



2º Curso de Mestrado em Enfermagem na Área de Especialização em
Enfermagem de Reabilitação

RELATÓRIO DE ESTÁGIO

Com(o)Viver

com

Alterações da Eliminação Vesical

Intervenções do Enfermeiro Especialista em Enfermagem
de Reabilitação

Realizado por: Filipe Daniel Velosa (nº 3609)

Orientado por: Prof. Maria do Céu Sá

LISBOA, 2012

“O empenho em conseguir que pessoas deficientes ou incapacitadas não sofram com as particularidades da sua situação é a preocupação principal da reabilitação. A experiência em reabilitação proporciona conhecimentos que contribuem para enriquecer qualquer prática de cuidados”.

(Hesbeen, 2003, p. 135)

Agradecimentos

À Enfermeira Maria do Céu Lourenço Sá, Especialista em Enfermagem de Reabilitação e Mestre em Ciências da Enfermagem, pela tutoria do meu projecto formativo;

Aos Enfermeiros Orientadores dos locais de Estágio, pelo empenho e dedicação na orientação;

À minha família, em especial à minha mulher e filha, pelas razões que elas sabem;

A todos os que tornaram possível a realização deste Curso de Mestrado em Enfermagem na Área de Especialização em Enfermagem de Reabilitação.

RESUMO

O presente relatório visa descrever as actividades desenvolvidas durante o período de estágio do Curso de Mestrado em Enfermagem na Área de Especialização em Enfermagem de Reabilitação, para a aquisição das competências necessárias à prestação de Cuidados de Enfermagem Especializados na área da Reabilitação da eliminação vesical, bem como da Reabilitação respiratória, motora, sensorial, cognitiva, da alimentação e da sexualidade.

A Reabilitação é um processo dinâmico, orientado para a saúde, que auxilia a pessoa que está doente ou incapacitada a atingir o seu máximo potencial físico, mental, espiritual, social e económico, ou seja, ajuda-a a atingir qualidade de vida com dignidade e independência.

A Incontinência Urinária (IU), definida como “a perda involuntária de urina, demonstrável objectivamente e que constitui um problema social” (International Continence Society, 2009), é um problema frequente, que afecta necessidades humanas fundamentais, com interferência significativa na qualidade de vida da pessoa/família/cuidador.

A prestação de Cuidados de Enfermagem Especializados, com uma abordagem centrada na pessoa e não na doença, são reveladores de como o potencial da Enfermagem de Reabilitação se traduz numa mais valia para o tratamento da IU.

Para a aquisição de tais competências, realizei estágios num Centro de Reabilitação e num Serviço de Cirurgia Geral, concebendo, implementando e monitorizando planos de cuidados de Enfermagem de Reabilitação diferenciados, baseados nos problemas reais e potenciais das pessoas, de forma a assegurar a manutenção das suas capacidades funcionais, prevenindo complicações e proporcionando intervenções terapêuticas que visassem melhorar o seu potencial, mantendo ou recuperando a independência na satisfação das suas necessidades humanas fundamentais e minimizando o impacto das incapacidades instaladas.

Os objectivos foram atingidos, salientando o desenvolvimento de competências nas áreas fundamentais para o especialista em Enfermagem de Reabilitação, nomeadamente, na área da formação e na área clínica. Realça-se o resultado dos cuidados de Enfermagem, mais especificamente na área da eliminação vesical, que a tornou mais visível e valorizada pelos Enfermeiros.

Palavras Chave:

Enfermagem, Reabilitação, Incontinência Urinária.

ABSTRACT

This report aims to describe the main activities undertaken during the trial period for the acquisition of skills necessary for the provision of Nursing Care Rehabilitation Specialists in the area of the bladder elimination, as well as respiratory rehabilitation, motor, sensory, cognitive and sexuality.

Rehabilitation is a dynamic process, health-oriented, which helps a person who is sick or unable to reach their potential physical, mental, spiritual, social and economic, or helps to achieve a quality of life and well being dignity and independence.

Urinary incontinence (UI), defined as "the involuntary loss of urine, objectively demonstrable and is a social problem" (International Continence Society, 2009), is a common problem, affecting basic human needs, with significant interference in the quality of life of the person / family / caregiver.

Providing Specialized Nursing, with a person centered approach and not the disease, are revealing the potential of Rehabilitation Nursing and how it translates into a gain for the treatment of UI.

For the acquisition of such skills, I performed stages in a Rehabilitation Center and in a General Surgery Service, designing, implementing and monitoring care plans of Nursing Rehabilitation, based on actual and potential problems of the people, to ensure the maintenance of its functional abilities, preventing complications and providing therapeutic interventions that aim at improving its potential while maintaining or regaining independence in meeting their basic human needs and minimizing the impact of disabilities installed.

The objectives were achieved, emphasizing the development of skills in key areas for the specialist in Rehabilitation Nursing, particularly in training and in the clinical area. Emphasis is the result of nursing care in the area of bladder elimination, which made it more visible and valued by nurses.

Key Words:

Nursing, Rehabilitation, Urinary Incontinence.

ÍNDICE	Págs.
INTRODUÇÃO.....	9
1. ENQUADRAMENTO TEÓRICO	14
1.1 Anatomia-Fisiologia do Aparelho Urinário Inferior.....	14
1.1.1 Controlo Voluntário da Micção.....	15
1.2 Factores relacionados com a Idade que comprometem a Eliminação Vesical.....	15
1.3 Tipos de Incontinência Urinária.....	16
1.4 Intervenções do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação na Avaliação e Tratamento da Pessoa com Incontinência Urinária	20
1.5 Intervenções do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação na Educação e Aconselhamento da Sexualidade.....	25
1.6 Quadro Conceptual.....	27
2. RELATÓRIO DE ESTÁGIO.....	30
3. CONCLUSÃO.....	49
4. BIBLIOGRAFIA.....	53
ANEXOS.....	59
APÊNDICES.....	85

ÍNDICE DE ANEXOS

Anexo I - Causas da Incontinência Urinária Aguda ou Transitória.....	60
Anexo II - Tipos de Incontinência Urinária Instalada – Conceitos.....	62
Anexo III – Disreflexia Autónoma.....	66
Anexo IV – História de Enfermagem Para Pessoas com Incontinência Urinária.....	70
Anexo V – Avaliação da Pessoa com alterações da Eliminação Vesical.....	72
Anexo VI – Opções de Tratamento para a Incontinência Urinária Crónica.....	74
Anexo VII – Exemplo de Protocolo de Treino Vesical (Supressão da Urgência).....	77
Anexo VIII – Medida de Independência Funcional – MIF.....	79
Anexo IX - Algoritmo para a remoção de Cateteres Urinários.....	83

ÍNDICE DE APÊNDICES

Apêndice I – Objectivos Específicos.....	86
Apêndice II - Folha de registo de diurese para pessoas algaliadas.....	94
Apêndice III - Folha para registo da avaliação da Eliminação Vesical.....	96

LISTA DE ABREVIATURAS:

AVD – Actividades de Vida Diária

CR – Cadeira de rodas

IU - Incontinência Urinária

ITU – Infecção do Tracto Urinário

MIF - Medida de Independência Funcional

OMS – Organização Mundial de Saúde

RFR - Reeducação Funcional Respiratória

RPP- Reabilitação do Pavimento Pélvico

INTRODUÇÃO

No âmbito do 2º Curso de Mestrado em Enfermagem na Área de Especialização em Enfermagem de Reabilitação, foi proposto como instrumento de avaliação final, a elaboração de um Relatório dos Estágios realizados no decurso do 3º semestre.

A minha actividade profissional tem sido desenvolvida na área da prestação de cuidados de Enfermagem à pessoa/família/cuidador com alterações da eliminação vesical. Neste sentido, foi meu objectivo desenvolver e aprofundar competências, como Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação, que promovessem a manutenção ou a recuperação da qualidade de vida da pessoa com alterações no controlo da eliminação vesical.

Ao longo dos anos, apercebi-me das dificuldades que as pessoas com esta problemática experimentam, assim como os seus familiares/cuidadores, havendo necessidade de acompanhamento especializado.

“Estima-se que os problemas de incontinência urinária afectem cerca de 200 milhões de pessoas em todo o mundo. A prevalência de incontinência urinária para Portugal Continental foi de 21,4% nas mulheres e 7,6% nos homens” (Serviço de Higiene e Epidemiologia da Faculdade de Medicina da Universidade do Porto, 2008, p. 5 e p.17).

Muitas são as definições de Incontinência Urinária (IU), no entanto, a International Continence Society (2009), define-a “como a perda involuntária de urina, demonstrável objectivamente e que constitui um problema social”. Tem causa multifactorial, afectando as necessidades humanas fundamentais. É um elemento gerador de exclusão, interferindo na saúde física e mental da pessoa, comprometendo a sua qualidade de vida, como comprova um estudo realizado em cinco países a uma população de 19165 pessoas. Destas, 65% dos homens e 67% das mulheres, afirmaram que a IU tinha um impacto muito negativo na sua qualidade de vida (Milsom, *et. al*, 2006).

Por outro lado, é factor de exclusão, por ser considerada, de forma errónea, uma consequência natural da idade, sem tratamento eficaz, o que leva a que se torne uma epidemia silenciosa. Botelho (2007) refere que apenas uma em cada quatro mulheres, com IU, procura ajuda médica. O mesmo se comprova num estudo realizado para identificar o comportamento das mulheres do norte da Índia, no que respeita à procura de tratamento para a IU, em que se verificou que apenas 20% das mulheres haviam recorrido aos serviços de saúde para resolução do seu problema, apesar de 78% sofrerem de IU há mais de um ano e de 70% referirem que a IU afectava gravemente a

suas rotina diária (Kumari, 2008). A total falta de conhecimento das opções terapêuticas para o tratamento da IU é outro dos motivos identificados para a não procura de tratamento. Com efeito, num estudo publicado por Silva, *et. al.* (2009), concluiu-se que 45,7% da população em estudo, não conhecia nenhuma forma de tratamento para a IU e 65,7% considerava normal a perda de urina. No entanto, estudos realizados por Dannecker (2005), Lee (2005) e Kim (2007), onde se pretendeu comprovar a eficácia dos programas de reabilitação direccionados para a prevenção e tratamento da IU de esforço, revelaram taxas de sucesso, a longo prazo, de 71%, 50% e 63,9% respectivamente, que se traduziram na melhoria significativa ou mesmo na erradicação da IU, o que vem realçar a necessidade de intervenção do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação, uma vez que, é detentor de competências que permitem ajudar a pessoa/família/cuidador a minimizar ou mesmo solucionar o seu problema.

Virginia Henderson (2007, p. 34) aponta como razão para a não procura de tratamento da IU “os tabus sociais, já que a eliminação é complexa devido à proximidade anatómica entre os órgãos genitais e os de eliminação”. Para dar resposta a tal, Pires (2000, In Hoeman, 2000) afirma que, por as interações dos Enfermeiros com as pessoas serem bastante íntimas, os Enfermeiros Especialistas em Enfermagem de Reabilitação ocupam uma posição privilegiada para detectar, avaliar e iniciar as intervenções necessárias ao tratamento de disfunções vesicais não comunicadas.

Oliveira, *et. al.* (2007) consideram a IU como uma situação com consequências avassaladoras, sendo causadora de marginalização do convívio social, ameaça a auto-estima, geradora de frustrações psicossociais, além de que precipita a institucionalização precoce e interfere na sexualidade da pessoa.

Abordar a problemática das alterações da eliminação vesical implica, também, abordar a problemática da sexualidade, uma vez que, disfunções na continência urinária provocam alterações na vivência da sexualidade. Com efeito, um estudo realizado em Viena - Áustria, por Temml, *et. al.* (2005) onde se pretendeu determinar o impacto da IU na qualidade de vida e na vivência da sexualidade de 1199 homens e 1219 mulheres entre os 20 e os 90 anos de idade, revelou haver um impacto negativo na vivência da sexualidade em 24% dos homens e 31% da mulheres.

O conceito de sexualidade é muito amplo, englobando uma dimensão biológica, física, psicossocial e comportamental, no entanto, Loureiro (2001) define-a com base no conceito apresentado pela OMS, como sendo a energia que nos motiva para encontrar o amor, o contacto, a ternura e a intimidade. Integra-se no modo como nos sentimos,

nos movemos, tocamos e somos tocados. Envolve sensualidade e ao mesmo tempo sexualidade, influenciando pensamentos, sentimentos, acções e interacções, interferindo, por isso, na saúde física e mental. O mesmo autor considera a sexualidade como uma qualidade individual e inimitável, que concebe emoções e sentimentos de natureza íntima.

A sexualidade é vivenciada de formas diferentes ao longo do ciclo de vida, sendo que, “as mudanças biológicas que se produzem na idade adulta e na velhice não anulam o desejo sexual nem os afectos ligados à sexualidade” (López, 1999, p. 54). O mesmo autor afirma que a sexualidade na velhice depende mais de factores psicossociais do que de factores biológicos, embora estes também tenham um significado importante. A sexualidade pode assumir, na espécie humana, um sentido totalmente distinto do da mera função biológica e converter-se em fonte de prazer e bem-estar, impulsionando a pessoa a sair da solidão e a procurar, tocar e abraçar o outro, atingindo formas de comunicação muito íntimas.

Para sublinharem a importância que a sexualidade assume na saúde da pessoa, Garrett e Teixeira (2006), fazem referência a um estudo, onde foram investigados cerca de 27 000 pessoas, em todo o mundo, de ambos os sexos, entre os 40 e os 80 anos de idade. Concluiu-se que 83% dos homens e 63% das mulheres responderam que a sexualidade assumia grande importância nas suas vidas. Contudo, quando questionados acerca da frequência com que os profissionais de saúde os haviam abordado com assuntos de natureza sexual, apenas 9% afirmou ter sido interpelado, neste sentido, nos últimos 3 anos.

Assim, a sexualidade é vital para o ser humano e deve “constituir um aspecto fundamental da prática de Enfermagem de Reabilitação” (Greco, 2000, In Hoeman, 2000, p. 647). Esta autora refere que a saúde sexual individual não está garantida quando existem alteração das respostas fisiológicas, psicossociais e comportamentais. No entanto, a sexualidade continua a constituir um tema difícil de abordar pelos elementos da equipa de reabilitação, estando identificadas como razões para tal, as dificuldades académicas na área, quer pela lacuna que existe em termos formativos, quer pelo pouco envolvimento que dedicam à temática (Garrett & Teixeira, 2006).

Neste sentido, direccionei o meu projecto de formação para a problemática da pessoa com alterações na eliminação vesical, não deixando de abordar a problemática da sexualidade, pelas razões atrás referidas, considerando a prestação de cuidados de Enfermagem especializados nesta área, como uma intervenção promotora da sua

autonomia, do seu conforto e bem estar. Desta forma, espera-se que o Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação avalie a capacidade da pessoa em satisfazer estas necessidades humanas fundamentais e planeie a sua intervenção respeitando os seus hábitos de vida e potenciando as suas capacidades.

Tive como referência o modelo teórico de Virgínia Henderson, que se enquadra na Escola das Necessidades e onde o conceito de Pessoa assume o lugar central (Tomey; Alligood, 2004). A Pessoa é considerada mais do que a soma das suas partes, sendo um ser biológico, psicológico, social, cultural e espiritual que sofre influências do ambiente que o rodeia através de estímulos positivos e/ou negativos. Como tal, a alteração numa das suas necessidades fundamentais poderá significar alterações em todas as outras. Para dar resposta a esta problemática, elaborei o meu projecto de formação de acordo com os objectivos pessoais, com os objectivos definidos pela Escola Superior de Enfermagem de Lisboa para o 2º Curso de Mestrado em Enfermagem na Área de Especialização em Enfermagem de Reabilitação e com as Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação, aprovadas pela Ordem dos Enfermeiros (2010), que preconiza que:

- *“O Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação cuida de pessoas, ao longo de todo o ciclo de vida, em todos os contextos da prática de cuidados.*
- *Capacita a pessoa com deficiência, limitação e/ou restrição da participação para a reinserção e exercício da cidadania.*
- *Maximiza a funcionalidade desenvolvendo as capacidades das pessoas”* (Ordem Dos Enfermeiros - Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação, 2010. p. 2).

O mesmo documento preconiza que a intervenção do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação “*visa promover o diagnóstico precoce e acções preventivas de*

enfermagem de reabilitação, de forma a assegurar a manutenção das capacidades funcionais dos clientes, prevenir complicações e evitar incapacidades, assim como, proporcionar intervenções terapêuticas que visam melhorar as funções residuais, manter ou recuperar a independência nas actividades de vida e minimizar o impacto das incapacidades instaladas. Para tal, utiliza técnicas específicas de reabilitação e intervém na educação dos clientes e pessoas significativas, no planeamento da alta, na continuidade dos cuidados e na reintegração das pessoas na família e na comunidade, proporcionando-lhes assim, o direito à dignidade e à qualidade de vida” (Ordem Dos Enfermeiros - Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação, 2010. p. 1).

Assim sendo, defini como objectivos gerais:

- Adquirir competências para a prestação de Cuidados de Enfermagem Especializados na área da Enfermagem de Reabilitação à pessoa com alterações na eliminação vesical, respiratória, motora, sensorial, cognitiva, da alimentação e da sexualidade;

- Contribuir para a melhoria dos Cuidados de Enfermagem especializados, desenvolvendo atitudes e comportamentos a nível clínico, da formação e da gestão dos cuidados específicos de Enfermagem de Reabilitação, através do planeamento, do desenvolvimento e implementação de estratégias e respectiva avaliação.

Para a aquisição de tais competências defini como objectivos específicos (Apêndice I):

1. Prestar cuidados de Enfermagem de Reabilitação à pessoa/família/cuidador para que mantenham, melhorem e recuperem a saúde, ajudando-os a atingir a sua máxima capacidade funcional tão rapidamente quanto possível;
2. Conhecer as estratégias implementadas pelos Enfermeiros de cuidados gerais e Especialistas em Enfermagem de Reabilitação, para a promoção da continência urinária e conforto da pessoa/família/cuidador;
3. Prestar cuidados de Enfermagem de Reabilitação à pessoa/família/cuidador com alteração na eliminação vesical, integrando-os no plano global de cuidados;
4. Compreender a problemática da vivência da sexualidade das pessoas com deficiência e/ou compromisso na eliminação vesical, tendo em conta a sua multifactorialidade e complexidade;
5. Desenvolver competências que permitam dar resposta às necessidades da pessoa/família/cuidador com alterações da função respiratória;
6. Desenvolver capacidades psicomotoras que permitam dar resposta às necessidades da pessoa/família/cuidador com alteração motora, sensorial, cognitiva e da alimentação;
7. Desenvolver competências de gestão de cuidados e assegurar a continuidade dos cuidados de Enfermagem.

Estes objectivos foram os meios para adquirir competências como Especialista em Enfermagem de Reabilitação, que serão espelhados neste relatório. Assim, inicialmente será apresentado, de forma sucinta, o enquadramento teórico da problemática em estudo, salientando o modelo conceptual que norteou o desenvolvimento do trabalho e posteriormente, será efectuada a descrição reflexiva de todo o processo decorrido e respectivas conclusões.

1. ENQUADRAMENTO TEÓRICO

Para uma melhor compreensão da problemática em estudo, importa elaborar o respectivo enquadramento teórico. Nele, será abordado, de forma sucinta, a anátomo-fisiologia do aparelho urinário, o mecanismo de controlo voluntário da micção e os factores relacionados com a idade que o comprometem. Seguidamente, proceder-se-á à caracterização dos diferentes tipos de IU, para posteriormente se abordar, em maior pormenor, as intervenções do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação na avaliação e tratamento da pessoa com IU. Pelas razões referidas anteriormente, torna-se necessário abordar a problemática das alterações na vivência da sexualidade, pelo que, serão abordadas as intervenções do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação na educação e aconselhamento da sexualidade. Terminarei este capítulo fazendo a conceptualização da problemática de Enfermagem de Reabilitação em estudo, baseada no modelo teórico de Virgínia Henderson.

1.1 Anatomo-Fisiologia do Aparelho Urinário

O aparelho urinário inferior é constituído, essencialmente por duas estruturas: a bexiga e a uretra. A bexiga é um órgão muscular que tem como função o armazenamento de urina e a sua eliminação. A uretra é uma estrutura que permite o transporte da urina da bexiga para o exterior. Numa perspectiva funcional, a bexiga divide-se em duas partes: o *detrusor* (distensível) e o *trígono* (base fixa). O *detrusor* (corpo da bexiga) é composto por camadas entrelaçadas de fibras de músculo liso. O *trígono* corresponde à pequena região triangular situada na base da bexiga, onde terminam os ureteres e se inicia a uretra. O colo vesical (estrutura contígua ao trígono) tem dois a três centímetros de comprimento e é parte integrante da *uretra posterior*. Os músculos desta zona formam o *esfíncter interno*. A uretra posterior atravessa uma extensão de músculos perineais profundos. Estes músculos estriados constituem, em conjunto com o diafragma urogenital, o esfíncter vesical externo. O esfíncter externo é constituído por tecido muscular esquelético e está sob controlo voluntário, permitindo evitar a micção, mesmo quando mecanismos involuntários tentam esvaziar a bexiga. Ao contrário, o esfíncter interno é constituído por tecido muscular liso e é autónomo. Os músculos do pavimento pélvico (que conferem suporte à bexiga e uretra) e, nos homens, a glândula prostática, constituem as restantes estruturas que contribuem para a continência urinária. (Pires, 2000, In Hoeman, 2000; Monteiro, 2010).

