the conservative treatment of post-prostatectomy urinary incontinence? A randomised controlled trial. *Neurourology and Urodynamics*, 35(5), 615–621. <https://doi.org/10.1002/nau.22761>

Pereira, R., Martins, M., Machado, W., Pereira, A., Pereira, A., Chesani, F. (2020). Cuidados de Enfermagem para a inclusão social da pessoa com deficiência física adquirida: Revisão integrativa. *Revista Portuguesa de Enfermagem de Reabilitação*. 3 (12).020. <https://rper.aper.pt/index.php/rper/article/view/68/28>.

Pestana, H. (2016) Sistemas de Informação e a Especialidade de Enfermagem de Reabilitação. In C. Marques-Vieira & L. Sousa (Eds), *Cuidados de Enfermagem de Reabilitação à Pessoa ao longo da vida* (1ª ed., pp. 77-88). Lusodidacta

Petronilho, F. & Machado, M. (2017). Teorias de Enfermagem e Autocuidado: Contributos para a Construção do Cuidado de Reabilitação. In C. Marques-Vieira & L. Sousa (Coord.) (1.ª Edição) *Cuidados de Enfermagem de Reabilitação à Pessoa ao longo da vida*. 3-14. Lusodidacta.

Potter, P. A., Perry, A.G., Stockert, P., Hall, A. (2018). *Fundamentos de Enfermagem*. 9ªed. Rio de Janeiro: Elsevier.

Rahnama'i, M. S., Marcelissen, T., Geavlete, B., Tutolo, M., & Hüsck, T. (2021). Current Management of Post-radical Prostatectomy Urinary Incontinence. *Frontiers in surgery*, 8, 647656. <https://doi.org/10.3389/fsurg.2021.647656>

Regulamento n.º 140/2019 de 06 de fevereiro. (2019). Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista. Diário da República. 2.ª Série, Nº26 (06/02/2019). 4744 - 4750 <https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/regulamento/140-2019-119236195>

Regulamento n.º 392/2019 de 3 de maio. (2019). Regulamento das competências específicas do enfermeiro especialista em Enfermagem de Reabilitação. Diário da República. 2.ª Série, N.º 85 (03/05/2019). 13565 - 13568. <https://dre.pt/dre/detalhe/regulamento/392-2019-122216893>

Regulamento n.º 350/2015 de 22 de junho. (2015). Regulamento dos Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem em Enfermagem de Reabilitação. Diário da República. 2.ª Série, N.º 119 (22-06-2015). 16655 3 16660. <https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/regulamento/350-2015-67552234>

Ribeiro, L. H., Prota, C., Gomes, C. M., de Bessa, J., Jr, Boldarine, M. P., Dall'Oglio, M. F., Bruschini, H., & Srougi, M. (2010). Long-term effect of early postoperative pelvic floor biofeedback on continence in men undergoing radical prostatectomy: a prospective, randomized, controlled trial. *The Journal of urology*, 184(3), 1034–1039. <https://doi.org/10.1016/j.juro.2010.05.040>

Ribeiro, O., Moura, I., Ventura, J. (2021). *Referenciais teóricos orientadores do exercício profissional dos enfermeiros especialistas em enfermagem de reabilitação*. In O. Ribeiro (Ed.), *Enfermagem de Reabilitação - Conceções e Práticas* (pp. 48–55). Lisboa: Lidel

Rocha, C.; Redol, F. (2017). Intervenção de Enfermagem com a Pessoa com Alterações da Eliminação Vesical e Intestinal. In: C. Marques-Vieira, L. Sousa. *Cuidados de Enfermagem de Reabilitação à Pessoa ao Longo da Vida* (pp.271 – 279). Loures: Lusodidacta.

Rocha, I., Bravo, M., Sousa, L., Mesquita, A. & Pestana, H. (2020). Intervenção do enfermeiro de reabilitação no ganho de equilíbrio postural na pessoa após acidente vascular cerebral: estudo de caso. *Revista Portuguesa de Enfermagem de Reabilitação*, V351, 5-17. <https://rper.aper.pt/index.php/rper/article/view/91/46>

Rosen, R. C., Cappelleri, J. C., Smith, M. D., Lipsky, J., & Peña, B. M. (1999). Development and evaluation of an abridged, 5-item version of the International Index of Erectile Function (IIEF-5) as a diagnostic tool for erectile dysfunction. *International Journal of Impotence Research*, 11(6), 319–326. <https://doi.org/10.1038/sj.ijir.3900472>

Seeley, R., Stephens, T. & Tate, P. (2008). Aparelho Urinário. In: *Anatomia e Fisiologia*. 8ª ed. 2008. cap. 26

Silva, R., Carvalho, A., Rebelo, L., Pinho, N., Barbosa, L., Araújo, T. & Bettencourt, M. (2019). Contributos do referencial teórico de Afaf Meleis para Enfermagem de Reabilitação. *Revista Investigação em Enfermagem*, 2(26), 35-44. http://www.sinaisvitalis.pt/images/stories/Rie/RIE26_s2.pdf

Singh, F., Newton, R. U., Taaffe, D. R., Lopez, P., Thavaseelan, J., Brown, M., Ooi, E., Nosaka, K., Hayne, D., & Galvão, D. A. (2023). Prehabilitative versus rehabilitative exercise in prostate cancer patients undergoing prostatectomy. *Journal of Cancer Research and Clinical Oncology*, 149(18), 16563–16573. <https://doi.org/10.1007/s00432-023-05409-3>

Soto González, M., Da Cuña Carrera, I., Gutiérrez Nieto, M., López García, S., Ojea Calvo, A., & Lantarón Caeiro, E. M. (2020). Early 3-month treatment with comprehensive physical therapy program restores continence in urinary incontinence patients after radical prostatectomy: A randomized controlled trial. *Neurourology and Urodynamics*, 39(5), 1529–1537. <https://doi.org/10.1002/nau.24389>

Sousa, E. (2016). Estudo da eficácia e qualidade de vida em doentes com incontinência urinária de esforço pós-prostatectomia submetidos à colocação de sling trans-obturador ajustável (ATOMS). *Trabalho Final de Mestrado Integrado em Medicina. Faculdade de*

Medicina da Universidade de Lisboa: Centro Hospitalar Lisboa Norte, Hospital de Santa Maria. <https://repositorio.ul.pt/handle/10451/26552>

Sousa, L., Martins, M. & Novo, A. (2020). A Enfermagem de Reabilitação no Empoderamento e Capacitação da Pessoa em Processos de Transição Saúde-Doença. *Revista Portuguesa de Enfermagem de Reabilitação*, 3(1), 64-69. DOI 10.33194/rper. 2020.v3.n1.8.5763

Strojek, K., Weber-Rajek, M., Strączyńska, A., Piekorz, Z., Pilarska, B., Jarzowski, P., Kozakiewicz, M., Brzozczyk, B., Jarzowski, M., Styczyńska, H., Goch, A., & Radziwińska, A. (2021). Randomized-controlled trial examining the effect of pelvic floor muscle training in the treatment of stress urinary incontinence in men after a laparoscopic radical prostatectomy pilot study. *Journal of Clinical Medicine*, 10(13). <https://doi.org/10.3390/jcm10132946>

Sung, H., Ferlay, J., Siegel, R. L., Laversanne, M., Soerjomataram, I., Jemal, A., & Bray, F. (2021). Global Cancer Statistics 2020: GLOBOCAN Estimates of Incidence and Mortality Worldwide for 36 Cancers in 185 Countries. *CA: a cancer journal for clinicians*, 71(3), 209–249. <https://doi.org/10.3322/caac.21660>

Szczygielska, D., Knapik, A., Pop, T., Rottermund, J., & Saulicz, E. (2022). The Effectiveness of Pelvic Floor Muscle Training in Men after Radical Prostatectomy Measured with the Insert Test. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 19(5). <https://doi.org/10.3390/ijerph19052890>

Tao, Z. Q., Shi, A. M., Wang, K. X., & Zhang, W. D. (2015). Epidemiology of prostate cancer: current status. *European review for medical and pharmacological sciences*, 19(5), 805–812.

Teasdale, G., & Jennett, B. (1974). Assessment of coma and impaired consciousness. A practical scale. *The Lancet*, 2(7872), 81384. [https://doi.org/10.1016/s0140-6736\(74\)91639-0](https://doi.org/10.1016/s0140-6736(74)91639-0)

Wang, C., Song, Z., Li, S., & Tai, S. (2018). Extended nursing for the recovery of urinary functions and quality of life after robot-assisted laparoscopic radical prostatectomy: a randomized controlled trial. *Supportive Care in Cancer*, 26(5), 1553–1560. <https://doi.org/10.1007/s00520-017-3988-x>

Wei, J. T., Dunn, R. L., Litwin, M. S., Sandler, H. M., & Sanda, M. G. (2000). Desenvolvimento e validação do composto expandido do índice de câncer de próstata (EPIC) para avaliação abrangente da qualidade de vida relacionada à saúde em homens com câncer de próstata. *Urologia*, 56(6), 899–905. [https://doi.org/10.1016/s0090-4295\(00\)00858-X](https://doi.org/10.1016/s0090-4295(00)00858-X)

White, C. (2014). Improving the quality, safety and efficiency of care with actionable clinical protocols. *British Medical Journal*.

Yuan, Y., Hu, Y., Cheng, J. X., & Ding, P. (2019). Psychological nursing approach on anxiety and depression of patients with severe urinary incontinence after radical prostatectomy – a pilot study. *Journal of International Medical Research*, 47(11), 5689–5701. <https://doi.org/10.1177/0300060519878014>

Zaidan, P., & Silva, E. B. da. (2023). O efeito da eletroestimulação de 65 Hz sobre a incontinência urinária, força dos músculos do assoalho pélvico e impacto na vida diária de pacientes após prostatectomia radical: experimento controlado randomizado duplo cego. *Fisioterapia Brasil*, 24(1), 76–88. <https://doi.org/10.33233/fb.v24i1.5174>

Zanetti, M. R., Castro, R.de A., Rotta, A. L., Santos, P. D., Sartori, M., & Girão, M. J. (2007). Impact of supervised physiotherapeutic pelvic floor exercises for treating female stress urinary incontinence. *Sao Paulo medical journal = Revista paulista de medicina*, 125(5), 265–269. <https://doi.org/10.1590/s1516-31802007000500003>

Zhang, A. Y., Bodner, D. R., Fu, A. Z., Gunzler, D. D., Klein, E., Kresevic, D., Moore, S., Ponsky, L., Purdum, M., Strauss, G., & Zhu, H. (2015). Effects of patient centered interventions on persistent urinary incontinence after prostate cancer treatment: A randomized, controlled trial. *Journal of Urology*, 194(6), 1675–1681. <https://doi.org/10.1016/j.juro.2015.07.090>

APÊNDICES

APÊNDICE 1 – PROJETO DE ESTÁGIO

CURSO DE MESTRADO EM ENFERMAGEM

Área de Especialização em Enfermagem de Reabilitação

PROJETO DE ESTÁGIO

A INTERVENÇÃO DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA EM ENFERMAGEM DE
REABILITAÇÃO NA PROMOÇÃO DA CONTINÊNCIA URINÁRIA NA PESSOA
SUBMETIDA A PROSTATECTOMIA RADICAL

Ana Cristina Patrício Ciuro

Almada

2024



EGAS MONIZ SCHOOL
of HEALTH & SCIENCE

ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE
EGAS MONIZ

MESTRADO EM ENFERMAGEM

Área de Especialização em Enfermagem de Reabilitação

PROJETO DE ESTÁGIO

A INTERVENÇÃO DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA EM ENFERMAGEM DE
REABILITAÇÃO NA PROMOÇÃO DA CONTINÊNCIA URINÁRIA NA PESSOA
SUBMETIDA A PROSTATECTOMIA RADICAL

Ana Cristina Patrício Ciuro

Docente Orientador: Noélia Ferreira

Almada

2024

LISTA DE SIGLAS E ABREVIATURAS

AVD's - Atividades de Vida Diária

DE - Disfunção Erétil

EEER - Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação

EMG- Eletromiografia

IU - Incontinência urinária

MPP – Músculos do Pavimento pélvico

NC - Neurocirurgia

OE – Ordem dos Enfermeiros

PR- Prostatectomia Radical

TMPP- Treino Muscular do Pavimento Pélvico

RESUMO

Este projeto tem como objetivo criar um percurso formativo para o desenvolvimento de competências de Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação. Serve como uma ferramenta essencial para a prática profissional, abrangendo diversas dimensões, analisando filosofias de cuidados e fornecendo um quadro de referência de enfermagem fundamentado em evidência científica.

Intitulado com o tema “As intervenções do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação na Promoção da Continência Urinária na Pessoa Submetida a Prostatectomia Radical”, descreve a área de interesse a ser desenvolvida durante o estágio, através de um enquadramento teórico que demonstra a sua pertinência e baseada numa revisão *scoping* para demonstrar a evidência científica das intervenções para a problemática estudada. Apresenta a Teoria das Transições, que apoia as intervenções durante o estágio, e visa desenvolver as competências do enfermeiro especialista em enfermagem de reabilitação na promoção da continência urinária após a prostatectomia radical, bem como nas áreas motora, cardíaca, respiratória, sensorial, cognitiva, da alimentação, da eliminação e da sexualidade, promovendo o autocuidado da pessoa cuidada.

Para alcançar estas competências, foram planeadas intervenções específicas para resolver o problema identificado, em que foi realizado um estudo de caso focado nos cuidados à pessoa com alteração da continência urinária (Apêndice II).

A prostatectomia radical embora seja eficaz no tratamento da neoplasia da próstata, tem como complicações a incontinência urinária e a disfunção erétil. A elevada prevalência desses problemas afeta negativamente diversos aspetos da qualidade de vida, e pode levar ao isolamento social. As Intervenções de reabilitação são essenciais para que recupere o mais rápido possível a sua autonomia no autocontrolo da continência urinária e assim melhorar a sua qualidade de vida.

Palavras-chave: prostatectomia, incontinência urinária, intervenções, reabilitação e enfermagem.

ABSTRACT

The aim of this project is to create a training pathway to develop the skills of a Specialist Nurse in Rehabilitation Nursing. It serves as an essential tool for professional practice, covering various dimensions, analyzing care philosophies and providing a nursing reference framework based on scientific evidence.

Entitled "The Interventions of the Rehabilitation Nurse Specialist in Promoting Urinary Continence in People Undergoing Radical Prostatectomy", it describes the area of interest to be developed during the internship, through a theoretical framework that demonstrates its relevance, based on a scoping review to demonstrate the scientific evidence of interventions for the problem studied. It presents the Transitions Theory, which supports the interventions during the internship, and aims to develop the competences of the specialist rehabilitation nurse in promoting urinary continence after radical prostatectomy, as well as in the motor, cardiac, respiratory, sensory, cognitive, eating, elimination and sexuality areas, promoting the self-care of the person being cared for.

To achieve these competences, specific interventions were planned to solve the problem identified, in which a case study was carried out focussing on the care of people with altered urinary continence (Appendix II).

Although radical prostatectomy is effective in treating prostate cancer, its complications include urinary incontinence and erectile dysfunction. The high prevalence of these problems negatively affects various aspects of quality of life and can lead to social isolation. Rehabilitation interventions are essential for regaining autonomy in self-control of urinary continence as quickly as possible and thus improving quality of life.

Keywords: prostatectomy, urinary incontinence, interventions, rehabilitation and nursing.

ÍNDICE

INTRODUÇÃO	7
1. ENQUADRAMENTO CONCEPTUAL DO TEMA	10
1.1. A NEOPLASIA MALIGNA DA PRÓSTATA	10
1.2. PROSTATECTOMIA RADICAL	11
1.2.1. Complicações/ Efeitos Colaterais Pós-Prostatectomia	11
1.3. ALTERAÇÃO DA CONTINÊNCIA URINÁRIA	12
1.3.1. Repercussões da alteração da continência urinária.....	14
1.4. AS INTERVENÇÕES DO EEER NA PROMOÇÃO DA CONTINÊNCIA URINÁRIA NA PESSOA SUBMETIDA A PROSTATECTOMIA RADICAL	15
1.5. TEORIA DAS TRANSIÇÕES.....	25
2. PLANO DE ATIVIDADES	28
CONCLUSÃO	30
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	31

INTRODUÇÃO

Este trabalho foi elaborado no âmbito do projeto de estágio inserido na Unidade Curricular Estágio no 1º ano, 2º semestre, do 2º Curso do Mestrado em Enfermagem de Reabilitação, da Escola Superior de Saúde Egas Moniz.

O tema escolhido foi “A Intervenção do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação na Promoção da Continência Urinária da Pessoa Submetida a Prostatectomia Radical”. A escolha prende-se com o facto de ser considerada pelos enfermeiros especialistas em enfermagem de reabilitação (EEER) como uma área prioritária de investigação, que compromete a independência das atividades de vida diária (AVD's) e por ser uma patologia com que lido frequentemente.

A prostatectomia radical (PR) é amplamente reconhecida como um dos tratamentos mais eficazes para a neoplasia maligna da próstata. Embora seja considerado o tratamento mais eficaz, traz consigo algumas complicações frequentemente descritas na literatura, como incontinência urinária (IU) e disfunção erétil (DE), destacadas por diversos autores (Abrams et al., 2017; Carvalho & Cristão, 2012).

A IU após prostatectomia radical ocorre imediatamente após a remoção do cateter urinário. Mesmo com a inovação de várias técnicas cirúrgicas, a prevalência da IU encontra-se entre 8% a 87% seis meses após cirurgia e 5% a 44,5% após um ano (Abrams et al., 2017; Kasai et al., 2023).

A mudança na autonomia da continência urinária pode afetar significativamente a qualidade de vida em diversos aspetos, incluindo o biológico, psicológico, social, ocupacional, físico e sexual. Isso pode levar a pessoa a isolar-se e a afastar-se da sua vida social. Dada a significativa repercussão na qualidade de vida decorrente da alteração da continência urinária (Abrams et al., 2017; Carvalho & Cristão, 2012; Ribeiro et al., 2021).

As comorbidades associadas à IU incluem o prolongamento do internamento, infeções do trato urinário, complicações pelo uso prolongado de cateteres urinários, dermatites de contato por lesões na pele devido à humidade e acidez da urina, úlceras por pressão, risco aumentado de quedas devido à urgência urinária, fraturas decorrentes dessas quedas, além de distúrbios do sono que resultam em debilidade funcional. Gera custos elevados para o sistema de saúde e para a pessoa. Esses custos incluem despesas com o diagnóstico, produtos de higiene, tratamentos e comorbidades (Arco et al., 2017).

O projeto de estágio, conforme a Ordem dos Enfermeiros (OE, 2015), é uma componente de avaliação curricular que visa descrever a área de interesse a desenvolver, justificar a sua relevância descrever a intervenção do EEER para minimizar o problema em estudo, apresentar a teoria que sustenta essa intervenção e alcançar as competências científicas, técnicas e humanas para prestar cuidados especializados de enfermagem em

Reabilitação. O objetivo deste projeto de estágio é demonstrar conhecimentos avançados e implementar as melhores práticas de cuidados de acordo com as competências comuns do Enfermeiro Especialista, incluindo responsabilidade profissional, ética e legal, melhoria contínua da qualidade, gestão de cuidados e aprendizagem profissional (Regulamento n.º 140/2019). Além disso, visa desenvolver competências específicas do EEER nos cuidados a pessoas com necessidades especiais, promovendo a reinserção e a cidadania, e maximizando a capacidade funcional (Regulamento n.º 392/2019).

A pesquisa constante por respostas aos problemas de saúde tornou-se uma exigência ética e um processo contínuo para a aquisição de novos conhecimentos. Esse esforço visa atender às necessidades das pessoas e alcançar a excelência na prestação de cuidados de enfermagem, especialmente na área do EEER (OE, 2012).

Com base na promoção dos processos adaptativos necessários para as pessoas e para as suas famílias, o EEER foca a sua intervenção na melhoria da qualidade de vida. Desenvolve planos de cuidados especializados em parceria com a pessoa e a sua família, visando melhorar a funcionalidade, promover a independência e maximizar a satisfação da mesma, além de promover a sua autoestima (OE, 2012).

Assim, é essencial elaborar os objetivos do projeto de forma que os mesmos estejam alinhados com o problema identificado inicialmente e com os resultados esperados. Esses objetivos são fundamentados tanto nas competências gerais do enfermeiro especialista quanto nas competências específicas do EEER (Regulamento n.º 140/2019 e n.º 392/2019). Com o objetivo de facilitar o desenvolvimento dessas competências definimos os seguintes objetivos gerais para os quais foram planeadas atividades que proporcionem o desenvolvimento destas competências (Apêndice I): Desenvolver competências do EEER nos cuidados às pessoas com alterações respiratórias, sensoriais, cognitivas, motoras, cardíacas, na alimentação, na eliminação e na sexualidade, de forma a promover o autocuidado; Desenvolver competências de EEER na promoção da continência urinária na pessoa submetida a prostatectomia radical.

Para fundamentar o projeto, recorremos à Teoria das Transições, uma teoria de médio alcance, desenvolvida por Afaf Meleis, concentra-se na natureza das transições de papéis que a pessoa enfrenta em diferentes etapas da sua vidas e em diferentes contextos sociais e culturais, em que destaca a importância do apoio social, da educação e do autocuidado durante essas transições. Defende que os enfermeiros podem desempenhar um papel crucial na ajuda durante essas mudanças, ajudando a enfrentar os desafios, adaptar-se às novas situações e promover seu bem-estar físico e emocional. Assim, a teoria permite-nos compreender de que forma a pessoa reage perante a crise que é o diagnóstico de neoplasia, adaptação aos tratamentos e consequências dos mesmos, às mudanças que podem afetar a sua autoestima e a sua qualidade de vida (Meleis, 2010).

A fundamentação do projeto foi realizada através de uma revisão *scoping* utilizando a metodologia proposta por Arksey e O'Malley (2007) com recurso às bases de dados como MEDLINE Complete, CINAHL Complete, Nursing & Allied Health Collection: Comprehensive, Pumed e Scopus. Recorreu-se às palavras-chave prostatectomia, incontinência urinária, intervenções, reabilitação e enfermagem.

Para a execução deste projeto, serão realizados vários estágios, efetuados em duas fases. A primeira fase decorrerá de 20 de maio a 26 de julho de 2024 e a segunda fase decorrerá de 2 de setembro a 12 de janeiro de 2025.

Este trabalho encontra-se estruturado em partes distintas, primeiramente encontra-se a introdução, seguidamente encontra-se um enquadramento teórico sobre a neoplasia maligna da próstata, a prostatectomia radical, as complicações e efeitos colaterais após prostatectomia radical, é realizada a descrição da alteração da continência urinária, a sua definição e a sua importância para independência das AVD's , o papel do EEER bem como os resultados da revisão de *scoping* e ainda a teoria de enfermagem no qual foi sustentada a intervenção. Segue-se o Plano de Atividades elaborado de forma a desenvolver as competências comuns do enfermeiro especialista e específicas do EEER.

O projeto foi redigido conforme o acordo ortográfico da língua portuguesa e segue a norma da *American Psychological Association* 7ª Edição, finalizando-se com a conclusão, seguida das referências bibliográficas e apêndices.

1. ENQUADRAMENTO CONCEPTUAL DO TEMA

O presente capítulo desenvolver-se-á em 5 subcapítulos. No primeiro, pretende-se explicitar o impacto da doença oncológica, na pessoa com neoplasia da próstata. No segundo, o tratamento por PR e as suas repercussões na qualidade de vida. O terceiro expõe a alteração da continência urinária e as suas repercussões. No quarto descrevem-se as intervenções do EEER na promoção da continência urinária na pessoa submetida a PR e por último no quinto capítulo a contribuição de Afaf Meleis com a Teoria das Transições.

1.1. A NEOPLASIA MALIGNA DA PRÓSTATA

Em 2020 foram diagnosticados mundialmente com neoplasia maligna da próstata cerca 1.414.259 casos. Trata-se do terceiro cancro mais comum no mundo (Sung et al., 2021). No homem é considerada a segunda causa de morte e é a neoplasia mais frequente (Instituto Nacional de Estatística, 2019). Na maioria das vezes manifesta-se de forma silenciosa, atingindo estadios já avançados e mesmo assim assintomática. Os sintomas mais frequentes são: disúria, urgência urinária, incontinência, redução do fluxo, jato intermitente, sensação de bexiga cheia e hematuria (Abrams et al., 2017).

A neoplasia maligna da próstata é considerada como uma doença predominantemente da pessoa idosa em que há uma maior incidência em indivíduos de origem africana e com níveis aumentados de testosterona. Afirmam como fatores de risco relacionados com a aquisição desta patologia, a ingestão de alimentos com excesso de gorduras e pobres em fibras, assim como o alcoolismo, o tabagismo e até mesmo fatores genéticos (Abrams et al., 2017; Tao et al., 2015).

Segundo o Instituto Nacional de Estatística (2019) em 2017, verificaram-se no país 1 796 mortes de homens devido a neoplasia maligna da próstata. Cerca 3,2 % da mortalidade dos homens nesse ano foi devido a esta neoplasia em que a maioria dos óbitos foram de 94% em indivíduos com idade acima dos 65 anos e sendo a idade média de óbito de 80,8 anos.

A Direção Geral de Saúde (DGS, 2019) prevê anualmente um incremento de 13,7 % de novos casos de neoplasia maligna da próstata e aconselha assim à sua prevenção através de rastreios. Estes são realizados através do exame clínico antígeno específico da próstata, pela palpação digital retal da próstata, por biópsia, e ainda a outros exames complementares de diagnóstico como tomografia axial computadorizada, ecografia transretal e a ressonância magnética nuclear. Estes exames podem fornecer informações importantes sobre o estadiamento do tumor. Com o avanço da medicina nos métodos de diagnóstico, as escolhas das intervenções terapêuticas podem ser cada vez mais precoces e são baseadas no grau de neoplasia/estadiamento, em que possa ainda haver uma expectativa

de vida de pelo menos 10 anos, baseadas também nas comorbilidades e preferências da pessoa (DGS, 2019).

1.2. PROSTATECTOMIA RADICAL

Para as pessoas com o diagnóstico de neoplasia maligna da próstata, existem vários tratamentos: vigilância ativa, radioterapia, hormonoterapia, braquiterapia e a PR (Eisemann et al., 2015).

Para a pessoa com neoplasia maligna da próstata e com uma expectativa média de vida de 10 anos é-lhe realizada a cirurgia designada por PR, esta pode ser realizada por laparotomia ou por via laparoscópica (incluído aqui a técnica por robótica) e consiste na remoção da glândula prostática na sua totalidade, incluindo as vesículas seminais, e se os gânglios linfáticos estiverem já afetados também serão removidos no mesmo tempo cirúrgico. Depois de removida a glândula prostática, realiza-se uma anastomose entre a uretra e a bexiga e para promover a cicatrização dessa anastomose, é inserida uma sonda vesical que permanece em média 7-21 dias, dependendo o tempo do tipo de anastomose efetuada (Eisemann et al., 2015).

1.2.1. Complicações/ Efeitos Colaterais Pós-Prostatectomia

Como complicações ou efeitos colaterais após a cirurgia são mais frequentes a dor, a astenia/cansaço, a infeção da ferida cirúrgica, o risco de obstipação, infeção do aparelho urinário, a IU e a DE (Bernardes et al., 2019; Izidoro et al., 2019; Lardas et al., 2017).

Lardas et al. (2017), verificaram que as pessoas quando submetidas a PR apresentavam alterações na qualidade de vida, e quando compararam os diferentes tipos de tratamento para neoplasia maligna da próstata, constataram que a cirurgia foi a que mais impacto teve, principalmente pelo aparecimento de complicações, pois embora esta possa reduzir a mortalidade, desencadeia efeitos colaterais indesejáveis como a IU e a DE.

Bernardes et al. (2019) e Izidoro et al. (2019) verificaram que as pessoas com neoplasia da próstata manifestaram um impacto negativo na vida sexual, com alterações significativas nas suas relações íntimas e sentimentos de baixa autoestima. Estes indivíduos experienciam após o diagnóstico ansiedade e depressão o que pode levar a sentirem-se excluídos socialmente. A receção do diagnóstico de neoplasia maligna marca o início de uma crise, pois há um turbilhão de sentimentos como a negação, tristeza, ansiedade e depressão. Estes passam por um processo de transição, em que vai exigir uma adaptação à mesma, em que vai ter de haver uma reestruturação dos papéis no seio familiar, nas suas relações e na sociedade (Barros & Figueiredo, 2014).

A busca pela manutenção da continência urinária e da recuperação da função erétil após o tratamento, tem sido uma preocupação e área de investigação com vista a obtenção de novas intervenções que possam melhorar a qualidade de vida da pessoa (Haglund et al., 2015).

1.3. ALTERAÇÃO DA CONTINÊNCIA URINÁRIA

Para compreendermos o que é a alteração da continência urinária, temos que primeiro explicitar o seu conceito. A continência urinária é a capacidade que a bexiga tem em conseguir armazenar urina, sem que existam perdas, mesmo que exista um esforço físico intenso ou vontade de urinar. Conseguimos manter a continência urinária enquanto existir um equilíbrio entre o nosso sistema anatómico e fisiológico, mas é normal que com a idade o mesmo se vá deteriorando (Seeley et al., 2008).

Para que o fenómeno de continência urinária ocorra, há um aumento da pressão intrauretral e que é maior que a pressão intravesical e este fenómeno é constituído por várias fases: enchimento da bexiga, armazenamento, contração e esvaziamento. Na fase de enchimento, há um aumento para pressão intravesical de forma progressiva, e são os esfíncteres uretrais e os músculos do pavimento pélvico que ajudam a manter a continência. Quando a parede vesical se encontra distendida com cerca de 200 - 300ml estamos na fase de armazenamento e contração, a fase de esvaziamento ocorre com a vontade de urinar pelo enchimento da bexiga. O sistema nervoso em sincronização perfeita com os músculos da bexiga, esfíncteres e pavimento pélvico fazem com que ocorra o esvaziamento vesical (Potter et al, 2018).

Segundo a Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem (2019), a IU é um "Status de continência: Fluxo involuntário de urina, incapacidade de controlo dos esfíncteres vesical e uretral" (Conselho Internacional de Enfermeiros, 2019) A IU, é uma situação de doença e surge de forma involuntária, em que não há capacidade para armazenar e controlar a saída de urina, com perdas desde pequenas a graves e de forma frequente (DGS, 2016).

A Sociedade Internacional de Continência (2014) considera a IU como uma questão de saúde e higiene que afeta não só a pessoa diretamente envolvida, mas também a sua família, vida social e profissional. Além disso, refere que o problema é frequentemente visto como tabu, levando muitas pessoas a não procurarem ajuda devido à vergonha associada (Fernandes et al., 2022).

De acordo com a Organização Mundial de Saúde, a IU é um problema de saúde pública. Existem mais de 200 milhões de pessoas no mundo com este problema (Zanetti et al., 2007).

Em Portugal a Associação Portuguesa de Urologia (2018), refere que existem aproximadamente mais de 600 mil pessoas com IU. Apenas uma pequena percentagem (10%) solicita ajuda.

Vários autores referem a cirurgia a PR como causa mais frequente de incontinência no homem. A IU após prostatectomia radical ocorre imediatamente após a remoção da sonda vesical. Mesmo com a inovação de várias técnicas cirúrgicas, a prevalência da IU encontra-se entre 8% a 87% seis meses após a cirurgia e 5% a 44,5% após um ano (Abrams et al., 2017; Kasai et al., 2023).

Vários fatores podem influenciar o risco de IU, como a idade avançada, obesidade elevada, presença de complicações, DE pré-operatória, comprimento uretral membranoso curto, volume uretral, morfologia uretral e fatores da bexiga, a baixa complacência da bexiga e radioterapia pós-operatória (Honda et al., 2017).

Geralmente é uma disfunção do esfíncter urinário (é responsável por fechar a uretra e controlar a saída de urina) que faz com que ocorra a IU após a prostatectomia radical. Esta pode ser causada não apenas por lesão do esfíncter, mas decorrente de complicações no processo cirúrgico (danos nos músculos e nervos que controlam a função da bexiga), da cicatrização da anastomose e recuperação dos músculos e dos nervos, das condições preexistentes, da experiência do cirurgião (se consegue ou não preservar melhor os nervos e os músculos ao redor da próstata, minimizando assim o risco de IU) e do comprometimento da funcionalidade contrátil do músculo detrusor (principal função é contrair-se durante a micção para expelir a urina da bexiga através da uretra) causada por lesão na parede vesical por obstrução (Abrams et al., 2017).

Becker et al. (2014) verificaram que a idade é um fator influenciador da continência urinária, pois, homens com menos de 50 anos apresentavam maior probabilidade de continência urinária após a cirurgia.

Existem vários tipos de IU, e a de *stress* ou de esforço é a que mais se verifica após a prostatectomia radical. Esta geralmente ocorre quando há lesão do esfíncter proximal, o que ocasiona perda de urina quando se faz um esforço ou atividade, o que aumenta a pressão abdominal e intravesical. Existe também a IU de urgência e que está mais relacionada a um aumento da atividade do músculo detrusor, mas que alguns homens podem vir a apresentar, assim como a IU mista, que é uma associação da IU de esforço e a de urgência (Clark et al., 2021; Rahn timer et al., 2021).

1.3.1. Repercussões da alteração da continência urinária

A mudança na autonomia da continência urinária pode afetar significativamente a qualidade de vida em diversos aspetos, incluindo o biológico, psicológico, social, ocupacional, físico e sexual. Isso pode levar a pessoa a isolar-se e a afastar-se da vida social. O processo de autocuidado é multifacetado e pode ser compreendido como um processo de promoção da saúde e bem-estar, no qual a pessoa possui a capacidade de tomar decisões e assumir responsabilidade pela sua própria saúde (Petronilho, 2012).

É importante destacar que a IU acarreta diversas repercussões físicas, incluindo disfunção sexual, lesões na pele devido à humidade e acidez da urina, úlceras por pressão, risco aumentado de quedas devido à urgência urinária, fraturas decorrentes dessas quedas, além de distúrbios do sono que resultam em debilidade funcional (Arco et al., 2017).

Existem também repercussões psicológicas causadas pela IU, uma vez que esta ainda é considerada tabu, as pessoas sentem vergonha, pois infelizmente ainda vivemos numa sociedade em que esta problemática é vista como falta de higiene, o que leva a um sentimento de repulsa e também à percepção de sentir -se sexualmente indesejado. Muitas vezes até a própria família/cuidadores, demonstram impaciência e frustração perante este problema (Arco et al., 2017; Avery et al., 2013).

A IU também pode ter impacto sociocultural e económico em várias situações como a realização de compras, realização viagens, pois mesmo com a utilização de pensos ou fraldas absorventes as pessoas continuam a sentirem-se sujas e molhadas e com medo de que em seu redor sintam o cheiro de urina, que reparem na sua roupa molhada e nas idas frequentes à casa de banho (Avery et al., 2013; Faria et al, 2014).

Por vezes até pode passar despercebido, mas é um problema capaz de causar um enorme sofrimento psicológico e frequentemente como já vimos ao longo deste trabalho, vários autores mencionam a vergonha que a mesma tem em falar e procurar ajuda para este problema. no entanto tem-se verificado um aumento na procura de soluções para a IU, porque cada vez mais as pessoas querem melhorar a sua qualidade de vida (Murphy, 2020; Sousa, 2016).

1.4. AS INTERVENÇÕES DO EEER NA PROMOÇÃO DA CONTINÊNCIA URINÁRIA NA PESSOA SUBMETIDA A PROSTATECTOMIA RADICAL

O papel do EEER é crucial para promover o diagnóstico precoce e ações preventivas de enfermagem de reabilitação em que o seu objetivo é manter as capacidades funcionais da pessoa cuidada, prevenir complicações, minimizar incapacidades e fornecer intervenções terapêuticas para melhorar funções residuais e recuperar a independência nas AVD's (Regulamento n.º 392/2019).

Dada a significativa repercussão na qualidade de vida decorrente da alteração da continência urinária, é crucial explorar estudos publicados para compreender as estratégias de promoção da continência urinária. Para isso, foi elaborada uma revisão *Scoping* com o objetivo de compreender a evidência científica sobre essa problemática nas pessoas submetidas a prostatectomia radical.

Foram identificadas três categorias principais, cada uma das categorias com estratégias distintas, mas interligadas entre si: Educacional, Comportamental e Funcional. Cada categoria é descrita de seguida:

1- Educacional

Nesta categoria são utilizadas estratégias educacionais na promoção da continência urinária.

❖ Intervenção educacional intensiva.

No estudo de Novick et al. (2014), os participantes receberam cuidados habituais de higiene e exercícios de Kegel durante a visita pós-operatória, com duração de aproximadamente 5 minutos. O grupo de intervenção, por sua vez, recebeu um treino educacional adicional de 20 minutos, em que foram abordados sinais de alerta, funções da bexiga e instruções detalhadas sobre os exercícios de Kegel, além da mudança de hábitos. O objetivo do estudo foi avaliar a qualidade de vida, principalmente em relação à continência urinária, entre 6 e 12 semanas após a cirurgia.

❖ Intervenção educacional continuada

Wang et al. (2018) investigaram os efeitos da intervenção de cuidados de enfermagem de forma contínua na continência urinária pós-operatória e na qualidade de vida após a PR. O grupo de controlo recebeu educação básica de rotina para a alta: a informação da

alta, o horário de acompanhamento em ambulatório, o número de telefone do serviço de acompanhamento e poderiam procurar o ambulatório quando necessário. No grupo de intervenção, os cuidados continuados de enfermagem foram divididos em 2 etapas: a 1ª primeira começou 3 dias antes da alta e foi implementada pelos enfermeiros de educação em saúde, em que explicaram os requisitos para o preenchimento dos questionários sobre incontinência urinária, taxa de continência urinária e qualidade de vida. Esclareceram necessidades e forneceram informações direcionadas à educação e orientação em saúde. No dia da alta foi entregue o plano de reabilitação com a prescrição do treino muscular do pavimento pélvico (TMPP). A 2ª etapa foi realizada após a alta pelos membros da equipa de cuidados continuados de enfermagem. O acompanhamento ocorreu durante 6 meses, através de telefonemas, aulas em grupo e visitas domiciliárias. Foram fornecidas orientações sobre hábitos alimentares, estilos de vida, prevenção de complicações, recomendações para o TMPP diariamente. Os participantes que ainda apresentavam IU, a frequência das ligações telefónicas de acompanhamento foram aumentados para 1 vez/semana até que o problema fosse reduzido e resolvido, e ao mesmo tempo foi fornecido apoio psicológico pela equipa de enfermagem. Os que continuavam com problemas e que não puderam ser resolvidos ao longo do tempo por telefone, foram realizadas visitas domiciliárias, que incluíram a vigilância de complicações, vigilância do desempenho funcional dos exercícios e avaliaram as condições psicológicas. Também 1 vez/ mês era realizado ensino em grupo aos prestadores de cuidados/familiares e aos participantes do estudo, em que ensinavam a prevenir complicações e ensinavam a técnica correta do TMPP, transmitiam informações sobre a transição da IU para aumentar a autoconfiança. Os que demonstravam capacidade para a utilização de tecnologias de informação, foram criados grupos de WebChat para que pudessem atualizar o conhecimento e responder a dúvidas que pudessem surgir. Os resultados mostraram que a intervenção continuada de cuidados de enfermagem teve efeitos benéficos e significativos.

2- Comportamental

O treino comportamental para promover a continência urinária é uma terapia direcionada para a alteração dos comportamentos associados ao controlo vesical e à prevenção da IU. Envolve a aplicação de diversas estratégias para melhorar a função da bexiga e diminuir episódios de perda involuntária de urina (Abrams et al., 2017).

❖ Programa cognitivo – comportamental

Izidoro et al. (2022) avaliaram a eficácia de um programa cognitivo-comportamental para controlar os sintomas do trato urinário inferior após cirurgia a PR. O programa incluiu intervenções de enfermagem verbal e escrita, além de um manual com orientações sobre

IU pós-cirurgia, modificações no estilo de vida e hábitos alimentares, TMPP, treino miccional (envolve estabelecimento de horários regulares para urinar, e gradualmente aumentar os intervalos da micção para fortalecer a capacidade da bexiga em reter urina) e a manutenção de um diário miccional (registro detalhado dos hábitos de micção, incluindo horários de micção, volume de urina produzida, episódios de incontinência e volume e líquidos ingeridos, para identificar padrões e ajustar o treino conforme necessário). Este programa foi realizado ao longo de 12 semanas, com contrações voluntárias realizadas nas posições deitada, sentada, em pé e a andar. Foram realizados treinos presenciais (semanais, quinzenais e mensais), além de contatos telefônicos com todos os participantes do grupo de intervenção, para acompanhamento, reforço da importância da continuidade dos exercícios em casa, para incentivar o cumprimento das orientações recebidas e oferecer reforço positivo em caso de adesão a hábitos e comportamentos. A motivação pessoal e o uso da persuasão social foram realizados através da apresentação de vídeos sobre o sucesso de outras pessoas submetidas à terapia, foi também disponibilizado um contacto telefónico como apoio. Os participantes do grupo de controlo receberam cuidados habituais (informações sobre cuidados alimentares e modificação de hábitos) e realização do TMPP após remoção do cateter urinário. A pesquisa mostrou uma redução na intensidade da IU após 30 dias de pós-operatório nos participantes do programa cognitivo-comportamental.

❖ Suporte Psicológico

Yuan et al. (2019) implementaram um programa de intervenção psicológica para reduzir ansiedade e depressão em pessoas com IU grave após cirurgia a PR. O enfermeiro responsável pela reabilitação pós-operatória ofereceu suporte ativo e comunicação contínua com os familiares. Foram utilizadas várias formas de orientação, incluindo terapia de relaxamento e exercícios funcionais, com o objetivo de estabelecer confiança e fornecer suporte psicológico. Após a alta hospitalar, os participantes receberam acompanhamento semanal por telefone, visando compreender as suas necessidades e oferecer suporte emocional. A equipa de enfermagem realizou sessões mensais em grupo para fortalecer a educação em saúde e promover o apoio mútuo. Os familiares também foram envolvidos na intervenção psicológica para entender e apoiar as necessidades emocionais. O estudo destacou a importância de uma atitude positiva e do apoio social na recuperação e controlo da IU.

3- Funcional

Nesta categoria estão descritas as intervenções que visam a reabilitação funcional dos músculos do pavimento pélvico (MPP) nas pessoas com IU após PR.

❖ Exercícios de Kegel

Os exercícios de Kegel são um tipo de exercício que visa fortalecer os MPP, que são músculos responsáveis por sustentar os órgãos pélvicos, como a bexiga, o útero e o reto. Estes exercícios envolvem a contração e o relaxamento dos MPP repetidamente como se estivesse tentando interromper o fluxo de urina, mantendo essa contração por 10 segundos e depois relaxando. O número de repetições e séries varia consoante a situação clínica e a pessoa (Abrams et al., 2017).

Aydın Sayılan e Özbaş (2018) no seu estudo foram avaliar o efeito do TMPP nas pessoas com cirurgia programada a PR assistida por robótica e com IU após a cirurgia, através do efeito dos exercícios de Kegel durante 6 meses num grupo intervenção com sessões diárias (3 vezes/dia). Os exercícios de kegel foram realizados 1 semana antes do internamento, no dia do internamento, no 1º e 2º dia após a cirurgia e aquando da remoção do cateter urinário (aos 10 dias de pós-operatório). O treino pré-operatório foi constituído por de 1 a 4 sessões, cada uma com aproximadamente 1 hora de duração. Foram utilizados modelos anatómicos e diagramas para delinear a arquitetura e as funções dos músculos da bexiga, da uretra e do pavimento pélvico, e os participantes foram instruídos acerca de como ativar os MPP em diversas posições funcionais, como deitado e de pé. Ativações repetidas (20 contrações, cada uma com duração de 10 segundos) dos MPP foram realizadas sob supervisão nas posições sentada, em pé e deitada, durante todas as sessões pré-operatórias. Também foram orientados a repetir os exercícios diariamente em casa, bem como durante a realização de atividades normais do dia a dia, incluindo levantar objetos, agachar-se no chão e tossir. O programa domiciliário consistiu em 60 contrações/ dia e foram instruídos quanto à contração dos MPP ao tossir e ao sentar ou levantar da cadeira e também receberam material escrito adicional. O grupo de controlo não recebeu qualquer TMPP, apenas recebeu informações sobre exercícios respiratórios e quaisquer dúvidas que pudessem ter sobre a cirurgia. Existiram melhorias distintas entre o grupo de investigação em comparação com o de controlo.

Já Milios et al. (2019) realizaram um estudo que teve como objetivo avaliar se um programa TMPP focado na ativação de fibras musculares de contração rápida e lenta, iniciado no pré-operatório, iria melhorar a função dos MPP e reduzir a IU na pessoa submetida a PR. Para isso criaram um programa de intervenção de alta intensidade de exercícios MPP. Inicialmente os participantes receberam conselhos sobre cuidados habituais em relação ao treino da micção, a mudanças comportamentais relevantes e foram incentivados a caminhar diariamente por 30 minutos, 5 dias/ semana. Durante 2 sessões de 30 min receberam instruções escritas e verbais sobre a técnica correta de exercício MPP para garantir que um ciclo completo de contração e relaxamento fosse implementado com a sugestão de interromper o fluxo de urina e encurtar o pénis enquanto continuavam a respirar. Também receberam dicas de relaxamento muscular abdominal e de como evitar sustentar a respiração, posteriormente foi então prescrito um programa de treino diário. Os participantes do grupo de investigação realizaram 6 séries de exercícios MPP por dia na

posição de pé, com cada série compreendendo 10 contrações rápidas (1 s de duração) e 10 lentas (10 s de duração) com um tempo de descanso igual, proporcionando um total de 120 contrações por dia. No grupo de controlo os participantes realizaram 3 séries de exercícios MPP por dia, com 10 contrações por série, por uma duração de 10 segundos com igual tempo de descanso, proporcionando um total de 30 contrações por dia. Séries de exercícios diários foram realizadas uma em cada posição: deitado, sentado e em pé., concluíram que uma intervenção intensiva de treino MPP, aplicada antes da cirurgia, melhorou a função muscular do pavimento pélvico pós-cirúrgico e recuperação funcional da continência urinária.

Num outro estudo, Strojek et al. (2021) investigaram o efeito TMPP no tratamento da IU de esforço após PR. O TMPP foi realizado 2 vezes por semana durante 12 semanas, com ênfase na ativação das fibras musculares e na correção postural. Os participantes receberam instruções sobre respiração e a mobilidade articular, além de realizar exercícios em diferentes posições. O número de séries e a duração das contrações foram personalizados para cada participante, levando em consideração a sua capacidade funcional.

❖ Biofeedback Funcional e visual

O biofeedback funcional pode ser usado para mostrar à pessoa como os seus músculos estão a responder aos exercícios. Isso ajuda a garantir que os exercícios estejam a ser realizados corretamente e permite ajustes para obter melhores resultados. São colocados sensores no corpo para monitorizar atividade muscular. Esses sinais são então traduzidos em feedback visual ou auditivo em tempo real, permitindo que a pessoa perceba e compreenda melhor o funcionamento do seu corpo e desta forma tornar-se mais consciente e ativa no seu processo de recuperação (Ribeiro et al., 2010).

Allameh et al. (2021) investigaram os efeitos pré e pós-operatórios do TMPP e do biofeedback utilizando *MyoTrac Infiniti* (O *MyoTrac Infiniti* é um dispositivo de biofeedback fabricado pela *Thought Technology Ltd.*, sediada no Canadá) no tratamento IU em pessoas submetidas a PR. Os participantes foram divididos em três grupos: o primeiro recebeu sessões de biofeedback (durante 30 minutos, 2 vezes/ semana durante 2 semanas antes da cirurgia) e sondas não funcionais após a cirurgia, o segundo recebeu sondas não funcionais antes da cirurgia e sessões de biofeedback (30 minutos, 2 vezes /semana durante 2 semanas) após a remoção do cateter urinário, enquanto o terceiro grupo, o de controlo recebeu apenas sondas não funcionais em ambos os períodos. Após a remoção do cateter urinário todos foram orientados sobre o TMPP. O estudo sugere que o biofeedback para os músculos do pavimento pélvico pode ser uma abordagem eficaz para promover a recuperação precoce da continência urinária após a PR.

Também num outro estudo realizado por Dijkstra-Eshuis et al. (2015) verificou-se os efeitos do TMPP pré-operatório (sessões semanais de 30 minutos em várias posições 2 vezes /dia até à cirurgia e durante 4 semanas) na IU e na qualidade de vida nas pessoas submetidas a PR, em que foram investigar a intervenção combinada de TMPP com biofeedback com eletromiografia (EMG) com sonda retal (O Myomed 9321) aplicado 1 vez por semana no pré-operatório, com acompanhamento de 4 semanas); no grupo de controlo, com o tratamento convencional. No pós-operatório, após a remoção do cateter urinário retomaram o TMPP. As instruções escritas para a prática diária consistiam em 2 séries de 30 contrações durante a respiração abdominal, com uma respiração entre cada contração.

Outro estudo realizado por Oh et al. (2019), investigaram a eficácia do dispositivo de biofeedback extracorporal personalizado *Anykegel* no TMPP para a recuperação da IU após PR laparoscópica assistida por robótica. Cada participante recebeu instruções verbais e escritas para o TMPP no momento da remoção do cateter urinário e em consulta 1 vez/mês. As instruções foram dadas de três maneiras diferentes: (a) quatro vezes ao dia; (b) 10 minutos por sessão de exercício; (c) um mínimo de 10 segundos de duração da contração com intensidade máxima de contração. O grupo intervenção recebeu o aparelho de biofeedback extracorporal *Anykegel* e um manual de instruções do aparelho. O dispositivo utilizado é composto por um perineómetro extracorporal portátil e um dispositivo de visualização (smartphone ou tablet e PC) que apresenta uma representação visual da força dos MPP em modo de gráfico ou de jogo. Todos os participantes foram orientados a continuar o TMPP enquanto persistisse qualquer grau de IU. O estudo concluiu que o dispositivo de biofeedback extracorporal personalizado oferece benefícios significativos na recuperação da IU após a PR, especialmente no período pós-operatório imediato.

Também num estudo realizado por Szczygielska et al. (2022) tiveram como objetivo avaliar a eficácia do TMPP com biofeedback e criaram um programa com a duração de 10 semanas. O programa teve a duração de 10 semanas e envolveu três grupos: A e B, com menos de 6 semanas pós-PR, e o grupo C, com mais de 6 semanas pós-PR. Todos os participantes praticavam exercícios uma vez por semana em consultas de acompanhamento e três vezes ao dia em casa, por 10 a 15 minutos cada sessão. Os exercícios incluíam contrações curtas e longas dos músculos do pavimento pélvico em diferentes posições corporais. Os exercícios consistiram em 10 contrações curtas de 1 s dos MPP e 10 contrações longas, com duração de 10 s. Essa sequência de exercícios foi realizada em 3 posições corporais: deitado de costas, sentado em num banco e em pé. A contração ia sendo gradualmente desativada em cada posição e durante o programa deveriam interromper o fluxo urinário durante a micção uma vez ao dia e continuar a urinar novamente. O objetivo desta ação era controlar a capacidade de tonificar os MPP, especialmente a parte externa do esfíncter uretral. No grupo B, foram utilizados os exercícios baseados no biofeedback com EMG, além do método de reeducação dos MPP,

comum aos outros grupos. Os resultados demonstraram a eficácia do TMPP após a PR, com evidência de que o biofeedback com EMG pode aumentar sua eficácia terapêutica.

Um outro estudo semelhante realizado por Zhang et al. (2015) cujo objetivo era examinar se uma intervenção combinada de exercícios e autogestão dos sintomas melhoraria a continência urinária e a qualidade de vida após PR, em que utilizaram o TMPP com biofeedback e com um grupo de apoio, em que era realizada 1 sessão de exercício assistido por biofeedback e 6 sessões quinzenais de terapia para resolução de problemas, com grupos de 3 a 5 participantes e tinha uma duração de 60 a 75 minutos por sessão. O TMPP com biofeedback mais contato telefônico, era com contato individual aproximadamente 45 minutos por sessão. Isto proporcionou competências de gestão de sintomas através de um grupo de apoio ou através de contactos telefônicos, durante 3 meses. Os resultados do estudo mostram que o TMPP associado à autogestão dos sintomas em um ambiente com apoio pode melhorar significativamente a continência urinária e a qualidade de vida.

Muito semelhante a um outro estudo desenvolvido anteriormente por Dijkstra-Eshuis et al. (2015) também de Lira et al. (2019) foram avaliar os efeitos de um programa TMPP perioperatório versus cuidados habituais na recuperação precoce da continência urinária e da função erétil após PR. O grupo de controlo recebeu cuidados habituais após PR, e o grupo de investigação recebeu 2 sessões de TMPP pré-PR (3vezes/dia em intensidades progressivamente maiores) e biofeedback com EMG, além de instruções verbais e escritas para continuar o TMPP até à realização da PR, que foi então retomado após a remoção do cateter urinário. Este programa não mostrou benefícios no pré-operatório.

❖ Pilates

O Pilates é uma forma de exercício que se concentra no fortalecimento muscular, enquanto melhora o alinhamento postural, equilíbrio, a consciência corporal e a flexibilidade (Culligan et al., 2010).

De acordo com o estudo de An et al. (2023), o objetivo foi comparar o efeito de diferentes posições de Pilates combinadas com o treino dos exercícios Kegel na força dos MPP na IU após a PR. Os participantes foram divididos em três grupos com base no tempo pós-cirúrgico. O registro da atividade muscular foi feito utilizando EMG durante a execução dos exercícios em quatro posições diferentes. Todos os participantes realizaram os 4 exercícios básicos por 40 minutos/dia durante um período de 2 meses: apenas Kegel (deitados no tapete e fazer constrição do ânus, em que cada contração durava 5 segundos, com um período de descanso de 5 segundos), respiração de Kegel e Pilates (tinham que inspirar lentamente, observar o afundamento do diafragma, contrair os músculos abdominais ao expirar, fazer exercícios de Kegel ao inspirar), Kegel com elevações (tinham que sentar-se direito, manter o tronco direito levantar-se e afundar. Observar a extensão

da coluna e fazer Inspiração e expiração profunda), Kegel com agachamento (fazer movimentos de agachamento com bandas elásticas). Os resultados indicaram que o treino de Pilates combinado com outros exercícios foi benéfico e adequado para a recuperação da continência urinária após a cirurgia.

Pediriali et al. (2016) quiseram verificar a eficácia de um programa de exercícios de Pilates comparado ao protocolo convencional de exercícios para os MPP no tratamento conservador da IU após PR e para isso criaram um programa com exercícios de Pilates (10 sessões de 1 vez/semana, durante 45 min e com orientações por escrito para realizar três exercícios em casa) e com TMPP combinado com estimulação elétrica sensorial intra-anal (10 sessões individuais semanais de TMPP em combinação com estimulação elétrica sensorial intra-anal 1 vez por semana durante 40 a 50 minutos e com orientações por escrito para realizar o mesmo protocolo exercícios diariamente). O programa teve a duração de 10 semanas de tratamento. Os resultados demonstraram que o Pilates pode acelerar a recuperação da continência urinária e melhorar a qualidade de vida, sendo comparável aos resultados do TMPP convencional associado à estimulação elétrica sensorial, como evidenciado em estudos anteriores.

Com algumas semelhanças ao estudo anterior, também Gomes et al. (2018), pretenderam avaliar os efeitos de um programa de exercícios de Pilates em comparação com o TMPP nas pessoas com IU após PR. Estudaram um programa de exercícios de Pilates e um programa de TMPP convencional combinado com estimulação elétrica anal. O programa de exercícios de Pilates consistiu em 10 sessões semanais de exercícios durante 45 min com orientações escritas para realização de exercícios diariamente em casa. O programa de TMPP convencional combinado com estimulação elétrica anal, realizou 10 sessões semanais de TMPP (3 séries de 10 contrações na posição deitado, sentado e em pé) com duração de 45 min combinado com estimulação elétrica (com eletrodo Intra cavitário anal com uma corrente de 50 Hz) por 20 min e com a indicação por escrito para fazer o mesmo protocolo de contrações voluntárias diariamente em casa. Como em estudos anteriores, o método Pilates mostrou resultados comparáveis ao TMPP convencional em termos de melhoria da continência urinária.

❖ Exercício aeróbico e treinamento de resistência/hipertrofia

Singh et al. (2023) investigaram a eficácia de um programa de exercícios físicos realizado durante seis semanas, tanto no pré-operatório quanto no pós-operatório, em pessoas submetidas a PR. O programa consistiu em exercícios de resistência e aeróbicos três vezes por semana, iniciando-se seis semanas antes da cirurgia no pré-operatório e seis semanas após a cirurgia no pós-operatório. Cada sessão, com duração aproximada de 90 minutos, era realizada em pequenos grupos de 5 a 8 participantes. Os exercícios de resistência visavam os principais grupos musculares, incluindo treinos como *leg press*, extensão e flexão de pernas, remada sentada, entre outros, com intensidade variando de

6 a 12 repetições máximas em 2 a 4 séries por exercício. Também foram incluídos exercícios específicos do tronco, como prancha e ponte reversa em bola suíça. O componente aeróbico incluiu modalidades como caminhada/corrida em passadeira e ciclismo ou remo, com intensidade entre 60-80% da frequência cardíaca máxima estimada do participante, por 20-30 minutos. Cada sessão começava com um aquecimento composto por exercícios aeróbicos de baixa intensidade e alongamentos. A prática de exercícios de força muscular e resistência, tanto antes quanto após a cirurgia, resultou em melhorias na IU.

Heydenreich et al. (2020) investigaram uma nova abordagem terapêutica utilizando uma barra oscilante para fortalecer o pavimento pélvico e a musculatura abdominal profunda, visando acelerar a recuperação da continência urinária após PR. Foram estudados dois grupos, ambos completando um programa de tratamento padrão que incluiu TMPP e exercícios de resistência e força durante três semanas, realizados diariamente em diferentes posições (sentado, deitado e de pé) e situações da vida quotidiana. Além disso, receberam instruções verbais sobre a anatomia e função do pavimento pélvico e aprenderam a contração muscular correta. No grupo intervenção, o treino foi supervisionado diariamente e foi usada uma barra oscilante para o treino adicional de coordenação dos MPP. O dispositivo de treino, *Bioswing Improve 150*, foi usado em sessões diárias de 30 minutos, ativando involuntariamente a musculatura abdominal profunda (os músculos do tronco foram ativados por um movimento para a frente e para trás do dispositivo de treino na função de *feedforward*, isto significa que o músculo transversal do abdômen é também ativado pelos movimentos voluntários dos braços, por conseguinte, os MPP são ativados pela co-ativação da musculatura local do tronco). O grupo de controlo realizou terapia de relaxamento diária (ouviram música de relaxamento na posição deitada por 30 minutos), além do TMPP sob supervisão. Os resultados mostraram que a combinação de exercícios foi mais eficaz na promoção da continência urinária após PR.

❖ Electroestimulação

Pané-Alemany et al. (2021) comparam a eficácia do tratamento com electroestimulação perineal transcutânea versus electroestimulação intracavitária na redução da frequência de IU após PR e o impacto na qualidade de vida. Utilizaram a técnica de electroestimulação muscular, em que foi utilizado o electroestimulador *Neurotrac Pelvitone*. Foram aplicados 2 elétrodos colocados no períneo e na base do pénis e foram comparados com outra técnica de electroestimulação, uma sonda de estimulação anal *Analys Plus* de 140 mm. que foi colocada no interior da cavidade rectal. O tratamento consistiu em 15 minutos de electroestimulação perineal (com elétrodos de superfície ou sonda intra-anal). Os parâmetros seleccionados incluíram 10 min de corrente intermitente bifásica, frequência 30 Hz, largura de pulso 0,25 ms, e intensidade de corrente entre 10 e 30 mA, sem ciclos liga-

desliga. Se a capacidade de manter a contração melhorasse, o ciclo de trabalho progredia a cada mês. Todos os participantes foram encorajados a tolerar a intensidade mais alta possível para obter uma contração. Para além da electroestimulação foi realizado o TMPP com exercícios ativos de Kegel, em cada uma das sessões de tratamento e também realizados em casa. Os exercícios consistiam em 10 contrações lentas e mantidas (8–10 s) e 10 contrações rápidas (3 s) da musculatura perineal a serem realizadas 3 vezes/ dia (2 vezes na posição deitada e 1 vez na posição sentada ou em pé) durante as 10 semanas. Verificou-se que a electroestimulação promove a continência urinária e melhora a qualidade de vida.

Também num outro estudo desenvolvido por Soto González et al. (2020) em que o objetivo era verificar se um tratamento precoce de três meses com electroestimulação e biofeedback trata a IU após PR. Utilizaram a electroestimulação e o biofeedback com EMG no grupo de intervenção durante 3 dias/ semana e durante 3 meses. O uso de electroestimulação foi realizado durante 15 minutos; o biofeedback foi de aproximadamente 30 minutos todos os dias e com a realização de exercícios de forma a obter força, resistência e velocidade para atingir os objetivos. Estes exercícios foram efetuados em casa, 3 vezes /dia, em várias séries. O grupo de controlo não recebeu tratamento específico, mas ambos os grupos receberam um guia impresso para realizar TMPP em casa e foram treinados para os realizar corretamente. A intervenção consistiu numa primeira fase de sensibilização em que receberam noções básicas de anatomia, funcionamento da musculatura e do processo de micção, tendo-lhes sido depois dadas recomendações sobre hábitos alimentares e de consumo, além de instruções sobre o preenchimento do diário urinário. Como resultados, o grupo de intervenção apresentou uma taxa superior de recuperação da continência urinária.

Outros investigadores como Zaidan e Silva (2023) também quiseram verificar o efeito da electroestimulação anal intracavitária de 65 Hz sobre IU após PR. Para isso foram estudar electroestimulação 50 Hz associado a exercícios dos MPP, a electroestimulação 65 Hz associado a exercícios dos MPP. A duração do tratamento foi de 2 vezes/semana e a quantidade de sessões foi aquela necessária para recuperar a continência urinária, não ultrapassando as 20. A execução dos exercícios dos MPP foi realizada com instrução verbal. Era solicitada a inspiração diafragmática associada ao relaxamento dos MPP, e ao expirar lentamente contrair os MPP. Os exercícios foram realizados em diversas posições, de forma a atingir a contração máxima dos MPP em diferentes fibras, sendo o programa do protocolo de 20 minutos. Também aqui se verificaram benefícios da electroestimulação quando associada ao TMPP.

❖ Terapia por Vibração

Uma outra terapia inovadora foi estudada por Fode et al. (2014) em que quiseram verificar o efeito da estimulação vibratória peniana na preservação e restauração da função

erétil e da continência urinária após PR. Iniciaram a investigação no pré-operatório e os participantes receberam uma sessão pré-operatória com instruções de TMPP. Os participantes do grupo de intervenção foram instruídos a estimular por vibração a glândula peniana 1 vez ao dia com uma sequência de 10 segundos de estimulação seguida de uma pausa de 10 segundos repetida 10 vezes (totalizando 100 segundos de estimulação diariamente) com o vibrador *FERTI CARE*, com uma amplitude de 2 mm e uma frequência de vibração de 100 Hz diariamente no domicílio, por pelo menos 1 semana antes da cirurgia. Após a remoção do cateter urinário, a técnica por vibração foi reiniciada por um período de 6 semanas. Todos foram contatados por telefone para garantir a adesão TMPP e a estimulação vibratória. Uma das hipóteses era que a estimulação vibratória poderia melhorar o controle urinário através da melhoria da capacidade de contrair os MPP e do esfíncter urinário externo.

1.5. TEORIA DAS TRANSIÇÕES

A Enfermagem, como profissão, visa promover a saúde ao longo de todas as fases da vida e oferecer suporte às pessoas durante os processos de transição (OE, 2012).

Os diferentes contextos dos cuidados de enfermagem, devem ser sustentados num modelo teórico. Diariamente o enfermeiro cuida de pessoas em processos de transição de saúde/doença, pelo que escolhemos a Teoria das Transições desenvolvida por Afaf Meleis para sustentar o projeto.

Esta teoria de médio alcance, concentra-se na natureza das transições de papéis que a pessoa enfrenta em diferentes etapas da sua vida e em diferentes contextos sociais e culturais, que destaca muito bem a importância do apoio social, da educação e do autocuidado durante essas transições. Defende que os enfermeiros podem desempenhar um papel crucial na ajuda durante essas mudanças, ajudando a enfrentar os desafios na adaptação às novas situações e promoção do bem-estar físico e emocional da pessoa a seu cuidado. Assim, a teoria permite-nos compreender de que forma a pessoa reage perante a crise que é o diagnóstico de neoplasia, adaptação aos tratamentos e consequências dos mesmos, às mudanças que podem afetar a sua autoestima e a sua qualidade de vida (Meleis, 2010).

De acordo com Meleis (2010) a transição é um processo que conduz à incorporação de mudanças no modo de vida, reorientando e redefinindo o modo de ser e de estar de quem vive a transição. Esta corresponde às mudanças que a pessoa faz na sua vida pessoal, na sua saúde, relação e ambiente. Para tal é necessário adquirir conhecimento e incorporá-lo em novos comportamentos, mudando a sua forma de estar no contexto social.

Acontecimentos mais ou menos significativos podem desencadear mudanças na percepção, identificação, relacionamentos, rotinas, entre outros aspectos. Cada pessoa interpreta essas mudanças de maneira única, podendo ou não estar em concordância com as suas expectativas e preparação prévia para a transição (Meleis, 2010).

Foram abordados nos subcapítulos anteriores que a evidência aponta a IU e a DE como efeitos negativos na vida da pessoa prostatectomizada. A teoria permitiu a análise dos vários processos de transição, em situações variadas de saúde da pessoa, em que desencadeiam mudanças nas suas famílias e na própria, quer até na forma com esta se vê a si mesma (Meleis, 2010).

As transições vivenciadas pela pessoa ao longo da vida, sejam elas de que natureza forem, a enfermagem, preocupa-se e procura desenvolver intervenções que promovam o bem-estar, identificando os fatores condicionantes do processo de transição, sendo estes identificados como facilitadores ou inibidores (Ribeiro et al., 2021). Estes fatores muitas vezes estão relacionados com situações do foro pessoal, com a comunidade onde está inserido e ao nível social. O enfermeiro deve promover os fatores que são facilitadores do processo de transições, desenvolver estratégias ou soluções e até mesmo eliminar os fatores inibidores desse mesmo processo (Silva et al., 2019).

Considerando que a pessoa enfrenta a necessidade de ajustar-se a uma nova realidade, a sua capacidade para realizar essa transição está diretamente relacionada à sua capacidade individual. Portanto, o papel do EEER é crucial na capacitação da pessoa para lidar com sua nova situação de vida. Isso é feito através da mudança de comportamentos e/ou aquisição de novos conhecimentos, visando maximizar a sua independência e autocuidado. O EEER trabalha na prevenção da incapacidade funcional através do diagnóstico, planeamento, implementação e avaliação de programas de reeducação funcional (Guerreiro & Fernandes, 2019; Matos & Simões, 2020).

A adoção de uma verdadeira relação de ajuda e de parceria, é essencial para permitir transmissão dos conhecimentos, de forma a preparar a pessoa, para a aquisição de novas competências (Meleis et al., 2000).

A pessoa com alteração da continência urinária é sujeita a uma mudança em que inicialmente estava num estado de bem-estar para passar a estar no de doença, o que lhe traz repercussões para a sua independência e limita o seu autocuidado, leva ao isolamento social e laboral, provoca alterações nas relações familiares. São quatro os tipos de transições conhecidos: desenvolvimento situacional, organizacional e de saúde-doença, mas é no de saúde- doença que podemos inserir a pessoa com alteração da continência urinária, pois passa subitamente de um estado saudável para viver outro com doença (Meleis, 2010).

A transição poderá afetar o autocuidado da pessoa e o enfermeiro deve ter ferramentas que a ajudem a potenciar um processo de transição saudável. São várias as condições que influenciam no processo de transição: pessoais, ambientais, expectativas, crenças, o nível socioeconómico, a própria cultura onde está inserido, o nível de preparação psicológica, o nível de conhecimentos prévios, literacia, nível de habilidade física (Meleis, 2010).

Uma boa organização, planeamento e acessibilidade aos recursos, com um bom suporte familiar, haver fontes de informação credíveis, aconselhamento, e suporte na tomada de decisão, são todos fatores importantes para que a transição seja saudável. Mas se a informação e o apoio forem insuficientes até mesmo inadequados, estes podem ser fatores inibidores. A existência de mestria no domínio de novas competências, no desempenho e comportamento, necessários para lidar com a nova situação, promovendo a saúde e alcançando uma sensação de bem-estar é o que define uma transição saudável (Meleis et al., 2000).

São necessárias estratégias e intervenções promotoras da transição de forma a capacitar a pessoa e a aceitação da mesma no seu processo de mudança. Isso só é possível com o sucesso das intervenções (Ribeiro et al., 2021).

2. PLANO DE ATIVIDADES

É essencial elaborar os objetivos do projeto de forma que os mesmos estejam alinhados com o problema identificado inicialmente e com os resultados esperados. Esses objetivos são fundamentados tanto nas competências gerais do enfermeiro especialista quanto nas competências específicas do EEER (Regulamento n.º 140/2019 e n.º 392/2019).

Com o objetivo de facilitar o desenvolvimento das competências gerais do enfermeiro especialista e das competências específicas EEER, definimos os seguintes objetivos gerais e específicos:

Objetivos Gerais:

1 - Desenvolver competências do EEER nos cuidados às pessoas com alterações respiratórias, sensoriais, cognitivas, motoras, cardíacas, na alimentação, na eliminação e na sexualidade, de forma a promover o autocuidado.

2- Desenvolver competências de EEER na promoção da continência urinária na pessoa submetida a PR.

Objetivos específicos do EEER:

- Competências comuns

1-Desenvolver uma prática profissional baseada em processos de tomada de decisão ética, sustentada por princípios, valores, normas deontológicas e evidências científicas;

2-Compreender e integrar as dinâmicas funcionais da organização dos diferentes locais de estágio intervindo nas práticas de cuidados de enfermagem de reabilitação na conceção, gestão e colaboração em programas de melhoria da qualidade dos cuidados;

3-Desenvolver competências na gestão dos cuidados de enfermagem de reabilitação através dos recursos disponíveis, otimizando a resposta da equipa de saúde de forma a garantir a qualidade dos cuidados;

4-Analisar o processo de aprendizagem realizado, em que baseia a sua práxis em evidência científica, com vista ao desenvolvimento de competências.

- Competências. Específicas

1-Cuidar de pessoas com necessidades especiais, ao longo do ciclo de vida, em todos os contextos da prática de cuidados assim como a família/cuidador;

2-Capacitar pessoas com deficiência, limitações de atividades e/ou restrições de participação para sua reintegração e pleno exercício da cidadania;

3-Maximizar a funcionalidade desenvolvendo as capacidades da pessoa/família/cuidador contribuindo para a sua reintegração na comunidade.

CONCLUSÃO

A elaboração deste projeto de estágio foi crucial, pois permitiu aprofundar conhecimentos acerca da temática escolhida e orientou o desenvolvimento das competências do EEER. Envolveu a promoção da continência urinária e em áreas como motora, cardíaca, respiratória, sensorial, cognitiva, alimentação, eliminação e sexualidade, com o objetivo de fomentar o autocuidado.

Durante a execução deste projeto, adquirimos conhecimentos sobre a problemática em estudo e o seu impacto na vida das pessoas. Aprendemos como o EEER pode avaliar uma pessoa com IU e quais as intervenções adequadas para cada tipo de IU, através da implementação de um plano de cuidados de reabilitação de forma individualizada a cada pessoa, visando promover o autocuidado e o bem-estar.

Alcançamos os objetivos propostos ao identificar e descrever a área de interesse, compreender a sua pertinência, desenvolver intervenções de Enfermagem de Reabilitação para minimizar a problemática em estudo e aplicar a Teoria das transições para promover o autocuidado e o bem-estar. Também adquirimos competências científicas, técnicas e humanas para prestar cuidados especializados em reabilitação, resultando em melhorias na continência urinária após a maioria das intervenções do projeto.

Durante o estágio, percebemos que intervir nesta área era desafiador num serviço de Neurocirurgia (NC), mas no final foi gratificante. O contexto clínico foi muito rico em experiências para a aquisição de conhecimentos e de competências de EEER. Durante o estágio existiram algumas limitações, nomeadamente para a realização do estudo de caso (Apêndice II), pois sendo a problemática escolhida tão específica foi difícil a decisão sobre o mesmo, no entanto a escolha da pessoa com problemática da continência urinária ineficaz acabou por ser a mais adequada, pois esta já apresentava patologia prostática prévia.

No entanto, também trouxe várias oportunidades, pois no início do estágio, após conversarmos com a enfermeira gestora e identificamos informalmente as principais necessidades do serviço e das pessoas internadas, verificou-se que a reabilitação das mesmas com IU necessitava de novos procedimentos de implementação e avaliação. Para darmos início a este processo, foi necessário realizarmos um diagnóstico de situação: Incontinência Urinária no Serviço de Neurocirurgia (Apêndice III e IV). O trabalho da promoção do autocontrolo continência urinária mostrou ser realista e com grande potencial de melhoria mesmo num serviço de NC. O EEER tem um papel crucial na recuperação das pessoas com esta problemática em diversas áreas, visando maximizar a sua funcionalidade e a reinserção social.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Abrams, P., Cardozo, L., Wagg, A & Wein, A. (2017). *Incontinence*. (6 ed.) Bristol, UK: International Continence Society Bristol.
https://www.ics.org/publications/ici_6/Incontinence_6th_Edition_2017_eBook_v2.pdf

Allameh, F., Rayegani, S. M., Razzaghi, M., Abedi, A. R., Rahavian, A., Javadi, A., & Montazeri, S. (2021). Comparison of the effect of the pelvic floor muscle biofeedback prior or postradical prostatectomy on urinary incontinence: a randomized controlled trial. *Turkish Journal of Urology*, 47(5), 436–441. <https://doi.org/10.5152/tud.2021.21096>

An, D., Wang, J., Zhang, F., Jing, H., Gao, Y., Cong, H., Hu, C., Wu, J., & Liao, L. (2023). Effect of different postures of Pilates combined with Kegel training on pelvic floor muscle strength in post-prostatectomy incontinence. *International Urology and Nephrology*, 55(3), 519–527. <https://doi.org/10.1007/s11255-022-03423-x>

Arco, H., Costa, A. & Mestrinho, N. (2017). Incontinência urinária e quedas no idoso: Contributos para uma revisão da literatura. *Revista Hospitalidade*, 81 (315), 34-40

Arksey, H., & O'Malley, L. (2007). Estudos de escopo: rumo a um referencial metodológico. *Revista Internacional de Metodologia de Pesquisa Social*, 8(1), 19–32. <https://doi.org/10.1080/1364557032000119616>

Associação portuguesa de urologia. (2018). Cancro da Próstata. Disponível: https://www.apurologia.pt/publico/cancro_da_prostata.htm.

Avery, J. C., Braunack-Mayer, A. J., Stocks, N. P., Taylor, A. W. & Duggan, P. (2013). Psychological perspectives in urinary incontinence: a metasynthesis. *A Women's Health*, 1-10. Disponível: <https://ro.uow.edu.au/sspapers/3791>

Aydın Sayılan, A., & Özbaş, A. (2018). The Effect of Pelvic Floor Muscle Training On Incontinence Problems After Radical Prostatectomy. *American Journal of Men's Health*, 12(4), 1007–1015. <https://doi.org/10.1177/1557988318757242>

Barros, F. & Figueiredo, F. (2014). *Manual de Medicina Sexual* (10ª Ed). Lisboa: HSJ.

