

Mestrado em Enfermagem

Área de Especialização de Enfermagem de Reabilitação

Relatório de Estágio

**Promoção do Autocuidado à Pessoa com
Alteração na Eliminação Vesical:
Intervenção Especializada em
Enfermagem de Reabilitação**

Joel Dinis Silva Mendes Caseiro

**Lisboa,
2017**



Mestrado em Enfermagem

Área de Especialização de Enfermagem de Reabilitação

Relatório de Estágio

**Promoção do Autocuidado à Pessoa com
Alteração na Eliminação Vesical:
Intervenção Especializada em
Enfermagem de Reabilitação**

Joel Dinis Silva Mendes Caseiro N.º 467

Orientadora: Professora Doutora Vanda Marques Pinto

Co-orientador: Professor Ricardo Braga

Lisboa,

2017

Não contempla as correções resultantes da discussão pública



“A Persistência é o Caminho do Êxito”

Charles Chaplin

Agradecimento

Em primeiro lugar agradecer à Liliana Caseiro e Alice Caseiro, nascida neste percurso, pela paciência, pela força, pelo apoio e por estarem sempre aqui presentes, mesmo nos momentos de ausência.

Agradecer à restante família pelo apoio incondicional e presença assídua na minha vida.

Aos Amigos Ana Rita Elias, Rita Santos e João Burgal que muito prezo e nunca me faltaram apesar das distâncias.

À Sr^a Enfermeira Chefe Fernanda Dantas por me ter passado o bichinho da Enfermagem de Reabilitação e pela disponibilidade constante.

À Sr^a Enfermeira Chefe Fátima Assuda pela ajuda continua neste percurso.

Aos colegas de trabalho, nomeadamente, Enf.^a Alexandra Costa, Enf.^a Ana Lúcia Pedro e Enf.^o António Mesquita pelo apoio e disponibilidade para os períodos de ausência inerentes ao percurso que fiz.

Ao Sr.^o Enfermeiro e Professor Ricardo Braga pela disponibilidade de me acompanhar e orientar.

Aos Colegas do 7.^o Curso de Mestrado em Enfermagem de Reabilitação da Escola Superior de Enfermagem de Lisboa pelo companheirismo e pelos momentos de partilha, diversão e desespero.

Finalmente, a mim próprio por mais uma vez ter conseguido ultrapassar uma etapa na minha vida pessoal e profissional.

LISTA DE SIGLAS E ACRÓNIMOS

ACES – Agrupamento de Centros de Saúde

AHRQ - *Agency for Healthcare Research and Quality*

AVC – Acidente Vascular Cerebral

AVD – Atividades de Vida Diária

BHA – Bexiga Hiperativa

CER – Cuidados de Enfermagem de Reabilitação

CIPE - *Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem*

cm – Centímetros

CV – Continência Vesical

DGS – Direção Geral da Saúde

ECCEI – Equipa de Cuidados Continuados Integrados

EE – Enfermeiro Especialista

EEER - *Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação*

ELA – Esclerose Lateral Amiotrófica

EM – Esclerose Múltipla

ER – Enfermagem de Reabilitação

EV – Eliminação Vesical

ICS - *International Continence Society*

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

IU – Incontinência Urinária

OE – Ordem dos Enfermeiros

OMS – Organização Mundial da Saúde

REPE – Regulamento do Exercício Profissional dos Enfermeiros

RNCCI – Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados

RU – Retenção Urinária

SNC – Sistema Nervoso Central

UCC – Unidade de Cuidados na Comunidade

RESUMO

Mais de 400 milhões de pessoas perdem urina de forma involuntária, prevendo-se um aumento da prevalência de cerca de 10% (2013 a 2018). Em Portugal, a condição de Incontinência Urinária (IU), afeta cerca de 15% da população, sendo na mulher mais prevalente. A evidência científica demonstra um impacto negativo na qualidade de vida do cliente com IU, destacando a afeção psicossocial e económica. Os cuidadores informais são igualmente atingidos por esta condição incapacitante, devendo ser incluídos como parceiros nos Cuidados de Enfermagem de Reabilitação (CER), com vista à promoção do autocuidado e melhoria da qualidade de vida.

O Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação (EEER), pelas competências regulamentadas pela Ordem dos Enfermeiros (OE), atua no cliente e seu cuidador, na promoção do autocuidado a nível da Eliminação Vesical (EV), nomeadamente no planeamento e implementação de técnicas comportamentais, consideradas a primeira abordagem ao problema. Estas técnicas destacam-se como intervenções autónomas de Enfermagem de Reabilitação (ER), são educação sobre a afeção e estilo de vida saudável, programas de reeducação perineoesfincteriana como treino vesical, reeducação muscular do pavimento pélvico e *biofeedback*.

Este trabalho compreende o percurso na promoção do autocuidado na pessoa com alteração na EV, incutido na prática do EEER, o qual se desenvolveu em dois contextos da prática de cuidados distintos, de acordo com o trabalho de projeto elaborado. Os CER pautaram-se pela instrução, treino e supervisão de atividades de autocuidado, pelo suporte emocional e encaminhamento das necessidades de autocuidado identificadas. Este percurso permitiu compreender a importância de agentes de autocuidado na promoção da continência vesical (CV), através da implementação de estratégias facilitadoras ao autocuidado. O ensino e apoio de atividades de autocuidado à pessoa com alteração na EV são fulcrais na aquisição da capacidade de autocuidado eficiente e promotora da qualidade de vida, enaltecendo a importância do EEER no autocuidado.

Palavras-Chave: Autocuidado; Eliminação Vesical; Incontinência Urinária; Enfermagem de Reabilitação

ABSTRACT

More than 400 million people involuntarily lose urine, with a rate increase of around 10% (2013 to 2018) expected. In Portugal, a condition of Urinary Incontinence (UI), affects about 15% of the population, being the most prevalent woman. The scientific evidence shows a negative impact on the quality of life of the client with UI, highlighting a psychosocial and economic affection. The Rehabilitation Nursing Care (RNC), with a view to promoting self-care and improving the quality of life., with a view to promoting self-care and improving the quality of life.

The Nursing Specialist in Rehabilitation Nursing (NSRN), by competences regulated by the Order of Nurses (ON), acts in the client and its caregiver, in the promotion of self-care in the Bladder Elimination (BE), namely in the planning and implementation of behavioral techniques , considered the first approach to the problem. These techniques stand out as autonomous Rehabilitation Nursing (RN) interventions, are education about affection and healthy lifestyle, perineal and sphincter re-education programs such as bladder training, pelvic floor muscle re-education and biofeedback.

This work includes the course in the promotion of self-care in the person with a change in BE, instilled in the practice of NSRN, which developed in two contexts of the practice of distinct care, according to the elaborated project work. RNCs were guided by the instruction, training and supervision of self-care activities, emotional support and referral of identified self-care needs. This course allowed the understanding of the importance of self-care agents in the promotion of bladder continence, through the implementation of strategies to facilitate self-care. The teaching and support of self-care activities to the person with change in BE are central in the acquisition of the capacity for efficient self-care and promotion of quality of life, highlighting the importance of the NSRN in self-care.

Keywords: Self-care; Bladder Elimination; Urinary Incontinence; Nursing Rehabilitation

ÍNDICE

INTRODUÇÃO	10
1. ANATOMO-FISIOLOGIA DO APARELHO URINÁRIO INFERIOR	17
2. CUIDADOS DE ENFERMAGEM DE REABILITAÇÃO À PESSOA COM INCONTINENCIA URINÁRIA	25
3. DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS.....	30
3.1. Competências Comuns do Enfermeiro Especialista	33
3.2. Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação.....	42
CONCLUSÃO	60
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	66

APÊNDICES

Apêndice I – Trabalho de projeto “Promoção do Autocuidado à Pessoa com alteração na Eliminação vesical: Intervenção Especializada em Enfermagem de Reabilitação”

Apêndice II – Folhetos elaborados em Estágio

Apêndice III – Jornal de Aprendizagem 1 “Família / Cuidador Informal”

Apêndice IV – Guia de Colheita de Dados aplicado na ECCI pelo EEER

Apêndice V – Plano de Cuidados 1: Sr. M.A.

Apêndice VI – Plano de Cuidados 2: Utente submetido a RTU-P

ANEXOS

Anexo I - Instrumentos de avaliação aplicados em estágio

Anexo II – Questionário sobre Incontinência Urinária ICIQ-SF

Anexo III – Ciclo de Gibbs

ÍNDICE DE FÍGURAS

Figura 1 - Anatomia do Aparelho Urinário Inferior Masculino e Feminino	17
Figura 2 - Localização dos Músculos Pélvicos - Masculino e Feminino	18
Figura 3 - Inervação da bexiga	19

ÍNDICE DE TABELAS

Tabela 1 - Incontinência Urinária Crônica ou Estabelecida.....	23
--	----

INTRODUÇÃO

A elaboração do presente relatório de estágio corresponde a um percurso formativo que culmina no desenvolvimento de competências de Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação (EEER), envolvendo ciência, ética, cultura, técnica e humanismo, o que leva à futura conceção, gestão, prestação e supervisão de cuidados de enfermagem especializados. Enfermeiro Especialista (EE), segundo a Ordem dos Enfermeiros (OE) (2010), decorre do aprofundamento dos domínios de competências do enfermeiro de cuidados gerais, ou seja, compreende o conhecimento aprofundado num campo específico de intervenção de enfermagem, valorizando as respostas humanas aos processos de vida e aos problemas de saúde. São igualmente dotados de julgamento clínico e tomada de decisão, envolvendo um conjunto de competências especializadas relativas a uma área de intervenção. Independentemente da especialidade, o enfermeiro especialista intervém em ambientes de cuidados de saúde primários, secundários e terciários, englobando todos os contextos de prestação de cuidados de saúde. Atua na área da educação dos clientes e dos pares, de orientação, aconselhamento, processos de liderança e de investigação relevante ao desenvolvimento da prática de enfermagem (OE, 2010, p. 2). Especificamente ao EEER, a prestação de cuidados envolve a elaboração, implementação e monitorização de planos de intervenção de Enfermagem de Reabilitação (ER) diferenciados, tendo em conta os problemas reais e potenciais dos clientes. A tomada de decisão do EEER, pressupõe um nível elevado de conhecimentos e experiências acrescidas, atuando na promoção de saúde, prevenção de complicações secundárias, tratamentos e reabilitação, maximizando o potencial do cliente (OE, 2010, p. 1).

Este documento apresenta-se como uma ferramenta que comporta os elementos necessários ao exercício profissional de EEER nas suas várias dimensões. Proporciona a análise de filosofias de cuidados e um quadro de referência de enfermagem que norteia a prática de cuidados, que sintetize a evidência científica disponível sobre a temática em estudo e que contemple o percurso experimental que ocorreu em diferentes campos de estágio. Foram nestes contextos da prática que ocorreram os cuidados de enfermagem especializados em reabilitação ao cliente e família / cuidador em processo de

transição e adaptação de saúde-doença. O percurso experimental foi preparado através da construção de um trabalho de projeto (Apêndice I) que se considera um plano de trabalho estruturado para estudar e/ou resolver um problema identificado e que inquieta os intervenientes que o irão realizar (Freitas, 2010).

Atendendo ao referido anteriormente, este relatório de estágio pretende ser um instrumento reflexivo sobre a aquisição e desenvolvimento de competências propostas, tendo como finalidade o exercício profissional ao nível de EE, dos objetivos traçados e das respetivas atividades realizadas.

Neste percurso para EEER, procurou-se aliar a aquisição e desenvolvimento das competências especializadas a uma área de interesse pessoal e profissional. No decorrer da minha atividade profissional, no serviço de Consulta Externa e Exames Especiais de Urologia, surgiu a necessidade de desenvolver competências no cuidar da pessoa com alteração na Eliminação Vesical (EV), nomeadamente Incontinência Urinária (IU). Neste serviço a prestação de cuidados de enfermagem prende-se muito com ações interdependentes, e de ordem técnica, no entanto existem cuidados autónomos que se realizam de forma oculta e pouco estruturada. Os cuidados autónomos prestados consistem essencialmente em ensinamentos sobre estilos de vida saudáveis, instrução de técnicas comportamentais, nomeadamente, treino vesical e exercícios do pavimento pélvico. Para além das intervenções diretas à pessoa, a família desta carece igualmente de Cuidados de Enfermagem de Reabilitação (CER), nomeadamente, informar sobre barreiras arquitetónicas no domicílio, ensino sobre manuseio de dispositivos urinários, bem como, abordar o tema da sexualidade, sabendo que este já foi referido em consulta médica pré-operatória. Contacto ainda com utentes que apresentam Bexiga Hiperativa (BHA), com queixas de urgência urinária constante, muitas vezes com perdas noturnas que afetam a qualidade de vida. Reconheço que as competências na área da reabilitação na IU estão pouco exploradas, pelo que, enalteço a importância de desenvolver competências nesta área de intervenção. Apesar das suas diversas etiologias, a IU afeta não só a dimensão fisiológica da pessoa, como também, a dimensão psicossocial, condicionando o bem-estar e comprometendo as relações interpessoais. A afeição da participação social promove o isolamento, levando a alterações a nível de saúde mental, nomeadamente depressão e ansiedade. Para além disto, importa referir que os

dispositivos de ajuda e o material necessário a uma gestão eficaz das alterações na EV são muito dispendiosos, o que leva algumas pessoas a situações precárias de higiene, com consequências em processos de saúde-doença como patologias infecciosas das vias urinária, das estruturas e órgãos adjacentes, dermatites de contacto e feridas associadas à humidade da pele.

Segundo a *International Continence Society* (ICS), IU é definida como a queixa de qualquer perda involuntária de urina (Abrams, Cardozo, Khoury, & Wein, 2013). Uma outra definição descreve IU como a perda de urina de gravidade considerável que é entendida como um problema para a pessoa, família ou prestador de cuidados (Gray M. , 2003). Outro conceito que importa definir é o de BHA que, segundo a ICS, se define como uma condição de urgência urinária, com ou sem IU de urgência, geralmente com aumento da frequência durante o dia e presença de noctúria, sem processos de infeção ou outra patologia associada (Abrams, Cardozo, Khoury, & Wein, 2013).

A IU e a BHA afetam o aparelho genito-urinário inferior e atingem mais de 850 milhões de indivíduos (Abrams, Cardozo, Khoury, & Wein, 2013), sucedendo em todas as idades e de todas as origens sociais e culturais. Ter perdas de urina é uma condição fraturante na vida das pessoas, mas ainda persiste a renitência na procura de ajuda, muitas vezes pelo desconhecimento de que existem estratégias que podem melhorar e, mesmo eliminar esta condição. A IU é abordada com um sintoma de outras patologias, nomeadamente, prolapso do órgão pélvico, neoplasia prostática ou doença neurológica. O fato de não ser considerada uma patologia principal leva ao fraco investimento da investigação. (Vasavada, Rackley, & Carmel, 2015). No que toca à enfermagem, a Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem (CIPE), define IU como “fluxo involuntário de urina, incapacidade de controlo dos esfíncteres vesical e uretral.” (OE, 2015, p. 71).

Em termos estatísticos, de acordo com estudos epidemiológicos realizados, segundo Abrams, Cardozo, Khoury, & Wein (2013), torna-se um desafio obter dados fidedignos, uma vez que nestes estudos realizados, as definições de termos diferem, tornando os resultados igualmente divergentes. Dados de 2013 expostos na 5ª Conferência Internacional de Continência, registam que 8% da população mundial apresentam condição de IU e 11% experienciam BHA. Nestes últimos, a IU está também presente em 28% e 44,5%

dos homens e mulheres, respetivamente. Referem ainda que o sexo feminino apresenta o dobro da prevalência relativamente ao sexo masculino e prevê-se para 2018 um aumento de indivíduos com IU na ordem dos 10%. Este aumento tem sido uma constante, uma vez que de 2008 para 2013 regista-se um aumento de cerca de 11% de indivíduos, o que se deve ao aumento da esperança média de vida (Abrams, Cardozo, Khoury, & Wein, 2013; Shaw & Wagg, 2017). A Europa desde 2008 apresenta a segunda maior prevalência, prevendo-se para 2018 continuar nesse patamar, também devido ao aumento do envelhecimento da população, mas também pela crescente investigação nesta dimensão (Irwin, Kopp, Agatep, Milsom, & Abrams, 2011). Destacam-se três estudos epidemiológicos realizados em vários países Europeus que revelam valores oscilando entre 18% e 42% nas mulheres (Irwin, et al., 2006) (Hunskaar, Lose, Sykes, & Voss, 2004) e 7% a 13% nos homens que, mais uma vez, referem como limitação dos estudos o facto de existirem diferentes definições para IU. O estudo realizado em Portugal Continental em 2008, revela a prevalência de IU na ordem dos 15,1%, sendo que 21,4% corresponde à população feminina e 7,6% à população masculina e para a BHA o estudo revelou que 25-30% das mulheres sofrem desta condição que diminui com a idade e no sexo masculino a prevalência aumenta com a idade compreendendo percentagens na ordem de 32-47,5% (Serviço de Higiene e Epidemiologia da Faculdade de Medicina da Universidade do Porto, 2008). Qaseem, et al. (2014) referem que estes dados podem estar subestimados, pelo fraco recurso a profissionais de saúde para tratamento das perdas urinárias.

A IU tem um impacto devastador sobre a qualidade de vida dos indivíduos, das suas famílias e amigos, impondo limitações sobre estilos de vida, oportunidades de emprego e funcionamento social (Getliffe & Dolman, 2007).

Segundo Avery & Stocks (2016), a IU é um dos fatores que influencia a saúde mental, nomeadamente estados depressivos e ansiedade, o que leva a afecções a nível psicossocial. Há também outros problemas psicológicos relacionados com a perda de urina, como constrangimento, medo, problemas de autoestima, medo, vulnerabilidade, vergonha e paranoia. (Avery, Braunack-Mayer, Stocks, Taylor, & Duggan, 2013).

Também o impacto económico é considerável, como referem Irwin, et al. (2006) que em seis países europeus, revelam custos anuais oscilando entre

430€ e 835€ por pessoa. Nos Estados Unidos da América o impacto atinge cerca de 12.353\$ por ano por paciente (Thom, Nygaard, & Calhoun, 2005). Para além disto, dispositivos de contenção e de recolha utilizados pelos idosos são muito dispendiosos e, apesar de terem uma função significativa para a pessoa, na medida em que mantem a higiene, não têm como objetivo o tratamento da IU (Silva & D'Elboux, 2012).

Os modelos conceptuais e teóricos possibilitam aos enfermeiros comunicarem os seus saberes e crenças profissionais, estruturam ética e moralmente a prática e facilitam um pensar metódico sobre a Enfermagem (Chinn & Kramer, 2004). Por isto, a teoria de Enfermagem conduz à autonomia da profissão, orientado a prestação de cuidados, de ensino e a de investigação da ciência Enfermagem (Tomey & Alligood, 2002). Dado o impacto desta condição na consecução das Atividades da Vida Diária (AVD), fez-me sentido abordar a Teoria do Défice de Autocuidado de Enfermagem de Dorothea Orem, que

demonstra a necessidade de uma intervenção por parte do enfermeiro na ausência da capacidade do adulto de manter de forma contínua a qualidade e quantidade do autocuidado, que são terapêuticas na sustentação da vida e da saúde, na recuperação da doença ou da lesão ou no enfrentamento dos seus efeitos (George, 2000, p. 84).

Segundo Petronilho & Machado (2017), a dependência no autocuidado toma um foco central no processo de cuidados dos enfermeiros, em particular dos EEER, numa orientação para capacitar a pessoa no desempenho das atividades que compõem cada um dos diversos domínios do autocuidado. Neste trabalho destaca-se o sistema parcialmente compensatório e o sistema de educação e apoio. O primeiro caracteriza-se pela execução de tarefas que envolvam a deambulação e manipulação, sendo a função do cuidador de compensar a limitação existente. Neste sistema a responsabilidade da execução das tarefas de autocuidado variam, tendo em conta as limitações da patologia associada, os conhecimentos técnico-científicos necessários ou intervenções interdependentes e a motivação do cliente para realizar e aprender tarefas de autocuidado específicas. Relativamente ao segundo sistema, o cliente apresenta a capacidade para o autocuidado, necessitando apenas de supervisão do treino, orientação e instrução do cuidador das tarefas de autocuidado (Petronilho & Machado, 2017).

A OE refere o “bem-estar e o autocuidado” como a essência de um exercício profissional de excelência (OE, 2001), colocando-os como uma das categorias a desenvolver no contexto do Quadro de Referência para a construção de indicadores de qualidade e produtividade em Enfermagem (OE, 2004).

Ao longo deste trabalho, pretende-se responder a necessidades pessoais e profissionais manifestadas, através de uma metodologia descritiva, emprego da reflexão e crítica sobre a prestação de CER desenvolvidos nos dois campos de estágios distintos, sem descuidar a melhor evidência científica atual e as diretrizes das entidades de referência, seja no âmbito da eliminação vesical, nomeadamente na temática da IU, no campo ético-deontológico e regulador da profissão de Enfermagem.

Relativamente às competências comuns do EE pretende-se desenvolver as relativas aos quatro domínios preconizados pela (OE, 2010), sendo eles domínio da responsabilidade profissional, ética e legal, onde fui ao encontro do código deontológico do enfermeiro, de acordo com as intervenções na condição de EEER; domínio da melhoria contínua da qualidade, através da conceção, gestão e colaboração em programas de melhoria da qualidade dos cuidados; domínio da gestão dos cuidados, onde articulei os cuidados com os recursos disponíveis e adequados; e domínio das aprendizagens profissionais, através da fundamentação da *praxis* clínica especializada em sólidos e válidos padrões de conhecimento, ou seja, com processos de tomada de decisão baseados em padrões de conhecimento válidos, atuais e pertinentes.

Às competências específicas do EEER que se pretendem desenvolver ao longo deste percurso, existe também uma ligação com o tema, nomeadamente, na capacitação da pessoa com limitação da atividade e/ou restrição da participação para a reinserção e exercício da cidadania e maximização da funcionalidade desenvolvendo as capacidades da pessoa (OE, 2010). Posto isto, intitula-se este relatório de estágio de **Promoção do Autocuidado na Eliminação Vesical: Intervenção Especializada em Enfermagem de Reabilitação** com os objetivos gerais de: desenvolver competências como EEER no cuidado à pessoa com alterações na EV e desenvolver competências de EEER no cuidado à pessoa com alterações sensoriomotoras, que condicionem o seu desempenho nas AVD, com destaque na EV. Para a

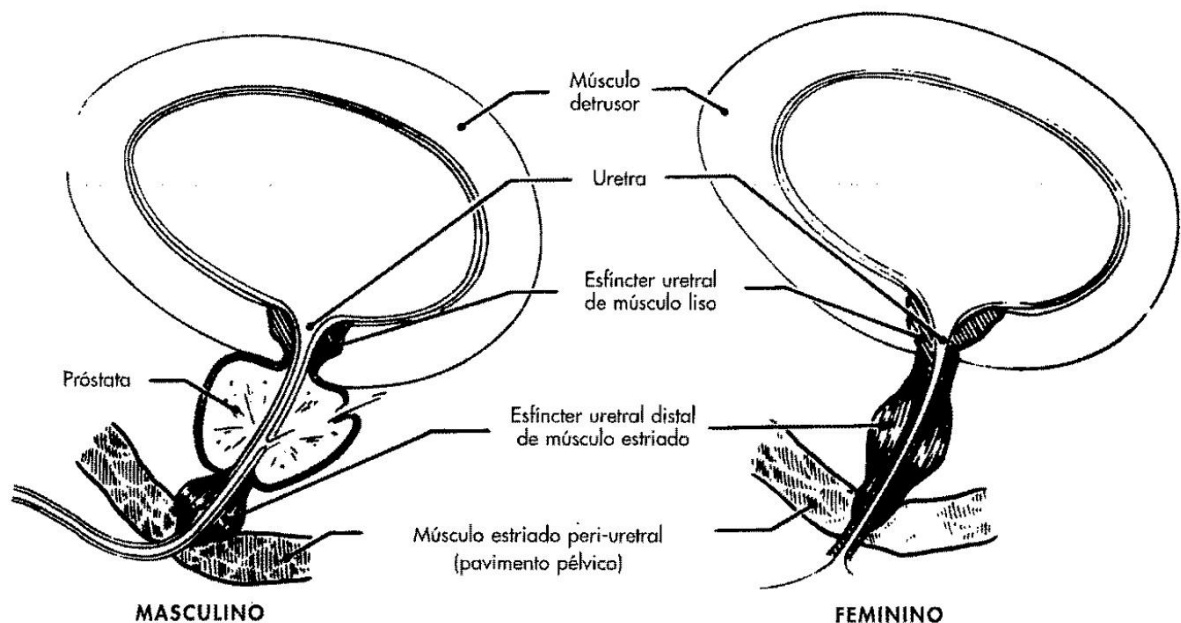
concretização dos objetivos gerais supracitados, elaboram-se os seguintes objetivos específicos: aprofundar conhecimentos na área da ER à pessoa com alteração na Continência Vesical (CV); aprofundar conhecimentos na área de ER, nomeadamente, reabilitação sensoriomotora à pessoa com dificuldades na realização das AVD; identificar as intervenções de ER à pessoa com alteração na CV; planejar CER no controlo vesical, integrados no plano global de cuidados da pessoa; e prestar CER à pessoa com alteração na EV, considerando a sua complexidade e singularidade. Estes objetivos gerais e específicos vão ao encontro do estipulado no projeto de aprendizagem que se encontra em Apêndice I.