De uma perspectiva fisiológica, todo o comprimento da uretra feminina (3,5 a 5,5 cm) funciona como um mecanismo de esfíncter que garante a continência durante o enchimento da bexiga. A uretra masculina tem aproximadamente 23 cm de comprimento e divide-se em duas porções: proximal e distal. A uretra proximal (tem origem no colo vesical e atravessa a próstata) é comparável, em termos funcionais, a todo o comprimento da uretra feminina, enquanto a porção distal em nada contribui para a continência (Gray & Moore, 2012).

1.1.1 Controlo Voluntário da Micção

O reflexo da micção é mantido por um arco reflexo completo, durante o qual são enviados impulsos sensoriais (aférentes), coordenados pela protuberância desde a bexiga até à região sagrada S3. A protuberância, sob controlo voluntário do córtex frontal, coordena o relaxamento do esfíncter uretral com a contracção do detrusor, permitindo assim, um livre esvaziamento da bexiga. Se a pessoa, conscientemente, decide não urinar, o centro da micção (situado na região anterior do lobo frontal) envia mensagens inibitórias para a protuberância e, daí, até ao centro sagrado da micção (S3), inibindo os impulsos motores para a contracção do detrusor e relaxamento esfíncteriano. A continência envolve a inibição activa do arco reflexo completo (Monteiro, 2010). Assim sendo, a micção consiste numa fase de enchimento/armazenamento e numa fase de contracção e esvaziamento. Para reter a urina durante a fase de enchimento, a pressão intra-uretral tem que exceder a pressão intravesical, invertendo-se as pressões na fase de esvaziamento. A continência é mantida enquanto a pressão intra-uretral for mais elevada do que a pressão intravesical (Pires, 2000, In Hoeman, 2000).

1.2 Factores relacionados com a Idade que comprometem a Eliminação Vesical

O recém-nascido, até aos 24 meses, por imaturidade do Sistema Nervoso Central, é incontinente, pois, não controla conscientemente a micção. Entre os 2 e os 3 anos de idade é adquirida a continência devido à maturação do sistema nervoso e à expectativa social. No entanto, é normal que crianças até aos 5 anos apresentem acidentes periódicos de perda de urina durante o dia e enurese. Durante a puberdade os genitais pélvicos adquirem funcionalidade. Nos rapazes o crescimento da próstata confere

suporte ao pavimento pélvico e aumenta a resistência uretral. Nas raparigas, é a libertação de estrogénios a responsável pelo aumento do tónus dos músculos pélvicos e da resistência uretral. Até aos 45 anos de idade, há um crescimento normal da próstata no homem, podendo causar obstrução uretral. Dependendo da gravidade dessa obstrução, pode haver hipertrofia ou disfunção da bexiga e dar origem a retenção urinária (Monteiro, 2010).

As mulheres, em resultado do parto, podem apresentar distorções ou traumatismo (temporária ou permanente) da anatomia do pavimento pélvico e da uretra. Depois da menopausa, há atrofia das estruturas pélvicas. A uretra torna-se mais fina e friável, reduzindo a sua capacidade de resistência e de coaptação, devido à diminuição dos níveis de estrogénios, aumentando a sua pré-disposição para a incontinência urinária de esforço. Com o envelhecimento, verifica-se uma diminuição da capacidade da bexiga, uma diminuição da pressão máxima da capacidade de encerramento uretral e um atraso na sensação da vontade para urinar que, associados ao aumento do número de contracções involuntárias do detrusor e do risco de infecções urinárias, dificultam o controlo voluntário da micção. Os idosos também podem sofrer de alterações da visão, mobilidade e destreza, que lhes dificultam actividades como localizar e deslocar-se à casa de banho, assim como despirem-se em tempo útil. Todos estes problemas podem ser exacerbados pela administração de determinados medicamentos, como por exemplo, os diuréticos.

A IU é um sintoma de outro problema. Embora não deva ser encarada como uma consequência normal do envelhecimento, as alterações mencionadas predispõem os idosos à incontinência. A função urinária normal, assim como a continência, dependem da integridade anatómica da bexiga e da uretra, do sistema nervoso que garante o controlo voluntário da micção, do padrão de produção de urina, da capacidade física e mental e da vontade psicológica de cada pessoa para levar a cabo as tarefas associadas à eliminação (Pires, 2000, In Hoeman, 2000).

1.3. Tipos de Incontinência Urinária

Actualmente existem publicados vários sistemas de classificação para a IU. Contudo, é consensual a classificação em **IU transitória** e **IU instalada**.

A **IU transitória** tem um início súbito e, geralmente, surge associada a uma situação médica ou cirúrgica aguda, desaparecendo quando a causa é tratada. (Anexo I)

A **IU instalada** pode ser de início súbito (precipitada por uma doença aguda), ou ter um início gradual, sem um factor precipitante identificado. (Anexo II) Será a esta forma de IU que dedicarei maior atenção, dado que, o Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação é detentor de competências que lhe permitem intervir de forma ajudar a pessoa a melhorar ou mesmo solucionar o seu problema.

Caracteriza-se por ser um tipo de IU que pode ter como base um problema ao nível do armazenamento da urina, do esvaziamento ou de ambos.

Quando o problema é ao nível do armazenamento da urina podemos estar perante uma IU de Urgência (causada por uma disfunção vesical), uma IU de esforço (causada por uma disfunção esfíncteriana), uma IU mista (causada por uma disfunção vesico-esfíncteriana), uma IU extra-uretral ou uma IU funcional.

Quando o problema é ao nível do esvaziamento da urina podemos estar perante uma retenção urinária crónica com perda de urina – IU por refluxo.

Se problema é ao nível de ambos (armazenamento e esvaziamento) estamos perante uma disfunção vesico-esfíncteriana de origem neurogénica.

A **IU Neurogénica** é resultante de lesões ocorridas ao nível do Sistema Nervoso Central, que de acordo com a localização da lesão, dará origem a uma Bexiga Neurogénica Desinibida (se a lesão se localiza ao nível do córtex frontal), a uma Bexiga Neurogénica Reflexa (se a lesão é medular e ocorre acima da região sagrada), a uma Bexiga Neurogénica Autónoma (se a lesão é medular e ocorre ao nível da região sagrada), a uma Bexiga Paralítica Sensorial (se a lesão afecta o lado aferente ou sensorial do arco reflexo da micção) ou uma Bexiga Paralítica Motora (se a lesão afecta o lado eferente ou motor do arco reflexo da micção).

A **Bexiga Neurogénica Desinibida** resulta de uma disrupção do feixe corticorregulador ou de um mau funcionamento do centro supra-espinhal que regula a micção. Ocorrem frequentes contracções desinibidas, mas, em geral, a bexiga esvazia completamente sem que haja urina residual. O reflexo da micção permanece intacto. A sensibilidade e o reflexo bulbocavernoso estão presentes. As pessoas com bexiga neurogénica desinibida referem quase sempre urgência urinária, polaquiúria e noctúria. Uma vez sentida a vontade de urinar, o fluxo não pode ser inibido porque a pressão intravesical permanece elevada, devido à força das contracções do detrusor. Estas pessoas podem conseguir evitar a IU se urinarem antes de a bexiga estar suficientemente cheia, evitando o reflexo da micção. Deste modo, um aspecto importante da intervenção do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação é programar as micções em

função da ingestão de líquidos de forma a antecipar a micção (Pires, 2000, In Hoeman, 2000).

A **Bexiga Neurogénica Reflexa** surge quando os feixes sensoriais e motores da medula espinhal, que enviam os impulsos entre a bexiga e o centro supra-espinhal, estão interrompidos. O arco reflexo permanece intacto embora a micção seja involuntária, devido à falta de controlo cerebral. A micção passa a ser incompleta devido às contracções descoordenadas da bexiga. O reflexo bulbocavernoso está presente e é hiperactivo. Com frequência, o detrusor hipertrofia, resultando o refluxo vesico-ureteral, a hidronefrose e a lesão renal permanente. Uma pessoa com bexiga neurogénica reflexa é incapaz de sentir a bexiga cheia e de urinar voluntariamente, não podendo, por isso, iniciar ou suspender, de forma voluntária, a micção. A intervenção do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação passa por conceber e pôr em prática um programa de esvaziamento da bexiga, recorrendo à técnica da cateterização vesical intermitente. Nalguns casos, é possível provocar o esvaziamento vesical, recorrendo a técnicas que desencadeiam o reflexo da micção, tais como, a estimulação sensorial da região interna das coxas ou da região supra-púbica (Pires, 2000, In Hoeman, 2000).

A **Bexiga Neurogénica Autónoma** surge quando ocorre lesão medular ao nível da região sagrada, interrompendo as vias que transportam os impulsos sensoriais da bexiga para a medula espinhal e os impulsos motores da medula espinhal para o detrusor e esfíncter externo. A micção é involuntária, ocorrendo quando o volume de urina excede a capacidade da bexiga. Os reflexos periféricos, tal como o bulbocavernoso, estão ausentes ou hipoactivos. A sensibilidade e o controlo motor também estão ausentes, verificando-se diminuição da pressão intravesical e presença de urina residual. Tal como na bexiga neurogénica reflexa, não existe sensação de bexiga cheia e não é possível iniciar ou suspender a micção voluntariamente. Neste caso, a intervenção do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação passará por conceber e pôr em prática um programa de esvaziamento da bexiga com cateter (algaliação intermitente) ou preferencialmente, se possível, sem cateter (inclinação do tronco para a frente associada à manobra de Valsalva) (Pires, 2000, In Hoeman, 2000).

A pessoa com **Bexiga Paralítica Sensorial** não tem a sensação da plenitude vesical, mas é capaz urinar voluntariamente uma vez que mantém o controlo motor. Como consequência da ausência de sensibilidade vesical, a bexiga poderá tornar-se átona,

devido a períodos prolongados de sobredistensão ou em resultado dos grandes volumes de urina que se acumulam na bexiga entre as micções. É uma situação menos comum e normalmente surge em pessoa com diabetes. Uma vez que a pessoa é capaz urinar voluntariamente, porque mantém o controlo motor, a intervenção do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação passará por avaliar, planear e implementar um programa de esvaziamento regular da bexiga, recorrendo à técnica do treino de hábitos (Pires, 2000, In Hoeman, 2000).

A pessoa com **Bexiga Parálitica Motora** tem a sensação da plenitude vesical, mas, sendo que o reflexo bolbocavernoso está ausente, o controlo voluntário da micção é variável. Nos casos em que a instalação da bexiga parálitica motora é lenta (ex: por hérnia discal, poliomielite ou de etiologia tumoral), terá como consequência a perda do tónus do detrusor, o que leva à existência de grandes volumes residuais de urina e consequente IU por refluxo, aliada ao risco de lesão renal permanente. Para a resolução do problema e prevenção de complicações futuras, o Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação intervém, avaliando, planeando e implementando um programa que promova o esvaziamento regular da bexiga, recorrendo à técnica da algaliação intermitente ou, se possível, à manobra de Valsalva associada à inclinação do tronco para a frente (Pires, 2000, In Hoeman, 2000).

Perante a pessoa com IU extra-uretral, o Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação é detentor de conhecimentos para fazer uma correcta caracterização do tipo de IU e tem capacidade para encaminhar a pessoa para a especialidade médica.

Para as pessoas com qualquer outro dos tipos de IU instalada, o Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação aplica conhecimentos e implementa técnicas específicas de reabilitação, de acordo com a situação de cada pessoa. Das suas intervenções, fazem parte as técnicas comportamentais, os programas de treino de exercícios do pavimento pélvico e os programas de esvaziamento vesical com cateter (algaliação intermitente) e sem cateter, intervenções estas, que serão descritas no sub-capítulo seguinte.

As pessoas com bexiga neurogénica reflexa, resultante de uma lesão medular completa, até ao nível medular de D6, podem desenvolver episódios de *Disreflexia Autónoma*, cuja causa poderá ser, entre outras, originada pela distensão vesical, pela manipulação/tracção do cateter vesical ou por infecção urinária (Anexo III). Sendo uma situação de crise aguda, que encerra risco de vida, necessita de intervenção imediata. Para avaliação do risco de Disreflexia Autónoma, prevenção da ocorrência e resposta

imediatamente, o Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação será quem está melhor habilitado a intervir, pelo nível de conhecimentos que possui, pelas competências de que está dotado e pela sua responsabilidade na educação da pessoa/família/cuidador com lesão medular (Gray & Moore, 2012).

1.4 - Intervenções do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação na Avaliação e Tratamento da Pessoa com Incontinência Urinária

O sucesso das intervenções dirigidas à pessoa com IU depende da correcta caracterização do tipo de IU. Para a executar, o Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação procede a uma avaliação inicial detalhada, da qual deve constar a história de saúde, a avaliação física e neurológica da pessoa e a análise dos exames complementares de diagnóstico realizados (Gray & Moore, 2012).

História de Enfermagem de Reabilitação

A história de Enfermagem de Reabilitação deverá incluir a descrição do problema, do grau de incómodo, da duração da IU, da apreciação dos sintomas, dos hábitos de eliminação vesical da pessoa, da identificação das estratégias de gestão adoptadas e dos tratamentos realizados anteriormente, bem como da sua eficácia. Também devem fazer parte da história de saúde, a identificação dos antecedentes pessoais (Gray & Moore, 2012). (Anexo IV)

É importante recordar que a IU representa um estigma social, pelo que, é crucial estar sensibilizado para os problemas emocionais associados, assim como, estar atento à terminologia utilizada, que deverá ser clara, garantindo que a pessoa compreende a informação transmitida (Pires, 2000, In Hoeman, 2000).

Avaliação da Pessoa com alterações da Eliminação Vesical

A avaliação da pessoa com alterações da eliminação vesical deve incluir a avaliação física, a avaliação cognitiva e avaliação neurológica (Pires, 2000, In Hoeman, 2000).

A avaliação física visa determinar a mobilidade e a destreza manual da pessoa para conseguir chegar à casa de banho e de se despir a tempo de se manter continente. Visa também, a observação ao abdómen, que inclui a inspecção da pele e a palpação abdominal. Com inspecção da pele pretende-se efectuar o despiste da presença de

cicatrizes que possam identificar intervenções cirúrgicas anteriores. Com a palpação abdominal pretende-se identificar uma eventual distensão da bexiga e despistar a existência de massas suprapúbicas ou zonas de hipersensibilidade. Na região pélvica e rectal observa-se a integridade cutânea e despistam-se edemas, lesões, nódulos ou presença de exsudado. O exame rectal visa pesquisar a sensibilidade perineal, o tónus esfinteriano, assim como, despistar massas rectais e fecalomas.

A avaliação funcional cognitiva fornece informação sobre a capacidade da pessoa ter noção da necessidade de urinar, compreender como chegar à casa de banho e usá-la, assim como, avaliar a capacidade da pessoa em participar no programa de reabilitação. A avaliação neurológica permite a correcta caracterização do tipo de bexiga neurogénica. (Pires, 2000, In Hoeman, 2000). (Anexo V)

Exames Complementares de Diagnóstico

Os exames complementares de diagnóstico, não sendo prescrições de Enfermagem, revelam ser uma ferramenta essencial para o Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação, na medida em que a sua interpretação permite fazer o diagnóstico diferencial entre etiologias com sintomas semelhantes, mas que requerem intervenções diferentes. Por outro lado, permitem detectar lesões funcionais, neurológicas ou anatómicas que afectam o normal funcionamento do aparelho urinário e identificar factores de risco que possam prejudicar o resultado das intervenções implementadas (Pires, 2000, In Hoeman, 2000).

Dos exames auxiliares de diagnóstico, salienta-se a importância da interpretação dos exames analíticos da urina e dos resultados dos estudos urodinâmicos.

Os exames analíticos da urina permitem fazer o despiste de infecção urinária, que muitas vezes é a causa da IU. Se o tratamento dirigido à infecção urinária resolve o problema de IU estaríamos perante uma IU transitória. Os estudos urodinâmicos fornecem-nos dados, entre outros, sobre a capacidade de enchimento/armazenamento e esvaziamento da bexiga, dados esses que se revelam fundamentais para o planeamento de um programa de treino vesical ou treino de hábitos.

Para o tratamento da pessoa com IU destacam-se três estratégias de intervenção: a comportamental, a farmacológica e a cirúrgica. As técnicas comportamentais enquadram-se, quase sempre, no âmbito das actividades independentes da Enfermagem de Reabilitação. Os tratamentos farmacológicos e cirúrgicos requerem colaboração entre os profissionais de saúde, sendo que, “os cuidados de enfermagem

são essenciais para que os resultados dos tratamentos sejam bem sucedidos” (Pires, 2000, In Hoeman, 2000, p. 474). (Anexo VI)

Técnicas Comportamentais

As intervenções comportamentais incluem uma variedade de estratégias que a pessoa pode adoptar na sua rotina diária, para melhorar ou aumentar a capacidade de continência vesical. São intervenções que, não tendo efeitos adversos conhecidos, nem limitando futuras opções de tratamento, deverão ser considerados como tratamentos de primeira linha (Anders, 2006).

As intervenções mais comuns passam pelo treino vesical, pelo treino de hábitos, pela correcção de hábitos intestinais e pela reabilitação dos músculos do pavimento pélvico (Gray & Moore, 2012).

O Treino Vesical está indicado para pessoas com IU por urgência ou incontinência funcional. Tem por objectivo aumentar gradualmente o espaço de tempo entre as micções, estabelecendo-se um horário definido. Poderá ter resultados positivos se houver adesão a este esquema terapêutico. O programa é baseado em três premissas: educação da pessoa, estabelecimento de horário para as micções e reforço positivo. São determinantes para o sucesso, uma boa capacidade de percepção do enchimento vesical, o tónus do pavimento pélvico preservado e a motivação da pessoa. Os exercícios de fortalecimento da musculatura do pavimento pélvico podem melhorar a eficácia do treino vesical. Em teoria, a ida regular à casa de banho previne o enchimento da bexiga até um volume que desencadeie uma contracção hiperactiva do detrusor, com perda de urina. “A investigação em curso sobre a eficácia da micção regular é ainda modesta, sendo necessária uma maior averiguação sobre este assunto” (Gray & Moore, 2012, p. 151). (Anexo VII)

O Treino de Hábitos é uma técnica que está indicada para a pessoa com IU funcional, bexiga neurogénica desinibida ou bexiga paralítica sensorial. É uma técnica também indicada para pessoas com bexiga neurogénica autónoma que sejam capazes de esvaziar a bexiga sem ter de recorrer à cateterização vesical intermitente. Esta técnica consiste no planeamento de um horário regular para a pessoa ir à casa de banho, antes de a bexiga estar suficientemente cheia para desencadear o reflexo da micção. O programa é construído com base na observação do padrão de eliminação vesical da pessoa e registo das micções num “diário de eliminação vesical”. Através do treino de hábitos a micção é antecipada e a pessoa consegue diminuir os episódios de perdas de

urina. O objectivo é adequar o intervalo entre as micções com o horário natural da pessoa, sendo que o sucesso depende muito do prestador de cuidados (Pires, 2000, In Hoeman, 2000).

A correcção de hábitos intestinais é considerada como intervenção de primeira linha para as pessoas com IU de urgência, IU funcional e bexiga neurogénica, uma vez que é difícil treinar a bexiga sem que o intestino esteja também disciplinado. A obstipação pode ser um factor para a instalação da IU, na medida em que a acumulação de fezes na ampola rectal, comprime e diminui a capacidade vesical. O restabelecimento de uma eliminação intestinal regular é muitas vezes suficiente para aliviar ou mesmo eliminar, a falta de controlo urinário (Pires, 2000, In Hoeman, 2000).

A reabilitação dos músculos do pavimento pélvico é eficaz nas pessoas com IU de esforço, IU de urgência e IU mista. A eficácia dos programas de treino dos músculos do pavimento pélvico está demonstrada em vários estudos, como é o exemplo dos estudos publicados por Dannecker (2005), Lee (2005) e Kim (2007) já referidos anteriormente.

No entanto, “nos homens submetidos a prostatectomia radical, permanece por esclarecer se a reabilitação do pavimento pélvico peri-operatória melhora a recuperação da IU de esforço, que se instala após a desalgaliação” (Gray & Moore, 2012, p. 152).

A reabilitação do pavimento pélvico combina três elementos principais: os exercícios perineais, a electroestimulação e o *biofeedback*.

Os programas de reabilitação do pavimento pélvico com a inclusão de exercícios perineais foram primariamente introduzidos por Arnold Kegel, médico ginecologista, por volta dos anos 40 do século passado, para tratar a IU de esforço. No seu primeiro estudo obteve 84% de sucesso em mulheres com IU de esforço, onde o protocolo incluía palpação vaginal e observação clínica da contracção voluntária da musculatura do pavimento pélvico com uso do biofeedback para avaliar a pressão vaginal durante os exercícios. Os exercícios de Kegel consistem em contracções controladas e sistematizadas dos músculos pélvicos, sem contrair outros músculos corporais, que permitem o aumento da capacidade de contracção reflexa e voluntária dos grupos musculares, melhorando a função esfinteriana. As contracções devem ser fortes e repetidas, sendo mantidas pelo maior tempo possível (Botelho, *et. al.* 2007).

Os exercícios de Kegel, pela sua simplicidade e reduzido custo, devem ser sempre recomendados como tratamento inicial das incontinências ligeiras e como medida preventiva após o parto por via vaginal ou cirurgias pélvicas. Estes podem ser associados ao biofeedback ou electroestimulação (Gray, 2005).

A electroestimulação tornou-se popular, recentemente, no tratamento da IU de esforço, de urgência e mista. Consiste na introdução de eletroestimuladores pequenos e práticos, intravaginais ou trans-anais, os quais promovem a contracção passiva dos músculos perineais. Revela-se de grande importância na consciencialização da contracção da musculatura do pavimento pélvico em pessoas com dificuldade na sua identificação. O mecanismo de acção pelo qual a estimulação eléctrica age sobre o pavimento pélvico ainda não está completamente esclarecido (Chen, 2004).