Becker, A., Tennstedt, P., Hansen, J., Trinh, Q. D., Kluth, L., Atassi, N., Schlomm, T., Salomon, G., Haese, A., Budaeus, L., Michl, U., Heinzer, H., Huland, H., Graefen, M., & Steuber, T. (2014). Functional and oncological outcomes of patients aged <50 years treated

- with radical prostatectomy for localised prostate cancer in a European population. *BJU international*, 114(1), 38–45. Disponível: <https://doi.org/10.1111/bju.12407>
- Bernardes, M.F.V.G., Chagas, S.C., Izidoro, L.C.R., Veloso, D.F.M., Chianca, T.C.M., Mata, L.R.F.P.D. (2019). Impact of urinary incontinence on the quality of life of individuals undergoing radical prostatectomy. *Revista Latina Americana Enfermagem*, 10(27):3131. Disponível: <https://doi.org/10.1590/1518-8345.2757.3131>
- Carvalho, J.M., Cristão, A.S. (2012). O valor dos cuidados de enfermagem: uma consulta de enfermagem a um homem submetido a uma prostatectomia radical. *Revista de Enfermagem Referência*, III (7), 103-112. Disponível: <https://www.redalyc.org/pdf/3882/388239966015.pdf>
- Clark, C. B., Kucherov, V., Klonieck, E., Shenot, P. J., & Das, A. K. (2021). Management of urinary incontinence following treatment of prostate disease. *The Canadian journal of urology*, 28(S2), 38–43. Disponível: https://www.canjurol.com/html/free-articles/Cdn_JU28_I4S2_12_DrDasS.pdf
- Conselho Internacional de Enfermeiros. (2019). *Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem, Versão 2019*. Ordem dos Enfermeiros. Disponível: <https://www.icn.ch/what-we-do/projects/ehealth-icnptm/icnp-browser>
- Culligan, P. J., Scherer, J., Dyer, K., Priestley, J. L., Guignon-White, G., Delvecchio, D., & Vangeli, M. (2010). A randomized clinical trial comparing pelvic floor muscle training to a Pilates exercise program for improving pelvic muscle strength. *International urogynecology journal*, 21(4), 401–408. <https://doi.org/10.1007/s00192-009-1046-z>
- de Lira, G. H. S., Fornari, A., Cardoso, L. F., Aranchipe, M., Kretiska, C., & Rhoden, E. L. (2019). Effects of perioperative pelvic floor muscle training on early recovery of urinary continence and erectile function in men undergoing radical prostatectomy: A randomized clinical trial. *International Braz J Urol*, 45(6), 1196–1203. <https://doi.org/10.1590/S1677-5538.IBJU.2019.0238>
- Dijkstra-Eshuis, J., Van Den Bos, T. W. L., Splinter, R., Bevers, R. F. M., Zonneveld, W. C. G., Putter, H., Pelger, R. C. M., & Voorham-Van Der Zalm, P. J. (2015). Effect of preoperative pelvic floor muscle therapy with biofeedback versus standard care on stress urinary incontinence and quality of life in men undergoing laparoscopic radical prostatectomy: A randomised control trial. *Neurourology and Urodynamics*, 34(2), 144–150. <https://doi.org/10.1002/nau.22523>
- Direção Geral de Saúde. (2016). *Norma no 013/2016 de 28 de outubro de 2016*. Regras de Prescrição de Dispositivos Médicos na Retenção/Incontinência em Idade Pediátrica e no Adulto. Direção Geral de Saúde. Disponível: https://normas.dgs.min-saude.pt/wpcontent/uploads/2019/09/Regras-de-Prescricao-de-Dispositivos-Medicos-naRetencao_Incontinencia-em-Idade-Pediatica-e-no-Adulto.pdf

Direção Geral de Saúde. (DGS). (2019). *Plano Nacional Para as Doenças Oncológicas – Desafios e Estratégias*. Lisboa: Direção Geral de Saúde.

Eisemann, N., Nolte, S., Schnoor, M., Katalinic, A., Rohde, V., & Waldmann, A. (2015). The ProCaSP study: quality of life outcomes of prostate cancer patients after radiotherapy or radical prostatectomy in a cohort study. *BMC urology*, 15, 28. Disponível: <https://doi.org/10.1186/s12894-015-0025-6>

Faria, F., Menezes, A., Rodrigues, A., Ferreira, A. & Bolsas, C. (2014). Incontinência urinária e noctúria: prevalência e impacto sobre qualidade de vida em idosos numa Unidade Básica de Saúde. *Revista Brasileira Geriatria Gerontologia, Rio de Janeiro*, 17(1):17-25.

Fernandes, A., Sacomani, C. A. R., Averbek, M., Prezotti, J. A., Ferreira, R. S., Moser, D., & Gajewski, J. B. (2022). Tradução para o português An International Continence Society (ICS) report on the terminology for adult neurogenic lower urinary tract dysfunction (ANLUTD). *Einstein (Sao Paulo, Brazil)*, 20, eAE5680. Disponível: https://doi.org/10.31744/einstein_journal/2022AE5680

Fode, M., Borre, M., Ohl, D. A., Lichtbach, J., & Sønksen, J. (2014). Penile vibratory stimulation in the recovery of urinary continence and erectile function after nerve-sparing radical prostatectomy: A randomized, controlled trial. *BJU International*, 114(1), 111–117. <https://doi.org/10.1111/bju.12501>

Gomes, C. S., Pedriali, F. R., Urbano, M. R., Moreira, E. H., Averbek, M. A., & Almeida, S. H. M. (2018). The effects of Pilates method on pelvic floor muscle strength in patients with post-prostatectomy urinary incontinence: A randomized clinical trial. *Neurourology and Urodynamics*, 37(1), 346–353. <https://doi.org/10.1002/nau.23300>

Guerreiro, L. & Fernandes M., E. (2019). Rehabilitation Nursing in the empowerment of the person for self-care transfer, *Journal of Aging & Innovation*, 8 (1): 84 – 96

Haglund, E., Carlsson, S., Stranne, J., Wallerstedt, A., Wilderäng, U., Thorsteinsdottir, T., Lagerkvist, M., Damber, J. E., Bjartell, A., Hugosson, J., Wiklund, P., Steineck, G., & LAPPRO steering committee. (2015). Urinary Incontinence and Erectile Dysfunction After Robotic Versus Open Radical Prostatectomy: A Prospective, Controlled, Nonrandomised Trial. *European urology*, 68(2), 216–225. Disponível: <https://doi.org/10.1016/j.eururo.2015.02.029>

Heydenreich, M., Puta, C., Gabriel, H. H. W., Dietze, A., Wright, P., & Zermann, D. H. (2020). Does trunk muscle training with an oscillating rod improve urinary incontinence after radical prostatectomy? A prospective randomized controlled trial. *Clinical Rehabilitation*, 34(3), 320–333. <https://doi.org/10.1177/0269215519893096>

Honda, M., Kawamoto, B., Morizane, S., Hikita, K., Muraoka, K., Sejima, T., & Takenaka, A. (2017). A prognostic model for predicting urinary incontinence after robot-assisted radical

prostatectomy. *The international journal of medical robotics + computer assisted surgery* : MRCAS, 13(3), 10.1002/rcs.1780. Disponível: <https://doi.org/10.1002/rcs.1780>

Instituto Nacional de Estatística. (2019). *Estatísticas da Saúde - 2017*. Disponível: https://www.ine.pt/ngt_server/attachfileu.jsp?look_parentBoui=367854789&att_display=n&att_download=y.

Izidoro, L. C. de R., da Mata, L. R. F., Azevedo, C., de Paula, A. A. P., Graça Pereira, M., Santos, J. E. M. Dos, Brasil, V. V., & Oliveira, L. M. de A. C. (2022). Cognitive-behavioral program to control lower urinary tract symptoms after radical prostatectomy: a randomized clinical trial. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 75(5). <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2021-0818>

Izidoro, L.C.R., Soares, G.B., Vieira, T.C., Orlandi, F.S., Polido Júnior. A., Oliveira, L.M.A.C., Napoleão, A.A. (2019). Qualidade de vida relacionada à saúde e fatores psicossociais após prostatectomia radical. *Acta Paulista Enfermagem*, 32(2):169–177. Disponível: <https://doi.org/10.1590/1982-0194201900024>.

Kasai, T., Banno, T., Nakamura, K., Kouchi, Y., Shigeta, H., Suzuki, F., Kaneda, Y., Bhandari, D., Murayama, A., Takamatsu, K., Kobayashi, N., Sawano, T., Nishikawa, Y., Sato, H., Ozaki, A., Kurokawa, T., Kanzaki, N., & Shimmura, H. (2023). Duration and Influencing Factors of Postoperative Urinary Incontinence after Robot-Assisted Radical Prostatectomy in a Japanese Community Hospital: A Single-Center Retrospective Cohort Study. *International journal of environmental research and public health*, 20(5), 4085. <https://doi.org/10.3390/ijerph20054085>

Lardas, M., Liew, M., van den Bergh, R. C., De Santis, M., Bellmunt, J., Van den Broeck, T., Cornford, P., Cumberbatch, M. G., Fossati, N., Gross, T., Henry, A. M., Bolla, M., Briers, E., Joniau, S., Lam, T. B., Mason, M. D., Mottet, N., van der Poel, H. G., Rouvière, O., Schoots, I. G., ... Bourke, L. (2017). Quality of Life Outcomes after Primary Treatment for Clinically Localised Prostate Cancer: A Systematic Review. *European urology*, 72(6), 869–885. Disponível: <https://doi.org/10.1016/j.eururo.2017.06.035>

Matos, F. & Simões, A. (2020). Enfermagem de Reabilitação na transição da pessoa com alteração motora por AVC: Revisão Sistemática da Literatura. *Revista Portuguesa Enfermagem Reabilitação*, 3(2):11-9.

Meleis, A. (2010). *Transitions Theory: Middle Range and Situation Specific Theories in Nursing Research and Practice*. Springer. Disponível: https://taskurun.files.wordpress.com/2011/10/transitions_theory_middle_range_and_situation_specific_theories_in_nursing_research_and_practice.pdf

Meleis, A., Sawyer, L., Im, E., Messias, D. & Schumacher, K. (2000). Experiencing transitions: An emerging middle-range theory. *Advances in Nursing Science*, 23 (1): 12-28. Disponível: doi: 10.1097/00012272-200009000-00006

Milios, J. E., Ackland, T. R., & Green, D. J. (2019). Pelvic floor muscle training in radical prostatectomy: A randomized controlled trial of the impacts on pelvic floor muscle function and urinary incontinence. *BMC Urology*, 19(1). <https://doi.org/10.1186/s12894-019-0546-5>

Murphy, C., de Laine, C., Macaulay, M., & Fader, M. (2020). Development and randomised controlled trial of a Continence Product Patient Decision Aid for men postradical prostatectomy. *Journal of clinical nursing*, 29(13-14), 2251–2259. Disponível: <https://doi.org/10.1111/jocn.15223>

Novick, B. J. assani, Angie, M., Walker, E., Kitay, R., Monday, K., & Albert, N. M. (2014). The Effect of Intensive Education On Urinary Incontinence Following Radical Prostatectomy: A Randomized Control Trial. *Urologic Nursing*, 34(5), 246–251. <https://doi.org/10.7257/1053-816x.2014.34.5.246>

Oh, J. J., Kim, J. K., Lee, H., Lee, S., Jin Jeong, S., Kyu Hong, S., Eun Lee, S., & Byun, S. S. (2019). Effect of personalized extracorporeal biofeedback device for pelvic floor muscle training on urinary incontinence after robot-assisted radical prostatectomy: A randomized controlled trial. *Neurourology and Urodynamics*, 39(2), 674–681. <https://doi.org/10.1002/nau.24247>

Ordem dos Enfermeiros. (2012). Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem: *Enquadramento conceptual - Enunciados descritivos*. Lisboa. Disponível: <https://www.ordemenfermeiros.pt/media/8903/divulgar-padroes-de-qualidade-dos-cuidados.pdf>

Ordem dos Enfermeiros. (2015). Áreas Investigação Prioritárias para a especialidade de Enfermagem de Reabilitação. *Assembleia do Colégio de Especialidade de Enfermagem de reabilitação*. Disponível: [https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/colegios/Documents/2015/MCEER Assembleia /Areas Investigacao Prioritarias para EER.pdf](https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/colegios/Documents/2015/MCEER_Assembleia/Areas%20Investigacao%20Prioritarias%20para%20EER.pdf)

Ordem dos Enfermeiros. (2019). Regulamento das competências específicas do enfermeiro especialista em Enfermagem de Reabilitação. *Regulamento n.º 392/2019: Diário da República, 2ª série (85)*. Disponível: <https://www.ordemenfermeiros.pt/media/11871/1356513568.pdf>

Pané-Alemany, R., Ramírez-García, I., Kauffmann, S., Blanco-Ratto, L., Carralero-Martínez, A., & Sánchez Ruiz, E. (2021). Efficacy of transcutaneous perineal electrostimulation versus intracavitary anal electrostimulation in the treatment of urinary incontinence after a radical prostatectomy: Randomized controlled trial. *Neurourology and Urodynamics*, 40(7), 1761–1769. <https://doi.org/10.1002/nau.24740>

Pedriali, F. R., Gomes, C. S., Soares, L., Urbano, M. R., Moreira, E. C. H., Averbeck, M. A., & de Almeida, S. H. M. (2016). Is pilates as effective as conventional pelvic floor muscle exercises in the conservative treatment of post-prostatectomy urinary incontinence? A randomised controlled trial. *Neurourology and Urodynamics*, 35(5), 615–621. <https://doi.org/10.1002/nau.22761>

Petronilho, F. (2012). *Autocuidado: Conceito Central da Enfermagem*. Coimbra. Formasau

Potter, P. A., Perry, A.G., Stockert, P., Hall, A. (2018). *Fundamentos de Enfermagem*. 9ªed. Rio de Janeiro: Elsevier.

Rahnama'i, M. S., Marcelissen, T., Geavlete, B., Tutolo, M., & Hüsich, T. (2021). Current Management of Post-radical Prostatectomy Urinary Incontinence. *Frontiers in surgery*, 8, 647656. Disponível: <https://doi.org/10.3389/fsurg.2021.647656>

Regulamento nº 140/2019 de 6 de fevereiro. (2019). Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista. Diário da República II Série, n.º 26 (6/2/2019). 4744-4750. <https://www.ordemenfermeiros.pt/media/10778/0474404750.pdf>

Ribeiro, L. H., Prota, C., Gomes, C. M., de Bessa, J., Jr, Boldarine, M. P., Dall'Oglio, M. F., Bruschini, H., & Srougi, M. (2010). Long-term effect of early postoperative pelvic floor biofeedback on continence in men undergoing radical prostatectomy: a prospective, randomized, controlled trial. *The Journal of urology*, 184(3), 1034–1039. <https://doi.org/10.1016/j.juro.2010.05.040>

Ribeiro, O., Moura, I., Ventura, J. (2021). *Referenciais teóricos orientadores do exercício profissional dos enfermeiros especialistas em enfermagem de reabilitação*. In O. Ribeiro (Ed.), *Enfermagem de Reabilitação - Conceções e Práticas* (pp. 48–55). Lisboa: Lidel

Seeley, R., Stephens, T. & Tate, P. (2008). Aparelho Urinário. In: *Anatomia e Fisiologia*. 8ª ed. 2008. cap. 26

Silva, R., Carvalho, A., Rebelo, L., Pinho, N., Barbosa, L., Araújo, T. & Bettencourt, M. (2019). Contributos do referencial teórico de Afaf Meleis para Enfermagem de Reabilitação. *Revista Investigação em Enfermagem*, 2(26), 35-44. Disponível: http://www.sinaisvitalis.pt/images/stories/Rie/RIE26_s2.pdf

Singh, F., Newton, R. U., Taaffe, D. R., Lopez, P., Thavaseelan, J., Brown, M., Ooi, E., Nosaka, K., Hayne, D., & Galvão, D. A. (2023). Prehabilitative versus rehabilitative exercise in prostate cancer patients undergoing prostatectomy. *Journal of Cancer Research and Clinical Oncology*, 149(18), 16563–16573. <https://doi.org/10.1007/s00432-023-05409-3>

Soto González, M., Da Cuña Carrera, I., Gutiérrez Nieto, M., López García, S., Ojea Calvo, A., & Lantarón Caeiro, E. M. (2020). Early 3-month treatment with comprehensive physical therapy program restores continence in urinary incontinence patients after radical prostatectomy: A randomized controlled trial. *Neurourology and Urodynamics*, 39(5), 1529–1537. <https://doi.org/10.1002/nau.24389>

Sousa, E. (2016). Estudo da eficácia e qualidade de vida em doentes com incontinência urinária de esforço pós-prostatectomia submetidos à colocação de sling trans-obturador ajustável (ATOMS). *Trabalho Final de Mestrado Integrado em Medicina. Faculdade de Medicina da Universidade de Lisboa*: Centro Hospitalar Lisboa Norte, Hospital de Santa Maria. Disponível: <https://repositorio.ul.pt/handle/10451/26552>

Strojek, K., Weber-Rajek, M., Strączyńska, A., Piekorz, Z., Pilarska, B., Jarzowski, P., Kozakiewicz, M., Brzozczyk, B., Jarzowski, M., Styczyńska, H., Goch, A., & Radziwińska, A. (2021). Randomized-controlled trial examining the effect of pelvic floor muscle training in the treatment of stress urinary incontinence in men after a laparoscopic radical prostatectomy pilot study. *Journal of Clinical Medicine*, 10(13). <https://doi.org/10.3390/jcm10132946>

Sung, H., Ferlay, J., Siegel, R. L., Laversanne, M., Soerjomataram, I., Jemal, A., & Bray, F. (2021). Global Cancer Statistics 2020: GLOBOCAN Estimates of Incidence and Mortality Worldwide for 36 Cancers in 185 Countries. *CA: a cancer journal for clinicians*, 71(3), 209–249. Disponível: <https://doi.org/10.3322/caac.21660>

Szczygielska, D., Knapik, A., Pop, T., Rottermund, J., & Saulicz, E. (2022). The Effectiveness of Pelvic Floor Muscle Training in Men after Radical Prostatectomy Measured with the Insert Test. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 19(5). <https://doi.org/10.3390/ijerph19052890>

Tao, Z. Q., Shi, A. M., Wang, K. X., & Zhang, W. D. (2015). Epidemiology of prostate cancer: current status. *European review for medical and pharmacological sciences*, 19(5), 805–812.

Wang, C., Song, Z., Li, S., & Tai, S. (2018). Extended nursing for the recovery of urinary functions and quality of life after robot-assisted laparoscopic radical prostatectomy: a randomized controlled trial. *Supportive Care in Cancer*, 26(5), 1553–1560. <https://doi.org/10.1007/s00520-017-3988-x>

Yuan, Y., Hu, Y., Cheng, J. X., & Ding, P. (2019). Psychological nursing approach on anxiety and depression of patients with severe urinary incontinence after radical prostatectomy – a pilot study. *Journal of International Medical Research*, 47(11), 5689–5701. <https://doi.org/10.1177/0300060519878014>

Zaidan, P., & Silva, E. B. da. (2023). O efeito da eletroestimulação de 65 Hz sobre a incontinência urinária, força dos músculos do assoalho pélvico e impacto na vida diária de pacientes após prostatectomia radical: experimento controlado randomizado duplo cego. *Fisioterapia Brasil*, 24(1), 76–88. <https://doi.org/10.33233/fb.v24i1.5174>

Zanetti, M. R., Castro, R.deA., Rotta, A. L., Santos, P. D., Sartori, M., & Girão, M. J. (2007). Impact of supervised physiotherapeutic pelvic floor exercises for treating female stress urinary incontinence. *Sao Paulo medical journal = Revista paulista de medicina*, 125(5), 265–269. Disponível: <https://doi.org/10.1590/s1516-31802007000500003>

Zhang, A. Y., Bodner, D. R., Fu, A. Z., Gunzler, D. D., Klein, E., Kresevic, D., Moore, S., Ponsky, L., Purdum, M., Strauss, G., & Zhu, H. (2015). Effects of patient centered interventions on persistent urinary incontinence after prostate cancer treatment: A randomized, controlled trial. *Journal of Urology*, 194(6), 1675–1681. <https://doi.org/10.1016/j.juro.2015.07.090>

APÊNDICE II – PLANO DE ATIVIDADES



EGAS MONIZ SCHOOL
of HEALTH & SCIENCE

ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE
EGAS MONIZ

2º Curso de Mestrado em Enfermagem de Reabilitação



PLANO DE ATIVIDADES



ANA CRISTINA PATRICÍO CIURO

Almada

2024

2º Curso de Mestrado em Enfermagem de Reabilitação

PLANO DE ATIVIDADES

ANA CRISTINA PATRICÍO CIURO

PROFESSORA NOÉLIA FERREIRA

Almada

2024

PLANEAMENTO DE ATIVIDADES

1. OBJETIVOS GERAIS E ESPECÍFICOS

No âmbito do 2º Curso de Mestrado em Enfermagem de Reabilitação existiu necessidade, durante o 2º semestre deste curso, de redigir um projeto de estágio que continuará a ser implementado nos vários campos de ensino clínico (EC) durante o 3º semestre, com o objetivo de desenvolver as competências comuns do enfermeiro especialista e específicas do enfermeiro especialista em enfermagem de reabilitação (EEER) determinadas pela Ordem dos Enfermeiros (OE).

A pesquisa constante por respostas aos problemas de saúde tornou-se uma exigência ética e um processo contínuo para a aquisição de novos conhecimentos (OE, 2012). Esse esforço visa atender às necessidades das pessoas e alcançar a excelência na prestação de cuidados de enfermagem, especialmente na área do EEER.

Com base na promoção dos processos adaptativos necessários para as pessoas e para as suas famílias, o EEER foca a sua intervenção na melhoria da qualidade de vida. Desenvolve planos de cuidados especializados em parceria com a pessoa e a sua família, visando melhorar a funcionalidade, promover a independência e maximizar a satisfação da mesma, além de promover a sua autoestima (OE, 2012).

Assim, é essencial elaborar os objetivos do projeto de forma que os mesmos estejam alinhados com o problema identificado inicialmente e com os resultados esperados. Esses objetivos são fundamentados tanto nas competências gerais do enfermeiro especialista quanto nas competências específicas do EEER (Regulamento n.º 140/2019 e n.º 392/2019).

Com o objetivo de facilitar o desenvolvimento das competências gerais do enfermeiro especialista e das competências específicas EEER, foram definidos os seguintes objetivos gerais e específicos:

1.1. Objetivos Gerais:

1 - Desenvolver competências do EEER nos cuidados às pessoas com alterações respiratórias, sensoriais, cognitivas, motoras, cardíacas, na alimentação, na eliminação e na sexualidade, de forma a promover o autocuidado.

2- Desenvolver competências de EEER na promoção da continência urinária na pessoa submetida a prostatectomia radical (PR).

1.2 Objetivos específicos do EEER:

1.2.1 - Competências comuns do EER

1. Desenvolver uma prática profissional baseada em processos de tomada de decisão ética, sustentada por princípios, valores, normas deontológicas e evidências científicas.
2. Compreender e integrar as dinâmicas funcionais da organização dos diferentes locais de estágio intervindo nas práticas de cuidados de enfermagem de reabilitação na conceção, gestão e colaboração em programas de melhoria da qualidade dos cuidados.
3. Desenvolver competências na gestão dos cuidados de enfermagem de reabilitação através dos recursos disponíveis, otimizando a resposta da equipa multidisciplinar de forma a garantir a qualidade dos cuidados.
4. Analisar o processo de aprendizagem realizado, em que baseia a sua praxis em evidência científica, com vista ao desenvolvimento de competências.

1.2.2 - Competências Especificas do EER

Prestar cuidados especializados em enfermagem de reabilitação às pessoas com necessidades especiais, ao longo do ciclo de vida, em todos os contextos da prática de cuidados assim como a família/cuidador;

Capacitar pessoas com deficiência, limitações de atividades e/ou restrições de participação para sua reintegração social;

Maximizar a funcionalidade desenvolvendo as capacidades da pessoa/família/cuidador.

OBJETIVOS GERAIS	1 Desenvolver competências do EEER nos cuidados às pessoas com alterações respiratórias, sensoriais, cognitivas, motoras, cardíacas, na alimentação, na eliminação e na sexualidade, de forma a promover o autocuidado. 2-Desenvolver competências de EEER na promoção da continência urinária na pessoa submetida a prostatectomia radical.
DOMÍNIOS E COMPETÊNCIAS (comuns e específicas do EEER)	A1 - Desenvolve uma prática profissional e ética no seu campo de Intervenção, agindo de acordo com as normas legais, os princípios éticos e a deontologia profissional; A2 - Promove práticas de cuidados que respeitam os direitos humanos e as responsabilidades profissionais; B1 - Garante um papel dinamizador no desenvolvimento e suporte das iniciativas estratégicas institucionais na área da governação clínica; B2 - Desenvolve práticas de qualidade, gerindo e colaborando em programas de melhoria contínua; B3 - Garante um ambiente terapêutico e seguro; C1 - Gere os cuidados, otimizando a resposta da equipa de enfermagem, seus colaboradores e a articulação na equipa multiprofissional; C2 - Adapta a liderança e a gestão dos recursos às situações e ao contexto, visando a garantia da qualidade dos cuidados; D1 - Desenvolve o autoconhecimento e a assertividade; D2 - Baseia a sua praxis clínica especializada em sólidos e válidos padrões de conhecimento baseados na melhor ciência científica;

	J1 - Cuida de pessoas com necessidades especiais, ao longo do ciclo de vida, em todos os contextos da prática de cuidados; J2 - Capacita pessoas com deficiência, limitações de atividades e/ou restrições de participação para a sua reintegração e pleno exercício da cidadania; J3 - Maximiza a funcionalidade ao desenvolver as capacidades da pessoa.
Atividades/Estratégias	Indicadores de Avaliação
- Adquirir conhecimentos teóricos baseados na melhor evidência científica sobre as complicações da prostatectomia radical, especialmente as alterações relacionadas com a incontinência urinária; - Realizar a avaliação inicial de enfermagem da pessoa (exame físico, história clínica, existência de exames complementares de diagnóstico) tendo em conta sentimentos e expectativas da pessoa relativamente à sua situação de doença; - Elaborar um plano de reabilitação ajustado às necessidades identificadas no pré-operatório; - Envolver o familiar/cuidador no planeamento das intervenções delineadas (ex. treino de hábitos, treino vesical, plano de ingestão hídrica, diário miccional, exercícios de fortalecimento da musculatura pélvica); - Realizar ensinamentos no pré-operatório (ex.: reeducação funcional respiratória, controlo da dor, exercícios para fortalecimento pavimento pélvico) e no pós-operatórios (ex.: prevenção de complicações, ensino sobre o levante, vigilância do penso pós-operatório, ensino de cuidados com cateterismo urinário, preparação para o regresso a casa e à comunidade);	- Conduziu pesquisas para adquirir conhecimentos teóricos fundamentados na melhor evidência científica sobre as complicações decorrentes da prostatectomia radical, com foco particular nas alterações relacionadas com a incontinência urinária; - Realizou uma avaliação inicial de enfermagem tendo em conta sentimentos e expectativas da pessoa relativamente à sua situação de doença; - Elaborou um plano de reabilitação no pré-operatório; - Envolveu o familiar/cuidador no planeamento das intervenções delineadas (ex. treino de hábitos, treino vesical, plano de ingestão hídrica, diário miccional, exercícios de fortalecimento da musculatura pélvica); - Realizou ensinamentos no pré-operatório (ex.: reeducação funcional respiratória, controlo da dor, exercícios para fortalecimento pavimento pélvico) e no pós-operatórios (ex.: prevenção de complicações, ensino sobre o levante, vigilância do penso pós-operatório, ensino de cuidados com cateterismo urinário, preparação para o regresso a casa e à comunidade) à pessoa e à sua família; - Elaborou projetos de melhoria contínua visando promover a continência urinária; - Implementou programas de enfermagem de reabilitação para a recuperação do autocontrolo da eliminação vesical.

preparação para o regresso a casa e à comunidade) à pessoa e direcionados à sua família; - Implementar programas de enfermagem de reabilitação para a recuperação do autocontrolo da eliminação vesical; - Implementar programas de reeducação funcional motora específicos para a pessoa com incontinência urinária; -Elaborar ensinios sobre técnicas promotoras da continência urinária, à pessoa, família/cuidador, adequando as mesmas ao tipo de incontinência urinaria que apresenta; -Identificar as expetativas da pessoa, com o intuito de promover o bem-estar, a qualidade de vida e a reinserção social; -Elaborar ensinios 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 a pessoa apresenta quando tem vontade de urinar); -Informar sobre produtos de apoio adequados à pessoa (ajudas técnicas/dispositivos); - Elaborar projetos de melhoria contínua na área da incontinência urinária e programas de enfermagem de reabilitação direcionados ao autocontrolo eliminação vesical; - Realizar a avaliação neurológica e funcional utilizando escalas validadas; -Utilizar conhecimentos teóricos e práticos sobre estimulação neurossensorial e reeducação funcional motora (incluindo posicionamento, transferência, levante, treino de equilíbrio e exercícios de fortalecimento muscular);	- Implementou programas de reeducação funcional motora específicos para a pessoa com incontinência urinária; -Elaborou ensinios sobre técnicas promotoras da continência urinária, à pessoa, família/cuidador adequando as mesmas ao tipo de incontinência urinaria que apresenta; -Identificou quais as expetativas da pessoa, com o intuito de promover o bem-estar, a qualidade de vida e a reinserção social; -Elaborou ensinios 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 a pessoa apresenta quando tem vontade de urinar); -Informação sobre produtos de apoio adequados à pessoa (ajudas técnicas/dispositivos); -Elaborou projetos de melhoria contínua na área da incontinência urinária e programas de enfermagem de reabilitação voltados para a recuperação do autocontrolo eliminação vesical; -Desenvolveu programas de reeducação funcional motora específicos para pessoas com incontinência urinária; - Realizou avaliação neurológica e funcional, utilizando escalas validadas; -Utilizou conhecimentos teóricos e práticos sobre estimulação neurossensorial e reeducação funcional motora (incluindo posicionamento, transferência, levante, treino de equilíbrio e exercícios de fortalecimento muscular); - Baseou sua prática clínica na Teoria das transições de Meleis; -Planeou, aplicou e avaliou programas de reabilitação à pessoa com incontinência urinária, que permitiu uma maior independência na realização das AVD;
---	--

-Validar as intervenções de EEER junto do cuidador através da Teoria das Transições de Afaf Meleis; -Planejar, implementar e avaliar programas de reabilitação para pessoas com Incontinência urinária visando aumentar a independência na realização das AVD; - Planejar, aplicar e avaliar programas de reabilitação para os cuidadores; -Recorrer a diferentes instrumentos de avaliação, de forma a detetar com rigor, as alterações atuais e potenciais ao nível motor, sensorial, cognitivo, cardiorrespiratório, da alimentação e da eliminação. - Realizar avaliações neurológicas abrangentes, incluindo o estado mental (consciência, orientação, atenção, memória, linguagem), função dos 12 Pares Cranianos e sua avaliação, tônus muscular, força muscular, coordenação motora, equilíbrio e sensibilidade superficial e profunda; - Avaliar a capacidade funcional nas pessoas que apresentam alterações: no equilíbrio postural, utilizando escalas de avaliação como a Escala de Consciência de Glasgow para o estado de consciência, a Escala de Força Muscular MRC (Medical Research Council) para avaliar a força muscular, a Escala de Ashworth modificada para avaliar a espasticidade e a Escala de Equilíbrio de Berg para avaliar o equilíbrio. -Avaliar o autocuidado (Índice de Barthel), a Medida de Independência Funcional (MIF) e a avaliação Neurológica;	-Recorreu a diferentes instrumentos de avaliação, de forma a detetar com rigor, as alterações atuais e potenciais ao nível motor, sensorial, cognitivo, cardiorrespiratório, da alimentação e da eliminação; -Realizou avaliações neurológicas abrangentes, incluindo o estado mental (consciência, orientação, atenção, memória, linguagem), função dos 12 Pares Cranianos e sua avaliação, tônus muscular, força muscular, coordenação motora, equilíbrio e sensibilidade superficial e profunda; - Planeou, aplicou e avaliou programas de reabilitação para os cuidadores; -Avaliou a capacidade funcional das pessoas que apresentam alterações: no equilíbrio postural, utilizando escalas de avaliação como a Escala de Consciência de Glasgow para o estado de consciência, a Escala de Força Muscular MRC (Medical Research Council) para avaliar a força muscular, a Escala de Ashworth modificada para avaliar a espasticidade e a Escala de Equilíbrio de Berg para avaliar o equilíbrio; -Avaliou o autocuidado (Índice de Barthel) a Medida de Independência Funcional (MIF) e a avaliação Neurológica;
Crítérios de Avaliação	As atividades e estratégias delineadas permitem diagnosticar, planejar, implementar e avaliar os planos de intervenção de enfermagem de reabilitação. Reflete sobre a importância dessas intervenções para o desenvolvimento das competências definidas.

Objetivos Específicos	1 - Desenvolver uma prática profissional baseada em processos de tomada de decisão ética, sustentada por princípios, valores, normas deontológicas e evidências científicas.
Domínios e Competências (Comuns do EEER)	A - Responsabilidade Profissional, Ética e legal A1 - Desenvolve uma prática profissional e ética no seu campo de Intervenção, agindo de acordo com as normas legais, os princípios éticos e a deontologia profissional; A2 - Promove práticas de cuidados que respeitam os direitos humanos e as responsabilidades profissionais.
Atividades/Estratégias	Indicadores de Avaliação
- Integrar a equipa multiprofissional do serviço - Consultar as normas e rotinas do serviço; - Assistir às passagens de turno; - Utilizar conhecimento científico e outros saberes adquiridos para intervir em conjunto com equipas multidisciplinares no planeamento e implementação dos cuidados especializados; - Executar cuidados de enfermagem fundamentados nos princípios éticos e deontológicos da profissão e aplicação dos princípios implícitos no Regulamento do Exercício Profissional dos Enfermeiros (REPE); - Respeitar a pessoa, com a sua dignidade, considerando-a como um ser único, detentor de autonomia, inserido num ambiente com o qual interage. - Prestar cuidados à pessoa e à família, respeitando suas decisões, valores, costumes e crenças pessoais e religiosas, abstendo-se de fazer juízos de valor; - Envolver a pessoa e a sua família no centro de todas as decisões como uma parceira no planeamento, implementação e avaliação de cuidados; - Promover a privacidade da pessoa; - Respeitar o direito ao acesso à informação e à confidencialidade; - Demonstrar consciência dos próprios limites e competências profissionais e pessoais, gerindo emoções e sentimentos para respostas eficientes;	- Prestar cuidados de enfermagem assentes em princípios éticos e deontológicos do exercício profissional. - Demonstrou uma prática de enfermagem fundamentada no respeito pelos princípios éticos e deontológicos da profissão; - Participou de forma ativa nas atividades e dinâmica do serviço; - Consultou as normas e rotinas do serviço; - Assistiu às passagens de turno; - Utilizou conhecimento científico e outros saberes adquiridos para intervir em conjunto com equipas multidisciplinares no planeamento e implementação dos cuidados especializados; - Praticou cuidados de enfermagem pautados pelos princípios éticos e deontológicos da profissão e aplicação dos princípios implícitos no Regulamento do Exercício Profissional dos Enfermeiros (REPE); - Respeitou os valores, costumes, crenças pessoais e religiosas; - Garantiu o direito de escolha e autodeterminação da pessoa, evitando juízos de valor; - Envolveu a pessoa e a sua família no centro de todas as decisões como uma parceira no planeamento, implementação e avaliação de cuidados; - Promoveu a privacidade da pessoa;

- Agir de forma eficaz na resolução de conflitos, utilizando estratégias de comunicação assertiva com a equipa e com a pessoa que é o alvo de cuidados; - Conhecer os recursos humanos, físicos e materiais disponíveis nos diferentes locais de estágio, para utilizá-los durante a prática clínica; - Identificar necessidades de intervenção através da colheita de dados junto à pessoa, família ou cuidador, e consultar o processo clínico e exames complementares de diagnóstico; - Demonstrar iniciativa e independência na tomada de decisões durante a prática clínica; - Promover o envolvimento dos familiares/cuidador no planeamento e execução das intervenções planeadas, de acordo com a preferência e decisão da pessoa; - Identificar práticas de risco e aplicar medidas preventivas para assegurar a segurança, privacidade e dignidade da pessoa cuidada; - Reunir regularmente com o professor e com o enfermeiro orientador de forma a analisar o seu percurso, progresso e práticas desenvolvidas	- Promoveu a integração dos familiares/cuidador na prestação de cuidados de ER; - Assegurou o direito à informação e confidencialidade; - Demonstrou consciência dos seus limites pessoais e profissionais, gerindo sentimentos e emoções para obter respostas eficientes; - Resolveu conflitos de forma eficaz, utilizando estratégias assertivas de comunicação com a equipa e a pessoa alvo de cuidados; - Utilizou adequadamente os recursos humanos, físicos e materiais disponíveis nos diferentes locais de estágio durante a prática clínica - Identificou as necessidades de intervenção e selecionou as intervenções mais apropriadas para a alta/reintegração na comunidade da pessoa/família/ cuidador; - Contribuiu para o processo de tomada de decisão em equipa; - Identificou práticas de risco e implementou medidas preventivas para garantir a segurança, privacidade e dignidade da pessoa alvo de cuidados; - Promoveu o envolvimento dos familiares/cuidador no planeamento e execução das intervenções planeadas, de acordo com a preferência e decisão da pessoa.
CrITÉRIOS de Avaliação	As atividades e estratégias implementadas mostram uma prática profissional ética, baseada em princípios, valores, normas deontológicas e evidências científicas. Reflete sobre a importância dessas intervenções para o desenvolvimento das competências definidas.

Objetivos Específicos	2-Compreender e integrar as dinâmicas funcionais da organização dos diferentes locais de estágio intervindo nas práticas de cuidados de enfermagem de reabilitação na conceção, gestão e colaboração em programas de melhoria da qualidade dos cuidados.
Domínios e Competências (Comuns do EEER)	B - Melhoria da Qualidade B1 - Desempenha um papel dinamizador no desenvolvimento e suporte das iniciativas estratégicas institucionais na área da governação clínica; B2 - Desenvolve práticas de qualidade, gerindo e colaborando em programas de melhoria contínua;

		B3 - Cria e mantém um ambiente terapêutico e seguro;
Atividades/Estratégias		Indicadores de Avaliação
- Integrar a equipa multidisciplinar do serviço; -Familiarizar-se com a dinâmica, protocolos, normas, e instrumentos de registo e avaliação nos diferentes locais de ensino clínico; -Identificar necessidades de formação e de melhoria nas práticas clínicas por meio de entrevistas com o enfermeiro chefe, enfermeiro orientador e demais membros da equipa de enfermagem; -Aprofundar conhecimentos, através da consulta de normas, protocolos e projetos desenvolvidos nos serviços, assim como pesquisas bibliográficas na área da qualidade na prestação de cuidados, no âmbito da incontinência urinária; -Participar em projetos de melhoria contínua da qualidade; -Desenvolver uma norma/folheto/poster para o serviço visando contribuir para a melhoria da qualidade dos cuidados prestados. - Apresentar a Norma/ folheto/poster e perceber juntamente com a equipa aplicabilidade na prática dos cuidados pelos EEER; -Identificar os principais fatores de risco que podem comprometer o bem-estar da pessoa e envolvimento da família/cuidador para uma prática de cuidados segura; -Desenvolver sistemas de liderança com a intenção de sensibilizar, responsabilizar e capacitar os restantes profissionais em prol da segurança da pessoa.		-Integrou-se na equipa multidisciplinar, participando das atividades do serviço e demonstrando conhecimento da sua dinâmica, normas, instrumentos de registo e avaliação e protocolos de cuidados; -Entrevistou a equipa de enfermagem, o enfermeiro chefe e o enfermeiro orientador dos locais de ensino clínico para incorporar projetos existentes e identificar necessidades de formação; -Aprofundou conhecimentos, através da consulta de normas, protocolos e projetos desenvolvidos nos serviços, assim como pesquisas bibliográficas na área da qualidade na prestação de cuidados, no âmbito da incontinência urinária; -Participou em projetos de melhoria contínua da qualidade; - Desenvolveu uma norma /folheto/ poster para o serviço, contribuindo para a melhoria da qualidade dos cuidados prestados. - Apresentou a Norma /folheto/poster à equipa e aceitou as diferentes opiniões de forma construtiva; - Identificou os principais fatores de risco que podem comprometer o bem-estar da pessoa e envolvimento da família/cuidador para uma prática de cuidados segura; -Desenvolveu sistemas de liderança com a intenção de sensibilizar, responsabilizar e capacitar os restantes profissionais em prol da segurança da pessoa.
Critérios de Avaliação	As atividades e estratégias implementadas promovem o desenvolvimento das iniciativas institucionais, mantendo um ambiente terapêutico e seguro. Reflete sobre a importância dessas intervenções para desenvolver as competências definidas.	

Objetivos Específicos	3- Desenvolver competências na gestão dos cuidados de enfermagem de reabilitação através dos recursos disponíveis, otimizando a resposta da equipa multidisciplinar de forma a garantir a qualidade dos cuidados.
------------------------------	---

Domínios e Competências (Comuns do EEER)		C - Domínio da gestão dos cuidados C1 - Gere os cuidados, otimizando a resposta da equipa de enfermagem, seus colaboradores e a articulação na equipa multiprofissional; C2 - Adapta a liderança e a gestão dos recursos às situações e ao contexto, visando a garantia da qualidade dos cuidados;	
Atividades/Estratégias		Indicadores de Avaliação	
- Avaliar a complexidade da situação de saúde da pessoa e das suas necessidades; - Observar a articulação existente entre o EEER e os restantes elementos da equipa multidisciplinar; -Colaborar com a restante equipa multidisciplinar na promoção da continuidade de cuidados; - Referenciar a pessoa/familiares/cuidador para outros profissionais de saúde, sempre que necessário; - Colaborar nas decisões da equipa multidisciplinar; -Gerir cuidados de acordo com os recursos disponíveis e as necessidades da pessoa, família e cuidadores; - Garantir a segurança e qualidade dos cuidados delegados a outros profissionais de saúde, bem como à família e cuidadores, através de supervisão e orientação; - Delegar e envolver os elementos da equipa de enfermagem na prestação de cuidados de enfermagem de reabilitação; - Promover um ambiente positivo e implementar estratégias de motivação e envolvimento da equipa multidisciplinar na prestação de cuidados. -Assegurar à pessoa o maior nível de segurança possível seguindo normas e protocolos. Criando um ambiente seguro, limpo e organizado, evitando riscos de quedas e acidentes.		- Avaliou a complexidade da situação de saúde da pessoa e das suas necessidades; - Observou a articulação existente entre o EEER e os restantes elementos da equipa multidisciplinar; - Colaborou com a restante equipa multidisciplinar na promoção da continuidade de cuidados; -Referenciou a pessoa/familiares/cuidador para outros profissionais de saúde, sempre que necessário; -Colaborou nas decisões da equipa multidisciplinar; - Geriu os cuidados de acordo com os recursos disponíveis e as necessidades da pessoa, família e cuidadores; -Garantiu a segurança e qualidade dos cuidados delegados a outros profissionais de saúde, bem como à família e cuidadores, através de supervisão e orientação; -Delegou e envolveu os elementos da equipa de enfermagem na prestação de cuidados de enfermagem de reabilitação; - Promoveu um ambiente positivo e aplicou estratégias de motivação e envolvimento da equipa multidisciplinar na prestação de cuidados; -Assegurar à pessoa o maior nível de segurança possível seguindo normas e protocolos. Criando um ambiente seguro, limpo e organizado, evitando riscos de quedas e acidentes.	
CrITÉRIOS de Avaliação	As atividades e estratégias implementadas demonstram competências na gestão de recursos humanos e na coordenação de cuidados de enfermagem, otimizando a gestão de cuidados e adaptando a liderança às necessidades da equipe multiprofissional, visando a otimização da qualidade dos cuidados. Reflete sobre a importância dessas intervenções para o desenvolvimento das competências definidas.		

Objetivos Específicos	4- Analisar o processo de aprendizagem realizado, em que baseia a sua praxis em evidência científica, com vista ao desenvolvimento de competências.
Domínios e Competências (comuns do EEER)	D - Desenvolvimento das aprendizagens profissionais D1- Desenvolve o autoconhecimento e a assertividade. D2 - Baseia a sua praxis clínica especializada em evidência científica
Atividades/Estratégias	Indicadores de Avaliação
- Realizar reuniões informais regulares com o professor e o enfermeiro orientador para revisar o progresso pessoal, trajetória e práticas desenvolvidas; - Realizar orientações tutoriais com o professor orientador; - Identificar lacunas no conhecimento e oportunidades relevantes para pesquisa; - Contribuir para o avanço do conhecimento na prática clínica especializada do EEER por meio de pesquisa em bases de dados científicas e apresentação de trabalhos realizados; - Aplicar os conhecimentos adquiridos por meio dessa pesquisa. - Realizar a consulta de bibliografia de referência na área da enfermagem de reabilitação (livros; artigos de revistas; trabalhos académicos, consulta bases dados científicas); - Realizar a avaliação global da pessoa, das suas habilidades e necessidades; - Avaliar as necessidades da pessoa, a colaboração nas decisões da equipa multiprofissional e a referenciação para outros profissionais de saúde; - Elaborar pelo menos 1 plano de cuidados/intervenção, escrito. - Elaborar 2 estudos de caso - Elaborar o relatório final de estágio.	- Manteve reuniões informais regulares com o professor e o enfermeiro orientador para revisar o progresso, trajetória e práticas desenvolvidas; - Realizou de orientações tutoriais com o professor orientador; - Identificou lacunas no conhecimento e oportunidades para investigação; - Conduziu pesquisas em bases de dados e contribuiu para avanços na prática clínica; - Refletiu sobre o seu percurso ao longo dos ensinamentos clínicos através da realização de jornais de aprendizagem; - Contribuiu para o avanço do conhecimento na prática clínica especializada do EEER por meio de pesquisa em bases de dados científicas e apresentação de trabalhos realizados; - Aplicou e apresentou trabalhos desenvolvidos com base na melhor evidência científica no contexto da intervenção especializada do EEER; - Utilizou os conhecimentos adquiridos através de pesquisa. - Realizou a consulta de bibliografia de referência na área da enfermagem de reabilitação (livros; artigos de revistas; trabalhos académicos, consulta bases dados científicas); - Realizou a avaliação global da pessoa, das suas habilidades e necessidades; - Avaliou as necessidades da pessoa, a colaboração nas decisões da equipa multiprofissional e a referenciação para outros profissionais de saúde; - Elaborou pelo menos 1 plano de cuidados/intervenção, escrito; - Elaborou 2 estudos de caso; - Elaborar o relatório final de estágio.

Crítérios de Avaliação	As atividades e estratégias planejadas e implementadas evidenciam o aprimoramento da prática profissional e reflete sobre a importância dessas intervenções para o desenvolvimento das competências.	
Objetivos Específicos	1. Prestar cuidados especializados em Enfermagem de Reabilitação às pessoas com necessidades especiais bem como a família/ cuidador.	
Domínios e Competências (Específicas do EEER)	J1 - Cuida de pessoas com necessidades especiais, ao longo do ciclo de vida, em todos os contextos da prática de cuidados.	
Atividades/Estratégias	Indicadores de Avaliação	
-Identificar as necessidades específicas da pessoa, família ou cuidador através da avaliação inicial da colheita de dados; - Avaliar a capacidade funcional da pessoa para realizar AVD´s, considerando fatores que influenciam a sua independência; - Avaliar o impacto psicossocial das alterações na capacidade funcional, e que afetam a adaptação e a qualidade de vida; - Identificar necessidades de intervenção a nível motor, sensorial, cognitivo, cardíaco, respiratório, nutricional, eliminação e sexualidade, e desenvolver programas de reabilitação personalizados para otimizar as capacidades funcionais; - Implementar as intervenções planejadas com o objetivo de otimizar e/ou reeducar as funções aos níveis motor, sensorial, cognitivo, cardiorrespiratório, da alimentação, da eliminação e da sexualidade; - Discutir e definir, em conjunto com o Enfermeiro orientador, as intervenções mais adequadas e prioritárias para a reeducação ou otimização funcional; -Ensinar, instruir e treinar intervenções de reeducação funcional motora, sensorial, cognitiva, cardiorrespiratório, da alimentação, da eliminação e da sexualidade; - Incluir a pessoa como parceria em conjunto com a família ou cuidador na definição das intervenções para promover o seu bem-estar e a qualidade de vida;	- Identificou necessidades especiais da pessoa, família ou cuidador através da colheita de dados; - Avaliou a capacidade da pessoa para realizar AVD e os fatores que influenciam a sua independência; - Avaliou o impacto psicossocial das alterações na capacidade funcional, que afetam os processos adaptativos e qualidade de vida; - Identificou necessidades de intervenção para otimização e reeducação das capacidades funcionais em áreas como motricidade, sensorial, cognitiva, cardíaca, respiratória, nutricional, eliminação e sexualidade, desenvolvendo programas de reabilitação personalizados; -Implementou as intervenções planejadas com o objetivo de otimizar e/ou reeducar as funções aos níveis motor, sensorial, cognitivo, cardiorrespiratório, da alimentação, da eliminação e da sexualidade; - Discutiu e definiu, com o Enfermeiro orientador, as intervenções mais adequadas e prioritárias para reeducar ou otimizar a funcionalidade; - Ensinou, instruiu e treinou intervenções de reeducação funcional motora, sensorial, cognitiva, cardiorrespiratório, da alimentação, da eliminação e da sexualidade; - Incluiu a pessoa como parceria em conjunto com a família ou cuidador na definição das intervenções para promover seu bem-estar e qualidade de vida; - Avaliou os resultados após a implementação das intervenções de enfermagem de reabilitação, utilizando instrumentos e escalas precisas e validadas;	

- Avaliar os resultados das intervenções de enfermagem de reabilitação implementadas, utilizando instrumentos e escalas validados; - Gerir os recursos necessários para conduzir as diversas atividades terapêuticas, facilitando a transição entre saúde, doença e incapacidade; - Selecionar, ensinar, instruir e treinar a utilização de produtos de apoio; -Colaborar com a restante equipa multidisciplinar na promoção da continuidade de cuidados; -Avaliar o planeamento das intervenções de ER e dos resultados obtidos, junto do enfermeiro orientador e do professor orientador; - Implementar o ensino e o treinamento de técnicas baseadas em programas de reabilitação, visando promover o autocuidado e a continuidade dos cuidados em diferentes contextos (domiciliar ou comunitário) - Monitorizar e ajustar os programas de reabilitação para a redução de riscos, otimização e reeducação da capacidade funcional, bem como o treino dos exercícios; - Envolver a família/cuidador no planeamento antecipado da alta e identificar necessidades para o regresso a casa; - Documentar as intervenções realizadas pelo EEER através de registos de enfermagem.	- Geriu os recursos necessários para as diversas atividades terapêuticas, facilitando a transição entre saúde, doença e incapacidade; - Selecionou, ensinou, instruiu e treinou a utilização de produtos de apoio (ajudas técnicas) -Colaborou com a restante equipa multidisciplinar na promoção da continuidade de cuidados; -Avaliou o planeamento das intervenções de ER e dos resultados obtidos, junto do enfermeiro orientador e do professor orientador; - Implementou ensino e treinamento de técnicas baseadas em programas de reabilitação, promovendo o autocuidado e a continuidade dos cuidados em diferentes contextos (domiciliar ou comunitário). - Monitorizou e ajustou os programas de reabilitação visando a redução de riscos, otimização e reeducação da capacidade funcional, além do treino necessário; -Incluiu a família/cuidador no planeamento antecipado da alta e identificou as necessidades para o regresso a casa; - Criou registos de enfermagem que ilustram as intervenções realizadas pelo EEER.
Critérios de Avaliação	As atividades e estratégias delineadas permitem diagnosticar, planejar, implementar e avaliar os planos de intervenção de enfermagem de reabilitação. Reflete sobre a importância dessas intervenções para o desenvolvimento das competências definidas.

Objetivos Específicos	2. Capacitar pessoas com deficiência, limitações de atividades e/ou restrições de participação para sua reintegração social.
Domínios e Competências (Específicas do EEER)	J2 - Capacita a pessoa com deficiência, limitação da atividade e/ou restrição da participação para a reinserção e exercício da cidadania.

Atividades/Estratégias	Indicadores de Avaliação
- Avaliar mudanças que resultem em restrições na capacidade de realizar atividades e/ou participar plenamente na comunidade; - Identificar problemas que possam afetar a funcionalidade no contexto de vida da pessoa, envolvendo a família/cuidador na identificação das mudanças necessárias e nas estratégias a serem implementadas, utilizando técnicas e tecnologias específicas para promover o autocuidado; -Compreender a dinâmica familiar, permitindo envolver a pessoa e a sua família no planejamento e execução dos cuidados; -Ensinar à pessoa técnicas de autocuidado; - Desenvolver e implementar programas de treino de AVD´s levando em consideração possíveis barreiras arquitetônicas, a fim de adaptar a pessoa, família ou cuidador as mesmas, assim como às limitações da mobilidade; - Recomendar modificações no ambiente da pessoa para reduzir as restrições à participação social da pessoa; - Elaborar, implementar e avaliar planos de intervenção com o propósito de promover capacidades adaptativas com vista ao autocontrole e autocuidado nos processos de transição saúde/doença e ou incapacidade supervisionados pelo Enfermeiro Orientador, visando a adaptação às limitações identificadas. -Utilizar dispositivos de assistência para o das AVD´s e exercício físico; - Oferecer aconselhamento, treino e instrução sobre produtos de apoio; - Discutir e estabelecer com o Enfermeiro orientador as prioridades de intervenção; - Definir com a pessoa, família ou cuidador os resultados desejados; -Capacitar a família para a estimular a pessoa a desenvolver as suas atividades ao invés de a substituir na execução das mesmas;	- Avaliou mudanças que resultaram em limitações de atividade e/ou restrições à participação e reintegração na sociedade; - Identificou precocemente as necessidades da pessoa; - Identificou problemas que afetaram a funcionalidade no contexto de vida da pessoa, envolvendo a família/cuidador para discutir as mudanças necessárias e estratégias a serem implementadas, utilizando técnicas e tecnologias específicas para promover o autocuidado; -Compreendeu a dinâmica familiar, permitindo envolver a pessoa e a sua família no planejamento e execução dos cuidados; - Ensinou técnicas de autocuidado à pessoa; - Desenvolveu e implementou programas de treino das AVD considerando as barreiras arquitetônicas existentes, para adaptar a pessoa, família ou cuidador às mesmas, assim como às suas limitações de mobilidade; -Sugeriu mudanças ambientais para reduzir as limitações à participação social da pessoa; -Elaborou, implementou e avaliou planos de intervenção com o propósito de promover capacidades adaptativas com vista ao autocontrole e autocuidado nos processos de transição saúde/doença e ou incapacidade supervisionados pelo Enfermeiro Orientador, visando a adaptação às limitações identificadas. -Utilizou dispositivos de assistência como auxílio no treino das AVD e exercícios físicos; -Ofereceu aconselhamento, treino e instrução sobre produtos de apoio para promover a independência funcional, reduzindo os riscos e criando um ambiente seguro e terapêutico; - Discutiu e estabeleceu com o Enfermeiro orientador as prioridades de intervenção; - Definiu com a pessoa, família ou cuidador os resultados desejados; -Capacitou a família para a estimular a pessoa a desenvolver as suas atividades ao invés de a substituir na execução das mesmas;

- Colaborar com a equipa multidisciplinar para dar continuidade ao programa de reabilitação; - Pesquisar na comunidade os recursos disponíveis para promover a funcionalidade, acessibilidade e participação social da pessoa, família ou cuidador; - Promover a capacidade funcional e maximizar o potencial da pessoa, seu bem-estar e qualidade de vida; -Avaliar os resultados das intervenções implementadas.		- Colaborou com a equipa multidisciplinar para dar continuidade ao programa de reabilitação; - Pesquisou na comunidade os recursos disponíveis para promover a funcionalidade, acessibilidade e participação social da pessoa, família ou cuidador; - Promoveu a capacidade funcional e maximizou o potencial da pessoa, seu bem-estar e qualidade de vida; -Avaliou os resultados das intervenções implementadas.	
Critérios de Avaliação	As atividades e estratégias delineadas permitem diagnosticar, planejar, implementar e avaliar programas de intervenção de enfermagem de reabilitação, capacitando pessoas com deficiência para a reinserção e exercício da cidadania. Reflete sobre a importância dessas intervenções para o desenvolvimento das competências definidas.		

Objetivos Específicos	3. Maximizar a funcionalidade desenvolvendo as capacidades da pessoa/familiar/cuidador
Domínios e Competências (Específicas do EEER)	J3 - Maximizar a capacidade funcional da pessoa.
Atividades/Estratégias	Indicadores de Avaliação
- Fundamentar a prática clínica em literatura que apresente a melhor evidência científica relacionada às funções cardíaca, respiratória e motora; - Implementar intervenções de enfermagem de reabilitação adaptadas à complexidade e vulnerabilidade da pessoa, visando a promoção da saúde e a prevenção de lesões; -Promover a sua funcionalidade, o seu bem-estar e qualidade de vida; -Otimizar e reeducar a função motora e sensorial possibilitando melhorar a sua autonomia e independência; - Planejar sessões de reeducação funcional, englobando o ensino à pessoa e família acerca do programa de reabilitação;	-Fundamentou a prática clínica em literatura que apresenta a melhor evidência científica sobre as funções cardíaca, respiratória e motora; - Implementou intervenções de enfermagem de reabilitação adaptadas à complexidade e vulnerabilidade da pessoa, com o objetivo de promover a saúde e prevenir lesões; -Promoveu a sua funcionalidade, o seu bem-estar e qualidade de vida; -Otimizar e reeducar a função motora e sensorial, possibilitando melhorar a sua autonomia e independência na realização das AVD; -Planeou sessões de reeducação funcional, englobando o ensino à pessoa e família acerca do programa de reabilitação; -Ensinou, instruiu e treinou técnicas para maximizar o desempenho funcional;

-Educar, instruir e treinar técnicas para maximizar o desempenho funcional; -Avaliar os resultados dos programas de reabilitação implementados utilizando instrumentos e escalas de avaliação precisos e validados; -Elaborar registos de enfermagem que demonstrem a intervenção efetuada pelo EEER.	-Avaliou os resultados dos programas de reabilitação implementados utilizando instrumentos e escalas de avaliação precisas e validadas; -Elaborou registos de enfermagem que demonstrem a intervenção efetuada pelo EEER.
Critérios de Avaliação	As atividades e estratégias estabelecidas possibilitam o diagnóstico, planeamento, implementação e avaliação dos programas de intervenção de enfermagem de reabilitação, destacando a importância dessas ações para o desenvolvimento das competências definidas.

2. CRONOGRAMA

2023												2024/2025																	
Meses	Maio/Junho			Junho/Julho				Julho				Pausa letiva	Setembro / outubro					Outubro/Novembro					Novembro/Dezembro			Dezembro/Janeiro			
semanas	1	2	3	5	6	7	8	9	10	11	12		13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29
Local de EC	Serviço de Neurocirurgia do Hospital Garcia de Orta (20 maio a 26 julho) – 185 h												UCCI Rainha D. Leonor (56h)					UCC Almada (129h)					Comunidade (90h)			Serviço de Ortopedia do Hospital Garcia de Orta (92,5h)			
Objetivos Gerais	1																												
	2																												
Objetivos Específicos (Competências comuns do EE)	1																												
	2																												
	3																												
	4																												
Objetivos específicos do EEER (Competências específicas do EER)	5																												
	6																												
	7																												

Pausa letiva

APÊNDICE III - PROTOCOLO DE REVISÃO *SCOPING*



EGAS MONIZ SCHOOL
of HEALTH & SCIENCE

ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE
EGAS MONIZ

Escola Superior de Saúde Egas Moniz
Mestrado em Enfermagem de Reabilitação
2ºano - 2º semestre

As Intervenções na Promoção da Continência Urinária na Pessoa Submetida a Prostatectomia Radical: Revisão *de Scoping*

Trabalho realizado no âmbito da unidade curricular: Respostas ambientais,
sociais e familiares à pessoa portadora de deficiência

Discente: Ana Ciuro nº 118317

Docente: Professor Doutor Júlio Belo Fernandes

Monte da Caparica

Maio 2024

As Intervenções na Promoção da Continência Urinária na Pessoa Submetida a Prostatectomia Radical: Revisão *de Scoping*

*Interventions to Promote Urinary Continence in People Undergoing Radical Prostatectomy:
A Scoping Review*

Ana Ciuro ¹; Júlio Belo Fernandes ²

1-Unidade local de saúde Almada Seixal; 2- Escola Superior de saúde Egas Moniz

Resumo: A prostatectomia radical é eficaz no tratamento da neoplasia da próstata, mas tem como complicações a incontinência urinária e disfunção erétil, com impacto negativo na qualidade de vida e que pode levar ao isolamento social.

Objetivo: Mapear a evidência científica acerca das intervenções para a promoção da continência urinária na pessoa submetida a prostatectomia radical.

Metodologia: Seguiu a estrutura proposta por Arksey e O'Malley. Pesquisados artigos em bases de dados como MEDLINE Complete, CINAHL Complete, Nursing & Allied Health Collection: Comprehensive, Pumbed e Scopus, A pesquisa foi restrita a artigos publicados em inglês e português de 2014 a 2024.

Resultados: Foram identificados um total de 276 artigos. Após análise e seleção, 22 estudos randomizados foram incorporados nesta revisão. Foram identificadas três categorias principais, cada uma das categorias com estratégias distintas, mas interligadas entre si: Educacional – com intervenções intensivas e contínuas de educação em saúde; Comportamental – com abordagens cognitivo-comportamentais, psicológicas, técnicas de relaxamento, alteração de hábitos e treino miccional; Funcional - que se baseia nas técnicas para o fortalecimento muscular do pavimento pélvico: Kegel, Pilates, Exercícios físicos aeróbicos e de força/ hipertrofia, Biofeedback, Terapia com electroestimulação e Terapia vibratória.

Conclusão: A incontinência urinária pode afetar tanto a saúde física quanto mental. É crucial implementar um programa de reabilitação para melhorar a qualidade de vida e evitar o isolamento social. A classificação das intervenções de reabilitação orienta o enfermeiro especialista em enfermagem de reabilitação na escolha das estratégias mais adequadas, promovendo cuidados personalizados e baseados em evidência para alcançar a excelência no cuidado.

Palavras-Chave: prostatectomia, incontinência urinária, intervenções, reabilitação.

ABSTRACT

Background: Radical prostatectomy is an effective treatment for prostate cancer, but its complications include urinary incontinence and erectile dysfunction, which have a negative impact on quality of life and can lead to social isolation.

Aim: To map the scientific evidence on interventions to promote urinary continence in people undergoing radical prostatectomy.

Methodology: Followed the structure proposed by Arksey and O'Malley. Articles were searched in databases such as MEDLINE Complete, CINAHL Complete, Nursing & Allied Health Collection: Comprehensive, Pumed and Scopus. The search was restricted to Keywords: prostatectomy, urinary incontinence, interventions, rehabilitation articles published in English and portuguese from 2014 to 2024.

Results: A total of 276 articles were identified. After analysis and selection, 22 randomised studies were incorporated into this review. Three main categories were identified, each with different but interconnected strategies: Educational - with intensive and continuous health education interventions; Behavioural - with cognitive-behavioural, psychological approaches, relaxation techniques, changing habits and voiding training; Functional - which is based on techniques for strengthening the pelvic floor: Kegel, Pilates, aerobic and strength/hypertrophy exercises, biofeedback, electrostimulation therapy and vibration therapy.

Conclusion: Urinary incontinence can affect both physical and mental health. It is crucial to implement a rehabilitation programme to improve quality of life and avoid social isolation. The classification of rehabilitation interventions guides the rehabilitation nurse specialist in choosing the most appropriate strategies, promoting personalised, evidence-based care to achieve excellence in care.

Keywords: prostatectomy, urinary incontinence, interventions, rehabilitation.

1. INTRODUÇÃO

Em Portugal, a mortalidade devido à neoplasia maligna da próstata permanece elevada, afetando cerca de 1800 homens anualmente, com aproximadamente seis mil novos casos diagnosticados a cada ano. A prevenção deste tipo de tumor é de extrema importância, dado a sua elevada incidência. A Direção Geral de Saúde (DGS, 2019) prevê anualmente um incremento de 13,7 % de novos casos de neoplasia maligna da próstata e aconselha assim à sua prevenção através de rastreios. No homem é considerada a segunda causa de morte mais comum e é a neoplasia mais frequente (Instituto Nacional de Estatística, 2019; Registo Oncológico Nacional, 2023).

A prostatectomia radical é amplamente reconhecida como um dos tratamentos mais eficazes para a neoplasia maligna da próstata. Embora seja considerado o tratamento mais eficaz, traz consigo algumas complicações frequentemente descritas na literatura, como incontinência urinária (IU) e disfunção erétil, destacadas por diversos autores (Abrams et al., 2017; Carvalho & Cristão, 2012).

A IU após prostatectomia radical ocorre imediatamente após a remoção do cateter urinário. Mesmo com a inovação de várias técnicas cirúrgicas, a prevalência da IU encontra-se entre 8% a 87% seis meses após cirurgia e 5% a 44,5% após um ano (Abrams et al., 2017; Kasai et al., 2023).

Diversos autores destacam a existência de diferentes tipos de IU, sendo a IU de stress ou de esforço a mais comum após a prostatectomia radical. Esta ocorre tipicamente devido a danos no esfíncter proximal, resultando em perda de urina durante atividades que aumentam a pressão abdominal e intravesical. Além disso, há a IU de urgência, associada ao aumento da atividade do músculo detrusor, que também pode manifestar-se em alguns homens, assim como a IU mista, que combina características da IU de esforço e de urgência (Clark et al., 2021; Rahnama'i et al., 2021).

A mudança na autonomia da continência urinária pode afetar significativamente a qualidade de vida em diversos aspetos, incluindo o biológico, psicológico, social, ocupacional, físico e sexual. Isso pode levar a pessoa a isolar-se e a afastar-se da sua vida social. Dada a significativa repercussão na qualidade de vida decorrente da alteração da continência urinária, é crucial explorar estudos publicados para compreender as estratégias de promoção da continência urinária. Para isso, foi elaborado um protocolo de revisão *Scoping* com o objetivo de mapear a evidência científica sobre esse tema em pessoas submetidas à prostatectomia radical.

2. METODOLOGIA

Esta revisão de *scoping* foi elaborada com base na estrutura delineada por Arksey e O'Malley (2007). Além disso, aderiu-se à lista de verificação fornecida pela extensão Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses for Scoping Reviews (PRISMA-ScR) segundo Tricco et al., (2018).

2.1 Etapa 1: Identificação da questão de pesquisa

O processo inicial está em formular uma questão de pesquisa precisa, que servirá como guia para a revisão. Como ponto de partida desta revisão, formou-se a seguinte questão de investigação: Quais são as intervenções na promoção da continência urinária na pessoa submetida a prostatectomia radical?

2.2 Etapa 2: Identificação de Estudos Relevantes

A pesquisa incidiu nas bases de dados MEDLINE Complete, CINAHL Complete, Cochrane Central Register of Controlled Trials, Cochrane Clinical Answers, Nursing & Allied Health Collection, Pubmed e Scopus. Decorreu a 23 de março de 2024 e foi limitada ao espaço temporal de 2014 a 2024 e a artigos em texto integral.

Foi realizada a pesquisa com base na mnemónica População, Conceito e Contexto (PCC) para descobrir a literatura pertinente, o que serviu de estratégia para delinear os critérios de inclusão e exclusão com o intuito de orientar a pesquisa e selecionar a literatura pertinente em função do objetivo e da questão de investigação formulada (Tabela 1). Inicialmente foram validados os seguintes descritores na biblioteca online dos descritores em ciências da saúde (DeCS)/ Medical Subject Headings (MESH): “Prostatectomy”, “Urinary Incontinence”, “Rehabilitation”, “Estrategies” e “Intervention”. Posteriormente foi delineada a respetiva equação booleana “Prostatectomy” AND “Urinary Incontinence” AND “Intervention”.

Tabela 1- Critérios de elegibilidade

Parâmetros	Critérios de Inclusão	Critérios de exclusão
População	Pessoas submetidas a prostatectomia radical (independentemente da idade, nacionalidade, etnia e outras características pessoais).	Pessoas não submetidas a prostatectomia radical; pessoas do género feminino.
Conceito	Intervenções/ estratégias na promoção da continência urinária (todos os artigos seleccionados têm como foco a incontinência urinária).	Estudos que não tenham como foco as intervenções /estratégias na promoção da continência urinária.
Contexto	Promoção da continência urinária	Pessoa sem incontinência urinária
Desenho dos Estudos	Estudos randomizados	Outro tipo de estudos
Linguagem	Inglês e Português	Outras línguas

2.3 Etapa 3: Seleção dos estudos

A identificação duplicada foi revista individualmente e removida pelo pesquisador através da plataforma Mendeley, uma ferramenta de gestão de referências e que permite aos pesquisadores organizarem e compartilharem artigos científicos.

Posteriormente foi realizada uma segunda seleção de artigos de acordo com a leitura dos títulos e resumos para verificar se estavam de acordo com os critérios de seleção, pelo mesmo pesquisador. Depois de revistos na íntegra foram incluídos aqueles que se encaixavam nos critérios do estudo nesta revisão. Nos casos de incerteza sobre se um artigo se enquadra nos critérios de revisão, passou-se para a fase subsequente. Quaisquer discrepâncias foram resolvidas por meio de discussão e consenso entre o pesquisador e o envolvimento de outro revisor.

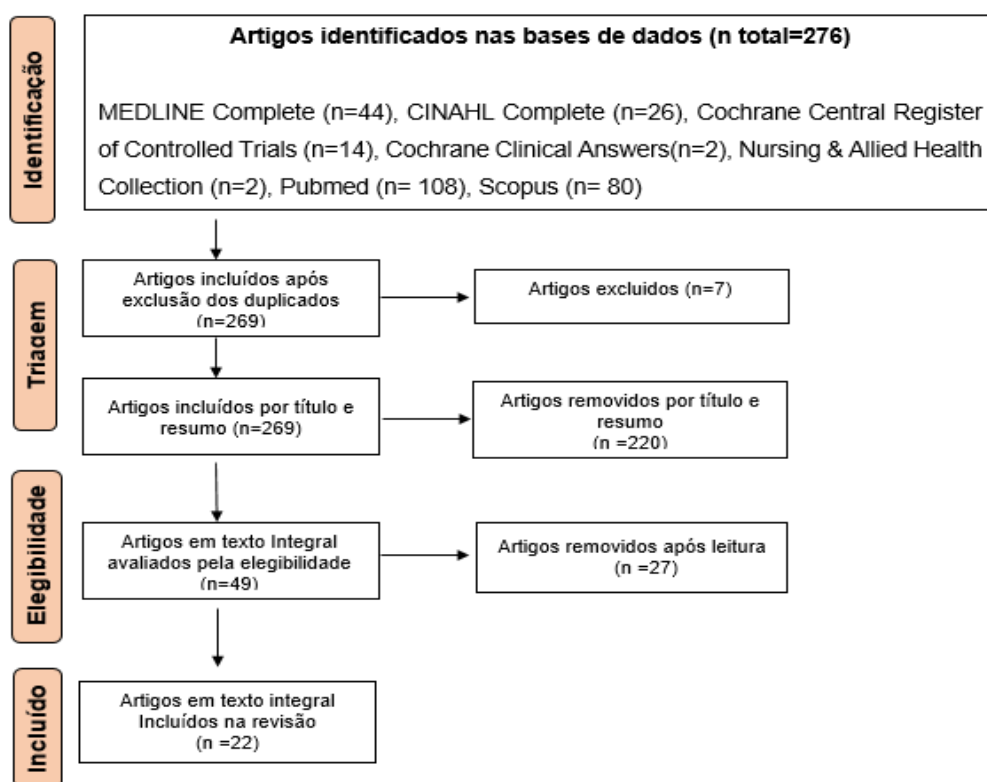
2.4 Etapa 4: Mapeamento dos dados

Após a seleção dos estudos que respondem à questão de investigação procedeu-se à extração dos dados. Foi construído pelo investigador e validado por um revisor, um instrumento específico para extrair dados relevantes de forma a poder responder à pergunta de pesquisa onde constam informações gerais, como nome do autor, ano de publicação, título e país, além de detalhes metodológicos, como o desenho do estudo e o seu objetivo, assim como as intervenções utilizadas pelos profissionais de saúde para promover a continência urinária na pessoa submetida a prostatectomia radical.

2.5 Etapa 5: Organização e resumo dos resultados

O pesquisador elaborou um fluxograma PRISMA (Figura 1) que ilustra o processo de identificação, triagem e seleção do estudo.

Figura 1 – Fluxograma PRISMA para a seleção dos estudos



3. RESULTADOS

Um total de 276 artigos foram identificados nas bases de dados: MEDLINE Complete (n=44), CINAHL Complete (n=26), Cochrane Central Register of Controlled Trials (n=14), Cochrane Clinical Answers(n=2), Nursing & Allied Health Collection (n=2), Pubmed (n= 108), Scopus (n= 80). Após a remoção dos duplicados (7 artigos), restaram 269 artigos. Após a triagem de títulos e resumos, 220 artigos foram removidos. Posteriormente 49 artigos passaram por uma avaliação mais detalhada o que resultou na exclusão de mais 27 artigos. Como resultado, 22 artigos foram incluídos na revisão. O fluxograma que descreve o processo de triagem é apresentado na Figura 1. Dos 22 estudos, 5 foram realizados no Brasil (de Lira et al., 2019; Gomes et al.,2017; Izidoro et al., 2022; Pedrali et al.,2016; Zaidan & Silva, 2023), 3 na China (An et al., 2022; Wang et al.,2018; Yuan et al.,2019) 2 em Espanha (Pané-Alemany et al., 2021; Soto González et al.,2020) 2 na Austrália (Milios et al., 2019; Singh et al., 2023), 2 na Polónia (Strojek et al., 2021; Szczyielska et al., 2022), 2 em USA (Novick et al., 2014; Zhang et al., 2015), 1 na Alemanha (Heydenreich et al., 2020),1 na Coreia (Oh et al.; 2019), 1 na Dinamarca (Fode et al., 2014), 1 no Irão (Allameh et al.,2021), 1 nos Países Baixos (Dijkstra-Eshuis et al., 2015) e 1 na Turquia (Aydin Sayilan & Özbaş ,2018) Estes encontram-se descritos na Tabela 2.