Este relatório contempla quatro capítulos. O primeiro capítulo representa uma revisão da anatomia e fisiologia do aparelho urinário inferior, com relevância para a compreensão dos CER instituídos. De seguida destaca-se os CER à pessoa com IU, onde se foca o papel do EEER. O terceiro capítulo contempla o desenvolvimento de competências, tendo sido subdividido em competências comuns de EE e competências específicas de EEER. Nestes subcapítulos encontram-se a descrição e análise crítica das atividades desenvolvidas nos locais de estágio. No quarto capítulo encontram-se as considerações finais, em que se destacam os principais conceitos deste trabalho, os pontos fortes e as dificuldades ou constrangimentos percebidos na implementação do projeto e ainda como se perspectiva o desenvolvimento da temática no âmbito da ER. Finalmente, as referências bibliográficas, e, por último, apresenta-se os apêndices e anexos relevantes neste percurso.

1. ANATOMO-FISIOLOGIA DO APARELHO URINÁRIO INFERIOR

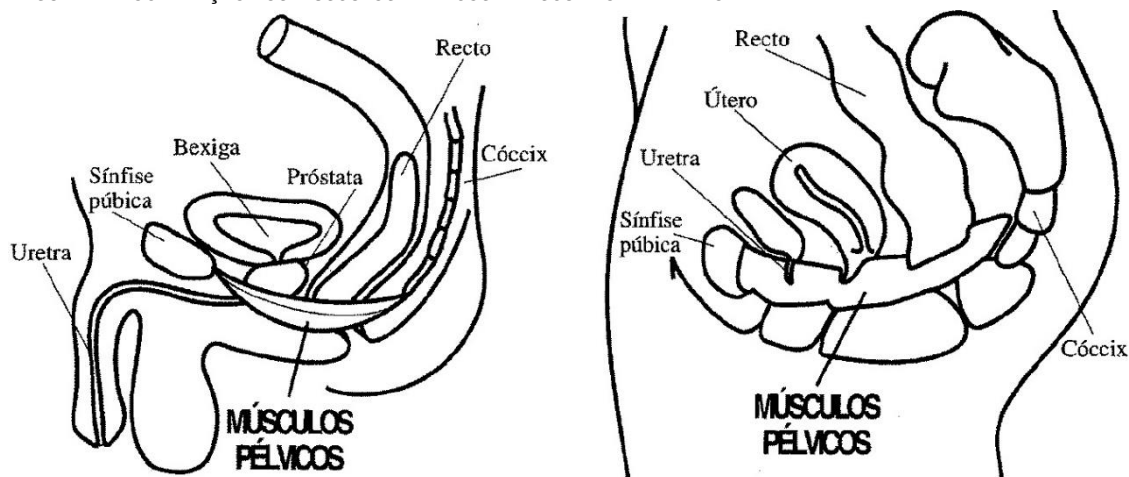
O aparelho urinário é composto pelos rins, ureteres que compreendem o aparelho urinário superior, e a bexiga e uretra que se inserem no aparelho urinário inferior, responsável pelo processo de micção. A figura 1 ilustra a anatomia do aparelho urinário inferior na sua generalidade, em que se identifica a bexiga (músculo liso e distensível denominado detrusor com função de reservatório da urina (Mendes Silva, Duarte, Galo, & Domingues, 2012; Redol & Rocha, 2017). Quando esta se encontra vazia, aloja-se na parte inferior do peritoneu e posterior à sínfise púbica, e quando se encontra cheia invade a cavidade abdominal. Na base da bexiga, em forma de triângulo, encontra-se o trígono onde se situa o final dos ureteres e o início da uretra. No vértice inferior do triângulo existe o colo vesical com cerca de três centímetros de comprimento e, com as fibras musculares adjacentes, forma-se o esfíncter interno (controlo involuntário). A uretra posterior situa-se também no colo vesical e atravessa um conjunto de fibras musculares perineais que formam o esfíncter externo (controlo voluntário). Os músculos do pavimento pélvico suportam a bexiga e uretra, e, nos homens, a glândula prostática, são igualmente estruturas do aparelho urinário inferior fulcrais para a manutenção da continência urinária. (Stevens, 2008; Gray & Moore, 2012; Redol & Rocha, 2017).

FIGURA 1 - ANATOMIA DO APARELHO URINÁRIO INFERIOR MASCULINO E FEMININO



FONTE 1 - STEVENS, K. A. (2008). ELIMINAÇÃO E CONTINÊNCIA URINÁRIA. EM S. P. HOEMAN, ENFERMAGEM DE REABILITAÇÃO: PREVENÇÃO, INTERVENÇÕES E RESULTADOS ESPERADOS (PP. 351-386). LOURES: LUSODIDACTA.

FIGURA 2 - LOCALIZAÇÃO DOS MÚSCULOS PÉLVICOS - MASCULINO E FEMININO



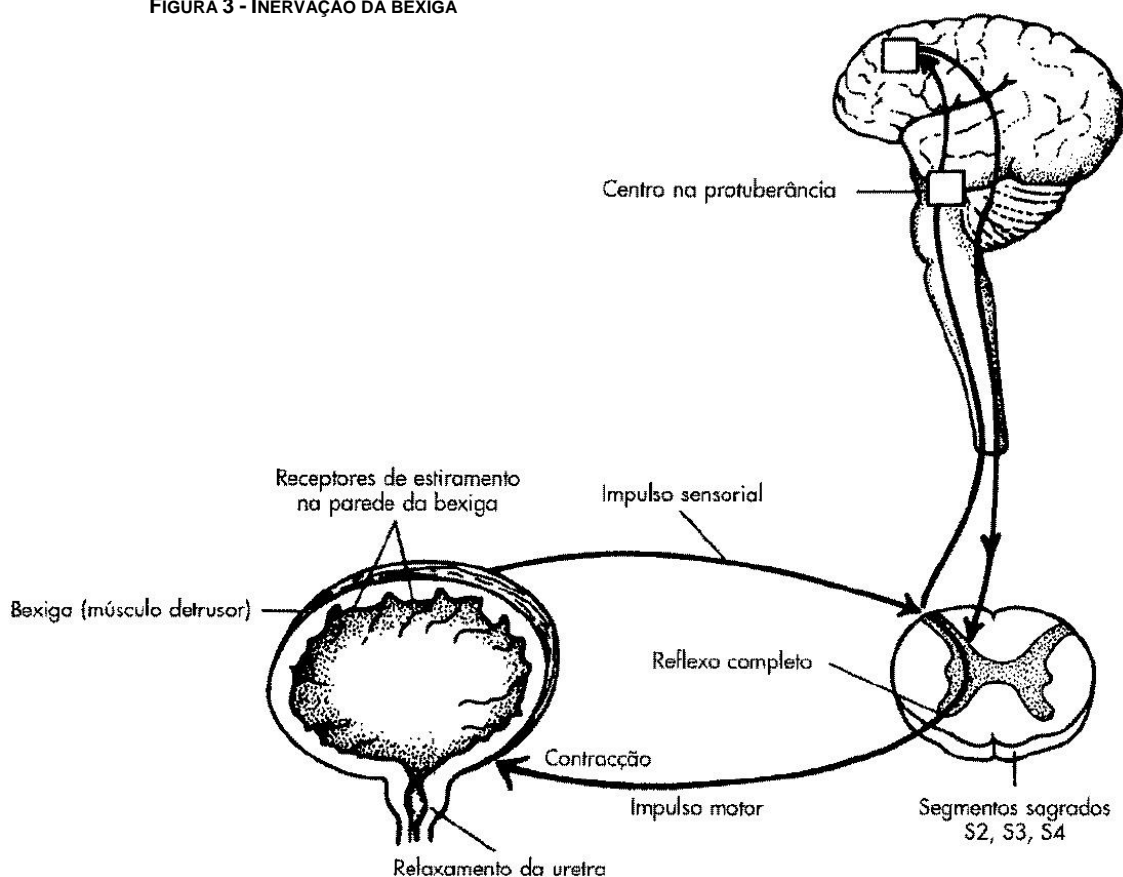
FONTE 2 - STEVENS, K. A. (2008). ELIMINAÇÃO E CONTINÊNCIA URINÁRIA. EM S. P. HOEMAN, ENFERMAGEM DE REABILITAÇÃO: PREVENÇÃO, INTERVENÇÕES E RESULTADOS ESPERADOS (PP. 351-386). LOURES: LUSODIDACTA.

Numa perspectiva funcional, o comprimento da uretra é outra distinção com impacto na pessoa. A uretra feminina apresenta 3,5 a 5,5 centímetros (cm) de comprimento e funciona como um mecanismo de esfíncter que assegura a continência durante o enchimento da bexiga. A uretra masculina tem aproximadamente 23cm de comprimento e, por isso, divide-se em duas partes – a parte próximal e a distal. A uretra proximal inicia-se no colo vesical atravessando a próstata e tem igualmente mecanismo de esfíncter, e a parte distal tem a função exclusiva de canalizar a urina para o exterior (Gray & Moore, 2012).

O aparelho urinário inferior é inervado por fibras do sistema nervoso parassimpático, simpático e somático como ilustra a figura 3. As fibras parassimpáticas (nervos pélvicos) têm origem entre S2-S4 e são responsáveis pela função motora da bexiga provocando a sua contração, dando origem à micção. As fibras simpáticas (nervo hipogástrico) têm origem entre D12-L2 e controlam o armazenamento da urina na bexiga, provocando a contração do colo vesical e da uretra proximal e, conseqüentemente, do esfíncter interno, como também o relaxamento do detrusor, facilitando o enchimento da bexiga e responsáveis pelo mecanismo de CV. A inervação somática compreende fibras motoras e sensoriais e atua com a libertação dos neurotransmissores acetilcolina e noradrenalina. A relação entre os neurotransmissores e os estímulos enviados pelo detrusor até à medula sagrada, decorrente do enchimento da bexiga, regula o mecanismo de coordenação nervosa da micção, designado arco reflexo completo. A protuberância é responsável pelo mecanismo de contração e relaxamento, sob o comando voluntário do córtex frontal, que envia informação

de inibição quando a pessoa não quer urinar, permitindo o relaxamento do detrusor e a contração esfinteriana - CV (Pires, 2008) (Gray & Moore, 2012) (Mendes Silva, Duarte, Galo, & Domingues, 2012) (Rocha & Redol, 2017).

FIGURA 3 - INERVAÇÃO DA BEXIGA



FONTE 3 - STEVENS, K. A. (2008). ELIMINAÇÃO E CONTINÊNCIA URINÁRIA. EM S. P. HOEMAN, ENFERMAGEM DE REABILITAÇÃO: PREVENÇÃO, INTERVENÇÕES E RESULTADOS ESPERADOS (PP. 351-386). LOURES: LUSODIDACTA.

O quadro sintomatológico depende das características dos tipos de IU, pelo que é fundamental uma avaliação adequada do problema em estudo, impedindo, o comprometimento de um tratamento eficaz e de apoios concretos a estas pessoas, bem como, a manutenção da dignidade. Existe vários sistemas de classificação da IU e, neste trabalho, será utilizado o que se baseia na sintomatologia, tornando-se mais útil para a avaliação inicial e tratamento. Este sistema classifica IU em dois grupos: IU Aguda ou Transitória (Pires, 2008), que acontece à pessoa previamente continente e, por instalação de uma patologia aguda, surgem perdas urinárias, que desaparecem ao eliminar a etiologia transitória associada; e IU Crónica ou Estabelecida que tem um aparecimento gradual e permanece durante meses ou anos até a pessoa procurar ajuda (Gray & Moore, 2012). Esta última apresenta subtipos caracterizadas pela sintomatologia associada.

O aparecimento de Incontinência Aguda ou Transitória envolve fatores reversíveis e que cedem ao tratamento, se for feita uma adequada avaliação da função urinária. As causas reversíveis mais frequentes deste tipo de IU são delírio, desidratação, alimentos cítricos, cafeína, chocolate, infecção do trato urinário, atrofia uretral e vaginal, terapêutica farmacológica como diuréticos, antidepressivos, antipsicóticos e sedativos, depressão, excesso de débito urinário, restrição da mobilidade, fecalomas, impactação, prolapso urogenital agudo e ansiedade (Stevens, 2008).

No tipo de IU Crônica ou Estabelecida existem problemas distintos, nomeadamente ao nível do armazenamento, esvaziamento e de ambos. Ao nível do armazenamento da urina, a IU pode definir-se como de Esforço, Urgência ou Imperiosidade, BHA e Mista. Quando o problema ocorre ao nível do esvaziamento, pode ocorrer uma retenção urinária crónica, muitas vezes com perdas urinárias denominando-se IU por Extravasamento. Se o problema ocorre com afeção de ambos os níveis acontece uma disfunção vesico-esfincteriana de origem neurogénica. Existe ainda a IU Funcional onde o problema prende-se a nível da mobilidade ou cognição da pessoa (Pires, 2008).

A **IU de Esforço** ocorre quando existe uma atividade física que leva ao aumento de pressão abdominal, comprometendo o mecanismo esfincteriano uretral, o que proporciona perdas de urina involuntárias, por exemplo, ao tossir, levantar pesos, manobra de valsalva. Nesta afeção é atribuída dois fatores major, nomeadamente, o prolapso de órgão pélvico e incompetência intrínseca do esfíncter por danificação das estruturas que vedam a passagem de líquido (Gray & Moore, 2012).

A associação entre **IU de Urgência ou Imperiosidade e BHA** é recente e acontece pela semelhança dos sintomas. A IU por imperiosidade é definida como o desejo urgente em urinar e conseqüente perda urinária involuntária, causada por uma contração do detrusor hiperativa. BHA é definida como urgência desconfortável para urinar, associada à frequência diurna e noturna que pode apresentar perdas de urina involuntária ou não, e sem que haja outras patologias ou alterações metabólicas. Dadas as definições, recentemente a IU de urgência ingressou na síndrome de BHA redefinindo os estudos epidemiológicos. Os fatores de risco para este tipo de condição de IU são na ordem dos défices na

mobilidade ou destreza condicionada e dificuldades cognitivas (Gray & Moore, 2012).

IU Mista envolve a IU por Imperiosidade e de Esforço, que, apesar de não existir uma fisiopatologia fundamentada, pensa-se que consiste numa relação entre a incompetência do esfíncter e hiperatividade do detrusor. Esta associação é descrita pela pessoa durante a avaliação da situação quando refere que para além de ter perdas de urina involuntárias ao esforço, apresenta momentos de urgência urinária (Gray & Moore, 2012).

A **Retenção Urinária** (RU) define-se pela incapacidade de esvaziar a bexiga na sua totalidade durante a micção (RU Crónica), ou mesmo incapacidade de urinar completa (RU Aguda). Esta condição leva a uma hiperdistensão da bexiga, potenciando a **IU por extravasamento**, que consiste na perda de urina involuntária pelo aumento excessivo da capacidade de armazenamento da bexiga levando à perda. Uma situação de RU Aguda compreende uma emergência médica e requer uma intervenção imediata. Para esta condição existem dois fatores predominantes, sendo eles a obstrução (estrutural e/ou défice na força de contração do detrusor (Gray & Moore, 2012).

A **IU Neurogénica** resulta de lesões que ocorrem no Sistema Nervoso Central (SNC) e, de acordo com o local da lesão, poderá originar cinco tipos de bexiga: Bexiga Neurogénica Desinibida, Bexiga Neurogénica Reflexa, Bexiga Neurogénica Autónoma, Bexiga Parálitica Sensorial e Bexiga Parálitica Motora (Stevens, 2008). Em clientes com IU por Bexiga Neurogénica Reflexa, existe o risco de ocorrer disreflexia autónoma que consiste numa ativação do sistema nervoso simpático em resposta a um estímulo nocivo, como a distensão da bexiga, sendo uma situação emergente. A pessoa inicia um quadro de rubor, dilatação pupilar, hipertensão arterial, taquicardia, cefaleia e ansiedade (Gray & Moore, 2012).

A **IU Funcional** ocorre por inabilidade ou dificuldade da pessoa para usar a casa de banho ou dispositivo de retenção disponível, envolvendo estruturas independentes do sistema urinário, como lesão neurológica, alteração da mobilidade, défice cognitivo e ainda lesões vertebro medulares acima de D6. Também as restrições físicas e ambientais como as barreiras arquitetónicas são condições promotoras de IU Funcional (Gray & Moore, 2012).

Existe ainda a **Enurese Noturna** caracterizada por perdas de urina involuntárias no período noturno. Frequentemente associada à idade pediátrica, mas existem situações na idade adulta / idosos (Gray & Moore, 2012).

Para tratar eficazmente uma situação de IU, é fulcral a cooperação multidisciplinar, nomeadamente do médico, EEER e fisioterapeuta, incluindo a pessoa e família. Para ganhos significativos, importa combinar várias linhas de tratamento, como técnicas comportamentais, terapia farmacológica e/ou cirúrgica (Gray & Moore, 2012). São nas técnicas comportamentais que o enfermeiro apresenta uma intervenção primordial, considerada pela *Agency for Healthcare Research and Quality (AHRQ)* a primeira abordagem no tratamento da IU (Connell, Wellman, Baker, Day, & Moore, 2006). Stevens (2008) é clara afirmando que as técnicas comportamentais se inserem no âmbito das intervenções autónomas da enfermagem, incluídas numa equipa multidisciplinar. As técnicas comportamentais, como tratamento de primeira linha na IU, envolve componente educativa sobre a afeção e estilo de vida saudável, programas de reeducação perineoesfincteriana como treino vesical, reeducação muscular do pavimento pélvico e *biofeedback* (Newman & Wein, 2009). Os tratamentos farmacológicos e cirúrgicos compreendem uma interdependência multidisciplinar igualmente importante no foco de tratamento da pessoa com alterações na EV (Pires, 2008).

A terapia farmacológica depende do tipo de IU e de quão severa é a sintomatologia apresentada pelo cliente (Newman & Wein, 2009). Os medicamentos usados nesta condição dividem-se em dois grupos: os que atuam nos sintomas durante a fase de armazenamento e os que tratam a sintomatologia que envolve a micção. Os do primeiro grupo são designados de anticolinérgicos e antiespasmódicos, que inibem a hiperatividade do detrusor (oxibutinina, flavoxato e darifenacina). Na prática estes medicamentos aumentam a capacidade de armazenamento da bexiga, reduzindo episódios de IU por influência da hiperatividade do detrusor. No segundo grupo, os fármacos designam-se de agonistas colinérgicos e bloqueador alfa adrenérgico. Atuam na fase de micção, quando o problema passa por hipoatividade do detrusor. Estes medicamentos aumentam a contractilidade e promovem o esvaziamento vesical eficaz. No caso de IU de esforço o tratamento passa pelo aumento da resistência uretral através da contração da musculatura lisa presente no pavimento pélvico.

Outro fármaco que tem sido amplamente utilizado na IU é a toxina botulínica, que atua no aumento da capacidade máxima da bexiga e diminui a pressão intravesical, reduzindo o número de episódios de perda de urina nos clientes com bexiga hiperativa e bexiga neurogénica reflexa (Newman & Wein, 2009) (Lucas, et al., 2015) (Rocha & Redol, 2017).

A abordagem cirúrgica é considerada a terceira linha de tratamento para a IU e precede uma avaliação clínica exaustiva, tendo em conta o impacto desta opção na qualidade de vida do cliente (Pires, 2008). De entre os procedimentos cirúrgicos, destaco a técnica de *sling*, uma vez que abrange todos os casos de IU, independentemente da sua etiologia. A grande finalidade desta cirurgia é estabilizar o colo vesical e suportar a região média da uretra (Branco, 2009).

Em resumo, apresento um quadro com a classificação dos vários tipos de IU.

QUADRO 1 - INCONTINÊNCIA URINÁRIA CRÓNICA OU ESTABELECIDADA

Tipo	Descrição
IU de Esforço	Perda de urina involuntária associada ao aumento da pressão abdominal decorrente de um esforço, como tossir, levantar pesos, correr. Agrava na presença de prolapso órgão pélvico e incompetência esfínteriana.
IU de Urgência ou Imperiosidade	Vontade urgente em urinar e consequente perda urinária involuntária, causada por uma contração involuntária e desregulada do detrusor.
Bexiga Hiperativa	Urgência desconfortável para urinar, associada à frequência diurna e noturna que pode apresentar perdas de urina involuntária ou não.
IU Mista	Perda de urina involuntária ao esforço e nos momentos de urgência urinária, que consiste numa relação entre a incompetência do esfíncter e hiperatividade do detrusor.
Retenção Urinária Crónica	Incapacidade de esvaziar a bexiga na sua totalidade durante a micção.
IU por extravasamento	Perda de urina involuntária pelo aumento excessivo da capacidade de armazenamento da bexiga levando à perda.

IU Neurogénica	Resulta de lesões que ocorrem no sistema nervoso central e, de acordo com o local da lesão, poderá originar cinco tipos de bexiga: Bexiga Neurogénica Desinibida, Bexiga Neurogénica Reflexa, Bexiga Neurogénica Autónoma, Bexiga Paralítica Sensorial e Bexiga Paralítica Motora.
IU Funcional	Perda de urina decorrente da inabilidade ou dificuldade da pessoa para usar a casa de banho ou de dispositivo de retenção disponível, envolvendo estruturas independentes do sistema urinário, como lesão neurológica, alteração da mobilidade, défice cognitivo e restrições físicas e ambientais como as barreiras arquitetónicas.
Enurese Noturna	Perda de urina involuntária no período noturno. Frequentemente associada à idade pediátrica, mas existem situações na idade adulta / idosos

ADAPTADO DE: PIRES, 2008; GRAY & MOORE, 2012; ROCHA & REDOL, 2017.

No capítulo seguinte abordarei a intervenção do EEER nesta problemática.

2. CUIDADOS DE ENFERMAGEM DE REABILITAÇÃO À PESSOA COM INCONTINENCIA URINÁRIA

Os CER deverão ser atempados e precisos, que ajudem a pessoa a ter uma vida com sentido para ela e adequados com a sua situação, independentemente da sua condição física ou natureza da sua afeção, o que desenvolverá alterações significativas na qualidade de vida da pessoa e família (Hesbeen, 2003). Assim, o EEER concebe e implementa intervenções procurando a otimização e/ou reeducação funcional ao nível motor, sensorial, cognitivo, cardiorrespiratório, da alimentação, da eliminação e da sexualidade. Estes profissionais programam e executam o treino de AVD procurando a adaptação às limitações da mobilidade e à maximização da autonomia no exercício do autocuidado e da qualidade de vida (Regulamento n.º 125/2011, 2011).

Para definir um plano de intervenção de ER eficaz e adequado à pessoa, é fundamental realizar uma avaliação minuciosa e precisa, que confirme a IU, identifique o tipo e os fatores que influenciam a presente condição. Esta avaliação envolve a história clínica, exame físico e interpretação de exames complementares (Pires, 2008).

Na história clínica o EEER, para além de ficar a conhecer os antecedentes médicos e cirúrgicos pessoais e AVD, procura identificar características da IU numa tentativa de determinar o tipo que afeta a pessoa. Essas características são o início, duração, frequência, quantidade da perda, fatores e momentos precipitantes à ocorrência da condição. Outros fatores a apreciar são os momentos em que acontecem as perdas, nomeadamente se durante o dia ou no período noturno. Se existe sensação de plenitude vesical antes ou depois da micção, se consegue adiar o ato de urinar após sentir vontade, se necessita de esforço para iniciar a micção, se existe disúria e/ou hematuria. É igualmente importante aferir como o cliente gere a sua IU, ou seja, se usa algum dispositivo de retenção de urina (penso, fralda, dispositivo) (Rocha & Redol, 2017). A avaliação passa também pelos fatores ambientais e sociais, no que respeita à acessibilidade e participação social (Pires, 2008). Importa também perceber que tratamentos já foram realizados para combater a IU e quais os efeitos. Esta avaliação termina com a apreciação do impacto da condição de IU na qualidade

de vida da pessoa, tendo em conta a sua dimensão pessoal, psicossocial, espiritual e económico, sem descurar a dimensão sexual.

O exame físico inclui a avaliação funcional física (mobilidade e destreza manual) e cognitiva (capacidade de compreensão da micção, uso de sanitário e regime terapêutico) da pessoa, observação do abdómen (pele, cicatrizes e palpação da bexiga) e das regiões pélvica e rectal (integridade cutânea, humidade, nódulos, exsudados, sensibilidade e força dos músculos pélvicos) e o exame neurológico (Pires, 2008) (Gray & Moore, 2012).

Conhecer e interpretar exames complementares de diagnóstico é fundamental na avaliação da pessoa com alteração na EV e consistem no exame sumário de urina, a prova da resposta ao esforço, medição de resíduo pós-miccional por ecografia vesical e estudo urodinâmico (Pires, 2008) (Gray & Moore, 2012). O diário miccional é igualmente importante para o diagnóstico da condição de IU, uma vez que fornece informação sobre o número de micções, volume, número de perdas e episódios de urgência miccional. Devem ser registadas as 24 horas de, pelo menos, três dias consecutivos (Rocha & Redol, 2017).