Quanto ao *Biofeedback*, este é utilizado na pessoa com IU de esforço, de urgência ou mista, como método para o reconhecimento da musculatura esquelética (envolvida no relaxamento e na contracção uretral) e da musculatura indirectamente envolvida no acto da micção (abdómen, nádegas e coxas). Tem como objectivo modificar uma resposta fisiológica inadequada ou propiciar a aquisição de uma nova resposta fisiológica. A maioria dos equipamentos existentes dispõe de um sensor electrónico, que é introduzido na vagina ou ânus, para registar a actividade dos músculos pélvicos, e eléctrodos, que são colados na parede abdominal para monitorizar a sua actividade, informando se a musculatura está relaxada. Assim, quando a pessoa contrai correctamente a musculatura perineal, haverá uma representação auditiva ou visual, informando se os músculos correctos estão a ser contraídos, bem como, a intensidade das contracções (Damião, 2006).

Cateterização Vesical

O Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação compreende que a cateterização vesical permanente é considerada como o último recurso para o tratamento da IU, pelo elevado risco de complicações que representa, associada a uma elevada taxa de insatisfação da pessoa. São complicações comuns, as infecções recorrentes do tracto urinário, a formação de cálculos renais e vesicais, as pielonefrites e a instalação de hidronefrose, além de que, segundo Gray e Moore (2012), existe entre 2% a 10% de aumento de risco de desenvolvimento de neoplasia da bexiga nas pessoas com cateterização vesical permanente em comparação com a população em geral.

Assim sendo, a cateterização vesical permanente só está indicada em situações muito específicas. É exemplo disso, o período de *Choque Medular*, em que se verifica total anestesia, com paralisia flácida, abaixo do nível da lesão medular e que se instala imediatamente após a ocorrência da lesão. Nesta situação, há total ausência do reflexo

da micção e da percepção de bexiga cheia, pelo que, se preconiza a cateterização vesical permanente, até que o doente comece a retomar a actividade reflexa abaixo do nível da lesão medular (Pires, 2000, In Hoeman, 2000).

No entanto, a cateterização intermitente é amplamente utilizada pelo Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação como estratégia para a promoção da continência urinária em pessoas com bexiga neurogénica. Esta, pode ser efectuada pelo próprio ou por terceira pessoa (técnico de saúde ou cuidador), sendo o ensino para a auto-algaliação uma competência do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação. “A experiência em doentes com lesão vertebro-medular demonstra que a cateterização intermitente a longo prazo está associada a menores complicações do que com cateterização permanente ou dispositivos externos penianos. A adesão à cateterização intermitente é de 71% a 92% com uma taxa de continência de 45%” (Gray & Moore, 2012, p. 152).

Em ambulatório, o ensino da técnica da auto-algaliação é feito como sendo uma técnica limpa. Mais importante do que o risco de infecção do tracto urinário provocado pela cateterização intermitente, é conseguir-se o esvaziamento regular da bexiga, na medida em que protege o aparelho urinário, prevenindo a instalação da lesão renal e aumentando a auto-estima da pessoa.

1.5 - Intervenções do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação na Educação e Aconselhamento da Sexualidade

A temática da sexualidade continua a ser de difícil abordagem, tanto pela intimidade que o assunto encerra, como pela envolvente social. Com efeito, um estudo levado a cabo em Espanha por Ferreiro-Velasco *et. al.* (2005), onde se pretendeu conhecer o grau de satisfação sexual de uma população de 37 mulheres vítimas de lesão vertebro-medular, concluiu-se que 69% declarou estar satisfeita com a sua vida sexual, mas, 77,4% consideraram que a informação que obtiveram dos profissionais de saúde que as acompanharam aquando da ocorrência da lesão foi insuficiente ou mesmo inexistente.

Sendo a satisfação sexual um factor determinante da qualidade de vida do ser humano, deve ser merecedora da atenção dos Enfermeiros Especialistas em Enfermagem de Reabilitação. O relacionamento sexual aumenta o prazer pelo próprio corpo, estimula a comunicação e aumenta a auto-estima. “Esses factos fazem da reabilitação sexual motivo de destaque na actualidade.” (Borrelli Jr. 2007, In Greve, 2007, p. 434).

Garrett e Teixeira (2006) apontam como principal causa para a dificuldade dos técnicos de saúde em abordarem o tema da sexualidade o deficit de conhecimento na área.

Assim sendo, Greco (2000, In: Hoeman, 2000) defende que o Modelo PLISSIT (acrónimo do inglês: Permission, Limited Information, Specific Suggestions e Intensive Therapy) desenvolvido por Annon (1976), pode revelar-se uma ferramenta útil no quotidiano dos Enfermeiros Especialistas em Enfermagem de Reabilitação, ajudando a pessoa a ultrapassar a barreira do silêncio, proporcionando e promovendo o diálogo. Cada Enfermeiro envolve-se no aconselhamento da sexualidade até ao nível em que se mantenha confortável.

O acrónimo PLISSIT define quatro possíveis níveis de envolvimento: Abertura, Informação Resumida, Sugestões Específicas e Tratamento Intensivo.

- **Abertura:** Durante o processo de avaliação inicial o Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação deve colocar questões relativas à sexualidade, deixando assim “« a porta aberta » para a pessoa discutir o tema” (Greco, 2000, In: Hoeman, 2000, p. 649). O Enfermeiro pode proporcionar abertura reafirmando que as práticas sexuais da pessoa são adequadas e saudáveis, sendo habitual a preocupação relativa à sexualidade.

- **Informação Resumida:** Na preparação para a alta deverá ser introduzida informação resumida sobre a forma como a doença afectou a sua função sexual. “Os conselheiros eficazes antecipam as reacções das pessoas às cirurgias, tratamentos ou incapacidades através de informação prévia aos acontecimentos e aliviando as ameaças à auto-estima ou à percepção da perda de controlo” (Greco, 2000, In: Hoeman, 2000, p. 649).

- **Sugestões Específicas:** Incluem estratégias directamente relacionadas com problemas específicos ou o encaminhamento para intervenções médicas específicas. As sugestões podem ajudar as pessoas a repensar o problema e a implementar alterações que minimizem a angústia (Greco, 2000, In: Hoeman, 2000).

- **Tratamento Intensivo:** É um mecanismo de encaminhamento utilizado para satisfazer as necessidades de uma pessoa cujos problemas não podem ser resolvidos através da implementação dos três níveis precedentes. Este nível de intervenção é utilizado num número reduzido de utentes, mas é adequado para pessoas com disfunções psicossociais e sexuais relevantes.

Os Enfermeiros “que se sentem incomodados em qualquer um dos níveis devem orientar o utente para membros da equipa que sejam competentes e conhecedores em áreas específicas” (Greco, 2000, In: Hoeman, 2000, p. 650).

Na utilização do Modelo PLISSIT os Enfermeiros Especialistas em Enfermagem de Reabilitação podem concentrar-se nos três primeiros níveis, devendo, no entanto, após trabalhar a Permissão, a Informação Limitada e as Sugestões Específicas, encaminhar a pessoa para um técnico devidamente habilitado a cumprir o objectivo seguinte, com o devido acompanhamento psicológico (Garrett e Teixeira, 2006).

Assim, o Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação, estabelecendo com a pessoa/companheiro uma relação terapêutica, deverá identificar o momento ideal para iniciar o esclarecimento de dúvidas, o aconselhamento e seu encaminhamento. Muitas vezes, este momento é coincidente com o início do desenvolvimento do programa de reeducação vesical.

1.6 Quadro Conceptual

Os Cuidados de Enfermagem têm por objectivo a promoção dos projectos de saúde que cada pessoa vive e persegue. Neste contexto, procura-se, ao longo de todo o ciclo de vida, prevenir a doença e promover os processos de readaptação após a doença, assim como, a satisfação das necessidades humanas fundamentais, a maximização da independência na realização das actividades da vida diária, a adaptação funcional aos défices e a adaptação a múltiplos factores, que frequentemente são alcançáveis através de processos de aprendizagem da pessoa (Ordem dos Enfermeiros, 2003).

Os modelos teóricos de Enfermagem surgem da necessidade de identificar os saberes em Enfermagem e desenvolver conceptualmente a prática profissional de uma forma sistematizada e organizada. Nesta área, Virgínia Henderson desenvolveu um trabalho notável. Viveu 98 anos (1897-1996) e a sua definição de Enfermagem é conhecida em todo o mundo, continuando a influenciar internacionalmente a prática de Enfermagem, a formação dos Enfermeiros e a investigação em Enfermagem (Tomey; Alligood, 2004).

O seu modelo teórico está integrado no Paradigma da Integração e enquadra-se na Escola das Necessidades, onde o conceito de Pessoa, para a autora, assume um lugar central. Segundo este modelo, os Enfermeiros assumem o papel de substituir a Pessoa até esta readquirir a sua independência.

A Pessoa é considerada mais do que a soma das suas partes. É um ser biológico, psicológico, social, cultural e espiritual (mente e corpo são inseparáveis) que sofre influências do ambiente que o rodeia através de estímulos positivos e/ou negativos (Tomey; Alligood, 2004).

A Saúde é apresentada como a capacidade de satisfação de todas as necessidades humanas fundamentais e é função própria do Enfermeiro ajudar a pessoa, doente ou saudável, na realização das actividades “que contribuem para a saúde ou para a sua recuperação (ou para uma morte serena), que a pessoa realizaria sem ajuda se tivesse a força, a vontade ou o conhecimento necessário. E fazê-lo de tal forma que ajude os indivíduos a tornarem-se independentes tão rápido quanto possível” (Henderson, 2007, p. 3).

Henderson identificou catorze necessidades humanas fundamentais, como sendo:

“Respirar; Comer e Beber; Eliminar; Dormir e Descansar; Deslocar-se e Manter uma postura correcta; Vestir-se e Despir-se; Manter a temperatura corporal nos limites normais; Manter o corpo limpo, com boa aparência e proteger os tegumentos; Evitar perigos no ambiente e evitar magoar os outros; Comunicar com os outros expressando emoções, necessidades, medos, etc; Praticar de acordo com a sua fé; Trabalhar em algo que proporcione um sentido de realização; Divertir-se ou participar em várias formas de recreação; Aprender, descobrir ou satisfazer a curiosidade que leva ao desenvolvimento “normal” e à saúde” (Henderson, 2007, p. 25).

Para esta autora, se algumas das necessidades não são satisfeitas pela pessoa, o Enfermeiro deve intervir no sentido de a ajudar a alcançar a sua independência (Henderson, 2007).

Sobre a necessidade humana fundamental Eliminar, Henderson considera que “ajudar o doente a eliminar é um dos componentes dos cuidados básicos de enfermagem. (...) É função da enfermeira reduzir os problemas da eliminação ao mínimo, caso a pessoa não tenha condições para os ultrapassar totalmente” (Henderson, 2007, p. 33-36).

É da competência do Enfermeiro, a capacidade de ajudar a satisfazer as necessidades da pessoa. Neste contexto, o Enfermeiros Especialista em Enfermagem de Reabilitação tem presente que os cuidados que presta significam coisas diferentes para pessoas diferentes, sendo que, o seu exercício profissional requer sensibilidade para lidar com tais diferenças, procurando atingir o mais elevado nível de satisfação da pessoa. Assim, o modelo de Virgínia Henderson permite-nos compreender melhor a pessoa como um ser bio-psico-social, tendo em conta a sua singularidade, as suas capacidades e vulnerabilidades, com necessidades humanas fundamentais que devem ser satisfeitas

para que possa desempenhar as suas funções na sociedade. Uma vez que a pessoa com problemas de eliminação vesical tem alterações destas necessidades fundamentais, necessitando de ajuda para as suprir ou para as minimizar, é função do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação promover a sua recuperação, disponibilizando os seus conhecimentos específicos na área e utilizando técnicas de reabilitação, com vista à promoção da máxima independência, nunca esquecendo que as intervenções de Enfermagem são frequentemente optimizadas se toda a unidade familiar for tomada como alvo do processo de cuidados, nomeadamente, quando as intervenções de Enfermagem implicam a alteração de comportamentos, com vista à adopção de estilos de vida compatíveis com a promoção da saúde.

2. RELATÓRIO DE ESTÁGIO

Para a concretização dos objectivos definidos, propus-me à realização de Ensinos Clínicos num Centro de Reabilitação e num Serviço de Cirurgia Geral.

No Centro de Reabilitação, o Ensino ClínicO foi desenvolvido num serviço de internamento que se destina a pessoas com Traumatismo Vertebro-Medular, Acidente Vascular Cerebral e Traumatismo Crâneo-Encefálico, onde pude adquirir e desenvolver competências na área da Reabilitação do doente com alterações neurológicas da eliminação vesical e intestinal, da mobilidade, da sexualidade e com necessidade de Reeducação Funcional Respiratória.

No Serviço de Cirurgia Geral, sendo um serviço de internamento de adultos, onde predominam a cirurgia Gastro-Esofágica, Hepato-Bilio-Pancreática, Intestinal, Tiroideia, da Mama e, actualmente, a cirurgia Bariátrica, sob anestesia geral, pude adquirir e desenvolver competências na área da Reeducação Funcional Respiratória (RFR), em doentes do foro cirúrgico e aprofundar conhecimentos nas áreas da Reabilitação da pessoa com alterações da eliminação vesical e da sexualidade.

No decurso do Ensino ClínicO desenvolvi intervenções de Enfermagem de Reabilitação respeitando o princípio dos valores humanos, do direito à vida e à qualidade de vida, do direito ao cuidado, do dever de informação, do dever de sigilo, do respeito pela intimidade, do respeito pelo doente terminal, da excelência do exercício, da humanização dos cuidados, dos deveres para com a profissão, dos deveres para com as outras profissões e do dever para com a comunidade, aplicando e respeitando o Código Deontológico do Enfermeiro, regulamentado pelo Dec. Lei Nº 111/2009 de 16 de Setembro, inserido no Estatuto da Ordem dos Enfermeiros.

Iniciei o Ensino ClínicO com grande expectativa, sentindo que deveria aproveitar todos os momentos de aprendizagem, que potenciassesem o meu desenvolvimento profissional e a aquisição de competências em Enfermagem de Reabilitação, tendo, para tal, adoptado uma atitude pró-activa.

Assim, para a concretização do primeiro objectivo específico (*prestar cuidados de Enfermagem de Reabilitação à pessoa/família/cuidador para que mantenham, melhorem e recuperem a saúde, ajudando-os a atingir a sua máxima capacidade funcional tão rapidamente quanto possível*), comecei por integrar as equipas de Enfermagem dos respectivos serviços. Esta integração foi gradual e crescente, tomando conhecimento e agindo de acordo com as normas e protocolos dos serviços,

nomeadamente no que respeita aos protocolos de actuação dos Enfermeiros Especialistas em Enfermagem de Reabilitação.

No Centro de Reabilitação verifiquei que o instrumento utilizado para a colheita de dados, no momento da admissão, era baseado nas 12 Actividade de Vida Diária do modelo conceptual de Nancy Roper, o que permite realizar uma avaliação detalhada sobre as capacidades de cada pessoa em atingir a independência na realização de cada actividade de vida ou, por outras palavras, é “um guia para a promoção da saúde, bem como para cuidar na doença” (Henderson, 2007, p. 14).

Verifiquei ainda, que estavam protocoladas as Escalas de Braden (para avaliação do risco de úlcera de pressão), a Escala de Lower (para avaliação da força), a Escala de Ashworth Modificada (para avaliação do tónus) e a Escala Morse (para avaliação do risco de queda). Para avaliar o impacto da lesão na autonomia para a satisfação das necessidades humanas fundamentais de cada pessoa, bem como, os resultados das intervenções de reabilitação desenvolvidas, estava protocolada a MIF - Medida de Independência Funcional. (Anexo VIII)

No serviço de Cirurgia Geral, verifiquei a existência de um protocolo que preconizava o cumprimento um programa de Reeducação Funcional Respiratória (RFR) no pré-operatório. Este programa é destinado a todas as pessoas propostas para intervenção cirúrgica e é sujeito a reavaliação no período de pós-operatório, sendo ajustado de acordo com as necessidades de cada pessoa.

Para o registo das intervenções de Enfermagem de Reabilitação, verifiquei a existência de uma folha própria, em cada um dos serviços.

Porque “todo o cuidado de Enfermagem eficaz é planeado” (Henderson, 2007, p. 22), elaborei planos de cuidados de Enfermagem de Reabilitação para cada pessoa, começando sempre por realizar uma entrevista de colheita de dados, com a finalidade de conhecer o seu passado, o nível de conhecimento do seu estado actual, as suas expectativas face ao futuro e definir objectivos a alcançar, com prazos determinados. Seguidamente efectuei o exame físico e neurológico, fazendo uso das escalas protocoladas, no sentido de avaliar as capacidades, programar e dar a conhecer à pessoa o seu programa de Enfermagem de Reabilitação. A avaliação foi efectuada diariamente e registada no final de cada turno, o que permitiu compreender e dar a conhecer à pessoa/família/cuidador a sua evolução, assim como a toda a equipa, muito especialmente à equipa de Enfermagem. Por outro lado, permitiu promover compromisso da pessoa no cumprimento do seu programa de reabilitação, pois,

segundo Virgínia Henderson (2007, p. 66) “cada doente deverá aceitá-lo e querê-lo, de outra forma não o seguirá senão por imposição. Quanto mais iniciativa o doente tiver, mais probabilidade o programa terá de ser eficaz” Este compromisso foi conseguido através da realização de sessões de educação para a saúde, onde os objectivos de cada programa de reabilitação eram explicados e validados com a pessoa/família/cuidador. Com efeito, o “ensino por parte do Enfermeiro” revelou “ser o elemento mais importante no plano de cuidados” (Henderson, 2007, p. 23).

O passo seguinte foi integrar precocemente as suas famílias/cuidadores no programa de reabilitação delineado, disponibilizando a informação necessária à compreensão do programa instituído, recorrendo, uma vez mais, a sessões de educação para a saúde e incentivando-as a integrarem o respectivo programa em toda a sua dimensão, nomeadamente, incentivando-as a participar nos posicionamentos, transferências, mobilizações, cuidados de higiene e conforto, vigilância e manutenção da integridade cutânea, aspectos relacionados com a alimentação, participação no programa de controlo de esfíncteres e levantamento das condições habitacionais, no que respeita à eventual necessidade de introdução de adaptações e eliminação de barreiras arquitectónicas, aquando do regresso a casa.

Os programas de Enfermagem de Reabilitação foram sempre validados com a equipa multidisciplinar. Nas reuniões de passagens de turno foram apresentados e explicados à equipa de Enfermagem, com o objectivo de garantir a continuidade da prestação de cuidados e o sucesso do referido programa, dando cumprimento à premissa da Ordem dos Enfermeiros, que advoga que o Enfermeiro Especialista “responsabiliza-se por ser facilitador da aprendizagem, em contexto de trabalho, na sua área de especialidade” (Ordem dos Enfermeiros – Sistema de Individualização das especialidades clínicas em enfermagem, 2009).

Para concretizar o segundo e terceiro objectivos específicos (Objectivo 2 - *conhecer as estratégias implementadas pelos Enfermeiros de cuidados gerais e Especialistas em Enfermagem de Reabilitação, para a promoção da continência urinária e conforto da pessoa/família/cuidador*, Objectivo 3 - *prestar cuidados de Enfermagem de Reabilitação à pessoa/família/cuidador com alteração na eliminação vesical, integrando-os no plano global de cuidados*), no Centro de Reabilitação, planeei e prestei cuidados de Enfermagem de Reabilitação a utentes com IU Neurogénica. Um dos objectivos traçados para todas as pessoas ali internadas é a avaliação detalhada da sua função

urinária e a promoção da continência urinária, pelo que, considerei este local de estágio como determinante para aquisição das competências a que inicialmente me propus.

De acordo com o tipo de lesão neurológica e respectiva localização (que determinam o tipo de bexiga neurogénica e as necessidades de cuidados de Enfermagem de Reabilitação), planeei e pus em prática intervenções de Enfermagem de Reabilitação que promovem o esvaziamento regular e completo da bexiga, com o objectivo de manter a integridade vesico-esfincteriana, proteger a função renal e prevenir infecções urinárias de repetição (Assis & Faro, 2011). Para tal, planeei e implementei programas de cateterismo intermitente/auto-esvaziamento com técnica limpa (no caso de pessoas com bexiga neurogénica autónoma e reflexa) e programas de esvaziamento sem cateter (no caso de pessoas com bexiga neurogénica desinibida).

O cateterismo intermitente é uma alternativa ao uso da algaliação permanente, cujas vantagens já foram descritas anteriormente. A técnica foi ensinada à pessoa, envolvendo o familiar/cuidador. No entanto, o incentivo foi para que fosse sempre a pessoa a realizá-la, desde que tivesse competências cognitivas e físicas suficientes para a utilizar sem risco. Não existindo potencial motor, por parte da pessoa, para realizar esta actividade, foi eleito um familiar/cuidador que pudesse dar continuidade ao programa após a alta.