Tabela 2. Extração e Síntese de Dados

Autor/Ano/Título/País	Desenho do estudo/objetivo	Intervenções
Szczyielska et al. (2022) The Effectiveness of Pelvic Floor Muscle Training in Men after Radical Prostatectomy Measured with the Insert Test Polónia	Estudo Randomizado Avaliar a eficácia do Treino Muscular do Pavimento pélvico por meio do biofeedback e com recurso ao uso do teste de pesagem do absorvente higiénico por 1 h	Treino Muscular do Pavimento Pélvico; Biofeedback com eletromiografia (EMG); Consulta Follow-up
Autor/Ano/Título/País	Desenho do estudo/objetivo	Intervenções
Yuan et al. (2019) Psychological nursing approach on anxiety and depression of patients with severe urinary incontinence after radical prostatectomy –	Estudo Randomizado Implementar um programa de intervenção psicológica e explorar os seus efeitos sobre a ansiedade e a depressão em	Intervenção psicológica de enfermagem; Terapia de relaxamento; Educação em saúde;

a pilot study China	pessoas com incontinência urinária grave após prostatectomia.	Informação escrita, verbal e por vídeo; Promover a interação com a família/cuidador; Follow-up em grupo / contacto telefónico.
Fode et al. (2014) Penile vibratory stimulation in the recovery of urinary continence and erectile function after nerve-sparing radical prostatectomy: a randomized, controlled trial Denmark	Estudo Randomizado Verificar o efeito da estimulação vibratória peniana na preservação e restauração da função erétil e da continência urinária após prostatectomia radical	Uso de um dispositivo de vibração peniana no pré-operatório e no pós-operatório; Treino muscular do pavimento pélvico
Dijkstra-Eshuis et al. (2015) Effect of Preoperative Pelvic Floor Muscle Therapy With Biofeedback Versus Standard Care on Stress Urinary Incontinence and Quality of Life in Men Undergoing Laparoscopic Radical Prostatectomy: A Randomised Control Trial Países Baixos	Estudo Randomizado Os efeitos do treino muscular pré-operatório do pavimento pélvico na incontinência urinária e na qualidade de vida em homens submetidos a prostatectomia radical	Ensinos sobre anatomia e fisiologia do pavimento pélvico no pré-operatório; Treino muscular do pavimento pélvico com biofeedback no pré-operatório; Alterações de hábitos; Treino comportamental
Autor/Ano/Título/País	Desenho do estudo/objetivo	Intervenções
An et al. (2022) Effect of different postures of Pilates combined with Kegel training on pelvic floor muscle strength in post-prostatectomy incontinence China	Estudo Randomizado O efeito de diferentes posições de Pilates combinadas com os exercícios de Kegel na força muscular do pavimento pélvico na incontinência após prostatectomia	Exercícios de Pilates em diferentes posições; Exercícios de kegel; Biofeedback com EMG

Oh et al. (2019) Effect of personalized extracorporeal biofeedback device for pelvic floor muscle training on urinary incontinence after robot-assisted radical prostatectomy: A randomized controlled trial Korea	Estudo Randomizado Investigar a eficácia de um novo dispositivo de biofeedback extracorporal personalizado (Anykegel) para treino muscular do pavimento pélvico na recuperação da incontinência urinária após prostatectomia radical laparoscópica assistida por robótica	O uso do dispositivo de biofeedback extracorporal personalizado; Treino muscular do pavimento pélvico; Instruções verbais e escritas
Zhang et al. (2015) Effects of Patient Centered Interventions on Persistent Urinary Incontinence after Prostate Cancer Treatment: A Randomized, Controlled Trial USA	Estudo Randomizado Perceber se uma intervenção combinada de exercícios musculares do pavimento pélvico e autogestão dos sintomas, melhoraria a continência urinária e a qualidade de vida nos homens após a prostatectomia	Biofeedback com EMG; Sessões telefónicas de apoio ao treino do pavimento muscular pélvico; Ensinos sobre dieta equilibrada; Treino comportamental
De Lira et al. (2019) Effects of perioperative pelvic floor muscle training on early recovery of urinary continence and erectile function in men undergoing radical prostatectomy: a randomized clinical trial Brasil	Estudo Randomizado Avaliar os efeitos de um programa de treino muscular do pavimento pélvico no perioperatório versus cuidados habituais na recuperação precoce da continência urinária e da função erétil após prostatectomia radical	Treino muscular do pavimento pélvico pré e após a prostatectomia radical; biofeedback com EMG
Autor/Ano/Título/País	Desenho do estudo/objetivo	Intervenções
Pané-Alemany et al. (2021) Efficacy of transcutaneous perineal electrostimulation versus intracavitary anal electrostimulation in the treatment of urinary incontinence after a radical prostatectomy: Randomized controlled trial Espanha	Estudo Randomizado Comparar a eficácia do tratamento com electroestimulação perineal transcutânea versus electroestimulação intracavitária anal na redução da frequência da incontinência urinária após prostatectomia radical e o impacto na qualidade de vida	Electroestimulação superficial perineal e intranal; Exercícios de Kegel

Wang et al. (2018) Extended nursing for the recovery of urinary functions and quality of life after robot-assisted laparoscopic radical prostatectomy: a randomized controlled trial China	Estudo Randomizado Explorar os efeitos da intervenção continuada de cuidados de enfermagem no controlo urinário pós-operatório e na qualidade de vida da pessoa após prostatectomia radical	Cuidados de enfermagem continuados após a alta: Educação em saúde; Psicoterapia; Apoio através das tecnologias Informação (Grupos de Chat); Follow-up em grupo, visitas domiciliares e contacto telefónico
Strojek et al. (2021) Randomized-Controlled Trial Examining the Effect of Pelvic Floor Muscle Training in the Treatment of Stress Urinary Incontinence in Men after a Laparoscopic Radical Prostatectomy Pilot Study Polónia	Estudo Randomizado Avaliar o impacto do treino muscular do pavimento pélvico no tratamento da incontinência urinária de esforço em homens após prostatectomia radical	Sessões de treino individual dos músculos pavimento pélvico em várias posições; Correção postural com mobilizações das articulações sacroilíacas e sacrolombares
Autor/Ano/Título/País	Desenho do estudo/objetivo	Intervenções
Singh et al. (2023) Prehabilitative versus rehabilitative exercise in prostate cancer patients undergoing prostatectomy Austrália	Estudo Randomizado Comparar a eficácia do início de exercícios supervisionados em homens com cancro da próstata no pré e pós-operatório	Exercícios físicos aeróbicos e de resistência/força antes e após a cirurgia
Aydın Sayılan & Özbaş (2018) The Effect of Pelvic Floor Muscle Training On Incontinence Problems After Radical Prostatectomy Turkey	Estudo Randomizado Determinar o efeito do treino de exercícios musculares do pavimento pélvico em homens submetidos a prostatectomia radical e com incontinência urinária	Exercícios musculares do pavimento do pélvico (Kegel) no perioperatório e programa domiciliar; Informações escritas
Pediriali et al. (2016)	Estudo randomizado	Exercícios de Pilates;

Is Pilates as Effective as Conventional Pelvic Floor Muscle Exercises in the Conservative Treatment of Post-Prostatectomy Urinary Incontinence? A Randomised Controlled Trial Brasil	Verificar a eficácia de um programa de exercícios de Pilates comparado ao protocolo convencional de exercícios para os músculos do pavimento pélvico no tratamento conservador da incontinência urinária pós-prostatectomia	Exercícios de fortalecimento do pavimento pélvico combinado com electroestimulação intranal
Soto González et al. (2020) Early 3-month treatment with comprehensive physical therapy program restores continence in urinary incontinence patients after radical prostatectomy: A randomized controlled trial <u>Spain</u>	Estudo randomizado Verificar se um tratamento precoce de três meses com electroestimulação e biofeedback restaura a continência em homens com incontinência urinária após prostatectomia radical	Electroestimulação; Biofeedback com EMG; Educação em saúde; Treino muscular do pavimento pélvico; Treino miccional e diário miccional
Autor/Ano/Título/País	Desenho do estudo/objetivo	Intervenções
Heydenreich et al., (2020) Does trunk muscle training with an oscillating rod improve urinary incontinence after radical prostatectomy? A prospective randomized controlled trial Alemanha	Estudo Randomizado Investigar o efeito de uma nova abordagem terapêutica, utilizando uma barra oscilante para fortalecer o pavimento pélvico e a musculatura abdominal profunda para acelerar a recuperação da continência urinária após a prostatectomia radical.	Exercícios musculares do pavimento pélvico; Exercícios de resistência/força Exercícios com uma barra oscilante; Terapia de relaxamento
Zaidan & Silva (2023) The effect of 65 Hz electrostimulation on urinary incontinence, pelvic floor muscle strength and impact on daily life of patients after radical prostatectomy: doubleblind randomized controlled trial Brasil	Estudo randomizado Verificar o efeito da electroestimulação de 65 Hz sobre a incontinência urinária após a cirurgia a prostatectomia radical	Electroestimulação; Exercícios dos musculares do pavimento pélvico
Gomes et al. (2017) The effects of Pilates method on pelvic floor muscle strength in patients with post-prostatectomy urinary incontinence: A randomized clinical trial Brasil	Estudo randomizado Avaliar os efeitos de um programa de exercícios de Pilates em comparação com treino muscular do pavimento pélvico em homens com incontinência urinária após-prostatectomia.	Treino com método Pilates; Treino muscular do pavimento pélvico combinado com

		electroestimulação intranal
Izidoro et al. (2022) Cognitive-behavioral program to control lower urinary tract symptoms after radical prostatectomy: a randomized clinical trial Brasil	Estudo Randomizado Avaliar a efetividade de um programa cognitivo-comportamental para controlo de sintomas do trato urinário inferior após-prostatectomia radical	Manual com orientações; Alteração de hábitos; Treino miccional; Diário miccional; Motivação; Follow-up presencial e por contacto telefónico
Autor/Ano/Título/País	Desenho do estudo/objetivo	Intervenções
Novick et al. (2014) The Effect of Intensive Education On Urinary Incontinence Following Radical Prostatectomy: A Randomized Control Trial USA	Estudo Randomizado Avaliar a implementação de uma intervenção educacional no controlo da continência urinaria na pessoa submetida a prostatectomia radical	Intervenção educacional intensiva: Folhetos informativos; Educação em saúde; Visita pós-operatória
Milios et al. (2019) Pelvic floor muscle training in radical prostatectomy: a randomized controlled trial of the impacts on pelvic floor muscle function and urinary incontinence Austrália	Estudo Randomizado Avaliar se um programa de treino muscular do pavimento pélvico focado na ativação de fibras musculares de contração rápida e lenta, iniciado no pré-operatório, irá melhorar a função dos músculos do pavimento pélvico e reduzirá a incontinência urinaria na pessoa submetida a prostatectomia radical	Exercícios musculares do pavimento pélvico no pré e pós-operatório, Treino miccional; Instruções verbais e escritas; Alterações comportamentais; Caminhadas diárias
Allameh et al. (2021) Comparison of the effect of the pelvic floor muscle biofeedback prior or postradical prostatectomy on urinary incontinence: A randomized controlled trial Iran	Estudo randomizado Avaliar os efeitos pré e pós-operatórios do treino muscular do pavimento pélvico e do método de biofeedback no tratamento da incontinência urinária após prostatectomia radical	Biofeedback antes e depois da cirurgia; Treino muscular do pavimento pélvico.

A análise dos dados revelou diversas intervenções quer no pré-operatório assim como no pós-operatório, que promovem a continência urinária na pessoa submetida a prostatectomia radical (PR), em que as mesmas foram classificadas em 3 principais categorias: Educacional, Comportamental e Funcional, em que todas estão interligadas entre si.

3.1 Educacional

Nesta categoria são utilizadas estratégias educacionais na promoção da continência urinária.

3.1.1 Intervenção educacional intensiva

No estudo de Novick et al. (2014), os participantes receberam cuidados habituais de higiene e exercícios de Kegel durante a visita pós-operatória, com duração de aproximadamente 5 minutos. O grupo de intervenção, por sua vez, recebeu um treino educacional adicional de 20 minutos, em que foram abordados sinais de alerta, funções da bexiga e instruções detalhadas sobre os exercícios de Kegel, além da mudança de hábitos. O objetivo do estudo foi avaliar a qualidade de vida, principalmente em relação à continência urinária, entre 6 e 12 semanas após a cirurgia.

3.1.2 Intervenção educacional continuada

Wang et al. (2018) investigaram os efeitos da intervenção de cuidados de enfermagem continuados na continência urinária pós-operatória e na qualidade de vida após a PR. O grupo de controlo recebeu educação básica de rotina para a alta: a informação da alta, o horário de acompanhamento em ambulatório, o número de telefone do serviço de acompanhamento e poderiam procurar o ambulatório quando necessário. No grupo de intervenção, os cuidados continuados de enfermagem foram divididos em 2 etapas: a 1ª primeira começou 3 dias antes da alta e foi implementada pelos enfermeiros de educação em saúde, em que explicaram os requisitos para o preenchimento dos questionários sobre incontinência urinária, taxa de continência urinária e qualidade de vida. Esclareceram necessidades e forneceram informações direcionadas à educação e orientação em saúde. No dia da alta foi entregue o plano de reabilitação com a prescrição do treino muscular do pavimento pélvico (TMPP). A 2ª etapa foi realizada após a alta pelos membros da equipa de cuidados continuados de enfermagem. O acompanhamento ocorreu durante 6 meses, através de telefonemas, aulas em grupo, visitas domiciliares. Foram fornecidas orientações sobre hábitos alimentares, estilos de vida, prevenção de complicações, recomendações para o TMPP diariamente. Os participantes que ainda apresentavam incontinência urinária (IU), a frequência das ligações telefónicas de acompanhamento foi aumentada para 1 vez/semana até que o problema fosse reduzido e resolvido, e ao mesmo tempo foi fornecido apoio psicológico pela equipa de enfermagem. Os

que continuavam com problemas e que não puderam ser resolvidos ao longo do tempo por telefone, foram realizadas visitas domiciliares, que incluíram a vigilância de complicações, vigilância do desempenho funcional dos exercícios e avaliaram as condições psicológicas. Também 1 vez/ mês era realizado ensino em grupo aos prestadores de cuidados/familiares e aos participantes do estudo, em que ensinavam a prevenir complicações e ensinavam a técnica correta do TMPP, transmitiam informações sobre a transição da IU para aumentar a autoconfiança. Os que demonstravam capacidade para a utilização de tecnologias de informação, foram criados grupos de WebChat para que pudessem atualizar o conhecimento e responder a dúvidas que pudessem surgir. Os resultados mostraram que a intervenção continuada de cuidados de enfermagem teve efeitos benéficos e significativos.

3.2- Comportamental

O treino comportamental para promover a continência urinária é uma terapia direcionada para a alteração dos comportamentos associados ao controlo vesical e à prevenção da incontinência urinária. Envolve a aplicação de diversas estratégias para melhorar a função da bexiga e diminuir episódios de perda involuntária de urina (Abrams et al., 2017).

3.2.1 Programa cognitivo - comportamental

Izidoro et al. (2022) avaliaram a eficácia de um programa cognitivo-comportamental para controlar os sintomas do trato urinário inferior após cirurgia PR. O programa incluiu intervenções de enfermagem verbal e escrita, além de um manual com orientações sobre IU pós-cirurgia, modificações no estilo de vida e hábitos alimentares, TMPP, treino miccional (envolve estabelecimento de horários regulares para urinar, e gradualmente aumentar os intervalos da micção para fortalecer a capacidade da bexiga em reter urina) e a manutenção de um diário miccional (registro detalhado dos hábitos de micção, incluindo horários de micção, volume de urina produzida, episódios de incontinência e volume de líquidos ingeridos, para identificar padrões e ajustar o treino conforme necessário). Este programa foi realizado ao longo de 12 semanas, com contrações voluntárias realizadas nas posições deitada, sentada, em pé e a andar. Foram realizados treinos presenciais (semanais, quinzenais ou mensais), além de contatos telefónicos com todos os participantes do grupo de intervenção, para acompanhamento, reforço da importância da continuidade dos exercícios em casa, para incentivar o cumprimento das orientações recebidas e oferecer reforço positivo em caso de adesão a hábitos e comportamentos. A motivação pessoal e o uso da persuasão social foram realizados através da apresentação de vídeos sobre o sucesso de outras pessoas submetidas à terapia, foi também disponibilizado um contacto telefónico como apoio. Os participantes do

grupo de controlo receberam cuidados habituais (informações sobre cuidados alimentares e modificação de hábitos) e realização do TMPP após remoção do cateter urinário. A pesquisa mostrou uma redução na intensidade da incontinência urinária após 30 dias de pós-operatório nos participantes do programa cognitivo-comportamental.

3.2.2 Intervenção Psicológica de Enfermagem

Yuan et al. (2019) implementaram um programa de intervenção psicológica para reduzir ansiedade e depressão em pessoas com IU grave após cirurgia a PR. O enfermeiro encarregado da reabilitação pós-operatória ofereceu suporte ativo e comunicação contínua com os familiares. Foram utilizadas várias formas de orientação, incluindo terapia de relaxamento e exercícios funcionais, com o objetivo de estabelecer confiança e fornecer suporte psicológico. Após a alta hospitalar, os participantes receberam acompanhamento semanal por telefone, visando compreender as suas necessidades e oferecer suporte emocional. A equipa de enfermagem realizou sessões mensais em grupo para fortalecer a educação em saúde e promover o apoio mútuo. Os familiares também foram envolvidos na intervenção psicológica para entender e apoiar as necessidades emocionais. O estudo destacou a importância de uma atitude positiva e do apoio social na recuperação e controlo da incontinência urinária.

3.3 Funcional

Nesta categoria estão descritas as intervenções que visam a reabilitação funcional dos músculos do pavimento pélvico (MPP) nas pessoas com IU após PR.

3.3.1 Exercícios de Kegel

Os exercícios de Kegel são um tipo de exercício que visa fortalecer os MPP, que são músculos responsáveis por sustentar os órgãos pélvicos, como a bexiga, o útero e o reto. Os exercícios de Kegel envolvem a contração e o relaxamento dos músculos do pavimento pélvico repetidamente como se estivesse tentando interromper o fluxo de urina, mantendo essa contração por alguns segundos e depois relaxando. O número de repetições e séries varia consoante a situação clínica e a pessoa (Abrams et al., 2017).

Aydın Sayılan & Özbaş (2018) no seu estudo foram avaliar o efeito do TMPP nas pessoas com cirurgia programada a PR assistida por robótica e com IU após a cirurgia, através do efeito dos exercícios de Kegel durante 6 meses num grupo intervenção com sessões diárias (3 vezes/dia). Os exercícios de kegel foram realizados 1 semana antes do internamento, no dia do internamento, no 1º e 2º dia após a cirurgia e aquando da remoção do cateter urinário (aos 10 dias de pós-operatório). O treino pré-operatório foi constituído por de 1 a 4 sessões, cada uma com aproximadamente 1 hora de duração. Foram utilizados modelos anatómicos e

diagramas para delinear a arquitetura e as funções dos músculos da bexiga, da uretra e do pavimento pélvico, e os participantes foram instruídos como ativar os músculos do pavimento pélvico (MPP) em diversas posições funcionais, como deitado e de pé. Ativações repetidas (20 contrações, cada uma com duração de 10 segundos) dos MPP foram realizadas sob supervisão nas posições sentada, em pé e deitada, durante todas as sessões pré-operatórias. Também foram orientados a repetir os exercícios diariamente em casa, bem como durante a realização de atividades normais do dia a dia, incluindo levantar objetos, agachar-se no chão e tossir. O programa domiciliar consistiu em 60 contrações/ dia e foram instruídos quanto à contração dos MPP ao tossir e ao sentar ou levantar da cadeira e também receberam material escrito adicional. O grupo de controlo não recebeu qualquer TMPP e apenas recebeu informações sobre exercícios respiratórios e quaisquer dúvidas que pudessem ter sobre a cirurgia. Houve melhorias distintas entre o grupo de investigação em comparação com o de controlo.

Já Milios et al. (2019) realizaram um estudo que teve como objetivo avaliar se um programa TMPP focado na ativação de fibras musculares de contração rápida e lenta, iniciado no pré-operatório, iria melhorar a função dos MPP e reduzir a IU na pessoa submetida a PR. Para isso criaram um programa de intervenção de alta intensidade de exercícios MPP. Inicialmente os participantes receberam conselhos sobre cuidados habituais em relação ao treino da micção, a mudanças comportamentais relevantes e foram incentivados a caminhar diariamente por 30 minutos, 5 dias/ semana. Durante 2 sessões de 30 min receberam instruções escritas e verbais sobre a técnica correta de exercício MPP para garantir que um ciclo completo de contração e relaxamento fosse implementado com a sugestão de interromper o fluxo de urina e encurtar o pénis enquanto continuavam a respirar. Também receberam dicas de relaxamento muscular abdominal e de como evitar suster a respiração, posteriormente foi então prescrito um programa de treino diário. Os participantes do grupo de investigação realizaram 6 séries de exercícios MPP por dia na posição de pé, com cada série compreendendo 10 contrações rápidas (1 s de duração) e 10 lentas (10 s de duração) com um tempo de descanso igual, proporcionando um total de 120 contrações por dia. No grupo de controlo os participantes realizaram 3 séries de exercícios MPP por dia, com 10 contrações por série, por uma duração de 10 segundos com igual tempo de descanso, proporcionando um total de 30 contrações por dia. Séries de exercícios diários foram realizadas uma 1 em cada posição: deitado, sentado e em pé., concluíram que uma intervenção intensiva de treino MPP, aplicada antes da cirurgia, melhorou a função muscular do pavimento pélvico pós-cirúrgico e recuperação funcional da continência urinária.

Num outro estudo, Strojek et al. (2021) investigaram o efeito TMPP no tratamento da IU de esforço após PR. O TMPP foi realizado 2 vezes por semana durante 12 semanas, com

ênfase na ativação das fibras musculares e na correção postural. Os participantes receberam instruções sobre respiração e a mobilidade articular, além de realizar exercícios em diferentes posições. O número de séries e a duração das contrações foram personalizados para cada participante, levando em consideração sua capacidade funcional.

3.3.2 Biofeedback Funcional e visual

O biofeedback funcional pode ser usado para mostrar à pessoa como os seus músculos estão a responder aos exercícios. Isso ajuda a garantir que os exercícios estejam a ser realizados corretamente e permite ajustes para obter melhores resultados. São colocados sensores no corpo para monitorizar atividade muscular. Esses sinais são então traduzidos em feedback visual ou auditivo em tempo real, permitindo que a pessoa perceba e compreenda melhor o funcionamento do seu corpo e desta forma tornar-se mais consciente e ativa no seu processo de recuperação (Ribeiro et al., 2010).

Allameh et al. (2021) investigaram os efeitos pré e pós-operatórios do TMPP e do biofeedback utilizando MyoTrac Infiniti (O MyoTrac Infiniti é um dispositivo de biofeedback fabricado pela Thought Technology Ltd., sediada no Canadá) no tratamento IU em pessoas submetidas a PR. Os participantes foram divididos em três grupos: o primeiro recebeu sessões de biofeedback (durante 30 minutos, 2 vezes/ semana durante 2 semanas antes da cirurgia) e sondas não funcionais após a cirurgia, o segundo recebeu sondas não funcionais antes da cirurgia e sessões de biofeedback (30 minutos, 2 vezes /semana durante 2 semanas) após a remoção do cateter urinário, enquanto o terceiro grupo, o de controlo recebeu apenas sondas não funcionais em ambos os períodos. Após a remoção do cateter urinário todos foram orientados sobre o TMPP. O estudo sugere que o biofeedback para os músculos do pavimento pélvico pode ser uma abordagem eficaz para promover a recuperação precoce da continência urinária após a PR.

Também num outro estudo realizado por Dijkstra-Eshuis et al. (2015) relata os efeitos do TMPP pré-operatório (sessões semanais de 30 minutos em várias posições 2 vezes /dia até à cirurgia e durante 4 semanas) na IU e na qualidade de vida nas pessoas submetidas a PR, em que foram investigar a intervenção combinada de TMPP com biofeedback com EMG com sonda retal (O Myomed 9321) aplicado 1 vez por semana no pré-operatório, com acompanhamento de 4 semanas); no grupo de controlo, com o tratamento convencional. No pós-operatório, após a remoção do cateter urinário retomaram o TMPP. As instruções escritas para a prática diária consistiam em 2 séries de 30 contrações durante a respiração abdominal, com uma respiração entre cada contração.

Outro estudo realizado por Oh et al. (2019), investigaram a eficácia do dispositivo de biofeedback extracorporal personalizado *Anykegel* no TMPP para a recuperação da IU após PR laparoscópica assistida por robótica. Cada participante recebeu instruções verbais e escritas para o TMPP no momento da remoção do cateter urinário e em consulta 1 vez/mês. As instruções foram dadas de três maneiras diferentes: (a) quatro vezes ao dia; (b) 10 minutos por sessão de exercício; (c) um mínimo de 10 segundos de duração da contração com intensidade máxima de contração. O grupo intervenção recebeu o aparelho de biofeedback extracorporal *Anykegel* e um manual de instruções do aparelho. O dispositivo utilizado é composto por um perineómetro extracorporal portátil e um dispositivo de visualização (smartphone ou tablet e PC) que apresenta uma representação visual da força dos MPP em modo de gráfico ou de jogo. Todos os participantes foram orientados a continuar o TMPP enquanto persistisse qualquer grau de IU. O estudo concluiu que o dispositivo de biofeedback extracorporal personalizado oferece benefícios significativos na recuperação da IU após a PR, especialmente no período pós-operatório imediato.

Também num estudo realizado por Szczygalska et al. (2022) tiveram com objetivo avaliar a eficácia do TMPP com biofeedback e criaram um programa com a duração de 10 semanas. O programa teve a duração de 10 semanas e envolveu três grupos: A e B, com menos de 6 semanas pós-PR, e o grupo C, com mais de 6 semanas pós-PR. Todos os participantes praticavam exercícios uma vez por semana em consultas de acompanhamento e três vezes ao dia em casa, por 10 a 15 minutos cada sessão. Os exercícios incluíam contrações curtas e longas dos músculos do pavimento pélvico em diferentes posições corporais. Os exercícios consistiram em 10 contrações curtas de 1 s dos MPP e 10 contrações longas, com duração de 10 s. Essa sequência de exercícios foi realizada em 3 posições corporais: deitado de costas, sentado em um banco e em pé. A contração ia sendo gradualmente desativada em cada posição e durante o programa deveriam interromper o fluxo urinário durante a micção uma vez ao dia e continuar a urinar novamente. O objetivo desta ação era controlar a capacidade de tonificar os MPP, especialmente a parte externa do esfíncter uretral. No grupo B, foram utilizados os exercícios baseados no biofeedback com EMG, além do método de reeducação dos MPP, comum aos outros grupos. Os resultados demonstraram a eficácia do TMPP após a PR, com evidência de que o biofeedback com EMG pode aumentar sua eficácia terapêutica.

Um outro estudo semelhante realizado por Zhang et al. (2015) cujo objetivo era examinar se uma intervenção combinada de exercícios e autogestão dos sintomas melhoraria a continência urinária e a qualidade de vida após PR. Para isso utilizaram o TMPP com biofeedback e com um grupo de apoio, em que era realizada 1 sessão de exercício assistido por biofeedback e 6 sessões quinzenais de terapia para resolução de problemas, com grupos de 3 a

5 participantes e tinha uma duração de 60 a 75 minutos por sessão. O TMPP com biofeedback mais contato telefônico, era com contacto individual aproximadamente 45 minutos por sessão. Isto proporcionou competências de gestão de sintomas através de um grupo de apoio ou através de contactos telefónicos, durante 3 meses. Os resultados do estudo mostram que o TMPP associado à autogestão dos sintomas em um ambiente com apoio pode melhorar significativamente a continência urinária e a qualidade de vida.

Muito semelhante a um outro estudo desenvolvido anteriormente por Dijkstra-Eshuis et al. (2015) também de Lira et al. (2019) foram avaliar os efeitos de um programa TMPP perioperatório versus cuidados habituais na recuperação precoce da continência urinária e da função erétil após PR. O grupo de controlo recebeu cuidados habituais após PR, e o grupo de investigação recebeu 2 sessões de TMPP pré-PR (3vezes/dia em intensidades progressivamente maiores) e biofeedback com EMG, além de instruções verbais e escritas para continuar o TMPP até à realização da PR, que foi então retomado após a remoção do cateter urinário. Este programa não mostrou benefícios no pré-operatório.

3.3.3 Pilates

O Pilates é uma forma de exercício que se concentra no fortalecimento muscular, enquanto melhora o alinhamento postural, equilíbrio, a consciência corporal e a flexibilidade (Culligan et al., 2010).

De acordo com o estudo de An et al. (2023), o objetivo foi comparar o efeito de diferentes posições de Pilates combinadas com o treino dos exercícios Kegel na força dos MPP na IU após a PR. Os participantes foram divididos em três grupos com base no tempo pós-cirúrgico. O registro da atividade muscular foi feito utilizando EMG durante a execução dos exercícios em quatro posições diferentes. Todos os participantes realizaram os 4 exercícios básicos por 40 minutos/dia durante um período de 2 meses: apenas Kegel (deitados no tapete e fazer constrição do ânus, em que cada contração durava 5 segundos, com um período de descanso de 5 segundos), respiração de Kegel e Pilates (tinham que inspirar lentamente, observar o afundamento do diafragma, contrair os músculos abdominais ao expirar, fazer exercícios de Kegel ao inspirar), Kegel com elevações (tinham que sentar-se direito, mantenha o tronco direito levantar-se e afundar. Observar a extensão da coluna e fazer Inspiração e expiração profunda), Kegel com agachamento (fazer movimentos de agachamento com bandas elásticas). Os resultados indicaram que o treino de Pilates combinado com outros exercícios foi benéfico e adequado para a recuperação da continência urinária após a cirurgia.

Pediriali et al. (2016) quiseram verificar a eficácia de um programa de exercícios de Pilates comparado ao protocolo convencional de exercícios para os MPP no tratamento conservador da IU após PR e para isso criaram um programa com exercícios de Pilates (10 sessões de 1 vez/semana, durante 45 min e com orientações por escrito para realizar três exercícios em casa) e com TMPP combinado com estimulação elétrica sensorial intra-anal (10 sessões individuais semanais de TMPP em combinação com estimulação elétrica sensorial intra-anal 1 vez por semana durante 40 a 50 minutos e com orientações por escrito para realizar o mesmo protocolo exercícios diariamente). O programa teve a duração de 10 semanas de tratamento. Os resultados demonstraram que o Pilates pode acelerar a recuperação da continência urinária e melhorar a qualidade de vida, sendo comparável aos resultados do TMPP convencional associado à estimulação elétrica sensorial, como evidenciado em estudos anteriores.

Com algumas semelhanças ao estudo anterior, também Gomes et al. (2018), pretenderam avaliar os efeitos de um programa de exercícios de Pilates em comparação com o TMPP nas pessoas com IU após PR. Estudaram um programa de exercícios de Pilates e um programa de TMPP convencional combinado com estimulação elétrica anal. O programa de exercícios de Pilates consistiu em 10 sessões semanais de exercícios durante 45 min com orientações escritas para realização de exercícios diariamente em casa. O programa de TMPP convencional combinado com estimulação elétrica anal, realizou 10 sessões semanais de TMPP (3 séries de 10 contrações na posição deitado, sentado e em pé) com duração de 45 min combinado com estimulação elétrica (com eletrodo Intra cavitário anal com uma corrente de 50 Hz) por 20 min e com a indicação por escrito para fazer o mesmo protocolo de contrações voluntárias diariamente em casa. Como em estudos anteriores, o método Pilates mostrou resultados comparáveis ao TMPP convencional em termos de melhoria da continência urinária.

3.3.4 Exercício aeróbico e treinamento de resistência/hipertrofia

Singh et al. (2023) investigaram a eficácia de um programa de exercícios físicos realizado durante seis semanas, tanto no pré-operatório quanto no pós-operatório, em pessoas submetidas a PR. O programa consistiu em exercícios de resistência e aeróbicos três vezes por semana, iniciando-se seis semanas antes da cirurgia no pré-operatório e seis semanas após a cirurgia no pós-operatório. Cada sessão, com duração aproximada de 90 minutos, era realizada em pequenos grupos de 5 a 8 participantes. Os exercícios de resistência visavam os principais grupos musculares, incluindo treinos como *leg press*, extensão e flexão de pernas, remada sentada, entre outros, com intensidade variando de 6 a 12 repetições máximas em 2 a 4 séries

por exercício. Também foram incluídos exercícios específicos do tronco, como prancha e ponte reversa em bola suíça. O componente aeróbico incluiu modalidades como caminhada/corrida em passadeira e ciclismo ou remo, com intensidade entre 60-80% da frequência cardíaca máxima estimada do participante, por 20-30 minutos. Cada sessão começava com um aquecimento composto por exercícios aeróbicos de baixa intensidade e alongamentos. A prática de exercícios de força muscular e resistência, tanto antes quanto após a cirurgia, resultou em melhorias na incontinência urinária.

Heydenreich et al. (2020) investigaram uma nova abordagem terapêutica utilizando uma barra oscilante para fortalecer o pavimento pélvico e a musculatura abdominal profunda, visando acelerar a recuperação da continência urinária após PR. Foram estudados dois grupos, ambos completando um programa de tratamento padrão que incluiu TMPP e exercícios de resistência e força durante três semanas, realizados diariamente em diferentes posições (sentado, deitado e de pé) e situações da vida quotidiana. Além disso, receberam instruções verbais sobre a anatomia e função do pavimento pélvico e aprenderam a contração muscular correta. No grupo intervenção, o treino foi supervisionado diariamente e foi usada uma barra oscilante para o treino adicional de coordenação dos MPP. O dispositivo de treino, *Bioswing Improve 150*, foi usado em sessões diárias de 30 minutos, ativando involuntariamente a musculatura abdominal profunda (os músculos do tronco foram ativados por um movimento para a frente e para trás do dispositivo de treino na função de “*feedforward*” Isto significa que o músculo transverso do abdômen é também ativado pelos movimentos voluntários dos braços, por conseguinte, os MPP são ativados pela co-ativação da musculatura local do tronco). O grupo de controlo realizou terapia de relaxamento diária (ouviram música de relaxamento na posição deitada por 30 minutos), além do TMPP sob supervisão. Os resultados mostraram que a combinação de exercícios foi mais eficaz na promoção da continência urinária após PR.

3.3.5 Electroestimulação

Pané-Alemaný et al. (2021) comparam a eficácia do tratamento com electroestimulação perineal transcutânea versus electroestimulação intracavitária na redução da frequência de IU após PR e o impacto na qualidade de vida. Utilizaram a técnica de electroestimulação muscular, em que foi utilizando o electroestimulador *Neurotrac Pelvitone*. Foram aplicados 2 elétrodos colocados no períneo e na base do pênis e foram comparados com outra técnica de electroestimulação, uma sonda de estimulação anal *Analys Plus* de 140 mm. que foi colocada no interior da cavidade rectal. O tratamento consistiu em 15 minutos de electroestimulação perineal (com elétrodos de superfície ou sonda intra-anal) Os parâmetros seleccionados

incluiram 10 min de corrente intermitente bifásica, frequência 30 Hz, largura de pulso 0,25 ms, e intensidade de corrente entre 10 e 30 mA, sem ciclos liga-desliga. Se a capacidade de manter a contração melhorasse, o ciclo de trabalho progredia a cada mês. Todos os participantes foram encorajados a tolerar a intensidade mais alta possível para obter uma contração. Para além da electroestimulação foi realizado o TMPP com exercícios ativos de Kegel, em cada uma das sessões de tratamento e também realizados em casa. Os exercícios consistiam em 10 contrações lentas e mantidas (8–10 s) e 10 contrações rápidas (3 s) da musculatura perineal a serem realizadas 3 vezes/ dia (2 vezes na posição deitada e 1 vez na posição sentada ou em pé) durante as 10 semanas. Verificou-se que a electroestimulação promove a continência urinária e melhora a qualidade de vida.

Também num outro estudo desenvolvido por Soto González et al. (2020) em que o objetivo era verificar se um tratamento precoce de três meses com electroestimulação e biofeedback trata a IU após PR. Utilizaram a electroestimulação e o biofeedback com EMG no grupo de intervenção durante 3 dias/ semana e durante 3 meses. O uso de electroestimulação foi realizado durante 15 minutos; o biofeedback foi de aproximadamente 30 minutos todos os dias e com a realização de exercícios de forma a obter força, resistência e velocidade para atingir os objetivos. Estes exercícios foram efetuados em casa, 3 vezes /dia, em várias séries. O grupo de controlo não recebeu tratamento específico, mas ambos os grupos receberam um guia impresso para realizar TMPP em casa e foram treinados para os realizar corretamente. A intervenção consistiu numa primeira fase de sensibilização em que receberam noções básicas de anatomia, funcionamento da musculatura e do processo de micção, tendo-lhes sido depois dadas recomendações sobre hábitos alimentares e de consumo, além de instruções sobre o preenchimento do diário urinário. pélvico. Como resultados, o grupo de intervenção apresentou uma taxa superior de recuperação da continência urinária.

Outros investigadores como Zaidan & Silva (2023) também quiseram verificar o efeito da electroestimulação anal intracavitária de 65 Hz sobre IU após PR. Para isso foram estudar electroestimulação 50 Hz associado a exercícios dos MPP, a electroestimulação 65 Hz associado a exercícios dos MPP. A duração do tratamento foi de 2 vezes/semana e a quantidade de sessões foi aquela necessária para recuperar a continência urinária, não ultrapassando as 20. A execução dos exercícios dos MPP foi realizada com instrução verbal. Era solicitada a inspiração diafragmática associada ao relaxamento dos MPP, e ao expirar lentamente contrair os MPP. Os exercícios foram realizados em diversas posições, de forma a atingir a contração máximas dos MPP em diferentes fibras, sendo o programa do protocolo de 20 minutos. Também aqui se verificaram benefícios da electroestimulação quando associada ao TMPP.

3.3.6 Terapia por Vibração

Uma outra terapia inovadora foi estudada por Fode et al. (2014) em que quiseram verificar o efeito da estimulação vibratória peniana na preservação e restauração da função erétil e da continência urinária após prostatectomia radical. Iniciaram a investigação no pré-operatório e os participantes receberam uma sessão pré-operatória com instruções de TMPP. Os participantes do grupo de intervenção foram instruídos a estimular por vibração a glândula peniana 1 vez ao dia com uma sequência de 10 segundos de estimulação seguida de uma pausa de 10 segundos repetida 10 vezes (totalizando 100 segundos de estimulação diariamente) com o vibrador *FERTI CARE*, com uma amplitude de 2 mm e uma frequência de vibração de 100 Hz diariamente no domicílio, por pelo menos 1 semana antes da cirurgia. Após a remoção do cateter urinário, a técnica por vibração foi reiniciada por um período de 6 semanas. Todos foram contatados por telefone para garantir a adesão TMPP e a estimulação vibratória. Uma das hipóteses era que estimulação vibratória poderia melhorar o controle urinário através da melhoria da capacidade de contrair os MPP e do esfíncter urinário externo.

4. DISCUSSÃO

A IU é uma complicação frequente e esperada nas pessoas que são submetidos a PR. Apesar dos avanços na técnica cirúrgica, a recuperação da continência urinária após o procedimento ainda varia consideravelmente, neste sentido a reabilitação é essencial para que as mesmas recuperem o mais rápido possível a sua autonomia no autocontrole da continência urinária e assim melhorar a sua qualidade de vida. Nesta revisão de *scoping* encontramos várias intervenções de reabilitação com exercícios específicos que visam melhorar a mobilidade, coordenação muscular, força muscular, controle postural, para promover a continência urinária nas pessoas submetidos a PR. Estas intervenções incluem múltiplas abordagens e foram agrupadas em 3 principais categorias que se encontram interligadas entre si: Educacional, Comportamental e Funcional, cada uma delas com intervenções específicas. Ao sintetizar vários estudos, esta revisão fornece informações sobre a adoção de intervenções inovadoras destacando aqui uma visão holística das estratégias para melhorar a qualidade de vida nesta situação.

Estudos anteriores recomendam que os métodos invasivos para tratar a IU devem ser adiados por aproximadamente 1 ano (Ficarra et al., 2012) e aconselham ao tratamento conservador através da reabilitação em que esta envolve vários métodos e intervenções, que são facilmente instituídos pelos profissionais de saúde, são baratos e eficazes e não envolvem efeitos secundários como vimos ao longo desta revisão (Santa Mina et al., 2014). O adiamento de métodos invasivos para a promoção da IU e o aconselhamento ao tratamento conservador por meio da reabilitação destacam a importância do papel do enfermeiro especialista em enfermagem de reabilitação (EEER). Essa abordagem alinha-se com as competências para o qual está qualificado para desenvolver e implementar programas de reabilitação personalizados para atender às necessidades individuais das pessoas. No entanto, embora os métodos invasivos possam ser adiados inicialmente, pode haver situações em que a reabilitação não seja suficiente para alcançar a continência urinária desejada. Nesses casos, o EEER deve estar preparado para rever e reformular o plano de reabilitação e considerar opções mais invasivas, através de cuidados especializados por outros profissionais de saúde inseridos numa equipa multidisciplinar. Além disso, embora a reabilitação seja frequentemente descrita como barata e eficaz, pode haver desafios relacionados à acessibilidade e adesão das pessoas aos programas de reabilitação. O EEER deve estar ciente desses desafios e desenvolver estratégias para superá-los, garantindo que os mesmos recebam o suporte e acompanhamento adequados ao longo do processo de reabilitação.

O processo de reabilitação inicia-se de forma gradual, primeiro pelas técnicas que requerem um envolvimento passivo, progredindo para as que necessitam de uma participação ativa da pessoa. A adesão ao programa de reabilitação é da responsabilidade da pessoa e pelo que a consciencialização da sua importância é fundamental, devendo ser iniciada o mais cedo possível (Kunzendorff et al., 2019). No entanto o enfermeiro tem aqui um papel fundamental, isto vai de encontro ao que encontramos nesta revisão, na medida em que a componente da educação em saúde traz ganhos especialmente para aquelas que apresentam potencial para melhorar o conhecimento bem como a capacidade para mudar comportamentos e dessa forma executar os exercícios e as técnicas corretamente para a reabilitação muscular do pavimento pélvico. O início gradual das técnicas de reabilitação permite que as pessoas se adaptem progressivamente às atividades, reduzindo o risco de lesões e aumentando a probabilidade de adesão ao programa de tratamento. No entanto, é fundamental reconhecer que a adesão ao programa de reabilitação pode ser influenciada por uma variedade de fatores, incluindo motivação, compreensão dos objetivos do tratamento e capacidade física e emocional. Nesse contexto, o EEER desempenha um papel crucial na educação em saúde, fornecendo informações claras e relevantes sobre a importância da reabilitação e orientando sobre como executar corretamente os exercícios e as técnicas prescritas assim como avaliar as necessidades individuais de cada pessoa, desenvolver planos de cuidados personalizados e fornecer apoio emocional e motivacional durante todo o processo de reabilitação. Está capacitado para identificar e abordar quaisquer barreiras à adesão ao programa de reabilitação, oferecendo estratégias para superar esses obstáculos. Isso pode envolver a adaptação do plano de cuidados às preferências e limitações individuais de cada pessoa bem como o envolvimento de outros profissionais de saúde, quando necessário, para fornecer suporte adicional.

Hodges et al.(2020) defendem que um programa de reabilitação sistematizado deve iniciar-se ainda no pré-operatório, numa consulta de enfermagem, pois por um lado a pessoa encontra-se numa condição que lhe permite uma aprendizagem efetiva bem como o estabelecimento de uma relação de confiança, promovendo desta forma a capacitação através da informação e consciencialização dos benefícios dos exercícios, motivando-o para o cumprimento das instruções e que assim possa ter um maior envolvimento no seu processo de reabilitação no pós-operatório, o que vem ao encontro do que é referido em vários estudos nesta revisão (Allameh et al., 2021; Dijkstra-Eshuis et al.,2015; Milios et al., 2019). Iniciar um programa de reabilitação no pré-operatório, durante uma consulta de enfermagem, reflete uma abordagem centrada na pessoa e baseada em evidências. Ao aproveitar as competências do EEER, essa estratégia pode contribuir significativamente para a promoção da recuperação eficaz e melhoria da qualidade de vida das pessoas submetidas prostatectomia radical.

Segundo Damasceno et al. (2020) antes de iniciar-se o treino e as técnicas para o fortalecimento muscular do pavimento pélvico, numa primeira fase deve-se fazer ensino sobre a localização da pélvis através de movimentos ântero-posteriores e médio-lateral; sobre o funcionamento da bexiga e dos esfíncteres; sobre o correto funcionamento da musculatura do pavimento pélvico e ação dos músculos adjacentes; promover a consciencialização através da contração e posterior relaxamento dos músculos e realizar ensino sobre o treino propriocetivo. A consciencialização propriocetiva pode ser feita através de exercícios de resistência e de força/hipertrofia que visam o treino de contração e de relaxamento da musculatura perineal de forma rítmica, permitindo ganhos no controlo e na força muscular pélvica, em que os exercícios podem ser realizados em diferentes posições, normalmente na posição ortostática ou em agachamento. Para a reeducação do pavimento pélvico é importante salientar o treino do músculo transverso do abdómen, pois influencia a dinâmica deste conjunto de músculos. Essas técnicas visam não apenas fortalecer os músculos afetados, mas também promover a consciência corporal e a capacidade de controle voluntário sobre os movimentos, aspetos cruciais para a reabilitação bem-sucedida. No entanto, é importante reconhecer que a implementação dessas estratégias pode encontrar desafios, como a disponibilidade de recursos adequados e o tempo necessário para realizar o ensino e o treino de forma eficaz (Xie et al., 2018).

Existem autores (Seleme, 2017) que referem que os exercícios hipopressivos também facilitam a consciencialização propriocetiva e promovem a correta ativação dos MPP, estes exercícios dividem-se em técnicas respiratórias específicas onde incluem a inspiração diafragmática lenta e profunda, bem como a inspiração completa seguida pela aspiração diafragmática. Durante esses exercícios, os músculos abdominais profundos e intercostais são gradualmente contraídos, enquanto o diafragma cria uma pressão negativa na cavidade abdominal que por sua vez, desencadeia uma ativação reflexa dos MPP. Dessa maneira, ocorre uma contração eficaz e melhora o controlo consciente sobre esses músculos. Apesar de ser uma intervenção eficaz em mulheres não encontramos nenhum estudo randomizado sobre este tipo de exercícios na pessoa submetida a PR.

Para além dos exercícios funcionais, Ribeiro (2021) destaca a importância da terapia comportamental, para a promoção da IU após a PR. A terapia cognitivo-comportamental, fundamentada na Teoria Social Cognitiva de Bandura (2004), visa incorporar mudanças positivas no estilo de vida por meio de técnicas como influência social, reforço do incentivo positivo e aprendizagem por observação. Embora haja poucos estudos sobre medidas comportamentais específicas para o controlo da IU, também autores como Mata et al. (2019)

ressaltam a importância da motivação e do reforço positivo ao longo do processo terapêutico para promover o autocuidado e a adoção de comportamentos saudáveis, com alterações de hábitos na dieta e estilos de vida, assim como o treino da micção e o uso do diário miccional. Através da promoção da saúde, os enfermeiros podem melhorar os comportamentos da pessoa e os seus conhecimentos e atitudes em relação aos programas de reabilitação. Estratégias como o acompanhamento telefónico podem permitir o aumento do conhecimento e a relação de ajuda. Vários autores (Finlay et al., 2018) referem que para que haja alterações no comportamento e adesão ao plano de reabilitação, a intervenção psicológica de enfermagem é essencial. É importante compreender os fatores facilitadores, influenciadores e as barreiras comportamentais e psicossociais de cada pessoa, pelo que envolver o mesmo no desenvolvimento do plano de tratamento pré-operatório, incluindo intervenções com exercícios e discutir os objetivos do tratamento, permite que seja um participante ativo na preparação para a cirurgia e como resultado provável que a adesão ao plano de tratamento prescrito aumente, o que pode assim levar à redução dos sintomas de ansiedade e depressão, com a melhoria da qualidade de vida e da satisfação da pessoa. As emoções negativas fortalecem facilmente a sensibilidade à dor, ao toque e à temperatura, e agravam os sintomas da micção e da incontinência, pelo que os enfermeiros devem ajudar a mesma a desenvolver atitudes positivas através de aconselhamento psicológico, escutar, ouvir, orientar sobre como podem desviar a atenção da doença através do relaxamento, ouvir música, meditar e manter o bom humor. Nesta revisão a estratégia da intervenção psicológica combinada com TMPP e da função vesical, ajuda a encorajar a autoconfiança e a colaborar no seu programa de reabilitação (Yuan et al., 2019).

O envolvimento dos familiares/cuidadores, as consultas de follow-up presenciais, em grupo, por telefone ou domiciliárias, são estratégias que os enfermeiros utilizam para reforço dos ensinamentos do TMPP, do treino miccional, no reforço ao incentivo positivo para a alteração de hábitos e adesão ao plano de reabilitação, reforço nas técnicas de relaxamento, apoio psicológico, esclarecimento de dúvidas e podem assim desta forma ir ao encontro das expectativas da pessoa e ajustar o seu plano de reabilitação como vimos ao longo desta revisão (Izidoro et al., 2022).

Relativamente ao TMPP, é clinicamente significativo, particularmente na fase pré-operatória e após a cirurgia (Baumann et al., 2022). Ao longo desta revisão isso também foi demonstrado na forma como são ensinados os exercícios para que cada pessoa possa usufruir dos seus benefícios. Vimos que uso da informação escrita (manuais orientadores, folhetos) sobre o TMPP pode ser útil para explicar os objetivos dos exercícios, assim como padronizar as instruções pelos profissionais de saúde num programa de reabilitação.

Também foram encontradas diversas estratégias de combinações de exercícios na reabilitação funcional para a promoção da continência urinária que são inovadoras. Para além dos MPP, os músculos abdominais profundos e das costas desempenham um papel decisivo no tratamento da IU. Com o treino dos músculos abdominais profundos, que estabilizam a musculatura do tronco, o pavimento pélvico é treinado em simultâneo, melhorando assim a IU. Este tipo de treino é mais eficaz do que o treino específico da força do pavimento pélvico no tratamento da incontinência. Atualmente, existe apenas uma pequena amostra de ensaios clínicos aleatórios que abordam a combinação do TMPP com a ativação dos músculos abdominais profundos após prostatectomia radical, por exemplo, Pedriali et (2015) e Gomes et al. (2018) demonstraram efeitos positivos relativamente à continência urinária utilizando exercícios de Pilates em combinação com treino MPP (kegel). O Pilates tem sido aplicado para o fortalecimento dos músculos do tronco, fortalece a função respiratória e os músculos abdominais profundos, e este envolve diferentes posições. Tanto o treino de Pilates como o treino de Kegel promovem a recuperação do controlo urinário e o treino de Pilates é mais fácil de aprender num período mais curto Gomes et al. (2018).

A utilização de uma barra oscilante também promove a ativação da musculatura abdominal profunda de forma involuntária. Nesse processo, os movimentos para frente e para trás do dispositivo de treino acionam os músculos do tronco, ativando especialmente o músculo transversal do abdómen, que é estimulado pelos movimentos voluntários dos braços. Essa ação coordenada resulta na co-ativação dos MPP, auxiliando na sua ativação. Além disso, diversos autores apontam os exercícios aeróbicos e de força/hipertrofia como facilitadores da continência urinária, podendo ser realizados tanto no pré-operatório quanto no pós-operatório (Heydenreich et al., 2020).

No entanto advertem contra a abordagem da reabilitação que utiliza exercícios de alto impacto, salientando que essa prática pode agravar IU ao sobrecarregar as fibras musculares do pavimento pélvico, resultando em lesões significativas. Em vez disso, recomendam a incorporação de exercícios de baixo impacto destacando os seus benefícios na promoção de uma contração adequada dos MPP e para a progressiva manutenção da força e resistência desses músculos (Heydenreich et al., 2020)

Para muitos homens, contrair e treinar os MPP é uma prática nova, já que envolve uma musculatura que anatomicamente parece distante e é frequentemente negligenciada. A utilização do biofeedback tornou-se fundamental na instrução abrangente para ativar esses músculos de forma voluntária. O biofeedback utiliza estratégias visuais, auditivas e/ou táteis para aumentar a consciência e compreensão da pessoa sobre a função muscular do pavimento

pélvico. Esta terapia tem sido utilizada no tratamento da IU masculina e os benefícios são o facto de facilitar a aprendizagem do fortalecimento dos MPP, dando a possibilidade à pessoa para realizar autoavaliações, aumentando assim a motivação para o tratamento (Dijkstra-Eshuis et al., 2015; Pedralli et al., 2016).

A electroestimulação também pode ser combinada com o TMPP para promover contrações conscientes e eficazes, aumentando a pressão intra-abdominal e prevenindo a IU. Este método utiliza eléctrodos cutâneos ou intra-anais para enviar sinais eléctricos que estimulam a contração muscular, resultando numa maior resistência e força dos esfíncteres. Estudos de longa data demonstraram que a electroestimulação associada ao TMPP tem um impacto significativamente positivo na recuperação precoce da IU após PR. No entanto, ainda não está claro se cada técnica estimula pontos anatómicos diferentes ou se têm a mesma eficácia nesse processo (Mariotti et al., 2009; Zaidan & Silva, 2023).

Nesta revisão uma terapia inovadora estudada por Fode et al. (2014) conduziram a um estudo pioneiro sobre terapia vibratória, explorando a sua eficácia no tratamento da IU na pessoa submetida a PR. Embora estudos anteriores tenham investigado essa terapia em mulheres, este foi o primeiro a examinar seu potencial benefício em homens. Anteriormente a terapia vibratória aplicada no períneo das mulheres mostrou-se promissora, com algumas participantes relatando uma resolução completa dos sintomas após apenas seis semanas de estimulação (Sonksen et al., 2007). No entanto, é importante reconhecer que a eficácia dessa abordagem pode variar entre os indivíduos e que mais pesquisas são necessárias para determinar seu papel exato no tratamento da IU após-prostatectomia radical. É essencial que o EEER esteja atualizado sobre as últimas evidências e terapias disponíveis para a promoção da continência urinária. Embora a terapia vibratória possa representar uma opção promissora, é crucial que os enfermeiros apliquem uma abordagem baseada em evidências e estejam cientes das limitações e incertezas associadas a essa intervenção.

No geral, esta revisão oferece informações valiosas sobre as diversas intervenções utilizadas pelos profissionais de saúde para a promoção da continência urinária na pessoa submetida a PR. Esta é uma situação complexa e que gera um impacto significativo na qualidade de vida levando ao isolamento social.

A classificação das intervenções de reabilitação é benéfica e oferece ao EEER uma orientação clara de forma a escolher as estratégias de intervenção mais apropriadas, promovendo assim a capacitação da pessoa através de uma prática personalizada e fundamentada em evidência, em que o objetivo final são os cuidados de excelência.

Pontes Fortes e Limitações

Esta revisão destaca-se como principal ponto forte o seu foco residir em estudos randomizados, fornecendo “*insights*” valiosos sobre várias abordagens para promover a continência urinária estudadas meticulosamente em ambientes experimentais. A compreensão abrangente dessas intervenções capacita os profissionais de saúde a replicá-las com confiança, aumentando assim a aplicabilidade e eficácia das estratégias de reabilitação após prostatectomia radical.

No entanto, é importante observar que esta revisão pode ter limitações, como a inclusão apenas de estudos em inglês ou português, o que pode gerar parcialidade linguística e deixar de considerar pesquisas importantes em outras línguas. Além disso, ao basear-se exclusivamente em estudos experimentais, há o risco de ignorar “*insights*” valiosos de estudos não experimentais, o que poderiam enriquecer as intervenções de reabilitação. Reconhecer essas limitações é crucial para garantir a transparência e uma interpretação equilibrada das conclusões da revisão.

5. CONCLUSÃO

Esta revisão de *scoping* identificou diversas intervenções /estratégias utilizadas pelos profissionais de saúde para a promoção da continência urinária na pessoa submetida a PR. A IU pode afetar tanto a saúde física e mental, pelo que a implementação de um programa de reabilitação é fundamental para a sua recuperação e melhorar significativamente a qualidade de vida. Contudo, algumas pessoas necessitam de ajuda para aderirem a esses programas por diversas razões. Nesse sentido, é fundamental que os EEER adotem abordagens motivacionais para estimular a sua participação, como a construção de uma relação terapêutica, o aumento da literacia em saúde, o estabelecimento de metas viáveis, a personalização do plano de reabilitação, a gestão do desconforto durante o exercício, a utilização de técnicas persuasivas e reforço de incentivo positivo, ao mesmo tempo em que evitam desencadear emoções negativas e ajudam na busca por apoio junto da família, amigos e sociedade. Ao adotar tais estratégias, os EEER capacitam a pessoa a superar os obstáculos à reabilitação, aumentando sua motivação promovendo ganhos na sua recuperação.

A complementaridade dos exercícios convencionais e tecnológicos realça a importância de uma abordagem integrada na procura de resultados mais abrangentes e adaptados às necessidades de cada pessoa. No entanto, são necessárias mais pesquisas para determinar a eficácia e os benefícios a longo prazo destas novas intervenções, o que pode orientar a direção futura das estratégias de reabilitação na promoção da continência na pessoa submetida a PR.

O mapeamento da evidência científica sobre este tema contribui para a melhoria contínua dos cuidados, deste modo esta revisão também serve para todos os EEER com interesse pela temática, desenvolvam o seu conhecimento científico para o desenvolvimento da prática de enfermagem na área da eliminação urinária.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Abrams, P., Cardozo, L., Wagg, A & Wein, A. (2017). *Incontinence*. (6 ed.) Bristol, UK: International Continence Society Bristol.
https://www.ics.org/publications/ici_6/Incontinence_6th_Edition_2017_eBook_v2.pdf

Allameh, F., Rayegani, S. M., Razzaghi, M., Abedi, A. R., Rahavian, A., Javadi, A., & Montazeri, S. (2021). Comparison of the effect of the pelvic floor muscle biofeedback prior or postradical prostatectomy on urinary incontinence: a randomized controlled trial. *Turkish Journal of Urology*, 47(5), 436–441. <https://doi.org/10.5152/tud.2021.21096>

An, D., Wang, J., Zhang, F., Jing, H., Gao, Y., Cong, H., Hu, C., Wu, J., & Liao, L. (2023). Effect of different postures of Pilates combined with Kegel training on pelvic floor muscle strength in post-prostatectomy incontinence. *International Urology and Nephrology*, 55(3), 519–527. <https://doi.org/10.1007/s11255-022-03423-x>

Arksey, H., & O'Malley, L. (2007). Estudos de escopo: rumo a um referencial metodológico. *Revista Internacional de Metodologia de Pesquisa Social*, 8(1), 19–32. <https://doi.org/10.1080/1364557032000119616>

Aydın Sayılan, A., & Özbaş, A. (2018). The Effect of Pelvic Floor Muscle Training On Incontinence Problems After Radical Prostatectomy. *American Journal of Men's Health*, 12(4), 1007–1015. <https://doi.org/10.1177/1557988318757242>

[Bandura, A. \(2004\) Promoção da saúde por meio cognitivo social significa. *Educação em Saúde. Comporte-se*. 31, 143–164](#)

Baumann, F. T., Reimer, N., Gockeln, T., Reike, A., Hallek, M., Ricci, C., Leitzmann, M. (2022). O exercício muscular do assoalho pélvico supervisionado é mais eficaz do que o exercício muscular do assoalho pélvico não supervisionado na melhora da incontinência urinária em pacientes com câncer de próstata após prostatectomia radical – uma revisão sistemática e metanálise. *Deficiência e Reabilitação*, 44(19), 5374–5385. <https://doi.org/10.1080/09638288.2021.1937717>

Carvalho, J.M., Cristão, A.S. (2012). O valor dos cuidados de enfermagem: uma consulta de enfermagem a um homem submetido a uma prostatectomia radical. *Revista de Enfermagem Referência*, III (7), 103-112. Disponível: <https://www.redalyc.org/pdf/3882/388239966015.pdf>

Clark, C. B., Kucherov, V., Klonieck, E., Shenot, P. J., & Das, A. K. (2021). Management of urinary incontinence following treatment of prostate disease. *The Canadian journal of urology*, 28(S2), 38–43. https://www.canjurol.com/html/free-articles/Cdn_JU28_I4S2_12_DrDasS.pdf

Culligan, P. J., Scherer, J., Dyer, K., Priestley, J. L., Guignon-White, G., Delvecchio, D., & Vangeli, M. (2010). A randomized clinical trial comparing pelvic floor muscle training to a Pilates exercise program for improving pelvic muscle strength. *International urogynecology journal*, 21(4), 401–408. <https://doi.org/10.1007/s00192-009-1046-z>

Damasceno, A. de S., De Souza, M. da C., & Santos Junior, F. F. U. (2020). Disfunções do assoalho pélvico em pacientes de um projeto de responsabilidade social em Fortaleza/CE: um estudo retrospectivo de 14 anos. *Fisioterapia Brasil*, 21(4), 355–362. <https://doi.org/10.33233/fb.v21i4.3235>

de Lira, G. H. S., Fornari, A., Cardoso, L. F., Aranchipe, M., Kretiska, C., & Rhoden, E. L. (2019). Effects of perioperative pelvic floor muscle training on early recovery of urinary continence and erectile function in men undergoing radical prostatectomy: A randomized clinical trial. *International Braz J Urol*, 45(6), 1196–1203. <https://doi.org/10.1590/S1677-5538.IBJU.2019.0238>

Dijkstra-Eshuis, J., Van Den Bos, T. W. L., Splinter, R., Bevers, R. F. M., Zonneveld, W. C. G., Putter, H., Pelger, R. C. M., & Voorham-Van Der Zalm, P. J. (2015). Effect of preoperative pelvic floor muscle therapy with biofeedback versus standard care on stress urinary incontinence and quality of life in men undergoing laparoscopic radical prostatectomy: A randomised control trial. *Neurourology and Urodynamics*, 34(2), 144–150. <https://doi.org/10.1002/nau.22523>

Direção Geral de Saúde. (DGS). (2019). Plano Nacional Para as Doenças Oncológicas – Desafios e Estratégias. Lisboa: Direção Geral de Saúde

Ficarra, V., Novara, G., Rosen, R. C., Artibani, W., Carroll, P. R., Costello, A., Menon, M., Montorsi, F., Patel, V. R., Stolzenburg, J. U., Van der Poel, H., Wilson, T. G., Zattoni, F., & Mottrie, A. (2012). Systematic review and meta-analysis of studies reporting urinary continence recovery after robot-assisted radical prostatectomy. *European urology*, 62(3), 405–417. <https://doi.org/10.1016/j.eururo.2012.05.045>

Finlay, A., Wittert, G., & Short, C. E. (2018). A systematic review of physical activity-based behaviour change interventions reaching men with prostate cancer. *Journal of cancer survivorship : research and practice*, 12(4), 571–591. <https://doi.org/10.1007/s11764-018-0694-8>

Fode, M., Borre, M., Ohl, D. A., Lichtbach, J., & Sønksen, J. (2014). Penile vibratory stimulation in the recovery of urinary continence and erectile function after nerve-sparing radical prostatectomy: A randomized, controlled trial. *BJU International*, 114(1), 111–117. <https://doi.org/10.1111/bju.12501>

Gomes, C. S., Pedriali, F. R., Urbano, M. R., Moreira, E. H., Averbek, M. A., & Almeida, S. H. M. (2018). The effects of Pilates method on pelvic floor muscle strength in patients with post-prostatectomy urinary incontinence: A randomized clinical trial. *Neurourology and Urodynamics*, 37(1), 346–353. <https://doi.org/10.1002/nau.23300>

Haglund, E., Carlsson, S., Stranne, J., Wallerstedt, A., Wilderäng, U., Thorsteinsdottir, T., Lagerkvist, M., Damber, J. E., Bjartell, A., Hugosson, J., Wiklund, P., Steineck, G., & LAPPRO steering committee. (2015). Urinary Incontinence and Erectile Dysfunction After Robotic Versus Open Radical Prostatectomy: A Prospective, Controlled, Nonrandomised Trial. *European urology*, 68(2), 216–225. <https://doi.org/10.1016/j.eururo.2015.02.029>

Heydenreich, M., Puta, C., Gabriel, H. H. W., Dietze, A., Wright, P., & Zermann, D. H. (2020). Does trunk muscle training with an oscillating rod improve urinary incontinence after radical prostatectomy? A prospective randomized controlled trial. *Clinical Rehabilitation*, 34(3), 320–333. <https://doi.org/10.1177/0269215519893096>

Hodges, P. W., Stafford, R. E., Hall, L., Neumann, P., Morrison, S., Frawley, H., Doorbar-Baptist, S., Nahon, I., Crow, J., Thompson, J., & Cameron, A. P. (2020). Reconsideration of pelvic floor muscle training to prevent and treat incontinence after radical prostatectomy. *Urologic oncology*, 38(5), 354–371. <https://doi.org/10.1016/j.urolonc.2019.12.007>

Instituto Nacional de Estatística. (2019). Estatísticas da Saúde – 2017. https://www.ine.pt/ngt_server/attachfileu.jsp?look_parentBoui=367854789&att_display=n&att_download=y.

Izidoro, L. C. de R., da Mata, L. R. F., Azevedo, C., de Paula, A. A. P., Graça Pereira, M., Santos, J. E. M. Dos, Brasil, V. V., & Oliveira, L. M. de A. C. (2022). Cognitive-behavioral program to control lower urinary tract symptoms after radical prostatectomy: a randomized clinical trial. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 75(5). <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2021-0818>

Kasai, T., Banno, T., Nakamura, K., Kouchi, Y., Shigeta, H., Suzuki, F., Kaneda, Y., Bhandari, D., Murayama, A., Takamatsu, K., Kobayashi, N., Sawano, T., Nishikawa, Y., Sato, H., Ozaki, A., Kurokawa, T., Kanzaki, N., & Shimmura, H. (2023). Duration and Influencing Factors of Postoperative Urinary Incontinence after Robot-Assisted Radical Prostatectomy in a Japanese Community Hospital: A Single-Center Retrospective Cohort Study. *International journal of environmental research and public health*, 20(5), 4085. <https://doi.org/10.3390/ijerph20054085>

Kunzendorff, B.A, Nicoli, B.M.,Luz, F.A.,Martins, K.G.,Fonseca, P.B.V., & da Silva, G.H.D.M.(2019). Incontinência urinária em idosos-tratamento e reabilitação. *Anais do Seminario Científico do UNIGACIG*, (4): 1-6.

Lardas, M., Liew, M., van den Bergh, R. C., De Santis, M., Bellmunt, J., Van den Broeck, T., Cornford, P., Cumberbatch, M. G., Fossati, N., Gross, T., Henry, A. M., Bolla, M., Briers, E., Joniau, S., Lam, T. B., Mason, M. D., Mottet, N., van der Poel, H. G., Rouvière, O., Schoots, I. G., ... Bourke, L. (2017). Quality of Life Outcomes after Primary Treatment for Clinically Localised Prostate Cancer: A Systematic Review. *European urology*, 72(6), 869–885. <https://doi.org/10.1016/j.eururo.2017.06.035>

Mariotti, G., Sciarra, A., Gentilucci, A., Salciccia, S., Alfarone, A., Di Pierro, G., & Gentile, V. (2009). Early recovery of urinary continence after radical prostatectomy using early pelvic floor electrical stimulation and biofeedback associated treatment. *The Journal of urology*, 181(4), 1788–1793. <https://doi.org/10.1016/j.juro.2008.11.104>

Mata LRF, Azevedo C, Bernardes MFVG, Chianca TCM, Pereira MdG, Carvalho EC. (2019). Eficácia de um programa de ensino de cuidados domiciliares para pacientes prostatectomizados: um ensaio clínico randomizado controlado. *Revista Escola Enfermagem USP*; 53:03421. <https://doi.org/10.1590/S1980-220X2018012503421>

Milios, J. E., Ackland, T. R., & Green, D. J. (2019). Pelvic floor muscle training in radical prostatectomy: A randomized controlled trial of the impacts on pelvic floor muscle function and urinary incontinence. *BMC Urology*, 19(1). <https://doi.org/10.1186/s12894-019-0546-5>

Novick, B. J. assani, Angie, M., Walker, E., Kitay, R., Monday, K., & Albert, N. M. (2014). The Effect of Intensive Education On Urinary Incontinence Following Radical Prostatectomy: A Randomized Control Trial. *Urologic Nursing*, 34(5), 246–251. <https://doi.org/10.7257/1053-816x.2014.34.5.246>

Oh, J. J., Kim, J. K., Lee, H., Lee, S., Jin Jeong, S., Kyu Hong, S., Eun Lee, S., & Byun, S. S. (2019). Effect of personalized extracorporeal biofeedback device for pelvic floor muscle training on urinary incontinence after robot-assisted radical prostatectomy: A randomized controlled trial. *Neurourology and Urodynamics*, 39(2), 674–681. <https://doi.org/10.1002/nau.24247>

Pané-Alemany, R., Ramírez-García, I., Kauffmann, S., Blanco-Ratto, L., Carralero-Martínez, A., & Sánchez Ruiz, E. (2021). Efficacy of transcutaneous perineal electrostimulation versus intracavitary anal electrostimulation in the treatment of urinary incontinence after a radical prostatectomy: Randomized controlled trial. *Neurourology and Urodynamics*, 40(7), 1761–1769. <https://doi.org/10.1002/nau.24740>

Pedriali, F. R., Gomes, C. S., Soares, L., Urbano, M. R., Moreira, E. C. H., Averbeck, M. A., & de Almeida, S. H. M. (2016). Is pilates as effective as conventional pelvic floor muscle exercises in the conservative treatment of post-prostatectomy urinary incontinence? A randomised controlled trial. *Neurourology and Urodynamics*, 35(5), 615–621. <https://doi.org/10.1002/nau.22761>

Rahnama'i, M. S., Marcelissen, T., Geavlete, B., Tutolo, M., & Hüscher, T. (2021). Current Management of Post-radical Prostatectomy Urinary Incontinence. *Frontiers in surgery*, 8, 647656. <https://doi.org/10.3389/fsurg.2021.647656>

Registo Oncológico Nacional de Todos Os Tumores Na População Residente Em Portugal, Em 2020. (2023). Instituto Português de Oncologia Do Porto Francisco Gentil - EPE, Ed. Porto. Disponível: <https://Ron.Min-Saude.Pt/Media/2223/Ron-2020.Pdf>

Ribeiro, L. H., Prota, C., Gomes, C. M., de Bessa, J., Jr, Boldarine, M. P., Dall'Oglio, M. F., Bruschini, H., & Srougi, M. (2010). Long-term effect of early postoperative pelvic floor biofeedback on continence in men undergoing radical prostatectomy: a prospective, randomized, controlled trial. *The Journal of urology*, 184(3), 1034–1039. <https://doi.org/10.1016/j.juro.2010.05.040>

Ribeiro, O. (2021). *Enfermagem de reabilitação: concepções e práticas*. 1ªEd. Lisboa: Lidel

Santa Mina, D., Clarke, H., Ritvo, P., Leung, Y. W., Matthew, A. G., Katz, J., Trachtenberg, J., & Alibhai, S. M. (2014). Effect of total-body prehabilitation on postoperative outcomes: a systematic review and meta-analysis. *Physiotherapy*, 100(3), 196–207. <https://doi.org/10.1016/j.physio.2013.08.008>

Seleme, M.R. (2017). Ginástica hipopressiva como recurso proprioceptivo para os músculos do assoalho pélvico de mulheres incontinentes. *Fisioterapia Brasil*, (12), 5, 365-369. <https://doi.org/10.33233/fb.v12i5.940>

Singh, F., Newton, R. U., Taaffe, D. R., Lopez, P., Thavaseelan, J., Brown, M., Ooi, E., Nosaka, K., Hayne, D., & Galvão, D. A. (2023). Prehabilitative versus rehabilitative exercise in prostate cancer patients undergoing prostatectomy. *Journal of Cancer Research and Clinical Oncology*, 149(18), 16563–16573. <https://doi.org/10.1007/s00432-023-05409-3>

Soto González, M., Da Cuña Carrera, I., Gutiérrez Nieto, M., López García, S., Ojea Calvo, A., & Lantarón Caeiro, E. M. (2020). Early 3-month treatment with comprehensive physical therapy program restores continence in urinary incontinence patients after radical prostatectomy: A randomized controlled trial. *Neurourology and Urodynamics*, 39(5), 1529–1537. <https://doi.org/10.1002/nau.24389>

Sonksen J, Ohl DA, Bonde B, Laessoe L, McGuire EJ. (2007) Transcutâneo estimulação nervosa mecânica usando vibração perineal: um novo método para o tratamento da incontinência urinária de esforço feminina. *Journal Urologia*; 178: 2025–8

Strojek, K., Weber-Rajek, M., Strączyńska, A., Piekorz, Z., Pilarska, B., Jarzemski, P., Kozakiewicz, M., Brzozczyk, B., Jarzemski, M., Styczyńska, H., Goch, A., & Radzińska, A. (2021). Randomized-controlled trial examining the effect of pelvic floor muscle training in the treatment of stress urinary incontinence in men after a laparoscopic radical prostatectomy pilot study. *Journal of Clinical Medicine*, 10(13). <https://doi.org/10.3390/jcm10132946>

Szczygielska, D., Knapik, A., Pop, T., Rottermund, J., & Saulicz, E. (2022). The Effectiveness of Pelvic Floor Muscle Training in Men after Radical Prostatectomy Measured with the Insert Test. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 19(5). <https://doi.org/10.3390/ijerph19052890>

Tricco, A. C., Lillie, E., Zarin, W., O'Brien, K. K., Colquhoun, H., Levac, D., Moher, D., Peters, M. D. J., Horsley, T., Weeks, L., Hempel, S., Akl, E. A., Chang, C., McGowan, J., Stewart, L., Hartling, L., Aldcroft, A., Wilson, M. G., Garritty, C., Lewin, S., Straus, S. E. (2018). PRISMA Extension for Scoping Reviews (PRISMA-ScR): Lista de verificação e explicação. *Anais de medicina interna*, 169(7), 467–473. <https://doi.org/10.7326/M18-0850>

Wang, C., Song, Z., Li, S., & Tai, S. (2018). Extended nursing for the recovery of urinary functions and quality of life after robot-assisted laparoscopic radical prostatectomy: a randomized controlled trial. *Supportive Care in Cancer*, 26(5), 1553–1560. <https://doi.org/10.1007/s00520-017-3988-x>

Xie, M., Zhang, X., Zhang, X., Wang, W., & Hua, K. (2018). Can we evaluate the levator ani after Kegel exercise in women with pelvic organ prolapse by transperineal elastography? A preliminary study. *Journal of medical ultrasonics* (2001), 45(3), 437–441. <https://doi.org/10.1007/s10396-018-0862-5>

Yuan, Y., Hu, Y., Cheng, J. X., & Ding, P. (2019). Psychological nursing approach on anxiety and depression of patients with severe urinary incontinence after radical prostatectomy – a pilot study. *Journal of International Medical Research*, 47(11), 5689–5701. <https://doi.org/10.1177/0300060519878014>

Zaidan, P., & Silva, E. B. da. (2023). O efeito da eletroestimulação de 65 Hz sobre a incontinência urinária, força dos músculos do assoalho pélvico e impacto na vida diária de pacientes após prostatectomia radical: experimento controlado randomizado duplo cego. *Fisioterapia Brasil*, 24(1), 76–88. <https://doi.org/10.33233/fb.v24i1.5174>

Zhang, A. Y., Bodner, D. R., Fu, A. Z., Gunzler, D. D., Klein, E., Kresevic, D., Moore, S., Ponsky, L., Purdum, M., Strauss, G., & Zhu, H. (2015). Effects of patient centered interventions on persistent urinary incontinence after prostate cancer treatment: A randomized, controlled trial. *Journal of Urology*, 194(6), 1675–1681. <https://doi.org/10.1016/j.juro.2015.07.090>

APENDICE IV - Guia Orientador de Autocuidados e Produtos
de Apoio



Guia de Autocuidados e Produtos de Apoio

Serviço de Ortopedia e Traumatologia, 2024



Índice

O que é o Sistema de Atribuição de Produtos de Apoio (SAPA)?	3
O que são os produtos de apoio/ajudas técnicas?	3
Quem tem direito a produtos de apoio?	3
Qual é o tipo de apoio disponível?	3
Produtos de apoio para cuidados pessoais e proteção:	
Autocuidado vestuário	4
Autocuidado higiene	5
Autocuidado Uso sanitário	6
Autocuidado Posicionar-se	7
Autocuidado transferir-se	7
Sentar-se	7
Andar com Auxiliar de Marcha	8
Subir e Descer Escadas	9
Entrar para o carro	9
Autocuidado Alimentar-se	10

O que é o Sistema de Atribuição de Produtos de Apoio (SAPA)?