No que respeita às técnicas comportamentais na IU, esta consiste numa panóplia de estratégias que a pessoa pode inserir na sua rotina com vista à melhoria ou alívio dos sintomas incómodos. Nesta intervenção existe componente educativa sobre a eliminação vesical, mais concretamente o estado de IU, alteração de estilo de vida (alimentação adequada, perda de peso, exercício físico e cessação tabágica), programas de reabilitação perineoesfincteriana, onde se inclui o treino vesical e reeducação dos músculos do pavimento pélvico (Newman & Wein, 2009). De acordo com Pires (2008), as técnicas comportamentais iniciam-se numa abordagem passiva e, gradualmente, numa mais ativa onde a participação da pessoa se torna mais intrínseca.

De seguida descrevo sucintamente as técnicas comportamentais aplicadas ao cliente com IU:

- Componente Educativa – Informar sobre fisiopatologia do aparelho urinário inferior, visando a compreensão de estratégias delineadas para o seu plano de intervenção;

- Alteração de estilo de vida – Redução da ingestão hídrica em cerca de 20%-30%, nomeadamente a partir das 18h; Alimentação equilibrada que regularize o trânsito intestinal e evite substâncias que irrite a bexiga, como a cafeína, álcool e alimentos ácidos; Perda de peso de modo a diminuir a sobrecarga sobre os músculos do pavimento pélvico; Estimular a atividade física, potenciando assim o fortalecimento muscular do pavimento pélvico e abdominal; Cessaçãõ tabágica diminui episódios de tosse, que afeta as perdas de urina.
- Programas de Reabilitação Perineoesfincteriana - Estratégias promotoras da continência como o relaxamento e a distração, o autocontrolo e o reforço positivo. Ao longo deste programa importa aumentar progressivamente os intervalos entre esvaziamentos, por forma a reeducar a bexiga à continência adequada, tendo em conta as expectativas e condição da pessoa
 - Treino Vesical – Coadjuvando com a diminuição da ingestão hídrica, pretende a separaçãõ da percepçãõ da necessidade de urinar do ato de urinar, o que leva ao restabelecimento do controlo cortical sobre a bexiga. Envolve a supressãõ da urgência miccional, através da micçãõ temporizada e aumento da capacidade funcional da bexiga, através da micçãõ diferida. Ao cliente com afeçãõ cognitiva, emprega-se a micçãõ imediata, onde o papel do cuidador é fundamental neste treino vesical:
 - Micçãõ temporizada - micçãõ induzida voluntariamente, com horário definido e intervalos ideais, antes de atingido o volume vesical que o cliente prevê próximo de despoletar um episódio de perda urinária. Esses intervalos podem ser de duas em duas horas, idealmente de três em três horas. Exceto no período noturno.
 - Micçãõ diferida - situaçãõ em que o doente tenta reter o máximo possível após ter desejo miccional adiando esse momento, usando técnicas de distraçãõ ou relaxamento.
 - Micçãõ imediata – o cuidador aborda o cliente em intervalos regulares sobre o estado do vestuário (seco ou húmido), sugerindo de seguida a ida imediata à casa de banho. O reforço positivo é fulcral neste treino, quer seja por estar seco ou por ter ido à casa de banho urinar.
 - Reeducaçãõ dos músculos do pavimento pélvico - Aumentar o controlo sobre os músculos do pavimento pélvico, melhorar a força e a função muscular, promovendo a continência vesical por aumento da resistência

da uretra e de suporte das estruturas pélvicas adjacentes. Inclui exercício físico localizado, cones vaginais, *biofeedback*, eletroterapia e reeducação neuromuscular, nomeadamente a reeducação da postura global. Estas estratégias têm contribuído de forma satisfatória na melhoria dos sintomas de IU em cerca de 85%.

(Pires, 2008) (Branco, 2009) (Gray & Moore, 2012) (Lucas, et al., 2015)
(Rocha & Redol, 2017)

O fortalecimento da musculatura pélvica baseia-se da repetição de determinados movimentos, que permitem um aumento da força muscular. Esta força possibilita a sustentação dos órgãos pélvicos e melhoram a resistência uretral, ou seja, impede a saída involuntária de urina (Branco, 2009). Os exercícios de Kegel são os mais simples e, por isso, os eleitos para a pessoa os realizar no domicílio, de forma a promover a autonomia e eficiência da reabilitação. Segundo Faiena, Patel, Parihar, Calabrese, & Tunuguntla (2015), existem três formas distintas de aplicar os exercícios de Kegel: aumento da pressão uretral, suporte do colo vesical e através de contracções coordenadas entre os músculos do pavimento pélvico e o músculo transversal abdominal. Segundo os mesmos autores, a contração dos músculos do pavimento pélvico pode inibir as contracções do músculo detrusor, favorável no tratamento da IU de urgência. A instrução da reeducação do pavimento pélvico realiza-se à pessoa de forma compreensível e passível de ser executada no seu quotidiano. Por isso, divide-se o treino em três etapas: 1º Tomada de consciência da contração; 2º Aumento da intensidade da contração; 3º Integração da atividade desta musculatura nas condições da vida quotidiana (correr, tossir, espirrar etc). A primeira etapa possibilita a pessoa a identificar a musculatura pélvica: senta-se com as costas direitas e pernas afastadas; relaxa as nádegas; aperta o esfíncter anal; no caso das mulheres, deverá sentir a vagina como se subisse e descesse; no caso dos homens, quando contrair esses músculos, o pénis retrai e o escroto levanta. Na segunda etapa encoraja-se a pessoa a fazer 8 a 12 contracções três vezes ao dia, atendendo à sua fadiga como limite, mas promovendo a sua intensidade. Após dominar os exercícios, inicia-se a terceira etapa em que se solicita ao utente que execute os exercícios em diferentes posições, ou seja, posição de sentado, horizontal e ortostático, o que permite um controlo cada vez

mais sólido e, conseqüentemente, diminuição das perdas urinárias involuntárias. (Branco, 2009).

Os cones vaginais apresentam-se como estratégia para que a pessoa possa consciencializar-se da forma correta de exercitar os músculos do pavimento pélvico. Estes cones vaginais são comercializados em caixas de cinco que compreendem 20 a 70 gramas. Quando a mulher insere o cone na vagina, na posição ortostática, imediatamente, este tende a sair. A sensação de perda assimilada pelo córtex, provoca uma contração súbita dos músculos do pavimento pélvico na tentativa de reter o cone. As principais vantagens desta técnica são uma correta identificação da força contráctil do períneo, o peso do cone serve de resistência no exercício de fortalecimento e promove exercícios dinâmicos, pois ao juntar um estímulo como tossir, correr ou dançar, permite uma contração dos músculos pélvicos diferentes, a fim de reter o cone vaginal (Branco, 2009; Faiena, Patel, Parihar, Calabrese, & Tunuguntla, 2015).

A filosofia da reeducação da postura global consiste no fato dos músculos estarem organizados por cadeias que mantém a postura ortostática ereta, permitida pela tensão que existe nas fibras musculares e que se encontra distribuída entre estas. Segundo Teixeira, Nogueira, & Mascarenhas (2014), os músculos do pavimento pélvico fazem parte deste mecanismo de estabilidade corporal. Esta técnica através da imposição de uma postura mais fisiológica, permite uma atividade dos músculos abdominais e do pavimento pélvico mais eficazes na sua função. O movimento do corpo controlado pela tensão contínua dos grupos musculares envolvidos, move a parede vaginal anteriormente contra a púbis, melhorando o mecanismo de encerramento da uretra. Para além dos aspetos positivos no tratamento da IU, esta técnica assume o corpo com um todo, trazendo benefícios noutras dimensões da qualidade de vida da pessoa (Teixeira, Nogueira, & Mascarenhas, 2014).

3. DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS

O conceito de competência tem vindo a sofrer diversas alterações, concomitantes com a própria evolução da sociedade e da academia. Para Le Boterf (2005):

- a competência não se restringe ao domínio dos conhecimentos, capacidades, destrezas e técnicas, mas engloba o saber mobilizar – do saber para a ação;
- a competência é entendida por referência ao sujeito e ao ambiente onde este se situa - do sujeito e do conteúdo;
- a competência envolve diversos elementos que se agrupam para a realização de uma tarefa ou resolução de um problema - do saber integrar
- a competência é entendida numa perspetiva individual que admite uma vertente coletiva - da responsabilidade, do individual e do coletivo.

A OE define Enfermeiro competente como o detentor de “um conjunto de conhecimentos, capacidades e habilidades que mobiliza em contexto de prática clínica que lhe permitem ponderar as necessidades de saúde do grupo-alvo e actuar em todos os contextos de vida das pessoas, em todos os níveis de prevenção” (OE, 2010, p. 7). Relativamente ao EE, este possui um conhecimento aprofundado num domínio específico de enfermagem, envolvendo as respostas humanas aos processos de vida e aos problemas de saúde. Apresenta, por isso, um julgamento clínico e tomada de decisão mais direccionada ao cliente de que cuida (OE, 2010).

Patricia Benner, reportando-se ao desenvolvimento profissional, afirma que a teoria é fundamental, porque ajuda à reflexão nos contextos reais. Mas há sempre numa situação elementos que a teoria não prevê, sendo nestes casos que o enfermeiro adquire conhecimento do contexto real (Benner, 2001, p. 203). Também Collière (1999) faz referência à importância do contexto real no desenvolvimento de competências, afirmando que é o palco ideal para mobilizar, ajustar e, por conseguinte, expressar a prática profissional.

Ao longo deste percurso, na altura da elaboração do projeto de aprendizagem, suscitou-me interesse em compreender e desenvolver competências como EEER no autocuidado da pessoa com alteração da EV, nomeadamente, na pessoa com IU. Sem obstante de também desenvolver

competências nas outras áreas de atuação, estipuladas pela OE para EE e EEER. Deste modo, optei por realizar estágio numa ECCI, inserida numa UCC do ACES de um concelho do distrito de Lisboa. Neste campo de estágio pude compreender a atuação do EEER em contexto domiciliário, tendo o privilégio de trabalhar com o cuidador informal do utente.

A equipa de ECCI, integrada na Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados (RNCCI), é uma valência das UCC, de acordo com o cfr. n.º 4 do art. 11º do DL nº 28/2008 de 22 de Fevereiro, tendo como finalidade direcionar a intervenção pluridisciplinar a clientes em situação de dependência funcional, doença considerada em estado terminal, ou em processo de convalescença, envolvendo a rede de suporte social, em que não existe necessidade de internamento institucional (Unidade de Missão para os Cuidados Continuados Integrados, 2011). Sendo esta equipa, parte integrante da RNCCI, vai ao encontro dos objetivos desta, nomeadamente:

“a melhoria das condições de vida e bem-estar das pessoas em situação de dependência, através da prestação de cuidados continuados de saúde e de apoio social; a manutenção das pessoas com perda de funcionalidade ou em risco de perder, no domicílio, sempre que possam ser garantidos os cuidados terapêuticos e o apoio social necessários à provisão e manutenção de conforto e qualidade de vida (...); e o apoio aos familiares ou prestadores informais, na respectiva qualificação e na prestação dos cuidados. (Unidade de Missão para os Cuidados Continuados Integrados, 2011, p. 8)

A equipa de ECCI onde desenvolvi o estágio é constituída por 25 vagas para utentes da área de abrangência da UCC, que engloba várias freguesias. Os utentes para ingressar nos cuidados da ECCI devem reunir requisitos para a admissão na RNCCI, cuja referenciação é realizada por um médico, enfermeiro e uma técnica de serviço social do centro de saúde ou da instituição hospitalar onde os utentes se encontram em cuidados de saúde. A ECCI é uma equipa multidisciplinar, sendo constituída por uma médica, uma enfermeira generalista, três EEER, uma psicóloga e duas técnicas de serviço social, sendo o papel de gestor de caso de cada cliente atribuído ao enfermeiro.

A OE defende a inclusão dos EEER nas equipas de ECCI, na medida em que dos objetivos desta equipa se destaca a recuperação e a adaptação ou manutenção funcional da pessoa, o treino do prestador de cuidados com o

objetivo de assegurar o regresso a casa de forma segura, de que resultam ganhos em saúde significativos (OE, 2009, pp. 22-23). Tendo em conta este princípio com as competências específicas do EEER, que concebe, implementa e monitoriza planos de intervenção de ER diferenciados, baseados nos problemas reais e potenciais dos clientes, defendo a minha ida na referida ECCI, onde obtive momentos de aprendizagem e desenvolvimento de competências, articulando os saberes teóricos com o contexto da prática. Neste primeiro campo de estágio, procurei focar-me no objetivo de desenvolver competências de EEER no cuidado à pessoa com alterações sensoriomotoras e respiratória, que condicionem o seu desempenho nas AVD, com destaque na EV.

Numa segunda fase, de modo a continuar o percurso de desenvolvimento de competências de EEER, optei por realizar o estágio num serviço de internamento de urologia, no qual procurei focar-me no objetivo de desenvolver competências como EEER no cuidado à pessoa com alterações na EV.

No contexto de internamento de urologia, consegui encontrar alguns clientes com patologia de IU. No entanto, confesso que foi abaixo da expectativa, não só pela grande rotatividade de clientes, que caracteriza o serviço, mas também pelas poucas intervenções realizadas na área da IU, no período em que decorreu o estágio. Dada a realidade, optei por abordar o mesmo objetivo numa vertente de educação e apoio, segundo a Teoria dos Sistemas de Enfermagem, inerente à Teoria do Défice de Autocuidado de Enfermagem. Procurei intervir numa perspetiva de prevenção de complicações pós-operatórias e/ou diminuição das morbilidades expectáveis da intervenção cirúrgica, procurando o autocuidado na AVD EV. Sendo um serviço cirúrgico, pude consolidar competências de EEER à pessoa com alteração sensoriomotora e respiratória, nomeadamente, cirurgia abdominal e pneumonia.

De modo a proporcionar uma melhor compreensão do meu percurso no desenvolvimento de competências a que me propus no trabalho de projeto, optei por elaborar esta análise tendo por base as competências comuns de EE e, posteriormente, as competências específicas de EEER.

3.1. Competências Comuns do Enfermeiro Especialista

As competências comuns do EE são

“partilhadas por todos os enfermeiros especialistas, independentemente da sua área de especialidade, demonstradas através da sua elevada capacidade de concepção, gestão e supervisão de cuidados e, ainda, através de um suporte efectivo ao exercício profissional especializado no âmbito da formação, investigação e assessoria” (OE, 2010, p. 2)

Estas competências, que pretendo desenvolver, estão preconizadas em quatro domínios:

- Domínio da responsabilidade profissional, ética e legal, onde fui ao encontro do código deontológico do enfermeiro, de acordo com as intervenções na condição de EEER;
- Domínio da melhoria contínua da qualidade, através da concepção, gestão e colaboração em programas de melhoria da qualidade dos cuidados;
- Domínio da gestão dos cuidados, onde articulei os cuidados com os recursos disponíveis e adequados; e
- Domínio das aprendizagens profissionais, através da fundamentação da *praxis* clínica especializada em sólidos e válidos padrões de conhecimento, ou seja, com processos de tomada de decisão baseados em padrões de conhecimento válidos, atuais e pertinentes.

(OE, 2010)

No intuito de desenvolver competências no **domínio da responsabilidade profissional, ética e legal**, defini no projeto de aprendizagem objetivos e respetivas atividades. Destaco a compreensão da filosofia organizacional e de cuidados como fundamental para uma prestação de CER segura, respeitável e aceite pelo outro, e a compreensão e reflexão das intervenções do EEER na readaptação e/ou reabilitação da pessoa com alteração na EV, sensoriomotora, respiratória e da sexualidade, que condiciona as AVD, com destaque na EV, envolvendo a família/cuidador informal. A ER tem um papel principal na promoção da vida das pessoas com dependência e/ou com dificuldades em realizar as AVD, na medida em que o EEER procura incessantemente aumentar

a capacidade de autocuidado da pessoa, através de uma avaliação dos desvios de autocuidado nos vários requisitos e implementando atividades terapêuticas adequadas e eficientes na procura da qualidade de vida da pessoa. O fato de lidar com a incapacidade e diferenças torna o EEER o profissional de saúde competente na procura de igualdade, de uma vida diária adaptada à especial condição, proporcionando-a dotada da mesma qualidade e da mesma dignidade que os outros. Por isso, o agir ético do EEER passa pela promoção da qualidade de vida da pessoa com incapacidades, promovendo por isso a sua dignidade (Deodato, 2017).

Deste modo, considero que no percurso do estágio, os CER planeados e implementados por mim aos clientes e respetivos cuidadores informais, respeitaram a autonomia e privacidade destes, tendo como princípio o processo de tomada de decisão fundamentada no saber técnico-científico dos cuidados, e a relação de parceria com o cliente e o seu cuidador. Indo ao encontro do Regulamento do Exercício Profissional dos Enfermeiros (REPE), como enfermeiro, adotei uma conduta responsável e ética, com base no respeito pelos direitos e interesses dos clientes, procurando a promoção da saúde, a prevenção da doença, o tratamento, reabilitação e participação na sociedade (OE, 2015). Norteando-me pelo código deontológico do enfermeiro, “os padrões éticos profissionais assentam num conceito moral básico que é a preocupação com o bem-estar de outros seres humanos. Não basta a qualidade científica ou a técnica, pois somos *gente que cuida de gente*” (Nunes, Amaral, & Gonçalves, 2005, p. 17). Na elaboração e intervenção da minha prática tomei sempre em conta a vontade do cliente, as suas crenças, bem como o ambiente envolvente passível de influenciar os ganhos em saúde, não só para uma adesão ao cuidado eficiente, mas acima de tudo para a promoção do autocuidado e bem-estar.

No contexto comunitário, inserido na ECCI, destaco a importância do respeito pela liberdade do cliente e família. Neste ambiente, que é o deles, pude compreender que a negociação dos CER está intimamente relacionada com a autonomia do cliente e família nas suas AVD. A visitação domiciliária é sempre articulada com o cliente e família, tendo em conta as necessidades dos mesmos, bem como a disponibilidade da própria equipa. Compreendi que a co-responsabilização do cliente e família neste processo, é tida em conta como promoção da autonomia daqueles, dando-lhes poder na tomada de decisão e

liberdade no seu quotidiano. Por isto, a promoção do autocuidado é possível uma vez que a pessoa com limitação é estimulada na execução das atividades de autocuidado e os cuidadores informais a assumirem de forma eficiente o papel de agentes de autocuidado. Para a aplicação do projeto de aprendizagem proposto, procurei inicialmente dar a conhecer o mesmo, de maneira ao cliente refletir sobre a temática. Pude desenvolver uma relação de confiança com o cliente e família, à medida a que ia prestando cuidados, o que proporcionou um desenvolvimento do tema mais natural possível. Avaliei sempre a bem-estar do cliente à temática, proporcionando um ambiente privado durante a apreciação, de modo a respeitar a sua privacidade, sendo um direito na prestação de todo e qualquer ato (Nunes, Amaral, & Gonçalves, 2005).

Relativamente ao contexto hospitalar, o facto de ser um serviço com a sua especificidade, tinha consciência que a privacidade, é dos direitos mais importantes a respeitar. A intrusão na intimidade dos clientes é uma constante. Procurei em todos os cuidados planeados e prestados, resguardar a intimidade do cliente. Destaco uma situação de cuidados a um homem no pós-operatório de resseção transuretral da próstata, na qual poderá apresentar no futuro uma disfunção sexual, nomeadamente, problemas com a ereção. Planeei abordar esta temática com o cliente, e para isso, optei por solicitar a este que nos deslocássemos a uma sala mais privada do serviço. Deste modo, respeitei a privacidade do cliente, ao promover um ambiente exclusivo à minha intervenção. Questionei-lhe sobre o que o médico lhe tinha dito previamente à cirurgia sobre a componente sexual. Ao validar esses conhecimentos, e após perceber a disponibilidade do cliente para abordar este tema, iniciei a minha intervenção de ER, focando os sinais que possam surgir, estratégias para contornar a situação e onde poderá pedir ajuda, caso seja um problema para ele, baseando-me na teoria dos sistemas de enfermagem de Orem, nomeadamente educação e apoio.

Considero também importante os contributos dos EEER, relativamente ao processo de supervisão clínica, da equipa de enfermagem e multidisciplinar, que me facilitaram o conhecimento da estrutura organizacional e filosofia de cuidados de cada contexto de estágio. O á vontade e a disponibilidade destas equipas e a possibilidade de consultar os manuais e processos institucionais, facilitaram o meu envolvimento no cuidar dos seus clientes, sentindo-me acolhido e pertencente à equipa.

No **domínio da melhoria da qualidade dos cuidados**, considero que ao longo do estágio, pude desenvolver atividades que possibilitaram adquirir competências neste domínio, em que destaco como objetivo do projeto de aprendizagem a compreensão das ações do EEER na equipa multidisciplinar, nomeadamente na ECCI e no serviço de urologia. Nos dois campos de estágio colaborei com os EEER nas apreciações dos clientes, utilizando instrumentos de avaliação implementados, que monitorizassem desvios de autocuidado e na promoção de um ambiente seguro e terapêutico e, em conjunto com os EEER refleti sobre necessidades percecionadas na prestação de cuidados, o que levou à elaboração de folhetos, melhorando assim a qualidade dos cuidados prestados pelas equipas (Apêndice II).

No decorrer dos CER prestados a um utente no seu domicílio, apercebi-me da importância de ensinar os cuidadores informais, no cuidar, tendo realizado um jornal de aprendizagem (Apêndice III). Os cuidadores informais são a principal fonte de cuidados e têm a responsabilidade do cuidar da pessoa dependente, que por norma correspondem ao seu familiar ou a alguém com relação afetiva importante e, por isso, assumem o papel . Esta situação acontece, muitas vezes, de forma abrupta e sem preparação prévias por parte das famílias, o que implica necessidades acrescidas e desequilíbrios diversos (Simões & Grilo, 2012). Deste modo, torna-se importante o nosso papel na capacitação do cuidador informal / familiar para a realização da prestação de cuidados continuada, bem como na promoção do autocuidado como agentes de autocuidado, que passa pela aquisição de conhecimentos, capacidades e habilidades de forma a proporcionar uma gestão de cuidados adequada no domicílio, promovendo o bem-estar e garantindo o êxito do regresso a casa da pessoa com dependência (Menoita, 2012). Posto isto, os enfermeiros têm um papel primordial na orientação do cuidador informal, no que concerne aos obstáculos e necessidades com que se deparam no novo papel assumido (Ferreira, 2010). Desta reflexão surgiu o projeto e elaborar um suporte aos cuidadores informais, na medida de estes se incluírem no processo de cuidados continuados, assumindo com segurança o papel de agentes do autocuidado. O folheto com a temática das mobilizações tem por objetivo incentivar e suportar a prestação de cuidados continuados por parte dos cuidadores informais / família, a fim de promover ganhos em saúde. Este documento torna-se deste modo uma

forma de manter o processo de reabilitação durante os períodos de ausência do EEER, bem como no pós-alta do utente, funcionando como promotor da atividade de autocuidado. Os enfermeiros têm um papel primordial na orientação do cuidador informal, no que concerne aos obstáculos e necessidades com que se deparam no novo papel assumido (Ferreira, 2010). De acordo com Orem, na sua teoria, um método de ajuda consiste numa série sequencial de ações que ultrapassam ou compensam as limitações associadas à saúde da pessoa (Tomey & Alligood, 2002). Na situação descrita no jornal de aprendizagem, a prestação de cuidados baseou-se no método de ajuda ensinar, na medida em que a supervisão das técnicas aplicadas pelas cuidadoras informais passava pelo ensino ou determinadas aferições da prática presenciada.

Relativamente ao serviço de internamento, após compreender o funcionamento deste, pude planear, em conjunto com a EEER, atividades que contemplassem a temática em estudo, de forma a sensibilizar a equipa multidisciplinar a esta. Deste modo, propus a realização de um folheto sobre o controlo da incontinência, baseando-me no sistema de educação e apoio defendido na teoria de sistemas do autocuidado de Orem. O folheto, dirigido principalmente aos utentes, mas podendo ser orientador para cuidadores informais, tem por objetivo, promover a CV, através do emprego de estratégias de fortalecimento dos músculos do pavimento pélvico, adequação de hábitos miccionais e alteração de estilos de vida, com a finalidade da promoção do autocuidado na AVD de EV. Procurei realizar um folheto transversal aos vários serviços, podendo ser disseminado pela instituição.

Em concordância com os EEER orientadores, bem como com os procedimentos dos serviços, apliquei vários instrumentos de avaliação, que permitem uma avaliação criteriosa e segura dos parâmetros da avaliação da força muscular; tónus muscular, e AVD, fundamental para monitorizar desvios de autocuidado, identificando as necessidades do mesmo conceito. Na apreciação, tomei como base o modelo teórico de Nancy Roper e as AVD, nas escalas utilizei as implementadas na população portuguesa, nomeadamente, Escala de avaliação da força muscular de *Medical Research Council*; *Escala de Braden*; e *Índice de Barthel Modificada* (Araújo, Ribeiro, Oliveira, & Pinto, 2007) (DGS, 2011) (Ordem dos Enfermeiros, 2017) (Anexo I).

A ER, sendo uma área específica da enfermagem exige conhecimentos próprios, a nível conceptual e técnico, pelo que se torna imperativo existirem instrumentos de avaliação da qualidade precisos (Gomes, Martins, Gonçalves, & Fernandes, 2012). As mensurações decorrentes destes métodos de avaliação demonstram as exigências de autocuidado, a evolução dos utentes, no seu processo de reabilitação, como também a qualidade dos cuidados prestados e os ganhos em saúde.