A periodicidade inicial dos esvaziamentos foi efectuada segundo indicação médica, após estudo urodinâmico. Geralmente, inicia-se com um intervalo de 3 em 3 horas, com drenagem contínua no período nocturno. Os intervalos entre esvaziamentos vão sendo alargados, tentando alcançar períodos de 6 horas e sem drenagem contínua no período nocturno, com volumes de urina que não deverão ultrapassar os 500cc em cada esvaziamento. Quando se registaram volumes superiores a 500cc, pelo risco de refluxo vesico-ureteral e infecção urinária, a pessoa foi algaliada, em drenagem contínua, por um período de 24 horas para repouso da bexiga. Na presença de um volume de urina superior a 500cc, a pessoa/família/cuidador foi orientada para suspender intermitentemente o esvaziamento, clampando a sonda vesical por períodos de 5 minutos e drenando 100cc em cada desclampagem, até esvaziar completamente a bexiga. Este procedimento tem o objectivo de evitar a descompressão brusca da bexiga, com ocorrência de eventuais micro-rupturas do detrusor e crises de disreflexia autónoma.

Foi fundamental para o sucesso dos programas de cateterismo intermitente o ensino efectuado sobre a necessidade de controlo rigoroso da ingestão de líquidos, tanto no

que diz respeito à quantidade como à periodicidade. No que respeita à quantidade foi reforçada a ideia da necessidade de ingestão de 2 a 3 litros por dia, para a prevenção de infecções urinárias e de litíase renal e vesical. No que respeita à periodicidade, foi esclarecido que não se deve acumular a ingestão de líquidos perto do horário da realização do esvaziamento, pois o seu corpo não terá possibilidade de eliminar a urina na mesma proporção dos líquidos ingeridos. Para se poder evoluir para o alargamento dos intervalos entre os esvaziamentos, sem drenagem contínua no período nocturno, foi explicada à pessoa/família/cuidador a importância de fazer restrição hídrica no final do dia para provocar uma diminuição da produção de urina no período nocturno (Bruni, *et. al;* 2004). Assim, foi fornecido à pessoa/família/cuidador um *dossier* para registo diário das quantidades de líquidos ingeridos e respectivos horários. Na mesma folha, é registada a quantidade de urina eliminada e as suas características (cor e odor), tendo sido feito ensino à pessoa/família/cuidador para identificar os sinais de alerta (Tolentino, *et. al;* 2006).

Igualmente importante, se revelou o ensino efectuado sobre o melhor posicionamento a adoptar para a execução da técnica. No homem, a posição de sentado na cadeira de rodas é facilitadora, ao passo que, na mulher, a técnica deverá ser realizada, inicialmente, na cama, em posição de sentada, com as coxas em abdução, os membros inferiores flectidos e com os pés aproximados, para facilitar a exposição e observação do meato urinário, recorrendo à utilização de um espelho. A técnica de cateterização vesical intermitente é “considerada um procedimento de fácil execução, que mais se aproxima da função vesical normal, com a vantagem de reduzir os episódios de infecção urinária, preservar a função renal e promover a reeducação vesical” (Bruni, *et. al;* 2004, p. 76)

Para a pessoa com bexiga neurogénica desinibida (provocada por lesão cortical frontal), foram instituídos programas de esvaziamento vesical sem cateter, recorrendo à técnica do treino de hábitos, isto é, planeando de um horário regular para a pessoa urinar. O programa de treino de hábitos iniciou-se com a observação do padrão miccional da pessoa e respectivo registo num “diário de eliminação vesical”. Foram efectuados ensinamentos para pessoa gerir a ingestão de líquidos e urinar a uma hora pré-determinada, tendo sido possível suspender a algaliação permanente ou eliminar as constantes perdas de urina. No início do programa, foram efectuadas avaliações de resíduo pós-miccional (utilizando a técnica do cateterismo intermitente), após cada micção, para monitorização do volume de urina residual, que se pretende que seja zero e não

superior a 100cc. Quando se verificou que o programa evoluiu positivamente, a avaliação de volumes residuais passou a ser realizada uma vez por dia, após a última micção do dia e posteriormente alargada a uma vez por semana. Uma vez mais, foi incluído desde o início do programa, o familiar/cuidador, tendo em vista a preparação para a alta (Tolentino, *et. al*; 2006).

Registaram-se casos de pessoas com bexiga neurogénica reflexa em que foi possível provocar o esvaziamento vesical, recorrendo a técnicas que desencadeiam o reflexo da micção, tais como, a estimulação sensorial da região interna das coxas ou da região supra-púbica. Também para pessoas com bexiga neurogénica autónoma, se verificaram casos em que foi possível desencadear a micção, através da aplicação da manobra de Valsalva, associada à inclinação anterior do tronco, sendo que, a manobra é aplicada de forma suave, de forma a prevenir a ocorrência de lesões resultantes do aumento excessivo das pressões vesicais (Magalhães & Chiochetta, 2008).

Sempre que houve possibilidade de se promover o esvaziamento periódico da bexiga, sem recorrer à cateterização vesical, os programas de reabilitação foram desenvolvidos com recurso à técnica do treino de hábitos.

Os programas de controlo da eliminação vesical da pessoa com lesão no Sistema Nervoso Central foram sendo desenvolvidos tendo em atenção a sua evolução no controlo da eliminação intestinal, pois, como já foi dito, é difícil treinar a bexiga sem que o intestino esteja educado. Assim, no Centro de Reabilitação desenvolvi, também, competências de Enfermagem de Reabilitação na área da pessoa com alterações neurogénicas da eliminação intestinal. Estas intervenções são específicas, de acordo com o tipo de intestino neurogénico que, de acordo com a localização da lesão ao nível do Sistema Nervoso Central, vai determinar o desenvolvimento de um intestino neurogénico desinibido, reflexo ou autónomo (Bruni, *et. al*; 2004).

Assim, desenvolvi intervenções de Enfermagem de Reabilitação no sentido de ajudar as pessoas com incontinência intestinal desinibida a planear e a regular a eliminação intestinal para uma hora a que o êxito fosse provável. Para tal, foi seleccionado um período do dia, tendo em conta os hábitos anteriores e a conveniência futura e, dentro desse período, a pessoa foi ajudada a ir à casa de banho, cerca de 30 minutos após as refeições, aproveitando o reflexo gastrocólico, tendo sido administrado previamente um supositório para estimular o reflexo da eliminação intestinal. Antes de iniciar o programa, foram desenvolvidas acções para promover o esvaziamento do cólon

(administração de emolientes) e instituída uma dieta equilibrada em quantidade de fibras e de líquidos (Gender, 2000, In Hoeman, 2000).

Para ajudar as pessoas com incontinência intestinal reflexa foram desenvolvidas intervenções de Enfermagem de Reabilitação que permitem estimular a actividade intestinal reflexa, provocando uma dejectão previsível. Para tal, foi administrado diariamente (e posteriormente, de dois em dois dias), um supositório para estimular o reflexo da defecação. Ao levar a pessoa à casa de banho, foram ensinadas técnicas que facilitam a eliminação intestinal, tais como, a massagem abdominal, a inclinação anterior do tronco e a estimulação digital. Foi igualmente instituída uma dieta equilibrada em quantidade de fibras e de líquidos (Gender, 2000, In Hoeman, 2000).

Para ajudar as pessoas com incontinência intestinal autónoma foram desenvolvidas intervenções de Enfermagem de Reabilitação para manter as fezes consistentes e o cólon distal vazio, prevenindo as constantes perdas de fezes. Para tal, foi instituída uma alimentação rica em fibras e foram administrados expansores de volume, de forma a tornar as fezes moldadas (mas não duras). Para facilitar a eliminação intestinal foi ensinada a manobra de Valsalva, a inclinação anterior do tórax e a massagem abdominal. Nas situações de perda de fezes líquidas procedeu-se à pesquisa de fecaloma (para despiste de falsas diarreias), recorrendo-se, numa fase inicial, à remoção manual das fezes, quando se revelou necessário (Gender, 2000, In Hoeman, 2000).

Para o planeamento dos programas de Enfermagem de Reabilitação para o treino intestinal foram “tidos em conta os hábitos habituais dos doentes, de modo a que não venham a ser alterados mais do que o necessário” (Henderson, 2007, p. 23)

Em suma, desenvolvi competências na área do controlo de esfíncteres através do ensino de técnicas comportamentais, estabelecendo, avaliando e ajustando os programas de Enfermagem de Reabilitação, com o objectivo de prevenir a incontinência súbita e as constantes perdas de urina e de fezes. Tais intervenções permitiram o conforto, a manutenção da integridade cutânea, da autonomia e o reforço da auto-imagem e confiança, perspectivando o reinício de uma vida sócio-profissional e sexual activa.

No Serviço de Cirurgia Geral procurei compreender, em que medida as pessoas internadas nesta unidade, apresentavam alterações na eliminação vesical e que estratégias eram implementadas pelos Enfermeiros de cuidados gerais e Especialistas em Enfermagem de Reabilitação, para a promoção da continência urinária e conforto da

pessoa/família/cuidador. Percebi que a população com alterações da eliminação vesical internada neste serviço era em número reduzido, uma vez que, as razões para o internamento e o tipo de cirurgia a que eram submetidas, não provocavam, na sua maioria, alterações na eliminação vesical. Contudo, apercebendo-me que, após a intervenção cirúrgica, as pessoas permaneciam algaliadas por um período de tempo alargado (em média 7 dias), desenvolvi acções no sentido de promover uma desalgaliação precoce, com o objectivo de prevenir infecções urinárias e disfunções vesico-esfincterianas, dando cumprimento ao “papel de liderança da equipa de prestação de cuidados, que o Enfermeiro Especialista deve assumir, tendo em conta a sua área de especialização” (Ordem dos Enfermeiros - Sistema de Individualização das especialidades clínicas em enfermagem, 2009).

Diagnosticada a situação, foram realizadas várias abordagens à equipa multidisciplinar, no sentido de perceber, a sua aceitação a uma alteração desta prática. Segundo Craig e Smyth (2004) um dos desafios para os Enfermeiros e para outros profissionais de cuidados de saúde é reconhecerem a importância de se interrogarem sobre a sua própria prática. Como estratégia optei por criar momentos de discussão/ reflexão durante as passagens de turno e visita médica.

Os argumentos utilizados foram sempre baseados na evidência científica. Com efeito, Bernard, *et. al.* (2012) referem que devem ser desenvolvidas estratégias para garantir que os cateteres vesicais são utilizados sómente quando indicados e apenas enquanto são necessários. Por outro lado, Gotelli (2008) afirma que apesar de não existirem muitos estudos, a evidência empírica sugere que a remoção de cateteres urinários desnecessários promove a dignidade da pessoa e reduz o desconforto.

Cerca de 15 a 25% das pessoas hospitalizados são algaliadas desnecessariamente durante o internamento hospitalar (Johnson *et. al.*; 2006; Kandar *et. al.*; 2008) e muitas vezes a algaliação é prolongada por esquecimento da equipa médica (Loeb *et. al.*; 2008) ou para simplificar os cuidados prestados pelo pessoal hospitalar (Inelmen, *et. al.*; 2008). O prolongamento do tempo de algaliação é o factor mais importante que leva à predisposição para as infecções urinárias na pessoa hospitalizada. Segundo Loeb *et. al.* (2008) a bacteriúria desenvolve-se em 50% das pessoas algaliadas durante 5 dias ou mais. Logo, reduzindo o uso desnecessário dos cateteres vesicais, diminuem-se as infecções urinárias. São vários os estudos que se referem à desalgaliação o mais precocemente possível como a intervenção mais importante para a prevenção da

infecção urinária em doentes algaliados (Inelmen *et. al.*, 2008; Madeo e Roodhhouse, 2009; Voss, 2009).

Por outro lado, o tratamento da infecção urinária, prolonga o internamento hospitalar e, conseqüentemente, aumenta os custos do mesmo. Rowley, *et. al.* (2010), referindo-se a um estudo sobre o impacto económico das infecções hospitalares em Inglaterra, afirmaram que as infecções urinárias associadas ao cateter urinário representam cerca de 35% de todas as infecções associadas aos cuidados de saúde e que, reduzir o seu número poderia representar uma economia de cerca de 124 milhões de £ e 798 mil dias de internamento por ano.

Perante o exposto, houve uma aceitação positiva, o que me fez perceber que os profissionais estavam dispostos a alterar a sua prática, passando a ser dispensada maior atenção às questões relacionadas com a eliminação vesical e necessidade de manutenção do cateter vesical. Como instrumento de avaliação da necessidade de manutenção de cada cateter vesical, foi utilizado o algoritmo proposto pela European Association of Urology Nurses (Anexo IX) e foi criada uma folha própria para registo da diurese de pessoas algaliadas (Apêndice II), em que era inscrito o motivo da algaliação. Assim, nas passagens de turno e nas visitas médicas foi possível avaliar-se diariamente a necessidade de algaliação de cada pessoa, reduzindo-a ao tempo estritamente necessário.

Nunca esquecendo que a IU é, muitas vezes um problema oculto, estive atento a estas situações, incluindo sempre na entrevista de colheita de dados a caracterização da eliminação vesical de cada pessoa. Para tal, foi criada uma folha para a caracterização da função urinária (Apêndice III), como complemento à folha de colheita de dados existente no Serviço. Quando tais situações foram identificadas e devidamente caracterizadas, promovi sessões de educação para a saúde e promovi a aplicação de técnicas de Enfermagem de Reabilitação, nomeadamente, o treino vesical, o treino de hábitos e a correcção dos hábitos intestinais em pessoas com IU funcional e IU de Urgência, e o treino de exercícios perineais para fortalecimento da musculatura pélvica em pessoas com IU de esforço, IU de Urgência e IU Mista. Promovi, também, o acompanhamento especializado, comunicando ao médico assistente e sugerindo o encaminhamento para a especialidade de Urologia.

Pelo risco de ocorrência de retenção urinária, conseqüente da ressecção abdominoperineal (provocada por lesão do plexo nervoso pélvico), avaliei e monitorizei da eliminação vesical após a desalgaliação da pessoa, registando, em folha própria

(folha de registo de diurese adoptada pelo serviço), a quantidade de líquidos ingeridos e o volume urinado, as características da urina, a frequência das micções e realizando a palpação abdominal, para despiste precoce de retenção urinária. Nas situações em que foi diagnosticada a existência de globo vesical, estando a pessoa a urinar por refluxo, procedi à cateterização vesical e a ocorrência foi comunicada ao médico assistente para estudo pormenorizado.

Nas passagens de turno e sempre que se proporcionou, dei ênfase a estas intervenções de Enfermagem de Reabilitação no sentido de demonstrar os ganhos em saúde alcançáveis e promover o interesse e envolvimento da restante equipa de Enfermagem nesta problemática, uma vez que, “a eficácia da reabilitação no adulto, em relação à eliminação, pode bem ser critério fundamental para avaliar a qualidade em Enfermagem” (Henderson, 2007, p. 36).

Para a concretização do quarto objectivo específico (*compreender a problemática da vivência da sexualidade das pessoas com deficiência e/ou compromisso na eliminação vesical, tendo em conta a sua multifactorialidade e complexidade*), adoptei uma atitude de abertura para a abordagem a assuntos mais íntimos.

No Serviço de Cirurgia Geral, identifiquei necessidades de intervenção de Enfermagem de Reabilitação relacionadas com a alteração da imagem corporal e da vivência da sexualidade de pessoas colostomizados e/ou mastectomizadas. Reportando-me ao modelo PLISSIT, considero que desenvolvi os três primeiros níveis: abertura, informação resumida e sugestões específicas. De acordo com Henderson (2007, p. 56), “independentemente do local, o Enfermeiro tem a responsabilidade de ajudar o doente a manter e desenvolver formas satisfatórias de expressar as suas necessidades, interesses e desejos”. Para tal, planeei encontros, em ambiente promotor da privacidade, onde também estivesse presente o companheiro. Nestes encontros reforcei a legitimidade das preocupações expressas, informando resumidamente sobre a forma como a doença afectou a sua sexualidade. Dentro do terceiro nível, para as mulheres mastectomizadas, disponibilizei informação específica sobre equipamentos de compensação existentes no mercado, nomeadamente, os diferentes tipos de soutiens com prótese, encaminhando a pessoa para a Assistente Social para aquisição do produto através do Hospital e sugeri o contacto com Associações de apoio. Sobre a hipótese de futura reconstrução mamária, promovi o seu encaminhamento para o médico assistente. Para as pessoas colostomizadas disponibilizei informação sobre os diferentes tipos de sacos e placas existentes no mercado, fiz ensino sobre técnicas de

controlo de maus odores e sugeri a utilização de placas que permitem a oclusão temporária do estoma (quando possível), perspectivando o reinício da sua actividade sexual. Também para estas pessoas, promovi o seu encaminhamento para a Assistente Social, para que tomassem conhecimento dos seus direitos e apoios sociais existentes e disponibilizei contactos de Associações de apoio.

Para a passagem ao nível seguinte sugeri e promovi o encontro entre a pessoa e companheiro com o Psicólogo de apoio ao serviço e médico assistente. Tal como a literatura descreve, pude comprovar na prática as dificuldades apresentadas pela equipa de saúde, em geral, e pela equipa de Enfermagem, em particular, na abordagem à temática da sexualidade, sendo que, apenas um número reduzido de Enfermeiros demonstrou ter bons conhecimentos na área. De acordo com Henderson (2007), os Enfermeiros precisam de ter o conhecimento e a competência técnica necessária para identificar e responder às necessidades de aprendizagem dos doentes e para responder apropriadamente às suas perguntas relacionadas com o diagnóstico, prognóstico e possibilidade terapêutica.

Procurando contribuir positivamente para a melhoria da qualidade dos cuidados prestados na área do aconselhamento da sexualidade, dei a conhecer o Modelo PLISSIT à equipa de Enfermagem, promovendo o debate e incentivando à aquisição de novas competências dentro desta temática.

No Centro de Reabilitação verifiquei grande necessidade de intervenção nesta área, essencialmente pelo elevado número de pessoas jovens ali internadas. Tal como no Ensino Clínico anterior, adoptei a mesma atitude de abertura, desenvolvendo também, os três primeiros níveis do modelo PLISSIT. Verifiquei que neste campo de estágio, o assunto da sexualidade é mais vezes abordado pelos Enfermeiros (generalistas e especialistas em Enfermagem de Reabilitação). Verifiquei também, que no momento da admissão, que, como já referi anteriormente, é baseado nas 12 Actividades de Vida Diária do modelo conceptual de Nancy Roper, na avaliação da actividade de vida “expressão da sexualidade”, os Enfermeiros faziam um registo do enquadramento familiar da pessoa (estado civil, existência de descendentes e pessoas com quem vive). A minha actuação foi no sentido de tornar mais específica esta informação, fazendo um levantamento e o registo dos problemas, dúvidas e ansiedades manifestadas pelas pessoas, no que respeita às suas capacidades futuras para a vivência da sexualidade. Estas informações permitiram individualizar cada situação e forneceram dados para a construção de cada plano de Enfermagem de Reabilitação. Da mesma maneira, fiz uso

do Modelo PLISSIT. Dentro do terceiro nível, reportando-me às pessoas com Traumatismo Vértebro-Medular, disponibilizei informação específica sobre as alterações sofridas na sua resposta orgástica e na capacidade fértil, identificando algumas possibilidades terapêuticas, no caso dos homens, para a disfunção eréctil, salientando sempre a importância da pessoa evitar o isolamento (Borrelli Jr; 2007, In Greve, 2007). Com efeito, “um dos papéis interpretativos mais difíceis para o Enfermeiro é o de ajudar os doentes a compreenderem-se a si próprios, alterarem as condições que os tornam doentes e a aceitarem o que não pode ser mudado” (Henderson, 2007, p. 55).

Incentivado pelos resultados alcançados no campo de estágio anterior e, uma vez mais, procurando contribuir positivamente para a melhoria da qualidade dos cuidados prestados na área do aconselhamento da sexualidade, dei a conhecer o Modelo PLISSIT à equipa de Enfermagem, sendo que, esta reconheceu a sua utilidade, simplicidade e eficácia na utilização.

No Serviço de Cirurgia Geral, uma das principais necessidades das pessoas ali internadas, prendia-se com a Reeducação Funcional Respiratória (RFR), pelo tipo de abordagem cirúrgica (abdominal) e anestesia realizada (geral).

A RFR na pessoa submetida a cirurgia abdominal tem como objectivos a prevenção de complicações broncopulmonares, circulatórias e posturais do pós-operatório, permitindo obter uma recuperação funcional mais rápida e completa possível. Está indicada nas intervenções cirúrgicas sob acção de anestesia geral, devido às suas repercussões sobre a mecânica ventilatória, sendo igualmente fundamental nos doentes portadores de patologia pulmonar e grupos de risco, tais como, pessoas com hábitos tabágicos acentuados, com excesso de peso e nos idosos (Heitor, 1988).

A agressão cirúrgica, a anestesia, a dor e a imobilidade provocam uma hipersecreção brônquica, a disfunção ciliar, a inibição do mecanismo da tosse e a limitação dos movimentos respiratórios da pessoa que, vão contribuir para a retenção de secreções, aumentando o risco de infecção broncopulmonar e atelectasias. Por sua vez, as secreções brônquicas vão aumentar a resistência das vias aéreas e o trabalho respiratório, produzindo alterações na ventilação alveolar. Tais factores podem conduzir à instalação de um quadro de insuficiência respiratória aguda no pós-operatório (Gastaldi, *et. al.* 2008).

Para dar resposta a esta problemática, desenvolvi competências a nível da RFR da pessoa submetida a cirurgia, concretizando o quinto objectivo específico (*desenvolver competências que permitam dar resposta às necessidades da Pessoa/Família/Cuidador*

com alterações da função respiratória). Os programas de RFR foram iniciados no período pré-operatório, dado que, permite uma melhor compreensão e colaboração da pessoa, facilitando a aprendizagem do que deverá fazer no pós-operatório (Heitor, 1988).