O Sistema de Atribuição de Produtos de Apoio (SAPA) é uma medida pública que facilita o acesso de pessoas com deficiência ou incapacidade a equipamentos essenciais para prevenir, compensar ou eliminar/atenuar as suas limitações, promovendo a reabilitação, inclusão e participação plena na sociedade.

O que são os produtos de apoio/ajudas técnicas?

Qualquer produto, como dispositivos, equipamentos, instrumentos, tecnologias ou softwares, desenvolvidos especialmente ou amplamente disponíveis, destinados a prevenir, compensar, monitorizar, aliviar ou neutralizar incapacidades, limitações das atividades e restrições na participação. São meios indispensáveis para a funcionalidade e integração da pessoa com deficiência ou incapacidade.

São utilizados ou colocados pelo próprio ou com a ajuda de terceiros, tendo como objetivo uma maior funcionalidade (Norma ISO 9999:2022).

Quem tem direito a produtos de apoio?

Pessoas com deficiência e/ou incapacidade, com necessidades especiais, que apresentem grau de incapacidade igual ou superior a 60%, comprovada por Atestado Médico de Incapacidade Multiuso, ou que sejam pensionistas com complemento por dependência de grau 1.º ou 2.º.

Qual é o tipo de apoio disponível?

O apoio consiste no financiamento, pelo Instituto da Segurança Social (ISS, IP), para a aquisição de produtos de apoio que promovam a autonomia, inclusão social e qualidade de vida de pessoas com deficiência ou incapacidade, conforme a lista homologada anualmente pelo Instituto Nacional para a Reabilitação.



Produtos de apoio para cuidados pessoais e proteção

Autocuidado Vestuário

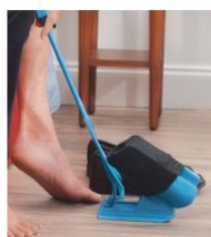
Utilize uma pinça de cabo longo para apanhar objetos do chão, vestir as calças e calçar as meias, com o mínimo de flexão.

Para Vestir – primeiro o membro operado e depois o não operado;

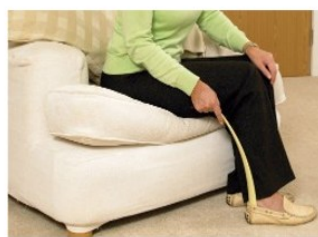
Para Despir - primeiro o membro não operado e depois o operado.



Calçar collants



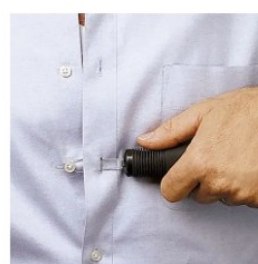
Calçar meias



Calçadeira para sapatos e bota



Seguradores de roupa



Ganchos para abotoar



Gancho e cabo para vestir e despir



Puxador de fecho éclair

Autocuidado Higiene

Não tome banho de imersão, utilize o chuveiro. Se tiver Banheira pode utilizar um banco de banho, se tiver poliban, existem cadeiras de higiene adequadas para entrarem dentro do poliban.



Bancos de banho/higiene



Cadeiras de banho/higiene

Utilize uma esponja de cabo comprido para lavar os pés.

Para limpar os pés utilize uma toalha colocando um banquinho para não se dobrar muito.



Esponjas de banho com cabo

Autocuidado Uso Sanitário

Se a sua sanita for muito baixa coloque um adaptador de sanita ou cadeira sanitária para não efetuar uma flexão superior a 90º.



Cadeiras sanitárias



Adaptador de sanita

Caso haja algum impedimento que impossibilite a utilização da sanita/ cadeira sanitária, existem alternativas como as arrastadeiras e urinóis. Estes produtos podem ser convenientes quando a pessoa não consegue sair da cama.



Arrastadeira



Urinol

Autocuidado Posicionar

Para virar- na cama deve ser sempre para o lado contrário do membro operado com apoio de uma almofada ou um triângulo entre as pernas para que estas se mantenham afastadas.



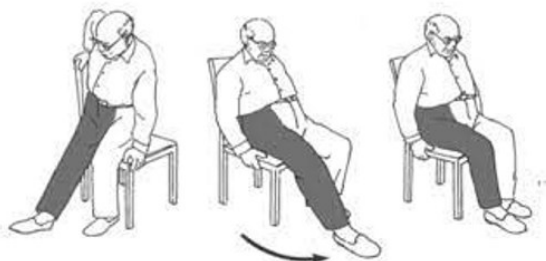
Autocuidado Transferir -se

Apoiar os braços na cama, e rodar a bacia e as pernas ao mesmo tempo para fora da cama , sempre com a perna operada afastada.



Autocuidado Sentar -se

Encoste bem as suas pernas à cadeira, apoie as mãos nos braços da mesma; estique a perna operada para a frente fazendo força na perna não operada.



Andar com Auxiliar de Marcha

Os auxiliares de marcha, como andarilhos, canadianas e tripés, são dispositivos projetados para oferecer suporte e estabilidade durante a locomoção, atuando na prevenção de quedas e maior independência nas atividades da vida diária.

A escolha do dispositivo depende das necessidades individuais, devendo ser ajustado corretamente para evitar desconfortos e melhorar a segurança.

Andarilhos



Canadianas/moletas



Tripé



Subir Escadas e Descer Escadas

Para subir - avança primeiro o membro não operado, depois as canadianas e a seguir o membro operado.

Para descer - primeiro colocar as canadianas no degrau debaixo depois o membro operado e a seguir o membro não operado.



Entrar para o Carro

Para entrar no carro, sente-se com as pernas ainda para fora do carro, sempre com a perna operada esticada e leve as pernas juntas para dentro do carro, girando o tronco. Para sair, faça a mesma coisa.



Autocuidado Alimentar-se

Para a alimentação existem produtos que facilitam a autonomia da pessoa com limitações. Existem talheres com cabos mais largos, pregas de velcro e ângulos à direita e esquerda para auxílio de pessoas com mobilidade reduzida, ajudando a pessoa a agarrar com mais vigor e autonomia.



Existem copos adaptados com pegas e bordos de um lado para pessoas com dificuldade na extensão do pescoço.



Existem pratos com bordos para facilitar as pessoas que apenas se conseguem alimentar com uma mão, sendo que os pratos também têm bases antideslizantes para facilitar a pessoa.





**Cuidar de si mesmo é um ato de empoderamento e força,
onde cada escolha promove autonomia e bem -estar.**



Contactose indicações específicas deste folheto
Tel.: 212940294 (7151)
E-mail: enfermeiros.ortotrauma@ulsas.minsaude.pt

Serviço/Unidade Ortopneumatologia
Elaborado por: Autor(es) Ana Ciuro, Ana Romão,
Catarina Amador, Miguel Cunha, Nelson Pardal e
Noélia Ferreira.
Data de elaboração/revisão Dezembro 2024
Versão: 1
Verificado por:

Unidade Local de Saúde de Almada Seixal, EPE
Av. Torrado da Silva, 2805-267 Almada
Tel.: +351 212 940 294 | Fax: +351 212 957 004
geral@ulsas.min-saude.pt
www.hgo.minsaude.pt

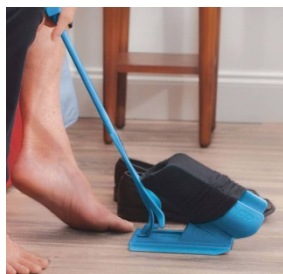
APÊNDICE V - CATÁLOGO DE MATERIAL DE APOIO

Catálogo de material de apoio

Para vestir e despir...



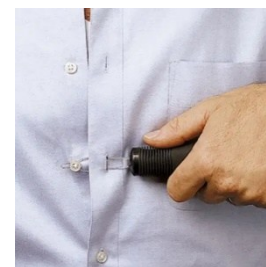
Calçador de collants



Calçador de meias



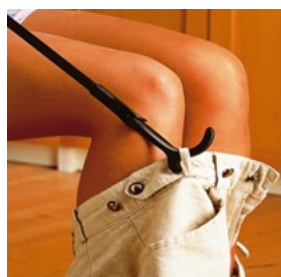
Calçadeira



Gancho para abotoar



Ganchos e cabos para vestir e despir a roupa



Puxador de fecho éclair

Para o banho/higiene....



Bancos de banho/higiene



Esponja de longo alcance



Cadeira de banho/higiene

Para o uso sanitário...



Cadeira sanitária



Urinol



Arrastadeira

Para comer...



Talheres com cabos com ângulo e com pregas de velcro



Pratos com bordas e ventosas



Copos com bico



Copos com pegas



Copos com bordos

Para movimentar-se...



Andarilho



Canadianas



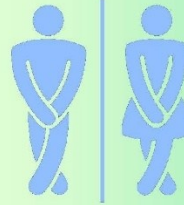
Tripé



Cadeira de rodas

APÊNDICE VI –CUIDADOS DE ENFERMAGEM DE
REABILITAÇÃO À PESSOA COM AUTOCONTROLO CONTINÊNCIA
URINÁRIA INEFICAZ

Cuidados de Enfermagem de Reabilitação à Pessoa com Autocontrolo da Continência Urinária Ineficaz



2º Mestrado em Enfermagem de Reabilitação da Escola superior de
Saúde Egas Moniz

Neurocirurgia 1 - 2024

Alunos:
Ana Patrício Ciuro
Miguel Cunha

Índice:

- Introdução
- Objetivos
- Diagnóstico de Situação
- Anatomo-fisiologia do aparelho urinário
- Incontinência urinária: Repercussões, tipos e avaliação
- Intervenções do EEER na promoção da continência urinária
- Construção de um plano de reabilitação



Introdução

- Este trabalho surge no âmbito de estágio clínico do 2º Curso de mestrado em Enfermagem de Reabilitação.
- No início do estágio verificou-se que a reabilitação de utentes com incontinência urinária necessitava de novos procedimentos de implementação e avaliação.
- Para dar-mos início ao processo foi necessário um diagnóstico de situação inicial.



Objetivos

- Avaliar a presença de incontinência urinária e classificá-la a nível da tipologia;
- Capacitar os profissionais de saúde para a compreensão e importância da identificação das pessoas com incontinência urinária;
- Divulgar comportamentos, estratégia e intervenções promotores da continência urinária a adotar junto da pessoa.

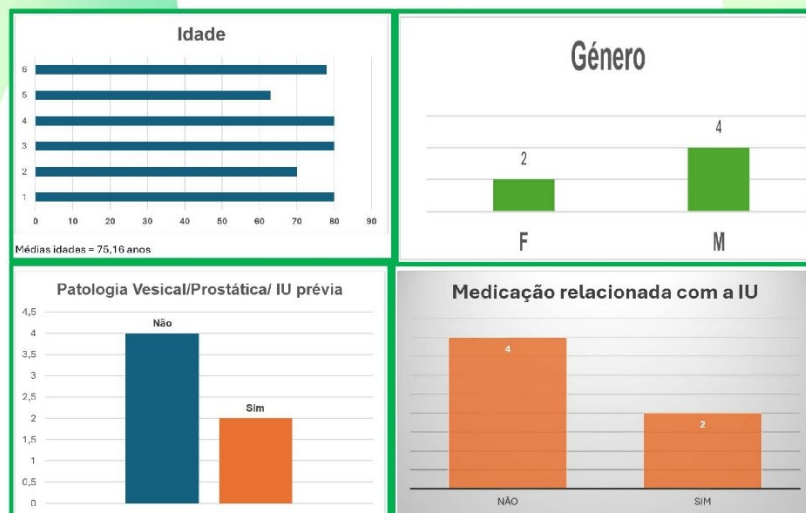
Diagnóstico de situação

Crítérios de Inclusão

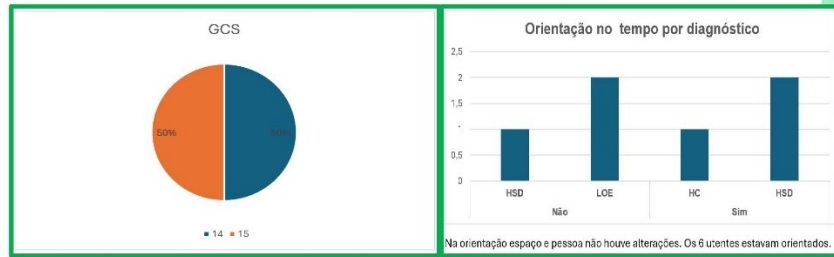
- A pessoa internada na enfermaria durante o período de colheita de dados;
- Apresentar incontinência urinária;
- Obedecer a comandos simples;
- Compreender o que lhe é dito;
- Ter capacidade de realizar os exercícios de fortalecimento da musculatura pélvica propostos;
- Ser capaz de cumprir hidratação.

Crítérios de Exclusão

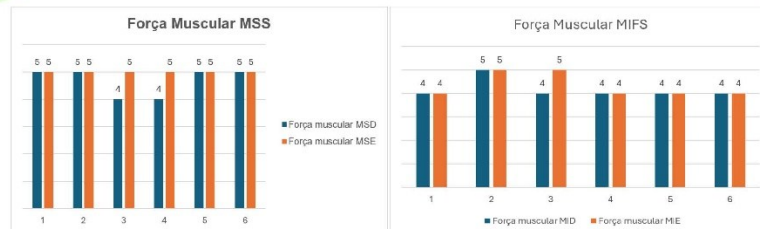
- Apresentar continência urinária;
- Não consegue obedecer a comandos simples;
- Não compreender o que lhe é dito;
- Pessoas com cateterismo vesical;
- Pessoas com bexiga neurogénica
- Ser incapaz de cumprir hidratação.



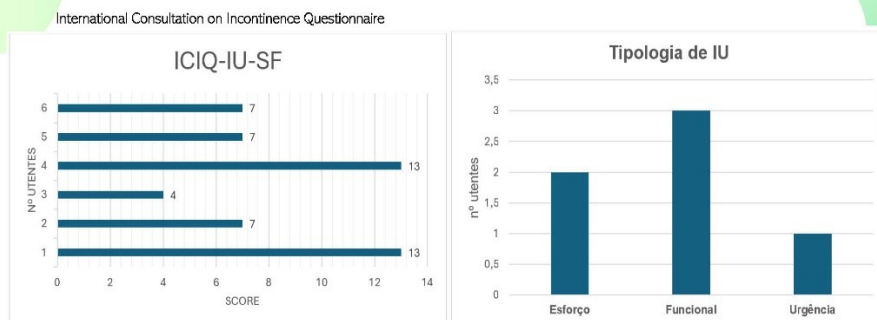
7



8



9

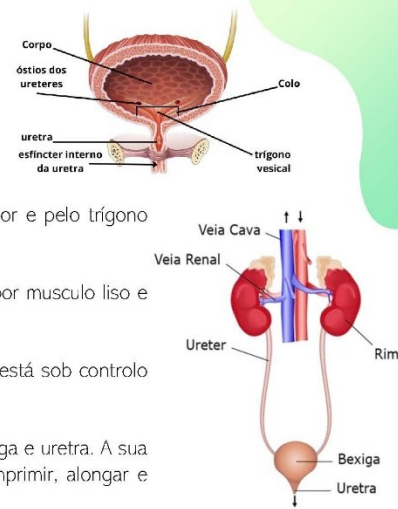


Média da escala de Morse – 68,3

Média do índice de Barthel- 61, 6

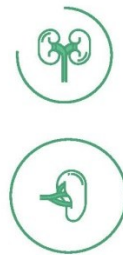
Anatomo-fisiologia do Aparelho urinário

- Composto por: Rins, ureteres, bexiga e uretra.
- **Bexiga:** Órgão muscular oco, formada pelo músculo detrusor e pelo trigono (onde passam os ureteres e uretra).
- O **esfíncter interno** localizado no colo vesical, é composto por músculo liso e é autônomo.
- O **esfíncter externo** é composto por músculo esquelético e está sob controle voluntário, permitindo evitar a micção.
- Os **músculos do pavimento pélvico**, conferem suporte à bexiga e uretra. À sua contração voluntária contribui para a continência ao comprimir, alongar e elevar a uretra.



Autocontrole urinário

- O reflexo da micção é mantido por um arco reflexo que envia impulsos sensoriais desde a bexiga até à região sagrada S3.
- Se a pessoa decide não urinar, o centro da micção no lobo frontal envia mensagens inibitórias bloqueando a contração do detrusor e o relaxamento do esfíncter.
- O enchimento da bexiga vai transmitir sinais que vão ser processados no cérebro e vai ser gerada uma resposta reflexa enviando sinais de volta para a bexiga a partir da medula. A continência envolve a inibição ativa do arco reflexo completo.
- A continência urinária define-se como a capacidade que a bexiga tem em conseguir armazenar urina, sem que existam perdas, mesmo que exista um esforço físico intenso ou vontade de urinar.



Autocontrole urinário - Ineficaz

- Surge de forma involuntária. A pessoa deixa de conseguir armazenar e controlar a saída de urina.
- De acordo com a Organização Mundial de Saúde, a IU é um problema de saúde pública. Existem mais de 200 milhões de pessoas no mundo com este problema (Zanetti et al., 2007).
- Em Portugal a Associação Portuguesa de Urologia (2018), refere que existem aproximadamente mais de 600 mil pessoas com IU. Apenas uma pequena percentagem (10%) solicita ajuda.



Incontinência Urinária - Repercussões



Envelhecimento: a capacidade da bexiga diminui, assim como a pressão máxima de encerramento uretral em que há um atraso na sensação de vontade de urinar. Isso em conjunto com o aumento das contrações involuntárias do detrusor e o risco de infecções urinárias, dificulta o controle voluntário da micção.

Comorbilidades associadas: prolongamento do internamento, infecções do trato urinário, complicações do uso prolongado de cateteres urinários e dermatites de contato por lesões na pele devido à humidade e acidez da urina, úlceras por pressão, risco aumentado de quedas devido à urgência urinária.

Incontinência Urinária - Tipos

- **Transitória/ Aguda:** ligada a uma condição médica ou cirúrgica aguda que se resolve quando a causa subjacente é tratada.
- **Estabelecida/ Crônica:** resulta de anomalias na estrutura ou função do trato urinário ou do sistema neurológico, afetando o armazenamento da urina, o esvaziamento ou ambos, muitas vezes com início gradual. Os tipos identificados incluem incontinência de esforço, de urgência, mista, funcional, por regurgitação e retenção urinária.

Incontinência Urinária - Avaliação

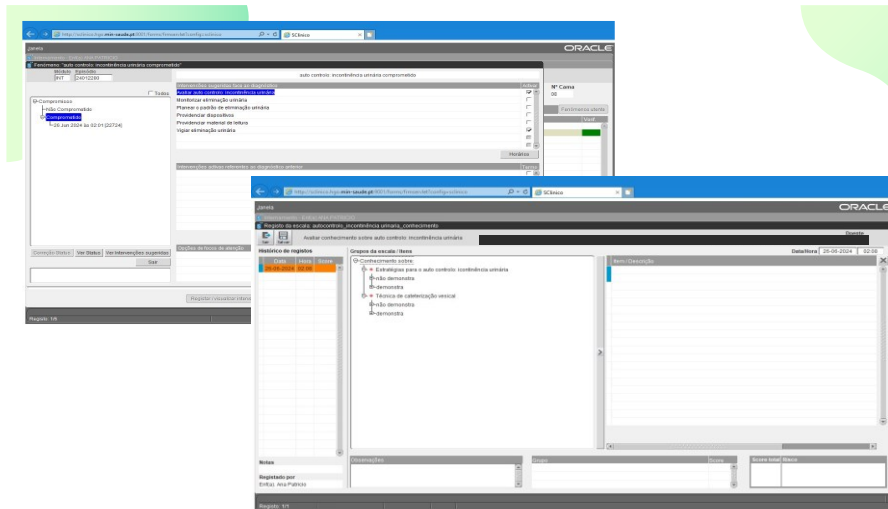
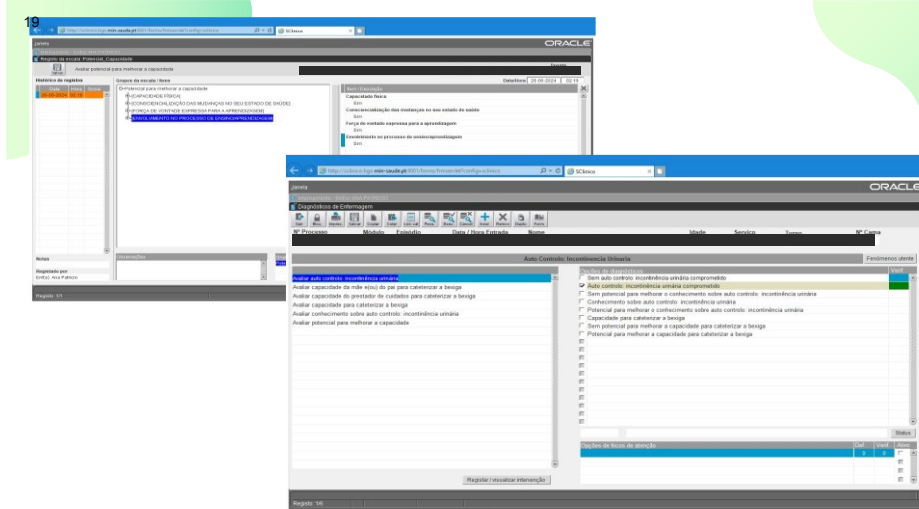
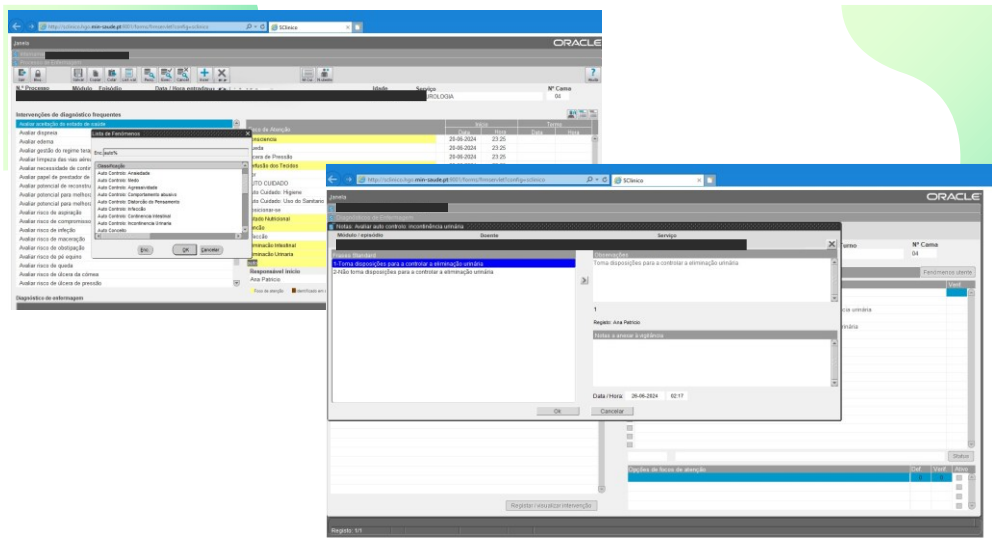
- **Recolha de informação sobre as perdas** duração, sintomas, antecedentes pessoais e familiares, medicação atual, histórico das queixas (início, duração, frequência, período do dia), fatores precipitantes, sensação de plenitude vesical antes e após urinar, e capacidade de adiar a micção.
- Investigar outros sintomas como disúria e hematúria, questionar a gestão da perda de urina e se a pessoa já participou em algum programa de treino, questionar a perceção sobre suas perdas de urina e o impacto na qualidade de vida, utilizando o questionário **International Consultation on Incontinence Questionnaire Short Form (ICIQ-USF)**.

Figura- Versão em português do ICQ-UF-SF

Intervenções do EEER na promoção da CU

- O EEER desempenha um papel crucial na promoção do diagnóstico precoce e na implementação de medidas preventivas e manutenção das capacidades funcionais.
- A implementação de programas de reabilitação deve fornecer cuidados de enfermagem que incluam a redução da incapacidade, aumento da independência funcional, diminuição do período de internamento e possíveis reinternamentos, facilitação da reintegração na família e sociedade e promover a maior satisfação.

[illegible]



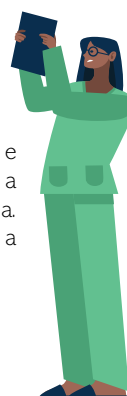
Intervenções do EEER na promoção da CU

Técnicas comportamentais visam reduzir a frequência e intensidade dos episódios de IU. Pretende-se que a pessoa consciencialize a diferença entre a percepção da necessidade de urinar e o ato de urinar.:

- **Treino Vesical** utilizar a distração e técnicas de relaxamento de modo a inibir a vontade de urinar após desejo da micção.
- **Treino de hábitos (micção temporizada)** estabelece-se um horário para urinar voluntariamente, antes que a bexiga esteja completamente cheia.
- **Micção imediata** em pessoas com alterações cognitivas. Consiste em responsabilizar a pessoa pela gestão da sua micção e incontinência, perguntando regularmente se a roupa está molhada ou não.

Intervenções do EEER na promoção da CU

Exercícios do pavimento pélvico complemento eficaz que fortalecem a uretra e aumentam o suporte muscular das estruturas pélvicas. Ajudam a pessoa a identificar e utilizar corretamente os músculos para controlar a continência. Melhoram a resistência da uretra, favorecendo o seu fechamento e fortalece a musculatura peri-uretral voluntária e pélvica.



Intervenções do EEER na promoção da CU

- A pessoa é orientada a contrair os músculos por 10 segundos seguidos de relaxamento por outros 10 segundos, repetindo esse ciclo por até 10 minutos, três a quatro vezes ao dia. É crucial ensinar à pessoa a esvaziar a bexiga antes do treino
- Os exercícios podem ser feitos em qualquer posição: deitado, sentado e de pé; entanto, é recomendado iniciar deitado
- Os resultados normalmente só são perceptíveis após 4 a 6 semanas de prática.

(Newman, 2014; Ribeiro, 2021)

Intervenções do EEER na promoção da CU

- **IU de urgência** Recomenda-se a realização de exercícios de Kegel, treino vesical, ajuste de hábitos, modificações na alimentação e na ingestão de líquidos, além de mudanças no vestuário.
- **IU de esforço** O plano de intervenção inclui exercícios de Kegel e treino de hábitos.
- **IU funcional** O tratamento abrange técnicas como micção imediata, treino de hábitos, treino vesical e ajustes ambientais.
- **IU por refluxo** A intervenção recomendada é a auto-cateterização intermitente.
- **IU total** Nestes casos, pode ser necessário o uso de cateterização vesical permanente ou dispositivos urinários.
- **Alterações neurogénicas da bexiga** As intervenções incluem treino de hábitos, treino vesical e, se necessário, cateterização vesical intermitente.

(Abrams et al., 2017; Mendonça, 2012; Riley, Organist, 2014)



Programa de reabilitação – Exercícios de fortalecimento muscular do pavimento pélvico

1. Contração isométrica dos glúteos:

Utente em decúbito dorsal, membros inferiores em extensão e membros superiores em extensão ao lado do corpo.

Realizar a contração isométrica rápida dos músculos dos glúteos, manter esta posição de contração por 6 a 10 segundos, e repetir 3 a 5 vezes.



2. Contração isométrica dos abdominais:

Utente em decúbito dorsal, membros inferiores em flexão e membros superiores em extensão ao lado do corpo.

Realizar a contração isométrica de todo o abdómen e mantenha esta contração por 6 a 10 segundos. A contração do abdómen é feita como se afundasse o umbigo contra a superfície de apoio e fazendo com que a região lombar fique cada vez mais pressionada contra esta superfície.

Realizar 2 séries de 5 repetições, mantendo a contração por 6 a 10 segundos.



3. Retroversão pélvica:

Em decúbito dorsal, membros inferiores em flexão braços em extensão ao lado do corpo. Pode ser realizado também com os membros inferiores em extensão. Instruir o utente a inspirar profundamente e durante a expiração realizar o movimento de retroversão pélvica (empurrar a bacia para frente). Este movimento de empurrar a bacia para frente ocorre quando se contrai o abdômen e os glúteos ao mesmo tempo, isto empurra o umbigo para baixo e a bacia gira para frente fazendo um movimento de bascula em torno de um eixo imaginário que cruza os dois lados da bacia. Executar 2 séries de 5 repetições, mantendo a contração por 6 a 10 segundos.



4. Contração Isolada Perineal:

Em decúbito dorsal, membros inferiores em flexão braços em extensão ao lado do corpo. Pode ser realizado também com os membros inferiores em extensão. Faça uma contração perineal isolada e mantenha esta contração por 6 a 10 segundos. A Contração Isolada é o movimento de segurar voluntariamente a micção para evitar a perda de urina, sendo que assim, toda a musculatura da região é contraída. Executar 2 séries de 5 repetições, mantendo a contração por 6 a 10 segundos.



5. Kegel:

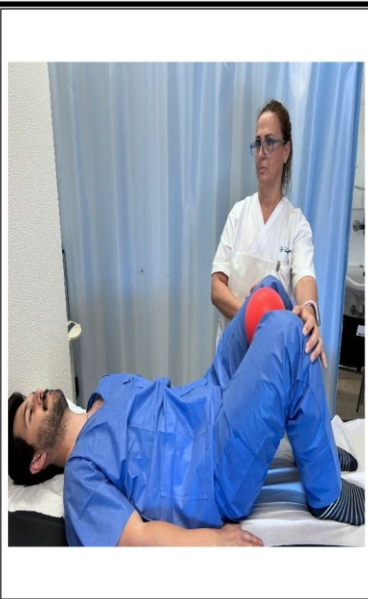
Utente em decúbito dorsal membros inferiores em extensão e membros superiores em extensão ao lado do corpo. Realizar a contração isolada perineal, a contração do abdômen e a contração dos glúteos (músculos do pavimento pélvico) Manter estas 3 contrações de 6 a 10 segundos e depois relaxar toda a região. Executar 2 séries de 5 repetições, mantendo a contração por 6 a 10 segundos.



6. Adução deitado:

Flexão coxofemoral e dos joelhos. realiza a adução com uma resistência entre os joelhos. Essa resistência pode ser uma bola ou uma almofada. O movimento consiste em comprimir o objeto e relaxar. Contrai a musculatura do pavimento pélvico (MPP) e relaxa logo em seguida. Repete o movimento 10 vezes e podem ser feitos diariamente. Pode ser uma contração rápida ou sustentada (contrai MPP e mantém a contração por 5 segundos e relaxa por 10 segundos. Repete o movimento 10 vezes).

O EEER posiciona-se ao lado do utente, apoiando os joelhos.



7. Elevação pélvica:

O utente levanta a bacia do leito, mantendo um alinhamento lombar e pélvico, contrai os MPP e sustem por 10 segundos. Depois relaxa os MPP e glúteos e baixa a bacia lentamente. Repete o movimento 10 vezes. Pode-se iniciar com uma série de 8 a 10 repetições e com o tempo ir aumentando o número de séries para 2 a 3.

O EEER posiciona-se ao lado do utente, estabiliza a bacia e os joelhos.



8. Elevação pélvica com adução:

Elevação da bacia com adução com uma resistência entre os joelhos. Essa resistência pode ser uma bola ou uma almofada. Eleva a bacia e a lombar deixando o corpo apoiado apenas nos ombros e nos pés e contrai os MPP por 10 segundos. Volta à posição inicial e repete 10 vezes.

O EEER posiciona-se ao lado do utente, estabiliza a bacia e os joelhos.



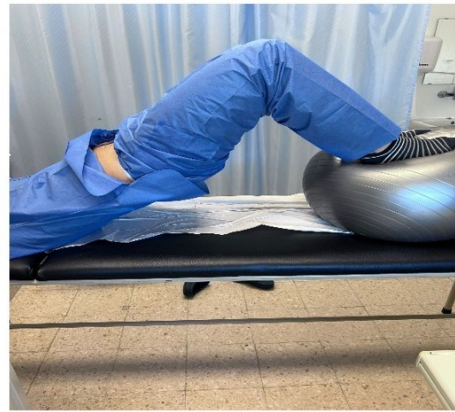
9. Elevação pélvica com elevação dos pés:

O utente realiza a extensão da bacia e lombar com os pés elevados e apoiados na bola suíça. Com os joelhos em extensão eleva a bacia, mantendo os ombros e braços no leito e contrai os MPP por 10 segundos. Volta à posição inicial e repete 10 vezes.



10. Elevação pélvica com apoio dos pés:

O utente realiza a extensão da bacia e da lombar com os pés apoiados na bola suíça. Com os joelhos em flexão eleva a bacia, mantendo os ombros e braços no leito, contrai os MPP por 10 segundos. Volta à posição inicial e repete 10 vezes.



11. Elevação pélvica unilateral:

O utente levanta a bacia do leito, mantendo um alinhamento lombar e pélvico.

Posteriormente levanta uma das pernas do leito, mantendo a posição de elevação pélvica com contração dos MPP durante 5 segundos.

O utente alterna movimentos entre cada perna, 10 vezes.

O EEER apoia uma das pernas se necessário.



12. Elevação pélvica unilateral com bola suíça e elevação do pé:

Uma perna fica sobre a bola suíça com elevação do pé, e o utente levanta a bacia e a outra perna com apoio do EEER e contrai os MPP por 5 segundos.

Mantendo os ombros e braços no leito, volta à posição inicial e repete 10 vezes para cada perna.



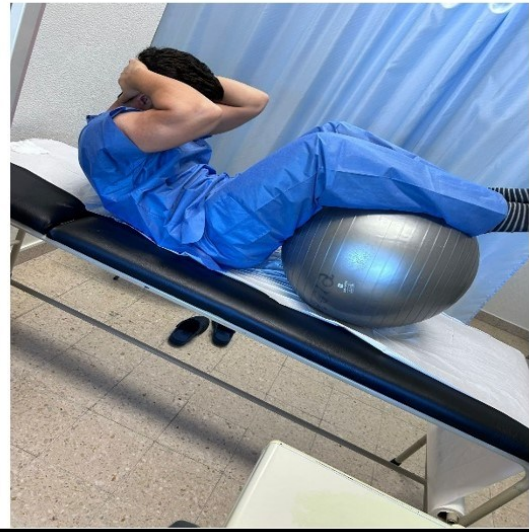
13. Elevação pélvica unilateral com bola suíça e com apoio do pé:

O utente realiza a extensão da bacia e lombar com o pé apoiado na bola suíça. Com os joelhos em flexão eleva a bacia, mantendo os ombros e braços no leito e contrai os MPP por 5 segundos. Volta à posição inicial e repete 10 vezes para cada perna.



14. Reforço anterior com bola suíça:

Em decúbito dorsal e com os membros inferiores apoiados em 90° graus na bola e as mãos posicionadas atrás da cabeça. No momento da expiração realiza a flexão do tronco cerca de 30 graus realizando a contração dos músculos do períneo. Executar 2 séries de 5 repetições, mantendo a contração por 6 a 10 segundos.



15. Em decúbito lateral:

Com um membro superior em extensão e o outro em flexão, joelhos fletidos e membros inferiores em adução, realizar contrações rápidas dos MPP (3-5 vezes), seguidas por uma contração mantida por 6-8 segundos.

Na mesma posição lateral, manter os pés juntos e abduzir o membro inferior que não está em contato com a superfície até a amplitude máxima possível, sem rotacionar o tronco. Nessa posição, realizar contrações rápidas dos MPP (3-5 vezes), seguidas por uma contração mantida por 6-8 segundos.

(Ribeiro, 2021)



1.Fazer o exercício Kegel sentado numa cadeira:

Contrair os músculos pélvicos por 5 segundos. Se o utente tiver dificuldade em manter os músculos contraídos por esse tempo, comece com 2 ou 3 segundos.

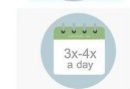
2. Relaxar os músculos por 10 segundos:

Entre uma série e outra de contrações, deixar os músculos descansarem por 10 segundos.

3. Repetir este exercício 10 vezes.

Contrair por 5 segundos, descansar por 10 e contrair por mais 5 segundos novamente. Repetir este ciclo por 10 vezes. Realizar no máximo 3 a 4 repetições desse ciclo.

4. Para obter resultados: o utente deve praticar os exercícios três a quatro vezes por dia, introduzindo-os nas suas AVD. Fazer uma série de manhã, uma à tarde e outra à noite.



2.Fazer o exercício Kegel e de propriocepção sentado na bola suíça:

Contrair os músculos pélvicos por 5 segundos. Se o utente tiver dificuldade em manter os músculos contraídos por esse tempo, comece com 2 ou 3 segundos. Dar a indicação para inclinar-se para frente e para trás. Quando se inclina para frente, vai sentir melhor a região anterior dos músculos pélvicos, quando se inclina para trás vai sentir os músculos pélvicos posteriores.

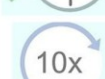
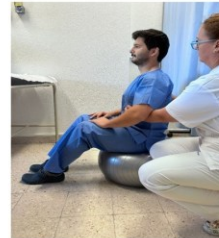
2. Relaxar os músculos por 10 segundos:

Entre uma série e outra de contrações, deixar os músculos descansarem por 10 segundos.

3. Repetir este exercício 10 vezes:

Contrair por 5 segundos, descansar por 10 e contrair por mais 5 segundos novamente. Repetir este ciclo por 10 vezes. Realizar no máximo 3 a 4 repetições desse ciclo.

4. Para obter resultados: o utente deve praticar os exercícios três a quatro vezes por dia, introduzindo-os nas suas AVD. Fazer uma série de manhã, uma à tarde e outra à noite.



3.Exercício de Borboleta:

Utente em posição de sentada com a coluna apoiada na parede e com as pernas fletidas e em adução.

Na expiração deve realizar a abdução das pernas com contração isolada perineal e contração do abdómen. Executar 2 séries de 5 repetições, mantendo a contração por 6 a 10 segundos.



4.Alongamento de uma perna:

Sentar-se na parte anterior da bola com a coluna neutra e alinhada verticalmente. Colocar os joelhos a 90 graus e os pés à largura da bacia e braços descontraídos ao longo do tronco ou com as mãos levemente apoiadas nas pernas. Contrair os MPP focando-se na respiração e levantar o calcanhar até deixar a ponta do pé em contacto com o chão. Com a anca estável e nivelada, eleve o joelho até um ângulo confortável e sem mexer a bola, alongue a perna. Volte a fletir o joelho e regresse à posição inicial. Repita cada perna num total de dez vezes.

(Ribeiro, 2021)



1- Adução de pernas em pé:

Em pé, com os membros superiores em adução e os inferiores em abdução, colocar uma bola entre os joelhos. Realizar contrações rápidas dos MPP (3-5 vezes), seguidas por uma contração mantida por 6-8 segundos.

Em pé, com os membros superiores em adução e os inferiores em adução, coloque uma bola entre os joelhos fletidos. Realize contrações rápidas dos MPP (3-5 vezes), seguidas por uma contração mantida por 6-8 segundos.

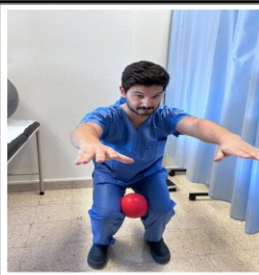


2. Agachamento com adução de pernas:

O utente deve realizar o movimento de agachamento normal, mas com uma bola pequena ou almofada entre as pernas e encostada na parede. Inicia-se em pé e faz o movimento de adução, agacha dobrando os joelhos para a frente, e mantém a coluna ereta enquanto continua pressionando o objeto.

Volta à posição inicial e repete 10 vezes.

O ideal no exercício de agachamento é além de empurrar os pés no chão, também contrair os músculos do pavimento pélvico durante o exercício como forma de reduzir a sobrecarga.



3. Exercício com cadeira:

Na posição de pé numa cadeira, com os membros superiores em extensão e os inferiores em abdução, realizar contrações rápidas dos MPP (3-5 vezes), seguidas por uma contração mantida por 6-8 segundos.

Na mesma posição, elevar o corpo apoiando-se nos dedos dos pés, realizando novamente contrações rápidas dos MPP (3-5 vezes), seguidas por uma contração mantida por 6-8 segundos.



Bibliografia:

- Abrams, P., Cardozo, L., Wagg, A. & Wein, A. (2017). *Incontinence*. (6 ed.) Bristol, UK: International Continence Society Bristol. Disponível: https://www.ics.org/publications/ici_6/incontinence_6th_edition_2017_eBook_v2.pdf
- An, D., Wang, J., Zhang, F., Jing, H., Gao, Y., Cong, H., Hu, C., Wu, J., & Liao, L. (2023). Effect of different postures of Pilates combined with Kegel training on pelvic floor muscle strength in post-prostatectomy incontinence. *International Urology and Nephrology*, 55(3), 519–527. <https://doi.org/10.1007/s11255-022-02423-x>
- Arco, H., Costa, A. & Mestrinho, N. (2017). Incontinência urinária e quedas no idoso: Contributos para uma revisão da literatura. *Revista Hospitalidade*, 81 (315), 34-40
- Associação Portuguesa de Urologia. (2018). Urologia em 10 minutos. Disponível: <https://apurologia.pt/wp-content/uploads/2018/10/Uro-10-min.pdf>
- Avery, J. C., Braunack-Mayer, A. J., Stocks, N. P., Taylor, A. W. & Duggan, P. (2013). Psychological perspectives in urinary incontinence: a metasynthesis. *A Women's Health*, 1-10. Disponível: <https://o.uow.edu.au/sapapers/3791>
- Conselho Internacional de Enfermeiros. (2019). *Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem, Versão 2019*. Ordem dos Enfermeiros. Disponível: <https://www.icn.ch/what-we-do/projects/ehealth-icnp/ncp-browser>
- Culligan, P. J., Scherer, J., Dyer, K., Priestley, J. L., Guignon-White, G., Delvecchio, D., & Vangelis, M. (2010). A randomized clinical trial comparing pelvic floor muscle training to a Pilates exercise program for improving pelvic muscle strength. *International urogynecology journal*, 21(4), 401–408. <https://doi.org/10.1007/s00192-009-1046-z>
- Direção Geral de Saúde. (2016). *Norma no 013/2016 de 28 de outubro de 2016*. Regras de Prescrição de Dispositivos Médicos na Retenção/Incontinência em Idade Pediátrica e no Adulto. Direção Geral de Saúde. Disponível: <https://normas.dgs.min-saude.pt/wp-content/uploads/2019/09/Regras-de-Prescricao-de-Dispositivos-Medicos-naRetencao-Incontinencia-em-Idade-Pediatrica-e-no-Adulto.pdf>
- Faria, F., Menezes, A., Rodrigues, A., Ferreira, A. & Bolsas, C. (2014). Incontinência urinária e noctúria: prevalência e impacto sobre qualidade de vida em idosas numa Unidade Básica de Saúde. *Revista Brasileira Geriatria Gerontologia*, Rio de Janeiro, 17(1):17-25
- Ferreira, M. Peres, M. (2020). Implementação de um programa de reabilitação: intervenção do enfermeiro especialista de reabilitação numa UCI. *Revista Portuguesa de Enfermagem de Reabilitação*. 2 (3) 68–75. DOI 10.33194/rper.2020.v3.i2.10.582

- Ministério da saúde. (2018). - Incontinência urinária. Disponível em: <https://bvsms.saude.gov.br/incontinencia-urinaria>
- 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
- OMS. (2021). Rehabilitation. Disponível em: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/rehabilitation>.
- Ordem dos Enfermeiros. (2019). Regulamento das competências específicas do enfermeiro especialista em Enfermagem de Reabilitação. Regulamento.º 392/2019. *Diário da República*, 2ª série (85). Disponível: <https://www.ordemenfermeiros.pt/media/11871/1356513568.pdf>
- Pedrial, F. R., Gomes, C. S., Soares, L., Urbano, M. R., Moreira, E. C. H., Averbek, M. A., & de Almeida, S. H. M. (2016). Is pilates as effective as conventional pelvic floor muscle exercises in the conservative treatment of post-prostatectomy urinary incontinence? A randomised controlled trial. *Neurology and Urodynamics*, 35(5), 615–621. Disponível em - <https://doi.org/10.1002/nau.22761>
- Potter, P. A., Perry, A.G., Stockert, P., Hall, A. (2018). *Fundamentos de Enfermagem*. 9ªed. Rio de Janeiro: Elsevier.
- 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
- Ribeiro, O. (2021). *Enfermagem de reabilitação: concepções e práticas*. 1ªEd. Lisboa: Lidel
- Ribeiro, O., Moura, I., Ventura, J. (2021). *Referenciais teóricos orientadores do exercício profissional dos enfermeiros especialistas em enfermagem de reabilitação*. In O. Ribeiro (Ed.), *Enfermagem de Reabilitação - Concepções e Práticas* (pp. 48-55). Lisboa: Lidel
- Riley, M. & Organist, L. (2014). Streamlining biofeedback for urge incontinence. *Urologic Nursing*, 34 (1), 193-202
- Santos, C. (2012). Reeducação Períneoesfíncteriana. In M.M. Silva, A. Duarte, J. Galo & N. Domingues (coord.), *Enfermagem em Urologia* (pp. 166-170). Lisboa: Lidel
- Schulz, P. J., & Nakamoto, K. (2013). Health literacy and patient empowerment in health communication: the importance of separating conjoined twins. *Patient education and counseling*, 90(1), 4–11. Disponível: <https://doi.org/10.1016/j.pec.2012.09.006>
- Seeley, R., Stephens, T., & Tate, P. (2008). Aparelho Urinário. In: *Anatomia e Fisiologia*. 8ª (ed) 26
- Simpson P. (2015). Prostatectomy: information provision and education for patients. *British journal of nursing (Mark Allen Publishing)*, 24(9), S24–S28. Disponível: <https://doi.org/10.12968/bjon.2015.24.Sup9.S24>
- Zanetti, M. R., Castro, R.deA., Rotta, A. L., Santos, P. D., Sartori, M., & Girão, M. J. (2007). Impact of supervised physiotherapeutic pelvic floor exercises for treating female stress urinary incontinence. *Sao Paulo medical journal = Revista paulista de medicina*, 125(5), 265–269. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/s1516-31802007000500003>

Obrigado pela
atenção!



**APÊNDICE VII - ESTRATÉGIAS E INTERVENÇÕES NA PESSOA
COM INCONTINÊNCIA URINÁRIA**

PLANO DA AÇÃO DE FORMAÇÃO

TÍTULO DA FORMAÇÃO: Estratégias e Intervenções na Pessoa com Incontinência Urinária

FORMADORA: Ana Cristina Patrício Ciuro (aluna nº 118317)

DIA DA FORMAÇÃO: 11 de setembro de 2024

OBJETIVOS:

- ✓ Apresentar a problemática da Incontinência Urinária;
- ✓ Capacitar os profissionais de saúde para a compreensão e importância da identificação das pessoas com incontinência urinária;
- ✓ Divulgar comportamentos promotores da continência urinária, bem como estratégias/intervenções a adotar junto da pessoa com incontinência urinária.

PÚBLICO-ALVO: Enfermeiros e Técnicos Auxiliares de Saúde da UCCI Rainha Dona Leonor

CONTEÚDO: Breve introdução ao tema; Anatomo-fisiologia do aparelho urinário; Tipos de incontinência urinária; Repercussões da incontinência urinária; Intervenções na promoção da continência urinária.

MÉTODOS DE ENSINO: Expositivo

RECURSOS NECESSÁRIOS: Projetor e computador

CRONOGRAMA:

- Introdução e objetivos (5 minutos)
- Explicação teórica (20 minutos)
- Feedback e encerramento (5 minutos)

AVALIAÇÃO:

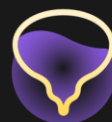
Questionário verbal no final na sessão

ESTRATÉGIAS E INTERVENÇÕES NA PESSOA COM INCONTINÊNCIA URINÁRIA

Enfermeira Ana Ciuro

Enfermeiro Orientador Gonçalo Geraldo
EEER – UCCI Rainha Dona Leonor - SCML

Setembro de 2024



Índice:

2

01

INTRODUÇÃO

04

TIPOS DE INCONTINÊNCIA
URINÁRIA

02

OBJETIVOS

05

REPERCUSSÕES DA
INCONTINÊNCIA URINÁRIA

03

ANATOMOFISIOLOGIA DO
APARELHO URINÁRIO

06

INTERVENÇÕES NA PROMOÇÃO
DA CONTINÊNCIA URINÁRIA

01

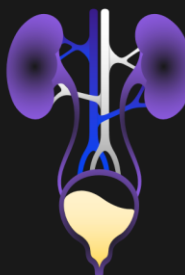
INTRODUÇÃO

A IU, é uma situação de doença e surge de forma involuntária, em que não há capacidade para armazenar e controlar a saída de urina, com perdas desde pequenas a graves e de forma frequente (DGS, 2016);

A OMS refere que a IU é um problema de saúde pública. Existem mais de 200 milhões de pessoas no mundo com este problema (Zanetti et al., 2007);

Em Portugal a Associação Portuguesa de Urologia (2018), refere que existem aproximadamente mais de 600 mil pessoas com IU;

A maior prevalência acontece nas mulheres (Ministério da Saúde, 2018).



3

02

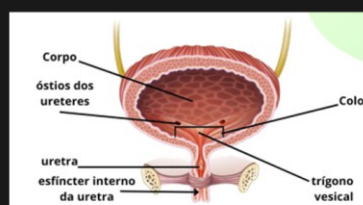
OBJETIVOS

- ❑ Apresentar a problemática da Incontinência Urinária;
- ❑ Capacitar os profissionais de saúde para a compreensão e importância da identificação das pessoas com incontinência urinária;
- ❑ Divulgar comportamentos promotores da continência urinária, bem como estratégias/intervenções a adotar junto da pessoa com incontinência urinária.

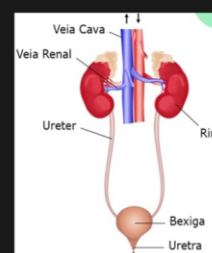
03

ANATOMOFISIOLOGIA DO APARELHO URINÁRIO

- ❑ Composto por: Rins, ureteres, bexiga e uretra.
- ❑ **Bexiga** Órgão muscular oco, formada pelo músculo detrusor e pelo trigono (onde passam os ureteres e uretra).
- ❑ O **esfíncter interno** localizado no colo vesical, é composto por músculo liso e é autônomo.
- ❑ O **esfíncter externo** é composto por músculo esquelético e está sob controle voluntário, permitindo evitar a micção.
- ❑ Os **músculos do pavimento pélvico**, incluindo o levanteador do ânus, pubococcígeo, obturador interno, piriforme, e os músculos superficiais e profundos do períneo formam o diafragma urogenital. A sua contração voluntária contribui para a continência ao comprimir, alongar e elevar a uretra. Esses músculos estriados e voluntários podem ser fortalecidos por meio de exercícios específicos (Redol et al., 2017).



5



6

Como se processa o autocontrole urinário:

- ❑ O reflexo da micção é mantido por um arco reflexo que envia impulsos sensoriais desde a bexiga até à região sagrada S3.
- ❑ Se a pessoa decide não urinar, o centro da micção no lobo frontal envia mensagens inibitórias bloqueando a contração do detrusor e o relaxamento do esfíncter. A continência envolve a inibição ativa do arco reflexo completo.
- ❑ A continência urinária define-se como a capacidade que a bexiga tem em conseguir armazenar urina, sem que existam perdas, mesmo que exista um esforço físico intenso ou vontade de urinar.

Autocontrolo urinário Ineficaz

- Surge de forma involuntária. A pessoa deixa de conseguir armazenar e controlar a saída de urina.



04

TIPOS DE INCONTINÊNCIA URINÁRIA

- **Transitória/Aguda** ligada a uma condição médica ou cirúrgica aguda que se resolve quando a causa subjacente é tratada. As causas comuns incluem estados temporários de confusão mental, infeções do trato urinário, efeitos colaterais de medicamentos, aumento da produção de urina, mobilidade reduzida e obstipação.
- **Estabelecida/Crónica** resulta de anomalias na estrutura ou função do trato urinário ou do sistema neurológico, afetando o armazenamento da urina, o esvaziamento ou ambos, muitas vezes com início gradual. Os tipos identificados incluem incontinência de esforço, de urgência, mista, funcional, por regurgitação e retenção urinária.

(Abrams et al., 2017; Gray & Moore, 2012)

TIPOS DE INCONTINÊNCIA URINÁRIA

IU de Urgência é marcada por um forte desejo de urinar, resultando na perda de grandes quantidades de urina, causada por uma contração do detrusor hiperativa e que é causada por uma disfunção vesical.

IU de esforço ocorre com a perda súbita de pequenas quantidades de urina durante atividades físicas, como tosse, espirros ou gargalhadas, devido ao aumento súbito da pressão intra-abdominal e à instabilidade uretral ou causada por uma disfunção esfinteriana.

IU mista - causada por uma disfunção vesico-esfinteriana com a pessoa a sentir urgência urinária e incontinência de esforço.

IU funcional devido à incapacidade funcional da pessoa de chegar à casa de banho a tempo, resultante de défices cognitivos, mobilidade reduzida ou lesões neurológicas, e pode ser agravada por barreiras arquitetónicas.

IU por refluxo problema é ao nível do esvaziamento da urina e é caracterizada pela perda contínua de pequenas quantidades de urina devido a uma bexiga hiperdistendida.

IU Neurogénica problema é ao nível de armazenamento e esvaziamento estamos perante uma disfunção vesico - esfinteriana de origem neurogénica.

05

INCONTINÊNCIA URINÁRIA REPERCUSSÕES

Biológicas

Físicas

Sociais

Psicológicas

Sexuais

Ocupacionais

Envelhecimento a capacidade da bexiga diminui, assim como a pressão máxima de encerramento uretral em que há um atraso na sensação de vontade de urinar. Isso em conjunto com o aumento das contrações involuntárias do detrusor e o risco de infecções urinárias, dificulta o controle voluntário da micção.

Comorbilidade associadas prolongamento do internamento, infecções do trato urinário, complicações do uso prolongado de cateteres urinários e dermatites de contato por lesões na pele devido à humidade e acidez da urina, úlceras por pressão, risco aumentado de quedas devido à urgência urinária, fraturas decorrentes dessas quedas, distúrbios do sono que resultam em debilidade funcional. Gera custos elevados para o sistema de saúde e para a pessoa.

(Abrams et al., 2017; Gray & Moore, 2012)

06

INTERVENÇÕES NA PROMOÇÃO DA CONTINÊNCIA URINÁRIA

- O EEER desempenha um papel crucial na promoção do diagnóstico precoce e na implementação de medidas preventivas e manutenção das capacidades funcionais.
- A implementação de programas de reabilitação deve fornecer cuidados de enfermagem que incluam a redução da incapacidade, aumento da independência funcional, diminuição do período de internamento e possíveis reinternamentos, facilitação da reintegração na família e sociedade e promover a maior satisfação.



- A gestão dos cuidados para pessoas com alterações no padrão de eliminação vesical é uma prioridade na enfermagem de reabilitação, apresentando resultados positivos.
- O EEER dispõe de diversas estratégias de intervenção, sendo fundamental priorizar aquelas menos invasivas e mais seguras, levando em conta a condição da pessoa, a relação custo-benefício, a complexidade técnica e os potenciais riscos.

(Marques-Vieira et al., 2016; Ribeiro et al., 2021)



Técnicas comportamentais visam reduzir a frequência e intensidade dos episódios de IU. Pretende-se que a pessoa consciencialize a diferença entre a percepção da necessidade de urinar e o ato de urinar:

- **Treino Vesical** utilizar a distração e técnicas de relaxamento de modo a inibir a vontade de urinar após desejo da micção.
- **Treino de hábitos (micção temporizada)** estabelece-se um horário para urinar voluntariamente, antes que a bexiga esteja completamente cheia.
- **Micção imediata** em pessoas com alterações cognitivas. Consiste em responsabilizar a pessoa pela gestão da sua micção e incontinência, perguntando regularmente se a roupa está molhada ou não.



Exercícios do pavimento pélvico são um complemento eficaz que fortalecem a uretra e aumentam o suporte muscular das estruturas pélvicas;

Ajudam a pessoa a identificar e utilizar corretamente os músculos para controlar a continência;

Melhoram a resistência da uretra, favorecendo o seu fechamento e fortalece a musculatura peri-uretral voluntária e pélvica.



- A pessoa é orientada a contrair os músculos por 10 segundos, seguidos de relaxamento por outros 10 segundos, repetindo esse ciclo por até 10 minutos, três a quatro vezes ao dia.
- É crucial ensinar à pessoa a esvaziar a bexiga antes do treino;
- Os exercícios podem ser feitos em qualquer posição: deitado, sentado e de pé; no entanto, é recomendado iniciar deitado;
- Os resultados normalmente só são perceptíveis após 4 a 6 semanas de prática.





EXEMPLOS DE EXERCÍCIOS NA POSIÇÃO DEITADO

16

1. Contração isométrica dos glúteos:

Utente em decúbito dorsal, membros inferiores em extensão e membros superiores em extensão ao lado do corpo.

Realizar a contração isométrica rápida dos músculos dos glúteos, manter esta posição de contração por 6 a 10 segundos, e repetir 3 a 5 vezes.



3. Retroversão pélvica:

Em decúbito dorsal, membros inferiores em flexão braços em extensão ao lado do corpo. Pode ser realizado também com os membros inferiores em extensão. Instalar o utente a expirar profundamente e durante a expiração realizar o movimento de retroversão pélvica (empurrar a bacia para frente). Este movimento de empurrar a bacia para frente ocorre quando se contrai o abdômen e os glúteos ao mesmo tempo, isto empurra o umbigo para baixo e a bacia gira para frente fazendo um movimento de bascula em torno de um eixo imaginário que cruza os dois lados da bacia. Executar 2 séries de 5 repetições, mantendo a contração por 6 a 10 segundos.



4. Contração Isolada Perineal:

Em decúbito dorsal, membros inferiores em flexão braços em extensão ao lado do corpo. Pode ser realizado também com os membros inferiores em extensão. Faça uma contração perineal isolada e mantenha esta contração por 6 a 10 segundos. A Contração Isolada é o movimento de segurar voluntariamente a micção para evitar a perda de urina, sendo que assim, toda a musculatura da região é contraída. Executar 2 séries de 5 repetições, mantendo a contração por 6 a 10 segundos.



2. Contração isométrica dos abdominais:

Utente em decúbito dorsal, membros inferiores em flexão e membros superiores em extensão ao lado do corpo.

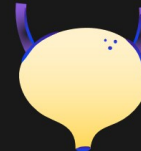
Realizar a contração isométrica de todo o abdômen e mantenha esta contração por 6 a 10 segundos. A contração do abdômen é feita como se afundasse o umbigo contra a superfície de apoio e fazendo com que a região lombar fique cada vez mais pressionada contra esta superfície.

Realizar 2 séries de 5 repetições, mantendo a contração por 6 a 10 segundos.



5. Kegel:

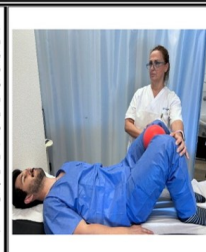
Utente em decúbito dorsal membros inferiores em extensão e membros superiores em extensão ao lado do corpo. Realizar a contração isolada perineal, a contração do abdômen e a contração dos glúteos (músculos do pavimento pélvico). Manter estas 3 contrações de 6 a 10 segundos e depois relaxar toda a região. Executar 2 séries de 5 repetições, mantendo a contração por 6 a 10 segundos.



6. Adução deitado:

Flexão coxofemoral e dos joelhos, realiza a adução com uma resistência entre os joelhos. Essa resistência pode ser uma bola ou uma almofada. O movimento consiste em comprimir o objeto e relaxar. Contrai a musculatura do pavimento pélvico (MPP) e relaxa logo em seguida. Repete o movimento 10 vezes e podem ser feitos diariamente. Pode ser uma contração rápida ou sustentada (contrai MPP e mantém a contração por 5 segundos e relaxa por 10 segundos. Repete o movimento 10 vezes).

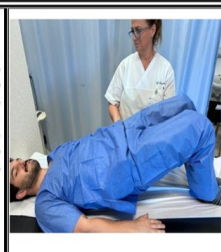
O EEER posiciona-se ao lado do utente, apoiando os joelhos.



7. Elevação pélvica:

O utente levanta a bacia do leito, mantendo um alinhamento lombar e pélvico, contrai os MPP e sustem por 10 segundos. Depois relaxa os MPP e glúteos e baixa a bacia lentamente. Repete o movimento 10 vezes. Pode-se iniciar com uma série de 8 a 10 repetições e com o tempo ir aumentando o número de séries para 2 a 3.

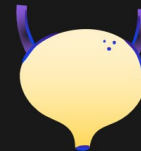
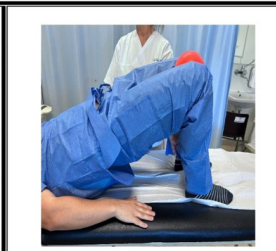
O EEER posiciona-se ao lado do utente, estabiliza a bacia e os joelhos.



8. Elevação pélvica com adução:

Elevação da bacia com adução com uma resistência entre os joelhos. Essa resistência pode ser uma bola ou uma almofada. Eleva a bacia e a lombar deixando o corpo apoiado apenas nos ombros e nos pés e contrai os MPP por 10 segundos. Volta à posição inicial e repete 10 vezes.

O EEER posiciona-se ao lado do utente, estabiliza a bacia e os joelhos.

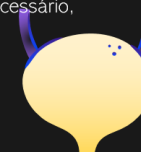


17



18

- IU de urgência** Recomenda-se a realização de exercícios de Kegel, treino vesical, ajuste de hábitos, modificações na alimentação e na ingestão de líquidos, além de mudanças no vestuário.
- IU de esforço** O plano de intervenção inclui exercícios de Kegel e treino de hábitos.
- IU funcional** O tratamento abrange técnicas como micção imediata, treino de hábitos, treino vesical e ajustes ambientais.
- IU por refluxo** A intervenção recomendada é a auto-cateterização intermitente.
- IU total** Nestes casos, pode ser necessário o uso de cateterização vesical permanente ou dispositivos urinários.
- Alterações neurogénicas da bexiga** As intervenções incluem treino de hábitos, treino vesical e, se necessário, cateterização vesical intermitente.





Obrigado!

Dúvidas e questões?



Bibliografia:

- Abrams, P., Cardozo, L., Wagg, A. & Wein, A. (2017). *Incontinence*. (6 ed.) Bristol, UK: International Continence Society Bristol. Disponível : https://www.ics.org/publications/icl_6/incontinence_6th_Edition_2017_eBook_v2.pdf
- An, D., Wang, J., Zhang, F., Jing, H., Gao, Y., Cong, H., Hu, C., Wu, J., & Liao, L. (2023). Effect of different postures of Pilates combined with Kegel training on pelvic floor muscle strength in post-prostatectomy incontinence. *International Urology and Nephrology*, 55(3), 519–527. <https://doi.org/10.1007/s11255-022-03423-x>
- Arco, H., Costa, A. & Mestrinho, N. (2017). Incontinência urinária e quedas no idoso: Contributos para uma revisão da literatura. *Revista Hospitalidade*, 87 (315), 34-40
- Associação Portuguesa de Urologia. (2018). Urologia em 10 minutos. Disponível : <https://apurologia.pt/wp-content/uploads/2018/10/Uro-10-min.pdf>
- Avery, J. C., Braunack-Mayer, A. J., Stocks, N. P., Taylor, A. W. & Duggan, P. (2013). Psychological perspectives in urinary incontinence : a metasynthesis. *A Women's Health*, 1-10. Disponível : <https://ro.uow.edu.au/sspapers/3791>
- Conselho Internacional de Enfermeiros. (2019). *Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem, Versão 2019*. Ordem dos Enfermeiros. Disponível : <https://www.icn.ch/what-we-do/projects/ehs-health-icpm/cmp-browser>
- Culligan, P. J., Scherer, J., Dyer, K., Priestley, J. L., Guignon-White, G., Devecchio, D., & Vargel, M. (2010). A randomized clinical trial comparing pelvic floor muscle training to a Pilates exercise program for improving pelvic muscle strength. *International urogynecology journal*, 21 (4), 401–408. <https://doi.org/10.1007/s00192-009-1046-z>
- Direção Geral de Saúde. (2016). *Norma nº 013/2016 de 28 de outubro de 2016*. Regras de Prescrição de Dispositivos Médicos na Retenção/Incontinência em Idade Pediátrica e no Adulto. Direção Geral de Saúde. Disponível : https://normas.dgs.min-saude.pt/wpcontent/uploads/2019/09/Regras-de-Prescricao-de-Dispositivos-Medicos-na-Retencao_Incontinencia_-em-Idade-Pediatica-e-no-Adulto.pdf
- Faria, F., Menezes, A., Rodrigues, A., Ferreira, A. & Bolsas, C. (2014). Incontinência urinária e noctúria: prevalência e impacto sobre qualidade de vida em idosas numa Unidade Básica de Saúde. *Revista Brasileira Geriatria Gerontologia, Rio de Janeiro*, 17 (1):17-25
- Ferreira, M., Peres, M. (2020). Implementação de um programa de reabilitação: intervenção do enfermeiro especialista de reabilitação numa UCI. *Revista Portuguesa de Enfermagem de Reabilitação*, 2 (3) 68–75.

- Ministério da saúde. (2018). - Incontinência urinária. Disponível em: <https://bysms.saude.gov.br/incontinencia-urinaria>
- 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
- OMS. (2021). Rehabilitation, Disponível em: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/rehabilitation>
- Ordem dos Enfermeiros. (2019). Regulamento das competências específicas do enfermeiro especialista em Enfermagem de Reabilitação. *Regulamento n.º 392/2019: Diário da República, 2ª série* (85). Disponível: <https://www.ordemenfermeiros.pt/media/11871/1356513568.pdf>
- Pedriali, F. R., Gomes, C. S., Soares, L., Urbano, M. R., Moreira, E. C. H., Averbeck, M. A., & de Almeida, S. H. M. (2016). Is pilates as effective as conventional pelvic floor muscle exercises in the conservative treatment of post-prostatectomy urinary incontinence? A randomised controlled trial. *Neurology and Urodynamics*, 35(5), 615–621. Disponível em : <https://doi.org/10.1002/nuu.22761>
- Potter, P. A., Perry, A.G., Stockert, P., Hall, A. (2018). *Fundamentos de Enfermagem*. 9ªed. Rio de Janeiro: Elsevier.
- 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
- Ribeiro, O. (2021). *Enfermagem de reabilitação: concepções e práticas*. 1ªEd. Lisboa: Lidel
- Ribeiro, O., Moura, I., Ventura, J. (2021). *Referenciais técnicos orientadores do exercício profissional dos enfermeiros especialistas em enfermagem de reabilitação*. In O. Ribeiro (Ed.), *Enfermagem de Reabilitação - Concepções e Práticas* (pp. 48–55). Lisboa: Lidel
- Riley, M. & Organist, L. (2014). Streamlining biofeedback for urge incontinence. *Urologic Nursing*, 34 (1), 193-202
- Santos, C. (2012). Reeducação Períneoesfinteriana. In M.M. Silva, A. Duarte, J. Galo & N. Domingues (coord.), *Enfermagem em Urologia* (pp. 166-170). Lisboa: Lidel
- Schulz, P. J., & Nakamoto, K. (2013). Health literacy and patient empowerment in health communication: the importance of separating conjoined twins. *Patient education and counseling*, 90(1), 4–11. Disponível: <https://doi.org/10.1016/j.pec.2012.09.006>
- Seeley, R., Stephens, T. & Tate, P. (2008). Aparelho Urinário. In: *Anatomia e Fisiologia* 8ª (ed) 26
- Simpson, P. (2015). Prostatectomy: information provision and education for patients. *British journal of nursing (Mark Allen Publishing)*, 24(9), S24–S28. Disponível: <https://doi.org/10.12968/bjon.2015.24.Sup9.S24>
- Zanetti, M. R., Castro, R.deA., Rotta, A. L., Santos, P. D., Sartori, M., & Girão, M. J. (2007). Impact of supervised physiotherapeutic pelvic floor exercises for treating female stress urinary incontinence. *São Paulo medical journal = Revista paulista de medicina*, 125(5), 265–269. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/s1516-31802007000500003>

**APÊNDICE VIII – REABILITAR A PESSOA COM
INCONTINÊNCIA URINÀRIA**

PLANO DA AÇÃO DE FORMAÇÃO

TÍTULO DA FORMAÇÃO: Reabilitar a pessoa com Incontinência Urinária

FORMADORA: Ana Cristina Patrício Ciuro (aluna nº 118317)

DIA DA FORMAÇÃO: 30 de outubro de 2024

OBJETIVOS:

- ✓ Apresentar a problemática da Incontinência Urinária;
- ✓ Capacitar os enfermeiros para a compreensão e importância da identificação das pessoas com incontinência urinária;
- ✓ Divulgar comportamentos promotores da continência urinária, bem como estratégias/intervenções a adotar junto da pessoa com incontinência urinária.

PÚBLICO-ALVO: Enfermeiros da UCC Almada

CONTEÚDO: Breve introdução ao tema; Anatomo-fisiologia do aparelho urinário; Tipos de incontinência urinária; Repercussões da incontinência urinária; Avaliação; Intervenções na promoção da continência urinária; Construção de um plano de reabilitação.

MÉTODOS DE ENSINO: Expositivo e prático

RECURSOS NECESSÁRIOS: Computador, Bola suíça, tapete e bola de exercícios

CRONOGRAMA:

- Introdução e objetivos (5 minutos)
- Explicação teórica (15 minutos)
- Demonstração prática de exercícios (10min)
- Feedback e encerramento (5 minutos)

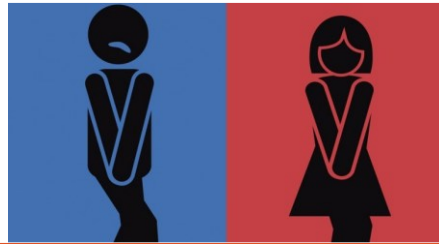
AVALIAÇÃO:

Questionário verbal no final na sessão

Reabilitar a Pessoa com Incontinência Urinária

Aluna : Ana Ciuro
Professor Orientador: Enfº Paulo Galego da UCC Almada

Outubro de 2024



Introdução



Objetivos



Anatomofisiologia do aparelho urinário



Incontinência urinária: tipos, repercussões e avaliação



Intervenções na promoção da continência urinária



Construção de um plano de reabilitação

2



INTRODUÇÃO

A IU, é uma situação de doença e surge de forma involuntária, em que não há capacidade para armazenar e controlar a saída de urina, com perdas desde pequenas a graves e de forma frequente (DGS, 2016)

A OMS refere que a IU é um problema de saúde pública. Existem mais de 200 milhões de pessoas no mundo com este problema (Zanetti et al., 2007)

Em Portugal a Associação Portuguesa de Urologia (2018), refere que existem aproximadamente mais de 600 mil pessoas com IU. Apenas uma pequena percentagem (10%) solicita ajuda.

A maior prevalência acontece nas mulheres (Ministério da Saúde, 2018).

3

OBJETIVOS

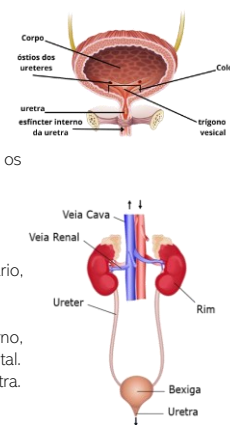
- ❑ Apresentar a problemática da Incontinência Urinária;
- ❑ Capacitar os enfermeiros para a compreensão e importância da identificação das pessoas com incontinência urinária;
- ❑ Divulgar comportamentos promotores da continência urinária, bem como estratégias/intervenções a adotar junto da pessoa com incontinência urinária.

4

ANATOMOFISIOLOGIA DO APARELHO URINÁRIO

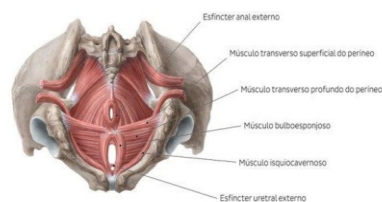
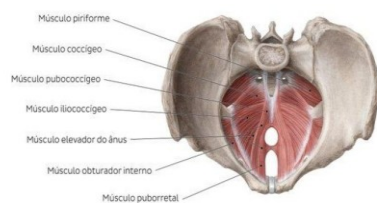
Composto por Rins, ureteres, bexiga e uretra.

- ❑ **Bexiga** Órgão muscular oco, formada pelo músculo detrusor e pelo trigono (onde passam os ureteres e uretra).
- ❑ O **esfíncter interno** localizado no colo vesical, é composto por músculo liso e é autônomo.
- ❑ O **esfíncter externo** é composto por músculo esquelético e está sob controle voluntário, permitindo evitar a micção.
- ❑ Os **músculos do pavimento pélvico** o levantador do ânus, pubococcígeo, obturador interno, piriforme, e os músculos superficiais e profundos do períneo formam o diafragma urogenital. A contração é voluntária e contribui para a continência ao comprimir, alongar e elevar a uretra. Podem ser fortalecidos através de exercícios específicos (Redol et al., 2017).



5

No período de enchimento da bexiga, a continência está assegurada pelo esfíncter uretral interno, externo e pelos músculos do pavimento pélvico.



Fonte: Linhares (2022)

6

Como se processa o autocontrole urinário?

O reflexo da micção é mantido por um arco reflexo que envia impulsos sensoriais desde a bexiga até à região sagrada S3.

Se a pessoa decide não urinar, o centro da micção no lobo frontal envia mensagens inibitórias bloqueando a contração do detrusor e o relaxamento do esfíncter. A continência envolve a inibição ativa do arco reflexo completo.

A continência urinária define-se como a capacidade que a bexiga tem em conseguir armazenar urina, sem que existam perdas, mesmo que exista um esforço físico intenso ou vontade de urinar.



7

INCONTINÊNCIA URINÁRIA: TIPOS, REPERCUSSÕES E AVALIAÇÃO

Incontinência Urinária - Tipos



Transitória/ Aguda: ligada a uma condição médica ou cirúrgica aguda que se resolve quando a causa subjacente é tratada. As causas comuns incluem estados temporários de confusão mental, infecções do trato urinário, efeitos colaterais de medicamentos, aumento da produção de urina, mobilidade reduzida e obstipação.



Estabelecida/ Crônica: resulta de anomalias na estrutura ou função do trato urinário ou do sistema neurológico, afetando o armazenamento da urina, o esvaziamento ou ambos, muitas vezes com início gradual.