Durante a minha prestação de CER, pretendi ser crítico de forma construtiva, o que foi bem aceite pelos EEER, bem como pelos restantes elementos da equipa. Destaco também os folhetos foram bem aceites pelas equipas, o que me parece ser uma mais valia para a melhoria da qualidade dos cuidados de enfermagem, na promoção do autocuidado da pessoa, tendo, por isso, atingido com sucesso os objetivos propostos neste domínio, bem como desenvolvido competências no mesmo.

No que respeita ao **domínio da gestão de cuidados**, considero que desenvolvi competências neste âmbito nos dois contextos de estágio, tendo para isso, aprofundado a capacidade de gerir CER, garanti a segurança e qualidade dos referidos cuidados, procurei gerir o planeamento e intervenções com a equipa de enfermagem, numa perspetiva de partilha de conhecimentos, a fim de otimizar as respostas da equipa.

Em ambos os contextos de cuidados onde realizei o estágio percebi a importância da gestão efetiva dos recursos reais (humanos e materiais), norteando-me pelo que os EEER orientadores me transmitiam, nunca fugindo dos métodos implementados nas equipas. Deste modo, o planeamento e execução dos planos de CER foram direcionados à realidade, indo ao encontro das expectativas e objetivos delineados. Para além disso, a relação de empatia e presença assídua dos EEER orientadores, tornaram possível o desenvolvimento da minha capacidade de tomada de decisão. Na ECCL, o EEER assume a função de gestor de caso de cerca de 5 utentes, sendo por isso, da sua responsabilidade o planeamento, implementação e avaliação dos CER, tendo como bases a promoção do autocuidado da pessoa, transição saudável dos familiares para assumirem o papel de agentes de autocuidado e procurar recursos comunitários adequados à condição dos utentes.

No caso específico do contexto de ECCI saliento o conhecimento relativo à organização dos centros de saúde no modelo de ACES, bem como a compreensão do funcionamento da RNCCI. É fundamental para um elemento da ECCI compreender os diferentes recursos que esta rede oferece, sendo eles Unidades de Convalescença, Unidades de Média Duração e Reabilitação, Unidades de Longa Duração e Manutenção, Unidades de Cuidados Paliativos, Unidades de Dia e Promoção da Autonomia, Equipas de Cuidados Continuados Integrados e Equipas Comunitárias de Suporte em Cuidados Paliativos. Uma vez que o EEER é gestor de caso dos clientes da ECCI, é fundamental conhecer os critérios de referenciação à ECCI e respetivas unidades da rede, bem como a apresentação da plataforma informática e processo de referenciação à equipa de coordenação local. O processo de admissão de cliente na ECCI, pressupõe diferentes registos de vários profissionais, quer da ECCI, como também das equipas de gestão de alta das instituições referenciadoras. Os registos são fundamentais para a continuidade dos cuidados, pelo que se torna importante conhecer a plataforma informática onde se realizam e a sua periodicidade. Conhecendo os recursos existentes na RNCCI, é imperativo conhecer o processo de referenciação ou transferência de clientes da ECCI para uma outra unidade da rede.

No início do estágio, na ECCI, os CER eram assegurados pelo EEER, em que a minha participação passava pela observação e reflexão da intervenção realizada em conjunto com o orientador. A disponibilidade demonstrada pela equipa de EEER, permitiu-me partilhar os meus conhecimentos, com vista à possibilidade de melhorar metodologias e, por conseguinte, a qualidade dos cuidados prestados. Posteriormente, a partir da terceira semana de estágio na ECCI, fui adquirindo maior autonomia, motivação e capacidade de processo de tomada de decisão, tendo assumido a responsabilidade de gestor de caso de dois utentes, sob supervisão do EEER. Percebi que a AVD eliminação, nomeadamente a urinária, era pouco abordada nos programas de reabilitação planeados. Por isso, em conjunto com o EEER orientador, numa reunião de equipa que participei, propus incluir uma apreciação da IU nos utentes a mim atribuídos. Apliquei um questionário adaptado à Língua Portuguesa designado *International Consultation on Incontinence Questionnaire - Short Form (ICIQ-SF)* (Associação Portuguesa de Urologia, 2009), o qual pode ser consultado no

Anexo II. Este questionário avalia o impacto da presença de IU na qualidade de vida do cliente.

Relativamente ao serviço de internamento onde continuei o estágio, no início, observava o funcionamento da equipa de enfermagem, de forma a compreender as metodologias empregues. Atendendo ao facto de a EEER não prestar exclusivamente CER, tive de procurar com esta a melhor forma de gestão das minhas intervenções. Uma vez que era o segundo contexto, senti-me mais confortável em iniciar uma gestão dos meus CER, de uma forma mais autónoma, o que foi negociado com a EEER, tendo sido fundamental para o *continuum* do estágio. Entretanto fui obrigado a mudar de EEER orientadora, tendo ficado com a Enfermeira Responsável do serviço, que se encontrava na prestação de cuidados em alguns turnos. Apesar da necessidade de me adaptar a outra EEER orientadora, foi positivo ter sido a enfermeira responsável, pois tive oportunidade de observar a gestão do serviço, para além da prestação de cuidados, indo ao encontro das competências deste domínio.

Era durante a passagem de ocorrências das equipas de enfermagem que iniciava a minha gestão de CER, uma vez que através dessa partilha de conhecimentos conseguia perceber que clientes necessitariam dos meus cuidados. Posteriormente partilhava com a EEER o que planeava para os clientes a fim de assegurar a sua pertinência e correta elaboração. Inicialmente a EEER acompanhava-me na prestação de CER, através da supervisão, dando orientações que me fizeram aprofundar competências. Na terceira semana, consegui gerir os meus CER de forma mais autónoma, apenas com supervisão da EEER. Com o tempo, a equipa de enfermagem procurava-me como consultor nalgumas situações de clientes, nomeadamente posicionamento, levante e mecanismos de limpeza da via aérea. Esta visibilidade fortalece a importância da presença de EEER nas equipas de enfermagem, melhorando a gestão dos cuidados de enfermagem, bem como a sua qualidade para os clientes.

O EE assume um papel de destaque no cerne das equipas de enfermagem, nomeadamente em processos de tomada de decisão que envolvem diversos elementos, como o cliente, família, comunidade, instituição, o próprio e os restantes da equipa. Este processo toma como base o julgamento clínico, abordado por Tanner, (2006) o qual se caracteriza por ser deliberado, complexo e flexível. O EE, no processo de tomada de decisão interpreta e conclui

necessidades, preocupações e problemas de saúde dos clientes que cuida. É um processo complexo na medida em que pressupõe uma decisão no agir, modificação de atos muitas vezes enraizados, e também improvisação de acordo com as variáveis dependentes ao ato, como recursos e meio envolvente. Como se fala de processo de saúde-doença, este processo torna-se flexível na medida em que é requerido ao EE a capacidade diferenciada para apreciar determinada situação clínica indefinida, como também interpretar o seu significado, procurando a melhor resposta (Tanner, 2006).

No desenvolvimento de competências ao nível do **domínio das aprendizagens profissionais**, considero que demonstrei capacidade de autoconhecimento e autoavaliação da prática, o que é fundamental quer como enfermeiro, como também como futuro EE. A prática de enfermagem é compreendida de relações terapêuticas e pluriprofissionais, envolvendo a relação do EU com o Outro, num contexto individualizado, no âmbito profissional, inserido numa dimensão organizacional (OE, 2011).

Ao longo do estágio fui transferindo conhecimentos teóricos e científicos, uns dos conteúdos lecionados nas unidades curriculares do curso, outros de pesquisa bibliográfica realizada, a fim de colmatar lacunas do conhecimento, melhorando a prestação de cuidados. Segundo o Conselho Internacional de Enfermeiros (2012), a prática baseada na evidência compreende uma metodologia de resolução de problemas relativamente à decisão clínica, que envolve uma pesquisa da evidência mais recente e de qualidade, bem como as preferências do cliente no contexto do cuidar. Também Abreu (2001), salienta a importância da ação fundamentada, enunciando que ser Enfermeiro está para além do que é observável, uma vez que “envolve um conjunto de situações das quais a ação é apenas uma delas; [e] designa não somente na ação repetida, mas também a ação regulada e a ação refletida” (Abreu, 2001, p. 328). Deste modo, considero ter tido uma prática reflexiva, fundamental para o desenvolvimento desta competência, quer aquando da concretização de jornais de aprendizagem, mas também de partilha de conhecimentos com os EEER orientadores e docente, bem como com os restantes enfermeiros das equipas, sem descurar o cliente e família, alvos dos meus cuidados. A elaboração dos jornais de aprendizagem teve por base uma metodologia de reflexão estruturada, nomeadamente o ciclo reflexivo de Gibbs (Anexo III).

Destaco o jornal de aprendizagem que se encontra em Apêndice IV, no qual abordo a importância dos cuidadores informais, tendo permitido um olhar aprofundado sobre aspetos inerentes aos CER, como por exemplo, estratégias de *coping*, meios de comunicação alternativa entre a pessoa e o seu cuidador.

Por isto, a prática reflexiva permite ao enfermeiro construir um saber sustentado no raciocínio do agir e na consciência do processo de tomada de decisão, os quais se traduzem no saber-fazer, saber-saber e saber-estar enquanto futuro EEER (Santos & Fernandes, 2004).

3.2. Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação

A prática do EEER, pressupõe uma apreciação, elaboração, implementação e monitorização de planos de intervenção de reabilitação direcionados à individualidade do cliente, tendo em conta problemas reais e potenciais, o que envolve a necessidade de autocuidado da pessoa, que compreende a relação entre a exigência de autocuidado e a capacidade desta se autocuidar (Queirós, Vidinha, & Filho, 2014). Para isso, existe uma necessidade de aprofundamento acrescido de conhecimentos e aplicação destes planos na sua vertente prática, o que faz com que o estágio seja fundamental no desenvolvimento de competências. Tendo em conta as competências específicas do EEER, a intervenção visa promover o diagnóstico precoce e ações preventivas, mantendo assim a funcionalidade dos clientes, anteceder complicações e impedir o desenvolvimento incapacidades (OE, 2010).

Deste modo, para a realização do estágio, baseei-me nas três competências major do EEER, preconizadas pela OE, sendo estas:

- Cuidar de pessoas com necessidades especiais, ao longo do ciclo de vida, em todos os contextos da prática de cuidados;
- Capacitar a pessoa com deficiência, limitação da atividade e/ou restrição da participação para a reinserção e exercício da cidadania;
- Maximizar a funcionalidade desenvolvendo as capacidades da pessoa.

(OE, 2010)

De seguida será apresentada a análise reflexiva de atividades realizadas durante o estágio que destaco como promotoras do desenvolvimento de competências específicas de EEER.

Reforço que as concretizações de determinadas atividades possibilitaram comumente o desenvolvimento de competências comuns do EE e competências específicas do EEER, o que também se aplica aos objetivos e atividades propostas no projeto de aprendizagem realizado anteriormente.

Para o desenvolvimento da competência relacionada com o **cuidar de pessoas com necessidades especiais, ao longo do ciclo de vida, em todos os contextos da prática de cuidados**, considero fundamental experienciar dois contextos de estágio pautados pela sua diferença, no meu caso, no domicílio da pessoa e a nível hospitalar, o que possibilitou duas experiências importantes.

No contexto domiciliário, inserido na ECCL, pude avaliar, planejar, prestar e monitorizar os CER à pessoa com alteração da funcionalidade a nível motor, sensorial, cognitivo, alimentação e eliminação em que as patologias passavam pela doença do foro cerebrovascular, nomeadamente na fase de sequelas de AVC, do foro neuromuscular, nomeadamente esclerose múltipla (EM) e um caso de Esclerose Lateral Amiotrófica (ELA); do foro ortopédico, nomeadamente, após fratura da extremidade proximal do fémur e, ainda, do foro respiratório.

Torna-se fulcral, neste percurso de aquisição e desenvolvimento de competências, estruturar criteriosamente as atividades que sustentam o cuidar ao cliente, o que possibilita a construção efetiva do processo de tomada de decisão, enquanto estudante de especialidade de ER, não obstante a importância do enfermeiro orientador na supervisão clínica. Na conceção do plano de intervenção torna-se fundamental a existência de um guia orientador de colheita de dados, onde se avalia inicialmente a funcionalidade do cliente nas suas várias dimensões, como motora, sensitiva, cognitiva, cardiorrespiratória, alimentação e eliminação. A estas dimensões do ser humano cruciais para o seu funcionamento, torna-se importante a sua capacidade de se autocuidar e realizar as AVD, bem como os aspetos psicossociais que influenciam diretamente a capacidade anteriormente referida. Destaco como aspetos psicossociais o nível de ocupação e a dinâmica familiar / suporte real. A ECCL apresenta um guia de

colheita de dados que aplica na avaliação inicial, adequando ao cliente e às suas necessidades (Apêndice V).

A avaliação inicial de enfermagem, nomeadamente a colheita de dados é fundamental no processo de ER. Atualmente, a dimensão funcionalidade está intimamente ligada ao processo de envelhecimento, o que a torna central para a avaliação de ER, uma vez que a capacidade funcional e a dependência funcional são conceitos que fazem parte do Sistema de Classificação Internacional de Comprometimento, Incapacidades e Desvantagens da Organização Mundial de Saúde (OMS), utilizados para definir a capacidade de realizar uma ou mais AVD sem auxílio (Santos C. M., 2011). Segundo Dias (2012) e OMS (2004), a funcionalidade compreende todas as funções do corpo, atividades e participação. A avaliação da funcionalidade passa pela análise e medida de comportamentos específicos que acontecem no meio ambiente real do cliente, os quais são importantes para a manutenção da vida e concretização de objetivos. Através da avaliação funcional o ER compreende os desvios de autocuidado reais, que levam à dependência do cliente no seu autocuidado, possibilitando a elaboração de planos de intervenção de ER adequados e direcionados. (Araújo, Paúl, & Martins, 2011). Na ECCI, a avaliação funcional e dependência no autocuidado é realizada através da aplicação da Escala de Barthel Modificada, sendo esta validada para a população portuguesa, no que concerne à compreensão do estado de dependência nas AVD, constituindo o instrumento mais fidedigno para a avaliação da capacidade funcional e de autocuidado, e de destaque para a avaliação da eficácia das atividades de autocuidado e de ganhos em saúde (Araújo, Ribeiro, Oliveira, & Pinto, 2007; Ricardo, 2012). No decorrer do estágio, após a avaliação inicial de ER, os desvios de autocuidado identificados nos clientes que prestei cuidados passam por défices a nível sensorio-motor, da estimulação sensorial, respiração, eliminação e sexualidade.

Posto isto, procurando a melhoria da qualidade dos cuidados e assumindo-me como enfermeiro gestor de casos, elaborei planos de intervenção de ER para três clientes, integrados na ECCI, em contexto domiciliário, enaltecendo sempre a individualidade do cliente nos CER, o respeito pela sua autonomia e pela capacidade de decisão, com a finalidade da promoção do autocuidado e consequente qualidade de vida. Os planos de intervenção foram estruturados

em modelo próprio vigente na ECCI, que recai na reeducação funcional dos utentes. Optei igualmente por realizar planos de intervenção individualizados, de forma a aprofundar os CER e procurar a fundamentação criteriosa dos cuidados a prestar. Destaco o plano de cuidados que se encontra em Apêndice VI.

No âmbito da reeducação funcional sensório-motora, foram implementados exercícios terapêuticos a um utente na fase de sequelas de AVC, a um utente com EM e a um utente com patologia respiratória obstrutiva que, após período de internamento, agravou a sua capacidade de autocuidado. Os cuidados prestados visaram o respeito pela singularidade de cada cliente e o seu meio ambiente, sendo estes cuidados ajustados de acordo com a avaliação inicial realizada em cada visita (Hoeman, 2011). Compreendendo que as visitas se realizavam em média três vezes por semana, com uma duração média de 45 minutos, onde se implementavam exercícios terapêuticos, nomeadamente mobilidade articular e fortalecimento muscular, treino de equilíbrio, treino de transferências e levante, de acordo com as necessidades de autocuidado da pessoa em cada visita, após a avaliação inicial. Os exercícios terapêuticos são fundamentais para o cliente com alteração da mobilidade, pois possibilitam restaurar, melhorar e desenvolver o funcionamento, prevenindo contraturas ou estado de atrofia muscular, com objetivo de manter o tónus, a força e a função musculoesquelética. Estes exercícios terapêuticos passam por contrações isométricas ou dinâmicas, sendo estas passivas, ativas ou ativo-assistidas, de acordo a força e tónus muscular que a pessoa apresenta (Kisner & Kolby, 2009; (Hoeman, 2011). No estágio foram realizados exercícios terapêuticos através de técnica musculo-articular activa, passiva e ativo-assistida, mediante a avaliação inicial da força e tónus muscular, respeitando a amplitude máxima de cada articulação, os planos e o tipo de movimento articular, o limite de dor tolerável, a fadiga manifestada pelo cliente. Esta prestação de cuidados foi realizada de forma individualizada, coordenada, controlada e repetida, iniciando do distal para o proximal, até ao máximo de 10 repetições, nos segmentos corporais dos membros inferiores (dedos dos pés, tibiotársica, joelho e coxofemoral) e dos membros superiores (dedos da mão, punho, antebraço, cotovelo e escapulo-umeral) (Coelho, Barros, & Sousa, 2017). Mendoita (2012) defende que os exercícios terapêuticos devem acontecer duas a três vezes por dia, com repetições de cerca de 10 vezes em cada movimento, respeitando o limiar da

dor, fadiga e tolerância, de acordo com as manifestações do cliente. A coordenação e repetição, no caso do cliente que se encontra na fase de sequelas de Acidente Vascular Cerebral (AVC), é essencial para a neuroplasticidade, que consiste na adaptação do sistema nervoso de se adaptar a novas circunstâncias, mesmo após uma lesão (Blakemore & Frith, 2009). O controlo das mobilizações deve ser assegurado através do apoio realizado no segmento articular a mobilizar, sendo este orientado localmente do distal para o proximal. Também foram realizados exercícios de treino de equilíbrio, que pressupõem a reeducação do mecanismo reflexo-postura, inibição da espasticidade estimulando a sensibilidade postural ao fazer carga no membro superior e inferior, estimulação da ação voluntária dos músculos do tronco e preparação para a marcha (Hoeman, 2011; Coelho, Barros, & Sousa, 2017).

As implementações de planos de intervenção de ER, nomeadamente dos exercícios terapêuticos, foram bem aceites pelos clientes, de uma forma geral, havendo o cuidado de incentivar e reforçar a mobilização ativa, na presença de capacidade por parte do cliente de a realizar, sem nunca descurar a supervisão, promovendo a execução de atividades de autocuidado inerentes. Na maioria das situações houve necessidade da minha intervenção, no sentido de adequar a amplitude articular induzida pelo movimento, no intuito de evitar complicações ou lesões musculares, correspondendo ao método de ajuda executar ou agir. Destaco uma situação que ocorreu quando o cliente realizou o levante de forma autónoma, em que subitamente sentiu uma dor intensa a nível lombar, tendo comprometido o plano de intervenção estabelecido, e tendo sido necessário recorrer a terapêutica farmacológica durante duas semanas, em que apliquei o método de ajuda orientar e encaminhar, na medida em que foi solicitado a observação pelo médico da ECCI. Nesta situação, considero não haver maneira de prevenir o episódio, uma vez que a avaliação inicial efetuada, o cliente apresentava capacidade de autocuidado para realizar a atividade levante, como já o tinha feito em visitas anteriores. No entanto, foi ajustado o plano de intervenção para exercícios de relaxamento muscular e massagem terapêutica a fim de aliviar o desconforto e diminuir o nível de dor. A escala utilizada foi a escala visual analógica da dor em que o cliente avalia a sua dor numa escala numérica de 0 a 10, em que 0 é sem dor e 10 a dor máxima alguma vez sentida. Nesta situação, durante o episódio de dor súbita, o cliente avaliou a sua dor no

nível 9, tendo como alívio a posição fetal no leito, que avaliava de nível 4. Após cerca de 2 semanas, após medidas farmacológicas e não farmacológicas antiálgicas, o utente manifestava dor nível 2, tendo sido retomadas as atividades de autocuidado planeadas no plano de intervenção. Relativamente ao cliente portador de EM, os exercícios terapêuticos passam pela mobilização passiva, com objetivo de manutenção do grau da força muscular e do tônus muscular, diminuindo assim a incidência da doença, tendo em conta a sua história natural. Estes exercícios para além dos benefícios a nível sensório motor, tem também ganhos em saúde a nível respiratório, nomeadamente no aumento do volume respiratório e na limpeza da via aérea, uma vez que diminui a estase de secreções. De referir que a implementação dos planos de CER acontecem em conjunto com o EEER orientador para possibilitar ao cliente maior confiança na adesão ao plano estabelecido. Os resultados nesta situação passam pela diminuição de complicações decorrentes da imobilidade. De acordo com o processo do cliente, a última complicação acontecera há cerca de 1 mês, tendo sido uma pneumonia. Durante o período de estágio na ECCI, não houve qualquer complicação a registar, fruto da intervenção da equipa e da articulação com a família e duas cuidadoras informais instruídas e com treino constante por parte da ECCI.

Durante o estágio, em ambos os contextos, adotei a técnica de transferência por elevação e técnica de transferência em *pivot*, de acordo com o grau de dependência de cada cliente. A técnica de transferência, segundo Hoeman (2011), impera a segurança, tanto do profissional de saúde, neste caso o EEER, como do cliente a transferir, o que torna fundamental a existência de uma avaliação prévia da capacidade cognitiva e física deste, bem como sua disponibilidade para colaborar. A transferência por elevação está indicada para o cliente com um nível de dependência moderado na mobilidade e exige a colaboração de dois cuidadores. Este tipo de transferência possibilita deslocar o cliente para a cadeira de rodas, apesar da diminuição da força ou comprometimento do tônus muscular. Nas situações de transferência, sempre que possível, foram incluídos os cuidadores informais do cliente, a fim de promover o autocuidado, tornando o cuidador o agente de autocuidado. No que respeita, à técnica de transferência *pivot*, esta aplica-se a clientes que tenham uma capacidade de carga nos membros inferiores e que apresentem equilíbrio

de tronco. Esta técnica passa por auxiliar o cliente a sentar-se num dos lados da cama, colocando os braços a nível das articulações escapulo-umeral do cuidador (Hoeman, 2011). Durante o estágio, realizei levante a clientes, quer atribuídos ao EEER orientador, quer a de outros enfermeiros da equipa que me solicitavam colaboração, com vista ao desenvolvimento das minhas competências de EEER. Segundo a OE (2013) o levante previne complicações da imobilidade, aumenta a capacidade para o autocuidado nas outras AVD, é fundamental para o treino de equilíbrio e prepara o treino de marcha. No serviço de internamento, o levante mostrou ser uma etapa fundamental para o regresso a casa dos clientes, uma vez que percebi ser um momento de motivação e de sentimento positivo no processo de saúde-doença. Muitos deles questionavam-me no momento do levante, que se estava a acontecer era porque estava tudo a correr bem e que o momento da alta estava próximo. A minha postura foi sempre segura manifestando os aspetos positivos do levante e o que este traria de positivo para o autocuidado nas diversas AVD, e claro, no regresso a casa.

Relativamente às estratégias de estimulação sensorial, como intervenção do EEER reporto-me a uma situação ocorrida com um utente que na sequência de um AVC, desenvolveu uma hemiparesia à direita, associado a desequilíbrio e descoordenação no membro superior direito. No que respeita à reeducação funcional motora, o descrito anteriormente correspondeu ao plano de intervenção executado pela equipa. Na estimulação sensorial procurei a realização de atividades que influenciassem a organização e processamento da sensação a nível cerebral, com intuito de promover a funcionalidade em determinadas tarefas cruciais no autocuidado (Hoeman, 2011). Dou como exemplo o levante realizado com o cliente descalço, o que promove a sensibilidade táctil em associação com a sensibilidade propriocetiva, sendo que a representação do nosso corpo depende da coerência entre os sensores visuais, propriocetivos e tácteis (Cardini, Haggard, & Ladavas, 2013). Introduzi no plano de intervenção do cliente atividades de autocuidado que abordassem a vertente sensoriomotora como a coordenação do movimento, o movimento fino e a estimulação sensorial através da experiência de texturas e de cores associado ao tato, e a colocar feijões num frasco de vidro o que resulta num estímulo auditivo, estimulando assim a audição. Nesta intervenção destaco como resultado a melhoria da coordenação motora do membro superior afetado, bem

como o movimento fino com a mão, que promoveu o autocuidado na alimentação. A inclusão da família na estimulação sensorial é fundamental para a motivação do cliente na execução das atividades de autocuidado, afirmado por Simões (2011) que constatou a resposta à estimulação realizada por uma voz familiar é intensificada em relação a uma voz estranha. Solicitei assim à família que promovesse momentos de lazer com a televisão, durante os momentos das refeições procurei que motivassem o cliente a cheirar a comida antes de a ingerir. Estas atividades procuraram estimular o sistema visual, bem como o olfativo, salvaguardando a sua consecução de forma isolada, para uma melhor assimilação dos estímulos. Contudo, procurei envolver a coordenação motora com a estimulação sensorial, que está descrito como potenciador da reabilitação (Smania, Montagnana, Faccioli, Fiaschi, & Salvatore, 2003).