Assim, após observação e avaliação da pessoa, validando o seu conhecimento relativamente à sua situação e cirurgia proposta, fiz ensino sobre os objectivos e benefícios da RFR, salientando a importância da sua colaboração e empenho no cumprimento do programa, para que fosse bem sucedido. A problemática da dor no pós-operatório não foi esquecida. Além da informação dispensada sobre a terapêutica analgésica, foi feito ensino sobre as técnicas de relaxamento, a adopção de posições de descanso e controlo da respiração, que permitem diminuir a tensão psíquica e muscular, facilitando o controlo da dor. Para o controlo da respiração foi ensinada a consciencialização dos tempos respiratórios e sua dissociação (fazendo inspirações pelo nariz e expirações pela boca).

Para assegurar a permeabilidade das vias aéreas, foram ensinados os métodos para facilitar a eliminação das secreções brônquicas, entre as quais, a expiração forçada, o Ciclo Activo da Técnica Respiratória, o Huff e a tosse dirigida e assistida com contenção da sutura operatória e flexão dos membros inferiores, dando ênfase à necessidade de uma hidratação eficaz. Foram também treinadas posições de drenagem postural, respeitando as contra-indicações para as posições de drenagem postural com declive e das manobras de percussão e compressão torácicas.

Para a prevenção e correcção dos defeitos ventilatórios, foram ensinados exercícios de reeducação respiratória do tipo abdomino-diafragmática e costais (selectivos e globais) e exercícios de espirometria incentiva, facilitando uma melhoria da relação ventilação/perfusão.

Para a prevenção e correcção dos defeitos posturais e deformações torácicas, por adopção de posições anti-álgicas, foram ensinadas técnicas de correcção postural e exercícios de mobilização dos membros superiores, da cintura escapular e coluna vertebral.

Nunca esquecendo que “a necessidade de modificação dos cuidados, é o elemento criativo que faz da Enfermagem uma arte” (Henderson, 2007, p. 18), todos os procedimentos foram ajustados às necessidades e capacidades de cada pessoa, sendo reajustados quando se revelou necessário e tendo sempre presente as contra-indicações e limitações da RFR (hemoptises, hemorragias digestivas abundantes,

edema pulmonar agudo, estado de choque, síndrome da dificuldade respiratória do adulto, embolia pulmonar, tuberculose pulmonar activa, cancro do pulmão e da pleura). No Centro de Reabilitação, para o desenvolvimento das competências adquiridas na área da RFR, foi sugerido pela Enfermeira orientadora que planeasse e implementasse as sessões de educação para a saúde em grupo, na área da RFR, que acontecem uma vez por semana. Nestas sessões, em que também são convidados a participar os familiares/cuidadores, são explicadas as potenciais complicações respiratórias, as formas de as prevenir e as medidas a tomar quando são identificados os primeiros sinais de complicação, pois, como afirma Henderson (2007, p. 26) “nada é tão ameaçador para a vida como uma obstrução respiratória”. São, também ensinados e treinados exercícios respiratórios e técnicas de limpeza das vias aéreas. Sendo que, o Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação “elabora um programa de ensino para cada doente” (Henderson, 2007, p. 27), os programas de Enfermagem de RFR foram delineados de acordo com o nível de lesão neurológica de cada pessoa, que determina o grau de compromisso dos músculos respiratórios e as capacidades de cada pessoa. Assim, as lesões medulares mais altas (até ao nível neurológico D6), afectam em maior gravidade a capacidade respiratória e a tosse, dado que, interrompem a enervação aos músculos envolvidos na inspiração e na expiração forçada. Logo, o compromisso do funcionamento dos músculos inspiratórios provoca uma ventilação reduzida, predispondo a atelectasias e deixando os músculos inspiratórios mais susceptíveis à fadiga e consequente falência respiratória. Com expiração forçada comprometida, a tosse está ausente ou é ineficaz, levando à acumulação de secreções e predispondo a atelectasias, pneumonias e insuficiência respiratória. As lesões medulares mais baixas (de D6 a L1 – enervação dos músculos inter-costais e abdominais) deixam a maioria dos músculos inspiratórios intactos, mas interferem nos músculos usados na expiração forçada, comprometendo a capacidade de limpeza das vias aéreas (Ares & Cristante, 2007).

Assim, foram aplicadas as técnicas de RFR, tendo insistido nas técnicas que promovem o fortalecimento dos músculos respiratórios e a preservação da mobilidade da caixa torácica (respiração diafragmática com resistência manual ou aplicação de peso, exercícios dos membros superiores e do tronco e espirometria incentiva). Por outro lado, de acordo com as necessidades de cada pessoa, reforcei o ensino e insisti no treino das técnicas de limpeza das vias aéreas (tosse assistida e drenagem postural

associada a percussões e vibrações torácicas), não esquecendo a importância de uma hidratação eficaz, promotora da fluidificação das secreções.

Para a aquisição de competências na área da Enfermagem de Reabilitação motora (sexto objectivo específico - *desenvolver capacidades psicomotoras que permitam dar resposta às necessidades da pessoa/família/cuidador com alteração motora, sensorial, cognitiva e da alimentação*), considerei essencial o Ensino Clínico realizado no Centro de Reabilitação.

Virgínia Henderson (2007, p. 38) afirma que o Enfermeiro “deve ser capaz de ajudar o doente a desenvolver independência neuro-motora, sempre que isso é possível”. Para tal, “deve conhecer os princípios do equilíbrio, do alinhamento e dos bons posicionamentos”. Para cumprir este objectivo, desenvolvi competências na área da avaliação neurológica de Enfermagem de Reabilitação e na área da reabilitação motora. Na área da avaliação neurológica, realizei o exame neurológico no que diz respeito ao estado de consciência, mobilidade, força e tónus muscular, equilíbrio e à sensibilidade (superficial e profunda). Para uma avaliação eficaz, que permitisse documentar correctamente a evolução de cada pessoa, validando os programas de Enfermagem de Reabilitação instituídos, utilizei as escalas de avaliação preconizadas pelo serviço, já referidas anteriormente. A avaliação neurológica permitiu conhecer as capacidades da pessoa, elaborar os objectivos do programa de Enfermagem de Reabilitação e reajustá-lo sempre que a sua condição se alterou.

Na área da reabilitação motora, planeei e executei mobilizações músculo articulares passivas, activas assistidas, activas e activas resistidas dos diferentes segmentos corporais. As mobilizações foram realizadas respeitando a amplitude articular, a dor, o posicionamento correcto (para garantir uma boa execução dos movimentos) e o plano normal do movimento, tendo sido, cada articulação, mobilizada separadamente. Com estas intervenções pretendi alcançar o objectivo de promover a manutenção da integridade das estruturas articulares, mantendo e aumentando a amplitude dos movimentos, conservando a flexibilidade e prevenindo a instalação de aderências e contracturas, para além de, promover a melhoria da circulação de retorno. Por outro lado, promovi a manutenção da imagem psico-sensorial e psico-motora e promovi o ensino do que se pretende que a pessoa realize activamente.

Para proporcionar o conforto, prevenir alterações músculo-esqueléticas e manter a integridade do tecido cutâneo e dos tecidos subjacentes, planeei e executei posicionamentos na cama/cadeira de rodas, mantendo o alinhamento de todos os

segmentos corporais, salvaguardando de pressões as massas musculares e estruturas articulares.

Para permitir a colaboração da pessoa na deslocação para um dos lados da cama, na alternância de decúbitos/posicionamentos e preparar o doente para o exercício de outras actividades, planeei, executei e promovi sessões de educação para a saúde sobre os exercícios no leito, tais como, o exercício de rolar e os exercícios de equilíbrio estático e dinâmico.

Para a pessoa com traumatismo vertebro-medular, planeei, executei e fiz ensino sobre exercícios na cadeira de rodas (inclinação lateral, flexão do tronco e Push-up) com o objectivo de melhorar o equilíbrio estático e dinâmico do tronco, fortalecendo a musculatura dos membros superiores e facilitando uma maior independência na realização das actividades de vida.

Também planeei, executei e fiz ensino sobre exercícios na mesa de verticalização, permitem a liberdade dos membros superiores para actividades ocupacionais e favorecem a auto-estima, além de prevenirem a osteoporose e melhorarem a função cardio-vascular, vesical, intestinal e respiratória.

Para a promoção da independência, planeei, executei e fiz ensino sobre as técnicas de levantar da cama e as transferências (com e sem tábua de transferência) para a cadeira de rodas/cadeirão/cadeira sanitária/sanita.

Para a pessoa com lesão cortical (Acidente Vascular Cerebral/Traumatismo Crânio-Encefálico) planeei, executei e fiz ensino sobre a importância do posicionamento que contraria o padrão espástico e sobre as actividades terapêuticas, nomeadamente as automobilizações, a ponte, o rolar na cama e a facilitação cruzada. Com as automobilizações pretendi estimular o tónus, aumentar a sensibilidade e a força muscular, contrariar o padrão espástico, estimular a recuperação do mecanismo do reflexo postural, integrar o hemicorpo lesado e evitar aderências da articulação escapulo-umeral. Com a ponte pretendi evitar a rotação externa da articulação coxo-femoral, aumentar a força muscular, o tónus e a sensibilidade, evitando a instalação da espasticidade dos músculos do membro inferior afectado e ajudar a restabelecer o movimento controlado e funcional da anca, tendo em vista a preparação para a posição de sentado, de pé e para a marcha. Com o rolar na cama e com a facilitação cruzada pretendi promover o aumento da força, estimular a sensibilidade e o tónus muscular e, por outro lado, estimular a integração do hemicorpo afectado e do esquema corporal.

No Centro de Reabilitação fiz também uma incursão no departamento de treino de Actividades de Vida Diária. Aqui, tive a oportunidade de planear, fazer ensino e treinar com a pessoa/família/cuidador, diversas actividades relacionadas com a higiene pessoal, o vestuário, a alimentação e técnicas de transferência da cadeira de rodas para a cama/cadeirão/sanita/banheira, com recurso a ajudas técnicas, quando se revelou necessário.

Sobre a higiene pessoal, fiz ensino sobre a importância de realizar uma higiene cuidada e uma boa secagem de todas as áreas do corpo, com atenção especial à região inguinal, sulco intra-nadegueiro e espaços inter-digitais, devendo observar cuidadosamente todo o revestimento cutâneo, recorrendo à auto-vigilância com utilização de espelho. Relativamente ao banho, incentivei à prevenção de queimaduras, fazendo ensino para abrir sempre em primeiro lugar a torneira de água fria e testar a temperatura numa região com sensibilidade mantida.

Sobre o vestuário, informei sobre o tipo de roupas e calçado a utilizar e as técnicas que facilitam esta actividade, salientando a sua importância na prevenção do desenvolvimento de crises de disreflexia autónoma (Anexo III). Como tal, foi recomendado o uso de calças sem costuras nas zonas sobre as quais exerce maior pressão, soutiens sem armação de arame, meias sem costuras ou costuras finas e de preferência de algodão, sapatos macios, com sola anti-derrapante, um ou dois números acima do habitual e sem costuras no interior, camisas, pólos, t-shirt e camisolas largas que promovessem o conforto e não limitassem a amplitude dos movimentos. Em todas estas intervenções não foi esquecido que os Enfermeiros “Especialistas devem olhar para o vestuário dos doentes como uma extensão da sua personalidade”, e que o “uso de roupas que não são da sua escolha”, representa “uma perda de liberdade para qualquer pessoa” (Henderson, 2007, p. 42).

Sobre as transferências instruí sobre a importância da prevenção de acidentes e quedas da cama/cadeira de rodas/cadeira de banho, devendo para tal cumprir rigorosamente os procedimentos de segurança, travando sempre a cadeira de rodas para a realização de qualquer actividade, usando a cinta para fixação do tronco quando sentado (de acordo com a sua capacidade de equilíbrio de tronco) e utilizando grades na cama.

É também da competência dos Enfermeiros deste departamento o planeamento de visitas domiciliárias para avaliação da habitação e da sua acessibilidade, pois, de acordo com Virgínia Henderson (2007, p. 39), “quando o doente tem alta da instituição é

essencial assegurar que ele possa movimentar-se de acordo com as condições que a sua casa exige”. Nestas visitas, é feita a sugestão de eliminação de algumas barreiras arquitectónicas (de acordo com as possibilidades de cada pessoa) e aquisição de ajudas técnicas, tais como, meios auxiliares de marcha (cadeira de rodas, andarilhos, canadianas, bengalas, barras de apoio), material de correcção postural (almofadas) e material de transferência.

No Centro de Reabilitação, desenvolvi também, competências de Enfermagem de Reabilitação na área da supervisão e auxílio na alimentação da pessoa.

Para a pessoa com Traumatismo Vértebro-Medular promovi o uso de ajudas técnicas, tais como, a bolsa palmar, a tala para bloqueio e estabilização da articulação do punho e o uso do rebordo para o prato, substituindo-os no estritamente necessário (ex: cortar os alimentos e descascar a fruta) e motivando-os para a autonomia.

Para pessoa com Acidente Vascular Cerebral, foi construído um programa de Enfermagem de Reabilitação de acordo com a avaliação do reflexo da deglutição, capacidade de mastigação e alterações da visão. A abordagem à pessoa foi, sempre que possível, efectuada pelo lado mais afectado e a consistência dos alimentos fornecidos foi de acordo com a sua capacidade de mastigação e deglutição. Nos casos em que foram identificados problemas de deglutição, a consistência líquida foi evitada. Foi feito o despiste de retenção de alimentos na cavidade oral e a pessoa foi sempre estimulada a alimentar-se autonomamente, usando a mão sã e, quando foi possível, a mão afectada. Da mesma maneira, quando foi possível, o tabuleiro foi colocado do lado mais afectado, tendo sido assegurado que a pessoa o via, com o objectivo de promover e facilitar a reintegração do esquema corporal.

De acordo com as alterações na visão, os objectos foram colocados nos locais onde a pessoa os pudesse ver, estimulando-a a colocá-los nesses locais. Quando foi diagnosticada hemianópsia, por vezes, revelou-se necessário rodar o prato para que a pessoa pudesse ver os restantes alimentos.

De acordo com Virgínia Henderson (2007, p. 26) “é tão ou mais importante ensinar o doente como a família a fazê-lo”, pelo que, em todas as actividades envolvi os familiares/cuidadores, tendo em vista a maior autonomia após a alta, disponibilizando informação e incentivando-os a participar nas actividades propostas.

No Centro de Reabilitação, foi-me proporcionada a oportunidade de participar em algumas reuniões de objectivos, que se realizam periodicamente, em que toda a equipa multidisciplinar se reúne (médico assistente, Enfermeiro de referência, psicólogo,

Enfermeiro do departamento de treino de Actividades de Vida Diária, fisioterapeuta, terapeuta ocupacional e terapeuta da fala). Esta reunião tem como objectivo fazer a apresentação da situação de cada pessoa, para a partir da qual se avaliar e actualizar o programa de reabilitação. Tive oportunidade de expor o processo evolutivo das pessoas, a quem estava a prestar cuidados (como Enfermeiro de referência) avaliando os objectivos ainda não alcançados, os motivos e dificuldades em alcançá-los e sugerindo alterações.

O sétimo objectivo específico (*desenvolver competências de gestão de cuidados e assegurar a continuidade dos cuidados de Enfermagem*), foi sendo alcançado sempre que participei na tomada de decisão no seio da equipa multidisciplinar. Com efeito, a Ordem dos Enfermeiros preconiza que o “Enfermeiro Especialista realiza a gestão dos cuidados, optimizando as respostas de Enfermagem e da equipa de saúde, garantindo a segurança e a qualidade das tarefas delegadas” (Ordem dos Enfermeiros - Sistema de Individualização das Especialidades Clínicas em Enfermagem, 2009).

Para tal, integrei os Enfermeiros generalistas na elaboração e concretização do plano de Enfermagem de Reabilitação e realizei registos de Enfermagem de Reabilitação, que permitiram garantir a continuidade dos cuidados prestados.

No decurso do Ensino Clínico estabeleci com os utentes e seus familiares/cuidadores uma relação terapêutica, possibilitando uma comunicação eficaz, fundamental para o processo de reabilitação. Prestei cuidados de Enfermagem de Reabilitação atendendo à individualidade e com a máxima responsabilidade.

Sempre que surgiam dúvidas recorri aos Enfermeiros orientadores, aos professores da Escola Superior de Enfermagem de Lisboa, ao suporte teórico das aulas leccionadas e demais literatura científica de forma a garantir os melhores cuidados de Enfermagem de Reabilitação. Envolvi a família/cuidador na prestação de cuidados, de forma a dar resposta às dúvidas e medos que pudessem surgir, garantindo a adequada continuidade de cuidados após a alta. No final de cada dia, participei nas passagens de turno, dando a conhecer a situação de saúde da pessoa, o programa de Enfermagem de Reabilitação estabelecido e respectiva avaliação, nunca esquecendo que “a qualidade dos registos e dos relatos verbais do Enfermeiro, é uma prova decisiva da sua competência” (Henderson, 2007, p. 57).

3- CONCLUSÃO

A Reabilitação é um processo dinâmico, orientado para a saúde, que capacita a pessoa que está doente ou incapacitada, para atingir o seu potencial físico, mental, espiritual, social e económico, ou seja, ajuda o indivíduo a atingir uma qualidade de vida e bem-estar com dignidade e independência.

As alterações de saúde podem provocar sentimentos de incapacidade, que se relacionam directa ou indirectamente com a natureza da doença e influenciam a capacidade de adaptação a uma nova realidade. Se assumirmos que o objectivo da Enfermagem de Reabilitação é "...melhorar a função, promover a independência, preservar a auto-estima e aumentar a qualidade de vida" (Kelly-Hayes, *et. al*; In Hoeman, 2000, p. 161), o Enfermeiro deve iniciar a sua intervenção por uma avaliação a vários níveis, sendo fundamental para o planeamento, execução e avaliação da qualidade dos cuidados.

O Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação é um profissional habilitada de conhecimentos técnicos, científicos, humanos, relacionais e experiência de vida, que lhe possibilitam actuar como perito na área da Enfermagem de Reabilitação. É alguém que concebe, implementa e monitoriza planos de enfermagem de reabilitação diferenciados, baseados nos problemas reais e potências das pessoas. O seu nível elevado de conhecimentos e experiência permitem-lhe tomar decisões que promovem a saúde, previnem complicações secundárias e implementam técnicas de reabilitação que maximizam o potencial da pessoa.

Tal como Hesbeen (2003, p. 35), entendo que o espírito que norteia a reabilitação

"(...) nos leva a preparar uma mulher, um homem ou uma criança para a melhor qualidade de vida possível, mesmo quando as capacidades que lhe restam são extremamente reduzidas ou quando o horizonte que se lhe mostra não é muito alegre. É ainda esse espírito que fará com que as acções propostas e os gestos executados sejam sensatos, isto é, que façam sentido para a pessoa a quem se dirigem, que respeitem a sua vontade, os seus limites e os seus recursos".

O desempenho do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação abrange, entre outros, múltiplos papéis que "(...) incluem o de educador, conselheiro, gestor de caso, investigador, defensor dos direitos dos utentes, capacitador/facilitador, moderador, líder, perito e membro de equipa" (Hoeman, 2000, p. 20), os quais podem contribuir para ganhos em saúde para o doente/família/cuidador e melhoria no desempenho da equipa de saúde/multidisciplinar.

No papel de educador da pessoa/família/cuidador, promove o a independência na satisfação das necessidades humanas fundamentais, estimula a participação nos cuidados, avalia conhecimentos, realiza sessões de educação para a saúde, potencia a autonomia, a satisfação e bem-estar, orienta o regresso a casa, atenua o impacto do internamento e aumenta o grau de satisfação na avaliação geral do internamento. Em relação à equipa, pelo carácter transversal da sua especialização, o Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação reúne todas as condições para identificar necessidades de formação, elaborar dispositivos de formação que irão produzir mudanças com o objectivo de melhorar a qualidade dos cuidados, bem como a satisfação da própria equipa.

O Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação, pela amplitude de conhecimentos, pelo reconhecimento da complexidade de cada situação e pela proximidade que consegue estabelecer com o doente/família/cuidador, é o profissional que melhor pode desempenhar **o papel de conselheiro**. Já na equipa multidisciplinar, poderá ser um elemento que pode esclarecer dúvidas e apontar caminhos alternativos.

Como gestor de caso, o Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação poderá planear com a pessoa e família/cuidador a intermediação de serviços e recursos para atingir objectivos acordados entre ambos, na relação com o sistema de prestação de cuidados de saúde. Para a equipa, poderá funcionar como coordenador de recursos, facilitador da comunicação e promover a contenção de custos.

Como investigador, o Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação, tem o dever de se manter actualizado, participar em actividades de investigação e aplicar os resultados na prática, adequando-os à complexidade e individualidade de cada pessoa. Relativamente à equipa, deverá estar desperto para as questões por ela identificadas, envolvendo-a e utilizar os dados obtidos na alteração de procedimentos.

Como defensor dos direitos dos utentes, o Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação assume um papel fulcral, na medida em que é o elemento na equipa que reconhece a centralidade da pessoa/família/cuidador na prestação de cuidados, considerando-os parceiros nos cuidados. Ao nível da equipa poderá conduzir a uma reflexão sobre as práticas de cuidados (re)centrando-as na pessoa (Hoeman, 2000).

O Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação, pelos conhecimentos especializados e abrangentes, consegue identificar com a pessoa/família/cuidador as estratégias de capacitação, que lhes permitirão um melhor conhecimento e acesso aos recursos da comunidade, bem como reivindicar os seus direitos enquanto cidadão. Na

equipa, por ser um membro de referência, poderá facilitar a sua compreensão de determinada realidade e ajudá-la a reclamar maior acesso a recursos.