(Abrams et al., 2017; Gray & Moore, 2012)

8

IU de Urgência- é marcada por um forte desejo de urinar, resultando na perda de grandes quantidades de urina, causada por uma contração do detrusor hiperativa e que é causada por uma disfunção vesical.

IU de esforço- ocorre com a perda súbita de pequenas quantidades de urina durante atividades físicas, como tosse, espirros ou gargalhadas, devido ao aumento súbito da pressão intra-abdominal e à instabilidade uretral ou causada por uma disfunção esfíncteriana.

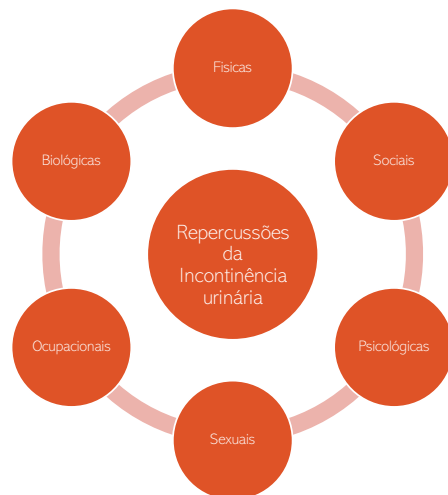
IU mista - causada por uma disfunção vesico-esfíncteriana com a pessoa a sentir urgência urinária e incontinência de esforço

IU funcional- devido à incapacidade funcional da pessoa de chegar à casa de banho a tempo, resultante de défices cognitivos, mobilidade reduzida ou lesões neurológicas, e pode ser agravada por barreiras arquitetónicas.

IU por refluxo- problema é ao nível do esvaziamento da urina e é caracterizada pela perda contínua de pequenas quantidades de urina devido a uma bexiga hiperdistendida.

IU Neurogénica- problema é ao nível de armazenamento e esvaziamento estamos perante uma disfunção vesico-esfíncteriana de origem neurogénica.

9



Comorbilidade associadas

- Prolongamento do internamento;
- Infecções do trato urinário;
- Complicações do uso prolongado de cateteres urinários;
- Dermatites de contato;
- Úlceras por pressão;
- Risco aumentado de quedas devido à urgência urinária;
- Fraturas decorrentes dessas quedas;
- Distúrbios do sono que resultam em debilidade funcional;
- Gera custos elevados para o sistema de saúde e para a pessoa.

Arco et al. (2017)

10

Incontinência Urinária - Avaliação



Recolha de informação sobre as perdas duração, sintomas, antecedentes pessoais e familiares, medicação atual, histórico das queixas (início, duração, frequência, período do dia), fatores precipitantes, sensação de plenitude vesical antes e após urinar, e capacidade de adiar a micção.



Investiga outros sintomas como disúria e hematúria, questiona a gestão da perda de urina e se a pessoa já participou em algum programa de treino, questionar a percepção sobre suas perdas de urina e o impacto na qualidade de vida, utilizando o questionário **International Consultation Questionnaire Urinary Incontinence Short Form (ICIQ-U-SF)**.

11

Questionário ICIQ-SF validado

ICIQ-SF	
Número inicial	DIA MES ANO
Muitas pessoas têm por vezes perdas de urina. Estamos a tentar perceber quantas pessoas têm perdas de urina e se esta situação as incomoda. Agradecemos que respondesse às perguntas que se seguem, tendo em conta aquilo que tem sentido, em média, nas ÚLTIMAS QUATRO SEMANAS.	
1. Preencha com a sua data de nascimento, s.f.f.:	
DIA MES ANO	
2. Sexo (assinale uma):	
Feminino Masculino	
3. Com que frequência tem perdas de urina? (Escolha uma opção)	
nunca ☐ 0 uma vez por semana ou menos ☐ 1 duas ou três vezes por semana ☐ 2 uma vez por dia ☐ 3 várias vezes por dia ☐ 4 constantemente ☐ 5	
4. Gostaríamos de saber a quantidade de urina que acha que perde. Que quantidade de urina costuma perder (pouca ou não proteção)? (escolha uma opção)	
nenhuma ☐ 0 uma quantidade pequena ☐ 1 uma quantidade moderada ☐ 2 uma grande quantidade ☐ 3	
5. No geral, a perda de urina interfere muito no seu dia-a-dia? (Faça um círculo entre 0 (nada) e 10 (bastante))	
0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 nada bastante	
pontuação ICIQ: somar pontuações 3+4+5	
6. Quando tem perdas de urina? (Escolha todas as opções que se aplicam a si)	
☐ tem perdas de urina antes de conseguir chegar à casa de banho ☐ tem perdas de urina quando tosse ou respira ☐ tem perdas de urina quando está a fazer exercício ☐ tem perdas de urina quando está fisicamente ativo(a) ☐ tem perdas de urina quando está vestido(a) ☐ tem perdas de urina sem razão aparente ☐ tem perdas de urina constantemente	

Muito obrigado por responder a estas questões.

QUESTIONÁRIO "INTERNATIONAL CONSULTATION QUESTIONNAIRE URINARY INCONTINENCE SHORT FORM (ICIQ-U-SF)

A Interpretação da Pontuação

- 0-7: Incontinência leve
- 8-14: Incontinência moderada
- 15-21: Incontinência grave

Guerra et al. (2023)

12

Dia 3 data: / /

HORA	Bebidas consumidas		Número de idas à sala de banho durante a hora	Vontade interna de urinar	Vontade ligera de urinar	Perda acidental de urina
	De que tipo?	Quantidade				
Exemplo	Chá	2 Chávenas	1	-	1	-
Exemplo	Café	1 Lata	2	-	1	-
06-07h00						
07-08h00						
08-09h00						
09-10h00						
10-11h00						
11-12h00						
12-13h00						
13-14h00						
14-15h00						
15-16h00						
16-17h00						
17-18h00						
18-19h00						
19-20h00						
20-21h00						
21-22h00						
22-23h00						
23-00h00						
00-01h00						
01-02h00						
02-03h00						
03-04h00						
04-05h00						
05-06h00						

DIÁRIO MICCIONAL

13



Limitações cognitivas



Marcha



Tónus do esfíncter anal, reflexo bulbocavernoso, sensibilidade do períneo e dos genitais



Exame físico (observação e palpação do abdómen e região pélvica)

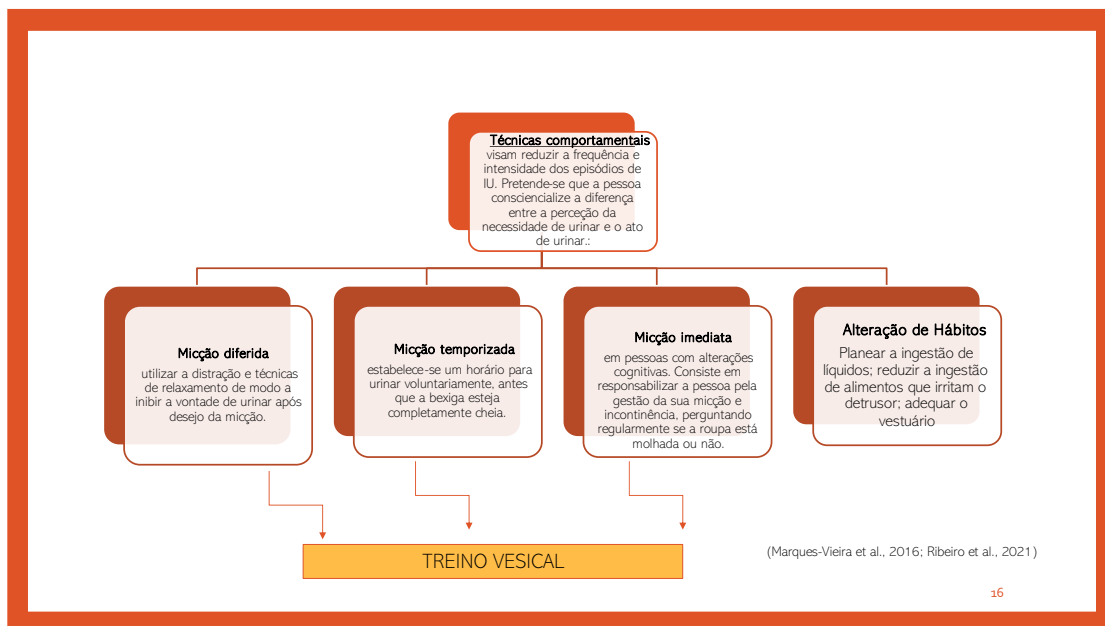
14



INTERVENÇÕES NA PROMOÇÃO DA CONTINÊNCIA URINÁRIA

- O enfermeiro especialista em enfermagem de reabilitação (EEER) desempenha um papel crucial na promoção do diagnóstico precoce e na implementação de medidas preventivas e manutenção das capacidades funcionais.
- A implementação de programas de reabilitação deve fornecer cuidados de enfermagem que incluam a redução da incapacidade, aumento da independência funcional, diminuição do período de internamento e possíveis reinternamentos, facilitação da reintegração na família e sociedade e promover a maior satisfação.

15



16



Exercícios de fortalecimento muscular do pavimento pélvico (FMPP)

- ❑ Complemento eficaz que fortalecem a uretra e aumentam o suporte muscular das estruturas pélvicas;
- ❑ Ajudam a identificar e utilizar corretamente os músculos para controlar a continência;
- ❑ Melhoram a resistência da uretra, favorecendo o seu fechamento e fortalece a musculatura peri-uretral voluntária e pélvica.

17



Exercícios de fortalecimento muscular do pavimento pélvico (Kegel)

1. É crucial ensinar a pessoa a esvaziar a bexiga antes do treino;
2. Aprender a identificar, isolar, contrair e relaxar o pavimento pélvico;
3. A força é alcançada através de pequenas contrações (1 a 2 segundos);
4. A resistência é atingida através de contrações mantidas por períodos mais longos (10 segundos);
5. Períodos de relaxamento por 10 segundos, repetindo esse ciclo por até 10 minutos, três a quatro vezes ao dia;
6. Os exercícios devem ser realizados de forma progressiva, evitando a fadiga.
7. Podem ser feitos em qualquer posição: deitado, sentado e de pé, no entanto, é recomendado iniciar deitado;
8. Os resultados normalmente só são perceptíveis após 4 a 6 semanas de prática.

(Newman, 2014; Ribeiro, 2021)

18

- **IU de urgência** Recomenda-se a realização de exercícios FMPP, treino vesical, ajuste de hábitos, modificações na alimentação e na ingestão de líquidos, além de mudanças no vestuário.
- **IU de esforço** O plano de intervenção inclui exercícios FMPP e treino de hábitos
- **IU funcional** O tratamento abrange técnicas como treino de hábitos, treino vesical e ajustes ambientais.
- **IU por refluxo** A intervenção recomendada é a auto-cateterização intermitente.
- **IU total** Nestes casos, pode ser necessário o uso de cateterização vesical permanente ou dispositivos urinários.
- **Alterações neurogénicas da bexiga** intervenções incluem treino de hábitos, treino vesical e, se necessário, cateterização vesical intermitente.

(Abrams et al., 2017; Mendonça, 2012; Riley & Organist, 2014)

19

**Escala de Auto Eficácia
de Browne para os Exercícios da Musculatura Pélvica**

Instruções
Este questionário contém duas partes que descrevem diferentes situações relacionadas com a perda involuntária de urina (incontinência). Após cada frase na Parte A, indique o seu nível de confiança na realização de cada uma das seguintes actividades. Na Parte B, indique o seu nível de confiança na actividade como medida preventiva da perda involuntária de urina.

Exemplos
Por favor, leia cada frase e pense na situação proposta. Coloque um círculo no número da escala situada na parte lateral da página, que melhor indique o seu nível de confiança na realização de cada uma das seguintes actividades.

No escala, o zero (0) significa que não se sente minimamente confiante na sua capacidade de executar a actividade, o 100 significa que se sente muito confiante na sua capacidade de executar a actividade (100% de hipóteses de conseguir executar o que lhe é pedido).

Exemplo (Parte A)
Para cada frase, por favor, indique o seu nível de confiança na realização das contrações dos músculos pélvicos para prevenir perdas involuntárias de urina.

Vamos supor que se sente 80% confiante na sua capacidade de executar as contrações dos músculos pélvicos. Deste modo, a sua resposta seria 80, pelo que deveria colocar um círculo no número 80.

Qual o seu nível de confiança na sua capacidade de contrair os seus músculos pélvicos 15 vezes como foi ensinado (0)?

Nível de confiança
0 10 20 30 40 50 60 70 80 90 100

Selecione o número da escala que melhor indique o seu nível de confiança

Que nível de confiança sente na sua capacidade de:	Nível de confiança
1. Contrair os seus músculos pélvicos?	0 10 20 30 40 50 60 70 80 90 100
2. Contrair os seus músculos pélvicos três vezes por dia?	0 10 20 30 40 50 60 70 80 90 100
3. Contrair os seus músculos pélvicos quando está deitado(a)?	0 10 20 30 40 50 60 70 80 90 100
4. Contrair os seus músculos pélvicos quando está de pé?	0 10 20 30 40 50 60 70 80 90 100
5. Contrair os seus músculos pélvicos quando está sentado(a)?	0 10 20 30 40 50 60 70 80 90 100
6. Contrair os seus músculos pélvicos sem contrair os seus músculos abdominais?	0 10 20 30 40 50 60 70 80 90 100
7. Contrair os seus músculos pélvicos enquanto lava pratos e vegetais em água corrente?	0 10 20 30 40 50 60 70 80 90 100
8. Contrair os seus músculos pélvicos quando carrega um saco de compras de supermercado?	0 10 20 30 40 50 60 70 80 90 100
9. Contrair os seus músculos pélvicos quando está de pé a lavar os dentes no lavatório?	0 10 20 30 40 50 60 70 80 90 100
10. Contrair os seus músculos pélvicos rapidamente?	0 10 20 30 40 50 60 70 80 90 100
11. Contrair os seus músculos pélvicos quando está triste?	0 10 20 30 40 50 60 70 80 90 100
12. Contrair os seus músculos pélvicos enquanto toma banho, após um dia cansativo e muito ocupado?	0 10 20 30 40 50 60 70 80 90 100
13. Contrair os seus músculos pélvicos quando está cansado(a)?	0 10 20 30 40 50 60 70 80 90 100
14. Contrair os seus músculos pélvicos quando acordar de noite com uma forte vontade de urinar?	0 10 20 30 40 50 60 70 80 90 100

Exemplos
Por favor, leia cada frase e pense na situação proposta. Coloque um círculo no número da escala situada na parte lateral da página, que melhor indique o seu nível de confiança na actividade como medida preventiva da perda involuntária de urina.

No escala, o zero (0) significa que não se sente minimamente confiante na actividade como prevenção de perdas involuntárias de urina, o 100 significa que se sente muito confiante na actividade como prevenção de perdas involuntárias de urina.

Exemplo 1 (Parte B)
Parte B: Leia cada frase e pense na situação. Assuma que tem contrações muito eficazes dos músculos pélvicos quando responde a cada questão.

Vamos supor que está 50% confiante em como conseguir prevenir perdas involuntárias de urina. Neste caso, a sua resposta seria 50, pelo que deveria colocar um círculo no número 50.

Qual o seu nível de confiança para as contrações dos músculos pélvicos como prevenção de perdas involuntárias de urina?

Nível de confiança
0 10 20 30 40 50 60 70 80 90 100

O zero (0) significa que não se sente confiante nas contrações dos músculos pélvicos como prevenção de perdas involuntárias de urina, o cem (100) significa que se sente muito confiante nas contrações dos músculos pélvicos na prevenção de perdas involuntárias de urina.

Qual o seu nível de confiança nas contrações dos músculos pélvicos como prevenção de perdas involuntárias de urina:	Nível de confiança
1. Quando sinto uma vontade muito forte de urinar?	0 10 20 30 40 50 60 70 80 90 100
2. Quando espirro?	0 10 20 30 40 50 60 70 80 90 100
3. Quando tosse?	0 10 20 30 40 50 60 70 80 90 100
4. Enquanto espera 2 minutos para entrar numa casa de banho?	0 10 20 30 40 50 60 70 80 90 100
5. Enquanto espera 5 minutos para entrar numa casa de banho?	0 10 20 30 40 50 60 70 80 90 100
6. Quando acordo de noite com uma vontade muito forte de urinar?	0 10 20 30 40 50 60 70 80 90 100
7. Quando levanta pesos pesados?	0 10 20 30 40 50 60 70 80 90 100
8. Quando tosse?	0 10 20 30 40 50 60 70 80 90 100
9. Enquanto lava pratos e vegetais?	0 10 20 30 40 50 60 70 80 90 100

Nome: _____

Data: _____

Agradeco e Validado para a Produção Portuguesa por Ana Marques, Nélia Thompson, Lisa Rebelo
Auto-Declaração de Propriedade (2009)
Original: BIRCHALL, Barbara - Development and Testing of a Scale to measure Self-Efficacy for pelvic Muscle Exercises in Women with Urinary Incontinence. Urology Nursing, Vol. 15, n.º 4 (1995), 254-266.

20



CONSTRUÇÃO DE UM PLANO DE REABILITAÇÃO

Modificações comportamentais



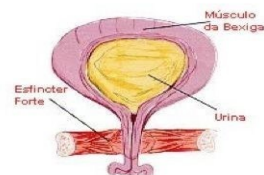
Treino Vesical

+ Alteração de hábitos



Exercícios de fortalecimento dos MPP

O plano de exercícios de fortalecimento dos MPP podem ter a duração de aproximadamente 20 minutos, e devem ser executados pelos EEER



Continência urinária: esfíncteres fortes

21

1. Contração isométrica dos glúteos:

Utente em decúbito dorsal, membros inferiores em extensão e membros superiores em extensão ao lado do corpo.

Realizar a contração isométrica rápida dos músculos dos glúteos, manter esta posição de contração por 6 a 10 segundos, e repetir 3 a 5 vezes.



POSIÇÃO DEITADO

22

2. Contração isométrica dos abdominais:

Utente em decúbito dorsal, membros inferiores em flexão e membros superiores em extensão ao lado do corpo.

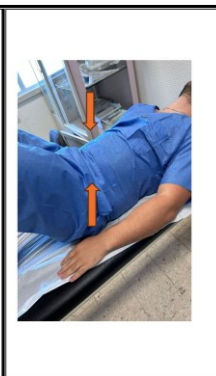
Realizar a contração isométrica de todo o abdômen e mantenha esta contração por 6 a 10 segundos. A contração do abdômen é feita como se afundasse o umbigo contra a superfície de apoio e fazendo com que a região lombar fique cada vez mais pressionada contra esta superfície.

Realizar 2 séries de 5 repetições, mantendo a contração por 6 a 10 segundos.



3. Retroversão pélvica:

Em decúbito dorsal, membros inferiores em flexão braços em extensão ao lado do corpo. Pode ser realizado também com os membros inferiores em extensão. Instruir o utente a inspirar profundamente e durante a expiração realizar o movimento de retroversão pélvica (empurrar a bacia para frente). Este movimento de empurrar a bacia para frente ocorre quando se contrai o abdômen e os glúteos ao mesmo tempo, isto empurra o umbigo para baixo e a bacia gira para frente fazendo um movimento de bacia em torno de um eixo imaginário que cruza os dois lados da bacia. Executar 2 séries de 5 repetições, mantendo a contração por 6 a 10 segundos.



23

4. Contração Isolada Perineal:

Em decúbito dorsal, membros inferiores em flexão braços em extensão ao lado do corpo. Pode ser realizado também com os membros inferiores em extensão. Faça uma contração perineal isolada e mantenha esta contração por 6 a 10 segundos. A Contração Isolada é o movimento de segurar voluntariamente a micção para evitar a perda de urina, sendo que assim, toda a musculatura da região é contraída.

Executar 2 séries de 5 repetições, mantendo a contração por 6 a 10 segundos.



5. Kegel:

Ute em decúbito dorsal membros inferiores em extensão e membros superiores em extensão ao lado do corpo. Realizar a contração isolada perineal, a contração do abdômen e a contração dos glúteos (músculos do pavimento pélvico) Manter estas 3 contrações de 6 a 10 segundos e depois relaxar toda a região. Executar 2 séries de 5 repetições, mantendo a contração por 6 a 10 segundos.



24

6. Adução deitado:

Flexão coxofemoral e dos joelhos, realiza a adução com uma resistência entre os joelhos. Essa resistência pode ser uma bola ou uma almofada. O movimento consiste em comprimir o objeto e relaxar. Contrai a musculatura do pavimento pélvico (MPP) e relaxa logo em seguida. Repete o movimento 10 vezes e podem ser feitos diariamente. Pode ser uma contração rápida ou sustentada (contrai MPP e mantém a contração por 5 segundos e relaxa por 10 segundos. Repete o movimento 10 vezes).

O EEER posiciona-se ao lado do utente, apoiando os joelhos.



7. Elevação pélvica:

O utente levanta a bacia do leito, mantendo um alinhamento lombar e pélvico, contrai os MPP e sustem por 10 segundos. Depois relaxa os MPP e glúteos e baixa a bacia lentamente. Repete o movimento 10 vezes. Pode-se iniciar com uma série de 8 a 10 repetições e com o tempo ir aumentando o número de séries para 2 a 3.

O EEER posiciona-se ao lado do utente, estabiliza a bacia e os joelhos.



25

8. Elevação pélvica com adução:

Elevação da bacia com adução com uma resistência entre os joelhos. Essa resistência pode ser uma bola ou uma almofada. Eleva a bacia e a lombar deixando o corpo apoiado apenas nos ombros e nos pés e contrai os MPP por 10 segundos. Volta à posição inicial e repete 10 vezes.

O EEER posiciona-se ao lado do utente, estabiliza a bacia e os joelhos.



9. Elevação pélvica com elevação dos pés:

O utente realiza a extensão da bacia e lombar com os pés elevados e apoiados na bola suíça. Com os joelhos em extensão eleva a bacia, mantendo os ombros e braços no leito e contrai os MPP por 10 segundos. Volta à posição inicial e repete 10 vezes.



26

10. Elevação pélvica com apoio dos pés:

O utente realiza a extensão da bacia e da lombar com os pés apoiados na bola suíça. Com os joelhos em flexão eleva a bacia, mantendo os ombros e braços no leito, contrai os MPP por 10 segundos. Volta à posição inicial e repete 10 vezes.



11. Elevação pélvica unilateral:

O utente levanta a bacia do leito, mantendo um alinhamento lombar e pélvico. Posteriormente levanta uma das pernas do leito, mantendo a posição de elevação pélvica com contração dos MPP durante 5 segundos. O utente alterna movimentos entre cada perna, 10 vezes. O EEER apoia uma das pernas se necessário.



27

12. Elevação pélvica unilateral com bola suíça e elevação do pé:

Uma perna fica sobre a bola suíça com elevação do pé, e o utente levanta a bacia e a outra perna com apoio do EEER e contrai os MPP por 5 segundos. Mantendo os ombros e braços no leito, volta à posição inicial e repete 10 vezes para cada perna.



13. Elevação pélvica unilateral com bola suíça e com apoio do pé:

O utente realiza a extensão da bacia e lombar com o pé apoiado na bola suíça. Com os joelhos em flexão eleva a bacia, mantendo os ombros e braços no leito e contrai os MPP por 5 segundos. Volta à posição inicial e repete 10 vezes para cada perna.



28

14. Reforço anterior com bola suíça:

Em decúbito dorsal e com os membros inferiores apoiados em 90º graus na bola e as mãos posicionadas atrás da cabeça. No momento da expiração realiza a flexão do tronco cerca de 30 graus realizando a contração dos músculos do períneo. Executar 2 séries de 5 repetições, mantendo a contração por 6 a 10 segundos.



29

15. Em decúbito lateral:

Com um membro superior em extensão e o outro em flexão, joelhos fletidos e membros inferiores em adução, realizar contrações rápidas dos MPP (3-5 vezes), seguidas por uma contração mantida por 6-8 segundos.

Na mesma posição lateral, manter os pés juntos e abduzir o membro inferior que não está em contato com a superfície até a amplitude máxima possível, sem fazer a rotação do tronco. Nessa posição, realizar contrações rápidas dos MPP (3-5 vezes), seguidas por uma contração mantida por 6-8 segundos.

(Ribeiro, 2021)



30

1. Fazer o exercício Kegel sentado numa cadeira:
Contrair os músculos pélvicos por 5 segundos. Se o utente tiver dificuldade em manter os músculos contraídos por esse tempo, comece com 2 ou 3 segundos.

2. Relaxar os músculos por 10 segundos:
Entre uma série e outra de contrações, deixar os músculos descansarem por 10 segundos.

3. Repetir este exercício 10 vezes:
Contrair por 5 segundos, descansar por 10 e contrair por mais 5 segundos novamente. Repetir este ciclo por 10 vezes. Realizar no máximo 3 a 4 repetições desse ciclo.

4. Para obter resultados: o utente deve praticar os exercícios três a quatro vezes por dia, introduzindo-os nas suas AVD. Fazer uma série de manhã, uma à tarde e outra à noite.



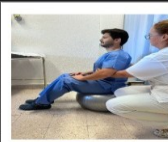
2. Fazer o exercício Kegel e de propriocepção sentado na bola suíça:

Contrair os músculos pélvicos por 5 segundos. Se o utente tiver dificuldade em manter os músculos contraídos por esse tempo, comece com 2 ou 3 segundos. Dar a indicação para inclinar-se para frente e para trás. Quando se inclina para frente, vai sentir melhor a região anterior dos músculos pélvicos quando se inclina para trás vai sentir os músculos pélvicos posteriores.

2. Relaxar os músculos por 10 segundos:
Entre uma série e outra de contrações, deixar os músculos descansarem por 10 segundos.

3. Repetir este exercício 10 vezes:
Contrair por 5 segundos, descansar por 10 e contrair por mais 5 segundos novamente. Repetir este ciclo por 10 vezes. Realizar no máximo 3 a 4 repetições desse ciclo.

4. Para obter resultados: o utente deve praticar os exercícios três a quatro vezes por dia, introduzindo-os nas suas AVD. Fazer uma série de manhã, uma à tarde e outra à noite.



POSIÇÃO SENTADO

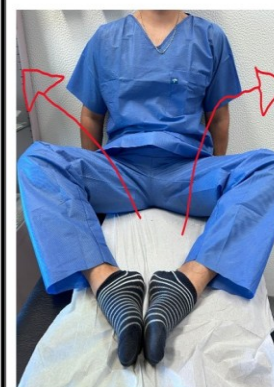
31



3. Exercício de Borboleta:

Utente em posição de sentada com a coluna apoiada na parede e com as pernas fletidas e em adução.

Na expiração deve realizar a abdução das pernas com contração isolada perineal e contração do abdômen. Executar 2 séries de 5 repetições, mantendo a contração por 6 a 10 segundos.



32



4. Alongamento de uma perna:

Sentar-se na parte anterior da bola com a coluna neutra e alinhada verticalmente. Colocar os joelhos a 90 graus e os pés à largura da bacia e braços descontraídos ao longo do tronco ou com as mãos levemente apoiadas nas pernas. Contrair os MPP focando-se na respiração e levantar o calcanhar até deixar a ponta do pé em contacto com o chão. Com a anca estável e nivelada, eleve o joelho até um ângulo confortável e sem mexer a bola, alongue a perna. Volte a fletir o joelho e regresse à posição inicial. Repita cada perna num total de dez vezes.

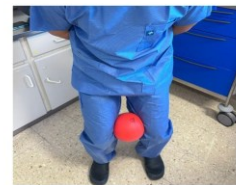
(Ribeiro, 2021)



33

1- Adução de pernas em pé:

Em pé, com os membros superiores em adução e os inferiores em abdução, colocar uma bola entre os joelhos. Realizar contrações rápidas dos MPP (3-5 vezes), seguidas por uma contração mantida por 6-8 segundos.



Em pé, com os membros superiores em adução e os inferiores em adução, coloque uma bola entre os joelhos fletidos. Realize contrações rápidas dos MPP (3-5 vezes), seguidas por uma contração mantida por 6-8 segundos.



POSIÇÃO ORTOSTÁTICA

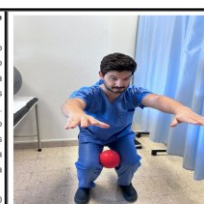
34



2 Agachamento com adução de pernas:

O utente deve realizar o movimento de agachamento normal, mas com uma bola pequena ou almofada entre as pernas e encostada na parede. Inicia-se em pé e faz o movimento de adução, agacha dobrando os joelhos para a frente, e mantém a coluna ereta enquanto continua pressionando o objeto. Volta à posição inicial e repete 10 vezes.

O ideal no exercício de agachamento é além de empurrar os pés no chão, também contrair os músculos do pavimento pélvico durante o exercício como forma de reduzir a sobrecarga.

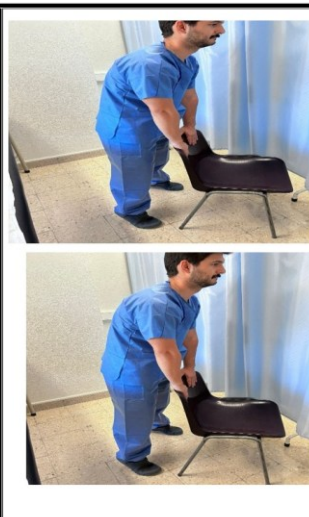


35

3. Exercício com cadeira:

Na posição de pé numa cadeira, com os membros superiores em extensão e os inferiores em abdução, realizar contrações rápidas dos MPP (3-5 vezes), seguidas por uma contração mantida por 6-8 segundos.

Na mesma posição, elevar o corpo apoiando-se nos dedos dos pés, realizando novamente contrações rápidas dos MPP (3-5 vezes), seguidas por uma contração mantida por 6-8 segundos.



36

Bibliografia:

- Abrams, P., Cardozo, L., Wagg, A. & Wein, A. (2017). *Incontinence*. (6 ed.) Bristol, UK: International Continence Society Bristol. Disponível: https://www.ics.org/publications/ici_6/Incontinence_6th_Edition_2017_eBook_v2.pdf
- An, D., Wang, J., Zhang, F., Jing, H., Gao, Y., Cong, H., Hu, C., Wu, J., & Liao, L. (2023). Effect of different postures of Pilates combined with Kegel training on pelvic floor muscle strength in post-prostatectomy incontinence. *International Urology and Nephrology*, 55(3), 519–527. <https://doi.org/10.1007/s11255-022-03423-x>
- Arco, H., Costa, A. & Mestrinho, N. (2017). Incontinência urinária e quedas no idoso: Contributos para uma revisão da literatura. *Revista Hospitalidade*, 81 (315), 34-40
- Associação Portuguesa de Urologia. (2018). Urologia em 10 minutos Disponível: <https://apurologia.pt/wp-content/uploads/2018/10/Uro-10-min.pdf>
- Avery, J. C., Braunack-Mayer, A. J., Stocks, N. P., Taylor, A. W. & Duggan, P. (2013). Psychological perspectives in urinary incontinence: a metasynthesis. *A Women's Health*, 1-10. Disponível: <https://ro.uow.edu.au/sspapers/3791>
- Conselho Internacional de Enfermeiros. (2019). *Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem, Versão 2019*. Ordem dos Enfermeiros. Disponível: <https://www.icn.ch/what-we-do/projects/ehealth-icnptm/icnp-browser>
- Culligan, P. J., Scherer, J., Dyer, K., Priestley, J. L., Guignon-White, G., Delvecchio, D., & Vangeli, M. (2010). A randomized clinical trial comparing pelvic floor muscle training to a Pilates exercise program for improving pelvic muscle strength. *International urogynecology journal*, 21 (4), 401–408. <https://doi.org/10.1007/s00192-009-1046-z>
- Direção Geral de Saúde. (2016). *Norma no 013/2016 de 28 de outubro de 2016*. Regras de Prescrição de Dispositivos Médicos na Retenção/Incontinência em Idade Pediátrica e no Adulto. Direção Geral de Saúde. Disponível: https://normas.dgs.min-saude.pt/wpcontent/uploads/2019/09/Regras-de-Prescricao-de-Dispositivos-Medicos-na-Retencao_Incontinencia-em-Idade-Pediatrica-e-no-Adulto.pdf
- Faria, F., Menezes, A., Rodrigues, A., Ferreira, A. & Bolsas, C. (2014). Incontinência urinária e noctúria: prevalência e impacto sobre qualidade de vida em idosas numa Unidade Básica de Saúde. *Revista Brasileira Geriatria Gerontologia, Rio de Janeiro*, 17 (1):17-25
- Ferreira, M.; Peres, M. (2020). Implementação de um programa de reabilitação: intervenção do enfermeiro especialista de reabilitação numa UCI. *Revista Portuguesa de Enfermagem de Reabilitação*. 2 (3) 68–75. DOI 10.33194/rper.2020.v3.s2.10.582

37

- Abrams, P., Cardozo, L., Wagg, A. & Wein, A. (2017). *Incontinence*. (6 ed.) Bristol, UK: International Continence Society Bristol. Disponível: https://www.ics.org/publications/ici_6/Incontinence_6th_Edition_2017_eBook_v2.pdf
- An, D., Wang, J., Zhang, F., Jing, H., Gao, Y., Cong, H., Hu, C., Wu, J., & Liao, L. (2023). Effect of different postures of Pilates combined with Kegel training on pelvic floor muscle strength in post-prostatectomy incontinence. *International Urology and Nephrology*, 55(3), 519–527. <https://doi.org/10.1007/s11255-022-03423-x>
- Arco, H., Costa, A. & Mestrinho, N. (2017). Incontinência urinária e quedas no idoso: Contributos para uma revisão da literatura. *Revista Hospitalidade*, 81 (315), 34-40
- Associação Portuguesa de Urologia. (2018). Urologia em 10 minutos. Disponível: <https://apurologia.pt/wp-content/uploads/2018/10/Uro-10-min.pdf>
- Avery, J. C., Braunack-Mayer, A. J., Stocks, N. P., Taylor, A. W. & Duggan, P. (2013). Psychological perspectives in urinary incontinence: a metasynthesis. *A Women's Health*, 1-10. Disponível: <https://ro.uow.edu.au/sspapers/3791>
- Conselho Internacional de Enfermeiros. (2019). *Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem, Versão 2019*. Ordem dos Enfermeiros. Disponível: <https://www.icn.ch/what-we-do/projects/ehealth-icnptm/icnp-browser>
- Culligan, P. J., Scherer, J., Dyer, K., Priestley, J. L., Guignon-White, G., Delvecchio, D., & Vangeli, M. (2010). A randomized clinical trial comparing pelvic floor muscle training to a Pilates exercise program for improving pelvic muscle strength. *International urogynecology journal*, 21 (4), 401–408. <https://doi.org/10.1007/s00192-009-1046-z>
- Direção Geral de Saúde. (2016). *Norma no 013/2016 de 28 de outubro de 2016*. Regras de Prescrição de Dispositivos Médicos na Retenção/Incontinência em Idade Pediátrica e no Adulto. Direção Geral de Saúde. Disponível: https://normas.dgs.min-saude.pt/wpcontent/uploads/2019/09/Regras-de-Prescricao-de-Dispositivos-Medicos-na-Retencao_Incontinencia-em-Idade-Pediatrica-e-no-Adulto.pdf
- Faria, F., Menezes, A., Rodrigues, A., Ferreira, A. & Bolsas, C. (2014). Incontinência urinária e noctúria: prevalência e impacto sobre qualidade de vida em idosas numa Unidade Básica de Saúde. *Revista Brasileira Geriatria Gerontologia, Rio de Janeiro*, 17 (1):17-25
- Ferreira, M.; Peres, M. (2020). Implementação de um programa de reabilitação: intervenção do enfermeiro especialista de reabilitação numa UCI. *Revista Portuguesa de Enfermagem de Reabilitação*. 2 (3) 68–75. DOI 10.33194/rper.2020.v3.s2.10.582
- Guerra, M. J., Pinto de Almeida, S. ., Nogueira, H. M. ., & Pereira Alves, P. J. (2023). Validación para la población portuguesa de la "international consultation on incontinence questionnaire-urinary incontinence short form" (ICIQ-UI SF). *Enfermería Global*, 22(3), 479–511. <https://doi.org/10.6018/eglobal.554941>
- Gray, M., & Moore, K. N. (2012). *Cuidados de Enfermagem em Urologia*. Loures: Lusociência.
- Marques-Vieira, C.; Sousa, L. (2016). *Cuidados de Enfermagem de Reabilitação à Pessoa ao Longo da Vida*. 1 ed. Loures: Lusodidacta
- Mendonça, T. (2012). Disfunções Miccionais. Uropatia Obstrutiva Baixa. In M.M. Silva, A. Duarte, J. Galo, N. Domingues (coords), *Enfermagem em Urologia* (pp. 36-50). Lisboa: Lidel.

38

- Ministério da saúde. (2018). - Incontinência urinária. Disponível em: <https://bvsms.saude.gov.br/incontinencia-urinaria>
- 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
- OMS. (2021). Rehabilitation, Disponível em: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/rehabilitation>.
- Ordem dos Enfermeiros. (2019). Regulamento das competências específicas do enfermeiro especialista em Enfermagem de Reabilitação. *Regulamento n.º 392/2019: Diário da República, 2ª série* (85). Disponível: <https://www.ordemenfermeiros.pt/media/11871/1356513568.pdf>
- Pedriali, F. R., Gomes, C. S., Soares, L., Urbano, M. R., Moreira, E. C. H., Averbeck, M. A., & de Almeida, S. H. M. (2016). Is pilates as effective as conventional pelvic floor muscle exercises in the conservative treatment of post-prostatectomy urinary incontinence? A randomised controlled trial. *Neurourology and Urodynamics*, 35(5), 615–621. Disponível em : <https://doi.org/10.1002/nuu.22761>
- Potter, P. A., Perry, A.G., Stockert, P., Hall, A. (2018). *Fundamentos de Enfermagem*. 9ªed. Rio de Janeiro: Elsevier.
- 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
- Ribeiro, O. (2021). *Enfermagem de reabilitação: concepções e práticas*. 1ªEd. Lisboa: Lidel
- Ribeiro, O., Moura, I., Ventura, J. (2021). *Referenciais teóricos orientadores do exercício profissional dos enfermeiros especialistas em enfermagem de reabilitação*. In O. Ribeiro (Ed.), *Enfermagem de Reabilitação - Concepções e Práticas* (pp. 48–55). Lisboa: Lidel
- Riley, M. & Organist, L. (2014). Streamlining biofeedback for urge incontinence. *Urologic Nursing*, 34 (1), 193-202
- Santos, C. (2012). Reeducação Perineoesfincteriana. In M.M. Silva, A. Duarte, J. Galo & N. Domingues (coord.), *Enfermagem em Urologia* (pp. 166-170). Lisboa: Lidel
- Schulz, P. J., & Nakamoto, K. (2013). Health literacy and patient empowerment in health communication: the importance of separating conjoined twins. *Patient education and counseling*, 90(1), 4–11. Disponível: <https://doi.org/10.1016/j.pec.2012.09.006>
- Seeley, R., Stephens, T. & Tate, P. (2008). Aparelho Urinário. In: *Anatomia e Fisiologia*. 8ª (ed) 26
- Simpson P. (2015). Prostatectomy: information provision and education for patients. *British journal of nursing (Mark Allen Publishing)*, 24(9), S24–S28. Disponível: <https://doi.org/10.12968/bjon.2015.24.Sup9.S24>
- Zanetti, M. R., Castro, R.deA., Rotta, A. L., Santos, P. D., Sartori, M., & Girão, M. J. (2007). Impact of supervised physiotherapeutic pelvic floor exercises for treating female stress urinary incontinence. *Sao Paulo medical journal = Revista paulista de medicina*, 125(5), 265–269. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/s1516-31802007000500003>

**APÊNDICE IX – ESTUDO DE CASO - A PESSOA COM
ALTERAÇÃO DA CONTINÊNCIA URINÁRIA**



EGAS MONIZ SCHOOL
of HEALTH & SCIENCE

ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE
EGAS MONIZ

2º Curso de Mestrado em Enfermagem de Reabilitação

ESTUDO DE CASO

A PESSOA COM ALTERAÇÃO DA CONTINÊNCIA URINÁRIA

ANA CRISTINA PATRICÍO CIURO

Almada

2024



2º Curso de Mestrado em Enfermagem de Reabilitação

ESTUDO DE CASO

A PESSOA COM ALTERAÇÃO DA CONTINÊNCIA URINÁRIA

Estágio realizado no Serviço de Neurocirurgia

DISCENTE: ANA CRISTINA PATRICÍO CIURO
DOCENTE ORIENTADOR: NOÉLIA FERREIRA

Almada

2024



LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AVD's -Atividades de Vida Diária

CE – Crânio – Encefálico

CIPE – Classificação para a Prática de Enfermagem

EEER – Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação

HBP – Hiperplasia Benigna da Próstata

ICIQ-UI-SF - *International Consultation on Incontinence Questionnaire – Urinary Incontinence Short Form*

MIF - Escala de Medida de Independência Funcional

MRC - Medical Research Council

NC – Neurocirurgia

N/A – Não Aplicável

O2 – Oxigénio

RTU-P – Ressecção Transuretral da Próstata

SNG – Sonda Nasogástrica

Sr - Senhor

TAC- Tomografia Axial Computadorizada

TCE – Traumatismo Crânio-Encefálico

UCIP – Unidade de Cuidados Intensivos Polivalente



ÍNDICE

<u>INTRODUÇÃO</u>	5
<u>1. DADOS PESSOAIS</u>	6
<u>2. EXAME FÍSICO E AVALIAÇÃO FUNCIONAL</u>	8
2.1 <u>EXAME FÍSICO SUMÁRIO</u>	8
2.2 <u>AVALIAÇÃO DA FUNÇÃO RESPIRATÓRIA (30/05/2024):</u>	8
2.3 <u>AVALIAÇÃO DA DEGLUTIÇÃO (30/05/2024)</u>	9
<u>3. AVALIAÇÃO NEUROLÓGICA (30/05/2024)</u>	10
3.1. <u>ESTADO MENTAL</u>	10
3.2. <u>PARES CRANIANOS</u>	10
<u>4. AVALIAÇÃO DA MOTRICIDADE</u>	14
4.1. <u>AVALIAÇÃO SENSORIO-MOTORA</u>	14
4.2. <u>FORÇA MUSCULAR</u>	14
4.3. <u>TÓNUS MUSCULAR</u>	16
4.4. <u>COORDENAÇÃO MOTORA (30/05/2024; 08/06/2024; 14/06/2024)</u>	18
4.5 <u>AVALIAÇÃO DO EQUILÍBRIO (30/05/2024; 08/06/2024; 14/06/2024)</u>	19
4.6. <u>AVALIAÇÃO DA MARCHA</u>	20
<u>5. AVALIAÇÃO DO RISCO DE QUEDA</u>	21
<u>6. AVALIAÇÃO DO GRAU DE DEPENDÊNCIA E IMPACTO NO AUTOCUIDADO</u>	22
<u>7. PLANO DE CUIDADOS</u>	25
<u>CONSIDERAÇÕES FINAIS</u>	49
<u>REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS</u>	50
<u>ANEXOS</u>	53
<u>APÊNDICE</u>	61
<u>APÊNDICE I- Norma de Procedimento neuroc-3087- cuidados de enfermagem de reabilitação à pessoa com deglutição comprometida</u>	61

INTRODUÇÃO

No contexto do 1º estágio 2º Curso de Mestrado em Enfermagem com Especialização em Enfermagem de Reabilitação na Escola Superior de Saúde Egas Moniz, foi proposto realizar um estudo de caso que teve em consideração as competências necessárias e desejadas pelo estudante na área de Enfermagem de Reabilitação, baseadas na sua experiência e reflexão prática dos Cuidados de Enfermagem.

O estudo de caso visa aprofundar conhecimentos para criar um plano de cuidados personalizado, destacando o papel do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação (EEER) no cuidado às pessoas com necessidades de reabilitação, utilizando a Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem (CIPE) e o Padrão Documental de Cuidados de Enfermagem da Especialidade.

A aplicação de um programa de enfermagem de reabilitação precoce traz benefícios como a diminuição do tempo de internamento e o aumento da autonomia da pessoa, prevenindo complicações e sequelas futuras (OE, 2018). Este estudo foca a intervenção do EEER na pessoa com alteração da continência urinária, com o objetivo de promover, manter e recuperar a sua funcionalidade.

Todos os aspetos éticos e legais foram respeitados durante a colheita de dados, na avaliação, planeamento e cuidados na intervenção. Este trabalho foi desenvolvido com base no acompanhamento da situação clínica da pessoa, registos informáticos e processo clínico, resultando assim na formulação dos diagnósticos e intervenções de enfermagem baseados na teoria das transições de Afaf Meleis. Encontra-se estruturado por partes, primeiramente encontra-se a introdução, seguidamente encontra-se os dados pessoais, o exame físico e a avaliação funcional, a avaliação neurológica, a avaliação da motricidade, a avaliação do risco de queda, a avaliação do grau de dependência e do autocuidado, surge depois o plano de cuidados elaborado de forma a desenvolver as competências comuns do enfermeiro especialista e específicas do EEER.

O trabalho foi redigido conforme o acordo ortográfico da língua portuguesa e segue a norma da *American Psychological Association* 7ª Edição, finalizando-se com as considerações finais, seguido das referências bibliográficas, anexos e apêndices.

1. DADOS PESSOAIS

DADOS PESSOAIS		
Nome: J.G	Data de Nascimento: 28/05/1944	Idade: 80 anos
Género: Masculino		Raça: Caucasiana
Residência: Almada		Nacionalidade: Portuguesa
Estado Civil: Casado		Profissão: Comerciante/ reformado
Condições Habitacionais: Uma casa de dois pisos, onde os quartos, a sala e a casa de banho estão no piso superior, acessível por escadas ou por um piso plano. Há um degrau na cozinha e carpetes na sala e nos quartos.		Suporte Familiar: reside com esposa, mas tem apoio da filha.
Medicação habitual: Ácido acetilsalicílico 100 mg 1xdia, Lisinopril 20mg 1xdia, Pantoprazol 20mg 1x dia, Atorvastatina +Ezetimib 20+10 mg 1 x dia, Memantina 20 mg ao jantar, Xoterma Breezhaler 1 xdia, acido fólico 5mg ao almoço, Ropinirol 4 mg ao jantar, Lorazepam 1 mg ao deitar, Azarga colírio de manhã e á noite, Alphagan 0,2mg de manhã e à noite, Beta-histina 24 mg ao jantar, metilprednisolona nos dias de quimioterapia e até 7 dias apòs.		
História de Doença Atual		
Trazido ao Serviço de Urgência no dia 19/05/2024 por ter sido encontrado caído da cadeira de rodas, por presumível queda da cadeira de rodas e com embate posterior e traumatismo crânio encefálico (TCE) occipital/ parietal confirmado após realização de Tomografia Axial Computadorizada (TAC). A queda não foi presenciada. Foi encontrado pela esposa cerca de 1 h após a queda, tendo permanecido no chão durante algum tempo por dificuldade em levantar-se. À admissão encontrava-se pouco reativo, sonolento, com score de 8 na Escala de Coma de Glasgow (GCS): abre os olhos ao estímulo doloroso, sem resposta verbal e tenta localizar a dor, em que apresenta movimento nos 4 membros.		
DIAGNÓSTICO		
Hematoma subdural agudo do hemisfério esquerdo, de espessura máxima aproximada de 24,5 mm, com deformação do parênquima e do ventrículo adjacentes, com herniação subfacial, resultando num desvio das estruturas da linha média para a direita em cerca de 17 mm.		
CIRURGIAS		

20/05/2024 – craniotomia fronto-temporo-parietal esquerda para drenagem de volumoso hematoma subdural agudo.

Notas de evolução

Realizou no dia 20/05 uma TAC crânio - encefálico (CE) que revelou a presença de hematoma subdural agudo do hemisfério esquerdo com desvio da linha média para a direita 17mm, sendo intervencionado de urgência a craniotomia para drenagem desse hematoma. Depois de terminada a cirurgia foi transferido para a unidade de cuidados intensivos polivalente (UCIP) por instabilidade hemodinâmica, com necessidade de ventilação invasiva e suporte de vasopressor com noradrenalina.

Durante o internamento na UCIP teve uma boa evolução na recuperação hemodinâmica e neurológica. Nas primeiras 24 h após a cirurgia realizou TAC CE de reavaliação que demonstrou drenagem do hematoma prévio e de novo discreto hematoma subdural agudo parafascial de 6 mm sem significativo efeito de massa. Após avaliação por neurocirurgia (NC), no dia 21/05/2024 no período da tarde iniciou desmame progressivo de oxigénio (O2). Após extubação endotraqueal ficou com aporte de O2 por máscara de venturi com uma fração inspirada de O2 de 35% a 8l/min e ao longo do dia melhorado e com aporte de O2 a 1l/ min por cânula nasal. Durante esse dia, consciente, vígil, calmo e colaborante, a cumprir comandos simples e com tosse eficaz. Hemodinamicamente estável, já sem necessidade de vasopressor. Com entubação com sonda nasogástrica (SNG) e iniciou água que tolerou. Com cateterismo urinário e com boa diurese nas 24h.

No dia 22/05/2024 foi testada a disfagia, e por não apresentar disfagia removeu-se SNG. A salientar a remoção accidental do dreno cirúrgico sem necessidade de colocação de outro por indicação da NC. Nesse dia à tarde e por já não necessitar de mais cuidados de UCIP, foi transferido para a Unidade de cuidados intermédios da NC cama 4. A 25/05/2024 é transferido para a enfermaria da NC cama 5 por apresentar melhoria do seu estado clínico.

ANTECEDENTES DE SAÚDE

Hipertensão arterial; Dislipidemia; Doença pulmonar obstrutiva crónica; Gamopatia monoclonal de significado indeterminado (MGUS) desde 2013 com progressão para mieloma múltiplo com doença óssea (seguimento em hematologia e oncologia); Perturbação cognitiva com provável envolvimento cortico- subcortical com seguimento em consulta de neurologia; Já com história de drenagem de hematoma subdural crónico esquerdo por trepanação em outubro de 2023; Estrabismo e glaucoma, com cirurgia a cataratas e descolamento de retina no olho esquerdo; já intervencionado cirurgicamente 3 vezes a hérnia discal lombar (última em outubro de 2016); colecistectomia em 2014 e prostatectomia transuretral (RTU-P) por hiperplasia benigna da próstata (HBP) em 2019.

Hábitos aditivos: ex-fumador há mais de 40 anos

Alergias: sem alergias medicamentosas conhecidas

2. EXAME FÍSICO E AVALIAÇÃO FUNCIONAL

2.1 EXAME FÍSICO SUMÁRIO

Dados antropométricos:

Peso - 72 kg; Altura - 1,70 metros

Exame físico (30/05/2024):

Eupneico em ar ambiente, com frequências respiratórias: 16 cr/min, SPO2: 98%, apresenta padrão respiratório misto, simétrico, regular e de amplitude normal. Tensão arterial: 117/67 mmHg e Frequência cardíaca: 77bpm, apirético com temperatura timpânica de 36,2°C, nega queixas álgicas. Apresenta pele e mucosas coradas e ligeiramente desidratadas. Apresenta ferida cirúrgica na cabeça na região fronto-temporo-parietal esquerda que está exposta com material de sutura e sem sinais inflamatórios. Restante pele íntegra, sem edemas. Abdômen mole, depressível e indolor à palpação. Tronco e membros de características normais.

Tentativa de desalgaliação a 25/05, mas por retenção de 300ml foi realgaliado. Evacua na fralda /Wc diariamente.

2.2 AVALIAÇÃO DA FUNÇÃO RESPIRATÓRIA (30/05/2024):

Avaliação subjetiva- Para avaliar a função respiratória do senhor J.G, foi aplicada a Escala de Borg modificada (Anexo I) que avalia a intensidade da sensação de dispneia (Borg, 1982).

Inspeção: Sem cianose periférica. Tórax simétrico, sem deformidades visíveis. Estática: Tórax normolíneo. Dinâmica: frequência respiratória de 16 CR/min, padrão misto, ritmo regular e de amplitude média, sem sinais de dificuldade respiratória. Sem sinais de tiragem ou adejo nasal.

Palpação: Traqueia na linha média. Expansibilidade sem alterações ao nível superior e inferior. Frêmito tóraco-vocal normal. Traqueia simétrica. Sem lesões cutâneas e tumefações. Sem pontos dolorosos. Sem crepitações.

Percussão: Som claro pulmonar. Não apresenta macicez ou hipersonâncias.

Auscultação: Murmúrio vesicular presente em todos os segmentos pulmonares, sem ruídos adventícios.

Tosse: Reflexo de tosse presente.

Características das secreções: Sem evidência de secreções.

Score na escala de Borg Modificada = 0

2.3 AVALIAÇÃO DA DEGLUTIÇÃO (30/05/2024)

O Sr. J.G apresenta deglutição comprometida - disfagia para líquidos, consistência tipo mel, com uma dieta associada tipo pastosa. Na avaliação indireta tem capacidade para se manter vígil, mas diminuição da atenção. Não apresenta estase de secreções na cavidade oral, mantém simetria facial, mantém sensibilidade da face e da mucosa oral, a motricidade da língua está mantida, apresenta capacidade para tossir eficazmente, e capacidade para manter a saliva na boca. Apresenta reflexo de deglutição e de vômito, capacidade para controlar os movimentos do pescoço e da cabeça. A motricidade da úvula e do palato mole estão mantidas. Em relação ao estado de dentição apresenta prótese dentária superior e inferior.

Quando realizada a avaliação direta da deglutição apresenta tosse, apesar de ser eficaz, mas sem dispneia ou diminuição das SPO₂, sem alteração na auscultação cervical ou outros sinais. (Anexo II-norma procedimento neuroc- 3087- cuidados de enfermagem de reabilitação à pessoa com deglutição comprometida).

3. AVALIAÇÃO NEUROLÓGICA (30/05/2024)

3.1. ESTADO MENTAL

Estado de consciência: O utente encontra-se vígil, score 12 na Escala de Coma de Glasgow (Taesdale & Jennett, 1974) uma vez que procede a abertura ocular espontânea, com resposta verbal com palavras incompreensíveis, cumprindo comandos verbais simples (Anexo III).

Orientação: Orientado na pessoa e no espaço, parcialmente orientado no tempo.

Atenção: Com hipoprosexia

Memória: Apresenta memória imediata conservada, recente e remota não conservada.

Linguagem: Apresenta afasia de expressão com discurso pouco perceptível e fluente, com várias parafasias fonéticas. Compreensão, nomeação e repetição, com alterações.

Capacidades Práticas: Mantém capacidade de efetuar gestos simbólicos icónicos intransitivos (ex: dizer adeus).

Negligência hemiespacial unilateral: Sem evidência de neglect.

3.2. PARES CRANIANOS

Nº	Nervo	Teste	Avaliação
I	Olfativo	Instruída a pessoa a fechar os olhos e com os olhos fechados a colocar um dedo a tapar uma narina, depois posicionei um objeto com cheiro facilmente identificável abaixo da narina não tapada: café e posteriormente vinagre	Considera-se hiposmia, pois a pessoa percebeu um cheiro diferente, mas não conseguiu identificá-lo ou nomeá-lo.
II	Ótico	Teste de acuidade visual: Solicitado à pessoa que fechasse um dos olhos e contasse os dedos que eu mostrava a várias distâncias. Teste do campo de visão: Pedi à pessoa que fechasse um dos olhos e indicasse até que ângulo conseguia	Detetada ambliopia à esquerda

		observar meu dedo. Realizados ambos os testes de acuidade visual e campo de visão em ambos os olhos.	
III IV VI	Óculomotor; Patético (troclear); Motor Ocular Externo (abducente).	Apagada a luz do quarto e avaliei bilateralmente a resposta pupilar ao estímulo luminoso, observando a reação, tamanho e forma das pupilas. Também avaliei os movimentos conjugados do globo ocular, desenhando um "H" no espaço e pedindo que seguisse meu dedo. Despistei a presença de nistagmo ou ptose palpebral.	Pupilas redondas, mióticas (2 mm a dta, e 3mm á esq. de diâmetro), assimétricas, mas reativas. Movimentos oculares normais, já com estrabismo prévio Ausência de ptose palpebral.
V	Trigêmeo	Sensibilidade Facial: Testada a sensibilidade ao toque suave, à dor (usando um objeto pontiagudo-espátula de madeira partida) e à temperatura (usando um objeto frio- cubo de gelo) nas três divisões do nervo trigêmeo: oftálmica, maxilar e mandibular. Reflexo Corneano: Tocada suavemente a córnea da pessoa com a ponta da compressa para verificar o reflexo de piscar. Força dos Músculos Mastigatórios: Solicitado à	Sem alterações.

		pessoa que apertasse os dentes enquanto palpava os músculos masseteres e temporais, verificando a simetria e a força Movimentos Mandibulares: Solicitado à pessoa que abrisse e fechasse a boca e movesse a mandíbula de um lado para o outro, observando a coordenação e a força desses movimentos	
VII	Facial	Avaliada simetria facial e o apagamento do sulco nasogeniano. Verificada a dificuldade em manter saliva ou alimentos na boca e a capacidade de reconhecer sabores doce, salgado e amargo nos dois terços anteriores da língua.	Verificada a dificuldade em manter saliva ou alimentos na boca e a capacidade de reconhecer sabores doce, salgado e amargo nos dois terços anteriores da língua.
VIII	Auditivo/ Estato-acústico	Divisão coclear: Avaliada bilateralmente a capacidade de identificar o som de um alarme no telemóvel; Divisão vestibular: Testei equilíbrio dinâmico e estático sentado e em posição ortostática.	Consegue ouvir o alarme do telemóvel, mas a uma distância próxima, com o telemóvel mais distante já não consegue; Equilíbrio estático e dinâmico sentado. Em posição ortostática, com desequilíbrio fácil, necessidade de apoio unilateral.
IX	Glossofaríngeo	Capacidade para reconhecer os sabores doce, salgado e amargo	Identifica e reconhece sabores no 1/3 doce e salgado

		no 1/3 posterior da língua.	
X	Vago	Avaliada a presença de vômito tocando na porção posterior da língua com uma espátula. Avaliada alterações do tom de voz, fadiga vocal, tosse ineficaz ou dor local.	Reflexo de vômito mantido. Hipofonia
XI	Espinhal	Solicitado i à pessoa para elevar os ombros contra resistência enquanto eu avaliava a força e a simetria dos músculos trapézio e contração dos músculos esternocleidomastóideo, para virar a cabeça para os lados e incliná-la para os lados, observando a simetria dos movimentos e a força muscular envolvida	Arco de movimento completo contra a resistência moderada e gravidade (4/5) na escala de MRC
XII	Grande Hipoglosso	Examinados os movimentos variados, desvios e tremores da língua e da úvula.	Sem desvios da língua, realiza movimentos da língua coordenados e contra a resistência

4. AVALIAÇÃO DA MOTRICIDADE

4.1. AVALIAÇÃO SENSÓRIO-MOTORA

Foi avaliada a sensibilidade corporal do Sr. J.G (Menoita et al., 2012):

- Sensibilidade superficial: sem alteração sensibilidade tátil.
- Sem alteração da sensibilidade térmica e dolorosa.
- Foi avaliada a sensibilidade profunda e encontra-se sem alterações Barestesia, batiestesia, esteriognosia e palestesia estão preservadas

Avaliação da Sensibilidade							
30/05			08/06			14/06/2024	
Hemicorpo		ESQ	DTO	ESQ	DTO	ESQ	DTO
Membro superior	Tátil	N	N	N	N	N	N
	Térmica	N	N	N	N	N	N
	Dolorosa	N	N	N	N	N	N
Membro Inferior	Tátil	N	N	N	N	N	N
	Térmica	N	N	N	N	N	N
	Dolorosa	N	N	N	N	N	N

Legenda D: Diminuída A: Ausente N: Normal

4.2. FORÇA MUSCULAR

A avaliação da força muscular foi conduzida utilizando a escala modificada de Medical Research Council (MRC), que permite quantificar a força em diferentes grupos musculares e segmentos corporais numa escala de 0 a 5 pontos (anexo IV). Um valor de 5 representa força muscular normaOE, 2016).

SEGMENTOS	MOVIMENTOS	AVALIAÇÃO (30/05/2024)		AVALIAÇÃO (08/06/2024)		AVALIAÇÃO (14/06/2024)	
Cabeça e Pescoço	Flexão	4		4		5	
	Extensão	4		4		5	
	Flexão lateral esquerda	4		4		5	
	Flexão lateral direita	4		4		5	
	Rotação	4		4		5	
Membro superior Escapulo - Umeral		Direito	Esquerdo	Direito	Esquerdo	Direito	Esquerdo
	Flexão	4	4	5	5	5	5
	Extensão	4	4	5	5	5	5
	Abdução	4	4	5	5	5	5
	Adução	4	4	5	5	5	5
	Rotação externa	4	4	5	5	5	5
Membro superior Cotovelo		Direito	Esquerdo	Direito	Esquerdo	Direito	Esquerdo
	Flexão	4	4	5	5	5	5
	Extensão	4	4	5	5	5	5
Membro superior Antebraço		Direito	Esquerdo	Direito	Esquerdo	Direito	Esquerdo
	Supinação	4	4	5	5	5	5
	Pronação	4	4	5	5	5	5
Membro superior Punho		Direito	Esquerdo	Direito	Esquerdo	Direito	Esquerdo
	Flexão palmar	4	4	5	5	5	5
	Dorsi-flexão	4	4	5	5	5	5
	Desvio Radial	4	4	5	5	5	5
	Desvio Cubital	4	4	5	5	5	5
	Circundação	4	4	5	5	5	5
Membro superior Dedos		Direito	Esquerdo	Direito	Esquerdo	Direito	Esquerdo
	Flexão	4	4	5	5	5	5
	Extensão	4	4	5	5	5	5
	Abdução	4	4	5	5	5	5
	Adução	4	4	5	5	5	5
	Circundação	4	4	5	5	5	5

	Oponência do Polegar	4	4	5	5	5	5
Membro Inferior Coxo-femoral		Direito	Esquerdo	Direito	Esquerdo	Direito	Esquerdo
	Flexão	4	4	4	5	4	5
	Extensão	4	4	4	5	4	5
	Abdução	4	4	4	5	4	5
	Adução	4	4	4	5	4	5
	Rotação interna	4	4	4	5	4	5
	Rotação externa	4	4	4	5	4	5
Membro Inferior Joelho		Direito	Esquerdo	Direito	Esquerdo	Direito	Esquerdo
	Extensão	4	4	4	5	4	5
	Flexão	4	4	4	5	4	5
Membro Inferior Tíbio Társica		Direito	Esquerdo	Direito	Esquerdo	Direito	Esquerdo
	Flexão plantar	4	4	4	5	4	5
	Flexão dorsal	4	4	4	5	4	5
	Inversão	4	4	4	5	4	5
	Eversão	4	4	4	5	4	5
Membro Inferior Dedos		Direito	Esquerdo	Direito	Esquerdo	Direito	Esquerdo
	Flexão	4	4	4	5	5	5
	Extensão	4	4	4	5	5	5
	Abdução	4	4	4	5	5	5
	Adução	4	4	4	5	5	5

4.3. TÓNUS MUSCULAR

Para avaliação do tônus muscular foi usada a escala de Asworth Modificada (Anexo IV) a qual permite uma avaliação quantitativa do membro ou articulação afetada, avalia o grau de resistência ao movimento, ou seja, o aumento anormal do tônus muscular. Permite avaliar a espasticidade ou rigidez muscular em pessoas com lesões neurológicas, como AVC, lesões medulares ou paralisia cerebral. A escala varia de 0 a 4, onde 0 indica ausência de aumento no tônus muscular e 4 representa rigidez intensa. Este instrumento é essencial para planejar as intervenções de reabilitação e monitorizar a evolução das mesmas, proporcionando uma abordagem mais eficaz e personalizada (Bohannon & Smith, 1987; OE, 2016).

SEGMENTOS	MOVIMENTOS	AVALIAÇÃO (30/05/2024)		AVALIAÇÃO (08/06/2024)		AVALIAÇÃO (14/06/2024)	
Cabeça e Pescoço	Flexão	0		0		0	
	Extensão	0		0		0	
	Flexão lateral esquerda	0		0		0	
	Flexão lateral direita	0		0		0	
	Rotação						
Membro superior Escapulo - Umeral		Direito	Esquerdo	Direito	Esquerdo	Direito	Esquerdo
	Flexão	0	0	0	0	0	0
	Extensão	0	0	0	0	0	0
	Abdução	0	0	0	0	0	0
	Adução	0	0	0	0	0	0
	Rotação externa	0	0	0	0	0	0
Membro superior Cotovelo		Direito	Esquerdo	Direito	Esquerdo	Direito	Esquerdo
	Flexão	0	0	0	0	0	0
	Extensão	0	0	0	0	0	0
Membro superior Antebraço		Direito	Esquerdo	Direito	Esquerdo	Direito	Esquerdo
	Supinação	0	0	0	0	0	0
	Pronação	0	0	0	0	0	0
Membro superior Punho		Direito	Esquerdo	Direito	Esquerdo	Direito	Esquerdo
	Flexão palmar	0	0	0	0	0	0
	Dorsi-flexão	0	0	0	0	0	0
	Desvio Radial	0	0	0	0	0	0
	Desvio Cubital	0	0	0	0	0	0
	Circundação	0	0	0	0	0	0
Membro superior Dedos		Direito	Esquerdo	Direito	Esquerdo	Direito	Esquerdo
	Flexão	0	0	0	0	0	0
	Extensão	0	0	0	0	0	0
	Abdução	0	0	0	0	0	0
	Adução	0	0	0	0	0	0
	Circundação	0	0	0	0	0	0

	Oponência do Polegar	0	0	0	0	0	0
Membro Inferior Coxo-femoral		Direito	Esquerdo	Direito	Esquerdo	Direito	Esquerdo
	Flexão	0	0	0	0	0	0
	Extensão	0	0	0	0	0	0
	Abdução	0	0	0	0	0	0
	Adução	0	0	0	0	0	0
	Rotação interna	0	0	0	0	0	0
	Rotação externa	0	0	0	0	0	0
Membro Inferior Joelho		Direito	Esquerdo	Direito	Esquerdo	Direito	Esquerdo
	Extensão	0	0	0	0	0	0
	Flexão	0	0	0	0	0	0
Membro Inferior Tíbio Társica		Direito	Esquerdo	Direito	Esquerdo	Direito	Esquerdo
	Flexão plantar	0	0	0	0	0	0
	Flexão dorsal	0	0	0	0	0	0
	Inversão	0	0	0	0	0	0
	Eversão	0	0	0	0	0	0
Membro Inferior Dedos		Direito	Esquerdo	Direito	Esquerdo	Direito	Esquerdo
	Flexão	0	0	0	0	0	0
	Extensão	0	0	0	0	0	0
	Abdução	0	0	0	0	0	0
	Adução	0	0	0	0	0	0

4.4. COORDENAÇÃO MOTORA (30/05/2024; 08/06/2024; 14/06/2024)

Para avaliar a coordenação motora do senhor J.G, foram aplicadas as provas Índex-nariz e Calcanhar-joelho (Menoita et al., 2012). Ambas as provas foram realizadas com olhos abertos e fechados.

- Prova Índex-nariz: Realiza de forma correta e sem dificuldade a prova com o membro superior esquerdo e o membro superior direito.
- Prova Calcanhar-joelho: Presença de dismetria.

4.5 AVALIAÇÃO DO EQUILÍBRIO (30/05/2024; 08/06/2024; 14/06/2024)

A escala de Berg foi utilizada para avaliar o equilíbrio do senhor JG. Esta escala mede o equilíbrio corporal funcional, tanto estático quanto dinâmico, e o risco de queda em adultos e idosos. Composta por 14 tarefas de coordenação (Berg, 1992), cada tarefa é pontuada de 0 a 4, onde "0" indica incapacidade de realizar a tarefa e "4" indica realização independente.

Uma pontuação mais alta na escala de Berg (Anexo VI) indica melhor capacidade de manter o equilíbrio, maior independência e menor risco de queda (OE, 2016).

A pontuação obtida é interpretada com base da seguinte forma:

- 0 a 20 diminuição do equilíbrio;
- 21 a 40 equilíbrio aceitável;
- 41 a 56 bom equilíbrio (OE, 2016).

Descrição dos itens	Pontuação (0-4)		
	30/05/2024	08/06/2024	14/06/2024
1) Posição sentada para posição em pé	1	2	2
2) Permanecer em pé sem apoio	0	0	0
3) Permanecer sentado sem apoio nas costas, mas com os pés apoiados no chão ou num banquinho	3	4	4
4) Posição em pé para posição sentada	1	2	2
5) Transferências	1	2	3
6) Permanecer em pé sem apoio com os olhos fechados	0	0	0
7) Permanecer em pé sem apoio com os pés juntos	0	0	0
8) Alcançar a frente com o braço estendido permanecendo em pé.	0	0	0
9) Apanhar um objeto do chão a partir da posição em pé.	0	0	0
10) Virar-se e olhar para trás por cima dos ombros direito e esquerdo enquanto permanece em pé.	1	1	2
11) Girar 360 graus	0	0	0
12) Posicionar os pés alternadamente no degrau ou banquinho enquanto permanece em pé sem apoio	0	0	0
13) Permanecer em pé sem apoio com um pé à frente	0	0	0
14) Permanecer em pé sobre uma perna	0	0	0
TOTAL	7	11	13

4.6. AVALIAÇÃO DA MARCHA

No início do programa de reabilitação, o Sr. J.G realizou treino de marcha com apoio de andarilho num ambiente controlado – piso liso, corredor da enfermaria, com supervisão. Avaliada a postura, equilíbrio, simetria dos passos, comprimento dos passos, e cadência (passos por minuto), apresentando algum desequilíbrio / descoordenação motora e fraqueza muscular. Foram realizados exercícios de treino de equilíbrio, coordenação e força muscular. Posteriormente, com melhoria do equilíbrio em ortostatismo, permitindo treino de marcha com apoio de pessoa. Não foi Iniciado treino de subir/ descer escadas.

A amplitude articular apresenta-se mantida em todos os membros, mas no MID encontra-se diminuída na flexão do joelho.

5. AVALIAÇÃO DO RISCO DE QUEDA

Para avaliarmos o risco de queda do Sr. J.G utilizamos a Escala de Morse, que é uma ferramenta amplamente utilizada para avaliar o risco de quedas em pessoas, especialmente em ambientes hospitalares. Esta escala ajuda os profissionais de saúde a identificar as pessoas em risco e a implementar medidas preventivas para minimizar esse risco ([Norma n.º 008/2019, pp 1-17]; [Anexo VI]).

Escala de Quedas de Morse			
Item	30/05	08/06	14/06
1. História de Quedas, no internamento ou nos últimos 3 meses. Não Sim	25	25	25
2. Diagnósticos secundários Não Sim	15	15	15
3. Ajuda para caminhar Nenhuma/ajuda de enfermeiro/acamado/cadeira de rodas Muletas/canadianas/bengala/andarilho Apoia-se no mobiliário para andar	15	15	15
4. Terapia intravenosa Não Sim	0	0	0
5. Postura no andar e na transferência Normal/acamado/imóvel Debilitado Dependente de ajuda	20	20	20
6. Estado mental Consciente das suas capacidades Esquece-se das suas limitações	0	0	0
TOTAL	75	75	75
CONCLUSÃO	Alto Risco	Alto Risco	Alto Risco

6. AVALIAÇÃO DO GRAU DE DEPENDÊNCIA E IMPACTO NO AUTOCUIDADO

Para avaliar a independência foi utilizado o Índice de Barthel (Anexo VII), o qual mensura o nível de autonomia da pessoa em realizar dez atividades básicas da vida diária (Mahoney, 1965) e para avaliar a funcionalidade, utilizou-se a Escala de Medida de Independência Funcional (MIF). Esta escala possibilita uma avaliação inicial do nível de capacidade funcional abrangendo itens que avaliam habilidades motoras e cognitivas no autocuidado. O objetivo é desenvolver programas de reabilitação personalizados e acompanhar a evolução da pessoa para garantir sua funcionalidade (OE, 2023).

Realizada avaliação da funcionalidade do Sr. J.G com base na escala MIF (Anexo VIII), pessoa dependente em grau elevado no início do programa de reabilitação, com evolução para dependente em grau moderado.

Índice de Barthel	30/05	08/06	14/6
1.Alimentação	5	5	5
2. Transferências	5	5	10
3. Higiene Pessoal	0	0	0
4. Utilização de Casa de banho	0	5	5
5. Tomar banho	0	0	0
6. Mobilidade	10	10	10
7. Subir e descer escadas	N/A	N/A	N/A
8. Vestir	0	5	5
9. Controlo Intestinal	5	5	5
10.Controlo Vesical	0	0	5
TOTAL	25= Dependência total	35 = Dependência severa	45=Dependência severa

MIF-MEDIDA DE INDEPENDÊNCIA FUNCIONAL			
	30/05	08/06	14/06
AUTOCUIDADO			
A – Alimentação	3	3	3
B – Higiene pessoal	3	3	4
C – Banho	3	3	4
D - Vestir metade superior	3	3	3
E - Vestir metade inferior	3	3	3
F – Utilização da sanita	3	4	4
CONTROLO DE ESFÍNCTERES			
G – Vesical	3	3	4
H – Intestinal	5	5	5
TRANSFERÊNCIA			
I - Cama, cadeira, cadeira de rodas	3	3	3

J – Sanitário	3	3	3
K - Banheira, duche	3	3	3
LOCOMOÇÃO			
L - Marcha, cadeira de rodas	3	4	4
M – Escadas	N/A	N/A	N/A
COMUNICAÇÃO			
N – Compreensão	4	4	4
O – Expressão	3	4	4
COGNIÇÃO SOCIAL			
P - Interação social	3	4	4
Q - Resolução de problemas	3	4	4
R – Memória	3	4	4
TOTAL	54	61	64

Cada um dos 18 itens da MIF é avaliado numa escala de 1 a 7, onde 1 indica dependência total e 7 indica independência completa. A pontuação total pode variar de 18 a 126. Essa escala de sete níveis permite detetar mudanças funcionais com precisão. A MIF é dividida em duas dimensões: motora e cognitiva. A pontuação da dimensão motora varia de 13 a 91, enquanto a da dimensão cognitiva varia de 5 a 35. A soma dessas pontuações representa a pontuação total da MIF, tanto máxima quanto mínima (OE, 2023).

A avaliação da pessoa com incontinência urinária

O EEER realiza uma avaliação detalhada em que a pessoa descreve as perdas de urina, que consequências tem no dia a dia, duração, sintomas, antecedentes pessoais e familiares, medicação atual, histórico das queixas (início, duração, frequência, período do dia), fatores precipitantes, sensação de plenitude vesical antes e após urinar, e capacidade de adiar a micção de forma a poder diferenciar entre IU transitória ou estabelecida (Redol & Rocha, 2017). Investiga outros sintomas como disúria e hematúria, questiona a gestão da perda de urina e se a pessoa já participou em algum programa de treino, questionar a perceção sobre suas perdas de urina e o impacto na qualidade de vida, utilizando o questionário International Consultation on Incontinence Questionnaire - Short Form (ICIQ-IU-SF) (Mendonça, 2012; OE, 2023; Redol & Rocha, 2017).

Utilizamos o ICIQ-UI-SF que já está validado para a população portuguesa e que permitiu avaliar a presença de incontinência urinária e caracterizá-la em relação à sua frequência, quantidade, classificar a nível da tipologia e avaliar o impacto geral na qualidade de vida do Sr. J.G. Pode ser preenchido pelo profissional de saúde (Anexo IX).