No que diz respeito à intervenção do EEER na elaboração de planos de intervenção que visavam a reeducação da função da EV, foram implementadas intervenções a um cliente com incontinência funcional, na medida em que o seu grau de dependência o impossibilita de satisfazer essa necessidade de forma independente. Como referido anteriormente neste relatório, a IU funcional caracteriza-se por perdas de urina por impossibilidade do cliente se deslocar ao local apropriado para satisfazer a sua necessidade, estando os mecanismos do arco reflexo da micção mantidos. De referir que a cuidadora informal era uma doente do foro oncológico tendo dificuldade na assunção do papel de agente de autocuidado. Inicialmente na minha avaliação inicial, propus como plano de intervenção incentivar o cliente no treino de equilíbrio a fim de conseguir manipular o urinol, promovendo o seu autocuidado nesta AVD. Importa dizer que a habitação da díade apresentava a casa de banho no primeiro andar, onde também se localizava os quartos. Quero com isto dizer que, durante o dia, o cliente não se deslocava à casa de banho por não existir condições de segurança na subida e descida das escadas, de forma autónoma. Entretanto, foi proposto o uso de um dispositivo de retenção de urina, como o urinol, mas para além da motivação do cliente ser diminuta, a própria cuidadora informal manifestou algumas reservas relativamente ao proposto. Inicialmente não compreendi a razão para essa decisão, mas com reflexão com o EEER orientador e o docente, a justificação poderá prender-se com o facto de uma autonomia acrescida ao cliente, colocaria em risco a sua segurança. Queirós, Vidinha, & Filho (2014),

afirmam também que é fundamental existir um ponto de equilíbrio entre o excesso e a carência de cuidado para que a pessoa seja capaz de se autocuidar de forma segura e eficiente. A segurança do doente define-se como a redução do risco de danos desnecessários relacionados com os cuidados de saúde, para um mínimo aceitável. Este mínimo resulta da avaliação tendo em conta o conhecimento atual, recursos disponíveis e o contexto onde se prestam os cuidados de saúde, em oposição ao risco do não tratamento ou de outro tratamento alternativo (DGS, 2011). Nesta situação particular, a segurança do doente pode ser colocada em causa pelo aumento da funcionalidade de determinada atividade, como sendo o uso do urinol na satisfação da eliminação vesical. Assim, a utilização do dispositivo de recolha apresenta-se como um fator contribuinte à segurança do doente, que segundo a DGS (2011), é uma circunstância, ação ou influência que se pensa desempenhar um papel na origem ou desenvolvimento de um incidente, ou aumentar o risco deste acontecer. Posto isto, o foco neste utente relativamente à reeducação da função eliminação vesical passou a ser o controlo do extravasamento de urina durante a noite. As dificuldades de auxílio da cuidadora e o comprometimento presente da mobilidade do cliente, fazia com que a colocação do dispositivo de retenção (fralda) fosse pouco eficiente, ficando o cliente urinado durante a noite. Foi proposto acolchoar a própria fralda com um resguardo absorvente o que possibilitaria a urina ficar retida dentro da fralda, aumentando assim a capacidade de retenção do dispositivo. A isto foram implementados exercícios de fortalecimento muscular, aumento da amplitude articular, treino de equilíbrio e treino de marcha na rua, que o cliente apreciava bastante. Em termos de resultados do plano traçado, destaco o emprego por parte da cuidadora de colocar um resguardo dentro da fralda do cliente, de modo a evitar ficar húmido durante a noite. O treino de marcha foi sendo cada vez mais prolongado no tempo, o que possibilitou idas à rua com maior frequência, o que aumentou a motivação do cliente na adesão ao programa de reabilitação. Não foi possível ir ao estabelecimento de lazer habitual, por ainda apresentar cansaço físico manifestado por fadiga e aumento dos ciclos respiratórios. Apesar da transmissão de informação sobre estilo de vida saudável, a cessação tabágica não aconteceu. Contudo, destaco a importância da cuidadora no controlo deste

hábito, o que permitiu reduzir em cerca de 5 cigarros diários, sendo uma estratégia importante neste processo de reabilitação.

Relativamente à eliminação intestinal neste cliente específico não existia um problema real, uma vez que a necessidade era habitualmente satisfeita no período da manhã ao acordar, onde ia ao sanitário realizar a higiene matinal. No cliente portador de EM, a eliminação intestinal apresentava-se regularizada e na validação que fiz com as cuidadoras informais, estas referiram adotar estratégias a nível da dieta e, por vezes, no recursos ao supositório de glicerina para manter o padrão intestinal.

No que concerne a atividades na vertente da reeducação da função respiratória, no contexto da ECCI, destaco o cliente portador de EM. A condição de saúde deste cliente, conhecendo a historia natural da doença, carece de CER, nomeadamente no sistema respiratório que se encontra em constante comprometimento por acumulação de secreções. O facto de possuir um aparelho de limpeza da via aérea – *cough assist* – torna a condição mais favorável e diminui a probabilidade de complicações infecciosas, por exemplo. Para além dos exercícios terapêuticos a nível músculo-esquelético, realizei um plano de reeducação funcional respiratória com o objetivo de manter a permeabilidade da via aérea, mobilidade das secreções e eliminação das mesmas através da tosse assistida e utilização do *cough assist*. Para iniciar a intervenção, procurava ao cliente realizar a dissociação dos tempos respiratórios, proporcionando um ambiente calmo e relaxante. Avaliava o padrão respiratório através da observação e da audição com recurso ao estetoscópio. Coordenava através da minha voz os ciclos respiratórios, procurando prolonga-los à medida que o relaxamento se fazia. Posteriormente, iniciava reeducação funcional respiratória procurando uma respiração predominantemente diafragmática através de assistência na fase inspiratória. Na fase expiratória, realizava reeducação diafragmática comprimindo a nível do diafragma, com intuito de aumentar esta fase, promovendo uma expiração forçada e, conseqüentemente, uma inspiração profunda. Na fase inspiratória, utilizei reeducação costal superior com resistência manual, com objetivo de promover a entrada de ar para os lobos inferiores dos pulmões e mobilizar secreções localizadas nessa área, que pude identificar na auscultação efetuada. Como técnicas de limpeza da via aérea realizei compressões a nível das cúpulas diafragmáticas e a nível da grelha costal

bilateral. Nesta última localização realizei igualmente vibrações na fase expiratória com objetivo de mobilizar secreções aderentes à parede pulmonar. Consegui aperceber-me da eficiência das manobras, uma vez que a tosse acontecia de forma autónoma, havendo ainda um reflexo de tosse adequado. Contudo, a utilização do *cough assist* auxiliava em períodos de tosse mais produtiva, com dificuldade na sua expulsão.

No contexto do internamento, procurei o foco da intervenção no propósito do projeto de aprendizagem elaborado. No entanto, fui-me apercebendo da dificuldade de encontrar população para tal, dado que o período de internamento desses utentes era de 24-48h, o que tornava difícil implementar e monitorizar as atividades. No entanto, propus focar-me no sistema de educação e apoio, segundo a teoria de sistemas de enfermagem, inerentes à teoria do défice de autocuidado de Orem, realizando atividades de autocuidado inseridas no método de ajuda ensinar sobre IU como complicação pós-cirúrgica no caso da prostatectomia radical, transmitindo estratégias ao problema e evidenciando recursos disponíveis para o cliente se sentir apoiado no momento da alta, o que compreende o método de ajuda de orientação e encaminhamento. Destaco uma situação de um cliente submetido a ressecção transuretral da próstata, em que elaborei um plano de intervenção, dando ênfase à educação a nível da prevenção da IU e abordagem do tema da sexualidade comprometida (Apêndice VII). Nesta situação transmiti estratégias de prevenção das perdas de urina, como exercício de fortalecimento da musculatura pélvica, exercício físico geral como descer e subir escadas, andar em ponta dos pés, treino de hábitos miccionais, como a micção diferida e a micção temporizada, como também na promoção de estilos de vida saudáveis e adequação da ingestão hídrica e alimentar. Embora a evidência científica não seja vasta, é unidirecional. A reeducação dos músculos do pavimento pélvico diminui a gravidade da IU, duração da IU, ou ambos, o que melhora a qualidade de vida dos clientes. Compreendendo que a qualidade de vida é singular, melhorar o nível de continência é uma medida relevante na sua melhoria. Uma vez que está comprovado o sucesso usando técnicas comportamentais na gestão da condição de IU, torna-se fundamental o encaminhamento de clientes para cuidados de reabilitação, nomeadamente reeducação dos músculos do pavimento pélvico, que deve ser realizado pelos profissionais envolvidos,

nomeadamente médicos urologias, médicos medicina geral e familiar e enfermeiros envolvidos no cuidar, nomeadamente o EEER (Eaton, 2016). Relativamente à sexualidade, procurei um ambiente privado para abordar o tema, e foquei-me na educação sobre sintomatologia de disfunção erétil e recursos existentes, nomeadamente o próprio urologista. Procurei também desmistificar a sexualidade como exclusividade do ato sexual, abordando o amor, compreensão e suporte mútuo da díade. Penso que a abordagem foi a mais correta, tendo sido transmitido pelo o utente o agradecimento pela minha intervenção, pois a IU e a sexualidade eram problemáticas que o angustiavam, e não sabia como procurar esclarecimento. Em termos de resultados da intervenção, considero ter sido positiva, pelo fato de ter sido importante esclarecer questões e preocupações do cliente, diminuindo a sua ansiedade no regresso a casa.

O contexto de internamento, sendo um serviço cirúrgico, abarca clientes com necessidades de CER nas outras vertentes do cuidar, nomeadamente, motor e respiratório. Realizei os primeiros levantamentos dos utentes submetidos a cirurgia, de acordo com as indicações clínicas manifestadas pela equipa multidisciplinar. De destacar neste percurso a minha inclusão positiva na equipa multidisciplinar, na medida em que era reconhecido o meu papel enquanto futuro EEER. Esse reconhecimento manifestava-se pelo pedido de consulta do meu conhecimento, relativamente a estratégias de posicionamento, levante e treino de marcha a clientes suscetíveis à imobilidade. Dada a altura em que realizei o estágio, ou seja, Inverno, os utentes do foro da medicina interna ocuparam algumas vagas do serviço, tendo patologias como Pneumonia e Gripe A. Pude realizar reeducação funcional respiratória a estes utentes, dando continuidade às aprendizagens adquiridas no contexto comunitário. Os CER que planei e implementei ao cliente com pneumonia tiveram como propósito a retornar expansão pulmonar do lado afetado, mobilização das secreções e promoção de tosse eficaz, atuando assim na prevenção de complicações que comprometessem o autocuidado do cliente. A DGS (2013) refere que a mortalidade associada às pneumonias, no período de 2007 a 2011 aumentou expressivamente, bem como a morbilidade associada à mesma. Por isso, é de destacar a intervenção do EEER na promoção do autocuidado do cliente com pneumonia, como demonstra Janurário (2013) no seu trabalho, em que face ao

diagnóstico de pneumonia, o cliente desenvolve desvio de autocuidado particularmente na vertente da mobilidade. Na experiência do contexto de internamento, os CER junto da pessoa com pneumonia passaram pela consulta prévia dos dados disponíveis do cliente, nomeadamente através da consulta do processo clínico no internamento, avaliação do estado de consciência, na auscultação pulmonar e observação de radiografia torácica mais recente, na avaliação da saturação periférica de oxigénio e na disponibilidade de colaboração do cliente nos CER. No começo da minha intervenção, explico ao cliente os propósitos da intervenção, proporcionando um ambiente calmo e seguro, imperando o respeito pela privacidade, intimidade e dignidade. Posteriormente, a técnica de relaxamento, a qual promove o relaxamento do sistema músculo-esquelético, com ênfase nos músculos acessórios da respiração, cintura escapular e membros superiores, potenciando a respiração diafragmática (Heitor, 1988). Utilizei a técnica de reeducação diafragmática e a de reeducação costal, com intuito de promover uma expansão pulmonar assertiva. Na técnica de reeducação diafragmática são implementados exercícios da porção anterior e porção posterior do diafragma e hemicúpula diafragmática direita e esquerda, de acordo com o lado afetado pela área de condensação identificada no exame complementar de diagnóstico. Esta intervenção possibilita corrigir assinerias ventilatórias, como acontece nos casos de patologia restritiva, como a pneumonia (Cordeiro & Menoita, 2012). No que concerne à reeducação costal, esta pauta pela reeducação costal da porção anterior, com maior destaque na reeducação costal superior e laterais, as quais se revelaram eficazes na mobilização de secreções que se encontravam localizadas a nível das grelhas costais. Ainda na reeducação costal, esta pode ser aplicada de forma global, a qual promove a expansão torácica, melhorando a distribuição e a ventilação alveolar, podendo ser utilizada com o recurso a um bastão (Cordeiro & Menoita, 2012). Notou-se igualmente uma melhoria da expansão torácica, o que potenciou a uma melhor oxigenação pulmonar otimizando as trocas gasosas, identificado pela melhoria na saturação periférica de oxigénio. Durante os exercícios de treino de marcha, destacou-se uma maior resistência ao esforço sem aporte de oxigénio, o que mostra uma diminuição do trabalho respiratório, ou seja, menos consumo de oxigénio, permitindo por isso o restabelecimento das atividades de autocuidado. Para mobilizar e expelir

secreções, foram aplicadas manobras acessórias, como a técnica de compressão e vibração, tendo em conta as especificidades de cada cliente e a sua situação clínica, e a técnica de tosse dirigida ou assistida. A seleção da técnica a empregar com os clientes ocorre mediante a capacidade de colaboração do cliente e a sua situação clínica, conhecendo que a técnica da tosse está contraindicada em situações de hipertensão intracraniana, fraturas de costelas, patologias abdominais agudas, pneumotórax não drenado, lesões instáveis da cabeça, pescoço e coluna, hemorragias na região abdominal e pós-operatório de algumas cirurgias oftálmicas (Azeredo, 2001; Presto & Damázio, 2009). Quando o cliente apresentava disponibilidade para realizar a técnica de tosse dirigida, esta era incentivada, sempre que possível com a minha supervisão, motivando-a a realizar no período de regresso a casa, promovendo o autocuidado e uma ventilação eficaz.

No cliente que pude assistir, durante o seu internamento, foi possível observar que, após a implementação das intervenções, os utentes apresentaram melhoria da função respiratória, comprovada pelo aumento de saturação periférica de oxigénio passando de 93% para 96%, diminuição de ruídos adventícios (roncos e ferveiros), bem como através de melhorias identificadas na radiografia torácica, verificando-se diminuição de áreas de condensação.

Tive oportunidade de visitar o bloco de exames de urologia, onde assisti à realização de exames complementares de diagnóstico, importantes para a avaliação da IU nos clientes. O estudo urodinâmico representa um estudo funcional do aparelho urinário inferior, geralmente composto por urofluxometria livre, medição do resíduo pós-miccional, cistometria de enchimento e esvaziamento. Segundo Nambiar, Lemack, Chapple, & Burkhard (2017), não existe atualmente um teste mais preciso para avaliar a função da bexiga em cliente com IU. Este exame fornece informações valiosas que auxiliam os profissionais de saúde a orientarem e gerirem as perdas de urina determinando o tipo de tratamento a prescrever (Nambiar, Lemack, Chapple, & Burkhard, 2017). A informação que o exame clarifica a condição da pessoa, nomeadamente o tipo de IU, o que permite ao EEER planejar intervenções direcionadas ao problema identificado. Na maioria dos exames que assisti, os clientes apresentavam uma IU de esforço, nalguns casos com indicação para intervenção cirúrgica. No entanto, torna-se importante a atuação do EEER,

nomeadamente na instrução de atividades que promovam o autocuidado nesta temática, como o treino de hábitos miccionais e exercícios de fortalecimento da musculatura pélvica. Pude aperceber-me que todos os clientes que realizaram o exame apresentavam um hábito miccional irregular, ou seja, ficavam mais de 3h sem esvaziar a bexiga, o que provoca um aumento da pressão intravesical, recorrendo ao esforço muscular acrescido para conter a urina. Com o tempo e experiências de vida (como o parto por via vaginal no caso da mulher), a musculatura pélvica vai enfraquecendo e surgem as perdas de urina.

Passei igualmente pela consulta externa de uroginecologia onde o clínico efetua uma avaliação objetiva das perdas de urina, através da inspeção da vagina, na procura de possíveis prolapso dos órgãos pélvicos, justificando as queixas das clientes de IU. São estas avaliações, quer mecânicas, quer físicas, que determinam o tratamento mais adequado, sendo importante o EEER ter conhecimento técnico-científico das etiologias da IU, possibilitando intervir nas várias fases do tratamento, ou seja, pré-operatório e pós-operatório, através da implementação de atividades de autocuidado promotoras da autonomia da pessoa.

Importa referir, que as avaliações e as atividades implementadas no âmbito da reeducação funcional motora, cognitiva e eliminação vesical, dos clientes a quem prestei cuidados foram realizadas com a supervisão do EEER orientador e registadas no programa informático em vigor, por forma a promover a continuidade de cuidados.

No desenvolvimento da competência de **capacitar a pessoa com deficiência, limitação da atividade e ou restrição da participação para a reinserção e exercício da cidadania**, torna-se fulcral a colaboração ativa da família ou cuidadores informais nas atividades promotoras de autocuidado no processo de cuidar.

No contexto comunitário, inserido na ECCI, a minha intervenção foi para além do cliente dependente no autocuidado, procurando sempre avaliar as capacidades dos cuidadores informais na colaboração nos CER a prestar. Pude perceber que o regresso a casa de um cliente dependente provoca uma alteração na vida dos cuidadores informais. Para além das dificuldades da obtenção de recursos materiais, como uma cama articulada ou uma superfície

de apoio adequada à condição do cliente, as repercussões psicológicas são igualmente marcantes. O cansaço do cuidador foi um dos sentimentos que mais me marcou neste estágio, nomeadamente no contexto comunitário. Cuidar da pessoa é desgastante física, emocional e financeiramente. Sentimentos como a depressão, a raiva, o trauma, a vergonha e a culpa, são presentes nos familiares cuidadores, além de uma própria limitação à participação social, com perda de emprego e dificuldades financeiras (Aubeeluck & Wilson, 2008). Cabe ao EEER, aquando do regresso do cliente ao domicílio, preparar a chegada deste para com os cuidadores informais que prestarão os cuidados, sendo preponderante para um cuidar eficiente e promotor do autocuidado da pessoa, tendo em vista a qualidade de vida destes. Hafsteinsdóttir, Vergunst, Lindeman, & Schuurmans (2011), realçam no seu estudo a necessidade de informar, comunicar e suportar emocionalmente o cuidador, cabendo ao enfermeiro tal orientação. Esta intervenção para com os cuidadores, segundo os mesmos autores passa por educar e apoiar em determinadas temáticas, nomeadamente, na prevenção de quedas, manutenção de alimentação adequada, conhecimento dos sinais de alerta, gestão do regime terapêutico, que está intimamente relacionado com o preconizado na teoria dos sistemas de enfermagem de Orem (Sistema de Educação e Apoio). Relativamente ao suporte emocional necessário este passa por incentivar os cuidadores informais à atividade para além do cuidar, gerir o *stress* e as emoções que possam surgir derivado ao novo papel que assumem. Relativamente ao cuidador informal, destaco a cuidadora de um cliente da ECCI, que apresentava muitas limitações, estando num estado de exaustão considerável. Após a identificação da situação de desgaste físico e emocional da família, recorremos ao serviço social da ECCI, no intuito de verificar as possibilidades de encaminhar o utente para alguma instituição da RNCCI para descanso do cuidador, indo ao encontro do método de ajuda orientar e encaminhar. Até ao final do meu estágio na ECCI, o cliente ainda não tinha ido para nenhuma instituição, mas o processo avançou nesse objetivo e, segundo a assistente social, no prazo de cerca de 1 mês a situação estaria resolvida.

No que respeita aos recursos materiais, pude aperceber-me da importância da comunidade local, nomeadamente para o fornecimento de ajudas técnicas, como camas articuladas, cadeiras de rodas, superfícies de apoio de pressão alternada e outros recursos que, para além de apoiarem o cuidar informal,

diminuem as incapacidades do cliente, ou seja, promovem o autocuidado. Segundo Fernandes, Pereira, & Ferreira (2002), a acessibilidade a ajudas técnicas tem vindo a aumentar nos últimos anos, o que muito se deve à divulgação e informação potenciada pelos profissionais de saúde, onde se inserem os EEER. Esta utilização constitui um elemento fulcral na recuperação de situações de dependência (Fernandes, Pereira, & Ferreira, 2002). Leonardo (2011) no seu estudo demonstrou um aumento na utilização de produtos de apoio relacionados com a alimentação, adesão terapêutica, uso do sanitário e a mobilidade. Foi por isto que a minha intervenção enquanto estudante de especialidade em ER pautou por informar o cuidador informal sobre os produtos de apoio mais adequados à promoção do autocuidado do cliente, bem como articular com os serviços da comunidade que dispusessem dos referidos produtos. Nos casos que assisti, com a supervisão do EEER orientador, as famílias apresentavam insuficiência económica para a aquisição dos produtos de apoio, pelo que houve necessidade de referencia-las para a técnica de serviço social que integra a ECCI, no sentido de solucionar a situação. Destaco um cliente que se apresentava dependente no leito e a sua superfície de apoio de pressão alternada avariou. A cuidadora informal manifestou a sua preocupação relativamente ao bem-estar do seu familiar, nomeadamente, no risco acrescido de desenvolver úlceras por pressão. Por isto, eu e o EEER recorremos ao serviço social, no intuito de solucionar o problema através da aquisição de um aparelho, o que foi possível, promovendo assim a capacidade de autocuidado da cuidadora informal, empregando o método de ajuda orientar e encaminhar.

De facto, a intervenção que desenvolvi enquanto futuro EEER junto da pessoa com dependência no autocuidado, em contexto da equipa de ECCI, não se restringiu apenas ao planeamento, implementação e avaliação de programas de reeducação funcional, mas também à avaliação das necessidades de autocuidado dos seus cuidadores relativas ao cuidar diário dos mesmos, bem como o ensino e supervisão de atividades de autocuidado adequadas.

Maximizar a funcionalidade desenvolvendo as capacidades da pessoa é outra competência específica do EEER, em que considero a minha intervenção favorável, no sentido que procurei potenciar as capacidades de autocuidado existentes nos clientes, promovendo o restabelecimento de determinadas AVD. Destaco um utente na fase de sequelas de AVC, no contexto comunitário, em

que a minha intervenção procurou a máxima funcionalidade nas AVD, a capacidade de restabelecimento da força muscular foi promovida através dos exercícios físicos gerais e específicos, treino de equilíbrio e de marcha, os quais possibilitaram ao cliente, realizar a sua AVD higiene e vestir-se, alimentação, eliminação, mobilizar-se e de lazer. Em consequência destas atividades de autocuidado realizadas, o cliente pôde reiniciar a sua participação social, conseguindo concretizar as refeições com a restante família na sala de jantar, bem como conviver com os mesmo nas restantes divisões da casa, deixando de estar confinado ao quarto. O aumento da capacidade de autocuidado, aumenta a participação social (Almeida, Simão, Silva, Fernandes, & Senra, 2009; Direção Geral da Saúde, 2010; Osthoff & Leuppi, 2010)

Ainda nesta competência, destaco a elaboração dos folhetos, que promoveram o autocuidado, quer do cliente como também do cuidador informal, na colaboração da implementação do plano de cuidados e na manutenção dos cuidados após a alta do cliente, baseando-se no sistema de educação e apoio, inerente à teoria dos sistemas de enfermagem de Orem. Segundo Barbosa (2012), a motivação do cliente e o suporte adequado da família ou cuidadores, tem um impacto extremamente importante no grau da recuperação da funcionalidade daquele. A estimulação da família ou cuidadores no desempenho das AVD pode fazer a diferença, comparativamente com uma família que substitui o cliente, pensando que é o melhor para lhe assegurar cuidados de qualidade, existindo um sentimento de superproteção desajustado (Barbosa, 2012). Os folhetos foram apresentados às chefias dos serviços respetivos e foram aprovados pelas mesmas. Acredito que este suporte será mais uma intervenção de sucesso, que permitirá maximizar as potencialidades dos clientes e autonomizar a família nas tomadas de decisão necessárias no processo de reabilitação do cliente, na promoção do autocuidado, na assunção dos cuidadores informais como agentes do autocuidado, finalizando na melhor qualidade de vida possível.

CONCLUSÃO

O presente trabalho realçou a intervenção do EEER na pessoa com alteração na eliminação vesical, nomeadamente, na condição de IU, inserido no projeto de aprendizagem designado “Promoção do Autocuidado à Pessoa com alteração na Eliminação Vesical: Intervenção Especializada em Enfermagem de Reabilitação”. Como também pretendeu descrever, analisar e refletir o percurso realizado para o desenvolvimento de competências, enquanto aluno do 7º curso de mestrado em enfermagem de reabilitação.

Uma alteração na EV de qualquer pessoa, nomeadamente, na condição de IU, afeta grandemente a sua qualidade de vida, bem como dos que a rodeiam. O impacto vai para além da esfera pessoal, envolvendo também a esfera psicossocial e laboral. Estes indivíduos apresentam-se ansiosos, depressivos e isolados de outros, devido às perdas de urina que apresentam. Deste modo, o EEER tem um papel primordial na intervenção nesta população, quer no estabelecimento de estratégias que promovam a capacidade funcional, autonomia e, por conseguinte, o autocuidado, quer nesta AVD como nas restantes influenciadas por esta condição. Para isto, torna-se importante uma equipa multidisciplinar onde o EEER se destaca na cooperação entre os elementos dessa equipa, no objetivo de estabelecer linhas de tratamentos, que passam por técnicas comportamentais (onde o EEER apresenta-se como elemento autónomo), terapia farmacológica e intervenção cirúrgica, obedecendo a intervenções interdependentes. Como intervenções autónomas destacam-se a educação sobre a fisiopatologia, promoção de estilos de vida saudáveis, programas de treino vesical e reeducação muscular do pavimento pélvico, como técnicas comportamentais da responsabilidade do EEER.