Enquanto **perito**, o Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação poderá utilizar os seus conhecimentos para elaborar planos de Enfermagem de Reabilitação, emitir pareceres na sua área de intervenção, colaborar na formação de pares e utilizar correctamente os recursos físicos e humanos, uma vez que, de acordo com Patrícia Benner (2001), é detentor de uma enorme experiência, compreendendo, de maneira intuitiva cada situação e apreendendo directamente o problema sem se perder num largo leque de soluções e diagnósticos estéreis.

Como **elemento da equipa**, preocupa-se em definir um quadro referencial que assente na Constituição da República Portuguesa, no Regulamento do Exercício Profissional do Enfermeiro, no Código Deontológico do Enfermeiro e num ou mais modelos conceptuais de Enfermagem, avaliando a sua prática e dos seus pares.

Ao longo deste processo formativo preocupei-me em desenvolver tais competências e aplicá-las na prática clínica. Considero que na globalidade atingi os objectivos a que me propus.

A incapacidade em controlar os esfíncteres é uma alteração frequente, com interferência significativa na qualidade de vida da pessoa/família/cuidador. O primeiro passo para o sucesso terapêutico é a correcta caracterização do tipo de IU, pelo que, devem ser pesquisadas e identificadas eventuais causas reversíveis e/ou agravantes para o seu tratamento específico. A actuação do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação ganha importância no sentido em que proporciona à pessoa a hipótese de minimizar, ou mesmo solucionar, o seu problema de IU. Os cuidados especializados realizados, com uma abordagem centrada na pessoa e não na doença, são reveladores do potencial da Enfermagem de Reabilitação e de como a mesma se traduz numa mais valia para o tratamento da IU. Esta foi a minha experiência no decurso deste estágio. As intervenções de Enfermagem de Reabilitação foram essenciais para que aquelas pessoas readquirissem o controlo de esfíncteres.

Identifico como maior dificuldade a aquisição de competências na área da reabilitação da sexualidade, dado que nos campos de Ensino Clínico seleccionados, esta é uma temática pouco desenvolvida. Para ultrapassar esta dificuldade investi na pesquisa bibliográfica e na experiência dos orientadores dos locais de estágio e docentes da escola. Por outro lado, procurei contribuir positivamente para a melhoria da qualidade dos cuidados prestados na área do aconselhamento da sexualidade, promovendo o

debate do tema e partilhando com a equipa de Enfermagem as competências adquiridas.

Enquanto Enfermeiro Especialista, não poderei adoptar uma postura passiva. É fundamental apostar num papel pró-activo, procurando dar visibilidade às intervenções autónomas de Enfermagem de Reabilitação e aos ganhos em saúde que estas representam. Este papel passa pelo desenvolvimento de capacidades de comunicação, negociação e gestão de conflitos para que, de forma fundamentada seja possível defender eficazmente a pessoa, a família, a comunidade e as intervenções de Enfermagem.

“É esta necessidade de estimar as necessidades individuais, imediatas e a longo prazo, de cuidados físicos, apoio emocional e reeducação, que faz da Enfermagem um serviço da maior importância” (Henderson, 2007, p. 5). Para tal, os Enfermeiros “ (...) necessitam ser capazes de recriar a sua profissão em novos espaços e no quadro de novas relações que se estabelecem, quer com outros profissionais, quer com os utilizadores do sistema de saúde” (d’Espiney, 2002, p. 2).

4. BIBLIOGRAFIA

- Anders, K. (2006). Recent developments in stress urinary incontinence in women. *Nursing Standard*. Nº 20, pp. 48-54. Acedido em 17 Setembro, 2011, de <http://nursingstandard.rcnpublishing.co.uk/resources/archive/GetArticleById.asp?ArticleId=4147>.
- Ares, M.; Cristante, A. (2007). Reabilitação da Medula Espinal. Tratamento. In Greve, J; *Tratado de Medicina de Reabilitação* (pp. 405-411). São Paulo: Roca.
- Assis, G.; Faro, A. (2011). Autocateterismo vesical intermitente na lesão medular. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*. Vol. 45, Nº 1. São Paulo. Retrieved from EBSCOhost.
- Benner, Patricia (2001). *De Iniciado a Perito*. Coimbra: Quarteto.
- Bernard, M.; Hunter, K.; Moore, K. (2012). A Review of Strategies to Decrease the Duration of Indwelling Urethral Catheters and Potentially Reduce the Incidence of Catheter-Associated Urinary Tract Infections. *Urologic Nursing*. Vol. 32, Nº 1, pp. 29-37. Acedido em 2 Março, 2012, de <http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=a9h&AN=71819298&site=ehost-live>.
- Borrelli Jr. (2007). Reabilitação da Medula Espinal. Disfunção Sexual. In: Greve, J., *Tratado de Medicina de Reabilitação* (pp. 434-439). São Paulo: Roca.
- Botelho, F.; Silva, C.; Cruz, F. (2007). Incontinência urinária feminina. *Acta Urológica*. Lisboa. Vol. 1, Nº 24, pp. 79-82. Porto. Acedido em 2 Setembro, 2011, de <http://www.apurologia.pt/acta/1-2007/inc-urin-fem.pdf>.
- Bruni, D.; Strazzieri, K.; Gumieiro, M. (2004). Aspectos Fisiopatológicos e Assistenciais de Enfermagem na Reabilitação da Pessoa com Lesão Medular. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*. Vol. 38, Nº 1, pp. 71-79. São Paulo. Retrieved from EBSCOhost.
- Chen, Shu-Yueh. (2004). The Development and Testing of the Pelvic Floor Muscle Exercise Self-Efficacy Scale. *Journal of Nursing Research*. Vol. 4, Nº 12, pp. 257-265. Acedido em 17 Fevereiro, 2011, de <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/15619176>
- Craig, J.; Smyth, R. (2004). *Prática Baseada na Evidência. Manual para Enfermeiros*. Loures: Lusociência.

- Damião, R.; Carrerette, F.; Truzzi, J., et. al. (2006). Bexiga Hiperactiva: Terapia Comportamental e Reabilitação do Assoalho Pélvico. *Sociedade Brasileira de Urologia*. Vol. 1, Nº 26, pp. 12-20. Acedido em 22 Janeiro, 2011, de http://www.projetodiretrizes.org.br/6_volume/02-BexigaHip_rComp.pdf.
- Dannecker, Christian. (2005). EMG-biofeedback assisted pelvic floor muscle training is an effective therapy of stress urinary or mixed incontinence: a 7-year experience with 390 patients. *Arch Gynecol Obstet*. Nº 273, pp. 93-97. Retrieved from EBSCOhost.
- d'Espiney, L. (2002). Texto de apoio à disciplina de Formação em Contextos de Trabalho. 3º Curso de Complemento de Formação em Enfermagem. Acessível na Biblioteca da Escola Superior de Enfermagem de Lisboa – Pólo Gulbenkian, Lisboa. Portugal.
- Ferreiro-Velasco; Barca-Buyo, A.; De La Barrera, et. al. (2005). Sexual issues in a sample of women with spinal cord injury. *Spinal Cord*. Vol. 43, Nº 1, pp. 51-55. Acedido em 20 Fevereiro, 2012, de <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/15303115>.
- Dias, José S. (2010). *Urologia Fundamental na prática clínica: Incontinência Urinária*. Lisboa: Lidel –Edições Técnicas, Lda.
- Gastaldi, A.; Magalhães, C.; Baraúna, M., et. al. (2008). Benefits of postoperative respiratory kinesiotherapy following laparoscopic cholecystectomy. *Revista de Fisioterapia*. Vol. 12, Nº 2, pp. 100-106. Retrieved from EBSCOhost.
- Garrett, A.; Teixeira, Z. (2006). A Utilização do Modelo PLISSIT na Abordagem do Lesionado Vertebro-Medular por Trauma. *B-Digital. Revista da Faculdade de Ciências Humanas e Sociais*. Nº 3, pp. 238-244. Acedido em 2 Fevereiro, 2012, de <http://ufpbdigital.ufpb.pt/dspace/handle/10284/625>.
- Gender, A. (2000). Regulação e Eliminação Vesical. In HOEMAN, S. (2ª Edição), *Enfermagem de reabilitação: aplicação e processo* (pp. 489-514). Loures: Lusociência - Edições Técnicas e Científicas, Lda.
- Gotelli, J. (2008). A Quality Improvement Project to Reduce the Complications Associated With Indwelling Urinary Catheters. *Urologic Nursing*. Vol. 28, Nº 6, pp. 465-473. Acedido em 10 Outubro, 2011, de <http://web.ebscohost.com/ehost/pdfviewer/pdfviewer?vid=5&hid=21&sid=fb1903db-0cbd-4ce6-8071-404fa84c6da3%40sessionmgr13>.

- Gray, M. (2005). Stress Urinary Incontinence In: Women. *Journal of the American academy of nurse practitioners*. Vol. 5, Nº 16, pp. 188-197. Acedido em 6 Junho, 2005, de <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/j.17457599.2004.tb00441.x/abstract>.
- Gray, M.; Moore, K. (2012). *Cuidados de Enfermagem em Urologia – No Adulto e na Criança*. Loures: Lusociência - Edições Técnicas e Científicas, Lda.
- Greco, S. (2000). Educação e Aconselhamento Sexual. In Hoeman, S. (2ª Edição), *Enfermagem de reabilitação: aplicação e processo* (pp. 647-683). Loures: Lusociência - Edições Técnicas e Científicas, Lda.
- Gotelli, J.; Merryman, P.; Carr, C., et. al. (2009). Research: A quality Improvement project to reduce the complications associated with indwelling urinary catheters. *EUAN – European Association of Urology Nurses*. Acedido em 19 Fevereiro, 2012, de http://www.uroweb.org/fileadmin/EAUN/newsletters/EUT-EAUN_2009_FEB.pdf
- Heitor, Clara (1988). *Reeducação Funcional Respiratória*. 2ª edição, Lisboa: Boehringer Ingelheim.
- Henderson, Virgínia (2007). *Princípios Básicos dos Cuidados de Enfermagem do CIE*. Loures: Lusociência - Edições Técnicas e Científicas, Lda.
- Hesbeen, W. (2003). *A Reabilitação: Criar novos caminhos*. Loures: Lusociência - Edições Técnicas e Científicas, Lda.
- Hoeman, S. (2000). *Enfermagem de reabilitação: aplicação e processo* (2ª Edição). Loures: Lusociência - Edições Técnicas e Científicas, Lda.
- Inelmen, E.; Sergi, B.; Enzi, G. (2008). Quando é apropriada a algaliação nos doentes idosos? *Geriatrics*. Vol.4, Nº 21, pp. 52-58. Retrieved from EBSCOhost.
- International Continence Society. (2009). *An International Urogynecological Association (IUGA) / International Continence Society (ICS) joint report on the Terminology for Female Pelvic Floor*. Acedido em 19 Fevereiro, 2012, de <http://www.icsoffice.org/Documents/Documents.aspx?DocumentID=611>.
- Johnson, J.; Kuskowski, M.; Wilt, T. (2006). Systematic Review: Antimicrobial Urinary Catheters To Prevent Catheter-Associated Urinary Tract Infection in Hospitalized Patients. *Annals of Internal Medicine*. Nº144, pp. 116-126. Retrieved from EBSCOhost.

- Kamdar, A.; Yahya, A.; Thangaraj, L. (2009). Retrospective observational study of the incidence of short-term indwelling urinary catheters in elderly patients with neck of femur fractures. *Geriatrics Gerontology*. Vol.9, pp. 131-134. Retrieved from EBSCOhost.
- Kelly-Hayes (2000). Avaliação Funcional. In Hoeman, S. (2ª Edição), *Enfermagem de reabilitação: aplicação e processo* (pp. 161-172). Loures: Lusociência - Edições Técnicas e Científicas, Lda.
- Kim, Hunkyung (2007). Effectiveness of Multidimensional Exercises for the Treatment of Stress Urinary Incontinence in Elderly Community-Dwelling Japanese Women: A Randomized, Controlled, Crossover Trial, *JAGS*. Nº 55, pp. 1932–1939. Retrieved from EBSCOhost.
- Kumari, Santosh; Singh, A. J.; Jain, Vanita (2008). Treatment Seeking Behavior For Urinary Incontinence Among North Indian Women. *Indian J Med Sci*, Vol 62, Nº 9, pp. 354 – 358. Retrieved from EBSCOhost.
- Lee, Christina; Johnson, Claire; Chiarelli, Pauline (2005). Women´s Waterworks: Evaluating an early intervention for incontinence among adult women. *Australian and New Zealand Continence Journal*. Vol. 11, Nº 1, pp. 11-15. Retrieved from EBSCOhost.
- Loeb, M.; Hunt, D.; O´Halloran, K., et. al. (2008). Stop Orders to Reduce Inappropriate Urinary Catheterization in Hospitalized Patients: A Randomized Controlled Trial. *Journal General Internal Medicine*. Vol. 23, Nº 6, pp. 816-820. Retrieved from EBSCOhost.
- López, F.; Fuertes, A. (1999). *Para compreender a sexualidade*. Lisboa: Associação para o planeamento da Família.
- Loureiro, Cândida (2001). A sexualidade humana e o papel do enfermeiro. In *Informar*. Ano VI, Jan./Abril, Nº 24, pp.32-34.
- Madeo, M.; Roodhouse, A. (2009). Reducing the risks associated with urinary catheters. *Nursing Standard*. Vol. 23, pp. 47-54. Retrieved from EBSCOhost.
- Magalhães, A.; Chiocheta, F. (2008). Diagnósticos de enfermagem para pacientes portadores de bexiga neurogênica. *Revista Gaúcha de Enfermagem*. Vol. 23, Nº 1. Retrieved from EBSCOhost.
- Milsom, I.; Irwin, D.; Hunskaar, S., et. al. (2006). Population-Based Survey of Urinary Incontinence, Overactive Bladder, and Other Lower Urinary Tract

Symptoms in Five Countries: Results of the EPIC Study. *European Urology*. N^o 50. pp. 1306–1315. Acedido em 20 Fevereiro, 2012, de http://www.urosource.com/fileadmin/user_upload/european_urology/PIIS030228380601116X.pdf.

- Monteiro, Luís A. (2010). *Urologia Fundamental na prática clínica: Incontinência Urinária*. Lisboa: Lidel – Edições Técnicas, Lda.
- Oliveira, Kátia; Rodrigues, A.; Paula, A. (2007). Técnicas Fisioterapêuticas no Tratamento e Prevenção da Incontinência Urinária de Esforço na Mulher. *Revista Electrónica F@pciência*. Apucarana. Vol.1, N^o 1, pp. 31-40. Acedido em 12 Fevereiro, 2011, de http://www.fap.com.br/fapciencia/001/edicao_2007/004.pdf.
- Ordem Dos Enfermeiros (2003). *Competências dos Enfermeiros de Cuidados Gerais*. Lisboa. Acedido em 21 Março, 2012, de <http://www.ordemenfermeiros.pt/publicacoes/Documents/CompetenciasEnfCG.pdf>
- Ordem Dos Enfermeiros (2009). *Guia de Boa Prática de Cuidados de Enfermagem à Pessoa com Traumatismo Vertebro-Medular*. Lisboa.
- Ordem Dos Enfermeiros (2009). *Sistema de Individualização das especialidades clínicas em enfermagem (SIECE). Individualização e reconhecimento de especialidades clínicas em enfermagem. Perfil de competências comuns e específicas de enfermeiro especialista*. Lisboa. Acedido em 11 Abril, 2012, de <http://www.ordemenfermeiros.pt/AEnfermagem/Paginas/DesenvolvimentoProfissional.aspx>.
- Ordem Dos Enfermeiros (2010). *Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação*. Lisboa. Acedido em 19 Dezembro, 2010, de http://www.ordemenfermeiros.pt/legislacao/Documents/LegislacaoOE/RegulamentoCompetenciasReabilitacao_aprovadoAG20Nov2010.pdf.
- Pires, M. (2000). Eliminação e Continência Vesical. In Hoeman, S. (2^a Edição), *Enfermagem de reabilitação: aplicação e processo* (pp. 453-487) Loures: Lusociência - Edições Técnicas e Científicas, Lda.
- Rowley, S.; Ruffell, A.; Beer, J. (2010). High Impact Actions: Fighting Infection. *Nursing Management*. Vol. 17, N^o 16. pp.14-19. Acedido em 2 Março, 2012, de

<http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=a9h&AN=54378711&site=ehost-live>.

- Serviço de Higiene e Epidemiologia da Faculdade de Medicina da Universidade do Porto (2008). *Prevalência e Tratamento de Incontinência Urinária na População Portuguesa Não Institucionalizada*. Porto. Acedido em 12 Fevereiro, 2011, de http://medicosdeportugal.saude.sapo.pt/content_files/cms/pdf/pdf_90e1357833654983612fb05e3ec9148c.pdf.
- Silva, L.; Lopes, M.H. (2009). Incontinência urinária em mulheres: razões da não procura por tratamento. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*. Nº 43, pp. 72-78. Acedido em 12 Fevereiro, 2011, de http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-62342009000100009
- Temml, C.; Heidler, S.; Ponholzer, A., et. al. (2005). Prevalence of the Overactive Bladder Syndrome by Applying the International Continence Society Definition. *European Urology*. Nº 48, pp. 622-627. Acedido em 12 Fevereiro, 2011, de [http://www.europeanurology.com/article/S0302-2838\(05\)00271-X/pdf/Prevalence+of+the+Overactive+Bladder+Syndrome+by+Applying+the+International+Continence+Society+Definition](http://www.europeanurology.com/article/S0302-2838(05)00271-X/pdf/Prevalence+of+the+Overactive+Bladder+Syndrome+by+Applying+the+International+Continence+Society+Definition).
- Tolentino, G.; Mantellatto, V.; Zanotto, C., et. al. (2006). Micturition diary as a behavioural therapy and its importance in the rehabilitation of neurogenic bladder. *Mundo Saúde*. Vol 30, Nº 1, pp. 171-174. Retrieved from EBSCOhost.
- Tomey, Ann M.; Alligood, Marriner R. (2004). *Teóricas de Enfermagem e a Sua Obra (Modelos e Teorias de Enfermagem)*. (5ª edição). Lisboa: Lusociência.
- Voss, A. (2009). Incidence and Duration of Urinary Catheters in Hospitalized Older Adults, Before and After Implementing a Geriatric Protocol. *Journal of Gerontological Nursing*. Vol. 35, pp. 35-41. Retrieved from EBSCOhost.

ANEXOS

Anexo I - Causas da Incontinência Urinária Aguda ou Transitória

Anexo I - Causas da Incontinência Urinária Aguda ou Transitória

FACTOR	IMPORTÂNCIA CLÍNICA
Estado transitório de confusão mental, desorientação, alucinações ou delírios causado por doença sistémica aguda, desequilíbrio metabólico ou toxicidade por álcool, medicamentos ou anestesia	Por vezes associada a IU aguda nos idosos; tratamento da causa subjacente à perturbação delirante pode resolver a IU ou devolver a pessoa ao estado de continência prévia.
Infecção do tracto urinário (ITU)	Embora muitos investigadores tenham documentado uma associação entre IU e ITU, continua por esclarecer se a infecção provoca IU ou primeiro actua como factor de risco para as ITU's.
Uretrite e vaginite atroficas	A atrofia genito-urinária está associada a múltiplos sintomas de desconforto, incluindo secura vaginal e prurido, bem como urgência urinária; no entanto, a terapêutica hormonal de substituição sistémica pode aumentar ligeiramente a frequência de IU, enquanto a eficácia da terapêutica de substituição local ainda não foi devidamente estudada.
Fármacos (vários agentes)	Diuréticos (aumentam a produção de urina); Agonistas α – adrenérgicos (diminuem a resistência uretral); Anticolinérgicos (contractilidade do detrusor diminuída, aumentando o risco de retenção urinária e IU <i>por extravasão</i>); Hipnóticos e sedativos (reduzem a atenção e a capacidade de resposta ao estímulos da micção).
Excesso de produção de urina (poliúria)	Elevada diurese aumenta o risco de IU; São causas possíveis: Diabetes Mellitus não diagnosticada ou mal controlada; Elevado volume de ingestão de líquidos (pode ser adoptada como uma estratégia comportamental para diminuir o apetite e perder peso); Diabetes insipidus (problema invulgar por vezes associada a traumatismos craneoencefálicos).
Mobilidade restrita	Interfere com a capacidade do doente em completar o acto de micção.
Obstipação	Aumenta o risco de IU e retenção urinária, principalmente nos idosos e nas crianças.

Fonte: Gray & Moore, 2012, p. 124.

Anexo II – Tipos de Incontinência Urinária Instalada - Conceitos

Anexo II – Tipos de Incontinência Urinária Instalada - Conceitos

A **IU por urgência** é definida pela perda de urina associada a um desejo urgente de urinar causado por uma contracção involuntária do detrusor (Gray & Moore, 2012).

A **IU de Esforço** ocorre quando qualquer actividade física que provoque um aumento da pressão intra-abdominal (tossir, espirrar, rir, levantar um objecto pesado) provoca perda involuntária de urina. É caracterizada pela perda de urina na ausência de urgência em urinar. É atribuída a dois factores: prolapso de órgão pélvico (Quadro 1) e disfunção do esfíncter interno (Quadro 2). É mais frequente nas mulheres, podendo, no entanto, também ocorrer nos homens submetidos a prostatectomia. Estudos revelam que mais de 90% dos homens submetidos a prostatectomia, têm IU de esforço imediatamente após a remoção do cateter vesical (que se pode prolongar até aos seis meses) e que cerca de 20% terão IU persistente, requerendo intervenções especializadas (Gray & Moore, 2012). Importa referir que, em média, em Portugal são diagnosticados cerca de 4000 novos caso de Adenocarcinoma da próstata por ano, num universo Europeu de 650 000 novos casos por ano (Dias, 2010). Sendo a terapêutica de primeira linha para esta patologia a prostatectomia radical, esta população merece toda a atenção dos Enfermeiros Especialistas em Enfermagem de Reabilitação para a prestação de cuidados especializados.