Total dos scores (1+2+3) =quanto mais alta a pontuação maior o grau de incontinência urinária.

A Interpretação da Pontuação faz-se da seguinte forma:

0-7: Incontinência leve

8-14: Incontinência moderada

15-21: Incontinência grave (OE, 2023).

Data	30/5	08/6	14/6
1-Com que frequência perde urina?	4	4	4
2-Que quantidade de urina costuma perder?	4	4	2
3-Impacto que tem na qualidade de vida?	8	8	8
Total score	16	16	14
Quando perde urina?	Perco antes de chegar à casa de banho e quando tusso e espirro	Perco antes de chegar à casa de banho e quando tusso e espirro	Perco antes de chegar à casa de banho e quando tusso e espirro

O Sr. J.G apresenta autocontrolo continência urinaria ineficaz, em que podemos considerar após interpretação das respostas dadas na escala que é uma incontinência urinária de esforço e funcional.

Síntese dos principais problemas

Após a colheita de dados na avaliação inicial, obteve-se uma visão holística da pessoa em estudo e identificou-se os possíveis diagnósticos de enfermagem que podem beneficiar dos cuidados de enfermagem de reabilitação, sendo assim, foi desenvolvido um plano de cuidados específico para esse fim.

7. PLANO DE CUIDADOS

A análise de acordo com a Teoria das Transições de Afaf Meleis

A prestação de cuidados de enfermagem em diversos contextos deve basear-se num modelo teórico. A Enfermagem, como profissão, visa promover a saúde ao longo de todas as fases da vida e oferecer suporte às pessoas durante os processos de transição (OE, 2012). Diariamente o enfermeiro cuida de pessoas em processos de transição de saúde/doença, pelo que escolhemos a Teoria das Transições desenvolvida por Afaf Meleis para sustentar o trabalho.

De acordo com Meleis (2010) a transição é um processo que conduz à incorporação de mudanças no modo de vida, reorientando e redefinindo o modo de ser e de estar de quem vive a transição. Esta corresponde às mudanças que a pessoa faz na sua vida pessoal, na sua saúde, relação e ambiente. Para tal é necessário adquirir conhecimento e incorporá-lo em novos comportamentos, mudando o seu comportamento no seu contexto social.

As transições vivenciadas pela pessoa ao longo da vida, sejam elas de que natureza forem, a enfermagem, preocupa-se e procura desenvolver intervenções que promovam o bem-estar, identificando os fatores condicionantes do processo de transição, sendo estes identificados como facilitadores ou inibidores (Ribeiro et al., 2021). O enfermeiro deve promover os fatores que são facilitadores do processo de transições, desenvolver estratégias ou soluções e até mesmo eliminar os fatores inibidores desse mesmo processo (Silva et al., 2019).

Considerando que a pessoa enfrenta a necessidade de ajustar-se a uma nova realidade, a sua capacidade para realizar essa transição está diretamente relacionada à sua capacidade individual. Portanto, o papel do EEER é crucial na capacitação da pessoa para lidar com sua nova situação de vida. Isso é feito através da mudança de comportamentos e/ou aquisição de novos conhecimentos, visando maximizar a sua independência e autocuidado. O EEER trabalha na prevenção da incapacidade funcional através do diagnóstico, planeamento, implementação e avaliação de programas de reeducação funcional (Guerreiro & Fernandes, 2019; Matos & Simões, 2020).

A adoção de uma verdadeira relação de ajuda e de parceria, é essencial para permitir transmissão dos conhecimentos, de forma a preparar a pessoa, para a aquisição de novas competências (Meleis et al., 2000). São necessárias estratégias e intervenções promotoras da transição de forma a capacitar a pessoa e a aceitação da mesma no seu processo de mudança. Isso só é possível com o sucesso das intervenções (Ribeiro et al., 2021).

As intervenções de enfermagem de reabilitação baseadas na teoria de transições de Afaf Meleis focam em facilitar as transições de saúde e bem-estar das pessoas. Esta teoria

é útil em contexto de reabilitação, onde os indivíduos frequentemente enfrentam mudanças significativas na sua saúde e estilo de vida (Meleis, 2010).

Assim, para cada problema identificado, foram definidos diagnósticos de enfermagem e implementadas intervenções de enfermagem de reabilitação, com base no Padrão Documental dos Cuidados de Enfermagem de Reabilitação, visando prevenir a perda de funcionalidade e promover maior independência nos autocuidados.

Data	Início 30/05 e término a 14/06
Diagnósticos de Enfermagem Reabilitação	Grau de consciência alterado, em grau reduzido: Potencial para recuperar o estado de consciência
Objetivos	Recuperar o estado de consciência
Intervenções de Enfermagem de Reabilitação	-Monitorizar estado de consciência através da escala de coma de Glasgow; -Executar estratégias de memória tais como a repetição de palavras/frases, exercícios cognitivos como jogos de memória; -Incentivar a pessoa a olhar para as mobilizações efetuadas; -Estimular a participação no autocuidado; -Utilizar discurso claro e simples; -Implementar atividades de reabilitação funcional específicas para ajudar na recuperação do estado de consciência, tais como técnicas de associação através de frases ou rimas para lembrar informações ou através de visualização de imagens; -Proporcionar uma estimulação sensorial adequada para ajudar a melhorar o estado de alerta da pessoa como interação verbal suave e estímulos visuais moderados.
Resultados esperados	Recuperação total do estado de consciência
Registos/ Avaliação	30/5: No início do programa apresentava GCS12, mas que foi melhorado

	gradualmente e no dia 8/6 e 14/6 já apresentava GCS 14/15.
--	--

Diagnósticos de Enfermagem Reabilitação	Comunicação comprometida – Afasia de expressão
Objetivos	Recuperar a capacidade de falar, escrever, gesticular e usar outros meios de comunicação para expressar pensamentos e necessidades; -Melhorar a capacidade de entender a linguagem falada e escrita; -Promover uma comunicação verbal eficaz; -Promover a participação social, através da redução da desvantagem comunicacional.
Intervenções de Enfermagem de Reabilitação	-Avaliar capacidade para comunicar; -Apresentar-se à pessoa e chamá-la pelo nome preferido; -Incentivar pessoa a comunicar; -Falar calmamente com a pessoa; -Explicar todos os procedimentos, de forma que os possa compreender; -Não interromper a pessoa na comunicação, nem substituir as palavras para que não se sinta frustrado; -Manter sempre o contato visual. - Executar técnica de treino do discurso (pedir para repetir pequenas frases com por exemplo: Bom dia; hoje está um lindo dia de sol); -Providenciar dispositivo auxiliar como os sistemas de comunicação com objetos, imagens, escrita, tecnologia; -Criar um ambiente tranquilo; -Dar tempo para se expressar e responder; -Reforçar positivamente; -Treinar a nomeação com pistas, como a primeira letra; -Falar claramente e com palavras simples;

	-Praticar a linguagem escrita; -Treinar a comunicação verbal discutindo assuntos de interesse pessoal, como futebol; -Praticar a nomeação de objetos no quarto e as suas funções; - Adaptar estratégias de comunicação não verbal; -Restaurar Funções Linguísticas: -Focar na recuperação das habilidades linguísticas específicas que foram afetadas pela afasia, como a nomeação de objetos, a formação de frases gramaticalmente corretas e a compreensão de palavras e frases; -Desenvolver Estratégias Compensatórias: -Ensinar a pessoa a usar gestos, desenhos, dispositivos de comunicação aumentativa e alternativa e outras técnicas para se comunicar quando a fala não é suficiente; - Ajudar a pessoa a comunicar com a família e amigos; -Capacitar a pessoa a comunicar de forma mais independente nas suas atividades diárias, reduzindo a dependência de cuidadores e familiares; -Oferecer suporte emocional e psicológico para lidar com os impactos da afasia na autoestima, na identidade e nas relações pessoais; -Informar e educar a família sobre a condição da pessoa, as estratégias de comunicação e como oferecer suporte adequado. A família desempenha um papel crucial no processo de reabilitação.
Resultados esperados	-Promover uma comunicação verbal e/ou não-verbal eficaz, com evolução favorável até ao momento da alta hospitalar; -Reduzir a desvantagem comunicacional;

	-Promover a interação social.
Registos/ Avaliação	30/5 - Afasia expressão cumpre indicações; repete palavras simples (algumas palavras polissilábicas) mas não frases complexas; fluência comprometida e nomeia 3/5 objetos; Compreensão: presente; 08/06- Escreve palavras simples por identificação de imagens; cumpre indicações; repete palavras simples e frases complexas por exemplo "está um lindo dia de sol; fluência comprometida e nomeia 4/5 objetos. 14/06 - Cumpre indicações; repete frases complexas; fluência comprometida com várias parafasias fonéticas e nomeia 5/5 objetos. Leitura: presente.

Diagnósticos de Enfermagem Reabilitação	Equilíbrio corporal comprometido: - Potencial para melhorar o conhecimento sobre técnica de equilíbrio corporal; -Potencial para melhorar a capacidade sobre técnica de equilíbrio corporal.
Objetivos	Melhorar o equilíbrio corporal, conhecimentos e técnicas para o mesmo. Melhorar a postura, equilíbrio, flexibilidade, força muscular e coordenação motora; Que consiga deambular pequenas distâncias de forma segura.
Intervenções de Enfermagem de Reabilitação	-Avaliar o equilíbrio corporal, utilizando a Escala de Equilíbrio de Berg; -Utilizar a técnica de equilíbrio corporal com controlo postural para melhorar a estabilidade e prevenir quedas; -Avaliar o conhecimento da pessoa sobre a técnica de equilíbrio corporal;

	-Ensinar a técnica sobre equilíbrio corporal e garantir que compreende e aplica corretamente os princípios de equilíbrio corporal; -Ensinar, instruir e treinar a técnica de equilíbrio estático sentado; -Ensinar, instruir e treinar a técnica de equilíbrio dinâmico sentado; -Ensinar, instruir e treinar a técnica de equilíbrio estático em ortostatismo; -Ensinar, instruir e treinar sobre técnica de equilíbrio dinâmico em ortostatismo; -Ensinar exercícios de coordenação e correção postural frente ao espelho; -Instruir o equilíbrio corporal com contorno de obstáculos. -Treinar técnica de equilíbrio estático /dinâmico sentado; -Treinar técnica de equilíbrio estático/dinâmico em ortostatismo: -Planejar, ensinar e executar treino de equilíbrio corporal em séries de 10 repetições (alternância de carga nos membros superiores e inferiores; apoio unipodal e exercícios de coordenação motora; exercício de ponte; oscilação pélvica); -Treinar correção postural frente ao espelho. -Treinar o equilíbrio corporal, com contorno de obstáculos; -Ensinar, instruir e treinar técnicas de equilíbrio podendo recorrer a produtos de apoio: Andarilho; -Realizar exercícios de treino de equilíbrio, segundo tolerância da pessoa.
Resultados esperados	-Recuperar o equilíbrio estático e dinâmico em ortostatismo; - Prevenir e corrigir defeitos posturais; -Manter alinhamento do tronco e membros;

	-Consciencialização sobre relação entre exercícios de controlo postural e equilíbrio; -Conhecimento e capacidade para executar exercícios para treino de equilíbrio; -Consciencialização sobre equilíbrio e risco de queda; - Promover uma marcha segura; -Promover a maximização da funcionalidade.
Registos/ Avaliação	30/5: A Sr. J.G apresenta equilíbrio estático e dinâmico sentado; -No equilíbrio em posição ortostática, apresenta moderado desequilíbrio, com necessidade de apoio unilateral; - Não consegue realizar apoio unipodal; -Consegue realizar a oscilação pélvica e a ponte; -Tem necessidade de calçado antiderrapante para a realização de um programa de reabilitação seguro; 8/6 – 14/6: -Ao longo das sessões de reabilitação foi mostrando melhoria do equilíbrio em ortostatismo, mas com apoio de pessoa e não consegue contornar obstáculos de forma eficaz; -Tem medo em deambular com andarilho, sente-se mais seguro a deambular com apoio de pessoa; -Recetivo e motivado a aprender e a realizar os exercícios propostos.

Diagnósticos de Enfermagem Reabilitação	Movimento muscular diminuído nos membros inferiores: -Potencial para melhorar conhecimento sobre técnicas de exercício muscular e articular. -Potencial para melhorar a capacidade para executar técnicas de exercício muscular e articular.
Objetivos	- Movimento muscular melhorado; -Conhecimento sobre técnicas de exercício musculares articular, demonstrado; - Capacidade de executar técnicas de exercício muscular e articular, melhorado.
Intervenções de Enfermagem de Reabilitação	-Monitorizar força muscular com a escala MRC; -Avaliar tônus muscular através da escala de Ashworth Modificada; -Incentivar técnica de exercício muscular e articular. - Avaliar conhecimento sobre técnicas de exercício muscular e articular; -Avaliar a funcionalidade através da escala de Barthel e MIF; -Ensinar/ Instruir a realizar exercícios musculares e articulares ativo-resistidos em séries de 10 repetições para fortalecimento muscular contra uma resistência manual ou com uso de uma banda elástica ou bola; -Executar exercícios isométricos (contração dos músculos abdominais, glúteos e quadricípites); - Executar exercícios isotônicos (flexão e extensão da articulação coxofemoral, extensão e flexão do joelho, dorsiflexão e flexão plantar da tibiotársica); Ensinar atividades terapêuticas: - Exercício da Ponte; - Rolar;

	- Dissociação de cintura pélvica; - Anteroversão/ Retroversão da bacia; -Aumentar progressivamente resistência nos exercícios à medida que a pessoa ganha força e se sente confortável com os exercícios; - Incentivar a execução de exercícios musculares e articulares ativos; -Avaliar o conhecimento sobre técnicas de exercício muscular e articular; - Ensinar sobre técnicas de exercício muscular e articular; - Avaliar capacidade de executar técnicas de exercício muscular e articular.
Resultados esperados	-Prevenir perda da mobilidade e alteração do tônus muscular; - Manter fortalecimento muscular dos membros inferiores; -Preservar amplitude articular dos membros inferiores; -Manter integridade das estruturas articulares, evitar contraturas e aderências. - Permitir ganho de funcionalidade dos membros inferiores.
Registos/ Avaliação	30/5: Avaliada força muscular de acordo com a escala MRC. O Sr. J.G apresenta força muscular de grau 4/5 nos membros inferiores quando deitado, em todos os movimentos, com défice maior nos segmentos distais do membro inferior direito (grau 4). Força normal nos membros superiores; -Avaliada a funcionalidade através do índice de Barthel e escala de MIF; -Realizadas contrações isométricas dos glúteos (fazer a ponte, levantar a bacia e contrair os glúteos); contrações isométricas do quadricípite e isquiotibiais

	(colocar uma almofada ou bola pequena debaixo dos joelhos e esmagá-la); -Realizado dorsiflexão / flexão plantar da tibio-társica; Sr. J.G retém alguns exercícios conseguindo reproduzir o programa de treino embora com necessidade de constantes ensinios, treino e incentivo para realizar e corrigir os mesmos; - Incentivado a realizar exercícios de mobilização dos membros inferiores na nossa ausência. -O tônus muscular sem alterações Ashworth 0/4. -08/6 – 14/6: Ao longo das semanas o Sr. J.G apresentou melhoria da força muscular nos MIFS para grau 4/5. - Consegue executar os exercícios delineados no programa, demonstra interesse e motivação durante a execução dos mesmos.
--	--

Diagnósticos de Enfermagem Reabilitação	Transferir-se comprometido em grau elevado: -Potencial para melhorar conhecimento sobre técnica de adaptação para transferir-se. -Potencial para melhorar capacidade sobre técnica de adaptação para transferir-se.
Objetivos	Executar a técnica de transferência em segurança
Intervenções de Enfermagem de Reabilitação	-Avaliar o transferir-se através da escala de Medida de Independência Funcional (MIF); -Avaliar conhecimento sobre técnica de adaptação transferir-se;

	-Ensinar e Instruir sobre técnica de adaptação transferir-se; - Incentivar e treinar a transferir-se; -Avaliar a capacidade de se transferir; -Ensinar e instruir acerca de estratégias para realizar movimentos em segurança (Posicionar o cadeirão próximo à cama, alinhando as superfícies para facilitar a transferência; certificar-se de que o cadeirão/cadeira sanitária esteja travada e estável antes de iniciar a transferência); -Avaliar o movimento de marcha, realizado pela pessoa na transferência para cadeira; - Avaliar capacidade de aprendizagem para técnica de adaptação.
Resultados esperados	- Prevenir complicações da imobilidade; -Executar transferências de forma segura; -Promover a crescente autonomia nas transferências.
Registos/ Avaliação	30/5: Apresenta diminuição da força muscular e do equilíbrio que impede a transferência autónoma; - Falta de capacidade e conhecimento sobre técnicas de adaptação para transferência; - Recetivo ao ensino de estratégias de segurança; - Consegue sentar-se na cama com os pés apoiados no chão, mas não consegue transferir-se sozinho; - Necessita do apoio de duas pessoas para realizar a transferência. 8/6 - 14/6- Melhorado, já se transfere para o cadeirão/ cadeira sanitária com auxílio de 1 pessoa e apresenta conhecimentos sobre as técnicas e estratégias de segurança.

Diagnósticos de Enfermagem Reabilitação	Risco de queda em grau elevado: - Potencial para melhorar conhecimento sobre a prevenção de queda;
Objetivos	Reduzir e prevenir o risco de queda.
Intervenções de Enfermagem de Reabilitação	-Avaliar Risco de Queda através da escala Morse; -Identificar possíveis barreiras arquitetônicas e obstáculos; -Identificar fatores de risco para quedas, como alterações no equilíbrio, visão, marcha e dificuldade nas atividades de vida diária (AVD); -Ensinar o prestador de cuidados sobre prevenção de quedas; -Reforçar o ensino relativo ao calçado adequado; -Elevar grades da cama; -Manter a campainha ao alcance da pessoa; -Travar cadeirão e cadeira de banho; -Colocar superfície de apoio no cadeirão; -Auxiliar higiene com produtos de apoio (barras e cadeira de banho); -Incentivar a pedir ajuda para ir à casa de banho; -Garantir que objetos necessários estejam ao alcance; -Ensinar a pessoa / família a adaptar-se a barreiras arquitetônicas (mobília, tapetes, pisos escorregadios); -Realizar ensinos sobre produtos de apoio; Interrupção da atividade física se sinais de fadiga ou dispneia; -Ensinar o uso de vestuário adequado e medidas de prevenção de quedas; - Assistir no levante, transferência e ao andar com andarilho; -Ensinar e incentivar o uso de produtos de apoio

	-Identificar e eliminar fatores de risco no ambiente domiciliar para promover segurança.
Resultados esperados	Prevenir a queda
Registos/ Avaliação	30/5: O Sr. J.G tem alto risco de queda (escala Morse: 75) e diminuição do equilíbrio (EEB: 7). Apresenta défice nos segmentos distais do membro inferior direito (grau 4 à direita, grau 5 à esquerda) e força mantida nos membros superiores (escala MRC). Fatores de risco identificados incluem alteração do equilíbrio, marcha e dificuldade nas AVD, como uso do sanitário, higiene e vestuário; -A segurança da pessoa é garantida com grades da cama elevadas, cadeirão e cadeira sanitária travados, objetos próximos e campainha acessível; necessita de auxílio de duas pessoas nos cuidados de higiene com produtos de apoio; -Incentivado a pedir ajuda para ir à casa de banho; 08/6 – 14/06 - Foi recetivo aos ensinamentos sobre prevenção de quedas, e mostrou-se muito cuidadoso durante o levantar, transferências e ao caminhar com o andarilho; - Mantém alto risco de queda.

Diagnósticos de Enfermagem Reabilitação	Andar com auxiliar de marcha: -Potencial para melhorar o conhecimento sobre o andar com auxiliar de marcha; -Potencial para melhorar a capacidade de andar com auxiliar de marcha.
Objetivos	Melhorar a postura, equilíbrio, flexibilidade, força muscular e coordenação motora;

	Promover o uso eficaz e seguro do auxiliar de marcha e desenvolver a capacidade de andar com ele; Que a pessoa consiga deambular pequenas distâncias com apoio de auxiliar de marcha de forma autónoma.
Intervenções de Enfermagem de Reabilitação	-Avaliar o andar com auxiliar de marcha andarilho; -Avaliar capacidade de andar com auxiliar de marcha - andarilho; - Avaliar conhecimento sobre andar com auxiliar de marcha andarilho - Ensinar, instruir e treinar a pessoa a andar com andarilho; - Realizar ensinios sobre condições de segurança para a marcha; - Supervisionar o andar.
Resultados esperados	Que consiga realizar a marcha com o apoio de andarilho de forma eficaz e segura.
Registos/ Avaliação	30/5: 30/5: A pessoa apresenta diminuição da força muscular ao nível do membro inferior direito; -Realizado treino de marcha com apoio de andarilho em piso liso no corredor da enfermaria; -Inicialmente com descoordenação motora na realização do treino de marcha; -Realizadas indicações verbais para o mesmo executar a técnica corretamente; 08/6- 14/6 - Sr. J.G anda com o andarilho, mas frequentemente precisa de correção postural. Não mantém alinhamento corporal adequado, inclina-se para frente e para trás, e dá passos largos e pouco controlados com movimentos bruscos. -Com incentivo, corrige sua posição e a do auxiliar de marcha. É recetivo aos ensinios sobre o uso do andarilho e segurança.

Diagnósticos de Enfermagem Reabilitação	Deglutição comprometida- disfagia para líquidos
Objetivos	-Potencial para melhorar a capacidade para executar a técnica de deglutição; -Instruir e treinar a técnica de deglutição; -Ensinar/instruir e treinar sobre exercícios terapêuticos para a deglutição. - Planejar a dieta; - Estimular a deglutição.
Intervenções de Enfermagem de Reabilitação	-Avaliar a capacidade de deglutição da pessoa (norma de procedimento neuroc. – 3087- cuidados de enfermagem de reabilitação à pessoa com deglutição comprometida); -Identificar sinais de disfagia durante a horas das refeições; -Garantir que a pessoa esteja em posição adequada durante as refeições, geralmente sentado (pelo menos a um ângulo de 45 graus) com a cabeça ligeiramente inclinada para a frente. - Após a refeição e nos 30-45 min que se seguem à mesma deve permanecer com a cabeceira elevada num ângulo aproximado de 30 graus; -Criar um ambiente tranquilo e sem distrações durante as refeições; -Alterar a dieta de acordo com o grau de disfagia; -Ensinar técnicas específicas de deglutição, como a deglutição em fragmentos pequenos e a realização de exercícios orofaríngeos. - Usar talheres de metal para estimular a propriocepção;

	- Administrar líquidos em copos ou garrafas cheias a mais de metade (evita extensão cervical); - Evitar oferecer leites e derivados nas primeiras avaliações e treinos de deglutição; -Treinar a pessoa a engolir com segurança, usando métodos como a manobra de Mendelsohn ou a deglutição supraglótica; -Realizar e ensinar cuidados adequados de higiene oral para prevenir infecções e complicações; - Inspecionar e limpar a cavidade oral após as refeições para remover resíduos de alimentos; -Supervisionar a pessoa durante as refeições para evitar o risco de aspiração; -Implementar medidas de segurança, como a utilização de espessantes em líquidos para reduzir o risco de aspiração; - Educar a pessoa e a família sobre a importância de seguir as orientações na alimentação e de segurança; -Oferecer suporte emocional e incentivar a adesão às intervenções de reabilitação.
Resultados esperados	-Melhorar a segurança e eficácia da deglutição, reduzindo o risco de aspiração e pneumonia por aspiração; - Aumentar a ingestão de alimentos e líquidos de forma adequada e segura; - Reduzir a sensação de desconforto ou dor durante a deglutição; -Promover a independência e qualidade de vida da pessoa permitindo que ela se alimente de forma autônoma e socialize durante as refeições; -Prevenir a desnutrição e a desidratação, garantindo a adequada nutrição e hidratação;

	-Melhorar a função motora e sensorial da deglutição, através de exercícios e estratégias específicas; -A pessoa e os seus cuidadores tenham conhecimentos sobre a importância da reabilitação da deglutição e da sua manutenção.
Registos/ Avaliação	30/5 – O Sr J.G – apresenta disfagia para líquidos de consistência mel e alimenta-se de uma dieta pastosa (segundo o fluxograma na norma de procedimento neuroc- 3087- cuidados de enfermagem de reabilitação à pessoa com deglutição comprometida); 08/6 – 14/6 – conforme foi sendo realizado o programa de reabilitação e com a recuperação do estado de consciência da pessoa, esta evoluiu para uma disfagia consistência néctar e alimenta-se de dieta mole.

Diagnósticos de Enfermagem Reabilitação	Autocuidado comprometido em grau elevado: Higiene, vestir-se e uso de sanitário -Potencial para melhorar capacidade para usar dispositivo auxiliar para o autocuidado higiene, vestir-se e uso de sanitário.
Objetivos	Capacidade para usar dispositivo auxiliar para o autocuidado higiene, vestir-se e uso sanitário
Intervenções de Enfermagem de Reabilitação	Avaliar a capacidade de realizar os autocuidados utilizando o Índice de Barthel e a escala MIF; Avaliar e fornecer o material necessário, além de instruir e treinar o autocuidado de higiene, vestir-se e uso sanitário; -Ensinar e treinar o uso de produtos de apoio para autocuidado, como cadeiras de banho e barras de apoio.

Resultados esperados	-Capacidade de realizar a higiene pessoal de forma independente ou com mínima assistência; -Utilização correta de produtos de higiene pessoal; -Redução do risco de infecções e complicações associadas à má higiene; -Capacidade de vestir-se e despir-se de forma independente ou com mínima assistência; -Capacidade de escolher roupas adequadas e colocá-las corretamente; -Aumento da autoconfiança e autoestima; -Capacidade de se posicionar corretamente na sanita/cadeira sanitária de forma independente ou com mínima assistência. -Realização da higiene íntima após urinar ou evacuar; -Redução do risco de quedas e acidentes na casa de banho; -Melhor controlo da função urinária e intestinal; -Melhoria no equilíbrio e na coordenação motora para realizar atividades de autocuidado; -Redução da dependência de dispositivos de assistência e apoio de terceiros; -Aumento da sensação de independência e autonomia nas atividades diárias; - Melhoria no bem-estar emocional e psicológico; -Conhecimento e aplicação de técnicas e estratégias para manter a independência no autocuidado; -Adaptação ao uso de dispositivos de apoio quando necessário.
Registos/ Avaliação	30/5: Índice de Barthel- 25; Escala de MIF- 54.

	30/5: Índice de Barthel- 25; Escala de MIF- 54. -Foram prestados cuidados de higiene à pessoa na casa de banho, com apoio total em cadeira sanitária; - Não consegue vestir-se; -Necessita de duas pessoas para usar o sanitário, não consegue posicionar-se na sanita/cadeira sanitária e não consegue fazer a higiene íntima após urinar ou evacuar. 08/6 – 14/06: - Índice de Barthel 45 Escala de MIF- 64; - Levado em cadeira sanitária à casa de banho, consegue lavar a maioria do corpo, exceto os membros inferiores devido ao desequilíbrio. Utilizou os seus próprios produtos de higiene; -Consegue vestir-se com ajuda e consegue abotoar os botões do pijama; -Necessita de uma pessoa para uso do sanitário, consegue posicionar-se na sanita/cadeira sanitária e fazer a higiene íntima após urinar/evacuar.
--	--

Diagnósticos de Enfermagem Reabilitação	Autocontrolo de continência urinária ineficaz
Objetivos	Autocontrolo continência urinária eficaz: -Potencial para melhorar capacidade para o autocontrolo: continência urinária; -Aumentar a capacidade de controlar a micção; -Reduzir ou eliminar episódios de incontinência urinária.
Intervenções de Enfermagem de Reabilitação	-Avaliar o autocontrolo da continência urinária aplicando o questionário ICIQ- IU-SF e a escala MIF; -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 se é capaz de iniciar e interromper o jato de urina; - Avaliar se consegue chegar ao WC/urinol após sentir vontade de urinar; - Executar programa de Reeducação Funcional Urinária: Incentivar a executar a eliminação urinária antes do sono; ensinar o Sr. J.G os exercícios de fortalecimento da musculatura pélvica (exercícios de Kegel, exercícios de Pilates); treinar com a pessoa os exercícios de fortalecimento da musculatura pélvica; - Incentivar a pessoa a treinar a interrupção do jato urinário; - Avaliar sensação de esvaziamento vesical completo (utilizar o <i>Bladder Sanner</i> para confirmar se existe volume residual após a micção); - Ensinar a planejar a ingestão de líquidos; - Ensinar sobre os fatores que influenciam a continência urinária; - Ensinar técnicas de treino da bexiga para aumentar os intervalos entre as micções; - Ensinar sobre técnicas de distração para ajudar a dissipar a vontade de urinar; - Monitorizar a frequência e os padrões de micção para ajustar o plano de reabilitação; - Avaliar regularmente o progresso e a eficácia das intervenções de reabilitação; - Prevenir infecções urinárias e problemas de pele associados à incontinência urinária; - Reduzir o impacto da incontinência urinária na vida diária da pessoa de forma a aumentar a confiança e a autoestima.
--	---

Resultados esperados	-Melhoria no controlo da micção; -Fortalecimento dos músculos do pavimento pélvico; -Compreensão dos fatores que influenciam a incontinência urinária; -Menor risco de infeções urinárias e problemas de pele associados à incontinência; - Aplicação eficaz de técnicas de treino da bexiga e de fortalecimento dos músculos do pavimento pélvico; -Redução do impacto negativo da incontinência urinária nas atividades diárias e no bem-estar emocional.
Registos/ Avaliação	30/5: Foi removido neste dia o cateterismo urinário pela 2ª vez pois tinha anteriormente feito retenção urinária. É uma pessoa que já tem na sua história clínica HBP com cirurgia à mesma por RTU-P e medicado com tansulosina durante o internamento; -Após a 1ª micção foi realizada a avaliação do volume residual com o <i>Bladder Scanner</i> (75ml). - Aplicado o questionário ICIQ-IU-SF e a escala MIF; - Incentivado a urinar no urinol/WC; - Avaliou-se se era capaz de iniciar e interromper o jato de urina, que não foi capaz nesta primeira avaliação; - Não manifesta sintomas de disúria; - Incentivou-se a pessoa a programar uma micção sempre imediatamente antes de ir dormir; - Reforçou-se a importância de diminuir o aporte de líquidos a partir das 18h – 19h para diminuir a incidência da noctúria;

	-A pessoa e cuidadora mostram compreender a importância de adequar a ingestão de líquidos; -Ensinou-se a pessoa sobre a importância de realizar treino vesical, utilizando técnicas de distração quando surge o desejo miccional e assim espaçar o tempo entre as micções (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); - Utilizado reforço positivo como estratégia de motivação; - Como dispositivo de contenção usa fralda cueca, havendo necessidade de trocá-la pelo menos 4 vezes por dia. 8/6: -A pessoa 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 porque tem de deambular com o apoio do andarilho ou de pessoa, ou não consegue colocar atempadamente o urinol; - Efetuados ensinamentos relativos aos exercícios de fortalecimento (contração dos músculos pubococcígeos) do pavimento pélvico que o mesmo não consegue realizar, dado que não percebe os músculos que são para contrair; - Ensinado à pessoa a parar o jato urinário durante o dia, de modo a ter uma melhor percepção dos músculos que deverá contrair; - Realizado ensino/instrução e execução de elevação pélvica (sessões 3x 10 séries,
--	--

	descanso de um minuto entre sessões), com apoio bola suíça/pilates; - Realizado ensino com bola entre as coxas na posição de deitado com exercícios de abdução e adução para fortalecimento dos glúteos, músculos das coxas e do pavimento pélvico (3 sessões de 10 series e com descanso entre sessões de 1 minuto) -Incentivado a urinar antes da realização dos exercícios; Realizado ensino relativo ao treino vesical, ensinou-se o J.G a espaçar o intervalo de tempo a que vai a casa de banho/ urinol: combinou-se adiar a ida à casa de banho agora numa primeira fase por 2 h; 14/6: -Refere melhoria ao nível da eliminação urinária; -Refere melhoria do jato urinário, não necessitando de realizar esforço muscular para promover o esvaziamento vesical; -A pessoa refere apresentar gotejo após a micção, apesar de ficar com a sensação de esvaziamento completo da bexiga; - Não tem adaptado a ingestão de líquidos diariamente. Reforcei o ensino anteriormente realizado sobre a importância de manter a ingestão hídrica recomendada na literatura de 1.5L por dia e dei o exemplo de promover o reforço de líquidos nos períodos de dia e reduzir após as 18h-19h de forma a diminuir a melhorar as queixas de nocturia; -Tem realizado os exercícios para fortalecimento do pavimento pélvico deitado e sentado, com a bola, não se conseguem realizar os mesmos de pé devido à perda de equilíbrio;
--	--

	-Ensinei à pessoa os exercícios de fortalecimento do pavimento pélvico (exercícios de Kegel), na posição de pé, consegue contrair corretamente; -Aconselhado a realizar os exercícios de Kegel na posição de pé, uma vez que é a posição em que contrai os músculos com maior eficácia. Combinado com o mesmo realizar 3 vezes ao dia 10 contrações com tempo de contração de 3-5 segundos e de relaxamento de 6 -10 segundos; - Explicados os sinais de correta realização dos exercícios de Kegel (consegue parar o jato urinário, observação de ligeiro movimento do pénis quando não está a urinar, sensação de contração do músculo do ânus a contrair); -Aproveitou-se a hora da visita da esposa que é a acompanhante das 12 as 20h para realizar os exercícios de fortalecimento do pavimento pélvico, esta demonstra-se bastante recetiva aos ensinamentos e vai adquirir o material de apoio (bola suíça e uma bola mais pequena também usada no método Pilates) para quando a pessoa regressar ao domicílio; - Explicada a anatomia da bexiga e como funciona a micção, quais os alimentos e bebidas a evitar que irritam o músculo da bexiga (detrusor) ao utente e á esposa; - Explicado à esposa que esta deve lembrar e incentivar a pessoa a ir à casa de banho/ utilizar o urinol e a parabenizá-lo quando não tem perdas (reforço positivo que ajuda na motivação); -Ensinada a pessoa e a esposa sobre produtos de apoio existentes para absorção de urina.
--	---

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Escolhemos o caso do Sr. J.G porque ele era dependente parcial nas suas AVD e precisou de cuidados de ajuda total para algumas delas. Também por estar enquadrado dentro do tema do projeto de estágio, visto ser uma pessoa já com patologia prostática e que no pós-operatório em NC apresentou incontinência funcional e de esforço.

O plano de enfermagem de reabilitação incluiu exercícios e atividades focados em estimular os sistemas neuromuscular e proprioceptivo, visando a recuperação e fortalecimento muscular. Com a prática regular e progressiva dos exercícios, a pessoa ganhou maior controlo motor, melhorando a estabilidade e reduzindo o risco de quedas.

Este caso foi desafiador, mas revelou melhorias significativas quer no equilíbrio, na coordenação, na força muscular, na linguagem, na disfagia, nos autocuidados e no autocontrolo eliminação urinária. Esta melhorias foram evidenciadas pela intervenção do EEER. O trabalho em equipa multidisciplinar foi crucial, permitindo uma abordagem holística no cuidado à pessoa.

Os resultados alcançados destacam a importância da enfermagem de reabilitação na recuperação, na melhoria da qualidade de vida, no bem-estar emocional e na promoção da independência funcional.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Bohannon, R. W., & Smith, M. B. (1987). Interrater reliability of a modified Ashworth scale of muscle spasticity. *Physical therapy*, 67(2), 206–207. <https://doi.org/10.1093/ptj/67.2.206>

Borg G. A. (1982). Psychophysical bases of perceived exertion. *Medicine and science in sports and exercise*, 14(5), 377–381.

Branco, C. & Portinha, S. (2017). *Disfagia no Adulto- da teoria à prática*. Lisboa: Papa-Letras.

Conselho Internacional de Enfermeiros. (2019). Browser Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem, Versão 2019. Ordem dos Enfermeiros. Consultado em: <https://www.icn.ch/what-we-do/projects/ehealth-icnptm/icnp-browser>

Guerreiro, L., Fernandes M., E. (2019). Rehabilitation Nursing in the empowerment of the person for self-care transfer, *Journal of Aging & Innovation*, 8 (1): 84 – 96

Mahoney, FI. & Barthel, D. (1965). Functional evaluation: the Barthel Index. *Maryland State Medical Journal*, 14, 56-61. <https://www.kcl.ac.uk/nmpc/assets/rehab/tools-bi-functional-evaluation-the-barthel-index.pdf>

Matos, F. & Simões, A. (2020). Enfermagem de Reabilitação na transição da pessoa com alteração motora por AVC: Revisão Sistemática da Literatura. *Revista Portuguesa Enfermagem Reabilitação*, 3(2):11-9.

Medical Research Council. (1976). Aids to the examination of the peripheral nervous system (War Memorandum No. 7). London: Her Majesty's Stationery Office.

Meleis, A. (2010). *Transitions Theory: Middle Range and Situation Specific Theories in Nursing Research and Practice*. Springer. Disponível: https://taskurun.files.wordpress.com/2011/10/transitions_theory_middle_range_and_situation_specific_theories_in_nursing_research_and_practice.pdf

Meleis, A., Sawyer, L., Im, E., Messias, D. & Schumacher, K. (2000). Experiencing transitions: An emerging middle-range theory. *Advances in Nursing Science*, 23 (1): 12-28. Disponível: doi: 10.1097/00012272-200009000-00006

Mendonça, T. (2012). Disfunções Miccionais. Uropatia Obstrutiva Baixa. In M.M. Silva, A. Duarte, J. Galo, N. Domingues (coords). *Enfermagem em Urologia* (pp. 36-50). Lisboa: Lidel.

Menoita, E., Sousa, L., Alvo, I., Vieira, C. (2012). Reabilitar a pessoa idosa com AVC: *Contributos para um envelhecer resiliente*. Loures: Lusociência.

Norma n.º 008/2019 de 9 de dezembro. Decreto Regulamentar nº 14/2012- n.º 2, artigo 2. (2012). Lisboa: Direção-Geral da Saúde. Disponível em: <https://www.dgs.pt/directrizes-da-dgs/normas-e-circulares-normativas/norma-n-0082019-de-09122019-pdf.aspx>

Ordem dos Enfermeiros.(2015). Padrão Documental dos Cuidados de Enfermagem da Especialidade de Enfermagem de Reabilitação. Porto: Ordem dos Enfermeiros. Disponível em:https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/colegios/Documents/2015/MCEER_Assembleia/PadraoDocumental_EER.pdf

Ordem dos Enfermeiros. (2016). Instrumentos de recolha de dados para a documentação dos Cuidados Especializados em Enfermagem de Reabilitação. Disponível em: https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/colegios/Documents/2017/InstRecolhaDadosDocumentacaoCuidEnfReabilitacao_Final_2017.pdf

Ordem dos Enfermeiros. (2018). Padrões de qualidade dos cuidados especializados em enfermagem de reabilitação. Assembleia do Colégio de Especialidade de Enfermagem de Reabilitação. Lisboa. Disponível em: https://www.ordemenfermeiros.pt/media/8141/ponto-4_regulamento-dos-padr%C3%B5es-qualidade-ceer.pdf

Ordem dos Enfermeiros. (2023). Pronúncia conjunta do Conselho de Enfermagem e Mesa do Colégio de Especialidade de Enfermagem de Reabilitação Nº02/2023. Disponível em: https://www.ordemenfermeiros.pt/media/28635/pron%C3%Bancia-n%C2%BA-02-ce-emceer_utiliza%C3%A7%C3%A3o-de-escala-de-medida-de-independ%C3%Aancia-funcional-mif-_anonimizado.pdf

Ordem dos Enfermeiros. (2012). Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem: *Enquadramento conceptual - Enunciados descritivos*. Lisboa. Disponível: <https://www.ordemenfermeiros.pt/media/8903/divulgar-padroes-de-qualidade-dos-cuidados.pdf>

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

Ribeiro, O., Moura, I., Ventura, J. (2021). *Referenciais teóricos orientadores do exercício profissional dos enfermeiros especialistas em enfermagem de reabilitação*. In O. Ribeiro (Ed.), *Enfermagem de Reabilitação - Conceções e Práticas* (pp. 48–55). Lisboa: Lidel

Silva, R., Carvalho, A., Rebelo, L., Pinho, N., Barbosa, L., Araújo, T. & Bettencourt, M. (2019). Contributos do referencial teórico de Afaf Meleis para Enfermagem de Reabilitação. *Revista Investigação em Enfermagem*, 2(26), 35-44. Disponível: http://www.sinaisvitalis.pt/images/stories/Rie/RIE26_s2.pdf

ANEXOS

ANEXO I - ESCALA DE DISPNEIA DE BORG MODIFICADA

ESCALA DE DISPNEIA DE BORG MODIFICADA	
0	Nenhuma
0,5	Muito, muito leve
1	Muito leve
2	Leve
3	Moderada
4	Pouco intensa
5	Intensa
6	
7	Muito intensa
8	
9	Muito, muito intensa
10	Máxima

ANEXO II - ESCALA DE COMA DE GLASGOW

Variáveis		Score
Abertura ocular	Espontânea	4
À voz		3
À dor		2
Nenhuma		1
Resposta verbal	Orientada	5
Confusa		4
Palavras inapropriadas		3
Palavras incompreensíveis		2
Nenhuma		1
Resposta motora	Obedece a comandos	6
Localiza a dor		5
Movimento de retirada		4
Flexão anormal		3
Extensão anormal		2
Nenhuma		1

ANEXO III - ESCALA DE FORÇA MUSCULAR (MRC-MEDICAL RESEARCH COUNCIL)

Escala de Força Muscular (MRC-Medical Research Council)	
0	Sem contração muscular palpável ou visível
1	Contração palpável ou visível, mas sem movimento do membro
2	Movimento sem vencer a gravidade ao longo da quase totalidade da amplitude articular
3	Movimento que vence a gravidade ao longo da quase totalidade da amplitude articular, mas não vence resistência
4	Movimento contra resistência moderada ao longo da totalidade da amplitude articular, que vence a gravidade
5	Força normal

ANEXO IV - ESCALA MODIFICADA DE ASHWORTH

ESCALA MODIFICADA DE ASHWORTH	
0	Nenhum aumento do tônus muscular
1	Ligeiro aumento do tônus muscular, manifestado por uma tensão momentânea ou por resistência mínima, no final da amplitude de movimento articular quando a região é movida em flexão ou extensão.
1+	Ligeiro aumento do tônus muscular, manifestado por tensão abrupta, seguida de resistência mínima em menos da metade da amplitude de movimento articular restante.
2	Aumento mais marcante do tônus muscular, durante a maior parte da amplitude de movimento articular, mas a região é movida facilmente.
3	Considerável aumento do tônus muscular, o movimento passivo é difícil.
4	Parte afetada rígida em flexão ou extensão

ANEXO V - ESCALA DE EQUILÍBRIO DE BERG

ESCALA DE EQUILÍBRIO DE BERG	
Descrição dos itens	Pontuação (0-4)
1) Posição sentada para posição em pé	
2) Permanecer em pé sem apoio	
3) Permanecer sentado sem apoio nas costas, mas com os pés apoiados no chão ou num banquinho	
4) Posição em pé para posição sentada	
5) Transferências	
6) Permanecer em pé sem apoio com os olhos fechados	
7) Permanecer em pé sem apoio com os pés juntos	
8) Alcançar a frente com o braço estendido permanecendo em pé.	
9) Apanhar um objeto do chão a partir da posição em pé.	
10) Virar-se e olhar para trás por cima dos ombros direito e esquerdo enquanto permanece em pé.	
11) Girar 360 graus	
12) Posicionar os pés alternadamente no degrau ou banquinho enquanto permanece em pé sem apoio	
13) Permanecer em pé sem apoio com um pé à frente	
14) Permanecer em pé sobre uma perna	
TOTAL	
Legenda: 0 - incapaz de executar, 4 - capaz de executar de forma independente) obtendo um score total de 56 pontos.	
Legenda: 0 a 20: diminuição do equilíbrio/ elevado risco de queda 21 a 40: equilíbrio aceitável/ médio risco de queda 41 a 56: bom equilíbrio/ baixo risco de queda	

ANEXO VI - ESCALA DE QUEDAS DE MORSE

ESCALA DE QUEDAS DE MORSE	
Item	Pontuação
1. História de Quedas, no internamento ou nos últimos 3 meses. Não Sim	0 25
2. Diagnósticos secundários Não Sim	0 15
3. Ajuda para caminhar Nenhuma/ajuda de enfermeiro/acamado/cadeira de rodas Muletas/canadianas/bengala/andador Apoia-se no mobiliário para andar	0 15 30
4. Terapia intravenosa Não Sim	0 20
5. Postura no andar e na transferência Normal/acamado/imóvel Debilitado	0 10

Dependente de ajuda	20
6. Estado mental	
Consciente das suas capacidades	0
Esquece-se das suas limitações	15
Legenda: Sem risco (0 e $\leq$ 24 pontos); Baixo risco ($\geq$ 25 e $\leq$ 50 pontos); Alto risco ($\geq$ 51 pontos).	

ANEXO VII - ÍNDICE DE BARTHEL

ÍNDICE DE BARTHEL	
1Alimentação	0 = Incapaz 5 = Necessita de ajuda para cortar, barrar manteiga, etc. 10 = Independente (a comida é providenciada)
2. Transferências	0 = Incapaz - não tem equilíbrio ao sentar-se 5 = Grande ajuda (uma ou duas pessoas) física, consegue sentar-se 10 = Pequena ajuda (verbal ou física) 15 = Independente (não necessita qualquer ajuda, mesmo que utilize cadeira de rodas)
3. Higiene Pessoal	0 = Necessita de ajuda com o cuidado pessoal 5 = Independente no barbear, dentes, rosto e cabelo (utensílios fornecidos)
4. Utilização de Casa de banho	0 = Dependente 5 = Necessita de ajuda, mas consegue fazer algumas coisas sozinho 10 = Independente (senta-se, levanta-se, limpa-se e veste-se sem ajuda)
5. Tomar banho	0 = Dependente 5= Independente (lava-se no chuveiro/ banho de emersão/ usa a esponja por todo o corpo sem ajuda)
6. Mobilidade	0 = Imobilizado 5 = Independente na cadeira de rodas incluindo cantos, etc. 10 = Anda com ajuda de uma pessoa (verbal ou física) 15 = Independente (mas pode usar qualquer auxiliar, ex.: bengala)
7. Subir e descer escadas	0 = Incapaz 5 = Necessita de ajuda (verbal, física, transporte dos auxiliares de marcha) ou supervisão 10 = Independente (subir / descer escadas, com apoio do corrimão ou dispositivos ex.: muletas ou bengala)
8. Vestir	0 = Dependente 5 = Necessita de ajuda, mas faz cerca de metade sem ajuda 10 = Independente (incluindo botões, fechos e atacadores)
9. Controlo Intestinal	0 = Incontinente (ou necessita que lhe sejam aplicados clisteres)

	5 = Episódios ocasionais de incontinência (uma vez por semana) 10 = Contínente (não apresenta episódios de incontinência)
10. Controlo Vesical	0 = Incontinente ou algaliado 5 = Episódios ocasionais de incontinência (máximo uma vez em 24 horas) 10 = Contínente (por mais de 7 dias)
Interpretação do Resultado	100 pontos – totalmente dependente independente 99 a 76 pontos – dependência leve 75 a 51 pontos – dependência moderada 50 a 26 pontos – dependência severa 25 e menos pontos – dependência total

ANEXO VIII - MEDIDA DE INDEPENDÊNCIA FUNCIONAL

Escala de MIF		
Autocuidado		Data de avaliação
A - Alimentação		
B - Higiene pessoal		
C - Banho		
D - Vestir metade superior		
E - Vestir metade inferior		
F - Utilização da sanita		
Controlo de Esfíncteres		
G - Vesical		
H - Intestinal		
Transferência		
I - Cama, cadeira, cadeira de rodas		
J - Sanitário		
K - Banheira, duche		
Locomoção		
L - Marcha, cadeira de rodas		
M - Escadas		
Comunicação		
N - Compreensão		
O - Expressão		
Cognição Social		
P - Interação social		
Q - Resolução de problemas		
R - Memória		
TOTAL		
Legenda		
Nível	7 – Independência completa (segurança, em tempo normal). 6 – Independência modificada (utilização de produto de apoio)	Sem ajuda /independente

Dependência modifica (o indivíduo realiza pelo menos 50% do esforço)	Ajuda /dependência modificada
5 – Supervisão 4 – Ajuda mínima (indivíduo $\geq 75\%$) 3 – Ajuda moderada (indivíduo $\geq 50\%$) Dependência completa (o indivíduo realiza menos de 50% do esforço) 2 – Ajuda máxima (indivíduo $\geq 25\%$) 1 – Ajuda total (indivíduo $< 25\%$)	

ANEXO IX - Versão em português do ICIQ-UI-SF

 Número inicial	ICIQ-UI SF CONFIDENCIAL	 DIA MÊS ANO DATA de HOJE
---	-----------------------------------	---

Muitas pessoas perdem urina em algum momento. Estamos a tentar perceber quantas pessoas perdem urina e quanto isso as incomoda.
 Ficariamos agradecidos se pudesse responder às seguintes perguntas, atendendo a como tem passado, em média, nas ÚLTIMAS QUATRO SEMANAS.

1 Data de Nascimento:

DIA MÊS ANO

2 Sexo: Feminino ☐ Masculino ☐

3 Com que frequência perde urina? (assinale uma opção)

Nunca	☐
Uma vez por semana ou menos	☐
Duas ou três vezes por semana	☐
Uma vez ao dia	☐
Diversas vezes ao dia	☐
O tempo todo	☐

4 Que quantidade de urina perde normalmente (esteja a usar proteção ou não)? (assinale uma opção)

Nenhuma	☐
Uma pequena quantidade	☐
Uma moderada quantidade	☐
Uma grande quantidade	☐

5 De uma forma geral, em que medida perder urina afeta a sua vida diária?
Por favor assinale um número entre 0 (nada) e 10 (muito)

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Nada										muito

ICIQ Escore: soma dos resultados 3+4+5= _____

6. Quando é que perde urina? (Assinale todas as opções que se aplicam)

Nunca	☐
Perco antes de chegar à casa de banho	☐
Perco quando tussio ou espiro	☐
Perco quando estou a dormir	☐
Perco quando estou a fazer exercícios físicos	☐
Perco quando terminei de urinar e estou a vestir-me	☐
Perco sem razão óbvia	☐
Perco o tempo todo	☐

Muito obrigado por ter respondido a estas perguntas

APÊNDICE

APÊNDICE I- Norma de Procedimento neuroc-3087- cuidados de enfermagem de reabilitação à pessoa com deglutição comprometida



[POL 0XXX OU NPG 1XXX OU NOC 2XXX]

SERVIÇO DE NEUROCIRURGIA I

NORMA DE PROCEDIMENTO
NEUROC – 3087
CUIDADOS DE ENFERMAGEM DE REABILITAÇÃO À PESSOA COM DEGLUTIÇÃO
COMPROMETIDA

APROVAÇÃO

FINALIDADE	Prevenir complicações associadas à pessoa com deglutição comprometida e promover treino de reabilitação da deglutição
DESTINATÁRIOS	Enfermeiros Especialistas em Enfermagem de Reabilitação
PALAVRAS-CHAVE	Avaliação, Comprometida, Deglutição, Disfagia, Treino, Reabilitação

HGO Mod. 74/011 (Out. 20)

Autores	Enf Especialista Enfermagem de reabilitação, Ana Sofia Gonçalves	2024.02.29
Verificação SGQ/CQS	[Identificar responsáveis pela verificação]	[Data de Verificação]
Aprovação	Leonor Monteiro	2024.02.29
Divulgação	Sessão formativa e mail	[Data de Divulgação]
Versão	3	2024.02.29

[Não escrever nesta zona da página]

REGISTO DE ALTERAÇÕES

VERSÃO	DATA ELABORAÇÃO	DATA DIVULGAÇÃO	ELABORADO POR	MOTIVO REVISÃO
1	2021.04.28	2021.04.29	Enf. Ana Sofia Gonçalves Estudante CPLEER Inês Grazina	[Identificar motivo de revisão do doc. original]
2	2023.05.30	2023. 05.30	Enf.EER Ana Sofia Gonçalves	Revisão científica e adaptação à prática
3	2024.02.29	2024.02.29	Enf.EER Ana Sofia Gonçalves	Revisão científica e adaptação à prática

INDICE

1. CONCEITOS

2. DESCRIÇÃO

a. CRITÉRIOS DE AVALIAÇÃO

b. COMPETÊNCIAS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA EM ENFERMAGEM DE REABILITAÇÃO NOS CUIDADOS À PESSOA COM ALTERAÇÃO DA DEGLUTIÇÃO

c. AVALIAÇÃO DA DEGLUTIÇÃO

I. Avaliação Indireta da Deglutição

II. Avaliação Direta da Deglutição

d. INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM DE REABILITAÇÃO À PESSOA COM DISFAGIA

I. Cuidados na Alimentação

II. Intervenções para a Reeducação da Deglutição

3. INDICADORES

4. BIBLIOGRAFIA

ANEXOS

Anexo 1 – Grelha de avaliação da deglutição

Anexo 2 - Fluxograma de Tomada de Decisão na “Avaliação da Deglutição”

Anexo 3 – Lista de verificação da aplicação da norma

1. CONCEITOS

Deglutição, traduz-se na capacidade de ingerir substâncias através da boca, dirigindo-as à faringe e posteriormente ao esófago. É descrita como uma função complexa que exige não só comunicação entre os sistemas nervosos central e periférico como também ações coordenadas entre a cavidade oral, laringe, músculos, nervos cranianos e encéfalo.

Pode ser dividida em quatro fases:

1. Fase oral preparatória – os alimentos são manipulados na boca;
2. Fase oral – o bolo alimentar é posicionado na região mediana da boca e é empurrado para a orofaringe;
3. Fase faríngea – o bolo alimentar atravessa a faringe por ação do reflexo da deglutição;
4. Fase esofágica – o peristaltismo transporta o bolo alimentar até ao estômago.

A deglutição fica concluída durante a Fase Esofágica que demora 8 a 20 segundos.

Segundo a CIPE, **Deglutição** é um tipo de digestão com as características específicas: passagem dos líquidos e dos alimentos fragmentados, pelo movimento da língua e dos músculos, da boca para o estômago através da orofaringe e do esófago.

Disfagia, é um sintoma definido como uma alteração da deglutição em consequência de uma alteração nos mecanismos de controlo neuromuscular ou sensorial da deglutição. Pode também surgir como um sintoma secundário a alguns medicamentos.

A pessoa com diagnóstico de **Deglutição Comprometida** deve ser alvo de ~~uma~~ **avaliação/intervenção** de enfermagem pelo facto de que do mesmo decorre o diagnóstico de “risco de aspiração”. São referidos como sendo fatores de risco para aspiração:

- Cognição ou nível de consciência alterado
- Deglutição comprometida (que pode ocorrer depois de acidente vascular cerebral ou outras doenças neurológicas)
- Vômitos
- Dispositivos e procedimentos gastrointestinais (p. ex. sonda nasogástrica)
- Dispositivos e procedimentos respiratórios (p. ex. tubo endotraqueal)

Pela patologia neurológica, idade e status pós anestésicos, os doentes do serviço de Neurocirurgia apresentam grande probabilidade de compromisso da deglutição e consequente risco de aspiração.

2. DESCRIÇÃO

a. CRITÉRIOS DE AVALIAÇÃO

Critérios	Exceções	Esclarecimentos
1-Pessoas internadas no serviço de neurocirurgia ¹ da ULSAS em situação de risco de deglutição comprometida	Pessoas internadas com agendamento cirúrgico previsto num período de 24h Pessoas em situação de pós operatório num período de 12h	<u>Consideram-se pessoas em situação de risco de deglutição comprometida:</u> • Doentes do foro neurológico, nomeadamente com ◦ Tumor cerebral ◦ AVC isquémico ou hemorrágico ◦ Traumatismo Craniano • Pós operatório de cirurgia cervical por via anterior • Pessoas com antecedentes de entubação traqueal prolongada
2-Pessoas com deglutição comprometida		

b. COMPETÊNCIAS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA EM ENFERMAGEM DE REABILITAÇÃO (EER) NOS CUIDADOS À PESSOA COM ALTERAÇÃO DA DEGLUTIÇÃO

Compete ao Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação (ER):

- Avaliar a Deglutição conforme critérios de avaliação;
- Prescrever as intervenções de Enfermagem de Reabilitação e de Enfermagem Geral para a pessoa com **deglutição comprometida**;
- Executar as intervenções de Enfermagem de Reabilitação conforme a presente norma;
- Supervisar o cumprimento das Intervenções pela Enfermagem Geral;
- Realizar Registos inerentes à Avaliação, Diagnóstico e Intervenções;
- Monitorizar registos em base de dados.

c. AVALIAÇÃO DA DEGLUTIÇÃO

Pressupostos para realizar Avaliação da Deglutição:

- ✓ Conhecimento da situação clínica do doente nomeadamente antecedentes de aspiração e fatores de risco como patologias prévias ou uso de medicamentos (anticonvulsivantes, antidepressivos, neurolépticos e antiparkinsonianos).
- ✓ Avaliação neurológica e avaliação dos pares cranianos com envolvimento direto na deglutição.
- ✓ Realização da avaliação com a pessoa consciente, desperta, bem sentada, em ambiente calmo e livre de distrações e com equipamento de aspiração disponível.
- ✓ **Avaliação indireta e direta** da deglutição

I. Avaliação Indirecta da Deglutição

→ Capacidade para se manter vigil e atento	→ Reflexo de deglutição
→ Estase de secreções na cavidade oral	→ Reflexo de vômito
→ Qualidade vocal	→ Capacidade para controlar os movimentos da cabeça e pescoço
→ Simetria facial	→ Estado da dentição e/ou adequação de próteses dentárias
→ Sensibilidade facial e da mucosa	→ Motricidade da úvula e palato mole
→ Motricidade da língua	
→ Capacidade para tosse eficazmente	
→ Capacidade para manter a saliva na boca	

Caso estejam presentes uma ou mais alterações significativas (assinaladas a negrito), ponderar se é seguro prosseguir para a Avaliação Direta da Deglutição

II. Avaliação Direta da Deglutição

A avaliação direta da deglutição obriga durante a administração de água nas diferentes consistências à vigilância dos seguintes **sinais de alerta para disfagia/aspiração**:

- | | |
|---|---|
| • Tosse | • Lacrimejo |
| • Regurgitação nasal | • Presença de resíduos na cavidade oral após deglutição |
| • Dispneia | • Diminuição da saturação periférica de O ₂ |
| • Rouquidão, voz “ molhada ” ou nasalada | • Alteração na auscultação cervical |
| • Gorgolejo | |

1. Administrar 1 colher de sobremesa (de metal) com água (**líquido fino**) repetindo o procedimento 3 vezes e monitorizar a presença de sinais de disfagia/aspiração em cada toma.
2. Caso não apresente sinais de alerta solicitar que beba 3 a 4 goles de um copo cheio de água.
3. Se não apresentar sinais de disfagia/aspiração permitir que beba a quantidade restante.
4. Caso não apresente sinais de alerta iniciar dieta pastosa ou mole, supervisionar e reavaliar diariamente e considerar progredir para dieta ligeira conforme avaliação.
5. Se apresentar sinais de alerta, preparar água nas consistências **néctar**, **mel** e **pudim**, seguindo as indicações do fabricante de espessante e com recurso a “shaker”, para garantir a homogeneidade do preparado.
6. Fornecer 1 colher de sobremesa com água na consistência **néctar**, repetindo o procedimento 3 vezes e monitorizar a presença de sinais de disfagia/aspiração em cada toma.
7. Caso apresente sinais de alerta repetir o procedimento para a consistência **mel** e para a consistência **pudim** se mantiver sinais de alerta.
8. **Definir a dieta de acordo com a avaliação** mantendo supervisão da alimentação.
9. Se apresentar sinais de alerta na consistência pudim a alimentação deverá ser exclusivamente entérica por sonda
10. Reavaliar a deglutição diariamente e sempre que apresente agravamento da situação clínica.
11. **Registos em S.Clinic**® - Avaliar **Foco Deglutição** para aferir o grau de comprometimento (reduzido, moderado ou elevado). → Diário.

ALERTAS:

Avaliada uma deglutição aparentemente segura nos diferentes testes, não implica que não possa ocorrer disfagia quando são misturadas diferentes texturas (exemplo: laranja –sólido e líquido).

A Avaliação da pessoa com risco de disfagia é complexa e dinâmica. **Nem sempre a avaliação à cabeceira do doente é suficiente para garantir a segurança da alimentação oral.** Nesses casos recomenda-se a articulação com a equipa multiprofissional para a realização de outros meios de estudo, como é o caso da videofluoroscopia.

d. INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM DE REABILITAÇÃO À PESSOA COM DISFAGIA

I. Cuidados na Alimentação

Intervenções	Registos (S.Clinico [®])
• Assegurar ambiente calmo e vigilância durante a refeição	✓ Alimentar-se comprometido/ dependente > Supervisionar dieta;
• Equipamento de aspiração operacional e testado	
• Sentar a pessoa. Na impossibilidade, garantir cabeceira elevada ($\geq 45^\circ$) durante a refeição e nos 30-45 min que se seguem à mesma ($\geq 30^\circ$)	✓ Deglutição > Deglutição comprometida > Instruir a Posicionar-se; ✓ Deglutição > Deglutição comprometida > Posicionar para a refeição;
• Oferecer alimentos em pequenas quantidades e dentro do campo visual da pessoa	✓ Deglutição > Deglutição comprometida > Planear a dieta; ✓ Alimentar-se > Alimentar-se dependente > Supervisionar a dieta;
• Utilizar colher de metal	
• Administração de líquidos em copos ou garrafas cheias a mais de metade (evita extensão cervical) • Precaução no uso de palhinhas;	
• Evitar oferecer leites e derivados nas primeiras avaliações e treinos da deglutição;	
• Inspeccionar a cavidade oral durante e após a refeição e garantir os cuidados de higiene oral no final.	✓ Aspiração > Risco de aspiração > inspeccionar a cavidade oral; ✓ Autocuidado > Autocuidado dependente > Lavar a boca; ✓ Autocuidado higiene > Autocuidado higiene dependente > Assistir no autocuidado: higiene da boca.

II. INTERVENÇÕES PARA REEDUCAÇÃO DA DEGLUTIÇÃO

Técnicas Posturais			
Flexão anterior Cervical	Permite esconder a valécula e proteger melhor as vias aéreas, diminuindo o risco de aspiração.	Útil em pessoas com: ▪ atraso no reflexo da deglutição; ▪ diminuição na elevação da laringe; ▪ redução da retração da língua; ▪ redução do encerramento laríngeo.	Intervenções em S.Clinic® (Foco > Diagnóstico > Intervenção) • Deglutição > Potencia para melhorar a capacidade para executar técnica de deglutição > Avaliar capacidade para executar técnica de deglutição • Deglutição > Deglutição comprometida > Instruir / Treinar a técnica de deglutição
Rotação cervical para o lado afetado	Potencia a adução das pregas vocais do lado afetado	▪ paresia unilateral da faringe ou da laringe ▪ lesão unilateral das cordas vocais	
Flexão lateral para o lado são	Permite conduzir o bolo alimentar para o lado são da faringe, reduzindo o risco de aspiração	▪ alterações na fase oral e faríngea homolateral - lesão unilateral da língua e faringe	
Exercícios de Amplitude de Movimentos e Fortalecimento Muscular			
(Cada exercício deve ser realizado durante 2 segundos, seguido de período de relaxamento)			
Lábios	Protrair, retrair e lateralizar, emitir o som de estalar, beijinhos, assobiar ou realizar sucção. Segurar uma espátula entre os lábios (em repouso e em protração).		• Deglutição > Potencial para melhorar o conhecimento para promover a deglutição > Ensinar sobre exercícios terapêuticos para a deglutição • Deglutição > Potencial para melhorar a capacidade para executar técnica de deglutição > Instruir exercícios terapêuticos para a deglutição • Deglutição > Potencial para melhorar a capacidade para executar técnica de deglutição > Treinar
Língua	<u>Exercícios de amplitude dos movimentos:</u> ▪ Exteriorizar o máximo possível durante dois segundos; ▪ Mover para ambas as bochechas e para a face interna dos dentes; ▪ Contornar o palato antero-posteriormente; ▪ Produzir o som K” ou “G” (treinar a porção posterior da língua).		
	<u>Exercícios de fortalecimento ou resistência da língua:</u> ▪ Retraír a língua, gargarejar e bocejar, mantendo língua retraída;		

	Realizar exercícios resistidos da língua com espátula, ou contra as bochechas, realizando pressão externa com os dedos.	exercícios terapêuticos para a deglutição
Mandíbula	Abrir a boca o máximo possível e mover a mandíbula: para a direita e esquerda e em movimentos circulares.	
Laringe	- Solicitar que realize Voz de Falsete; - Exercício de Shaker: em decúbito dorsal, solicitar que a pessoa levante a cabeça do plano, mantendo a boca fechada, sem elevar os ombros e até conseguir ver os dedos dos pés. Deve realizar este exercício três vezes, em séries de um minuto, com o mesmo tempo de intervalo/relaxamento.	
Bochechas	- Insuflar as bochechas uni ou bilateral, com ou sem resistência e mantendo os lábios fechados. - Treinar movimentos de sucção.	

Estimulação Sensitiva

Mudança no Sabor	O sabor amargo potencia o estímulo oral, podendo reduzir o tempo decorrido na fase oral e faríngea. O ácido cítrico potencia os reflexos envolvidos na deglutição e estimula a secreção de saliva.	- Deglutição > Deglutição comprometida > Planejar a dieta - Deglutição > Deglutição comprometida > Estimular a deglutição
Mudança no Volume	O aumento do volume aumenta a estimulação sensitiva, desencadeando mais rapidamente a deglutição. Contudo, maiores volumes podem aumentar o risco de aspiração.	
Temperatura	O frio aumenta o estímulo sensitivo na área onde se desencadeia o reflexo de deglutição sendo útil quando ocorre atraso do mesmo.	
Bebidas Gaseificadas	O ácido carbônico estimula os recetores da boca acelerando o reflexo da deglutição	

INDICADORES

TIPO DE INDICADOR	INDICADOR	FÓRMULA / EVIDÊNCIA
Estrutura	• Norma de Procedimento • Pasta informática com informação sobre disfagia • Kit de avaliação da deglutição • Base de dados que permita monitorizar indicadores epidemiológicos	→ Evidência da existência da norma → Evidência da existência da pasta informática → Evidência da existência do kit → Evidência de registo na folha de Excell de Enfermagem de Reabilitação dos doentes elegíveis avaliados
Epidemiológico	• Taxa de incidência de utentes com deglutição comprometida • Taxa de prevalência de utentes com deglutição comprometida •	Nº de casos novos de utentes com <i>deglutição comprometida</i> num ano / Nº total de doentes no período de 1 ano X 100 (nº de utentes saídos) Nº de casos de utentes com <i>deglutição comprometida</i> num ano / Nº total de doentes no período de 1 ano X 100 (nº de utentes saídos)
Resultado	• Taxa de efetividade na prevenção de complicações (aspiração) • Taxa de ganho de funcionalidade na deglutição	Nº de utentes com risco de aspiração (sem aspiração) e que tiveram pelo menos uma intervenção documentada / Nº de casos com risco de aspiração documentada no período de 1 ano X 100 Nº de casos com modificação positiva no status de diagnóstico deglutição comprometida / Nº total de pessoas com o diagnóstico de deglutição comprometida no período de 1 ano X 100

BIBLIOGRAFIA

- Baijens, L. W.; Clavé, P.; Cras, P.; Ekberg, O.; Forster, A.; Kolb, G. F.; Leners, J.-C.; Masiero, S.; Mateos-Nozal, J.; Ortega, O.; Smithard, D. G.; Speyer, R. & Walshe, W.. (2016). European Society for Swallowing Disorders – European Union Geriatric Medicine Society white paper: oropharyngeal dysphagia as a geriatric syndrome. *Clinical Interventions in Aging*. 11. pp. 1403-1428. <http://dx.doi.org/10.2147/CIA.S107750>
- Braga, R. (2017a). Avaliação da Função Deglutição. In C. Masques-Vieira, & L. Sousa, *Cuidados de Enfermagem de Reabilitação à Pessoa ao Longo da Vida* (pp. 181-188). Loures: Lusodidacta.
- Braga, R. (2017b). Reeducação da Deglutição. In C. Masques-Vieira, & L. Sousa, *Cuidados de Enfermagem de Reabilitação à Pessoa ao Longo da Vida* (pp. 263-270). Loures: Lusodidacta.
- Christmas, C., & Rogus-Pulia, N. (2019). Swallowing Disorders in the Older Population. *The American Geriatrics Society*, pp. 1-7. doi:10.1111/jgs.16137
- Glenn-Molali, N. H (2011). Alimentação e Deglutição. In S. P. Hoeman. *Enfermagem de Reabilitação: Prevenção, Intervenção e Resultados Esperados* (4a ed.) (C. Saraiva, J. M. Sousa, B. Mertens, L. Abecassis, M. Abecassis, M. O. Sousa ... R. Azevedo. Trad.) (pp. 295-317). Loures: Lusodidacta. (tradução do original Rehabilitation Nursing: Prevention, Intervention & Outcomes, 4th ed., 2011).
- Rofes, L., Arreola, V., Almirall, J., Cabré, M., Campins, L., García-Peris, P.... Clavé, P. (2011). Diagnosis and Management of Oropharyngeal Dysphagia and Its Nutritional and Respiratory Complications in the Elderly. (H. P. Corporation, Ed.) *Gastroenterology Research and Practice*, pp. 1-13. doi:10.1155/2011/818979.
- Seeley, R. R.; Stephens, T. D. & Tate, P. (2011) Anatomia & Fisiologia (M.T. Leal, M. C. Durão, L. Abecassis) (8ªed.). Loures: Lusociência. (Tradução do original do inglês Anatomy & Physiology, 2008).
- Trapl, M. E. (2007). Dysphagia bedside screening for acute-stroke patients: the Gugging Swallowing Screen. *STROKE*, 38, pp. 2948-2952. doi:<https://doi.org/10.1161/STROKEAHA.107.483933>

ANEXO 1

▪ GRELHA DE AVALIAÇÃO DA DEGLUTIÇÃO

1º AVALIAÇÃO INDIRETA

Itens a avaliar	S	N	NT
1. Capacidade para se manter vigil e atento			
2. Ausência de estase de secreções na cavidade oral			
3. Qualidade vocal mantida (solicitar que diga “a”)			
4. Simetria facial (sorrir, elevar as sobrancelhas, franzir a testa e os lábios, assobiar e soprar)			
5. Sensibilidade facial e da mucosa (mastigar, mover maxilar inferior para os lados; identificar estímulos táteis na testa, face e bochechas)			
6. Motricidade da língua (mover para os lados e para dentro e fora)			
7. Capacidade para tossir eficazmente			
8. Capacidade para manter a saliva na boca			
9. Reflexo de deglutição			
10. Reflexo de vômito (tocar na úvula)			
11. Capacidade para controlar os movimentos da cabeça e pescoço na posição de sentado (elevar os ombros e rodar a cabeça contra a resistência)			
12. Estado da dentição e/ou adequação de próteses dentárias			
13. Motricidade da úvula e palato mole (úvula e palato mole elevam-se quando diz “ah”)			

S – SIM; N – NÃO; NT – NÃO TESTADO

Caso estejam presentes uma ou mais alterações significativas (assinaladas a negrito), ponderar se é seguro prosseguir a Avaliação Direta da Deglutição

2º - AVALIAÇÃO DIRETA /TESTE DE INGESTÃO ORAL

A pessoa deve estar em posição sentada e deve ser assegurado ambiente calmo e equipamento de aspiração. Utiliza-se 1 colher de sobremesa de metal (+/- 10 ml)

Considerar os seguintes **Sinais de aspiração (podem surgir 1' após deglutição):**

Tosse, Regurgitação oral, Dispneia, Rouquidão, voz “molhada ou nasalada, gorgolejo, lacrimejo, Presença de resíduos na cavidade oral após deglutição, Diminuição da saturação periférica de oxigénio, Alteração na auscultação cervical

Avaliar na seguinte ordem modificando a consistência progressivamente através da adição de espessante até concluir qual a consistência segura.