De forma ao desenvolvimento de competências de EEER foi necessário realizar um período de estágio em dois contextos distintos, sendo o domiciliário e o hospitalar. O contexto domiciliário foi realizado numa ECCI, tendo sido planeados, implementados e avaliados os CER prestados aos utentes, incluindo a família e cuidadores informais. Na ECCI foram prestados cuidados a clientes com dependência no autocuidado de vários níveis, avaliados com base em instrumentos de avaliação. Destaco neste contexto a necessidade de relação de

parceria com a família e cuidadores informais, de modo a efetividade dos cuidados prestados a longo prazo, ou seja, procurando a autonomia da família. No contexto hospitalar, que decorreu num serviço de internamento de Urologia, destaco os CER na promoção do autocuidado, tendo por base o sistema de educação e apoio, no sentido de transmitir estratégias promotoras do autocuidado na AVD eliminação vesical e sexualidade (inerente às intervenções cirúrgicas mais frequentes no serviço). No entanto, tenho de reconhecer a dificuldade de assistir a clientes na condição de IU, uma vez que o período de internamento dessa população é curto, tendo sido uma variável negativa neste percurso.

Durante o período de estágio constatei que a AVD eliminação vesical é colocada em segundo plano, face a outras, nomeadamente as de nível motor e respiratório. Desde cedo, procurei sensibilizar a importância do controlo da eliminação vesical, tanto na equipa de enfermagem que me acolheu, bem como nos próprios clientes e família, nomeadamente no impacto desta problemática na qualidade de vida. O estágio realizado no contexto hospitalar determinou a necessidade de intervenção do EEER, a nível da eliminação vesical, quer nas estratégias para a continência vesical, como também na educação e apoio na manipulação e autocuidado de dispositivos médicos como a algália, do ensino da autoalgália entre outros cuidados promotores ao autocuidado nesta AVD.

Conjuntamente com a prestação de CER, desenvolvi competências como EEER, através da mobilização de conhecimentos adquiridos no meu percurso profissional, bem como os novos que surgiram decorrentes de situações específicas com que me deparei nos estágios, nomeadamente a reeducação funcional respiratória e utilização de *cough assist*, como mecanismo de limpeza da via aérea. A prática reflexiva, de certa forma, continua durante todo o estágio, independentemente da formalização da mesma, foi um complemento importante para a construção e desenvolvimento de competências de EEER.

As intervenções planeadas e implementadas perspetivaram desde sempre o respeito ético e deontológico de cada pessoa e família, bem como a garantia da sua dignidade humana e qualidade de vida.

No âmbito da melhoria continua da qualidade dos CER, em colaboração com as equipas de enfermagem do estágio, a realização dos folhetos foram uma mais valia para os serviços e constitui uma estratégia da promoção de cuidados

de enfermagem de reabilitação na prática diária. Destaco o folheto elaborado para a ECCI, que promove o autocuidado dos clientes, através da educação e apoio da família e/ou cuidador informal, responsável para continuidade de cuidados a longo prazo.

Como resultados da minha intervenção neste percurso, destaco o caso do cliente em fase de sequelas do AVC que melhorou o seu equilíbrio e coordenação do hemicorpo direito, conseguindo a independência nas suas AVD e participação nas atividades familiares, acabando o seu isolamento no quarto, como estava até então. Um outro caso que considero positivo neste percurso foi o do cliente com diminuição da força muscular que, com a minha intervenção, consegui que realizasse treino de marcha na sua rua, que era um desejo voltar à mesma. Relativamente à dimensão da IU, não foi adequado uma autonomia plena dessa necessidade, por comprometer a segurança do cliente, mas através da implementação de estratégias com dispositivos de retenção, foi possível diminuir o risco de ficar húmido por extravasamento de urina no período da noite. Destaco a reflexão feita relativamente à segurança do cliente e a sua autonomia, pois por vezes autonomia plena aumenta o risco de segurança dos clientes. Ainda relativamente ao projeto, as expectativas não foram atingidas, devido ao fato da população que esperava encontrar, não ser a predominante, o que prejudicou a sua aplicação, no entanto, educar e apoiar estes utentes no seu processo de saúde-doença, nomeadamente, no período e internamento tornou-se fundamental para a diminuição da ansiedade sobre o futuro e na instrução de novas estratégias face ao potencial problema.

Apesar de não ser possível monitorizar as atividades realizadas, devido ao contexto de estágio, realço a intervenção realizada no âmbito do bloco de exames de urologia, onde recorrem clientes encaminhados de várias especialidades, onde a condição de IU é unânime. Torna-se por isso, um momento fundamental para instruir, informar e treinar técnicas que promovam o autocuidado e a reabilitação do estado que silenciosamente afeta uma considerável população.

A nível pessoal e profissional, tendo em conta que presto cuidados numa consulta externa e exames especiais de urologia, considero que as competências desenvolvidas e as aprendizagens adquiridas são bastante pertinentes. Não sei prever a sua aplicabilidade de forma formal, organizada e

com estrutura que possibilite uma monitorização dos ganhos em saúde, mas certamente irá melhorar a qualidade dos cuidados a prestar no serviço, na área da eliminação vesical. De acordo com a evidência, considero a necessidade de realizar estudos na população portuguesa, nomeadamente nas intervenções consideradas autónomas como as técnicas comportamentais. Relativamente às aprendizagens a outras intervenções de EEER, são fundamentais no meu serviço, uma vez que existem outras especialidades onde posso desenvolver o meu trabalho, nomeadamente a nível motor e respiratório.

Este percurso pautou-se por momentos de avaliação e reflexão constante das atividades desenvolvidas e a desenvolver, com o professor orientador e com o EEER orientadores.

Destaco como aspetos positivos neste percurso o acolhimento por parte das equipas de enfermagem que integrei no estágio, que foram preponderantes no meu sucesso enquanto futuro EEER. O novo ambiente da prática de cuidados apresenta-se como uma mais valia no desenvolvimento de competências, o que é defendido por Benner (2001) ao afirmar que a mudança de contexto de prestação de cuidados posiciona-nos no estado de iniciado. Não considero isso um retrocesso na minha vida profissional, mas sim um momento de novas aprendizagens, proporcionando à minha vida profissional mais competências enquanto enfermeiro, enquanto cuidador. Recordei os tempos de estudante de licenciatura de enfermagem, aquando da realização dos ensinamentos clínicos, nomeadamente os sentimentos de ansia pelo novo desafio, como também da incerteza e insegurança de não estar apto. No entanto, prevaleceu a vontade de aprender e o interesse em procurar situações novas de crescimento, destacando o tempo e o empenho diário determinante para o desenvolvimento de outros níveis (Benner, 2001). A supervisão por parte dos EEER orientadores foi positiva, tendo sido possível desenvolver o meu projeto de aprendizagem sempre que possível, tendo em conta a especificidade deste. Outro ponto forte de destaque prende-se à vertente académica, nomeadamente, as unidades curriculares de Enfermagem de Reabilitação I, II e III, que forneceram as bases da evidência científica adequadas à consecução dos objetivos delineados para o estágio. Refiro ainda a disponibilidade do docente em me acompanhar neste percurso, mostrando a sua presença sempre que requisitada e norteando-me no caminho correto, mesmo que eu não o via. O projeto de aprendizagem definido foi

adequado no contexto comunitário, apesar da população que encontrei não ser propriamente a alvo, no que concerne à IU, no entanto, relativamente às competências de EEER, foi com sucesso que realizei as atividades propostas.

Como dificuldades sentidas destaco a gestão do tempo. O fato de exercer a minha atividade profissional num serviço com horário semanal, impediu o desenvolvimento de outros trabalhos previstos durante o estágio, nomeadamente um estudo de caso mais aprofundado. A sobrecarga horária exigida para a conclusão do estágio foi difícil de conciliar com a carga horária laboral, bem como constrangimentos no local de trabalho como a recusa do direito de redução de horas de trabalho por estatuto trabalhador-estudante. A isto se junta a exigência familiar, que considero a maior dificuldade sentida neste percurso. Destaco também a inexperiência como enfermeiro em contexto comunitário, no que concerne à prática de enfermagem das intervenções de EEER.

No contexto de internamento considero um constrangimento no percurso o fato de ter tido necessidade de mudar de EEER orientadora, devido a ausência prolongada da EEER inicial. A segunda EEER orientadora, apesar de estar na prestação de cuidados, era a enfermeira responsável do serviço, o que por vezes não tinha toda a disponibilidade para a supervisão clínica. Já o contexto da comunidade proporcionou-me uma visão da ER bastante clara e evidencia a importância desta no seio daqueles clientes. Uma vez que o meu local de trabalho é o hospital, foi uma oportunidade importante experienciar a prática de ER no contexto domiciliário. O facto de ter ido para o serviço de internamento de Urologia proporcionou-me uma perspetiva quer da etiologia da IU, quer da tentativa de cura da mesma. Neste contexto, foi oportuno desenvolver a promoção do autocuidado na vertente de educação e apoio, procurando transmitir ao cliente estratégias que diminuíssem ou eliminassem dificuldades nas AVD. A realização dos folhetos foi uma oportunidade para melhorar a qualidade dos CER das equipas, bem como promover o autocuidado dos clientes de quem cuidam. Destaco ainda a oportunidade de observar, compreender e adquirir outras formas de cuidar, o que me permitiu desenvolver *skills* no meu próprio cuidar, que aplicarei na minha vida enquanto EEER.

Como limitações sentidas, destaco a inexperiência na auscultação pulmonar, bem como nalgumas técnicas de reeducação funcional respiratória e

reeducação funcional cognitiva. Para colmatar esta limitação contei com a partilha de conhecimentos e reflexão com os EEER orientadores. A inexperiência na prática de EEER sentiu-se na falta de ergonomia aquando da prestação de CER. Nas primeiras semanas de estágio senti algumas dores, resultantes da minha postura inadequada, o que foi sendo corrigido ao longo do estágio, com a observação dos EEER orientadores.

Pensando no futuro, como EEER, a EV nomeadamente a condição de IU, é uma temática a ser abordada em contexto comunitário, pois a população alvo encontra-se silenciosamente no seu ambiente, sendo necessário sensibilizar e mostrar que é importante e é possível melhorar a qualidade de vida de quem padece deste problema.

Em suma, acredito que o meu percurso académico efetuado, bem como o estágio realizado, são a primeira pedra na minha construção enquanto EEER, destacando a importância da necessidade de prática baseada na evidência, de prática reflexiva e promoção da mesma no seio da minha equipa de enfermagem, com vista à excelência e melhoria contínua da qualidade dos CER ao longo do ciclo de vida, que a partir deste momento, são também da minha responsabilidade.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Abrams, P., Cardozo, L., Khoury, S., & Wein, A. (2013). INCONTINENCE. *5th International Consultation on Incontinence*. Paris: EAU - ICUD.
- Abreu, W. (2001). *Identidade, Formação e Trabalho: Das Culturas Locais às Estratégias Identitárias dos Enfermeiros*. Coimbra: Formasau.
- Almeida, P. T., Simão, P., Silva, P. M., Fernandes, A. V., & Senra, D. (2009). Aprenda a viver com a DPOC. Matosinhos.
- Araújo, F., Ribeiro, J., Oliveira, A., & Pinto, C. (2007). Validação do Índice de Barthel numa amostra de idosos não institucionalizados. *Revista Portuguesa de Saúde Pública*, 59-66. Obtido em 23 de Março de 2017, de <http://www.cdi.ensp.unl.pt/docbweb/multimedia/rpsp2007-2/05.pdf>
- Araújo, I., Paúl, C., & Martins, M. (2011). Viver com mais idade em contexto familiar: dependência no auto cuidado. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, 869-875. Obtido em 17 de Março de 2017, de <http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v45n4/v45n4a11.pdf>
- Associação Portuguesa de Urologia. (Março de 2009). *Orientações sobre Incontinência Urinária*. Obtido em 19 de Abril de 2017, de APUROlogia: <http://www.apurologia.pt/guidelines/Incont-Urinaria.pdf>
- Aubeeluck, A., & Wilson, E. (2008). Huntingdon's disease. Part 1: Essential background and management. *British Journal of Nursing*, 17(3), 146-151.
- Avery, J. C., Braunack-Mayer, A. J., Stocks, N. P., Taylor, A. W., & Duggan, P. (1 de Julho de 2013). Psychological perspectives in urinary incontinence: a metasynthesis. *OA Women's Health*, pp. 1-10.
- Avery, J., & Stocks, N. (Janeiro de 2016). Urinary Incontinence, Depression and Psychosocial Factors - A Review of Population Studies. *Europeana Medical Journal*, 1(1), pp. 58-67.
- Azeredo, C. C. (2001). *Fisioterapia Respiratória Moderna* (4ª ed.). Brasil: Manole.
- Barbosa, M. (2012). *Custos e efectividade da reabilitação após Acidente Vascular Cerebral- Uma revisão sistemática*. Dissertação de Mestrado. Coimbra: Faculdade de Economia, Universidade de Coimbra.

- Benner, P. (2001). *De Iniciado a Perito*. Coimbra: Quarteto Editora.
- Blakemore, S. J., & Frith, U. (2009). *O cérebro que aprende lições para a educação*. Lisboa: Gradiva.
- Branco, T. (2009). Estratégias na Incontinência Urinária - Novas Abordagens. *Sinais Vitais, nº 83*, 16-23.
- Cardini, F., Haggard, P., & Ladavas, E. (Abril de 2013). Seeing and feeling for self and other: proprioceptive spatial location determines multisensory enhancement of touch. *Cognition, 127(1)*, 84-92. Obtido em 1 de Abril de 2017, de <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23376293>
- Chinn, P. L., & Kramer, M. K. (2004). *Theory and nursing: Integrated knowledge development* (6ª ed.). St. Louis, MO: Mosby.
- Coelho, C., Barros, H., & Sousa, L. (2017). Reeducação da Função Sensoriomotora. Em C. Marques-Vieira, & L. Sousa, *Cuidados de Enfermagem de Reabilitação à pessoa ao longo da vida* (pp. 227-253). Loures: Lusodidacta.
- Collière, M.-F. (1999). *Promover a Vida*. Lisboa: Lidel.
- Connell, B., Wellman, D., Baker, L., Day, K., & Moore, K. (2006). Does a continence educational brochure promote health seeking behavior? *Journal of wound, ostomy, and continence nursing, 33 (4)*, pp. 189-95.
- Conselho Internacional de Enfermeiros. (Maio de 2012). Combater a Desigualdade: Da evidência à acção. *Dia Internacional do Enfermeiro 2012*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.
- Cordeiro, C., & Menoita, E. (2012). *Manual de Boas Práticas na Reabilitação Respiratória: Conceitos, Principios e Técnicas*. Lisboa: Lusociência.
- Deodato, S. (2017). Ética nos Cuidados de Enfermagem de Reabilitação. Em C. Marques-Vieira, & L. Sousa, *Cuidados de Enfermagem de Reabilitação à Pessoa ao Longo da Vida* (pp. 35-39). Loures: Lusodidacta.
- Dias, L. (2012). *Avaliação funcional da pessoa pós fratura do colo do fémur*. Dissertação de Mestrado em Enfermagem de Reabilitação. Coimbra: Escola Superior de Enfermagem de Coimbra. Obtido em 9 de Março de

2017, de
<http://repositorio.esenfc.pt/private/index.php?process=download&id=24096&code=531>.

Diokno, A. C., Estanol, M. C., Ibrahim, I. A., & Balasubramaniam, M. (4 de Novembro de 2007). Prevalence of urinary incontinence in community dwelling men: a cross sectional nationwide epidemiological survey. *International Urology and Nephrology*, 39, pp. 129-136. doi:10.1007/s11255-006-9127-0

Direção Geral da Saúde. (2010). *Programa Nacional de Prevenção e Controle da DPOC*. Lisboa: DGS.

Direção Geral da Saúde. (2011). *Escala de Braden: Versão Adulto e Pediátrica (Braden Q)*. Lisboa: DGS. Obtido em 18 de Abril de 2017, de https://www.dgs.pt/departamento-da-qualidade-na-saude/ficheiros-anexos/orientacao_ulceraspdf-pdf.aspx.

Direção Geral da Saúde. (2011). *Estrutura Concetual da Classificação Internacional sobre Segurança do Doente. Relatório Técnico Final*. Lisboa: DGS.

Direção Geral da Saúde. (2013). *Portugal: Doenças Respiratórias em Números*. Lisboa: DGS.

Doughty, D. B., & Crestodina, L. R. (2006). Introductory Concepts. Em D. B. Doughty, *Urinary & Fecal Incontinence: Current Management Concepts* (pp. 1-20). Estados Unidos da América: Mosby Elsevier.

Eaton, K. (14 de Outubro de 2016). Benefits of Pelvic Floor Rehabilitation for Urinary Incontinence after Prostatectomy: A Review of the Literature. *MOJ Yoga Physical Therapy*, 1-4. doi:10.15406/mojypt.2016.01.00005

Faiena, I., Patel, N., Parihar, J. S., Calabrese, M., & Tunuguntla, H. (2015). Conservative Management of Urinary Incontinence in Women. *Reviews in Urology*, 17(3), 129-139. Obtido em 25 de Abril de 2017, de https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4633656/pdf/RIU017003_0129.pdf

- Fernandes, M., Pereira, M., & Ferreira, M. (Julho de 2002). Sobrecarga Física, Emocional e Social nos Cuidadores Informais de Doentes com AVC. *Sinais Vitais*, 43, 31-35.
- Ferreira, S. (2010). *A Adaptação do cuidador informal como foco da prática de enfermagem: um programa de intervenção com matriz conceptual no modelo transaccional de stress e coping*. Santarém.
- Freitas, A. (2010). *Metodologia de Projecto: Colectânea Descritiva de Etapas* (Vol. 15). Setubal: Percursos.
- George, J. B. (2000). *Teorias de Enfermagem: Os Fundamentos à Prática Profissional* (4ª ed.). Porto Alegre: Artmed.
- Getliffe, K., & Dolman, M. (2007). *Promoting Continence - A Clinical and Research Resource*. Philadelphia: Elsevier.
- Gomes, J. A., Martins, M. M., Gonçalves, M. N., & Fernandes, C. S. (2012). Enfermagem de reabilitação: percurso para a avaliação da qualidade em unidades de internamento. *Revista de Enfermagem Referência*, 29-38. Obtido em 26 de Março de 2017, de <http://www.scielo.mec.pt/pdf/ref/vserlIn8/serlIn8a03.pdf>
- Gray, M. (2003). Gender, race and culture research in UI. *American Journal of Nursing*, 3, 20-25.
- Gray, M., & Moore, K. N. (2012). *Cuidados de Enfermagem em Urologia*. Loures: Lusociência.
- Hafsteinsdóttir, T. B., Vergunst, M., Lindeman, E., & Schuurmans, M. (2011). Educational needs of patients with a stroke and their caregivers: a systematic review of the literature. *Patient Education and Counseling*, 85, 14-25. Obtido em 2 de Abril de 2017, de [http://www.pec-journal.com/article/S0738-3991\(10\)00475-1/fulltext](http://www.pec-journal.com/article/S0738-3991(10)00475-1/fulltext)
- Heitor, M. (1988). *Reeducação Funcional Respiratória* (2ª ed.). Lisboa: Boehringer Ingelheim.
- Hesbeen, W. (2003). *A Reabilitação*. Loures: Lusociência.

- Hoeman, S. (2011). *Enfermagem de Reabilitação: Prevenção, Intervenção e Resultados Esperados* (3ª ed.). Loures: Lusodidacta.
- Hunskar, S., Lose, G., Sykes, D., & Voss, S. (2004). The Prevalence of Urinary Incontinence in Women in Four European Countries. *BJU Internacional*, 93, pp. 324-330.
- Irwin, D. E., Kopp, Z. S., Agatep, B., Milsom, I., & Abrams, P. (2011). Worldwide prevalence estimates of lower urinary tract symptoms, overactive bladder, urinary incontinence and bladder outlet obstruction. *BJU Internacional*, 108, 1132-1139. Obtido em 18 de Abril de 2017, de <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/j.1464-410X.2010.09993.x/epdf>
- Irwin, D. E., Milsom, I., Hunskar, S., Reilly, K., Kopp, Z., Herschorn, S., . . . Abrams, P. (2 de Outubro de 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*, 50, pp. 1306-1315.
- Irwin, D. E., Mungapen, L., Milsom, I., Kopp, Z., Reeves, P., & Kelleher, C. (2008). The economic impact of overactive bladder syndrome in six Western countries. *BJU Internacional*, 103, 202-209. doi:10.1111/j.1464-410X.2008.08036.x
- Janurário, J. (2013). *Resultados das Intervenções do Enfermeiro de Reabilitação na Pessoa Internada no Serviço de Medicina Interna dos Hospitais da Universidade de Coimbra*. Dissertação de Mestrado em Gestão e Economia da Saúde. Faculdade de Economia da Universidade de Coimbra. Coimbra
- Kisner, C., & Kolby, L. (2009). *Exercícios Terapêuticos: Fundamentos e Técnicas* (5ª ed.). São Paulo: Manole.
- Le Boterf, G. (2005). *Construir as competências individuais e colectivas*. Lisboa: Edições ASA.
- Leonardo, V. (2011). *Famílias que integram dependentes no autocuidado: recursos utilizados pelos prestadores de cuidados*. Dissertação de Mestrado em Ciências de Enfermagem. Disponível no

- Lucas, M., Bedretdinova, D., Bosch, J., Burkhard, F., Cruz, F., Nambiar, A., . . . Pickard, R. (2015). *Guidelines on Urinary Incontinence*. European Association of Urology. Obtido em 5 de Março de 2017, de http://uroweb.org/wp-content/uploads/20-Urinary-Incontinence_LR1.pdf
- Melnyk, B. M., Bullock, T., McGrath, J., Jacobson, D., Kelly, S., & Baba, L. (JAN-MAR de 2010). Translating the evidence-based NICU COPE program for parents of premature infants into clinical practice: impact on nurses' evidence-based practice and lessons learned. *The Journal of Perinatal and Neonatal Nursing*, 24(1), 74-80.
- Mendes Silva, M., Duarte, A., Galo, J., & Domingues, N. (2012). *Enfermagem em Urologia*. Lisboa: Lidel.
- Menoita, E. C. (2012). *Reabilitar a pessoa idosa com AVC: Contributos para um envelhecer resiliente*. Loures: Lusociência.
- Nambiar, A. K., Lemack, G. E., Chapple, C. R., & Burkhard, F. C. (2017). The Role of Urodynamics in the Evaluation of Urinary Incontinence: The European Association of Urology Recommendations in 2016. *European Urology Journal*, 71, 501-503. Obtido em 2 de Abril de 2017, de [http://www.europeanurology.com/article/S0302-2838\(16\)30685-6/pdf](http://www.europeanurology.com/article/S0302-2838(16)30685-6/pdf)
- Newman, D. K., & Wein, A. J. (2009). *Managing and Treating Urinary Incontinence*. Baltimore, Maryland: Health Professions Press.
- Nunes, L., Amaral, M., & Gonçalves, R. (2005). *Código Deontológico do Enfermeiro: dos comentários à análise dos casos*. Lisboa: OE.
- Ordem dos Enfermeiros. (2001). *Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem. Enquadramento Conceptual, Enunciados descritivos*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.
- Ordem dos Enfermeiros. (2004). *Quadro de referência para a construção de indicadores de qualidade e produtividade na enfermagem, Suplemento da revista*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.

Ordem dos Enfermeiros. (2009). Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados. Referencial do Enfermeiro. Lisboa: OE. Obtido em 15 de Março de 2017, de <http://www.ordemenfermeiros.pt/documentosoficiais/documents/rncci%20-%20v.final%20referencial%20do%20enfermeiro%20-%20abril%202009.pdf>

Ordem dos Enfermeiros. (29 de Maio de 2010). Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista. Lisboa.

Ordem dos Enfermeiros. (20 de Outubro de 2010). Regulamento das competências específicas do enfermeiro especialista em enfermagem de reabilitação. Lisboa.

Ordem dos Enfermeiros. (2011). Regulamento dos padrões de qualidade dos cuidados especializados de Enfermagem de Reabilitação. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros. Obtido em 3 de Março de 2017, de <http://www.ordemenfermeiros.pt/colegios/Documents/PQCEEReabilitacao.pdf>

Ordem dos Enfermeiros. (2013). *Guia Orientador de Boas Práticas - Cuidados à pessoa com alterações da mobilidade - posicionamentos, transferências e treino de deambulação*. Lisboa: OE. Obtido em 28 de Março de 2017, de http://www.ordemenfermeiros.pt/publicacoes/documents/gobp_mobilidade_vf_site.pdf

Ordem dos Enfermeiros. (2015). Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem. 2013. Lisboa.