A **IU Mista** é uma combinação da IU de esforço e da IU por urgência (Gray & Moore, 2012).

A **IU Extra-uretral** ocorre quando a perda de urina não acontece pelo orifício da uretra. A perda extra-uretral surge de uma de três fontes: procedimentos de cirurgia reconstrutiva (ex: conduto ileal de Bricker), ectopia urinária (resultante de uma anomalia congénita do ureter, da bexiga ou da uretra) ou por fístula urinária (ex: fístula vesico-vaginal) (Gray & Moore, 2012).

A **IU Funcional** é definida como a perda de urina causada pela incapacidade funcional da pessoa (quer seja por deficit de mobilidade, de destreza e/ou cognitivo), que a impossibilita de chegar à casa de banho e de se despir em tempo útil, sem que haja perda de urina. (Gray & Moore, 2012).

Quadro 1 - Factores de Risco para Prolapso Urogenital

Factores constitucionais	Idade Antecedentes familiares (familiar de primeiro grau com prolapso) Anomalias congénitas (por ex., mielodisplasia, agenesia do sacro ou ânus imperfurado)
Factores obstétricos	Paridade (o risco aumenta proporcionalmente com o número de gravidezes) Parto vaginal: risco aumenta quando acontece o seguinte: Laceração Episiotomia Uso de fórceps Parto de um bebé grande para o seu tempo de gestação
Factores ginecológicos	Pós – menopausa
Obesidade	Índice de massa corporal
Cirurgia	Histerectomia
Actividade física	Factores relacionados com o emprego (levantamento repetitivo) Actividade física de elevado impacto (por ex., paraquedismo, corrida de grande distância, ginástica ou exercícios aeróbicos de alto impacto)
Tosse crónica	Fumador de longa duração Doença pulmonar crónica obstrutiva
Obstipação crónica	Embora exista claramente uma relação entre a obstipação e o prolapso de órgão pélvico, a natureza desta relação continua por definir.
Uso prolongado de esteróides	O uso crónico de esteróides e as diferenças no metabolismo dos esteróides endógenos pode aumentar o risco de prolapso de órgão pélvico.

Fonte: Gray & Moore, 2012, p. 126.

Quadro 2 – Causas de Disfunção do Esfíncter Interno

Factores Neurológicos	<p>Lesão vertebro-medular que afecta os segmentos da coluna S2 a S4</p> <p>Anomalias congénitas que afectam a medula espinhal lombo-sagrada</p> <p>Mielodisplasia</p> <p>Agenesia sagrada</p> <p>Distúrbios adquiridos que afectam a medula espinhal lombo-sagrada</p> <p>Síndrome de cauda equina</p> <p>Estenose espinhal</p> <p>Distúrbios do nervo periférico</p> <p>Fractura do osso pélvico</p> <p>Polineuropatia associada a diabetes mellitus, alcoolismo crónico, etc.</p>
Causas Iatrogénicas	<p>Procedimentos de suspensão uretral nas mulheres (particularmente cirurgias múltiplas)</p> <p>Plastia da uretra</p> <p>Incisão no colo vesical</p> <p>Prostatectomia radical</p> <p>Ressecção transuretral da próstata</p>

Fonte: Gray; Moore, 2012, p. 127

A **IU por Refluxo** é definida pela incapacidade de esvaziar completamente a bexiga no momento da micção, ou uma total incapacidade de urinar, ocorrendo uma perda de urina quando a hiperdistensão da bexiga cria uma pressão excessiva em relação à capacidade de coaptação uretral. Normalmente, resulta de um quadro de retenção urinária aguda e é uma situação de emergência que requer intervenção imediata - cateterização da bexiga (Gray & Moore, 2012).

Anexo III – Disreflexia Autónoma

Anexo III – Disreflexia Autônoma

É uma resposta exagerada do sistema nervoso simpático a um estímulo nociceptivo abaixo do nível de Lesão Medular, criando uma crise aguda, potencialmente fatal, surgindo particularmente em pessoas com lesão completa a nível cervical ou dorsal alto, até ao nível de D6

Pode ocorrer a qualquer momento, após o período de choque medular, à medida que os movimentos espásticos substituem a flacidez, quando retornam os reflexos vasomotores mediados pelo sistema nervoso simpático. Uma primeira ocorrência pode acontecer entre três semanas e seis anos após o traumatismo.

Os sinais de disreflexia autônoma são de instalação aguda e podem não estar todos presentes, à exceção da hipertensão e da bradicardia.

Sinais e sintomas de Disreflexia Autônoma

- Hipertensão arterial
- Bradicardia
- Cefaleia intensa
- Ansiedade
- Congestão nasal
- Sabor metálico na boca
- Broncoespasmo
- Visão turva
- Tonturas
- Náuseas
- Arrepios sem hipertermia
- Diaforese, sensação de calor, erecção e sudorese acima da lesão
- Palidez abaixo da lesão

Causas de Disreflexia Autônoma

Urinárias	<ul style="list-style-type: none">• Distensão vesical• Manipulação/tracção de cateter vesical• Infecção urinária• Cálculos renais e vesicais• Realização de cistoscopia, ecografia vesical, exames urodinâmicos
Intestinais	<ul style="list-style-type: none">• Distensão intestinal• Impactação de fecalomas• Realização de toque rectal• Introdução de supositórios
Cutâneas	<ul style="list-style-type: none">• Úlceras de pressão• Suturas operatórias infectadas• Unhas encravadas• Temperaturas extremas• Roupas apertadas

Genitais	<ul style="list-style-type: none"> • Estimulação genital durante a actividade sexual • Orquites • Cólicas menstruais • Parto • Realização de exame ginecológico
Músculo-esqueléticas	<ul style="list-style-type: none"> • Fracturas
Cardiovasculares/ Cardiorespiratórias	<ul style="list-style-type: none"> • Trombose venosa profunda • Embolia pulmonar • Angina/enfarte do miocárdio • Pneumonia
Outras	<ul style="list-style-type: none"> • Úlcera gástrica • Refluxo esofágico • Cólicas biliares • Abdómen agudo • Medicação (digoxina, nor-epinefrina IV) • Realização de exames radiológicos
<p>Se não for rapidamente diagnosticada, tratada e revertida, tem como consequência potenciais convulsões, edema pulmonar agudo, hemorragia subaracnoideia, acidente vascular cerebral, enfarte do miocárdio, paragem cardíaca.</p>	

<p><u>Intervenções de Enfermagem</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - Elevação da cabeceira (diminuir a PA pelo ortostatismo) - Identificar e remover estímulo traumatizante: <ul style="list-style-type: none"> 1º - Verificar a eliminação vesical <ul style="list-style-type: none"> - Pesquisa de globo vesical (distensão e contracções vesicais são a causa principal) – esvaziar se necessário (lentamente); - Verificar permeabilidade da algália <ul style="list-style-type: none"> Dobras ou clamps no tubo de drenagem Válvula com funcionamento deficiente Saco colector cheio <p><u>Intervenção:</u> desobstruir/remover/realgalhar/desfazer a dobra/substituir</p> <ul style="list-style-type: none"> - Equacionar outros problemas – cálculos, infecções, dissinergia detrusor esfinteriana - Interromper procedimentos (se se aplicar) – cistoscopia por exemplo 2º - Verificar eliminação intestinal <ul style="list-style-type: none"> - Pesquisa e remoção de fecalomas - Interromper procedimentos (se se aplicar) – Por exemplo: enema, exame endoscópico 3º - Pesquisar outras causas de estimulação
--

- Verificar zonas de pressão sobre proeminências ósseas, órgãos genitais
- Verificar roupas/ligaduras apertadas
- Verificar traumatismos/feridas (unhas encravadas por exemplo) ou infecções/tromboflebitas
- Verificar ambiente (temperaturas extremas); Nas mulheres, período menstrual
- Chamar médico
- Ter preparada terapêutica anti-hipertensora e material para emergência
- Após a situação estar resolvida:
- Tomar medidas preventivas sobre as causas identificadas
- **MUITO IMPORTANTE:** Educação do doente e cuidadores

Fonte: Ordem Dos Enfermeiros, 2009, pp. 254-257

Anexo IV – História de Enfermagem Para Pessoas com Incontinência Urinária

Anexo IV – História de Enfermagem Para Pessoas com Incontinência Urinária

Características da Incontinência Urinária

Início e duração

Frequência

Horário (diurno, noturno, ambos)

Factores precipitantes (tosse, espirro, riso, exercício, mudanças de posição, lavagem das mãos, outros)

Urgência associada

Quantidade das perdas

Tipo de perdas (jacto ou gotejo contínuo)

Uso de fraldas ou pensos protectores

Padrão de higiene

Frequência diurna

Frequência noturna

Sintomas genito-urinários associados

Percepção da plenitude da bexiga

Capacidade para atrasar a micção

Sensação de esvaziamento incompleto da bexiga

Gotejamento pós-miccional

Sintomatologia obstrutiva (hesitação, diminuição ou interrupção do jacto, esforço miccional)

Sintomatologia de infecção urinária (disúria, hematúria)

História genito-urinária

Partos

Cirurgia (pélvica ou da porção inferior do aparelho urinário)

Infecções urinárias de repetição

Tratamento e resultados de incontinência anterior (medicamentos, exercícios pélvicos, cirurgia, dilatações)

História médica relevante

Doença aguda

Depressão

Diabetes Mellitus

Doença neurológica (p.ex., acidente vascular cerebral, doença de Parkinson, demência)

Doença cardiovascular (p.ex., hipertensão, insuficiência cardíaca congestiva)

Doença Renal

Problemas intestinais (obstipação, fecalomas, incontinência)

Problemas psicológicos (depressão, doença mental)

Doença Neoplásica

Medicamentos (incluindo os não prescritos)

Factores ambientais

Acessibilidade à casa de banho

Distância à casa de banho

Uso de ajudas técnicas durante a ida à casa de banho

Fonte: Pires, 2000, In Hoeman, 2000, p. 470

Anexo V – Avaliação da Pessoa com alterações da Eliminação Vesical

Anexo V – Avaliação da Pessoa com alterações da Eliminação Vesical

Avaliação cognitiva

Estado mental

Humor

Motivação

Mobilidade

Destreza manual (habilidade para se despir para eliminar)

Marcha e equilíbrio (velocidade da marcha, uso de ajudas técnicas)

Exame neurológico

Observação abdominal

Cicatrizes

Distensão da bexiga

Hipersensibilidade suprapúbicas

Massas

Observação da região pélvica

Estado da pele

Sinais de infecção

Reflexo bulbocavernoso

Mulheres – vaginite atrófica, relaxamento pélvico ou outras anomalias

Exame rectal

Tónus esfíncteriano

Pesquisa de Fecaloma

Prova da resposta ao esforço (com a bexiga cheia)

Deitado e de pé

Outros

Sinais de insuficiência cardíaca congestiva (dispneia, edema dos membros inferiores)

Fonte: Pires, 2000, In Hoeman, 2000, p. 470

Anexo VI – Opções de Tratamento para a Incontinência Urinária Instalada

Anexo VI – Opções de Tratamento para a Incontinência Urinária Instalada

TIPOS DE IU	OPÇÕES DE TRATAMENTO
IU de esforço	<p>Comportamental*:</p> <ul style="list-style-type: none"> Aconselhamento hídrico e dietético Exercício dos músculos do pavimento pélvico Treino de hábitos para esvaziamento vesical Perda de peso e cessação tabágica Pessário <p>Farmacológico†:</p> <ul style="list-style-type: none"> Antidepressivos tricíclicos (imipramina) Inibidor da recaptção de serotonina e norepinefrina (duloxetine) <p>Cirúrgico:</p> <ul style="list-style-type: none"> <i>Bulking agents</i> suburetrais Procedimentos retropúbicos (colposuspensão de Burch) Procedimentos transvaginais com agulha Cirurgia da faixa (<i>sling</i>) suburetral Esfíncter urinário artificial
IU Neurogénica	<p>Comportamental:</p> <ul style="list-style-type: none"> Exercícios dos músculos do pavimento pélvico Treino de hábitos para esvaziamento vesical Electroestimulação (transvaginal, transrectal, transcutânea) <p>Farmacológico:</p> <ul style="list-style-type: none"> Antimuscarínicos/anticolinérgicos Antagonistas tricíclicos <p>Cirúrgico (raro):</p> <ul style="list-style-type: none"> Procedimentos de aumento (enterocistoplastia de aumento, auto-aumento, gastrocistoplastia) Estimulação eléctrica (dispositivo implantado cirurgicamente) Derivação urinária
IU mista Gotejo pós-miccional	<p>Associação de intervenções, tratamento inicial focado no tipo de IU mais “predominante” (mais incómoda e mais grave)</p> <p>Comportamental:</p> <ul style="list-style-type: none"> Massagem da uretra bulbar (homem) ou exercícios de fortalecimento dos músculos do pavimento pélvico <p>Cirúrgico:</p> <ul style="list-style-type: none"> Remoção do divertículo suburetral
IU pós prostatectomia radical	<p>Comportamental*:</p> <ul style="list-style-type: none"> Exercício dos músculos do pavimento pélvico Dispositivo de barreira uretral (pinça peniana) Dispositivos urinários para incontinência masculina e produtos Absorventes <p>Farmacológico:</p> <ul style="list-style-type: none"> Antimuscarínicos/ Imipramina <p>Cirúrgico:</p> <ul style="list-style-type: none"> Cirurgia da faixa suburetral Esfíncter urinário artificial

IU por Refluxo	<p>Comportamental: Exercício dos músculos do pavimento pélvico Micção programada Cateterização periódica</p> <p>Farmacológico: Antimuscarínicos/antiespasmódicos (geralmente combinados com cateterização intermitente) Antagonistas α-adrenérgicos (geralmente combinados com dispositivo peniano externo para incontinência urinária masculina – <i>pen rose</i>)</p> <p>Cirúrgico: Esfincterotomia transuretral (combinada com dispositivo peniano externo para incontinência urinária masculina – <i>pen rose</i>) Injecção transuretral de toxina botulínica Procedimentos de aumento (enterocistoplastia de aumento, auto-aumento, gastrocistoplastia) Derivação urinária</p>
Incontinência Funcional	<p>Comportamental: Remoção de barreiras ambientais no acesso aos sanitários Intervenções para maximizar a mobilidade e destreza</p>
Incontinência extra-uretral	<p>Cirúrgico: Correcção cirurgica da fístula Reconstrução da uretra ectópica, bexiga ou ureter</p>
Retenção urinária	<p>Comportamental: Micção prolongada Cateterização vesical intermitente</p> <p>Farmacológico: Antagonistas α-adrenérgicos Finasterida (limitada a homens com hiperplasia da próstata)</p> <p>Cirúrgico: Reconstrução ou ressecção de lesão cirúrgica</p>

* Opções comportamentais incluem conselhos gerais sobre dieta, cessação tabágica, perda de peso, correcção de hábitos intestinais, frequência de micção e exercícios do pavimento pélvico.

† Agentes específicos nesta categoria estão disponíveis na Europa, mas não foram aprovados pela Administração de Alimentos e Medicamentos (FDA) dos Estados Unidos.

Fonte: Gray & Moore, 2012, p. 141-142

Anexo VII – Exemplo de Protocolo de Treino Vesical (Supressão da Urgência)

Anexo VII – Exemplo de Protocolo de Treino Vesical (Supressão da Urgência)

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

Fonte: Gray & Moore, 2012, p. 151

Anexo VIII – Medida de Independência Funcional - MIF

Anexo VIII - Medida de Independência Funcional – MIF

A Medida de Independência Funcional permite avaliar a capacidade da pessoa em satisfazer as suas necessidades humanas fundamentais, bem como os resultados da reabilitação.

Preconiza a avaliação de duas áreas: a motora e a cognitiva. A avaliação motora compreende 13 itens, que estão subdivididos em quatro categorias: cuidados pessoais, controle de esfíncteres, mobilidade/transferência e locomoção.

A avaliação cognitiva compreende 5 itens, subdivididos em duas categorias: a comunicação e cognição social.

Para cada item atribui-se uma nota que varia de 1 - assistência total; 2 – assistência máxima; 3 - assistência moderada; 4 – assistência com o mínimo de contacto; 5 - supervisão ou estrutura; 6 - independência modificada; 7=independência completa.

O total máximo é 126 pontos, que indicam independência total e o mínimo é de 18 pontos, que indicam dependência total.

- 1 - ASSISTÊNCIA TOTAL**
- 2 - ASSISTÊNCIA MÁXIMA**
- 3 - ASSISTÊNCIA MODERADA**
- 4 - ASSISTÊNCIA COM O MÍNIMO DE CONTACTO**
- 5 - SUPERVISÃO OU ESTRUTURA**
- 6 - INDEPENDÊNCIA MODIFICADA (com ajuda técnica)**
- 7 - INDEPENDÊNCIA COMPLETA (em segurança, tempo normal)**

1 - ASSISTÊNCIA TOTAL

Assistência total é necessária ou a tarefa não é realizada. Utiliza menos do que 25% do esforço necessário para realizar a tarefa

2 - ASSISTÊNCIA MÁXIMA

Utiliza menos de 50% do esforço necessário para realizar a tarefa, mas não necessita de auxílio total

3 - ASSISTÊNCIA MODERADA

Necessita de uma moderada quantidade de assistência, mais do que simplesmente tocar, possibilitando a execução da actividade (realiza 50% do esforço necessário na tarefa)

4 - ASSISTÊNCIA COM O MÍNIMO DE CONTACTO

Necessita de uma mínima quantidade de assistência, um simples tocar, possibilitando a execução da actividade (realiza 75% do esforço necessário na tarefa)

5 - SUPERVISÃO OU ESTRUTURA

Sujeito necessita somente supervisão ou comandos verbais ou modelos para realizar a tarefa sem a necessidade de contacto ou ajuda é somente para preparo da tarefa quando necessário

6 - INDEPENDÊNCIA MODIFICADA

Capaz de realizar tarefas com recursos auxiliares, necessitando de mais tempo, porém realiza de forma segura e totalmente independente

7 - INDEPENDÊNCIA COMPLETA

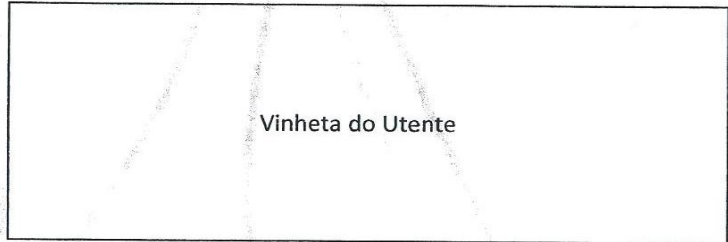
Toda a tarefa que envolve uma actividade, é realizada de forma segura, sem modificações ou recursos auxiliares, dentro de um tempo razoável.