	Líquido			Néctar			Mel			Pudim		
	S	N	NT	S	N	NT	S	N	NT	S	T	NT
1-Ausência de sinais de aspiração após 10 ml 3x consecutivas												
2-Ausência de sinais de aspiração após 3 goles												
3-Ausência de sinais de aspiração após beber restante copo												
4-Ausência de alteração na oximetria												
5-Ausência de alteração na auscultação cervical												

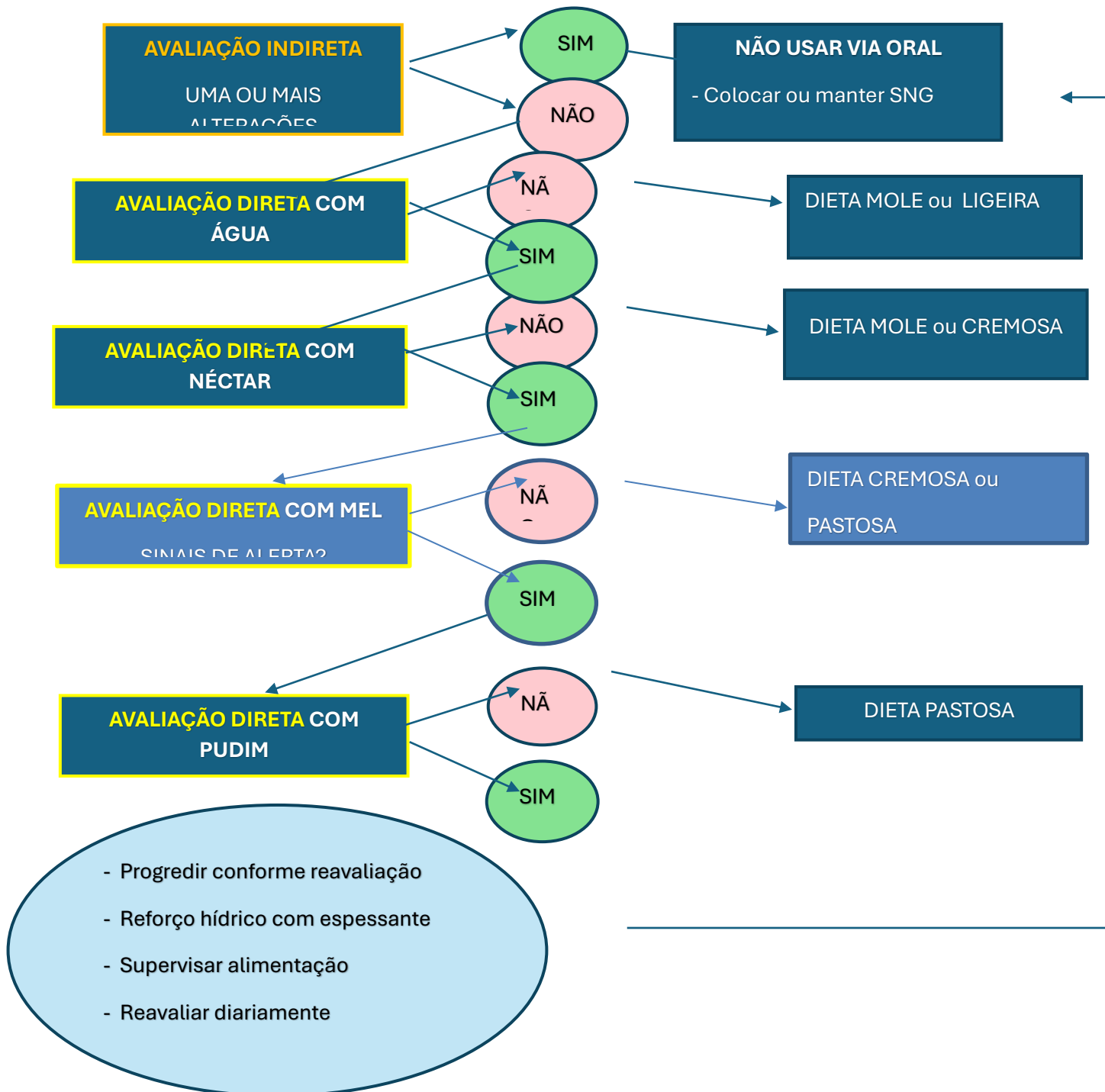
S – SIM;

N – NÃO;

NT – NÃO TESTADO

ANEXO 2

FLUXOGRAMA DE TOMADA DE DECISÃO NA “AVALIAÇÃO DA DISFAGIA”



ANEXO 3

▪ LISTA DE VERIFICAÇÃO DE APLICAÇÃO DA NORMA

Identificação:

Data:

Itens a avaliar	Conformidade			Observações
	C	NC	NA	
Evidência da realização a utente elegível				
Evidência da realização da avaliação da deglutição				
Evidência da implementação de pelo menos um cuidado geral na alimentação da pessoa com disfagia				
Evidência da implementação de pelo menos uma intervenção de reeducação de deglutição (técnicas posturais, exercícios de amplitude do movimento e fortalecimento muscular, estimulação sensitiva)				

▪ TABELA DE CONSISTÊNCIA DAS DIETAS

CONSISTÊNCIA	XAROPE / NÉCTAR	MEL / CREME	PUDIM
			
DIETA	MOLE	CREMOSA	PASTOSA

APÊNDICE X – ESTUDO DE CASO – REABILITAR A PESSOA
COM ALTERAÇÃO DA CONTINÊNCIA URINÁRIA NO DOMICÍLIO



EGAS MONIZ SCHOOL
of HEALTH & SCIENCE | ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE
EGAS MONIZ

2º Curso de Mestrado em Enfermagem de Reabilitação

ESTUDO DE CASO

REABILITAR A PESSOA COM ALTERAÇÃO DA CONTINÊNCIA URINÁRIA NO DOMICÍLIO

ANA CRISTINA PATRICÍO CIURO

Almada

2024



EGAS MONIZ SCHOOL
of HEALTH & SCIENCE

ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE
EGAS MONIZ

2º Curso de Mestrado em Enfermagem de Reabilitação

ESTUDO DE CASO

REABILITAR A PESSOA COM ALTERAÇÃO DA CONTINÊNCIA URINÁRIA NO DOMICÍLIO

Estágio realizado na Unidade de
Cuidados na Comunidade

DISCENTE: Ana Cristina Patrício Ciuro

DOCENTE ORIENTADOR: Noélia Ferreira

Almada

2024



LISTA DE SIGLAS E ABREVIATURAS

AVC – Acidente Vascular Cerebral

AVD's -Atividades de Vida Diária

CE – Crânio – Encefálico

CIPE – Classificação para a Prática de Enfermagem

DGS – Direção Geral de Saúde

ECCI – Equipa de Cuidados Continuados Integrados

EEER – Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação

FA – Fibrilhação Auricular

GCS- Escala de Coma de Glasgow

HBP – Hiperplasia Benigna da Próstata

ICIQ-UI-SF - *International Consultation on Incontinence Questionnaire – Urinary Incontinence Short Form*

MIF - Escala de Medida de Independência Funcional

MRC - Medical Research Council

N/A – Não Aplicável

OE -Ordem dos Enfermeiros

Sr - Senhor

TAC- Tomografia Axial Computadorizada

TCE – Traumatismo Craneo-Encefálico



Índice

INTRODUÇÃO	1
1. DADOS PESSOAIS	2
2. EXAME FÍSICO E AVALIAÇÃO DA FUNCIONALIDADE	5
2.1 EXAME FÍSICO SUMÁRIO	5
2.2 AVALIAÇÃO NEUROLÓGICA	5
2.2.1 ESTADO MENTAL	5
2.2.2 PARES CRANIANOS	6
2.3 AVALIAÇÃO DA FUNÇÃO RESPIRATÓRIA	10
2.4 AVALIAÇÃO NEUROMUSCULAR, ARTICULAR, DA POSTURA E MOVIMENTO	11
2.4.1 AVALIAÇÃO SENSÓRIO-MOTORA	11
2.4.2 FORÇA MUSCULAR	11
2.4.3 TÓNUS MUSCULAR	13
2.4.4 COORDENAÇÃO MOTORA	15
2.4.5 AMPLITUDES ARTICULARES	16
2.4.6 AVALIAÇÃO DO EQUILÍBRIO	16
2.4.7 AVALIAÇÃO DA MARCHA	17
2.4.8 AVALIAÇÃO DO RISCO DE QUEDA	18
2.4.9 AVALIAÇÃO DE RISCO DE ÚLCERA POR PRESSÃO	19
2.5 AVALIAÇÃO DA DOR	19
2.6 AVALIAÇÃO DO GRAU DE DEPENDÊNCIA E IMPACTO NO AUTOCUIDADO	19
2.7 AVALIAÇÃO DA SOBRECARGA DO CUIDADOR INFORMAL	21
2.8 A AVALIAÇÃO DA PESSOA COM INCONTINÊNCIA URINÁRIA	23
3. PLANO DE CUIDADOS	25
CONSIDERAÇÕES FINAIS	40
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	41
ANEXOS	44

INTRODUÇÃO

Em contexto do 2º Ensino Clínico do Mestrado em Enfermagem de Reabilitação da Escola Superior de Saúde Egas Moniz, foi proposto um estudo de caso que considerasse as competências necessárias e desejadas pelo estudante na área da Enfermagem de Reabilitação, baseadas na sua experiência prática e reflexão nos cuidados de enfermagem.

O estudo de caso tem como objetivo ampliar conhecimentos para desenvolver um plano de cuidados personalizado, dando visibilidade ao papel do Enfermeiro Especialista em Reabilitação (EEER) no cuidado às pessoas com necessidades de reabilitação, com base na Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem (CIPE) e no Padrão Documental de Cuidados de Enfermagem da Especialidade.

Segundo a Ordem dos Enfermeiros (OE, 2018), a implementação de um programa precoce de enfermagem de reabilitação reduz o tempo de internamento e aumenta a autonomia da pessoa, prevenindo complicações e sequelas. Este estudo destaca a intervenção do EEER na pessoa com alteração do autocontrolo continência urinária em contexto de domicílio, visando promover, manter e recuperar a sua funcionalidade de forma a melhorar a qualidade de vida.

Todos os aspetos éticos e legais foram respeitados durante a colheita de dados, na avaliação, planeamento e cuidados na intervenção. Este estudo foi desenvolvido com base no acompanhamento da situação clínica da pessoa, registos informáticos e processo clínico, resultando assim na formulação dos diagnósticos e intervenções de enfermagem baseados na teoria das transições de Afaf Meleis.

Encontra-se estruturado por partes, primeiramente encontra-se a introdução, seguidamente encontram-se os dados pessoais, o exame físico e a avaliação da funcionalidade, que engloba a avaliação neurológica, respiratória, a avaliação neuromuscular, articular, postura e movimento, depois surge o plano de cuidados elaborado de forma a desenvolver as competências comuns do enfermeiro especialista e específicas do EEER.

O trabalho foi redigido conforme o acordo ortográfico da língua portuguesa e segue a norma da *American Psychological Association* 7ª Edição, finalizando-se com as considerações finais, seguido das referências bibliográficas, e anexos.

1. DADOS PESSOAIS

DADOS PESSOAIS		
Nome: G.P	Data de Nascimento: 23/09/1946	Idade: 78 anos
Género: Masculino		Raça: Caucasiana
Residência: Charneca da Caparica		Nacionalidade: Portuguesa
Estado Civil: Viúvo		Profissão: Construção civil/ reformado
Condições Habitacionais e acessibilidade: Uma casa de dois pisos, onde tem três quartos e uma casa de banho no piso superior, acessível por escadas, e outros dois quartos, casa de banho, sala e cozinha no piso térreo. Há dois degraus no percurso dos quartos do piso térreo para a sala e cozinha e carpetes na sala e no corredor. Apresenta boas condições de higiene e salubridade, com áreas e largura de portas que permitem a deslocação de cadeira de rodas/andarrilho. A casa de banho térrea apresenta um poliban com cadeira de banho e duas barras de apoio fixas para as transferências. Não houve adaptação em outras divisões da casa. O acesso à casa apresenta barreiras arquitetónicas, sendo realizado por um portão pequeno que dá acesso ao pátio que antecede a casa e que é estreito em largura, depois apresenta uma subida com 5 escadas até a porta principal sem corrimão. Para deslocações ao exterior, nomeadamente consultas, o Sr. G.P desloca-se com andarrilho ou apoio bilateral de pessoa, sempre		Suporte Familiar: reside com a filha mais nova (A.), mas tem apoio de mais dois filhos que o visitam durante o fim de semana. Presentemente, não apresenta capacidade de desenvolver atividade social no exterior, devido a dificuldade na mobilidade.

acompanhado pelos filhos em transporte próprio do filho P.	
Medicação habitual: Metformina+Sitagliptina (1000mg +50mg), 1 cp ao pequeno almoço +1 cp ao jantar; Rosuvastatina+Ezetimiba (10 mg +10 mg), 1 cp após o jantar; Apixabano (5 mg), 1 cp 12-12h; Dapagliflozina (10 mg) , 1cp ao almoço; Gabapentina (300mg) , 1 cp ao deitar; bisoprolol (1,25 mg) 1cp ao jantar; combodart 1 cp (0,5+0,4 mg) ao jantar.	
Hábitos de Vigilância de Saúde: Previamente ao internamento, o Sr. G.P frequentava consultas semestrais de Medicina Geral e Familiar e consultas anuais de Neurologia devido ao AVC que teve previamente.	
Disponibilidade de Recursos Sociais, familiares e de saúde/doença: O Sr.G.P é viúvo e aufera um valor mensal que lhe permite suprir as suas necessidades, não apresentando dificuldades ou carências financeiras. A filha A. está presente diariamente, e mantém um contato permanente no sentido de perceber as necessidades do pai e facilitar a sua resolução.	
História de Doença Atual	
Recorre ao serviço de urgência (17/08) após queda durante a madrugada com traumatismo crânio encefálico (TCE). Segundo o Sr. G.P, ter-se-ia levantado para ir à casa de banho, tendo caído no regresso por falta de força nos membros inferiores. Não se recorda de mais detalhes. Já teria tido segundo o mesmo episódio semelhante na noite anterior, após se levantar da posição de deitado, sem TCE ou alteração do estado de consciência. À admissão: sentado em cadeira de rodas, vígil, colaborante e bem-disposto. Eupneico em ar ambiente. Com bradicardia de 47bpm. Escala de Coma de Glasgow (GCS) 15: abre os olhos espontaneamente, com resposta verbal orientada e obedece a comandos, apresenta movimento nos 4 membros bilateralmente. Com discurso fluente, articulado e lógico. Pupilas mióticas e simétricas, pouco reativas. Sem alterações da oculomotricidade, mímica facial ou sensibilidade da face. Apresenta desequilíbrio e marcha marcadamente instável com apoio. Sem rigidez da nuca.	
DIAGNÓSTICO	
Com quedas múltiplas e com múltiplas causas para as mesmas: polineuropatia diabética, Acidente Vascular Cerebral (AVC) prévio há cerca de 4 anos, com ataxia e alterações cardíacas. Leucoencefalopatia isquémica crónica com múltiplos enfartes da fossa posterior.	
CIRURGIAS	
Sem registo de cirurgias.	
Notas de evolução	
Realizada Tomografia axial computadorizada craneo encefálica (TAC CE) na admissão: observa-se acentuação da hipodensidade da substância branca de ambos os hemisférios	

cerebrais atribuíveis a leucoencefalopatia isquêmica. Enfartes lacunares antigos núcleo - capsulares bilaterais. Não se observam alterações suspeitas de lesão vascular ou traumáticas agudas. No eletrocardiograma realizado na admissão, foi diagnosticado fibrilhação auricular (FA) com extrassístoles ventriculares, sem alterações agudas. Repete TAC CE as 24h (18/08) para despiste de lesão vascular isquêmica, mas que se encontra sobreponível. Perante a suspeita de AVC isquêmico em fase aguda em território posterior, suspendeu-se a anticoagulação e iniciou antiagregação plaquetária. Para despiste de fonte embolígena cardíaca realizou ecocardiograma transtorácico (19/08) mas sem evidência de trombos. Ficou internado no serviço de medicina para investigação etiológica. Realizada ressonância magnética craneo encefálica (01/09) em que se documenta marcada leucoencefalopatia microangiopática crônica a que se associam lacuna vascular sequelar estriatocapsular direita, múltiplas lesões vasculares no território vertebro-basilar. No 5º dia de internamento apresentou retenção urinária (22/08) com necessidade de algaliação em provável contexto de hiperplasia benigna da próstata (HBP), sendo realizado ecografia prostática via transretal (09/09) em que se documenta a mesma. Durante o internamento sempre orientado no espaço, pessoa e parcialmente no tempo. Realizou holter (02/09) que documentou FA e extrassístoles supraventriculares frequentes. Normotenso e com bradicardia entre 58-61 bpm. Boas saturações periféricas em ar ambiente. Ao 21º dia de internamento apresentou febre e queixas urinárias, colheu urocultura e iniciou cefuroxima. Foi isolada *Klebsiella pneumoniae* e *Proteus mirabilis* multissensíveis. Tem alta para o domicílio com apoio da equipa de cuidados continuados integrados (ECCI) ao 26º dia de internamento (12/09). À data da alta hemodinamicamente estável, apirético, GCS15, mantendo equilíbrio da marcha (segundo a família e o próprio já apresentava previamente ao internamento) e sem défices motores. Alimenta-se sozinho sem presença de disfagia. Tem indicação para manter algaliação durante 30 dias e desalgaliação pela ECCI. Fica com agendamento de consultas de seguimento em neurologia.

ANTECEDENTES DE SAÚDE

Diabetes Mellitus tipo 2 não insulinotratada com polineuropatia sensitiva e retinopatia diabética; FA; Hipertensão arterial; dislipidemia; AVC isquêmico há 4 anos sem sequelas.

Hábitos aditivos: fumador ativo

Alergias: sem alergias medicamentosas conhecidas

2. EXAME FÍSICO E AVALIAÇÃO DA FUNCIONALIDADE

2.1 EXAME FÍSICO SUMÁRIO (07/10/2024):

O Senhor (Sr.) G.P foi admitido na ECCI por síndrome de imobilidade após internamento prolongado, referenciado pela equipa de medicina do hospital onde esteve internado.

Dados antropométricos:

Peso - 65 kg; Altura -1,70 metros

Na admissão encontrava-se acompanhado por um dos filhos. Eupneico em ar ambiente, com frequências respiratórias:12 cr/min, SPO2: 97%, apresenta padrão respiratório misto, simétrico, regular e de amplitude normal. Tensão arterial: 110/67 mmHg e Frequência cardíaca: 62bpm, apirético com temperatura timpânica de 36,4°C. Com queixas álgicas na grelha costal direita devido a queda na casa de banho na noite anterior. Apresenta pele e mucosas coradas e ligeiramente desidratadas. Emagrecido, com perda de massa muscular. Sem edemas. Abdómen mole, depressível e indolor à palpação. Tronco e membros de características normais. Pele íntegra, sem presença de úlcera por pressão. Hipoacusia marcada com necessidade de uso de prótese auditiva. Apresenta cateterismo vesical com urina amarela límpida. Evacua diariamente na casa de banho.

2.2 AVALIAÇÃO NEUROLÓGICA (07/10/2024):

2.2.1 ESTADO MENTAL

Estado de consciência: Encontra-se com score 15 na GCS, uma vez que procede a abertura ocular espontânea, com resposta verbal compreensível/orientada cumprindo comandos verbais simples (Anexo I).

Orientação: Orientado na pessoa e parcialmente orientado no espaço e no tempo.

Atenção: sem hipoprosexia (Não apresenta alterações no âmbito da atenção, no que concerne à vigilância, tenacidade e concentração).

Memória: Não apresenta alterações na memória imediata, recente ou de longo prazo. Repetiu corretamente as palavras do Teste Mini-Cog (Anexo II) (Filha, Paraíso e Montanha) tanto imediatamente após o teste quanto 5 minutos depois. É capaz de descrever os

exercícios musculares feitos na manhã do próprio dia, não apresenta alterações da memória remota, consegue descrever eventos passados como o dia do seu casamento e mantém uma memória declarativa intacta.

Linguagem: Com discurso espontâneo perceptível e fluente. Compreensão, nomeação e repetição sem alterações.

Capacidades Práticas: Mantém capacidade de efetuar gestos simbólicos icônicos intransitivos (ex: dizer adeus ou o símbolo da cruz).

Negligência hemiespacial unilateral: Sem evidência de *neglect*, respondendo e interagindo a estímulos em ambos os hemiespaços.

Mini-avaliação cognitiva – Teste Mini-Cog: O Sr. G.P foi avaliado usando a versão 2 das três palavras (Filha, Paraíso e Montanha) tendo conseguido recordar as três, já o teste do relógio, foi pedido que marcasse 8h20, o que conseguiu completar. Assim, o Sr. G.P não apresenta déficit cognitivo.

2.2.2 PARES CRANIANOS

A avaliação dos pares cranianos permite, através de múltiplas técnicas específicas, sistematizar as alterações neurológicas existentes. No quadro seguinte encontra-se descrita a avaliação efetuada no âmbito de cada par craniano e o resultado observado.

Nº	Nervo	Teste	Avaliação
I	Olfativo	Instruída a pessoa a fechar os olhos e com os olhos fechados a colocar um dedo a tapar uma narina, depois posicionei um objeto com cheiro facilmente identificável abaixo da narina não tapada: Café e posteriormente perfume	Sem alterações, conseguiu identificar os cheiros
II	Ótico	Teste de acuidade visual: Solicitado à pessoa que fechasse um dos olhos e contasse os dedos que eu	Detetada ambliopia bilateral

		mostrava a várias distâncias. Teste do campo de visão: Pedi à pessoa que fechasse um dos olhos e indicasse até que ângulo conseguia observar meu dedo. Realizados ambos os testes de acuidade visual e campo de visão em ambos os olhos.	
III IV VI	Óculomotor; Patético (troclear); Motor Ocular Externo (abducente).	Apagou-se a luz do quarto e avaliei bilateralmente a resposta pupilar ao estímulo luminoso, observando a reação, tamanho e forma das pupilas. Também avaliei os movimentos conjugados do globo ocular, desenhando um "M" no espaço e pedindo que seguisse o meu dedo. Despistei a presença de nistagmo ou ptose palpebral.	Pupilas redondas, mióticas (3 mm a direita, e 3mm à esquerda de diâmetro), simétricas e reativas. Movimentos oculares normais. Ausência de ptose palpebral.
V	Trigêmeo	Sensibilidade Facial: Testada a sensibilidade ao toque suave, à dor (usando um objeto pontiagudo-espátula de madeira partida) e a temperatura (usando um objeto frio-compressa com álcool) nas três divisões do nervo trigêmeo: oftálmica, maxilar e mandibular. Reflexo Corneano: Tocada	Sem alterações.

		suavemente a córnea da pessoa com a ponta da compressa para verificar o reflexo de piscar. Força dos Músculos Mastigatórios: Pedido à pessoa que apertasse os dentes enquanto palpava os músculos masseteres e temporais, verificando a simetria e a força Movimentos Mandibulares: Pedido à pessoa que abrisse e fechasse a boca e movesse a mandíbula de um lado para o outro, observando a coordenação e a força desses movimentos	
VII	Facial	Avaliada simetria facial e o apagamento do sulco nasogeniano. Verificada a dificuldade em manter saliva ou alimentos na boca e a capacidade de reconhecer sabores doce, salgado e amargo nos dois terços anteriores da língua.	Consegue manter a saliva ou alimentos na boca e a capacidade de reconhecer sabores doce, salgado e amargo nos dois terços anteriores da língua.
VIII	Auditivo/ Estado-acústico	Divisão coclear: Avaliada bilateralmente a capacidade de identificar o som de um alarme no telemóvel; Divisão vestibular: Testei equilíbrio dinâmico e estático sentado e	Consegue ouvir o alarme do telemóvel, mas a uma distância próxima, com o telemóvel mais distante já não consegue; Apresenta Equilíbrio estático e dinâmico

		em posição ortostática.	sentado. Em posição ortostática, com desequilíbrio fácil, necessidade de apoio unilateral e apoio na marcha
IX	Glossofaríngeo	Capacidade para reconhecer os sabores doce, salgado e amargo no 1/3 posterior da língua.	Identifica e reconhece sabores no 1/3 doce e salgado
X	Vago	Avaliada a presença de vômito tocando na porção posterior da língua com uma espátula. Avaliadas as alterações do tom de voz, fadiga vocal, tosse ineficaz ou dor local.	Reflexo de vômito mantido. Sem alterações da voz
XI	Espinhal	Solicitada à pessoa para elevar os ombros contra resistência enquanto eu avaliava a força e a simetria dos músculos trapézio e contração dos músculos esternocleidomastóideo, para virar a cabeça para os lados e incliná-la para os lados, observando a simetria dos movimentos e a força muscular envolvida	Arco de movimento completo contra a resistência moderada e gravidade (4/5) na escala Medical Research Council (MRC)
XII	Grande Hipoglosso	Examinados os movimentos variados, desvios e tremores da língua e da úvula.	Sem desvios da língua, realiza movimentos da língua coordenados e contra a resistência

2.3. AVALIAÇÃO DA FUNÇÃO RESPIRATÓRIA (07/10/2024):

Avaliação subjetiva- Para avaliar a função respiratória do senhor G.P, foi aplicada a Escala de Borg modificada (Anexo III) que avalia a intensidade da sensação de dispneia (Borg, 1982).

Inspeção: Sem cianose periférica. Tórax simétrico, sem deformidades visíveis. Estática: Tórax normolíneo. Dinâmica: frequência respiratória de 12 CR/min, padrão misto, ritmo regular e de amplitude média, sem sinais de dificuldade respiratória. Sem sinais de tiragem ou adejo nasal.

Palpação: Traqueia na linha média. Expansibilidade sem alterações ao nível superior e inferior. Frêmito tóraco-vocal normal. Traqueia simétrica. Sem lesões cutâneas e tumefações. Sem pontos dolorosos. Sem crepitações.

Percussão: Som claro pulmonar. Não apresenta macicez ou hipersonâncias.

Auscultação: Murmúrio vesicular diminuído nas bases pulmonares, sem ruídos adventícios.

Tosse: Reflexo de tosse presente.

Características das secreções: Sem evidência de secreções.

Score na escala de Borg Modificada = 0 (sem dispneia)

2.4 AVALIAÇÃO NEUROMUSCULAR, ARTICULAR, DA POSTURA E MOVIMENTO

2.4.1 AVALIAÇÃO SENSÓRIO-MOTORA

Foi avaliada a sensibilidade corporal do Sr. G.P (Menoita et al., 2012):

- Sensibilidade superficial: sem alteração sensibilidade tátil.
- Sem alteração da sensibilidade térmica e dolorosa.
- Foi avaliada a sensibilidade profunda e encontra-se sem alterações Barestesia, batiestesia, esteriognosia e palestesia estão preservadas.

Avaliação da Sensibilidade					
07/10				21/10	
Hemicorpo		ESQ	DTO	ESQ	DTO
Membro superior	Tátil	N	N	N	N
	Térmica	N	N	N	N
	Dolorosa	N	N	N	N
Membro Inferior	Tátil	N	N	N	N
	Térmica	N	N	N	N
	Dolorosa	N	N	N	N

2.4.2 FORÇA MUSCULAR

A avaliação da força muscular foi avaliada utilizando a escala modificada Medical Research Council (MRC,1976) que permite quantificar a força em diferentes grupos musculares e segmentos corporais numa escala de 0 a 5 pontos (anexo IV). Um valor de 5 representa força muscular normal (OE, 2016).

SEGMENTOS	MOVIMENTOS	AVALIAÇÃO (07/10/2024)		AVALIAÇÃO (21/10/2024)	
Cabeça e Pescoço	Flexão	5		5	
	Extensão	5		5	
	Flexão lateral esquerda	5		5	
	Flexão lateral direita	5		5	
	Rotação	5		5	
Membro superior Escapulo - Umeral		Direito	Esquerdo	Direito	Esquerdo
	Flexão	4	4	5	5
	Extensão	4	4	5	5
	Abdução	4	4	5	5
	Adução	4	4	5	5
	Rotação externa	4	4	5	5
Membro superior Cotovelo		Direito	Esquerdo	Direito	Esquerdo
	Flexão	4	4	5	5
	Extensão	4	4	5	5
Membro superior Antebraço		Direito	Esquerdo	Direito	Esquerdo
	Supinação	4	4	5	5
	Pronação	4	4	5	5
Membro superior Punho		Direito	Esquerdo	Direito	Esquerdo
	Flexão palmar	4	4	5	5
	Dorsi-flexão	4	4	5	5
	Desvio Radial	4	4	5	5
	Desvio Cubital	4	4	5	5
	Circundação	4	4	5	5
Membro superior Dedos		Direito	Esquerdo	Direito	Esquerdo
	Flexão	4	4	5	5
	Extensão	4	4	5	5
	Abdução	4	4	5	5
	Adução	4	4	5	5
	Circundação	4	4	5	5

	Oponência do Polegar	4	4	5	5
Membro Inferior Coxo-femoral		Direito	Esquerdo	Direito	Esquerdo
	Flexão	4	4	4	4
	Extensão	4	4	4	4
	Abdução	4	4	4	4
	Adução	4	4	4	4
	Rotação interna	4	4	4	4
	Rotação externa	4	4	4	4
Membro Inferior Joelho		Direito	Esquerdo	Direito	Esquerdo
	Extensão	4	4	4	4
	Flexão	4	4	4	4
Membro Inferior Tíbio Társica		Direito	Esquerdo	Direito	Esquerdo
	Flexão plantar	4	4	4	4
	Flexão dorsal	4	4	4	4
	Inversão	4	4	4	4
	Eversão	4	4	4	4
Membro Inferior Dedos		Direito	Esquerdo	Direito	Esquerdo
	Flexão	4	4	4	4
	Extensão	4	4	4	4
	Abdução	4	4	4	4
	Adução	4	4	4	4

2.4.3 TÓNUS MUSCULAR

O tónus muscular foi avaliado através da Escala de Ashworth Modificada (Anexo V), que mede quantitativamente a resistência ao movimento em membros ou articulações afetadas, diminuindo o grau de espasticidade ou prejuízo muscular. Esta escala é usada em casos de lesões neurológicas como AVC, lesões medulares ou paralisia cerebral, varia de 0 (sem aumento de tónus) a 4 (rigidez severa). É fundamental para planejar e monitorizar as intervenções de reabilitação, promovendo abordagens mais específicas e personalizadas (Bohannon & Smith, 1987; OE, 2016).

SEGMENTOS	MOVIMENTOS	AVALIAÇÃO (07/10/2024)		AVALIAÇÃO (21/10/2024)	
Cabeça e Pescoço	Flexão	0		0	
	Extensão	0		0	
	Flexão lateral esquerda	0		0	
	Flexão lateral direita	0		0	
	Rotação				
Membro superior Escapulo - Umeral		Direito	Esquerdo	Direito	Esquerdo
	Flexão	0	0	0	0
	Extensão	0	0	0	0
	Abdução	0	0	0	0
	Adução	0	0	0	0
	Rotação externa	0	0	0	0
Membro superior Cotovelo		Direito	Esquerdo	Direito	Esquerdo
	Flexão	0	0	0	0
	Extensão	0	0	0	0
Membro superior Antebraço		Direito	Esquerdo	Direito	Esquerdo
	Supinação	0	0	0	0
	Pronação	0	0	0	0
Membro superior Punho		Direito	Esquerdo	Direito	Esquerdo
	Flexão palmar	0	0	0	0
	Dorsi-flexão	0	0	0	0
	Desvio Radial	0	0	0	0
	Desvio Cubital	0	0	0	0
	Circundação	0	0	0	0
Membro superior Dedos		Direito	Esquerdo	Direito	Esquerdo
	Flexão	0	0	0	0
	Extensão	0	0	0	0
	Abdução	0	0	0	0
	Adução	0	0	0	0
	Circundação	0	0	0	0

	Oponência do Polegar	0	0	0	0
Membro Inferior Coxo-femoral		Direito	Esquerdo	Direito	Esquerdo
	Flexão	0	0	0	0
	Extensão	0	0	0	0
	Abdução	0	0	0	0
	Adução	0	0	0	0
	Rotação interna	0	0	0	0
	Rotação externa	0	0	0	0
Membro Inferior Joelho		Direito	Esquerdo	Direito	Esquerdo
	Extensão	0	0	0	0
	Flexão	0	0	0	0
Membro Inferior Tíbio Társica		Direito	Esquerdo	Direito	Esquerdo
	Flexão plantar	0	0	0	0
	Flexão dorsal	0	0	0	0
	Inversão	0	0	0	0
	Eversão	0	0	0	0
Membro Inferior Dedos		Direito	Esquerdo	Direito	Esquerdo
	Flexão	0	0	0	0
	Extensão	0	0	0	0
	Abdução	0	0	0	0
	Adução	0	0	0	0

2.4.4 COORDENAÇÃO MOTORA

(07/10/2024; 21/10/2024): Para avaliar a coordenação motora do Sr. G.P, foram aplicadas as provas Índice-nariz e Calcanhar-jelho (Menoita et al., 2012). Ambas as provas foram realizadas com olhos abertos e fechados. Apresenta hemiataxia à direita que se traduz em descoordenação dos movimentos do hemicorpo direito.

- Prova Índice-nariz: Realiza de forma correta e sem dificuldade a prova com o membro superior esquerdo, mas dificuldade ligeira com o membro superior direito- Apresenta disdiacocinesia à direita na prova dos movimentos alternados.
- Prova Calcanhar-jelho: Presença de dismetria.

2.4.5 AMPLITUDES ARTICULARES

Apesar de não ter sido utilizado o equipamento indicado para a avaliação articular (goniômetro), o Sr. G.P. aparenta ter ligeiras alterações no âmbito da amplitude articular do joelho direito.

2.4.6 AVALIAÇÃO DO EQUILÍBRIO

(07/10/2024; 21/10/2024): Após uma avaliação subjetiva, foi possível perceber que o Sr. G.P mantém o equilíbrio sentado estático e dinâmico, mas apresenta alterações no equilíbrio ortostático estático e dinâmico. No sentido de objetivar estas alterações, foi utilizada a escala de Berg para avaliar o equilíbrio do Sr. G.P.

Esta escala avalia o equilíbrio corporal funcional, tanto estático quanto dinâmico, e o risco de queda em adultos e idosos. Composta por 14 tarefas de coordenação (Berg et al., 1992), cada tarefa é pontuada de 0 a 4, onde "0" indica incapacidade de realizar a tarefa e "4" indica realização independente.

Uma pontuação mais alta na escala de Berg (Anexo VI) indica melhor capacidade de manter o equilíbrio, maior independência e menor risco de queda (OE, 2016).

A pontuação obtida é interpretada com base na seguinte forma:

- 0 a 20 diminuição do equilíbrio;
- 21 a 40 equilíbrio aceitável;
- 41 a 56 bom equilíbrio (OE, 2016).

Descrição dos itens	Pontuação (0-4)	
	07/10/2024	21/10/2024
1) Posição sentada para posição em pé	1	2
2) Permanecer em pé sem apoio	0	0
3) Permanecer sentado sem apoio nas costas, mas com os pés apoiados no chão ou num banquinho	4	4
4) Posição em pé para posição sentada	1	2
5) Transferências	1	2
6) Permanecer em pé sem apoio com os olhos fechados	1	2
7) Permanecer em pé sem apoio com os pés juntos	0	0
8) Alcançar a frente com o braço estendido permanecendo em pé.	1	1
9) Apanhar um objeto do chão a partir da posição em pé.	0	0
10) Virar-se e olhar para trás por cima dos ombros direito e esquerdo enquanto permanece em pé.	1	1
11) Girar 360 graus	0	0

12) Posicionar os pés alternadamente no degrau ou banquinho enquanto permanece em pé sem apoio	0	0
13) Permanecer em pé sem apoio com um pé à frente	0	0
14) Permanecer em pé sobre uma perna	0	0
TOTAL	10	14

2.4.7 AVALIAÇÃO DA MARCHA

(07/10/2024)

O Sr. G.P apresenta marcha presente com auxiliar de marcha (andarilho), contudo, devido hemiataxia à direita e desequilíbrio que apresenta necessita de ajuda de uma pessoa para que a marcha seja eficaz e segura. Esta avaliação foi realizada através da Classificação Funcional da Marcha de Holden (Holden et al., 1986), que permite classificar a marcha da pessoa em seis categorias (Anexo VII).

O Sr. G. P. apresenta-se na categoria 1 – Marcha Dependente Nível II- requer ajuda constante de outra pessoa para andar, suportar o peso corporal, manter o equilíbrio.

No início do programa de reabilitação, o Sr. G.P realizou treino de marcha com apoio de andarilho num ambiente controlado – piso liso, com apoio de pessoa e com supervisão. Avaliada a postura, equilíbrio, simetria dos passos, comprimento dos passos, e cadência (passos por minuto), apresentando algum desequilíbrio / descoordenação motora e fraqueza muscular. Foram realizados exercícios de treino de equilíbrio, coordenação e força muscular. Posteriormente, com melhoria do equilíbrio em ortostatismo, permitindo treino de marcha com apoio de tripé e de pessoa. Realizado treino de subir/ descer escadas.

A amplitude articular apresenta-se mantida em todos os membros, mas no membro inferior direito encontra-se diminuída a flexão do joelho. Pela diminuição da acuidade visual tem muito medo em deambular apenas com apoio do tripé. Dificuldade em contornar obstáculos.

(21/10/2024)

O Sr. G.P apresenta-se na categoria 3 - Marcha Dependente com Supervisão - consegue andar de forma independente em superfícies planas, mas necessita de supervisão para garantir sua segurança.

2.4.8 AVALIAÇÃO DO RISCO DE QUEDA

Para avaliarmos o risco de queda do Sr. G.P utilizamos a Escala de Morse, que é uma ferramenta amplamente utilizada para avaliar o risco de quedas em pessoas. Esta escala ajuda os profissionais de saúde a identificar as pessoas em risco e a implementar medidas preventivas para minimizar esse risco ([Norma n.º 008/2019, pp 1-17]; [Anexo VIII]).

Escala de Quedas de Morse		
Item	07/10	21/10
1. História de Quedas, no internamento ou nos últimos 3 meses: Não Sim	25	25
2. Diagnósticos secundários: Não Sim	15	15
3. Ajuda para caminhar: Nenhuma/ajuda de enfermeiro/acamado/cadeira de rodas Muletas/canadianas/bengala/andador Apoia-se no mobiliário para andar	15	15
4. Terapia intravenosa: Não Sim	0	0
5. Postura no andar e na transferência: Normal/acamado/imóvel Debilidade Dependente de ajuda	20	20
6. Estado mental: Consciente das suas capacidades Esquece-se das suas limitações	0	0
TOTAL	75	75
CONCLUSÃO	Alto Risco	Alto Risco

2.4.9 AVALIAÇÃO DE RISCO DE ÚLCERA POR PRESSÃO

De acordo com a DGS (2011), a avaliação do risco de úlceras por pressão deve ser realizada em todas as pessoas, independentemente do contexto de cuidados, utilizando a Escala de Braden. Esta escala está disponível em 6 dimensões, com opções que variam de 1 a 4, exceto na dimensão "forças e amplitude", que varia de 1 a 3. A pontuação final situa-se entre 6 e 23, sendo que os valores abaixo de 16 indicam Alto Risco e valores acima de 17 correspondem a baixo risco (Anexo IX)

O Sr. G.P não apresenta perdas de integridade cutânea, nomeadamente úlceras por pressão, tendo a avaliação de Escala de Braden um score de 20 – Baixo Risco.

2.5 AVALIAÇÃO DA DOR

A dor, nas suas diversas formas, pode dificultar a reabilitação e causar sofrimento. Reconhecendo a sua relevância, a DGS, em 2003, classificou a dor como o 5º sinal vital, destacando a sua importância na avaliação e registro sistemático para uma intervenção mais eficaz.

A Escala Numérica da Dor permite à pessoa quantificar sua dor de 0 (sem dor) a 10 (dor máxima). No dia da admissão o Sr. G.P classificou a dor em 3, pois tinha caído no dia anterior na casa de banho e referia dor na grelha costal direita ao movimento, sendo que foi aconselhado a tomar um analgésico e a fazer aplicação de crioterapia local. Durante as sessões de reabilitação seguintes, já se apresentava sem dor e avaliou consistentemente sua dor como 0.

2.6 AVALIAÇÃO DO GRAU DE DEPENDÊNCIA E IMPACTO NO AUTOCUIDADO

Para avaliar a independência foi utilizado o Índice de Barthel (Anexo X), o qual mensura o nível de autonomia da pessoa em realizar dez atividades básicas da vida diária (Mahoney, 1965) e para avaliar a funcionalidade, utilizou-se a Escala de Medida de Independência Funcional (MIF). Esta escala possibilita uma avaliação inicial do nível de capacidade funcional abrangendo itens que avaliam habilidades motoras e cognitivas no autocuidado. O objetivo é desenvolver programas de reabilitação personalizados e acompanhar a evolução da pessoa para garantir sua funcionalidade (OE, 2023).

Realizada avaliação da funcionalidade do Sr. G.P com base na escala MIF (Anexo XI), pessoa dependente em grau elevado no início do programa de reabilitação, com evolução para dependente em grau moderado.

Índice de Barthel	07/10	21/10
1Alimentação	5	10
2. Transferências	5	10
3. Higiene Pessoal	3	5
4. Utilização de Casa de banho	0	5
5. Tomar banho	0	0
6. Mobilidade	10	15
7. Subir e descer escadas	0	5
8. Vestir	5	10
9. Controlo Intestinal	5	5
10.Controlo Vesical	0	5
TOTAL	33= Dependência Severa	70 = Dependência Moderada

MIF-MEDIDA DE INDEPENDÊNCIA FUNCIONAL		
AUTOCUIDADO	07/10	21/10
A – Alimentação	4	6
B – Higiene pessoal	4	6
C – Banho	4	5
D - Vestir metade superior	4	6
E - Vestir metade inferior	4	6
F – Utilização da sanita	4	6
CONTROLO DE ESFÍNCTERES		
G – Vesical	3	6
H – Intestinal	5	5
TRANSFERÊNCIA		
I - Cama, cadeira, cadeira de rodas	3	6
J – Sanitário	3	6
K - Banheira, duche	3	5
LOCOMOÇÃO		
L - Marcha, cadeira de rodas	3	4
M – Escadas	1	3
COMUNICAÇÃO		
N – Compreensão	7	7
O – Expressão	7	7
COGNIÇÃO SOCIAL		
P - Interação social	6	6
Q - Resolução de problemas	5	5
R – Memória	6	6
TOTAL	76	101

Cada um dos 18 itens da MIF é avaliado numa escala de 1 a 7, onde 1 indica dependência total e 7 indica independência completa. A pontuação total pode variar de 18 a 126. Essa escala de sete níveis permite detetar mudanças funcionais com precisão. A MIF é dividida

em duas dimensões: motora e cognitiva. A pontuação da dimensão motora varia de 13 a 91, enquanto a da dimensão cognitiva varia de 5 a 35. A soma dessas pontuações representa a pontuação total da MIF, tanto máxima quanto mínima (OE, 2023).

2.7 AVALIAÇÃO DA SOBRECARGA DO CUIDADOR INFORMAL

Relativamente ao cuidador informal, foram utilizados instrumentos de coleta de dados no dia da admissão, com o objetivo de tornar o plano de reabilitação o mais adaptado e contextualizado. Foi utilizada a escala de sobrecarga do cuidador informal (Zarit) que é o instrumento mais utilizado internacionalmente e validado para a população portuguesa (Sequeira, 2010) e que permite avaliar de forma objetiva e subjetiva a sobrecarga que o cuidador informal está sujeito no desempenho do seu papel como cuidador. Inclui informações sobre a saúde, vida social, vida pessoal, situação financeira, situação emocional e tipo de relacionamento.

No caso do Sr. G.P, a filha A. que é a cuidadora, apresenta algumas dificuldades em assistir o pai na satisfação das AVD, incluindo a utilização dos produtos de apoio e ajudas técnicas. No contexto da mobilidade, refere não sentir segurança em apoiar o pai na marcha com recurso a tripé, com receio que o mesmo possa cair, assim como o subir e descer escadas. A situação de maior dependência do Sr. G.P desencadeou algumas alterações na sua dinâmica e que tiveram algum impacto na sua vida social, em que também é perceptível a capacidade adaptativa em que procura colocar em prática estratégias de combate a essas alterações, demonstrando um nível de sobrecarga ligeira.

Escala de Sobrecarga do Cuidador de Zarit (Anexo XII)

Questões	Nunca = 1	Quase nunca = 2	Algumas vezes = 3	Bastantes vezes = 4	Quase sempre = 5
Sente que o seu familiar solicita mais ajuda do que aquela que realmente necessita?		X			
Considera que devido ao tempo que dedica ao seu familiar já não dispõe de tempo suficiente para as suas tarefas?			X		
Sente-se tenso(a) quando tem de cuidar do seu familiar e ainda tem outras tarefas por fazer?		X			
Sente-se envergonhado(a) pelo comportamento do seu familiar?	X				
Sente-se irritado(a) quando está junto do seu familiar?	X				

Considera que a situação atual afeta de forma negativa a sua relação com os seus amigos/familiares?	X				
Tem receio pelo futuro destinado ao seu familiar?			X		
Considera que o seu familiar está dependente de si?					X
Sente-se esgotado(a) quando tem de estar junto do seu familiar?	X				
Vê a sua saúde ser afetada por ter de cuidar do seu familiar?			X		
Considera que não tem uma vida privada como desejaria devido ao seu familiar?			X		
Pensa que as suas relações sociais são afetadas negativamente por ter de cuidar do seu familiar?			X		
Sente-se pouco à vontade em convidar amigos para o(a) visitarem devido ao seu familiar?	X				
Acredita que o seu familiar espera que cuide dele como se fosse a única pessoa com quem pode contar?			X		
Considera que não dispõe de economias suficientes para cuidar do seu familiar e para o resto das despesas?			X		
Sente-se incapaz de cuidar do seu familiar por muito mais tempo?		X			
Considera que perdeu o controlo da sua vida depois da doença do seu familiar se manifestar?				X	
Desejaria poder entregar o seu familiar aos cuidados de outra pessoa?	X				
Sente-se inseguro(a) acerca do que deve fazer com o seu familiar?				X	
Sente que poderia fazer mais pelo seu familiar?			X		
Considera que poderia cuidar melhor do seu familiar?			X		
Em geral sente-se muito sobrecarregado(a) por ter de cuidar do seu familiar?		X			
Score: 54 – Sobrecarga Ligeira					

Para a classificação da pontuação da Escala de sobrecarga do cuidador informal, obtém-se um score global que varia entre 22 e 110, em que um maior score corresponde a uma maior perceção de sobrecarga de acordo com os seguintes pontos de corte:

- ✓ < 46 Sem sobrecarga
- ✓ 46-56 Sobrecarga ligeira
- ✓ > 56 Sobrecarga intensa

2.8 A AVALIAÇÃO DA PESSOA COM INCONTINÊNCIA URINÁRIA

A EEER realiza uma avaliação detalhada da incontinência urinária, abordando aspetos como descrição das perdas de urina, impacto na rotina diária, duração, sintomas associados, histórico pessoal e familiar, uso de medicamentos e evolução das queixas (início, frequência e horário). Também analisa fatores precipitantes, sensação de plenitude vesical antes e depois de urinar, e a capacidade de adiar a micção, distinguindo entre incontinência transitória e estabelecida (Redol & Rocha, 2017).

Investiga sintomas como disúria e hematúria, além de questões sobre a gestão das perdas urinárias, participação em programas de treino vesical e fortalecimento do pavimento pélvico, assim como a perceção do impacto na qualidade de vida. Para isso, utiliza o questionário International Consultation on Incontinence Questionnaire - Short Form (ICIQ-IU-SF) (Mendonça, 2012; OE, 2023; Redol & Rocha, 2017).

Utilizamos o ICIQ-UI-SF que já está validado para a população portuguesa e que permitiu avaliar a presença de incontinência urinária e caracterizá-la em relação à sua frequência, quantidade, classificar a nível da tipologia e avaliar o impacto geral na qualidade de vida do Sr. G.P. Pode ser preenchido pelo profissional de saúde (Anexo XIII). Total dos scores (1+2+3) =quanto mais alta a pontuação maior o grau de incontinência urinária.

A Interpretação da Pontuação faz-se da seguinte forma:

0-7: Incontinência leve

8-14: Incontinência moderada

15-21: Incontinência grave (OE, 2023).

Data	07/10	09/10	21/10
1-Com que frequência perde urina?	N/A	4	2
2-Que quantidade de urina costuma perder?	N/A	4	2
3-Impacto que tem na qualidade de vida?	N/A	8	3
Total score	N/A	12	7

Quando perde urina?	Apresenta cateterismo urinário	Perco antes de chegar à casa de banho e quando tusso e espirro	Perco antes de chegar à casa de banho e quando tusso e espirro
---------------------	--------------------------------	--	--

O Sr. G.P apresenta autocontrolo continência urinaria ineficaz, em que podemos considerar após interpretação das respostas dadas na escala que é uma incontinência urinária de esforço.

Síntese dos principais problemas

Após a colheita de dados na avaliação inicial, obteve-se uma visão holística da pessoa em estudo e identificou-se os possíveis diagnósticos de enfermagem que podem beneficiar dos cuidados de enfermagem de reabilitação, sendo assim, foi desenvolvido um plano de cuidados específico para esse fim.

3. PLANO DE CUIDADOS

A análise de acordo com a Teoria das Transições de Afaf Meleis

A prática de enfermagem deve basear-se em modelos teóricos que orientem o cuidado. Esta é focada em promover a saúde e apoiar transições ao longo da vida, sendo que a enfermagem enfrenta diariamente processos de transição saúde/doença. Para fundamentar este trabalho, escolhemos a Teoria das Transições de Afaf Meleis (OE, 2012).

Segundo Meleis (2010), a transição é um processo de mudança que envolve saúde, relações, expectativas ou habilidades, exigindo da pessoa a assimilação de novos conhecimentos. Baseia-se na adaptação a uma nova realidade, implicando comportamentos, identidades e formas de ser diferentes.

Prestar cuidados no domicílio, implica uma mudança, pois é a instituição que se desloca a casa da pessoa necessitada de cuidados. Exige a programação e organização do processo de cuidados, visto que a família passa a ser também foco central desses cuidados. A enfermagem busca promover o bem-estar nas transições ao longo da vida, identificando e abordando fatores que facilitam ou inibam esses processos. O enfermeiro deve fortalecer os facilitadores, desenvolver estratégias e minimizar os inibidores para favorecer a adaptação (Ribeiro et al., 2021; Silva et al., 2019).

No contexto de domicílio, a pessoa e a família sentem-se mais à vontade, possibilitando a identificação das necessidades reais e das barreiras arquitetônicas. Isso permite promover adaptações, para maximizar uma maior independência nos autocuidados, como remoção de obstáculos e inclusão de ajudas técnicas. É possível realizar diagnósticos mais precisos, avaliar as condições econômicas, o suporte familiar, a receptividade às necessidades da pessoa e acompanhar o processo de (re) adaptação a uma nova condição. Também facilita uma relação terapêutica diferenciada, promovendo uma comunicação eficaz entre o EEER e a pessoa/família. Esse ambiente, carregado de memórias, estimula a cooperação, colaboração e mantém a conexão com o presente, frequentemente aumentando a motivação (Ribeiro et al., 2021). A adoção de uma verdadeira relação de ajuda e de parceria, é essencial para permitir transmissão dos conhecimentos, de forma a preparar a pessoa, para a aquisição de novas competências (Meleis et al., 2000). São necessárias estratégias e intervenções promotoras da transição de forma a capacitar a pessoa e a aceitação da mesma no seu processo de mudança. Isso só é possível com o sucesso das intervenções (Ribeiro et al., 2021).

O apoio incondicional à pessoa e à família é essencial para suavizar as transições. Os enfermeiros têm um papel fundamental, usando o seu conhecimento para desmistificar e facilitar esses processos, integrando a família como parte essencial da intervenção

(Martins, Martins, & Martins, 2017). Esta desempenha um papel central nos cuidados, mas a adaptação e a redefinição de papéis nem sempre ocorrem de forma harmoniosa (Ribeiro, Pinto, & Regadas, 2014). É neste contexto que o enfermeiro aparece como agente facilitador das pessoas e/ou famílias que experienciam estas transições, intervindo nas mudanças e exigências que as mesmas implicam. As condições da transição referem-se à interpretação da experiência da transição, nomeadamente o que pode facilitar e o que dificulta, como condições pessoais, económicas, da comunidade e da sociedade. Por exemplo, o facto de a pessoa ter uma boa rede de amigos/rede social de apoio pode ser um aspeto positivo e facilitador (Martins, Martins, & Martins, 2017).

As intervenções de enfermagem de reabilitação baseadas na teoria das transições de Afaf Meleis focam em facilitar as transições de saúde e bem-estar das pessoas. Esta teoria é útil em contexto de reabilitação, onde os indivíduos frequentemente enfrentam mudanças significativas na sua saúde e estilo de vida (Meleis, 2010).

A avaliação revelou duas transições: a saúde-doença vivida pelo Sr. G.P e a transição da filha A. para o papel de cuidadora. O EEER deve atender às necessidades tanto da pessoa cuidada quanto da família, promovendo a adaptação e capacitação para as suas novas identidades.

Assim, para cada problema identificado, foram definidos diagnósticos de enfermagem e implementadas intervenções de enfermagem de reabilitação, com base no Padrão Documental dos Cuidados de Enfermagem de Reabilitação, visando prevenir a perda de funcionalidade e promover maior independência nos autocuidados.

Data de Início	Diagnósticos de Enfermagem Reabilitação	Objetivos a Atingir	Intervenções de Enfermagem de Reabilitação	Resultados esperados	Avaliação e registros	Data de término
07/10	Orientação alterada, em grau reduzido: Potencial para recuperar a orientação	Promover a orientação da pessoa; Manter a capacidade da pessoa para se orientar no tempo, espaço e em relação a si mesma e aos outros.	- Realizar avaliações regulares para identificar o grau de desorientação da pessoa (tempo, espaço, identidade pessoal e outras pessoas); - Monitorizar alterações do estado cognitivo; - Estimulação cognitiva (fornecer estímulos ambientais como calendários, relógios grandes, quadros de lembretes, que ajudem a pessoa a identificar o dia, a hora e o local; usar exercícios de memória e atividades que envolvam reconhecimento de pessoas, lugares e eventos passados; executar estratégias de memória tais como a repetição de palavras/frases, exercícios cognitivos como jogos de memória); -Explicar todos os procedimentos, de forma que os possa compreender; -Utilizar discurso claro e simples; - Uso de técnicas de reorientação (como repetir de forma suave e frequente a informação básica, por exemplo o nome da pessoa, idade, local onde se encontra, e dar tempo para a pessoa processar as informações e responder, reforçando positivamente as respostas corretas; usar técnicas de associação através de frases ou rimas para lembrar informações ou através de visualização de imagens); -Manter um ambiente estável, com poucos estímulos confusos, e garantir que a pessoa tenha acesso a objetos familiares e pessoais; - Evitar mudanças bruscas no ambiente ou nas rotinas diárias; -Estabelecer uma rotina consistente para as atividades diárias, o que ajuda a pessoa a desenvolver uma sensação de previsibilidade e segurança; -Incentivar a participação nas atividades diárias, respeitando o ritmo da pessoa; -Envolver a família e cuidadores no processo de reabilitação para fornecer suporte emocional e social, promovendo assim uma sensação de segurança e familiaridade;	Recuperar ou manter a sua orientação, promovendo maior autonomia e qualidade de vida.	Dia 07/10 O Sr. G.P encontra-se orientado na pessoa, mas parcialmente desorientado no tempo e no espaço. Realizadas sessões diárias (3x por semana) Dia 21/10 Realizada estimulação cognitiva e uso de técnicas de reorientação com ligeira melhoria na orientação no espaço, assim como no mês, com dificuldade na orientação no dia da semana, ano, estações do ano. Necessidade de continuar sessões diárias e envolver a família no processo de reabilitação.	21/10

			-Treinar os cuidadores para reforçar a reorientação e o uso de técnicas adequadas para apoiar a orientação da pessoa; - Melhorar conhecimento do cuidador sobre a situação da pessoa; - Envolver o cuidador/ familiar no programa de reabilitação; - Colaborar com a equipa médica no uso de medicamentos que possam melhorar a função cognitiva.			
--	--	--	--	--	--	--

Data de Início	Diagnósticos de Enfermagem Reabilitação	Objetivos a Atingir	Intervenções de Enfermagem de Reabilitação	Resultados esperados	Avaliação e registos	Data de término
07/10	Equilíbrio Corporal Comprometido: -Potencial para melhorar o conhecimento sobre técnica de equilíbrio corporal; -Potencial para melhorar a capacidade sobre técnica de equilíbrio corporal.	Melhorar o equilíbrio corporal, conhecimentos e técnicas para o mesmo. Melhorar a postura, equilíbrio, flexibilidade, força muscular e coordenação motora; Que consiga deambular pequenas distâncias de forma segura.	-Avaliar o equilíbrio corporal, utilizando a Escala de Equilíbrio de Berg; -Utilizar a técnica de equilíbrio corporal com controlo postural para melhorar a estabilidade e prevenir quedas; -Avaliar o conhecimento da pessoa sobre a técnica de equilíbrio corporal; -Ensinar a técnica sobre equilíbrio corporal e garantir que compreende e aplica corretamente os princípios de equilíbrio corporal; -Ensinar, instruir e treinar a técnica de equilíbrio estático sentado; -Ensinar, instruir e treinar a técnica de equilíbrio dinâmico sentado; -Ensinar, instruir e treinar a técnica de equilíbrio estático em ortostatismo; -Ensinar, instruir e treinar sobre técnica de equilíbrio dinâmico em ortostatismo; -Ensinar exercícios de coordenação e correção postural frente ao espelho; -Instruir o equilíbrio corporal com contorno de obstáculos; -Treinar técnica de equilíbrio estático /dinâmico sentado; -Treinar técnica de equilíbrio estático/dinâmico em ortostatismo: -Planear, ensinar e executar treino de equilíbrio corporal em séries de 10 repetições (alternância de carga nos membros superiores e inferiores; apoio unipodal e exercícios de coordenação motora; exercício de ponte; oscilação pélvica); -Treinar correção postural frente ao espelho. -Treinar o equilíbrio corporal, com contorno de obstáculos; -Ensinar, instruir e treinar técnicas de equilíbrio podendo recorrer a produtos de apoio: Andarilho, tripé;	Recuperar o equilíbrio estático e dinâmico em ortostatismo; Prevenir e corrigir defeitos posturais; -Manter alinhamento do tronco e membros; Consciencialização sobre relação entre exercícios de controlo postural e equilíbrio; Conhecimento e capacidade para executar exercícios para treino de equilíbrio; Consciencialização sobre equilíbrio e risco de queda; Promover uma marcha segura; Promover a maximização da funcionalidade.	Dia 07/10 O Sr. G.P apresenta equilíbrio estático e dinâmico sentado mantido. Em relação ao equilíbrio em posição ortostática, apresenta desequilíbrio, com necessidade de apoio de auxiliar de marcha e apoio unilateral de pessoa. Realizadas sessões diárias (3x por semana) Dia 21/10 Ao longo das sessões com melhoria do equilíbrio em ortostatismo, mas não consegue contornar obstáculos de forma eficaz; - Não consegue realizar apoio unipodal; -Consegue realizar a oscilação pélvica e a ponte; -Tem necessidade de calçado antiderrapante para a realização de um programa de reabilitação seguro; Tem medo em deambular com tripé, sente-se mais seguro a deambular com apoio de pessoa;	21/10

			-Realizar exercícios de treino de equilíbrio, segundo tolerância da pessoa; - Melhorar conhecimento do cuidador sobre a situação da pessoa; - Envolver o cuidador/ familiar no programa de reabilitação.		-Recetivo e motivado a aprender e a realizar os exercícios propostos.	
--	--	--	--	--	---	--

Data de Início	Diagnósticos de Enfermagem Reabilitação	Objetivos a Atingir	Intervenções de Enfermagem de Reabilitação	Resultados esperados	Avaliação e registros	Data de término
07/10	Movimento muscular diminuído nos membros inferiores: -Potencial para melhorar conhecimento sobre técnicas de exercício muscular e articular. -Potencial para melhorar a capacidade para executar técnicas de exercício muscular e articular.	- Melhorar movimento muscular; -Demonstrar conhecimento sobre técnicas de exercício muscular e articular; - Melhorar a capacidade de executar técnicas de exercício muscular e articular.	-Monitorizar força muscular com a escala MRC; -Avaliar tônus muscular através da escala de Ashworth Modificada; -Incentivar técnica de exercício muscular e articular.; - Avaliar conhecimento sobre técnicas de exercício muscular e articular; -Avaliar a funcionalidade através da escala de Barthel e MIF; -Ensinar/ Instruir a realizar exercícios musculares e articulares ativo-resistidos em séries de 10 repetições para fortalecimento muscular contra uma resistência manual ou com uso de uma banda elástica ou bola; -Executar exercícios isométricos (contração dos músculos abdominais, glúteos e quadríceps); - Executar exercícios isotônicos (flexão e extensão da articulação coxofemoral, extensão e flexão do joelho, dorsiflexão e flexão plantar da tibiotársica); Ensinar atividades terapêuticas: - Exercício da Ponte; - Rolar;	Prevenir perda da mobilidade e alteração do tônus muscular; - Manter fortalecimento muscular dos membros inferiores; -Preservar amplitude articular dos membros inferiores; -Manter integridade das estruturas articulares, evitar contraturas e aderências; - Permitir ganho de funcionalidade dos membros inferiores.	Dia 07/10 Avaliada força muscular de acordo com a escala MRC. O Sr. G.P apresenta força muscular de grau 4/5 membros inferiores quando deitado, em todos os movimentos, com déficit maior nos segmentos distais do membro inferior direito (grau 4). Força normal nos membros superiores; -Avaliada a funcionalidade através do índice de Barthel e escala de MIF; -Realizadas contrações isométricas dos glúteos (fazer a ponte, levantar a bacia e contrair os glúteos, realizar oscilações pélvicas); contrações isométricas do quadríceps e isquiotibiais (colocar uma almofada ou bola pequena debaixo dos joelhos e esmagá-la);	21/10

			- Dissociação de cintura pélvica; - Anteroversão/ Retroversão da bacia; -Aumentar progressivamente resistência nos exercícios à medida que a pessoa ganha força e se sente confortável com os exercícios; - Incentivar a execução de exercícios musculares e articulares ativos; -Avaliar o conhecimento sobre técnicas de exercício muscular e articular; - Ensinar sobre técnicas de exercício muscular e articular; -Avaliar capacidade de executar técnicas de exercício muscular e articular. - Melhorar conhecimento do cuidador sobre a situação da pessoa; - Envolver o cuidador/ familiar no programa de reabilitação.		-Realizado dorsiflexão / flexão plantar da tibio-társica; O Sr. G.P retém alguns exercícios conseguindo reproduzir o programa de treino embora com necessidade de constantes ensinamentos, treino e incentivo para realizar e corrigir os mesmos; - Incentivado a realizar exercícios de mobilização dos membros inferiores na nossa ausência. -O tônus muscular sem alterações Ashworth 0/4. Realizadas sessões diárias (3x por semana) Dia 21/10 Ao longo das sessões o Sr. G.P apresentou melhoria da força muscular nos MIFS para grau 4/5 na posição ortostática; adquiriu melhoria notória da força muscular, com exercícios de fortalecimento musculartoarticulares. Consegue executar os exercícios delineados no programa como o exercício da ponte que o faz de forma ativa e consegue completar maior elevação (cerca de 15cm) do plano do leito e tolera repetições de 10 vezes; Executa mobilizações ativas assistidas e ativas resistidas dos membros inferiores,	
--	--	--	---	--	---	--

					evidenciando maior grau de força e amplitude articular alcançada; Demonstra interesse e motivação durante a execução dos mesmos.	
--	--	--	--	--	---	--

Data de Início	Diagnósticos de Enfermagem Reabilitação	Objetivos a Atingir	Intervenções de Enfermagem de Reabilitação	Resultados esperados	Avaliação e registros	Data de término
07/10	Transferir-se comprometido em grau elevado: Potencial para melhorar conhecimento sobre técnica de adaptação para transferir-se. -Potencial para melhorar capacidade sobre técnica de adaptação para transferir-se.	Executar a técnica de transferência em segurança Melhorar o conhecimento sobre técnica de adaptação para transferir-se. Melhorar o Potencial para capacidade sobre técnica de adaptação para transferir-se.	-Avaliar o transferir-se através da escala de Medida de Independência Funcional (MIF); -Avaliar conhecimento sobre técnica de adaptação transferir-se; -Ensinar e Instruir sobre técnica de adaptação transferir-se; - Incentivar e treinar a transferir-se; -Avaliar a capacidade de se transferir; -Ensinar e instruir acerca de estratégias para realizar movimentos em segurança (Posicionar o auxiliar de marcha próximo à cama para facilitar a transferência); - Certificar-se de que o cadeirão/cadeira sanitária esteja travada e estável antes de iniciar a transferência); -Avaliar o movimento de marcha, realizado pela pessoa na transferência para cadeira; - Avaliar capacidade de aprendizagem para técnica de adaptação; - Melhorar conhecimento do cuidador sobre a situação da pessoa; - Envolver o cuidador/ familiar no programa de reabilitação.	- Prevenir complicações da imobilidade; -Executar transferências de forma segura; -Promover a crescente autonomia nas transferências.	Dia 07/10 O Sr. G.P apresenta diminuição da força muscular e do equilíbrio que impede a transferência autônoma; - Falta de capacidade e conhecimento sobre técnicas de adaptação para transferência; - Recetivo ao ensino de estratégias de segurança; - Consegue sentar-se na cama com os pés apoiados no chão, mas não consegue transferir-se sozinho; - Necessita do apoio de uma pessoa para realizar a transferência. Realizadas sessões diárias (3x por semana) Dia 21/10 Melhorado, já se transfere para o cadeirão/ cadeira sanitária com auxílio de andarilho e supervisão de pessoa e apresenta conhecimentos sobre as	21/10

					técnicas e estratégias de segurança.	
--	--	--	--	--	--------------------------------------	--

Data de Início	Diagnósticos de Enfermagem Reabilitação	Objetivos a Atingir	Intervenções de Enfermagem de Reabilitação	Resultados esperados	Avaliação e registos	Data de término
07/10	Risco de queda em grau elevado: - Potencial para melhorar conhecimento sobre a prevenção de queda;	Reduzir e prevenir o risco de queda. Melhorar o conhecimento para a prevenção de quedas	-Avaliar Risco de Queda através da escala Morse; -Identificar possíveis barreiras arquitetónicas e obstáculos; -Identificar fatores de risco para quedas, como alterações no equilíbrio, visão, marcha e dificuldade nas atividades de vida diária (AVD); -Reforçar o ensino relativo ao calçado adequado; -Travar cadeirão e cadeira de banho; -Colocar superfície de apoio no cadeirão; -Ensinar o cuidado de higiene com produtos de apoio (barras e cadeira de banho); -Incentivar a pedir ajuda para ir à casa de banho; -Garantir que os objetos necessários estejam ao seu alcance; -Ensinar a pessoa / família a adaptar-se a barreiras arquitetónicas (móvel, tapetes, pisos escorregadios); -Realizar ensinamentos sobre produtos de apoio e incentivar o uso de produtos de apoio; -Interrupção da atividade física se sinais de fadiga ou dispneia; -Ensinar o uso de vestuário adequado e medidas de prevenção de quedas; - Assistir no levantar, transferência e no andar com andador/tripé; - Melhorar o conhecimento do cuidador sobre a situação da pessoa; - Envolver o cuidador/ familiar no programa de reabilitação.	Prevenir a queda	Dia 07/10 O Sr. G.P tem alto risco de queda (escala Morse: 75) e diminuição do equilíbrio (EEB: 10). Apresenta défice nos segmentos distais dos membros inferiores (grau 4) e força mantida nos membros superiores (escala MRC). Fatores de risco identificados incluem alteração do equilíbrio, marcha e dificuldade nas AVD'S, como uso do sanitário, higiene e vestuário; -A segurança da pessoa é garantida com cadeirão e cadeira sanitária travados, objetos próximos e sino de chamada; necessita de auxílio de 1 pessoa nos cuidados de higiene com produtos de apoio; -Incentivado a pedir ajuda para ir à casa de banho. Realizadas sessões diárias (3x por semana) Dia 21/10 Foi recetivo aos ensinamentos sobre prevenção de quedas, e mostrou-se muito cuidadoso durante o levantar. Faz transferências e	21/10

					marcha com o andador e/ou apoio unilateral. Mantém alto risco de queda.	
Data de Início	Diagnósticos de Enfermagem Reabilitação	Objetivos a Atingir	Intervenções de Enfermagem de Reabilitação	Resultados esperados	Avaliação e registos	Data de término
07/10	Andar com auxiliar de marcha comprometido: -Potencial para melhorar o conhecimento sobre o andar com auxiliar de marcha; -Potencial para melhorar a capacidade de andar com auxiliar de marcha.	Melhorar a postura, equilíbrio, flexibilidade, força muscular e coordenação motora; Promover o uso eficaz e seguro do auxiliar de marcha e desenvolver a capacidade de andar com ele; Que a pessoa consiga deambular pequenas distâncias com apoio de auxiliar de marcha de forma autónoma.	-Avaliar o andar com auxiliar de marcha andador; -Avaliar capacidade de andar com auxiliar de marcha - andador; - Avaliar conhecimento sobre andar com auxiliar de marcha andador; - Ensinar, instruir e treinar a pessoa a andar com andador (Ensinar a pessoa sobre o uso correto do andador, mostrando como agarrar as pegadas com as duas mãos e manter o andador à frente do corpo); - Verificar que o andador/tripé está ajustado à altura correta (os cotovelos devem estar ligeiramente dobrados, entre 15 a 30 graus) para evitar esforço excessivo nos braços ou postura incorreta; - Demonstrar a técnica adequada de marcha; - Realizar ensinamentos sobre condições de segurança para a marcha; -Ensinar, instruir e treinar o cuidador sobre o uso correto de andar com o auxiliar de marcha e a assistir a andar com auxiliar de marcha; - Avaliar conhecimento do cuidador familiar sobre a situação da pessoa e os cuidados que lhe estão inerentes; - Adequar as condições do domicílio (nomeadamente a disposição da cama, móveis, etc.); - Usar ou Recorrer a estratégias adaptativas e a produtos de apoio (alçador de sanita, calçadeiras, etc.); - Ensinar, instruir e treinar o cuidador da técnica correta para subir e descer escadas;	Que consiga realizar a marcha com o apoio de andador/tripé de forma eficaz e segura. Capacidade e consciencialização de conservação de energia e atividade. Promover autonomia na marcha.	Dia 07/10 Apresenta diminuição da força muscular ao nível dos membros inferiores bilateralmente; -Realizado treino de marcha com apoio de andador em piso liso (andou cerca de 20 metros) -Inicialmente com descoordenação motora na realização do treino de marcha; -Realizadas indicações verbais para o mesmo executar a técnica corretamente Realizadas sessões diárias (3x por semana) Dia 21/10 Anda com o andador, mas frequentemente precisa de correção postural. Não mantém alinhamento corporal adequado, acentua flexão do tronco, e dá passos curtos e pouco controlados com movimentos bruscos. Com incentivo, corrige sua posição e a do auxiliar de marcha. É receptivo aos ensinamentos sobre o uso do andador e segurança. Mesmo com apoio unilateral de pessoa, não consegue realizar a marcha correta, apresenta dificuldade na flexão do joelho direito e faz rotação externa acentuada do pé (andou cerca de 50 metros)	21/10

			-Assistir /supervisionar a pessoa de forma a garantir que a mesma se sente segura enquanto utiliza o andarilho, à medida que ganha confiança e estabilidade; - Estimular a pessoa a usar o andarilho de forma contínua nas atividades diárias, respeitando o ritmo individual, para promover a independência e aumentar a confiança; - Monitorizar a capacidade da pessoa de utilizar o andarilho ao longo do tempo, observando se há melhorias no equilíbrio, coordenação e segurança durante a marcha; - Reavaliar e ajustar as intervenções conforme a pessoa ganha mais confiança e independência; -Avaliar continuamente se a pessoa apresenta sinais de cansaço excessivo ou dor ao usar o andarilho e ajustar as atividades conforme necessário; -Ensinar acerca da importância da utilização de vestuário e calçado adequado (Roupa ajustada ao seu tamanho, que permita movimentar-se livremente e o calçado deve ser fechado e com antiderrapante); - Supervisionar o andar; -Garantir que o ambiente está livre de obstáculos; - Melhorar conhecimento do cuidador sobre a situação da pessoa; - Envolver o cuidador/ familiar no programa de reabilitação; -Avaliar conhecimento do cuidador sobre adaptação do domicílio para andar; -Ensinar o cuidador sobre adaptação do domicílio para andar.		Realizado treino de marcha nas escadas, mas com muita dificuldade, além do desequilíbrio apresenta diminuição da acuidade visual o que dificulta a marcha e incute o medo.	
--	--	--	---	--	---	--

Data de Início	Diagnósticos de Enfermagem Reabilitação	Objetivos a Atingir	Intervenções de Enfermagem de Reabilitação	Resultados esperados	Avaliação e registros	Data de término
07/10	Autocontrole de continência urinária ineficaz Potencial para melhorar capacidade para o autocontrole: continência urinária Potencial para melhorar o conhecimento para o autocontrole: continência urinária	Autocontrole continência urinária eficaz: -Aumentar a capacidade de controlar a micção; -Reduzir ou eliminar episódios de incontinência urinária.	Avaliar o autocontrole da continência urinária aplicando o questionário ICIQ- IU-SF e a escala MIF; -Determinar se a pessoa tem capacidade cognitiva para reconhecer a sensação de urgência urinária; -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 (estabelecer um padrão de micção: usar um diário miccional para registrar a frequência da micção e a ingestão de líquidos num período de 3 a 7 dias); -Avaliar se é capaz de iniciar e interromper o jato de urina; - Avaliar se consegue chegar ao WC/urinol após sentir vontade de urinar; -Executar programa de Reeducação Funcional Urinária: Incentivar a executar a eliminação urinária antes do sono; ensinar e instruir os exercícios de fortalecimento da musculatura pélvica (exercícios de Kegel, e exercícios de kegel com associação de exercícios de Pilates); - Treinar com a pessoa os exercícios de fortalecimento da musculatura pélvica (Realizar ensino/instrução e execução da elevação pélvica com sessões 3x 10	-Capacidade para urinar espontaneamente; -Melhoria no controle da micção; -Fortalecimento dos músculos do pavimento pélvico; -Compreensão dos fatores que influenciam a incontinência urinária; -Menor risco de infecções urinárias e problemas de pele associados à incontinência; - Aplicação eficaz de técnicas de treino da bexiga e de fortalecimento dos músculos do pavimento pélvico; -Redução do impacto negativo da incontinência urinária nas atividades diárias e no bem-estar emocional.	Dia 07/10 -Foi removido o cateter urinário neste dia as 10h; -Explicada a anatomia da bexiga e como funciona a micção, quais os alimentos e bebidas a evitar que irritam o músculo da bexiga (detrusor) ao Sr. G.P e à filha A.; -Ensinado à filha que esta deve lembrar e incentivar o pai a ir à casa de banho/ utilizar o urinol e a parabenizá-lo quando não tem perdas (reforço positivo que ajuda na motivação); -Incentivado ao reforço hídrico e idas programadas a casa de banho de 2/2 h ou ao uso do urinol; -Realizados ensinamentos sobre produtos de apoio existentes para absorção de urina. -Foram realizados ensinamentos sobre os exercícios para fortalecimento muscular do pavimento pélvico em que foi instruído e depois executou os mesmos na posição deitado e sentado com apoio de uma almofada. -Realizada consulta telefónica no final do dia pela equipa do turno da tarde para perceber se tinha conseguido urinar.	21/10

			séries, descanso de um minuto entre sessões), com apoio bola suíça/pilates; - Realizar ensino com bola entre as coxas na posição de deitado e sentado com exercícios de abdução e adução para fortalecimento dos glúteos, músculos das coxas e do pavimento pélvico (3 sessões de 10 series e com descanso entre sessões de 1 minuto); Realizar os exercícios de Kegel 3 vezes ao dia 10 contrações com tempo de contração de 5 segundos e de relaxamento de 10 segundos; - Explicados os sinais de correta realização dos exercícios de Kegel (consegue parar o jato urinário, observação de ligeiro movimento do pénis quando não está a urinar, sensação de contração do músculo do ânus a contrair); -Incentivado a urinar antes da realização dos exercícios; -Incentivar a pessoa a treinar a interrupção do jato urinário (de modo a ter uma melhor perceção dos músculos que deverá contrair); -Avaliar sensação de esvaziamento vesical completo; - Ensinar a planejar a ingestão de líquidos (ensino sobre a importância de manter a ingestão hídrica recomendada na literatura de 1.5L /dia e reforçar a importância de diminuir o aporte de líquidos a partir das 18h – 19h para diminuir a incidência da noctúria); -Ensinar sobre os fatores que influenciam a continência urinária (por exemplo quais os alimentos e bebidas a evitar que irritam o músculo da bexiga o detrusor-evitar a		Realizadas sessões diárias (3x por semana) Dia 09/10 -Não consegue sempre usar o urinol devido a destreza manual; -Incentivado a realizar a interrupção do jato urinário de forma a perceber quais os músculos que deve contrair; Usa a distração para ajudar a dissipar a vontade de urinar e assim espaçar o tempo entre as micções; -Necessita de penso higiénico de proteção; -Realiza os exercícios de fortalecimento muscular do pavimento pélvico deitado e sentado e com recurso a bola; -Incentivado a realizar os exercícios de kegel pelo menos 3 x dia. -Aplicado o questionário ICIQ-IU-SF e a escala MIF; - Incentivado a urinar no urinol/WC; -Avaliou-se se era capaz de iniciar e interromper o jato de urina, que não foi capaz nesta primeira avaliação; -Não manifesta sintomas de disúria; -Incentivado a pessoa a programar uma micção sempre imediatamente antes de ir dormir;	
--	--	--	---	--	--	--

			ingestão de cafeína, citrinos, refrigerantes); -Ensinar técnicas de treino da bexiga para aumentar os intervalos entre as micções (espaçar o intervalo de tempo a que vai a casa de banho/ urinol: combinar adiar a ida à casa de banho numa primeira fase por 2 h para evitar retenção urinária; posteriormente aumentar o tempo entre as micções em 15 a 30 minutos; até atingir as 3-4 h): -Ensinar sobre técnicas de distração para ajudar a dissipar a vontade de urinar (quando surge o desejo miccional e assim espaçar o tempo entre as micções, por exemplo, deve 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/urinol); - Monitorizar a frequência e os padrões de micção para ajustar o plano de reabilitação; -Avaliar regularmente o progresso e a eficácia das intervenções de reabilitação; - Prevenir infeções urinárias e problemas de pele associados à incontinência urinária; -Ensinar à pessoa e à família sobre os produtos de apoio existentes para absorção da urina; - Reduzir o impacto da incontinência urinária na vida diária da pessoa de forma a aumentar a confiança e a autoestima (utilizar o reforço positivo como estratégia de motivação, incentivar a pessoa a ir à casa de banho/ utilizar o urinol e a parabenizá-lo quando não tem perdas).		Dia 21/10 -Realiza os exercícios de fortalecimento muscular do pavimento pélvico deitado e sentado e com recurso a bola, não se conseguem realizar os mesmos de pé devido à perda de equilíbrio; -Realizar os exercícios de kegel 3 x dia; (10 contrações com tempo de contração de 5 segundos e de relaxamento de 10 segundos); -Explicados os sinais de correta realização dos exercícios de Kegel (consegue parar o jato urinário, observação de ligeiro movimento do pénis quando não está a urinar, sensação de contração do músculo do ânus a contrair); -Já não necessita de usar penso higiénico; -Ainda apresenta ligeira incontinência de esforço; -Reforcei a importância de diminuir o aporte de líquidos a partir das 18h – 19h para diminuir a incidência da noctúria; -A pessoa e a cuidadora demonstram compreender a importância de adequar a ingestão de líquidos; -Ensinei a pessoa sobre a importância de realizar treino vesical, utilizando técnicas de distração quando surge o desejo miccional e assim espaçar o tempo entre as	
--	--	--	--	--	--	--

			Educar os cuidadores sobre como apoiar a pessoa durante o processo de recuperação, garantindo que sigam as orientações de reeducação vesical e exercícios de fortalecimento pélvico. - Melhorar conhecimento do cuidador sobre a situação da pessoa; - Envolver o cuidador/ familiar no programa de reabilitação.		micções (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); - Utilizado reforço positivo como estratégia de motivação -Refere melhoria ao nível da eliminação urinária; -Refere melhoria do jato urinário, não necessitando de realizar esforço muscular para promover o esvaziamento vesical; -A pessoa refere apresentar gotejo após a micção, apesar de ficar com a sensação de esvaziamento completo da bexiga.	
--	--	--	---	--	--	--

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Escolhemos o caso do Sr.G.P porque ele era dependente parcial nas suas AVD'S e por ser uma situação em contexto domiciliário. Também por estar enquadrado dentro do tema do projeto de estágio, visto ser uma pessoa já com patologia prostática e que no domicílio após remoção do cateter urinário apresentou incontinência de esforço.