Ordem dos Enfermeiros. (16 de Setembro de 2015). Regulamento do Exercício Profissional dos Enfermeiros. Lisboa: OE. Obtido em 8 de Março de 2017, de http://www.ordemenfermeiros.pt/publicacoes/Documents/nEstatuto_REPE_29102015_VF_site.pdf

Ordem dos Enfermeiros. (19 de Fevereiro de 2017). *Instrumentos de recolha de dados para a documentação dos Cuidados Especializados em Enfermagem de Reabilitação*. Obtido de Ordem dos Enfermeiros:

http://www.ordemenfermeiros.pt/colegios/Documents/2017/InstRecolhaDadosDocumentacaoCuidEnfReabilitacao_Final_2017.pdf

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

Organização Mundial da Saúde. (2004). *Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde*. Lisboa: DGS. Obtido em 3 de Março de 2017, de http://www.inr.pt/uploads/docs/cif/CIF_port_%202004.pdf

Osthoff, M., & Leuppi, J. D. (2010). Management of chronic obstructive pulmonary disease patients after hospitalization for acute exacerbation. *Respiration*, 79(3), 255-261. doi:10.1159/000235721

Petronilho, F. (2012). *Autocuidado: conceito central da enfermagem*. Coimbra: Formasau.

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

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

Presto, B., & Damázio, L. (2009). *Fisioterapia na ITU* (2ª ed.). Rio de Janeiro: Elsevier.

Qaseem, A., Dallas, P., Forclea, M. A., Starkey, M., Denberg, T. D., & Shekelle, P. (2014). Nonsurgical Management of Urinary Incontinence in Women: A Clinical Practice Guideline From the American College of Physicians. *American College of Physicians*, 161, pp. 429-440. doi:10.7326/M13-2410

Queirós, P. P., Vidinha, T. d., & Filho, A. d. (2014). Autocuidado: o contributo teórico de Orem para a disciplina e profissão de Enfermagem. *Revista de Enfermagem Referência*, 3, 157-164.

- Redol, F., & Rocha, C. (2017). Avaliação da Função Eliminação. Em C. Marques-Vieira, & L. Sousa, *Cuidados de Enfermagem de Reabilitação à Pessoa ao Longo da Vida* (pp. 189-199). Loures: Lusodidacta.
- Regulamento n.º 125/2011. (18 de Fevereiro de 2011). Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação. *Diário da República, 2.ª série - N.º 35*, 8658-8659. Obtido em 19 de Novembro de 2015, de <https://dre.pt/application/file/3477090>
- Ricardo, R. (2012). *Avaliação dos ganhos em saúde utilizando o Índice de Barthel, nos doentes com AVC em fase aguda e após a alta, com intervenção de Enfermagem de Reabilitação*. Dissertação de Mestrado em Enfermagem de Reabilitação. Obtido em 23 de Março de 2017, de <https://bibliotecadigital.ipb.pt/bitstream/10198/7680/1/Avalia%C3%A7%C3%A3o%20dos%20ganhos%20em%20sa%C3%BAde%20utilizando%20o%20%C3%8Dndice%20de%20Barthel.pdf>
- Rocha, C., & Redol, F. (2017). Intervenção de Enfermagem com a Pessoa com Alterações da Eliminação Vesical e Intestinal. Em C. Marques Vieira, & L. Sousa, *Cuidados de Enfermagem de Reabilitação à Pessoa ao Longo da Vida* (pp. 271-280). Loures: Lusodidacta.
- Ruivo, A., Ferrito, C., & Nunes, L. (Janeiro-Março de 2010). Metodologia de Projecto: Colectânea descritiva de etapas. *Revista Percursos*, 15, pp. 1-37.
- Santos, C. M. (2011). Rede Nacional para os cuidados continuados integrados - O Idoso, a alta e a capacidade funcional. Braga: Universidade Católica Portuguesa. Obtido em 9 de Março de 2017, de <http://repositorio.ucp.pt/bitstream/10400.14/12011/1/Tese%20Final%20011%20Carla%20Santos.pdf>
- Santos, E., & Fernandes, A. (2004). Prática reflexiva: guia para a reflexão estruturada. *Revista Referência*, 11, 61-64. Obtido em 9 de Março de 2017, de file:///C:/Users/joelm/Documents/ESEL%20-%20Especialidade/Artigos/ref_11-59a62.pdf
- 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. Obtido em 25 de Março de 2016, de <http://www.apurologia.pt/pdfs/estud-epidem-incont-08.pdf>
- Shaw, C., & Wagg, A. (2017). Urinary incontinence in older adults. *Medicine*, 45(1), 23-27. Obtido em 18 de Abril de 2017, de [http://www.medicinejournal.co.uk/article/S1357-3039\(16\)30222-5/pdf](http://www.medicinejournal.co.uk/article/S1357-3039(16)30222-5/pdf)
- Silva, V. A., & D'Elboux, M. J. (3 de Fevereiro de 2012). Atuação do enfermeiro no manejo da incontinência urinária no idoso: uma revisão integrativa. *Revista da Escola de Enfermagem USP*, 46(5), pp. 1221-1226.
- Simões, J. (2011). A Influência da Estimulação Auditiva na Pessoa em Coma. (Tese de doutoramento). Aveiro: Universidade de Aveiro. Obtido em 1 de Abril de 2017, de http://sweet.ua.pt/lmtj/lmtj/simoes2006_2011/simoes2011.pdf
- Simões, S. A., & Grilo, E. N. (2012). Cuidados e Cuidadores: o contributo dos cuidados de enfermagem de reabilitação na preparação da alta do doente pós acidente vascular cerebral. *Revista de Saúde Amato Lusitano*, 31, 18-23.
- Smania, N., Montagnana, B., Faccioli, S., Fiaschi, A., & Salvatore, M. A. (2003). Rehabilitation of Somatic Sensation and Related Deficit of Motor Control in Patients With Pure Sensory Stroke. *Archives of Physical Medicine and Rehabilitation*, 1692-1702. Obtido em 1 de Abril de 2017, de <https://jsmf.org/meetings/2008/may/SMANIAAPMR03.pdf>
- Stevens, K. A. (2008). Eliminação e Continência Urinária. Em S. P. Hoeman, *Enfermagem de Reabilitação: Prevenção, Intervenções e Resultados Esperados* (pp. 351-386). Loures: Lusodidacta.
- Tanner, C. A. (Junho de 2006). Thinking like a nurse: a research-based model of clinical judgment in nursing. *The Journal of nursing education*, 45(6), 204-211. Obtido em 23 de Março de 2017, de <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/16780008>
- Teixeira, C., Nogueira, P., & Mascarenhas, T. (2014). Tratamento da incontinência urinária de esforço. *Acta Obstetrica e Ginecologica*

Portuguesa, 8(1), 53-64. Obtido em 25 de Abril de 2017, de <http://www.fspog.com/fotos/editor2/11-aogp-d-13-00045-2014.pdf>

Thom, D. H., Nygaard, I. E., & Calhoun, E. A. (8 de Setembro de 2005). Urologic Disease in America Project: Urinary Incontinence in Women - National trends in hospitalizations, office visits, treatment and economic impact. *The Journal of Urology*, 173, 1295-1301. doi:10.1097/01.ju.0000155679.77895.cb

Tomey, A. M., & Alligood, M. R. (2002). *Teóricas de Enfermagem e a sua Obra* (5ª ed.). Loures, Portugal: Lusociência.

Turner, S. (2010). *Ferramentas de Apoio à Gestão - Guia Essencial para o gestor de sucesso*. Monitor - Projetos e Edições, Lda.

Unidade de Missão para os Cuidados Continuados Integrados. (2011). Manual do Prestador. Recomendações para a melhoria contínua. Lisboa: UMCCI. Obtido em 15 de Março de 2017, de <http://www.acss.min-saude.pt/wp-content/uploads/2016/07/Manual-do-Prestador-RNCCI20-03-2015.pdf>

Vasavada, S. P., Rackley, R. R., & Carmel, M. E. (27 de Outubro de 2015). Urinary Incontinence: Background. *Medscape*. Obtido de Medscape: <http://emedicine.medscape.com/article/452289-overview#a2>

APÊNDICES

**Apêndice I – Trabalho de Projeto “Promoção do Autocuidado à Pessoa
com alteração na Eliminação vesical: Intervenção Especializada em
Enfermagem de Reabilitação”**

Mestrado em Enfermagem

Área de Especialização de Enfermagem de Reabilitação

Trabalho de Projeto

**Promoção do Autocuidado à Pessoa com
alteração na Eliminação Vesical:
Intervenção Especializada em Enfermagem
de Reabilitação**

Joel Dinis Silva Mendes Caseiro

Lisboa,

2016



Mestrado em Enfermagem

Área de Especialização de Enfermagem de Reabilitação

Trabalho de Projeto

**Promoção do Autocuidado à Pessoa com
alteração na Eliminação Vesical:
Intervenção Especializada em Enfermagem
de Reabilitação**

Joel Dinis Silva Mendes Caseiro N.º 467

Orientadora: Professora Doutora Vanda Marques Pinto

Co-orientador: Professor Ricardo Braga

Lisboa,

2016



“Tudo parece impossível até que seja feito”

Nelson Mandela

LISTA DE ABREVIATURAS

ACES – Agrupamento de Centros de Saúde

AHRQ - *Agency for Healthcare Research and Quality*

AVD – Atividades de Vida Diária

BHA – Bexiga Hiperativa

CIPE - Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem

Cm – Centímetros

CV – Continência Vesical

ECCI – Equipa de Cuidados Continuados Integrados

EE – Enfermeiro Especialista

EEER - Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação

ER – Enfermagem de Reabilitação

EV – Eliminação Vesical

ICS - *International Continence Society*

IU – Incontinência Urinária

OE – Ordem dos Enfermeiros

PBE – Prática Baseada na Evidência

RNCCI – Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados

RU – Retenção Urinária

SNC – Sistema Nervoso Central

UCC – Unidade Cuidados na Comunidade

ÍNDICE

SUMARIO	5
I. DESCRIÇÃO TÉCNICA.....	12
1. ENQUADRAMENTO CONCEPTUAL.....	12
1.1. Anatomofisiologia do Aparelho Urinário.....	12
1.1.1. Fisiologia da Micção.....	13
1.2. Incontinência Urinária	14
1.2.1. Tipos de Incontinência Urinária	14
1.2.2. Tratamento da Incontinência Urinária	16
1.3. A Intervenção de Enfermagem de Reabilitação na Eliminação Vesical.....	17
1.3.1. Avaliação Inicial.....	17
1.3.2. Terapia Comportamental.....	18
1.3.3. Cateterização Intermitente e Auto-algaliação.....	20
2. PLANO E MÉTODOS DE TRABALHO.....	21
2.1. Problema.....	21
2.2. Metodologia	21
2.3. Referencial Teórico de Enfermagem	22
II. PERCURSO FORMATIVO PARA O 3º SEMESTRE	24

III. CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	26
---------------------------------------	-----------

IV. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	27
---	-----------

APÊNDICES

Apêndice I - Definição de Enfermeiro Especialista e Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação

Apêndice II - Incontinência Urinária Aguda ou Transitória

Apêndice III - Bexigas Neurogênicas

Apêndice IV - Exames Complementares de Diagnóstico

Apêndice V - Teoria do Déficit de Autocuidado de Dorothea Orem

Apêndice VI - Guiões das Entrevistas nos locais de Ensino Clínico

Apêndice VII - Cronogramas

Apêndice VIII - Planejamento das Atividades

ÍNDICE DE FÍGURAS

Figura 1 - Anatomia Aparelho Urinário Inferior	13
--	----

ÍNDICE DE TABELAS

Tabela 1 - Técnicas Comportamentais.....	19
--	----

SUMARIO

A elaboração do presente projeto visa o constructo de um percurso formativo que culminará no desenvolvimento de competências de Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação (EEER) (Apêndice I). Este projeto apresenta-se como uma ferramenta que comporta os elementos necessários ao exercício profissional de EEER nas suas várias dimensões, proporciona a análise de filosofias de cuidados e um quadro de referências de enfermagem que norteiam a prática de cuidados, que sintetize a evidência científica disponível sobre a temática em estudo e que compreenda o plano de atividades dos ensinos clínicos a realizar no 3º semestre. O ensino clínico será palco do desenvolvimento de competências propostas através de cuidados de enfermagem especializados à pessoa, família e comunidade com necessidades específicas de reabilitação, tendo em conta todas as dimensões do conceito.

No decorrer da minha atividade profissional, no serviço de Consulta Externa e Exames Especiais de Urologia, surgiu a necessidade de desenvolver competências no cuidar da pessoa com alteração na eliminação vesical (EV), nomeadamente incontinência urinária (IU). Neste serviço a prestação de cuidados de enfermagem prende-se muito com ações interdependentes, e de ordem técnica, no entanto existem cuidados autónomos que se realizam de forma oculta e pouco estruturada. Os cuidados autónomos prestados consistem essencialmente em ensinos sobre estilos de vida saudáveis, instrução de técnicas comportamentais, nomeadamente, treino de hábitos e exercícios do pavimento pélvico. Para além das intervenções diretas à pessoa, a família desta carece igualmente de cuidados de Enfermagem de Reabilitação (ER), nomeadamente, informar sobre barreiras arquitetónicas no domicílio, ensino sobre manuseio de dispositivos urinários, bem como, abordar o tema da sexualidade, sabendo que este já foi referido em consulta médica pré-operatória. Por experiência afirmo que estas intervenções são importantes para a pessoa e família, pela própria verbalização e, nalguns casos, pelo impacto manifestado ao longo da recuperação da pessoa, que faz questão de demonstrar esses ganhos em saúde. No meu contexto profissional contacto com pessoas com IU resultante de condições associadas ao próprio envelhecimento, como o prolapso do órgão pélvico, ou situações cirúrgicas, como a prostatectomia radical, onde a IU é uma

consequência. Contacto ainda com utentes que apresentam Bexiga Hiperativa (BHA), com queixas de urgência urinária constante, muitas vezes com perdas noturnas que afetam a qualidade de vida. Colaboro em exames complementares de diagnóstico, nomeadamente estudos urodinâmicos, que são cruciais para o diagnóstico do tipo de IU, de forma a direcionar o tratamento mais eficaz. Destaco como prestação de cuidados de enfermagem no âmbito da IU, a pessoa submetida a prostatectomia radical, em que acontecem dois momentos de encontro com a equipa de enfermagem para procedimentos técnicos (remoção de material de sutura e de cateter vesical). Nestes momentos existe prestação de cuidados de enfermagem relativamente às morbilidades pós-cirúrgicas, no entanto, reconheço que as competências na área da reabilitação na IU estão pouco exploradas, pelo que, enalteço a importância de desenvolver competências nesta área de intervenção. Apesar das suas diversas etiologias, a IU afeta não só a dimensão fisiológica da pessoa, como também, a dimensão psicossocial, condicionando o bem-estar e comprometendo as relações interpessoais. A afecção da participação social promove o isolamento, levando a alterações a nível de saúde mental, nomeadamente depressão e ansiedade. Para além disto, importa referir que os dispositivos de ajuda e o material necessário a uma gestão eficaz das alterações na EV são muito dispendiosos, o que leva algumas pessoas a situações precárias de higiene, com consequências em processos de saúde-doença como patologias infecciosas das vias urinária, das estruturas e órgãos adjacentes, dermatites de contacto e feridas associadas à humidade da pele.

A IU e a BHA afetam o aparelho genito-urinário inferior e atingem mais de 850 milhões de indivíduos (Abrams, Cardozo, Khoury, & Wein, 2013), sucedendo em todas as idades e de todas as origens sociais e culturais. Ter perdas de urina é uma condição fraturante na vida das pessoas, mas ainda persiste a renitência na procura de ajuda, muitas vezes pelo desconhecimento de que existem estratégias que podem melhorar e, mesmo eliminar esta condição. A IU é abordada com um sintoma de outras patologias, nomeadamente, prolapso do órgão pélvico, neoplasia prostática ou doença neurológica. O fato de não ser considerada uma patologia principal leva ao fraco investimento da investigação. (Vasavada, Rackley, & Carmel, 2015). De acordo com a *International Continence Society* (ICS), IU é definida como “a queixa de qualquer perda involuntária de

urina". No entanto, na realização de estudo epidemiológicos, os investigadores utilizam frequentemente a definição anterior da ICS, sendo esta a "perda involuntária de urina que resulta num problema social ou higiénico" (Abrams, Cardozo, Khoury, & Wein, 2013, p. 1897). No que toca à Enfermagem, a Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem (CIPE), define IU como "fluxo involuntário de urina, incapacidade de controlo dos esfíncteres vesical e uretral." (Ordem dos Enfermeiros [OE], 2015, p. 71). BHA, segundo a ICS, define-se como uma condição de urgência urinária, com ou sem IU de urgência, geralmente com aumento da frequência durante o dia e presença de noctúria, sem processos de infeção ou outra patologia associada. (Abrams, Cardozo, Khoury, & Wein, 2013).

Em termos estatísticos, de acordo com estudos epidemiológicos realizados, segundo Abrams, Cardozo, Khoury, & Wein (2013), torna-se um desafio obter dados fidedignos, uma vez que nestes estudos realizados, as definições de termos diferem, tornando os resultados igualmente divergentes. Dados de 2013 expostos na 5ª Conferência Internacional de Continência, registam que 8% da população mundial apresentam condição de IU e 11% experienciam BHA. Referem ainda que o sexo feminino apresenta o dobro da prevalência relativamente ao sexo masculino e prevê-se para 2018 um aumento de indivíduos com IU na ordem dos 10%. Este aumento tem sido uma constante, uma vez que de 2008 para 2013 regista-se um aumento de cerca de 11% de indivíduos (Abrams, Cardozo, Khoury, & Wein, 2013). A Europa desde 2008 apresenta a segunda maior prevalência, prevendo-se para 2018 continuar nesse patamar. Destacam-se três estudos epidemiológicos realizados em vários países Europeus que revelam valores oscilando entre 18% e 42% nas mulheres (Irwin, et al., 2006) (Hunskar, Lose, Sykes, & Voss, 2004) e 7% a 13% nos homens que, mais uma vez, referem como limitação dos estudos o facto de existirem diferentes definições para IU. O estudo realizado em Portugal Continental em 2008, revela a prevalência de IU na ordem dos 15,1%, sendo que 21,4% corresponde à população feminina e 7,6% à população masculina e para a BHA o estudo revelou que 25-30% das mulheres sofrem desta condição que diminui com a idade e no sexo masculino a prevalência aumenta com a idade compreendendo percentagens na ordem de 32-47,5% (Serviço de Higiene e Epidemiologia da Faculdade de Medicina da Universidade do Porto, 2008).

Qaseem, et al. (2014) referem que estes dados podem estar subestimados, pelo fraco recurso a profissionais de saúde para tratamento das perdas urinárias.

Segundo Avery & Stocks (2016), a IU é um dos fatores que influencia a saúde mental, nomeadamente estados depressivos e ansiedade, o que leva a afecções a nível psicossocial. Há também outros problemas psicológicos relacionados com a perda de urina, como constrangimento, medo, problemas de autoestima, medo, vulnerabilidade, vergonha e paranoia. (Avery, Braunack-Mayer, Stocks, Taylor, & Duggan, 2013).

Também o impacto económico é considerável, como referem Irwin, et al. (2006) que em seis países europeus, revelam custos anuais oscilando entre 430€ e 835€ por pessoa. Nos Estados Unidos o impacto atinge cerca de 12.353\$ por ano por paciente (Thom, Nygaard, & Calhoun, 2005). Para além disto, dispositivos de contenção e de recolha utilizados pelos idosos são muito dispendiosos e, apesar de terem uma função significativa para a pessoa, na medida em que mantem a higiene, não têm como objetivo o tratamento da IU (Silva & D'Elboux, 2012).

Com os avanços técnico-científicos da atualidade, surgem novas opções de tratamento, possibilitando intervenções mais eficientes, onde os enfermeiros apresentam uma intervenção primordial, nomeadamente na aplicação de técnicas comportamentais como primeira abordagem no tratamento da IU, segundo a *Agency for Healthcare Research and Quality (AHRQ)* (Connell, Wellman, Baker, Day, & Moore, 2006). Stevens (2008) é clara afirmando que as técnicas comportamentais se inserem no âmbito das intervenções autónomas da enfermagem, incluídas numa equipa multidisciplinar. A terapia comportamental como tratamento de primeira linha na IU envolve componente educativa sobre a afeção e estilo de vida saudáveis, programas de reeducação perineoesfincteriana como treino de hábitos, treino vesical, reeducação muscular do pavimento pélvico e *biofeedback* (Newman & Wein, 2009). Este conjunto de intervenções obrigam a uma recolha de dados da pessoa, relativamente aos seus hábitos de eliminação, de forma a personalizar eficientemente as técnicas a aplicar. Deste modo, torna-se importante o desenvolvimento profissional de enfermeiros no cuidar à pessoa, em que a intervenção destes passa pelo reconhecimento, avaliação e tratamento da IU. (Gray & Moore, 2012)

Como Referencial Teórico de Enfermagem, neste projeto, faz sentido abordar a Teoria do Défice de Autocuidado de Dorothea Orem, que

demonstra a necessidade de uma intervenção por parte do enfermeiro na ausência da capacidade do adulto de manter de forma contínua a qualidade e quantidade do autocuidado, que são terapêuticas na sustentação da vida e da saúde, na recuperação da doença ou da lesão ou no enfrentamento dos seus efeitos (George, 2000, p. 84).

A OE refere o “bem-estar e o autocuidado” como a essência de um exercício profissional de excelência (OE, 2001), colocando-os como uma das categorias a desenvolver no contexto do Quadro de Referência para a construção de indicadores de qualidade e produtividade em Enfermagem (OE, 2004).

Posto isto, considero pertinente desenvolver conhecimentos, reportando-me as competências específicas do EEER, na intervenção do enfermeiro especialista nesta área, tendo como objetivo a promoção da saúde, prevenção de complicações, reabilitação funcional e psicossocial nesta população.

A intenção deste projeto formativo é adquirir e desenvolver conhecimentos do cuidar à pessoa com alterações na EV, nomeadamente, em situação de IU, focando as competências comuns de Enfermeiro Especialista (EE), enaltecendo as competências específicas de EEER. Logo, importa referir as competências a desenvolver no percurso de formação como EEER, que se enquadram na temática da alteração da EV, mas resultaram simultaneamente do autodiagnóstico de necessidades realizado.

Relativamente às competências comuns EE pretende-se desenvolver as relativas aos quatro domínios preconizados pela (OE, 2010), sendo eles domínio da responsabilidade profissional, ética e legal, onde terei em conta na minha prática o código deontológico do enfermeiro, de acordo com as intervenções na condição de EEER; domínio da melhoria contínua da qualidade, através da conceção, gestão e colaboração em programas de melhoria da qualidade dos cuidados; domínio da gestão dos cuidados, onde articularei os cuidados com os recursos disponíveis e adequados; e domínio das aprendizagens profissionais, através da fundamentação da *praxis* clínica especializada em sólidos e válidos padrões de conhecimento, ou seja, com processos de tomada de decisão baseados em padrões de conhecimento válidos, atuais e pertinentes.

Às competências específicas do EEER que se pretendem desenvolver ao longo deste percurso, existe também uma ligação com o tema, nomeadamente, na capacitação da pessoa com limitação da atividade e/ou restrição da participação para a reinserção e exercício da cidadania e maximização da funcionalidade desenvolvendo as capacidades da pessoa (OE, 2010). Posto isto, intitula-se este trabalho de projeto de **Promoção do Autocuidado na Eliminação Vesical: Intervenção Especializada em Enfermagem de Reabilitação** com os seguintes objetivos gerais e específicos:

- Desenvolver competências como EEER no cuidado à pessoa com alterações na EV;

De modo a aprofundar outras competências de EEER, surge o seguinte objetivo:

- Desenvolver competências de EEER no cuidado à pessoa com alterações sensoriomotoras, que condicionem o seu desempenho nas Atividades de Vida Diária (AVD), com destaque na EV;

Para a concretização dos objetivos gerais supracitados, elaboram-se os seguintes objetivos específicos:

- Aprofundar conhecimentos na área da ER à pessoa com alteração na continência vesical (CV);
- Aprofundar conhecimentos na área de ER, nomeadamente, reabilitação sensoriomotora à pessoa com dificuldades na realização das AVD;
- Identificar as intervenções de ER à pessoa com alteração na CV;
- Planear cuidados de ER no controlo vesical, integrados no plano global de cuidados da pessoa;
- Prestar cuidados de ER à pessoa com alteração na EV, considerando a sua complexidade e singularidade;

O presente trabalho apresenta quatro capítulos. O primeiro capítulo compreende a descrição técnica e divide-se em dois subcapítulos: o enquadramento conceptual, para compreensão da problemática da IU, incluindo a intervenção do EEER nesta afeção; e o plano e métodos de trabalho, que compreende o problema em estudo e a metodologia utilizada, bem como, o referencial teórico de enfermagem que suporta o projeto. No segundo capítulo aborda o percurso formativo que acontecerá no terceiro semestre, em que se

caracterizam os contextos de ensino clínico. As considerações estão no terceiro capítulo e as referências bibliográficas terminam com o quarto capítulo.

Palavras-Chave: Enfermagem de Reabilitação; Eliminação Vesical; Incontinência Urinária; Autocuidado

I. DESCRIÇÃO TÉCNICA

A profissão de Enfermagem, de acordo com a OE (2001), age, ao longo da vida, na prevenção da doença e promoção de processos de readaptação, procura satisfazer as necessidades humanas fundamentais e a máxima independência na realização das AVD. Procura a adaptação funcional aos défices, aplicando processos de aprendizagem da pessoa. Têm, por isso, a “missão ajudar as pessoas a criarem uma maneira de viver com sentido para elas e compatível com a sua situação e isso, independentemente da sua condição física ou da natureza da sua afeção.” (Hesbeen, 2003, p. XIV).