Fonte: Kelly-Hayes, 2000, In Hoeman, 2000, p. 167

Documento utilizado no Centro de Reabilitação

Medida de Independência Funcional - (MIF)

	Esq	Dto
(1) SRA	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(2) SRPD	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(3) SRA	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>



MEDIDA DE INDEPENDÊNCIA FUNCIONAL (MIF)

Internado a: / / Avaliação intercalar: / / Alta a: / /

NIVEIS	
SEM AJUDA	7 - Independência completa (em segurança, em tempo normal) 6 - Independência modificada (ajuda técnica)
COM AJUDA	<i>Dependência modificada</i> 5 - Supervisão 4 - Ajuda mínima (indivíduo ≥ 75%) 3 - Ajuda Moderada (indivíduo ≥ 50%) <i>Dependência completa</i> 2 - Ajuda Máxima (indivíduo ≥ 25%) 1 - Ajuda Total (indivíduo ≥ 0%)

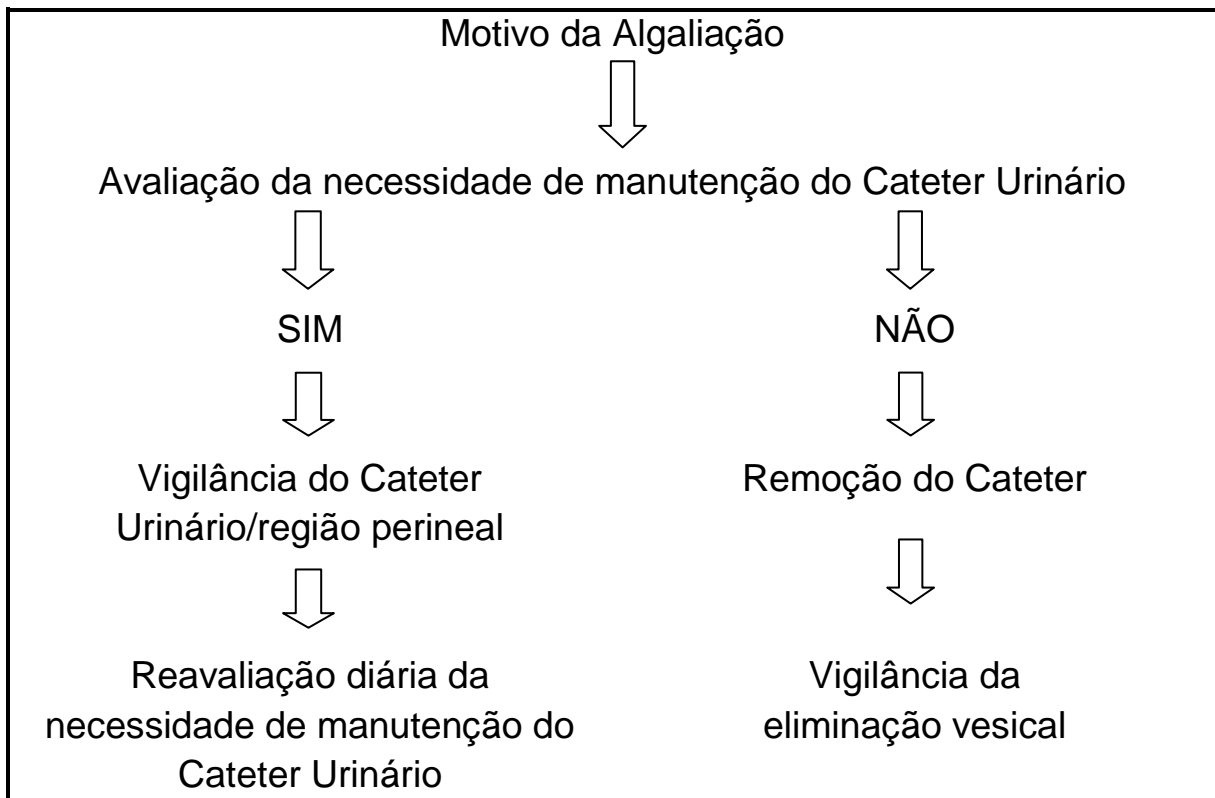
AUTO-CUIDADOS	ADMISSÃO	AV.INT.	ALTA												
A-Alimentação	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>												
B-Higiene Pessoal	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>												
C-Banho (lavar corpo)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>												
D-Vestir metade superior	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>												
E-Vestir metade inferior	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>												
F-Utilização da sanita	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>												
CONTROLO DOS ESFINCTERES															
G-Vesical	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>												
H-Intestinal	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>												
TRANSFERÊNCIAS:															
I-Cama, Cadeira, Cadeira de Rodas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>												
J-Sanitário	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>												
K-Banheira, Duche	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>												
LOCOMOÇÃO															
L-Marcha/Cadeira de Rodas	<table border="1"><tr><td>M</td><td><input type="checkbox"/></td></tr><tr><td>CR</td><td><input type="checkbox"/></td></tr></table>	M	<input type="checkbox"/>	CR	<input type="checkbox"/>	<table border="1"><tr><td>M</td><td><input type="checkbox"/></td></tr><tr><td>CR</td><td><input type="checkbox"/></td></tr></table>	M	<input type="checkbox"/>	CR	<input type="checkbox"/>	<table border="1"><tr><td>M</td><td><input type="checkbox"/></td></tr><tr><td>CR</td><td><input type="checkbox"/></td></tr></table>	M	<input type="checkbox"/>	CR	<input type="checkbox"/>
M	<input type="checkbox"/>														
CR	<input type="checkbox"/>														
M	<input type="checkbox"/>														
CR	<input type="checkbox"/>														
M	<input type="checkbox"/>														
CR	<input type="checkbox"/>														
M-Escadas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>												
1-SCORE SUB-TOTAL MOTOR (A-M)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>												
COMUNICAÇÃO															
N-Compreensão (auditiva/visual)	<table border="1"><tr><td>A</td><td><input type="checkbox"/></td></tr><tr><td>V</td><td><input type="checkbox"/></td></tr></table>	A	<input type="checkbox"/>	V	<input type="checkbox"/>	<table border="1"><tr><td>A</td><td><input type="checkbox"/></td></tr><tr><td>V</td><td><input type="checkbox"/></td></tr></table>	A	<input type="checkbox"/>	V	<input type="checkbox"/>	<table border="1"><tr><td>A</td><td><input type="checkbox"/></td></tr><tr><td>V</td><td><input type="checkbox"/></td></tr></table>	A	<input type="checkbox"/>	V	<input type="checkbox"/>
A	<input type="checkbox"/>														
V	<input type="checkbox"/>														
A	<input type="checkbox"/>														
V	<input type="checkbox"/>														
A	<input type="checkbox"/>														
V	<input type="checkbox"/>														
O-Expressão (vocal/não vocal)	<table border="1"><tr><td>V</td><td><input type="checkbox"/></td></tr><tr><td>NV</td><td><input type="checkbox"/></td></tr></table>	V	<input type="checkbox"/>	NV	<input type="checkbox"/>	<table border="1"><tr><td>V</td><td><input type="checkbox"/></td></tr><tr><td>NV</td><td><input type="checkbox"/></td></tr></table>	V	<input type="checkbox"/>	NV	<input type="checkbox"/>	<table border="1"><tr><td>V</td><td><input type="checkbox"/></td></tr><tr><td>NV</td><td><input type="checkbox"/></td></tr></table>	V	<input type="checkbox"/>	NV	<input type="checkbox"/>
V	<input type="checkbox"/>														
NV	<input type="checkbox"/>														
V	<input type="checkbox"/>														
NV	<input type="checkbox"/>														
V	<input type="checkbox"/>														
NV	<input type="checkbox"/>														
COGNICÃO SOCIAL															
P-Interacção Social	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>												
Q-Resolução dos problemas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>												
R-Memória	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>												
2-SCORE SUB-TOTAL COGNITIVO (N-R)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>												
TOTAL (1+2)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>												

Médico _____
Ass. _____

Nota: Não deixe nenhum item em branco; se não estável marque 1.

Anexo IX – Algoritmo para a remoção de Cateteres Urinários

Anexo IX - Algoritmo para a remoção de Cateteres Urinários



Indicações para Algaliação Permanente

Necessidade de tratamento com recurso a elevadas doses de diuréticos

Balanço Hídrico

Retenção urinária Aguda sem possibilidade de tratamento com recurso a cateterização intermitente

Incontinência urinária total/úlceras de pressão de grande dimensão/pessoa em estágio terminal/situação em que o movimento provoque dor intensa

Cirurgia Urológica

História de dificuldade na Algaliação

Hematúria há mais de 24 horas

Fonte: Gotelli, J; Merryman, P; Carr, C., et. al., 2009, p. 39.

APÊNDICES

Apêndice I – Objectivos Específicos

Apêndice I - Objectivos Específicos

OBJECTIVOS ESPECÍFICOS	ACTIVIDADES A DESENVOLVER	RECURSOS	CRITÉRIOS DE AVALIAÇÃO
<p>1- Prestar cuidados de Enfermagem de Reabilitação à pessoa/família/cuidador para que mantenham, melhorem e recuperem a saúde, ajudando-os a atingir a sua máxima capacidade funcional tão rapidamente quanto possível</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Integrar a equipa de Enfermagem dos diferentes Serviços; - Conhecer as normas e protocolos dos Serviços; - Conhecer a pessoa, avaliando as suas necessidades e aplicando os conhecimentos teóricos adquiridos na área da Enfermagem de Reabilitação; - Realizar plano de cuidados; - Integrar precocemente a família/cuidadores no processo de reabilitação da pessoa; - Promover a participação da família/cuidadores na prestação de cuidados à pessoa; - Realizar sessões de educação para a saúde à pessoa/família/cuidadores para preparação da alta; - Garantir a continuidade dos cuidados prestados à pessoa na área da Enfermagem de Reabilitação promovendo a integração da equipa de cuidados gerais através de acções de formação nas passagens de turno e reuniões informais. 	<p>Humanos:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pessoa/Família - Enfermeiro Especialista em Reabilitação - Equipa de Enfermagem - Professor orientador <p>Materiais:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Livros, revistas ou publicações na área da Enfermagem de Reabilitação; - Processo clínico do doente; - Computador e internet; - Código deontológico do Enfermeiro e respectiva legislação; - Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação; - Normas e protocolos dos serviços <p>Físicos:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Serviço de Cirurgia Geral - Centro de Reabilitação 	<ul style="list-style-type: none"> - Ter integrado a equipa de enfermagem dos diferentes serviços, actuando de acordo com as suas normas e protocolos; - Ter realizado colheita de dados à pessoa e consultado o seu processo clínico, de forma a identificar as necessidades em Enfermagem de Reabilitação; - Ter elaborado planos de cuidados com a pessoa/família/cuidadores de forma a promover a autonomia; - Ter prestado cuidados de Enfermagem de Reabilitação, de acordo com os princípios éticos e deontológicos da profissão, bem como, de acordo com o Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação; - Ter realizado sessões de educação para a saúde com a pessoa/família/cuidadores; - Ter participado nas passagens de turno e em reuniões multidisciplinares para a tomada de decisão e avaliação de objectivos.

OBJECTIVOS ESPECÍFICOS	ACTIVIDADES A DESENVOLVER	RECURSOS	CRITÉRIOS DE AVALIAÇÃO
<p>2- Conhecer as estratégias implementadas pelos Enfermeiros de cuidados gerais e Especialistas em Enfermagem de Reabilitação, para a promoção da continência urinária e conforto da pessoa/família/cuidador</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Consulta do processo clínico; - Pesquisa da existência de normas e protocolos dos Serviços; - Conhecer as estratégias que são implementadas nesses Serviços. 	<p>Humanos:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pessoa/Família - Enfermeiro Especialista em Reabilitação - Equipa de Enfermagem <p>Materiais:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Processo clínico; - Normas e protocolos dos Serviços; - Equipamento e material disponível no local da prática clínica. <p>Físicos:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Serviço de Cirurgia Geral - Centro de Reabilitação 	<ul style="list-style-type: none"> - Ter realizado colheita de dados à pessoa e consultado o seu processo clínico, de forma a identificar as acções realizadas junto do mesmo para a promoção da continência urinária; - Ter consultado o manual de Normas e Protocolos dos Serviços; - Ter participado em sessões educação para saúde dirigidas à pessoa/família/cuidadores; - Ter participado no processo de avaliação dos resultados, referentes às estratégias implementadas pela equipa;

OBJECTIVOS ESPECÍFICOS	ACTIVIDADES A DESENVOLVER	RECURSOS	CRITÉRIOS DE AVALIAÇÃO
<p>3- Prestar cuidados de Enfermagem de Reabilitação à pessoa/família/cuidador com alteração na eliminação vesical, integrando-os no plano global de cuidados</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Conhecer as normas e protocolos dos Serviços; - Conhecer a pessoa, avaliando as suas necessidades e aplicando os conhecimentos teóricos adquiridos na área da Enfermagem de Reabilitação; - Realizar planos de cuidados; - Planear e implementar técnicas de reabilitação que promovam o conforto e o controlo da eliminação vesical, respeitando os hábitos de vida da pessoa; - Integrar precocemente a família/cuidadores no processo de reabilitação da pessoa; - Promover a participação da família/cuidadores na prestação de cuidados à pessoa; - Realizar sessões de educação para a saúde com a pessoa/família/cuidadores para preparação da alta; - Garantir a continuidade dos cuidados prestados à pessoa na área da Enfermagem de Reabilitação promovendo a integração da equipa de cuidados gerais através de acções de formação nas passagens de turno e reuniões informais. 	<p>Humanos:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pessoa/Família - Enfermeiro Especialista em Reabilitação - Equipa de Enfermagem - Professor orientador <p>Materiais:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Livros, revistas ou publicações na área da eliminação; - Processo clínico; - Computador e internet; - Código deontológico do enfermeiro e respectiva legislação; - Normas e protocolos dos Serviços; - Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Reabilitação - Equipamento e material disponível no local da prática clínica. <p>Físicos:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Serviço de Cirurgia Geral - Centro de Reabilitação 	<ul style="list-style-type: none"> - Ter consultado o manual de Normas e Protocolos dos Serviços; - Ter realizado colheita de dados à pessoa e consultado o seu processo clínico, de forma a identificar as necessidades em Enfermagem de Reabilitação na área da eliminação vesical; - Ter elaborado e implementado planos de cuidados com a pessoa/família/cuidadores de forma a promover a o controlo da eliminação vesical e o conforto; - Ter realizado sessões de educação para a saúde para a pessoa/família/cuidador; - Ter participado nas passagens de turno e em reuniões multidisciplinares para a tomada de decisão e avaliação de objectivos.

OBJECTIVOS ESPECÍFICOS	ACTIVIDADES A DESENVOLVER	RECURSOS	CRITÉRIOS DE AVALIAÇÃO
<p>4-Compreender a problemática da vivência da sexualidade das pessoas com deficiência e/ou alteração na eliminação vesical, tendo em conta a sua multifactorialidade e complexidade</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Conhecer a pessoa, avaliando as suas necessidades e aplicando os conhecimentos teóricos adquiridos na área da Enfermagem de Reabilitação; - Planear encontros com a pessoa e companheiro, em ambiente promotor da privacidade e facilitador da expressão de sentimentos, dúvidas e medos; - Integrar precocemente o companheiro no processo de reabilitação da pessoa; - Realizar sessões de educação para a saúde com a pessoa/companheiro para a promoção da vivência de uma sexualidade saudável e preparação da alta; - Garantir a continuidade dos cuidados prestados à pessoa na área da Enfermagem de Reabilitação promovendo a integração da equipa de cuidados gerais através de acções de formação nas passagens de turno e reuniões informais. 	<p>Humanos:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pessoa/Família - Enfermeiro Especialista em Reabilitação - Equipa de Enfermagem - Professor orientador <p>Materiais:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Livros, revistas ou publicações na área da sexualidade; - Processo clínico; - Computador e internet; - Código deontológico do enfermeiro e respectiva legislação; - Normas e protocolos dos serviços - Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação - Equipamento e material disponível no local da prática clínica. <p>Físicos:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Serviço de Cirurgia Geral - Centro de Reabilitação 	<ul style="list-style-type: none"> -Ter realizado colheita de dados e consultado o processo clínico, de forma a identificar as necessidades em Enfermagem de Reabilitação na área da sexualidade; - Ter promovido sessões de educação para a saúde com a pessoa/companheiro para a promoção da vivência de uma sexualidade saudável e preparação da alta; - Ter participado nas passagens de turno e em reuniões multidisciplinares para tomada de decisão e avaliação de objectivos.

OBJECTIVOS ESPECÍFICOS	ACTIVIDADES A DESENVOLVER	RECURSOS	CRITÉRIOS DE AVALIAÇÃO
<p>5- Desenvolver competências técnicas que permitam dar resposta às necessidades da Pessoa/Família com alterações da função respiratória</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Conhecer as normas e protocolos dos Serviços; - Conhecer a pessoa, avaliando as suas necessidades e aplicando os conhecimentos teóricos adquiridos na área da Enfermagem de Reabilitação; - Realizar planos de cuidados; - Planear e implementar sessões de Reeducação Funcional Respiratória; - Integrar precocemente a família/cuidadores no processo de reabilitação da pessoa; - Promover a participação da família/cuidadores na prestação dos cuidados; - Realizar sessões de educação para a saúde com a pessoa/família/cuidadores para preparação da alta; - Garantir a continuidade dos cuidados prestados à pessoa na área da Enfermagem de Reabilitação promovendo a integração da equipa de cuidados gerais através de acções de formação nas passagens de turno e reuniões informais. 	<p>Humanos:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pessoa/Família - Enfermeiro Especialista em Reabilitação - Equipa de Enfermagem - Professor orientador <p>Materiais:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Livros, revistas ou publicações na área da Reeducação Funcional Respiratória; - Processo clínico e radiológico; - Computador e Internet; - Código deontológico do enfermeiro e respectiva legislação; - Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação - Normas e protocolos dos serviços; - Equipamento e material disponível no local da prática clínica. <p>Físicos:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Serviço de Cirurgia Geral - Centro de Reabilitação 	<ul style="list-style-type: none"> - Ter consultado o manual de Normas e Protocolos dos serviços; - Ter realizado colheita de dados e consultado o processo clínico, de forma a identificar as necessidades em Enfermagem de Reeducação Funcional Respiratória ; - Ter elaborado um plano de cuidados com a pessoa/família/cuidador de forma a promover a sua autonomia; - Ter planeado e implementado planos de Reeducação Funcional Respiratória; - Ter realizado sessões de educação para a saúde para a pessoa/família/cuidador, na área da Reeducação Funcional Respiratória ; - Ter participado nas passagens de turno e em reuniões multidisciplinares para a tomada de decisão e avaliação de objectivos.

OBJECTIVOS ESPECÍFICOS	ACTIVIDADES A DESENVOLVER	RECURSOS	CRITÉRIOS DE AVALIAÇÃO
6- Desenvolver capacidades psicomotoras que permitam dar resposta às necessidades da Pessoa/Família com alteração motora, sensorial, cognitiva e da alimentação	<ul style="list-style-type: none"> - Conhecer as normas e protocolos dos Serviços; - Conhecer a pessoa, avaliando as suas necessidades e aplicando os conhecimentos teóricos adquiridos na área da Enfermagem de Reabilitação; - Realizar planos de cuidados; - Planear e implementar programas de treino das actividades de vida diária, posicionamentos, mobilizações, treino de marcha/cadeira de rodas e transferências; - Integrar precocemente a família/cuidadores no processo de reabilitação; - Promover a participação da família/cuidadores na prestação dos cuidados à pessoa; - Realizar sessões de educação para a saúde com a pessoa/família/cuidadores para preparação da alta; - Garantir a continuidade dos cuidados prestados à pessoa na área da Enfermagem de Reabilitação promovendo a integração da equipa de cuidados gerais através de acções de formação nas passagens de turno e reuniões informais. 	<p>Humanos:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pessoa/Família - Enfermeiro Especialista em Reabilitação - Equipa de Enfermagem - Professor orientador <p>Materiais:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Livros, revistas ou publicações na área da mobilidade; - Processo clínico; - Computador e internet; - Código deontológico do Enfermeiro e respectiva legislação; - Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação - Normas e protocolos dos Serviços; - Equipamento e material disponível no local da prática clínica. <p>Físicos:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Serviço de Cirurgia Geral - Centro de Reabilitação 	<ul style="list-style-type: none"> - Ter consultado o manual de Normas e Protocolos dos Serviços; - Ter realizado colheita de dados e consultado o processo clínico, de forma a identificar as necessidades em Enfermagem de Reabilitação; - Ter elaborado planos de cuidados com a pessoa/família/cuidador de forma a promover a sua independência; - Ter planeado e implementado programas de treino das actividades de vida diária, posicionamentos, mobilizações, treino da marcha/cadeira de rodas e transferências; - Ter realizado sessões de educação para a saúde para a pessoa/família/cuidador, na área das alterações da mobilidade; - Ter participado nas passagens de turno e em reuniões multidisciplinares para a tomada de decisão e avaliação de objectivos

OBJECTIVOS ESPECÍFICOS	ACTIVIDADES A DESENVOLVER	RECURSOS	CRITÉRIOS DE AVALIAÇÃO
<p>7- Desenvolver competências de gestão de cuidados e assegurar a continuidade dos Cuidados de Enfermagem</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Partilha de informação e evolução do estado de saúde da pessoa, com os diferentes elementos da equipa multidisciplinar; - Integração dos enfermeiros generalistas do Serviço, no plano de cuidados; - Partilha do plano de cuidados de reabilitação, com a equipa de enfermagem em passagens de turnos; 	<p>Humanos:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pessoa/Família - Enfermeiro Especialista em Reabilitação - Equipa de Enfermagem - Professor orientador <p>Materiais:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Livros, revistas ou publicações na área da gestão dos Cuidados de Enfermagem; - Processo clínico; - Computador e internet; - Código deontológico do Enfermeiro e respectiva legislação; - Normas e protocolos dos Serviços - Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação <p>Físicos:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Serviço de Cirurgia Geral - Centro de Reabilitação 	<ul style="list-style-type: none"> - Ter participado na tomada de decisão no seio da equipa multidisciplinar; - Ter integrado os enfermeiros generalistas do Serviço, na elaboração do plano de cuidados; - Ter partilhado o plano de cuidados de reabilitação, com a equipa de enfermagem em passagens de turnos; - Ter realizado registos de Enfermagem de Reabilitação, mobilizando os resultados da prática baseada na evidência para a melhoria dos cuidados prestados.

Apêndice II – Folha de registo de diurese para pessoas algaliadas

**Registos de Enfermagem de
Reabilitação**



Nome: _____

Idade: _____

Data de Admissão: _____

Intervenção Cirúrgica: _____

Data da Algaliação: _____

Motivo da Algaliação: _____

Registo de Diurese

Data	Turno	Volume Drenado	Características
	Noite		
	Manhã		
	Tarde		
	Noite		
	Manhã		
	Tarde		
	Noite		
	Manhã		
	Tarde		
	Noite		
	Manhã		
	Tarde		
	Noite		
	Manhã		
	Tarde		
	Noite		
	Manhã		
	Tarde		
	Noite		
	Manhã		
	Tarde		
	Noite		
	Manhã		
	Tarde		

Apêndice III – Folha para registo da avaliação da Eliminação Vesical

Registos de Enfermagem

de Reabilitação



Nome: _____

Idade: _____

Data de Admissão: _____

Diagnóstico: _____

Intervenção Cirúrgica: _____

Avaliação da Eliminação Vesical

<input type="checkbox"/> Sem Alteração	<input type="checkbox"/> Com Alteração <input type="checkbox"/> Disuria Características da Urina: Cor _____ Odor _____ <input type="checkbox"/> Polaquiuria Frequência _____ Volume de Urina _____ <input type="checkbox"/> Incontinência Urinária: Início _____ Factores precipitantes <input type="checkbox"/> Esforço/tossir/rir <input type="checkbox"/> Sente vontade e não consegue conter o impulso de urinar até chegar à casa de banho Quantidade perdida em cada episódio <input type="checkbox"/> Emissão breve e súbita <input type="checkbox"/> Emissão prolongada <input type="checkbox"/> Gotejamento contínuo
--	--