O plano de enfermagem de reabilitação incluiu exercícios direcionados à estimulação dos sistemas neuromuscular e proprioceptivo, com foco no fortalecimento muscular e recuperação funcional. A prática regular e progressiva dos exercícios resultou em maior controlo motor e melhor equilíbrio na marcha.

Este caso foi desafiador, por ser no domicílio, mas revelou melhorias significativas quer no equilíbrio, na coordenação, na força muscular, nos autocuidados e no autocontrolo eliminação urinária. Estas melhorias foram evidenciadas pela intervenção do EEER e com o apoio do cuidador, permitindo uma abordagem holística no cuidado à pessoa.

Os resultados alcançados destacam a importância da enfermagem de reabilitação na recuperação, na melhoria da qualidade de vida, no bem-estar emocional e na promoção da independência funcional.

Deve manter o plano de cuidados, dando ênfase às mobilizações ativas assistidas e ativas resistidas dos membros inferiores, treino de equilíbrio e controlo postural e exercícios musculares do pavimento pélvico para promoção da continência urinária.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Berg KO, Wood-Dauphinee SL, Williams JI, Maki B.(1992), Measuring balance in the elderly: validation of an instrument. *Canadian journal of public health* Jul-Aug;83 Suppl 2:S7-11

https://www.researchgate.net/publication/21687774_Measuring_balance_in_the_elderly_Validation_of_an_instrument

Bohannon, R. W., & Smith, M. B. (1987). Interrater reliability of a modified Ashworth scale of muscle spasticity. *Physical therapy*, 67(2), 206–207. <https://doi.org/10.1093/ptj/67.2.206>

Borg G. A. (1982). Psychophysical bases of perceived exertion. *Medicine and science in sports and exercise*, 14(5), 377–381.

Conselho Internacional de Enfermeiros. (2019). Browser Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem, Versão 2019. Ordem dos Enfermeiros. Disponível: <https://www.icn.ch/what-we-do/projects/ehealth-icnptm/icnp-browser>

DGS. (2011). *Escala de Braden: Versão Adulto e Pediátrica (Braden Q)*. Disponível: https://www.spp.pt/UserFiles/file/EVIDENCIAS%20EM%20PEDIATRIA/ORIENTACAO%20DGS_017.2011%20DE%20MAIO.2011.pdf

DGS. (2003) *A dor como 5º sinal vital: registo sistemático da intensidade da dor*. Nº 09/DGCG. Acedido a 27/10/2019. Disponível em: <https://www.dgs.pt/directrizes-da-dgs/normas-e-circulares-normativas/circular-normativa-n-9dgcg-de-14062003-pdf.aspx>

Guerreiro, L., Fernandes M., E. (2019). Rehabilitation Nursing in the empowerment of the person for self-care transfer, *Journal of Aging & Innovation*, 8 (1): 84 – 96

Holden, M. K., Gill, K. M., & Magliozzi, M. R. (1986). Gait assessment for neurologically impaired patients. Standards for outcome assessment. *Physical Therapy*, 66(10), 1530–9. <http://ptjournal.apta.org/content/66/10/1530.long>

Mahoney, FI. & Barthel, D. (1965). Functional evaluation: the Barthel Index. *Maryland State Medical Journal*, 14, 56-61. <https://www.kcl.ac.uk/nmpc/assets/rehab/tools-bi-functional-evaluation-the-barthel-index.pdf>

Martins, M., Martins, A., & Martins, A. (2017). Reeducação familiar / Social - Reconstrução da vida Familiar e Social no Processo de Reabilitação. Em C. Marques-Vieira, & L. Sousa, *Cuidados de Enfermagem de Reabilitação à Pessoa ao Longo da Vida*.

Matos, F. & Simões, A. (2020). Enfermagem de Reabilitação na transição da pessoa com alteração motora por AVC: Revisão Sistemática da Literatura. *Revista Portuguesa Enfermagem Reabilitação*, 3(2):11-9.

Medical Research Council. (1976). Aids to the examination of the peripheral nervous system (War Memorandum No. 7). London: Her Majesty's Stationery Office.

Meleis, A. (2010). *Transitions Theory: Middle Range and Situation Specific Theories in Nursing Research and Practice*. Springer. Disponível: https://taskurun.files.wordpress.com/2011/10/transitions_theory_middle_range_and_situation_specific_theories_in_nursing_research_and_practice.pdf

Meleis, A., Sawyer, L., Im, E., Messias, D. & Schumacher, K. (2000). Experiencing transitions: An emerging middle-range theory. *Advances in Nursing Science*, 23 (1): 12-28. Disponível: doi: 10.1097/00012272-200009000-00006

Mendonça, T. (2012). Disfunções Miccionais. Uropatia Obstrutiva Baixa. In M.M. Silva, A. Duarte, J. Galo, N. Domingues (coords). *Enfermagem em Urologia* (pp. 36-50). Lisboa: Lidel.

Menoita, E., Sousa, L., Alvo, I., Vieira, C. (2012). Reabilitar a pessoa idosa com AVC: *Contributos para um envelhecer resiliente*. Loures: Lusociência.

Norma n.º 008/2019 de 9 de dezembro. Decreto Regulamentar nº 14/2012- n.º 2, artigo 2. (2012). Lisboa: Direção-Geral da Saúde. Disponível: <https://www.dgs.pt/directrizes-da-dgs/normas-e-circulares-normativas/norma-n-0082019-de-09122019-pdf.aspx>

Ordem dos Enfermeiros. (2015). Padrão Documental dos Cuidados de Enfermagem da Especialidade de Enfermagem de Reabilitação. Porto: Ordem dos Enfermeiros. Disponível em: https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/colegios/Documents/2015/MCEER_Assembleia/PadraoDocumental_EER.pdf

Ordem dos Enfermeiros. (2016). Instrumentos de recolha de dados para a documentação dos Cuidados Especializados em Enfermagem de Reabilitação. Disponível em: https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/colegios/Documents/2017/InstRecolhaDados/DocumentacaoCuidEnfReabilitacao_Final_2017.pdf

Ordem dos Enfermeiros. (2018). Padrões de qualidade dos cuidados especializados em enfermagem de reabilitação. Assembleia do Colégio de Especialidade de Enfermagem de Reabilitação. Lisboa. Disponível em: https://www.ordemenfermeiros.pt/media/8141/ponto-4_regulamento-dos-padr%C3%B5es-qualidade-ceer.pdf

Ordem dos Enfermeiros. (2023). Pronúncia conjunta do Conselho de Enfermagem e Mesa do Colégio de Especialidade de Enfermagem de Reabilitação Nº02/2023. Disponível em: https://www.ordemenfermeiros.pt/media/28635/pron%C3%Bancia-n%C2%BA-02-ce-emceer_utiliza%C3%A7%C3%A3o-de-escala-de-medida-de-independ%C3%Aancia-funcional-mif-_anonimizado.pdf

Ordem dos Enfermeiros. (2012). Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem: *Enquadramento conceptual - Enunciados descritivos*. Lisboa. Disponível: <https://www.ordemenfermeiros.pt/media/8903/divulgar-padroes-de-qualidade-dos-cuidados.pdf>

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

Ribeiro, O., Pinto, C., & Regadas, S. (2014). A pessoa dependente no autocuidado: Implicações para a enfermagem. *Revista de Enfermagem Referência Série IV - n.º 1*

Ribeiro, O., Moura, I., Ventura, J. (2021). *Referenciais teóricos orientadores do exercício profissional dos enfermeiros especialistas em enfermagem de reabilitação*. In O. Ribeiro (Ed.), *Enfermagem de Reabilitação - Conceções e Práticas* (pp. 48–55). Lisboa: Lidel

Sequeira, C. (2010). Adaptação e validação da escala de sobrecarga do cuidador de Zarit. *Revista de Enfermagem Referência*. 2(12). Disponível: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=388239959003>

Silva, R., Carvalho, A., Rebelo, L., Pinho, N., Barbosa, L., Araújo, T. & Bettencourt, M. (2019). Contributos do referencial teórico de Afaf Meleis para Enfermagem de Reabilitação. *Revista Investigação em Enfermagem*, 2(26), 35-44. Disponível: http://www.sinaisvitalis.pt/images/stories/Rie/RIE26_s2.pdf

ANEXOS

ANEXO I - ESCALA DE COMA DE GLASGOW

Variáveis		Score
Abertura ocular	Espontânea	4
À voz		3
À dor		2
Nenhuma		1
Resposta verbal	Orientada	5
Confusa		4
Palavras inapropriadas		3
Palavras incompreensíveis		2
Nenhuma		1
Resposta motora	Obedece a comandos	6
Localiza a dor		5
Movimento de retirada		4
Flexão anormal		3
Extensão anormal		2
Nenhuma		1

ANEXO II - ESCALA MINI-COG

MINI-COG®

Instruções

ADMINISTRAÇÃO	INSTRUÇÕES ESPECÍFICAS
1. Obter a atenção do doente. Pedir-lhe para memorizar três palavras não relacionadas. Pedir-lhe para repetir as palavras para garantir que a aprendizagem estava correta.	- Permitir três tentativas ao doente e em seguida ir para o próximo item. - As seguintes listas de palavras foram validadas num estudo clínico^{1,2} Versão 1 - Banana - Nascer do sol - Cadeira Versão 3 - Vila - Cotinha - Bebê Versão 5 - Capitão - Jardim - Fotografia Versão 2 - Filha - Paraíso - Montanha Versão 4 - Rio - Nação - Dedo Versão 6 - Líder - Estação do ano - Mesa
2. Pedir ao doente para desenhar o mostrador de um relógio. Depois dos números marcados, pedir ao doente para desenhar os ponteiros para ler 10 minutos depois das 11:00 (ou 20 minutos depois das 8:00).	- Pode ser usada uma folha de papel em branco ou um círculo pré-impreso no verso. - A resposta correta é todos os números colocados aproximadamente nas posições corretas e os ponteiros apontando para o 11 e 2 (ou o 4 e 8). - Estes dois horários específicos são mais sensíveis que outros. - Durante esta tarefa não deve ser visível um relógio para o doente. - Recusa em desenhar um relógio é pontuado como anormal. - Avançar para o próximo passo se o relógio não estiver completo ao fim de três minutos.
3. Pedir ao doente para recordar-se das três palavras do passo 1.	Pedir ao doente para recordar-se das três palavras que lhe apontamos no passo 1.

Pontuação

3 palavras recordadas

1-2 palavras recordadas + normal TDR

1-2 palavras recordadas + anormal TDR

0 palavras recordadas

Negativo para défice cognitivo

Negativo para défice cognitivo

Positivo para défice cognitivo

Positivo para défice cognitivo

Referências

1. Rosen T, Scerif J, Doshi M, Whalen P, Olszewski A. The mini-cog: a cognitive "trial sign" measure for dementia screening in multi-lingual elderly. *Int J Geriatr Psychiatry*. 2002;17(11):1221-1227.

2. Rosen T, Scerif JM, Chen P, Garguilo M. The Mini-Cog as a screen for dementia: validation in a population-based sample. *J Am Geriatr Soc*. 2002;50(10):1401-1406.

3. McCarter JJ, Anderson P, Kudovala NR, et al. Finding dementia in primary care: the results of a clinical demonstration project. *J Am Geriatr Soc*. 2012;60(2):210-217.

Mini-Cog® Copyright © Doron. Reprinted with permission of the author (doron@uow.edu.au). All rights reserved.

44

ANEXO III - ESCALA DE DISPNEIA DE BORG MODIFICADA

ESCALA DE DISPNEIA DE BORG MODIFICADA	
0	Nenhuma
0,5	Muito, muito leve
1	Muito leve
2	Leve
3	Moderada
4	Pouco intensa
5	Intensa
6	
7	Muito intensa
8	
9	Muito, muito intensa
10	Máxima

ANEXO IV - ESCALA DE FORÇA MUSCULAR (MRC-MEDICAL RESEARCH COUNCIL)

Escala de Força Muscular (MRC-Medical Research Council)	
0	Sem contração muscular palpável ou visível
1	Contração palpável ou visível, mas sem movimento do membro
2	Movimento sem vencer a gravidade ao longo da quase totalidade da amplitude articular
3	Movimento que vence a gravidade ao longo da quase totalidade da amplitude articular, mas não vence resistência
4	Movimento contra resistência moderada ao longo da totalidade da amplitude articular, que vence a gravidade
5	Força normal

ANEXO V - ESCALA MODIFICADA DE ASHWORTH

ESCALA MODIFICADA DE ASHWORTH	
0	Nenhum aumento do tônus muscular
1	Ligeiro aumento do tônus muscular, manifestado por uma tensão momentânea ou por resistência mínima, no final da amplitude de movimento articular quando a região é movida em flexão ou extensão.
1+	Ligeiro aumento do tônus muscular, manifestado por tensão abrupta, seguida de resistência mínima em menos da metade da amplitude de movimento articular restante.
2	Aumento mais marcante do tônus muscular, durante a maior parte da amplitude de movimento articular, mas a região é movida facilmente.
3	Considerável aumento do tônus muscular, o movimento passivo é difícil.
4	Parte afetada rígida em flexão ou extensão

ANEXO VI - ESCALA DE EQUILÍBRIO DE BERG

ESCALA DE EQUILÍBRIO DE BERG	
Descrição dos itens	Pontuação (0-4)
1) Posição sentada para posição em pé	
2) Permanecer em pé sem apoio	
3) Permanecer sentado sem apoio nas costas, mas com os pés apoiados no chão ou num banquinho	
4) Posição em pé para posição sentada	
5) Transferências	
6) Permanecer em pé sem apoio com os olhos fechados	
7) Permanecer em pé sem apoio com os pés juntos	
8) Alcançar a frente com o braço estendido permanecendo em pé.	
9) Apanhar um objeto do chão a partir da posição em pé.	
10) Virar-se e olhar para trás por cima dos ombros direito e esquerdo enquanto permanece em pé.	
11) Girar 360 graus	
12) Posicionar os pés alternadamente no degrau ou banquinho enquanto permanece em pé sem apoio	
13) Permanecer em pé sem apoio com um pé à frente	
14) Permanecer em pé sobre uma perna	
TOTAL	
Legenda: 0 - incapaz de executar, 4 - capaz de executar de forma independente) obtendo um score total de 56 pontos.	
Legenda: 0 a 20: diminuição do equilíbrio/ elevado risco de queda 21 a 40: equilíbrio aceitável/ médio risco de queda 41 a 56: bom equilíbrio/ baixo risco de queda	

ANEXO VII - CLASSIFICAÇÃO FUNCIONAL DA MARCHA DE HOLDEN

Categoria	Descrição
0 Marcha ineficaz	Não é capaz de caminhar; caminha apenas em barras paralelas ou requer ajuda física ou supervisão de mais que uma pessoa para andar de forma segura
1 Marcha dependente nível II	Necessita de grande ajuda constante de uma pessoa para andar e evitar quedas
2 Marcha dependente nível I	Requer ajuda mínima de uma pessoa para não cair em superfície plana; ajuda consistente em toque suave para ajudar a manter o equilíbrio e a coordenação
3 Marcha dependente com supervisão	É capaz de andar de forma independente em superfície planas sem ajuda, mas para sua segurança requer supervisão de uma pessoa
4 Marcha independente (superfície plana)	É capaz de andar de forma independente em superfícies planas, mas requer ajuda ou supervisão para superar escadas ou superfícies inclinadas
5 Marcha independente	É capaz de andar independentemente do tipo de superfície

ANEXO VIII- ESCALA DE QUEDAS DE MORSE

ESCALA DE QUEDAS DE MORSE	
Item	Pontuação
1. História de Quedas, no internamento ou nos últimos 3 meses. Não Sim	0 25
2. Diagnósticos secundários Não Sim	0 15
3. Ajuda para caminhar Nenhuma/ajuda de enfermeiro/acamado/cadeira de rodas Muletas/canadianas/bengala/andarilho Apoia-se no mobiliário para andar	0 15 30
4. Terapia intravenosa Não Sim	0 20
5. Postura no andar e na transferência Normal/acamado/imóvel Debilidade Dependente de ajuda	0 10 20
6. Estado mental Consciente das suas capacidades Esquece-se das suas limitações	0 15
Legenda: Sem risco (0 e ≤ 24 pontos); Baixo risco (≥ 25 e ≤ 50 pontos); Alto risco (≥ 51 pontos).	

ANEXO IX - ESCALA DE BRADEN

Percepção Social Capacidade de reação significativa ao desconforto	Completamente limitada – 1
	Muito limitada – 2
	Ligeiramente limitada – 3
	Nenhuma limitação – 4
Humidade Nível de exposição da pele à humidade	Pele constantemente húmida – 1
	Pele muito húmida – 2
	Pele ocasionalmente húmida – 3
	Pele raramente húmida – 4
Actividade	Acamado – 1

Nível de atividade física	Sentado – 2
	Anda ocasionalmente – 3
	Anda frequentemente – 4
Mobilidade Capacidade de alterar e controlar a posição do corpo	Completamente imobilizado – 1
	Muito limitada – 2
	Ligeiramente limitada – 3
	Nenhuma limitação – 4
Nutrição Alimentação Habitual	Muito pobre – 1
	Provavelmente inadequada – 2
	Adequada – 3
	Excelente – 4
Fricção e Forças de Deslizamento	Problema – 1
	Problema potencial – 2
	Nenhum problema – 3
Score: 20 – Baixo Risco	

ANEXO X - ÍNDICE DE BARTHEL

ÍNDICE DE BARTHEL	
1Alimentação	0 = Incapaz 5 = Necessita de ajuda para cortar, barrar manteiga, etc. 10 = Independente (a comida é providenciada)
2. Transferências	0 = Incapaz - não tem equilíbrio ao sentar-se 5 = Grande ajuda (uma ou duas pessoas) física, consegue sentar-se 10 = Pequena ajuda (verbal ou física) 15 = Independente (não necessita qualquer ajuda, mesmo que utilize cadeira de rodas)
3. Higiene Pessoal	0 = Necessita de ajuda com o cuidado pessoal

	5 = Independente no barbear, dentes, rosto e cabelo (utensílios fornecidos)
4. Utilização de Casa de banho	0 = Dependente 5 = Necessita de ajuda, mas consegue fazer algumas coisas sozinho 10 = Independente (senta-se, levanta-se, limpa-se e veste-se sem ajuda)
5. Tomar banho	0 = Dependente 5 = Independente (lava-se no chuveiro/ banho de imersão/ usa a esponja por todo o corpo sem ajuda)
6. Mobilidade	0 = Imobilizado 5 = Independente na cadeira de rodas incluindo cantos, etc. 10 = Anda com ajuda de uma pessoa (verbal ou física) 15 = Independente (mas pode usar qualquer auxiliar, ex.: bengala)
7. Subir e descer escadas	0 = Incapaz 5 = Necessita de ajuda (verbal, física, transporte dos auxiliares de marcha) ou supervisão 10 = Independente (subir / descer escadas, com apoio do corrimão ou dispositivos ex.: muletas ou bengala)
8. Vestir	0 = Dependente 5 = Necessita de ajuda, mas faz cerca de metade sem ajuda 10 = Independente (incluindo botões, fechos e atacadores)
9. Controlo Intestinal	0 = Incontinente (ou necessita que lhe sejam aplicados clisteres) 5 = Episódios ocasionais de incontinência (uma vez por semana) 10 = Contínente (não apresenta episódios de incontinência)
10. Controlo Vesical	0 = Incontinente ou algaliado 5 = Episódios ocasionais de incontinência (máximo uma vez em 24 horas) 10 = Contínente (por mais de 7 dias)
Interpretação do Resultado	100 pontos – totalmente dependente independente 99 a 76 pontos – dependência leve 75 a 51 pontos - dependência moderada 50 a 26 pontos – dependência severa 25 e menos pontos – dependência total

ANEXO XI- MEDIDA DE INDEPENDÊNCIA FUNCIONAL

Escala de MIF		
Autocuidado		Data de avaliação
A - Alimentação		
B - Higiene pessoal		
C - Banho		
D - Vestir metade superior		
E - Vestir metade inferior		
F - Utilização da sanita		
Controlo de Esfíncteres		
G - Vesical		
H - Intestinal		
Transferência		
I - Cama, cadeira, cadeira de rodas		
J - Sanitário		
K - Banheira, duche		
Locomoção		
L - Marcha, cadeira de rodas		
M - Escadas		
Comunicação		
N - Compreensão		
O - Expressão		
Cognição Social		
P - Interação social		
Q - Resolução de problemas		
R - Memória		
TOTAL		
Legenda		
Nível	7 – Independência completa (segurança, em tempo normal). 6 – Independência modificada (utilização de produto de apoio)	Sem ajuda /independente
Dependência modifica (o indivíduo realiza pelo menos 50% do esforço) 5 – Supervisão 4 – Ajuda mínima (indivíduo $\geq 75\%$) 3 – Ajuda moderada (indivíduo $\geq 50\%$) Dependência completa (o indivíduo realiza menos de 50% do esforço) 2 – Ajuda máxima (indivíduo $\geq 25\%$) 1 – Ajuda total (indivíduo $< 25\%$)		Ajuda /dependência modificada

ANEXO XII - ESCALA DE SOBRECARGA DO CUIDADOR DE ZARIT

N.º	Item	Nunca	Quase nunca	Às vezes	Muitas vezes	Quase sempre
	Sente que o seu familiar solicita mais ajuda do que aquela realmente necessita?					
	Considera que devido ao tempo que dedica ao seu familiar já dispõe de tempo suficiente para as suas tarefas?					
	Sente-se tenso/a quando tem de cuidar do seu familiar e ainda outras tarefas por fazer?					
	Sente-se envergonhado(a) pelo comportamento do seu familiar?					
	Sente-se irritado/a quando está junto do seu familiar?					
	Considera que a situação actual afecta de uma forma negativa a relação com os seus amigos/familiares?					
	Tem receio pelo futuro destinado ao seu familiar?					
	Considera que o seu familiar está dependente de si?					
	Sente-se esgotado quando tem de estar junto do seu familiar?					
	Vê a sua saúde ser afectada por ter de cuidar do seu familiar?					
	Considera que não tem uma vida privada como desejaria devido ao seu familiar?					
	Pensa que as suas relações sociais são afectadas negativamente por ter de cuidar do seu familiar?					
	Sente-se pouco à vontade em convidar amigos para o(a) visitar devido ao seu familiar?					
	Acredita que o seu familiar espera que você cuide dele como se fosse a única pessoa com quem ele(a) pudesse contar?					
	Considera que não dispõe de economias suficientes para cuidar do seu familiar e para o resto das despesas que tem?					
	Sente-se incapaz de cuidar do seu familiar por muito mais tempo?					
	Considera que perdeu o controle da sua vida depois da doença do seu familiar se manifestar?					
	Desejaria poder entregar o seu familiar aos cuidados de outra pessoa?					
	Sente-se inseguro acerca do que deve fazer com o seu familiar?					
	Sente que poderia fazer mais pelo seu familiar?					
	Considera que poderia cuidar melhor do seu familiar?					
	Em geral sente-se muito sobrecarregado por ter de cuidar do familiar?					

ANEXO XIII - VERSÃO EM PORTUGUÊS DO ICIQ-UI-SF

ICIQ-UI-SF – Versão Portuguesa

Data ____/____/____

Muitas pessoas perdem urina em algum momento. Estamos a tentar perceber quantas pessoas perdem urina e quanto isso as incomoda.
Agradecemos que respondesse às seguintes perguntas, tendo em conta aquilo que tem sentido, em média, nas ÚLTIMAS QUATRO SEMANAS.

1. Data de Nascimento ____/____/____

2. Sexo

Feminino ☐

Masculino ☐

3. Com que frequência perde urina?

(Escolha uma opção)

- | | | |
|-------------------------------|--------------------------|---|
| nunca | ☐ | 0 |
| uma vez por semana ou menos | ☐ | 1 |
| duas ou três vezes por semana | ☐ | 2 |
| uma vez por dia | ☐ | 3 |
| várias vezes por dia | ☐ | 4 |
| constantemente | ☐ | 5 |

4. Que quantidade de urina perde normalmente (esteja a usar proteção ou não)?

(Escolha uma opção)

- | | | |
|-------------------------|--------------------------|---|
| nenhuma | ☐ | 0 |
| uma quantidade pequena | ☐ | 2 |
| uma quantidade moderada | ☐ | 4 |
| uma grande quantidade | ☐ | 6 |

5. De uma forma geral, em que medida perder urina afeta a sua vida diária?

(por favor assinalar um número entre 0 (nada) e 10 (muito))

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
Nada											Muito

ICIQ Score: soma dos resultados perguntas 3+4+5=

6. Quando tem perdas de urina? (Escolha todas as opções que se aplicam a si)

- | | |
|--|--------------------------|
| nunca - não tem perdas de urina | ☐ |
| tem perdas de urina antes de conseguir chegar à casa de banho | ☐ |
| tem perdas de urina quando tosse ou espirra | ☐ |
| tem perdas de urina quando está a dormir | ☐ |
| tem perdas de urina quando está fisicamente ativo(a) a fazer exercício | ☐ |
| tem perdas de urina quando acabou de urinar e já está vestido | ☐ |
| tem perdas de urina sem razão aparente | ☐ |
| tem perdas de urina constantemente | ☐ |

Muito obrigado por responder a estas questões.

APÊNDICE XI – POSTER APRESENTADO NAS III JORNADAS DE
ENFERMAGEM DA ESEEM

As Intervenções na Promoção da Continência Urinária na Pessoa Submetida a Prostatectomia Radical: *Scoping Review*

6. Unidade local de saúde Alameda Sáez (U.L.S.A.); 7. Escola Superior de Saúde Cores Monte; 8. Unidade local de saúde da Amibida (U.L.S.A.); 9. Cores Monte Center for Interdisciplinary Research (CIEM); Cores Monte School of Health & Sciences

A prostatectomia radical, embora eficaz no tratamento da neoplasia da próstata, tem como complicações a incontinência urinária e a disfunção erétil¹. A elevada prevalência desses problemas afeta negativamente diversos aspectos da qualidade de vida, e pode levar ao isolamento social, nomeadamente a incontinência urinária que se encontra entre 8% a 87% seis meses após cirurgia e 5% a 44,5% após um ano². As intervenções de reabilitação são essenciais para que recupere o mais rápido possível a sua autonomia no autocontrolo da continência urinária e assim melhorar a sua qualidade de vida^{3,4}.

OBJETIVO: Evidenciar as intervenções para a promoção da continência urinária na pessoa submetida a prostatectomia radical.

Quais são as intervenções na promoção da continência urinária na pessoa submetida a prostatectomia radical?

Table 1. Comparison of the Effectiveness

Figure 1. Research Design

Foram encontradas diversas intervenções no pré-operatório assim como no pós-operatório para a promoção da continência urinária na pessoa submetida a prostatectomia radical em que as mesmas foram classificadas em 3 principais categorias (Figura 2).

Cada uma das categorias com estratégias distintas mas interligadas entre si: **Educacional** - com intervenções intensivas e contínuas de educação em saúde; **Comportamental** - com abordagens cognitivo-comportamentais, psicológicas, técnicas de relaxamento, alteração de hábitos e treino miofascial; **Funcional** - que se baseia nas técnicas para o fortalecimento muscular do pavimento pélvico: Kegel, Pilates, Exercícios físicos aeróbicos e de força/ hipertrofia, Biofeedback, Terapia com electroestimulação e Terapia vibratória. Cada método tem os seus próprios benefícios exclusivos e pode influenciar positivamente a promoção da continência urinária na pessoa submetida a prostatectomia radical, contribuindo para seu bem estar geral e qualidade de vida (Figura 3).



Figura 2 - Intervenções para a promoção da confiança urbana

A incontinência urinária pode afetar tanto a saúde física e mental, pelo que a implementação de um programa de reabilitação é fundamental para a sua recuperação de forma a melhorar significativamente a sua qualidade de vida e evitar o isolamento social. A classificação das intervenções de reabilitação é benéfica e oferece ao enfermeiro especialista em enfermagem de reabilitação uma orientação clara de forma a escolher as estratégias de intervenção mais apropriadas, promovendo assim a capacitação da pessoa através de uma prática personalizada e fundamentada em evidência, em que o objetivo final são os cuidados de excelência.

www.elsevier.com/locate/jmb



APÊNDICE XII – POSTER APRESENTADO NO 3º SIMPÓSIO DE
UROLOGIA - THE SOUTHSIDE OF UROLOGY

As Intervenções na Promoção da Continência Urinária na Pessoa Submetida a Prostatectomia Radical: Scoping Review

Ana Cristina Patrício Ciuro^{1,2}

1- Unidade Local de saúde Almada Seixal (ULAS); 2- Serviço de Urologia

INTRODUÇÃO

A prostatectomia radical, embora eficaz no tratamento da neoplasia da próstata, tem como complicações a incontinência urinária e a disfunção erétil¹. A elevada prevalência desses problemas afeta negativamente diversos aspetos da qualidade de vida, e pode levar ao isolamento social, nomeadamente a incontinência urinária que se encontra entre 8% a 87% seis meses após cirurgia e 5% a 44,5% após um ano². As intervenções de reabilitação são essenciais para que recupere o mais rápido possível a sua autonomia no autocontrolo da continência urinária e assim melhorar a sua qualidade de vida^{3,4}.

OBJETIVO: Mapear a evidência científica acerca das intervenções para a promoção da continência urinária na pessoa submetida a prostatectomia radical.

METODOLOGIA

Questão de Investigação:

Quais são as intervenções na promoção da continência urinária na pessoa submetida a prostatectomia radical?

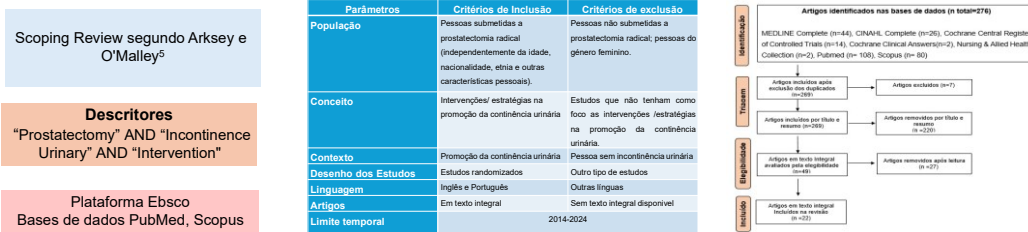


Tabela 1. Critérios de Elegibilidade

Figura 1- Fluxograma Prisma

RESULTADOS

Foram encontradas diversas intervenções no pré-operatório assim como no pós-operatório para a promoção da continência urinária na pessoa submetida a prostatectomia radical em que as mesmas foram classificadas em 3 principais categorias (Figura 2).

Cada uma das categorias com estratégias distintas mas interligadas entre si: **Educacional** - com intervenções intensivas e contínuas de educação em saúde; **Comportamental** - com abordagens cognitivo-comportamentais, psicológicas, técnicas de relaxamento, alteração de hábitos e treino miccional; **Funcional** - que se baseia nas técnicas para o fortalecimento muscular do pavimento pélvico: Kegel, Pilates, Exercícios físicos aeróbicos e de força/ hipertrofia, Biofeedback, Terapia com electroestimulação e Terapia vibratória. Cada método tem os seus próprios benefícios exclusivos e pode influenciar positivamente a promoção da continência urinária na pessoa submetida a prostatectomia radical, contribuindo para seu bem estar geral e qualidade de vida (Figura 3).



Figura 2 - Categorias das Intervenções

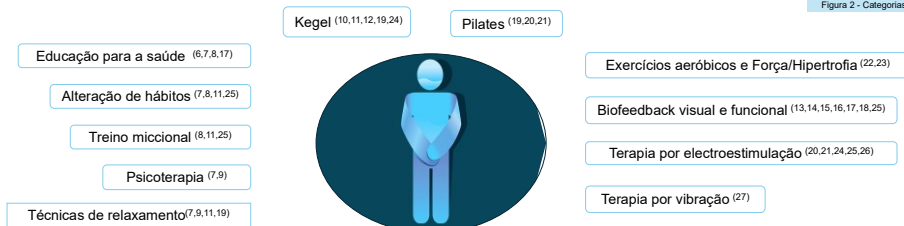


Figura 3 - Intervenções para a promoção da continência urinária

CONCLUSÃO

A incontinência urinária pode afetar tanto a saúde física e mental, pelo que a implementação de um programa de reabilitação é fundamental para a sua recuperação de forma a melhorar significativamente a sua qualidade de vida e evitar o isolamento social.

A classificação das intervenções de reabilitação é benéfica e oferece ao enfermeiro especialista em enfermagem de reabilitação uma orientação clara de forma a escolher as estratégias de intervenção mais apropriadas, promovendo assim a capacitação da pessoa através de uma prática personalizada e fundamentada em evidência, em que o objetivo final são os cuidados de excelência.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS



APÊNDICE XIII- POSTER APRESENTADO NAS JORNADAS
CIENTÍFICAS DA ESCOLA SUPERIOR DE SAUDE EGAS MONIZ

Reabilitar a Pessoa com Incontinência Urinária - Diagnóstico de situação num serviço de neurocirurgia

Ana Patrício Ciuro^{1,2}, Miguel Selidónio Cunha^{1,2}, Ana Romão², Noélia Ferreira³

¹Discente do Mestrado em Enfermagem de Reabilitação na Egas Moniz Center of Interdisciplinary Research (CIEM), Egas Moniz School Of Health and Science, 2829-511, Almada, Portugal
²Docente da Egas Moniz Center of Interdisciplinary Research (CIEM); Egas Moniz School Of Health and Science, 2829-511, Almada, Portugal

Introdução

- Este trabalho foi desenvolvido no âmbito do estágio clínico do 2.º Curso de Mestrado em Enfermagem de Reabilitação, realizado num serviço de neurocirurgia onde se verificou a necessidade de um plano de reabilitação estruturado de procedimentos relacionados com a Incontinência Urinária (IU).
- Através de um diagnóstico inicial, foi possível identificar 6 doentes com incontinência urinária, permitindo planejar intervenções do enfermeiro especialista em enfermagem de reabilitação (EEER) para a promoção da continência.



Objetivos

- Avaliar a presença de incontinência urinária e classificá-la a nível da tipologia;
- Capacitar os profissionais de saúde para a compreensão e importância da identificação das pessoas com incontinência urinária;
- Divulgar comportamentos promotores da continência urinária, bem como estratégias/intervenções a adotar junto da pessoa com incontinência urinária.

Metodologia - Diagnóstico de situação dos doentes internados com IU

Crítérios de Inclusão

- Internamento na enfermaria durante o período de colheita de dados (14/06/24 a 03/07/24);
- Apresentar incontinência urinária;
- Obedecer a comandos simples;
- Compreender o que lhe é dito;
- Ter capacidade de realizar exercícios de fortalecimento da musculatura pélvica propostos;
- Ser capaz de cumprir hidratação.

Crítérios de Exclusão

- Apresentar continência urinária;
- Não consegue obedecer a comandos simples;
- Não compreender o que lhe é dito;
- Pessoas com cateterismo vesical;
- Pessoas com bexiga neurogénica;
- Ser incapaz de cumprir hidratação.

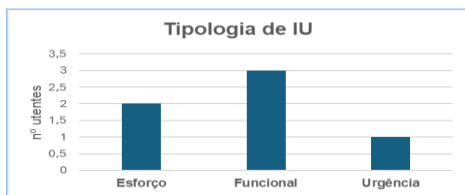


Gráfico 1: distribuição da tipologia de IU pelo nº de doentes.

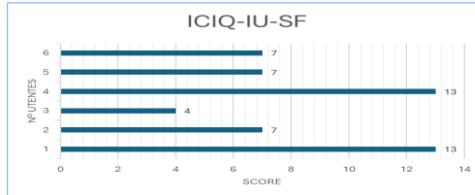


Gráfico 2: distribuição ICIQ-IU-SF por nº de doentes.

Ao longo de 4 semanas foram ao todo identificados **6 doentes com IU**, sendo que 2 apresentavam incontinência de esforço, 3 incontinência funcional e 1 incontinência de urgência. Para perceber a severidade e impacto na qualidade de vida dos utentes, utilizou-se o questionário ICIQ-IU-SF (International Consultation on Incontinence Questionnaire-Urinary Incontinence Short Form).

Construção de um programa de Reabilitação

A implementação de programas de reabilitação deve fornecer cuidados de enfermagem que incluem a redução da incapacidade, aumento da independência funcional, diminuição do período de internamento e possíveis novos internamentos, facilitação da reintegração na família e sociedade e promover a maior satisfação.

Exercícios de fortalecimento dos músculos do pavimento pélvico (FMPP)



Modificações comportamentais/ Treino Vesical

Micção diferida

Técnicas de distração e relaxamento de modo a inibir a vontade de urinar após desejo da micção.

Micção temporizada

Consiste em estabelecer horário para urinar voluntariamente, antes que a bexiga fique cheia.

Micção imediata

Consiste em responsabilizar a pessoa pela gestão da sua micção e incontinência, perguntando regularmente se a roupa está molhada ou não.

Alteração de Hábitos

Planear a ingestão de líquidos; reduzir a ingestão de alimentos que irritam o detrusor; adequar o vestuário.

- Ensinar a pessoa a esvaziar a bexiga antes do treino;
- Aprender a identificar, isolar, contrair e relaxar o pavimento pélvico;
- Iniciar com contrações de 3-5 segundos e o período de relaxamento é o dobro do período de contração;
- Realizados de forma progressiva, evitando a fadiga, com séries de 10 por cerca de 3-4 vezes dia;
- Executar os exercícios em qualquer posição mas recomendado iniciar deitado;
- Observar os resultados após 4 a 6 semanas de prática;
- Elaborar um plano de exercícios com duração aproximada de 20 minutos, devendo ser executados pelos EEER.

Conclusão: O EEER desempenha um papel crucial na promoção do diagnóstico precoce e na implementação de medidas preventivas e manutenção das capacidades funcionais do doente com IU. Este trabalho substancia e realça a importância de plano de reabilitação estruturado e fundamentado, destacando o impacto positivo da enfermagem de reabilitação no doente com IU.

Referências bibliográficas



APÊNDICE XIV – COMUNICAÇÃO LIVRE APRESENTADA NAS
JORNADAS CIENTÍFICAS DA ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE
EGAS MONIZ

A Enfermagem de Reabilitação na Pessoa Submetida a Prostatectomia Radical-Scoping Review

Ana Ciuro^{1,4}; Júlio Belo Fernandes^{2,3}; Noélia Ferreira^{2,3}

¹Department of Nursing, Hospital Garcia de Orta, 2805267, Almada, Portugal

²Nurs* Lab, Caparica, 2829-511, Almada, Portugal

³Docente da Egas Moniz Center of Interdisciplinary Research (CiEM), Egas Moniz School Of Health and Science, 282911, Almada, Portugal

⁴Discente do Mestrado em Enfermagem de Reabilitação na Egas Moniz Center of Interdisciplinary Research (CiEM), Egas Moniz School Of Health and Science, 2829511, Almada, Portugal

Monte da Caparica 2024

Pertinência da temática



A neoplasia maligna da próstata mata todos os anos mais de 1800 homens em Portugal

Foi a neoplasia mais frequente em 2020

Surgem 6000/ano casos

É uma das principais causas de morte oncológica

A prostatectomia radical é dos procedimentos mais indicados para o tratamento

Incontinência Urinária (IU) e a Disfunção Erétil são as complicações mais frequentes

(Registo Oncológico Nacional, 2020)

2

Pertinência da temática



3ºcancro mais comum

1.414.259 diagnosticados casos em 2020

É a neoplasia maligna mais frequente no homem e neste representa a **segunda causa** de morte mais comum.

Predominantemente em idosos, ou com idades compreendidas entre os 65 e os 79 anos.

Instituto Nacional de Estatística

2017

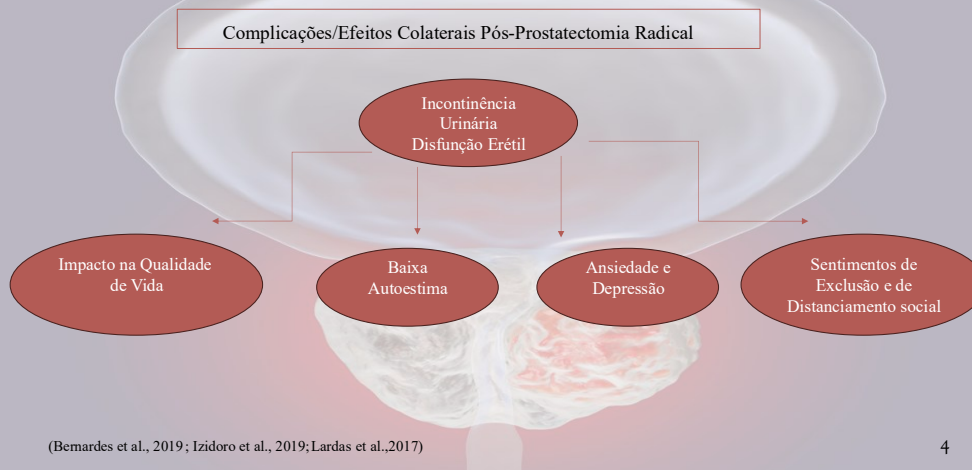
1796 mortes

(Sung et al., 2021)

3,2 % da mortalidade de homens no país

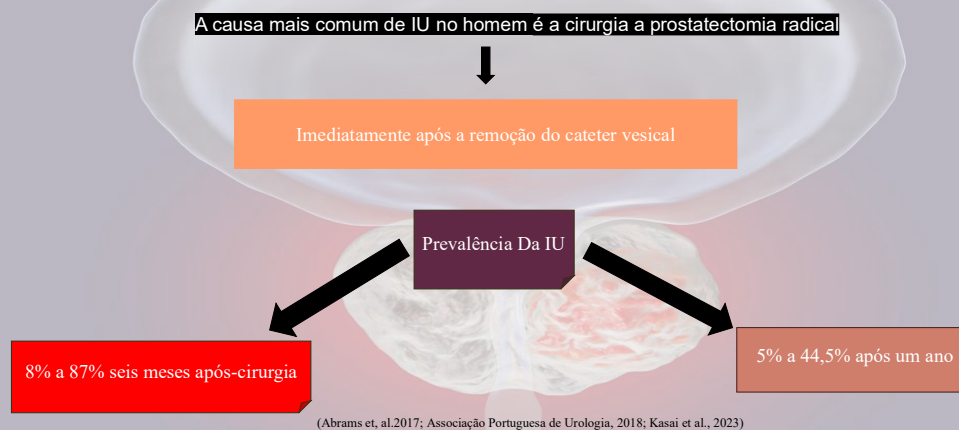
3

Pertinência da temática



4

Pertinência da temática



5

Objetivo:

Mapear a evidência científica acerca das intervenções para a promoção da continência urinária na pessoa submetida a prostatectomia radical.

Metodologia:

Segundo estrutura de Arksey e O'Malley

Questão de Investigação:

Quais são as intervenções na promoção da continência urinária na pessoa submetida a prostatectomia radical?

P - Pessoa submetida a prostatectomia radical

C - Intervenções/estratégias na promoção da continência urinária

C - Promoção da continência urinária

6

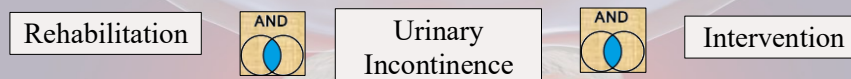
Critérios de Elegibilidade

Parâmetros	Critérios de Inclusão	Critérios de exclusão
População	Pessoas submetidas a prostatectomia radical (independentemente da idade, nacionalidade, etnia e outras características pessoais).	Pessoas não submetidas a prostatectomia radical; pessoas do gênero feminino.
Conceito	Intervenções/ estratégias na promoção da continência urinária	Estudos que não tenham como foco as intervenções /estratégias na promoção da continência urinária.
Contexto	Promoção da continência urinária	Pessoa sem incontinência urinária
Desenho dos Estudos	Estudos randomizados	Outro tipo de estudos
Linguagem	Inglês e Português	Outras línguas
Artigos	Em texto integral	Sem texto integral disponível
Limite temporal	2014-2024	

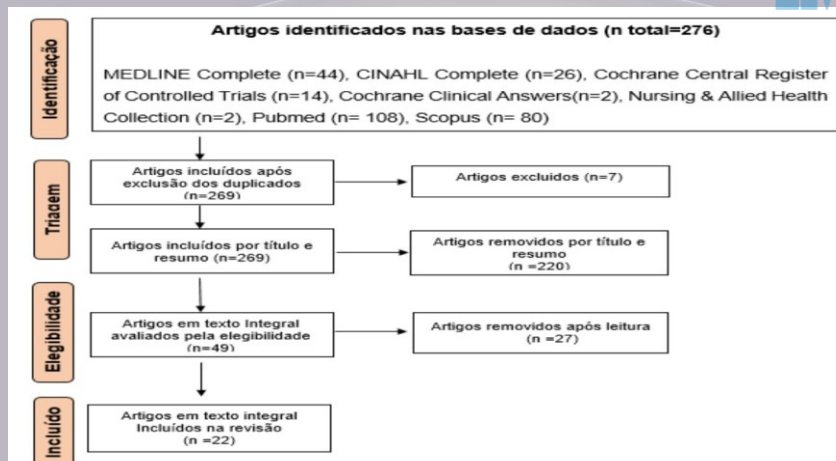
7

Equação Boleana

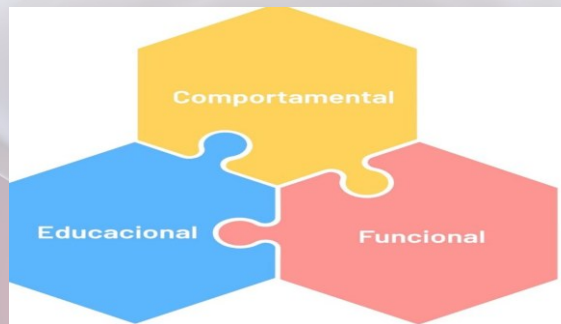
Inicialmente foram validados os seguintes descritores na biblioteca online dos descritores em ciências da saúde (DeCSMESH): “Prostatectomy”, “Urinary Incontinence”, “Rehabilitation”, “Estrategies” e “Intervention”.



8



9



Educacional

Nesta categoria são utilizadas estratégias educacionais na promoção da continência urinária.

O Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação (EEER) na planificação da sua abordagem à pessoa submetida a prostatectomia radical deve contemplar a educação em saúde:

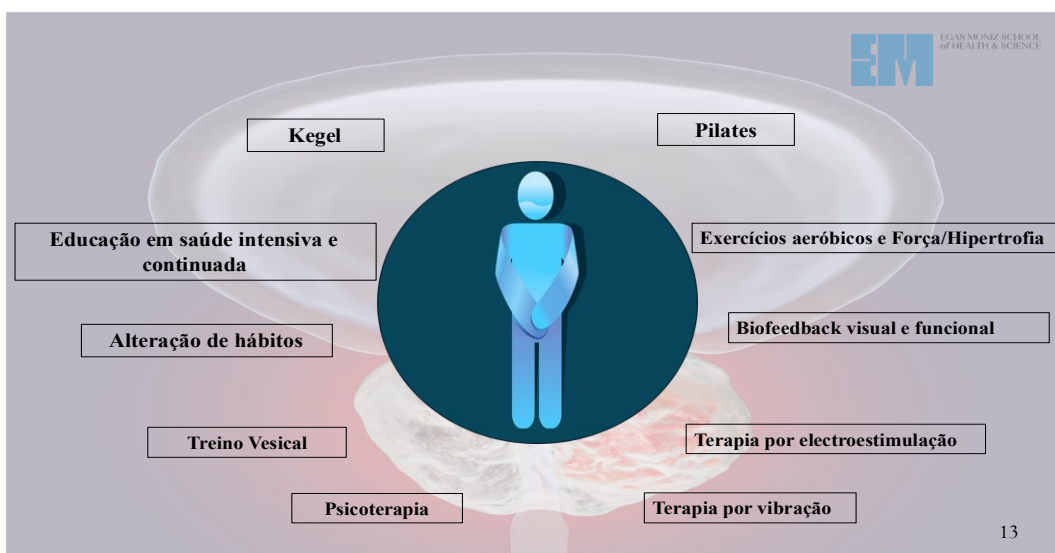
Intervenções intensivas e contínuas de educação em saúde

Comportamental

Abordagens cognitivo-comportamentais, psicológicas, técnicas de relaxamento, alteração de hábitos e treino vesical

Funcional

Baseia-se nas técnicas para o fortalecimento muscular do pavimento pélvico



13

Considerações Finais

A incontinência urinária pode afetar tanto a saúde física e mental, pelo que a implementação de um programa de reabilitação é fundamental para a sua recuperação de forma a melhorar significativamente a sua qualidade de vida e evitar o isolamento social.

A classificação das intervenções de reabilitação é benéfica e oferece ao EEER uma orientação clara de forma a escolher as estratégias de intervenção mais apropriadas, promovendo assim a capacitação da pessoa através de uma prática personalizada e fundamentada em evidência, em que o objetivo final são os cuidados de excelência.

14

Considerações Finais

O papel do EEER revela-se de enorme importância no sentido em que vai promover a capacitação máxima da pessoa, com foco na sua funcionalidade, independência, bem-estar e qualidade de vida.

Vai desenvolver estratégias para facilitar transições, garantir um diagnóstico precoce e ações preventivas de forma a preservar as capacidades funcionais, prevenir complicações e reduzir incapacidades.

Visa assim, oferecer intervenções terapêuticas para melhorar as funções residuais, recuperar a independência nas atividades de vida diárias e minimizar o impacto das incapacidades instaladas.

(Ordem os Enfermeiros, 2019)

15

Referências Bibliográficas

- Abrams, P., Cardozo, L., Wagg, A & Wein, A. (2017). *Incontinence*. (6 ed.) Bristol, UK: International Continence Society Bristol.
https://www.ics.org/publications/ici_6/Incontinence_6th_Edition_2017_eBook_v2.pdf
- Allameh, F., Rayegani, S. M., Razzaghi, M., Abedi, A. R., Rahaviani, A., Javadi, A., & Montazeri, S. (2021). Comparison of the effect of the pelvic floor muscle biofeedback prior or post-radical prostatectomy on urinary incontinence: a randomized controlled trial. *Turkish Journal of Urology*, 47(5), 436–441. <https://doi.org/10.5152/tud.2021.21096>
- An, D., Wang, J., Zhang, F., Jing, H., Gao, Y., Cong, H., Hu, C., Wu, J., & Liao, L. (2023). Effect of different postures of Pilates combined with Kegel training on pelvic floor muscle strength in post-prostatectomy incontinence. *International Urology and Nephrology*, 55(3), 519–527. <https://doi.org/10.1007/s11255-022-03423-x>
- Arksey, H., & O'Malley, L. (2007). Estudos de escopo: rumo a um referencial metodológico. *Revista Internacional de Metodologia de Pesquisa Social*, 8(1), 19–32. <https://doi.org/10.1080/1364557032000119616>
- Aydın Sayılan, A., & Özbaş, A. (2018). The Effect of Pelvic Floor Muscle Training On Incontinence Problems After Radical Prostatectomy. *American Journal of Men's Health*, 12(4), 1007–1015. <https://doi.org/10.1177/1557988318757242>
- Bandura, A. (2004) Promoção da saúde por meio cognitivo social significa. *Educação em Saúde. Comporte-se*. 31, 143–164
- Baumann, F. T., Reimer, N., Goekeln, T., Reike, A., Hallek, M., Ricci, C., Leitzmann, M. (2022). O exercício muscular do assoalho pélvico supervisionado é mais eficaz do que o exercício muscular do assoalho pélvico não supervisionado na melhora da incontinência urinária em pacientes com câncer de próstata após prostatectomia radical – uma revisão sistemática e metanálise. *Deficiência e Reabilitação*, 44(19), 5374–5385. <https://doi.org/10.1080/09638288.2021.1937717>
- Carvalho, J.M., Cristão, A.S. (2012). O valor dos cuidados de enfermagem: uma consulta de enfermagem a um homem submetido a uma prostatectomia radical. *Revista de Enfermagem Referência*, III (7), 103–112. Disponível: <https://www.redalyc.org/pdf/3882/388239966015.pdf>
- Clark, C. B., Kucherov, V., Klonieck, E., Shenot, P. J., & Das, A. K. (2021). Management of urinary incontinence following treatment of prostate disease. *The Canadian journal of urology*, 28(52), 38–43. https://www.canjurology.com/html/free-articles/Cdn_JU28_14S2_12_DeDasS.pdf
- Culligan, P. J., Scherer, J., Dyer, K., Priestley, J. L., Guignon-White, G., Delvecchio, D., & Vangel, M. (2010). A randomized clinical trial comparing pelvic floor muscle training to a 34 Pilates exercise program for improving pelvic muscle strength. *International urogynecology journal*, 21(4), 401–408. <https://doi.org/10.1007/s00192-009-1046-z>
- Damascano, A. de S., De Souza, M. da C., & Santos Junior, F. F. U. (2020). Disfunções do assoalho pélvico em pacientes de um projeto de responsabilidade social em Fortaleza/CE: um estudo retrospectivo de 14 anos. *Fisioterapia Brasil*, 21(4), 355–362. <https://doi.org/10.33233/fb.v21i4.3235>
- de Lira, G. H. S., Fornari, A., Cardoso, L. F., Aranchipe, M., Kretiska, C., & Rhoden, E. L. (2019). Effects of perioperative pelvic floor muscle training on early recovery of urinary continence and erectile function in men undergoing radical prostatectomy: A randomized clinical trial. *International Braz J Urol*, 45(6), 1196–1203. <https://doi.org/10.1590/S1677-5538.IBJU.2019.0238>
- Dijkstra-Eshuis, J., Van Den Bos, T. W. L., Splinter, R., Bevers, R. F. M., Zonneveld, W. C. G., Putter, H., Pelger, R. C. M., & Voorham-Van Der Zalm, P. J. (2015). Effect of preoperative pelvic floor muscle therapy with biofeedback versus standard care on stress urinary incontinence and quality of life in men undergoing laparoscopic radical prostatectomy: A randomised control trial. *Neurology and Urodynamics*, 34(2), 144–150. <https://doi.org/10.1002/nau.22523>

16

Referências Bibliográficas

- Direção Geral de Saúde. (DGS). (2019). Plano Nacional Para as Doenças Oncológicas – Desafios e Estratégias. Lisboa: Direção Gera l de Saúde
- Ficarra, V., Novara, G., Rosen, R. C., Artibani, W., Carroll, P. R., Costello, A., Menon, M., Montorsi, F., Patel, V. R., Stolzenburg, J. U., Van der Poel, H., Wilson, T. G., Zatzoni, F., & Motttrie, A. (2012). Systematic review and meta-analysis of studies reporting urinary continence recovery after robot-assisted radical prostatectomy. *European urology*, 62(3), 405–417. <https://doi.org/10.1016/j.euro.2012.05.045>
- Finlay, A., Wittert, G., & Short, C. E. (2018). A systematic review of physical activity -based behaviour change interventions reaching men with prostate cancer. *Journal of cancer survivorship : research and practice*, 12(4), 571–591. <https://doi.org/10.1007/s11764-018-0694-8>
- Fode, M., Borre, M., Ohl, D. A., Lichtbach, J., & Sonksen, J. (2014). Penile vibratory stimulation in the recovery of urinary continence and erectile function after nerve-sparing radical prostatectomy: A randomized, controlled trial. *BJU International*, 114(1), 111–117. <https://doi.org/10.1111/bju.12501>
- Gomes, C. S., Pedriali, F. R., Urbano, M. R., Moreira, E. H., Averbek, M. A., & Almeida, S. H. M. (2018). The effects of Pilates method on pelvic floor muscle strength in patients with post-prostatectomy urinary incontinence: A randomized clinical trial. *Neurology and Urodynamics*, 37(1), 346–353. <https://doi.org/10.1002/nau.23300>
- Haglund, E., Carlsson, S., Stranne, J., Wallerstedt, A., Wilderäng, U., Thorsteinsdottir, T., Lagerkvist, M., Damber, J. E., Bjartell, A., Hugosson, J., Wiklund, P., Steineck, G., & LAPPRO steering committee. (2015). Urinary Incontinence and Erectile Dysfunction After Robotic Versus Open Radical Prostatectomy: A Prospective, Controlled, Nonrandomised Trial. *European urology*, 68(2), 216–225. <https://doi.org/10.1016/j.euro.2015.02.029>
- Heydenreich, M., Puta, C., Gabriel, H. H. W., Dietze, A., Wright, P., & Zermann, D. H. (2020). Does trunk muscle training with an oscillating rod improve urinary incontinence after radical prostatectomy? A prospective randomized controlled trial. *Clinical Rehabilitation*, 34(3), 320–333. <https://doi.org/10.1177/0269215519893096>
- Hodges, P. W., Stafford, R. E., Hall, L., Neumann, P., Morrison, S., Frawley, H., Doorbar-Baptist, S., Nahon, I., Crow, J., Thompson, J., & Cameron, A. P. (2020). Reconsideration of pelvic floor muscle training to prevent and treat incontinence after radical prostatectomy. *Urologic oncology*, 38(5), 354–371. <https://doi.org/10.1016/j.urolonc.2019.12.007>
- Instituto Nacional de Estatística. (2019). Estatísticas da Saúde – 2017. https://www.ine.pt/ngt_server/attachfile.jsp?look_pare=ntBout=367854789&att_display=n&att_download=y
- Izidorio, L. C. de R., da Mata, L. R. F., Azevedo, C., de Paula, A. A. P., Graça Pereira, M., Santos, J. E. M. Dos, Brasil, V., V., & Oliveira, L. M. de A. C. (2022). Cognitive-behavioral program to control lower urinary tract symptoms after radical prostatectomy: a randomized clinical trial. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 75(5). <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2021-0818>
- Kasai, T., Banno, T., Nakamura, K., Kouchi, Y., Shigeta, H., Suzuki, F., Kaneda, Y., Bhandari, D., Murayama, A., Takamatsu, K., Kobayashi, N., Sawano, T., Nishikawa, Y., Sato, H., Ozaki, A., Kurokawa, T., Kanzaki, N., & Shimura, H. (2023). Duration and Influencing Factors of Postoperative Urinary Incontinence after Robot-Assisted Radical Prostatectomy in a Japanese Community Hospital: A Single-Center Retrospective Cohort Study. *International journal of environmental research and public health*, 20(5), 4085. <https://doi.org/10.3390/ijerph20054085>
- Kunzendorf, B.A., Nicoli, B.M., Luz, F.A., Martins, K.G., Fonseca, P.B.V., & da Silva, G.H.D.M. (2019). Incontinência urinária em idosos-tratamento e reabilitação. *Anais do Seminário Científico do UNIGACIG*, 4(4): 1-6
- Lardas, M., Liew, M., van den Bergh, R. C., De Santis, M., Bellmunt, J., Van den Broeck, T., Cornford, P., Cumberbatch, M. G., Fossati, N., Gross, T., Henry, A. M., Bolla, M., Briers, E., Joniau, S., Lam, T. B., Mason, M. D., Mottet, N., van der Poel, H. G., Rouvière, O., Schoots, I. G., ... Bourke, L. (2017). Quality of Life Outcomes after Primary Treatment for Clinically Localised Prostate Cancer: A Systematic Review. *European urology*, 72(6), 869–885. <https://doi.org/10.1016/j.euro.2017.06.035>

17

Referências Bibliográficas

- Mariotti, G., Sciarra, A., Gentilucci, A., Salciccia, S., Alfarone, A., Di Pierro, G., & Gentile, V. (2009). Early recovery of urinary continence after radical prostatectomy using early pelvic floor electrical stimulation and biofeedback associated treatment. *The Journal of urology*, 181(4), 1788–1793. <https://doi.org/10.1016/j.juro.2008.11.104>
- Mata LRF, Azevedo C, Bernardes MFVG, Chianca TCM, Pereira MdG, Carvalho EC. (2019). Eficácia de um programa de ensino de cuidados domiciliares para pacientes prostatectomizados: um ensaio clínico randomizado controlado. *Revista Escola Enfermagem USP*; 53:03421. <https://doi.org/10.1590/S1980-220X2018012503421>
- Milios, J. E., Ackland, T. R., & Green, D. J. (2019). Pelvic floor muscle training in radical prostatectomy: A randomized controlled trial of the impacts on pelvic floor muscle function and urinary incontinence. *BMC Urology*, 19(1). <https://doi.org/10.1186/s12894-019-0546-5>
- Novick, B. J., assani, Angie, M., Walker, E., Kitay, R., Monday, K., & Albert, N. M. (2014). The Effect of Intensive Education On Urinary Incontinence Following Radical Prostatectomy: A Randomized Control Trial. *Urologic Nursing*, 34(5), 246–251. <https://doi.org/10.7257/1053-816x.2014.34.5.246>
- Oh, J. J., Kim, J. K., Lee, H., Lee, S., Jin Jeong, S., Kyu Hong, S., Eun Lee, S., & Byun, S. S. (2019). Effect of personalized extracorporeal biofeedback device for pelvic floor muscle training on urinary incontinence after robot-assisted radical prostatectomy: A randomized controlled trial. *Neurourology and Urodynamics*, 39(2), 674–681. <https://doi.org/10.1002/nau.24247>
- Pané-Alemany, R., Ramírez-García, I., Kauffmann, S., Blanco-Ratto, L., Carralero-Martínez, A., & Sánchez Ruiz, E. (2021). Efficacy of transcutaneous perineal electrostimulation versus intracavitary anal electrostimulation in the treatment of urinary incontinence after a radical prostatectomy: Randomized controlled trial. *Neurourology and Urodynamics*, 40(7), 1761–1769. <https://doi.org/10.1002/nau.24740>
- Pedriali, F. R., Gomes, C. S., Soares, L., Urbano, M. R., Moreira, E. C. H., Averbeck, M. A., & de Almeida, S. H. M. (2016). Is pilates as effective as conventional pelvic floor muscle exercises in the conservative treatment of post-prostatectomy urinary incontinence? A randomised controlled trial. *Neurourology and Urodynamics*, 35(5), 615–621. <https://doi.org/10.1002/nau.22761>
- Rahnama'i, M. S., Marcelissen, T., Geavlete, B., Tutolo, M., & Hüsich, T. (2021). Current Management of Post-radical Prostatectomy Urinary Incontinence. *Frontiers in surgery*, 8, 647656. <https://doi.org/10.3389/fsurg.2021.647656>
- Registo Oncológico Nacional de Todos Os Tumores Na População Residente Em Portugal, Em 2020. (2023). Instituto Português de Oncologia Do Porto Francisco Gentil - EPE, Ed. Porto. Disponível: <https://Ron.Min-Saude.Pt/Media/2223/Ron-2020.Pdf>
- Ribeiro, L. H., Prota, C., Gomes, C. M., de Bessa, J., Jr, Boldarine, M. P., Dall'Oglio, M. F., Bruschini, H., & Srougi, M. (2010). Long-term effect of early postoperative pelvic floor biofeedback on continence in men undergoing radical prostatectomy: a prospective, randomized, controlled trial. *The Journal of urology*, 184(3), 1034–1039. <https://doi.org/10.1016/j.juro.2010.05.040>
- Ribeiro, O. (2021). *Enfermagem de reabilitação: concepções e práticas*. 1ª Ed. Lisboa: Lidel

Referências Bibliográficas

- Santa Mina, D., Clarke, H., Ritvo, P., Leung, Y. W., Matthew, A. G., Katz, J., Trachtenberg, J., & Alibhai, S. M. (2014). Effect of totabody prehabilitation on postoperative outcomes: a systematic review and meta-analysis. *Physiotherapy*, 100(3), 196–207. <https://doi.org/10.1016/j.physio.2013.08.008>
- Seleme, M.R. (2017). Ginástica hipopressiva como recurso proprioceptivo para os músculos do assoalho pélvico de mulheres incontinentes. *Fisioterapia Brasil*, 12(2), 365–369. <https://doi.org/10.33233/fb.v12i5.940>
- Singh, F., Newton, R. U., Taaffe, D. R., Lopez, P., Thavaseelan, J., Brown, M., Ooi, E., Nosaka, K., Hayne, D., & Galvão, D. A. (2023). Prehabilitative versus rehabilitative exercise in prostate cancer patients undergoing prostatectomy. *Journal of Cancer Research and Clinical Oncology*, 149(18), 16563–16573. <https://doi.org/10.1007/s00432-023-05409-3>
- Soto González, M., Da Cuiña Carrera, I., Gutiérrez Nieto, M., López García, S., Ojea Calvo, A., & Lantarón Caeiro, E. M. (2020). Early 3-month treatment with comprehensive physical therapy program restores continence in urinary incontinence patients after radical prostatectomy: A randomized controlled trial. *Neurourology and Urodynamics*, 39(5), 1529–1537. <https://doi.org/10.1002/nau.24389>
- Sonksen J, Ohl DA, Bonde B, Laessoe L, McGuire EJ. (2007) Transcutâneo estimulação nervosa mecânica usando vibração perineal: um novo método para o tratamento da incontinência urinária de esforço feminina. *Journal Urologia*; 178: 2025–8
- Strojek, K., Weber-Rajek, M., Strączyńska, A., Piekorz, Z., Pilarska, B., Jarzemski, P., Kozakiewicz, M., Brzozczyk, B., Jarzemski, M., Styczyńska, H., Goch, A., & Radzińska, A. (2021). Randomized-controlled trial examining the effect of pelvic floor muscle training in the treatment of stress urinary incontinence in men after a laparoscopic radical prostatectomy pilot study. *Journal of Clinical Medicine*, 10(13). <https://doi.org/10.3390/jcm10132946>
- Szczygielska, D., Knapik, A., Pop, T., Rottermund, J., & Saulicz, E. (2022). The Effectiveness of Pelvic Floor Muscle Training in Men after Radical Prostatectomy Measured with the Insert Test. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 19(5). <https://doi.org/10.3390/ijerph19052890>
- Tricco, A. C., Lillie, E., Zarin, W., O'Brien, K. K., Colquhoun, H., Levac, D., Moher, D., Peters, M. D. J., Horsley, T., Weeks, L., Hempel, S., Akl, E. A., Chang, C., McGowan, J., Stewart, L., Hartling, L., Aldcroft, A., Wilson, M. G., Garrity, C., Lewin, S., Straus, S. E. (2018). PRISMA Extension for Scoping Reviews (PRISMA-ScR): Lista de verificação e explicação. *Anais de medicina interna*, 169(7), 467–473. <https://doi.org/10.7326/M18-0850>
- Wang, C., Song, Z., Li, S., & Tai, S. (2018). Extended nursing for the recovery of urinary functions and quality of life after robot-assisted laparoscopic radical prostatectomy: a randomized controlled trial. *Supportive Care in Cancer*, 26(5), 1553–1560. <https://doi.org/10.1007/s00520-017-3988-x>
- Xie, M., Zhang, X., Zhang, X., Wang, W., & Hua, K. (2018). Can we evaluate the levator ani after Kegel exercise in women with pelvic organ prolapse by transperineal elastography? A preliminary study. *Journal of medical ultrasonics* (2001), 45(3), 437–441. <https://doi.org/10.1007/s10396-018-0862-5>
- Yuan, Y., Hu, Y., Cheng, J. X., & Ding, P. (2019). Psychological nursing approach on anxiety and depression of patients with severe urinary incontinence after radical prostatectomy – a pilot study. *Journal of International Medical Research*, 47(11), 5689–5701. <https://doi.org/10.1177/0300060519878014>
- Zaidan, P., & Silva, E. B. da. (2023). O efeito da eletroestimulação de 65 Hz sobre a incontinência urinária, força dos músculos do assoalho pélvico e impacto na vida diária de pacientes após prostatectomia radical: experimento controlado randomizado duplo cego. *Fisioterapia Brasil*, 24(1), 76–88. <https://doi.org/10.33233/fb.v24i1.5174>
- Zhang, A. Y., Bodner, D. R., Fu, A. Z., Gunzler, D. D., Klein, E., Kresevic, D., Moore, S., Ponsky, L., Purdum, M., Strauss, G., & Zhu, H. (2015). Effects of patient centered interventions on persistent urinary incontinence after prostate cancer treatment: A randomized, controlled trial. *Journal of Urology*, 194(6), 1675–1681. <https://doi.org/10.1016/j.juro.2015.07.090>

ANEXOS

ANEXO A- CERTIFICADO DA APRESENTAÇÃO DO POSTER NO
3º SIMPÓSIO DE UROLOGIA - THE SOUTHSIDE OF UROLOGY



CERTIFICADO

Para os devidos efeitos certifica-se que o trabalho

INTERVENTIONS TO PROMOTE URINARY CONTINENCE IN PEOPLE UNDERGOING RADICAL PROSTATECTOMY

elaborado por

Ana Patricio Ciuro

foi apresentado no **3º Simpósio de Urologia – The Southside of Urology 2024**, que decorreu nos dias 22 e 23 de novembro 2024, no Hotel Tryp Lisboa Caparica Mar.

Costa da Caparica, 23 de novembro de 2024

Dr. Miguel Carvalho
Presidente da Comissão Organizadora

ORGANIZATION



UNIDADE LOCAL DE SAÚDE
ALMADA - SEIXAL



HOSPITAL
Garcia de Orta E.P.E.

ANEXO B- CERTIFICADO DE MODERADORA DE MESA NAS III
JORNADAS DE ENFERMAGEM DA ESCOLA SUPERIOR DE SAUDE
EGAS MONIZ

CERTIFICADO

Ana Cristina dos Santos Patrício Curo

Moderou a mesa **Explorando Horizontes na Área de Enfermagem**, nas III Jornadas de Enfermagem – ONE HEALTH: Conquistas e Desafios, que decorreram nos dias 14 e 15 de maio de 2024, na Escola Superior de Saúde Egas Moniz.



Presidente da Comissão Científica



Presidente da Comissão Executiva

COM O APOIO DE:

 Baxter

 NIPPON
GASES

 SOCOME MEDICAL
MEDICAL DEVICES COMPANY

 xandite

 Caraciver

 PAPALETAS
PAPALETAS

 PAPALETAS
PAPALETAS

 CAROLAS

 CAROLAS

 OkNetas

 santosevale

 santosevale

**ANEXO C - CERTIFICADO DE PARTICIPAÇÃO NA COLOPLAST
CONTINENCE**

**SUMMIT 2024: O PERCURSO DO UTENTE DE CATETERISMO
INTERMITENTE**



Coloplast[®]
Professional

Certificado



Declara-se que, Ana Cristina dos Santos Patrício Ciuro, participou no Coloplast Continence Summit 2024: O Percurso do Utente de Cateterismo Intermitente, organizado pela Coloplast, que se realizou no dia 11 de maio de 2024, das 09h30 às 13h30.

Kit Mikkelsen

Country Manager

ANEXO D- CURSO AVANÇADO DE MASSAGEM TERAPÊUTICA E
APLICAÇÃO DE BANDAS
NEUROMUSCULARES

CERTIFICADO

PROFESSORA DOUTORA MARTA GIBERT AIRES DE SOUSA, Presidente do Conselho de Direção da Escola Superior de Saúde da Cruz Vermelha Portuguesa - Lisboa, certifica para os devidos efeitos que **Ana Cristina dos Santos Patrício Ciuro** concluiu, com **18 valores**, o **Curso Avançado de Massagem Terapêutica e Aplicação de Bandas Neuromusculares**, ministrado nesta Escola nos dias 8, 9, 15 e 16 de novembro de 2024, num total de **30 horas de contacto**, sendo creditados **2 ECTS**.

CONTEÚDO PROGRAMÁTICO:

- Os princípios gerais
- Componentes da massagem e efeitos da massagem
- Técnicas de massagem
- Componente teórico-prática das técnicas de massagem
- Bandas neuromusculares - características, processo de aplicação em diversos contextos clínicos e apresentação de casos clínicos com resultados documentados

Componente prática das técnicas de massagem

- Pressões
- Compressões
- Amassamento
- Fricções
- Drenagem Linfática
- Percussões
- Vibrações
- Roulement e malaxação
- M.T.P.
- Pincé-roulé
- Crioterapia

Bandas Neuromusculares - técnicas de aplicação

Lisboa, 22 de novembro de 2024.

A Presidente do Conselho de Direção

Assinado por: **Marta Gibert Aires de Sousa**
Num. de Identificação: 10094837
Data: 2024.11.22 15:40:12 +0000

Profª Doutora Marta Aires de Sousa



Serviços Académicos – Ensino Pós-Graduado
Escola Superior de Saúde da Cruz Vermelha Portuguesa Lisboa
Avenida de Ceuta, nº 1, Piso 2 | 1300-125 Lisboa
Tel: (+351) 213 616 790 | secretariapostgraduado@esscvp.eu