Ao longo dos tempos, esta profissão desenvolveu-se enquanto ciência através da investigação, mais recentemente, com a filosofia da Prática Baseada na Evidência (PBE). Esta filosofia permite sistematizar o saber produzido, com o objetivo de planear e implementar cuidados de enfermagem fundamentados na melhor evidência científica. Este conceito engloba, o conhecimento da fisiopatologia, de questões psicossociais, as preferências e valores da pessoa, em relação à tomada de decisão dos seus processos terapêuticos (Melnyk, et al., 2010).

De seguida apresenta-se a revisão crítica da literatura que pretende mostrar a evidência científica e o quadro de referência dos cuidados de enfermagem com vista a conceptualizar a temática que orienta este projeto e fundamentar a sua pertinência no cuidar à pessoa com IU, enfatizando a terapia comportamental como intervenção do enfermeiro especialista em enfermagem de reabilitação.

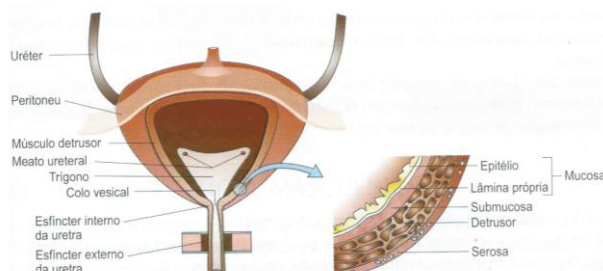
1. ENQUADRAMENTO CONCEPTUAL

1.1. Anatomofisiologia do Aparelho Urinário

O aparelho urinário é composto pelos rins, ureteres que compreendem o aparelho urinário superior, e a bexiga e uretra que se inserem no aparelho urinário inferior, responsável pelo processo de micção. A Figura 1 ilustra a anatomia do aparelho urinário inferior na sua generalidade, em que se verifica a bexiga (músculo liso e distensível denominado detrusor com função de reservatório da urina (Mendes Silva, Duarte, Galo, & Domingues, 2012). Quando esta se encontra vazia, aloja-se na parte inferior do peritoneu e posterior à sínfise púbica, e quando se encontra cheia invade a cavidade abdominal. Na base da bexiga, em forma de triângulo, encontra-se o trígono onde se situa o final dos ureteres e o início da uretra. No vértice inferior do triângulo existe o colo vesical

com cerca de três centímetros de comprimento e, com as fibras musculares adjacentes, forma-se o esfíncter interno (controlo involuntário). A uretra posterior situa-se também no colo vesical e atravessa um conjunto de fibras musculares perineais que formam o esfíncter externo (controlo voluntário). Os músculos do pavimento pélvico suportam a bexiga e uretra, e, nos homens, a glândula prostática, são igualmente estruturas do aparelho urinário inferior fulcrais para a manutenção da continência urinária. (Stevens, 2008; Gray & Moore, 2012).

Figura 4 - Anatomia Aparelho Urinário Inferior



Fonte: Mendes Silva, Duarte, Galo, & Domingues, 2012

Numa perspectiva funcional, o comprimento da uretra é outra distinção com impacto na pessoa. A uretra feminina apresenta 3,5 a 5,5cm de comprimento e funciona como um mecanismo de esfíncter

que assegura a continência durante o enchimento da bexiga. A uretra masculina tem aproximadamente 23cm de comprimento e, por isso, divide-se em duas partes – a parte próximal e a distal. A uretra próximal inicia-se no colo vesical atravessando a próstata e tem igualmente mecanismo de esfíncter, e a parte distal tem a função exclusiva de canalizar a urina para o exterior (Gray & Moore, 2012).

1.1.1. Fisiologia da Micção

O aparelho urinário inferior é innervado por fibras do sistema nervoso parassimpático, simpático e somático. As fibras parassimpáticas (nervos pélvicos) são responsáveis pela função motora da bexiga provocando a sua contração, dando origem à micção. As fibras simpáticas (nervo hipogástrico) controlam o armazenamento da urina na bexiga, provocando a contração do colo vesical e da uretra próximal e, conseqüentemente, do esfíncter interno, como também o relaxamento do detrusor, facilitando o enchimento da bexiga e responsáveis pelo mecanismo de CV. A inervação somática compreende fibras motoras e sensoriais e atua com a libertação dos neurotransmissores acetilcolina e noradrenalina. A relação entre os neurotransmissores e os estímulos enviados pelo detrusor, decorrente do enchimento da bexiga, regula o mecanismo de coordenação nervosa da micção, designado arco reflexo completo. A protuberância é responsável pelo mecanismo de contração e relaxamento, sob

o comando voluntário do córtex frontal, que envia informação de inibição quando a pessoa não quer urinar, permitindo o relaxamento do detrusor e a contração esfinteriana - CV (Pires, 2008) (Gray & Moore, 2012) (Mendes Silva, Duarte, Galo, & Domingues, 2012).

1.2. Incontinência Urinária

Definir conceitos proporciona uma abrangência precisa dos conteúdos, tornando possível adquirir conhecimentos mais sólidos e duradouros. CV define-se como o ato de armazenar urina na bexiga até uma oportunidade socialmente aceita para o esvaziamento acontecer. Consiste também na ausência de qualquer perda urinária, independentemente da atividade e da intensidade da mesma. Este fenómeno compreende-se como complexo, na medida em que é influenciado por fatores fisiológicos, psicossociais e mecânicos. Micção é um ato coordenado que objetiva a EV. Envolve o relaxamento da musculatura pélvica, abertura dos esfíncteres uretrais, contração do detrusor, que origina o fluxo de saída de urina da bexiga (Gray & Moore, 2012).

Segundo a ICS, IU é definida como a queixa de qualquer perda involuntária de urina (Abrams, Cardozo, Khoury, & Wein, 2013). Uma outra definição descreve IU como a perda de urina de gravidade considerável que é entendida como um problema para a pessoa, família ou prestador de cuidados (Gray M. , 2003). No que toca à enfermagem, a CIPE, define IU como “fluxo involuntário de urina, incapacidade de controlo dos esfíncteres vesical e uretral.” (Ordem dos Enfermeiros, 2015, p. 71).

O quadro sintomatológico depende das características dos tipos de IU, pelo que é fundamental uma avaliação adequada do caso, impedindo, o comprometimento de um tratamento eficaz e de apoios concretos a estas pessoas, bem como, a manutenção da dignidade. A IU tem um impacto devastador sobre a qualidade de vida dos indivíduos, das suas famílias e amigos, impondo limitações sobre estilos de vida, oportunidades de emprego e funcionamento social (Getliffe & Dolman, 2007).

1.2.1. Tipos de Incontinência Urinária

Existe vários sistemas de classificação da IU e, neste trabalho, será utilizado o que se baseia na sintomatologia, tornando-se mais útil para a avaliação inicial e tratamento. Este sistema classifica IU em dois grupos: IU Aguda ou Transitória (Pires, 2008) (Apêndice II), que acontece à pessoa previamente continente e,

por instalação de uma patologia aguda, surgem perdas urinárias, que desaparecem ao eliminar a etiologia transitória associada; e IU Crónica ou Estabelecida que tem um aparecimento gradual e permanece durante meses ou anos até a pessoa procurar ajuda (Gray & Moore, 2012). Esta última apresenta subtipos caracterizadas pela sintomatologia associada. Uma vez que a IU Crónica ou Estabelecida é a que apresenta maior impacto na saúde e qualidade de vida da pessoa, será a este tipo de IU que me dedicarei durante o desenvolvimento do meu percurso formativo como EEER.

No tipo de IU Crónica ou Estabelecida existem problemas distintos, nomeadamente ao nível do armazenamento, esvaziamento e de ambos. Ao nível do armazenamento da urina, a IU pode definir-se como de Esforço, Urgência ou Imperiosidade, BHA e Mista. Quando o problema ocorre ao nível do esvaziamento, pode ocorrer uma retenção urinária crónica, muitas vezes com perdas urinárias denominando-se IU por Extravasamento. Se o problema ocorre com afeção de ambos os níveis acontece uma disfunção vesico-esfincteriana de origem neurogénica. Existe ainda a IU Funcional onde o problema prende-se a nível da mobilidade ou cognição da pessoa (Pires, 2008).

A **IU de Esforço** ocorre quando existe uma atividade física que leva ao aumento de pressão abdominal, comprometendo o mecanismo esfincteriano uretral, o que proporciona perdas de urina, por exemplo, ao tossir, levantar pesos, manobra de valsalva. Nesta afeção é atribuída dois fatores major, nomeadamente, o prolapso de órgão pélvico e incompetência intrínseca do esfíncter por danificação das estruturas que vedam a passagem de líquido (Gray & Moore, 2012).

A associação entre **IU de Urgência ou Imperiosidade** e **BHA** é recente e acontece pela semelhança dos sintomas. A IU por imperiosidade é definida como o desejo urgente em urinar e conseqüente perda urinária, causada por uma contração do detrusor hiperativa. BHA é definida como urgência desconfortável para urinar, associada à frequência diurna e noturna que pode apresentar perdas de urina ou não, e sem que haja outras patologias ou alterações metabólicas. Dadas as definições, recentemente a IU de urgência ingressou na síndrome de BHA redefinindo os estudos epidemiológicos. Os fatores de risco para este tipo de condição de IU são na ordem dos défices na mobilidade ou destreza condicionada e dificuldades cognitivas (Gray & Moore, 2012).

IU Mista envolve a IU por Imperiosidade e de Esforço, que, apesar de não existir uma fisiopatologia fundamentada, pensa-se que consiste numa relação entre a incompetência do esfíncter e hiperatividade do detrusor. Esta associação é descrita pela pessoa durante a avaliação da situação quando refere que para além de ter perdas de urina ao esforço, apresenta momentos de urgência urinária (Gray & Moore, 2012).

A **Retenção Urinária** (RU) define-se pela incapacidade de esvaziar a bexiga na sua totalidade durante a micção (RU Crónica), ou mesmo incapacidade de urinar completa (RU Aguda). Esta condição leva a uma hiperdistensão da bexiga, potenciando a **IU por extravasamento**, que consiste na perda de urina pelo aumento excessivo da capacidade de armazenamento da bexiga levando à perda. Uma situação de RU Aguda compreende uma emergência médica e requer uma intervenção imediata. Para esta condição existem dois fatores predominantes, sendo eles a obstrução (estrutural e/ou défice na força de contração do detrusor (Gray & Moore, 2012).

A **IU Neurogénica** resulta de lesões que ocorrem no Sistema Nervoso Central (SNC) e, de acordo com o local da lesão, poderá originar cinco tipos de bexiga: Bexiga Neurogénica Desinibida, Bexiga Neurogénica Reflexa, Bexiga Neurogénica Autónoma, Bexiga Paralítica Sensorial e Bexiga Paralítica Motora (Stevens, 2008) (Apêndice III). Neste tipo de IU existe o risco de ocorrer disreflexia autónoma que consiste numa ativação do sistema nervoso simpático em resposta a um estímulo nocivo, como a distensão da bexiga, sendo uma situação emergente. A pessoa inicia um quadro de rubor, dilatação pupilar, hipertensão arterial, taquicardia, cefaleia e ansiedade (Gray & Moore, 2012).

A **IU Funcional** ocorre por inabilidade ou dificuldade da pessoa para usar a casa de banho ou dispositivo de retenção disponível, envolvendo estruturas independentes do sistema urinário, como lesão neurológica, alteração da mobilidade e défice cognitivo. Também as restrições físicas e ambientais como as barreiras arquitetónicas são condições promotoras de IU Funcional (Gray & Moore, 2012).

1.2.2. Tratamento da Incontinência Urinária

Para tratar eficazmente uma situação de IU, é fulcral a cooperação multidisciplinar, nomeadamente do médico, enfermeiro e fisioterapeuta, incluindo a pessoa e família. Para ganhos significativos, importa combinar várias linhas de

tratamento, como, terapia comportamental, farmacológica e/ou cirúrgica (Gray & Moore, 2012).

A primeira categoria é a menos invasiva e, por isso, é sugerida pela AHRQ como a abordagem inicial (Connell, Wellman, Baker, Day, & Moore, 2006), sendo a terapia comportamental inserida no âmbito das intervenções autônomas de enfermagem de reabilitação. Os tratamentos farmacológicos e cirúrgicos compreendem uma interdependência multidisciplinar igualmente importante no foco de tratamento da pessoa com alterações na EV (Pires, 2008). Importa ainda fazer referência à importância dos dispositivos absorventes e a sua adequada seleção, que influencia a integridade cutânea e a interação social da pessoa. Deste modo, no capítulo seguinte destaca-se intervenção do EEER na EV, nomeadamente, a terapia comportamental.

1.3.A Intervenção de Enfermagem de Reabilitação na Eliminação Vesical

O comprometimento da EV, nomeadamente, a condição de IU, provoca alterações significativas na qualidade de vida da pessoa e família. Por isso, indo ao encontro de Hesbeen (2003), é exigida uma intervenção de ER atempada e precisa, que ajude a pessoa a ter uma vida com sentido para ela e adequada com a sua situação, independentemente da sua condição física ou natureza da sua afeção.

Assim, o EEER concebe e implementa intervenções procurando a otimização e/ou reeducação funcional ao nível motor, sensorial, cognitivo, cardiorrespiratório, da alimentação, da eliminação e da sexualidade. Estes profissionais programam e executam o treino de AVD procurando a adaptação às limitações da mobilidade e à maximização da autonomia no exercício do autocuidado e da qualidade de vida (Regulamento n.º 125/2011, 2011).

1.3.1. Avaliação Inicial

Segundo Stevens (2008), o EEER tem um papel fundamental no comprometimento da EV, implementando estratégias e intervenções que promovem a CV ou que reduzam a frequência da IU, muitas destas autônomas na sua ação, no seio de uma equipa multidisciplinar. Para definir um plano de intervenção eficaz e adequado à pessoa, é fundamental realizar uma avaliação de enfermagem minuciosa e precisa, que confirme a IU e identifique o tipo e os

fatores que influenciam a presente condição. Esta avaliação envolve a história clínica, exame físico, interpretação de exames complementares (Pires, 2008).

Na **História Clínica** o EEER, para além de ficar a conhecer os antecedentes pessoais e AVD, procura identificar características da IU numa tentativa de determinar o tipo que afeta a pessoa. Essas características são o início, duração, frequência, quantidade da perda, fatores e momentos precipitantes à ocorrência da condição. A avaliação passa também pelos fatores ambientais e sociais, no que respeita à acessibilidade e participação social (Pires, 2008). Importa também perceber que tratamentos já foram realizados e quais os efeitos. Esta avaliação termina com a apreciação do impacto da condição de IU na qualidade de vida da pessoa, tendo em conta a sua dimensão pessoal, psicossocial, espiritual e económico.

O **Exame Físico** inclui a avaliação funcional física (mobilidade e destreza manual) e cognitiva (capacidade de compreensão da micção, uso de sanitário e regime terapêutico) da pessoa, observação do abdómen (pele, cicatrizes e palpação da bexiga) e das regiões pélvica e rectal (integridade cutânea, humidade, nódulos, exsudados, sensibilidade e força dos músculos pélvicos) e o exame neurológico (Pires, 2008) (Gray & Moore, 2012).

Conhecer e interpretar **exames complementares de diagnóstico** é fundamental na avaliação da pessoa com alteração na EV e consistem no exame sumário de urina, a prova da resposta ao esforço, medição de resíduo pós-miccional por ecografia vesical e estudo urodinâmico (Pires, 2008) (Gray & Moore, 2012). (Apêndice IV)

1.3.2. Terapia Comportamental

A terapia comportamental consiste numa panóplia de estratégias que a pessoa pode inserir na sua rotina com vista à melhoria ou alívio dos sintomas incómodos. Nesta intervenção existe componente educativa sobre a afeção, promoção de estilos de vida saudáveis (alimentação adequada, perda de peso, exercício físico e cessação tabágica), programas de reeducação perineoesfincteriana como esvaziamento com horário, treino de hábitos, micção imediata, treino vesical, reabilitação pavimento pélvico (Newman & Wein, 2009). De acordo com Pires (2008), a terapia comportamental inicia-se numa abordagem passiva e, gradualmente, numa mais ativa onde a participação da pessoa se torna mais intrínseca.

Tabela 1 - Técnicas Comportamentais

Técnica	Descrição
<u>Componente Educativa</u>	<ul style="list-style-type: none">• Informar sobre fisiopatologia do aparelho urinário inferior, visando a compreensão de estratégias delineadas para o seu plano de intervenção;
<u>Promoção de estilos de vida saudáveis</u>	<ul style="list-style-type: none">• Ajustar ingestão hídrica;• Alimentação equilibrada que regularize o trânsito intestinal e evite substâncias irritantes vesicais, como a cafeína e o álcool;• Perda de peso - a sobrecarga sobre os músculos pélvicos potencia a IU de esforço;• Atividade física - impacto benéfico na IU, pois potencia o fortalecimento muscular a nível abdominal e pélvico;• Cessação tabágica diminui o aparecimento de IU de Esforço e Urgência;
<u>Esvaziamento com horário</u>	<ul style="list-style-type: none">• Definir um período fixo para o esvaziamento vesical, por exemplo, de três em três horas.
<u>Treino de hábitos</u>	<ul style="list-style-type: none">• Estabelecer um horário previsível de esvaziamento vesical, de modo a prevenir as perdas urinárias.• Aplica-se à pessoa com capacidade cognitiva comprometida, mas com sensação de bexiga cheia, IU de esforço e IU funcional
<u>Micção Imediata</u>	<ul style="list-style-type: none">• Responsabilização da pessoa por parte do cuidador, na medida em que este possibilita a oportunidade de esvaziar a bexiga.• Nesta técnica, o reforço positivo é fundamental para a manutenção do comportamento de continência, quer na resposta positiva para esvaziamento vesical, quer para resposta negativa reforçando a importância de se apresentar seco e higienizado.
<u>Treino Vesical</u>	<ul style="list-style-type: none">• Estratégias promotoras da continência como o relaxamento e a distração, o autocontrolo e o reforço positivo.• Ao longo deste programa importa aumentar progressivamente os intervalos entre esvaziamentos, por forma a reeducar a bexiga à continência adequada, tendo em conta as expectativas e condição da pessoa
<u>Reabilitação Pavimento Pélvico</u>	<ul style="list-style-type: none">• Aumentar o controlo sobre os músculos do pavimento pélvico, melhorar a força e a função muscular, promovendo a continência vesical por aumento da resistência da uretra e de suporte das estruturas pélvicas adjacentes.• O programa de RPP inclui treino muscular, <i>biofeedback</i>, eletroterapia e reeducação neuromuscular

(Pires, 2008) (Gray & Moore, 2012).

1.3.3. Cateterização Intermitente e Auto-algaliação

A cateterização intermitente aplica-se à pessoa com retenção urinária ou IU decorrente de retenção de urina, nomeadamente, resíduos pós-miccionais significativos. Esta técnica não é exclusiva do enfermeiro, devendo ser ensinada ao cuidador da pessoa, envolvendo toda a informação necessária à sua capacitação, nomeadamente o respeito pela assepsia. Nesta técnica, existe um horário pré-estabelecido para se realizar o esvaziamento vesical, com intervalos fixos, com objetivo de manter os volumes de urina drenados seguros (Pires, 2008) (Gray & Moore, 2012).

A auto-algaliação consiste na própria pessoa realizar o esvaziamento vesical com recurso a sondas vesicais. O ensino deve ser realizado tendo em conta a capacidade físico e cognitiva da pessoa, nomeadamente, a sua destreza manual na manipulação do material necessário (Gray & Moore, 2012).

O capítulo que se apresenta de seguida, aborda sucintamente o plano e métodos de trabalho, explicitando o problema decorrente deste trabalho de projeto, a metodologia utilizada, bem como, a base teórica de enfermagem, que norteará todo o percurso da execução do projeto.

2. PLANO E MÉTODOS DE TRABALHO

Tendo em conta o preconizado pela OE como intervenção na ER, este projeto irá centrar-se, por um lado na questão do cuidar da pessoa com alteração na EV, nomeadamente, nos problemas de CV, por outro, nas competências de EEER que me propus desenvolver neste percurso para EE.

2.1. Problema

No meu contexto profissional, a intervenção de enfermagem à pessoa com alterações na EV apresenta-se pouco explorada, restringindo-se aos procedimentos técnicos e complementares ao diagnóstico, não existindo uma perspetiva do cuidar holístico, no âmbito da reabilitação da pessoa. Neste sentido, pretendo aprofundar conhecimentos nesta área de intervenção, proporcionando maior qualidade nos cuidados de enfermagem, não só pessoais como também da equipa. Deste modo, formula-se a questão: **como o EEER pode intervir na pessoa com alteração na EV, nomeadamente, na condição de IU?**

2.2. Metodologia

Um projeto define-se como um plano de trabalho estruturado para estudar e/ou resolver um problema identificado e que inquieta os intervenientes que o irão realizar (Freitas, 2010). Neste projeto, a metodologia que mais se enquadra na questão em estudo é a Metodologia de Projeto, uma vez que se insere:

numa investigação centrada num problema real identificado e na implementação de estratégias e intervenções eficazes para a sua resolução. Esta metodologia, através da pesquisa, análise e resolução de problemas reais do contexto é promotora de uma prática fundamentada e baseada em evidência (Freitas, 2010, pp. 2-4).

Como metodologia de investigação foi realizada uma *Scoping Review* de acordo com o The Joanna Briggs Institute (2015), tendo como questão de partida a que se encontra no subcapítulo anterior. Utilizou-se a plataforma *EBSCOhost Integrated Search* (via Escola Superior de Enfermagem de Lisboa) como motor de busca para a pesquisa, tendo sido selecionadas as bases de dados *MEDLINE with Full Text* e *CINAHL with Full Text*. Desta pesquisa resultaram 16 artigos que foram analisados na íntegra e recolhida a informação pertinente contemplada neste trabalho.

Através da resolução de problemas, resultará a aquisição de competências pessoais, que resultam da elaboração e execução de projetos numa situação real. Por isto, a Metodologia de Projeto é como uma conexão entre a teoria e a prática, na medida em que a teoria estudada e aprofundada será aplicada na prática real. Esta metodologia envolve cinco etapas: diagnóstico da situação, definição de objetivos, planeamento, execução e avaliação e divulgação dos resultados (Freitas, 2010). Este documento compreende as primeiras três etapas e as duas últimas ocorrerão no terceiro semestre.

2.3. Referencial Teórico de Enfermagem

Ao nível de EE, este deve suportar a sua prática num quadro de referência orientador dos cuidados. Para este trabalho, adequa-se a Teoria do Défice de Autocuidado de Dorothea Orem que envolve “um processo de manutenção da saúde e gestão da doença” (Petronilho, 2012, p. 18)

Esta teoria engloba três teorias interrelacionadas: Teoria do Autocuidado; Teoria do Défice de Autocuidado; e Teoria dos Sistemas de Enfermagem. (Apêndice V)

Orem pressupõe que o indivíduo tem capacidade de autocuidado, por apresentar habilidades, conhecimento e experiência ao longo da vida (Petronilho, 2012). Autocuidado é definido por Orem (2001) como uma ação realizada pelas pessoas para o próprio bem, com intuito de regular, manter ou recuperar a saúde e bem-estar. O agente de autocuidado é aquele que se autocuida, ou seja, realizado pela própria pessoa. Enquanto que agente depende de cuidados é outrem, de relação próxima, que toma a responsabilidade dos cuidados à pessoa quando esta não é capaz.

Na teoria de autocuidado, a pessoa é avaliada, no seu autocuidado, consoante os requisitos universais, associados aos processos de vida e manutenção da integridade da estrutura e funcionamento humano, equiparados às AVD.

Quando as necessidades se sobrepõem à capacidade de se autocuidar, surge o défice de autocuidado. Este conceito permite ao EEER adequar métodos de auxílio ao indivíduo e compreender a intervenção que este possa ter no processo de autocuidado.

Na intervenção do enfermeiro, a teoria dos sistemas de enfermagem organiza estruturalmente a prática e consiste na articulação entre as propriedades do

enfermeiro e as da pessoa. Com esta articulação pode ser classificada o tipo de desempenho que os dois intervenientes assumam: Sistema totalmente compensatório; Sistema parcialmente compensatório; e Sistema de Apoio e Educação (Petronilho, 2012).

O presente projeto formativo aplicar-se-á em contextos reais, procurando solucionar o problema identificado. De seguida descrevo sucintamente os locais de ensino clínicos, visando a perceção da articulação da temática com a realidade dos cuidados.

II. PERCURSO FORMATIVO PARA O 3º SEMESTRE

Para o desenvolvimento do percurso pessoal e formativo para EEER serão concretizados ensinamentos clínicos em dois contextos distintos, com objetivos e atividades vocacionados para as respetivas características funcionais, bem como, direcionados para a temática em estudo e competências propostas. Realizou-se duas entrevistas, uma em cada local de ensino clínico, para um primeiro reconhecimento da prática real. (Apêndice VI)

O primeiro ensino clínico será realizado na Equipa de Cuidados Continuados Integrados (ECCI), integrada na Unidade de Cuidados na Comunidade (UCC)

[REDACTED]. A UCC comporta as valências de Saúde Escolar, Saúde Materno-Infantil e Equipa de Cuidados Paliativos. A ECCI realiza cuidados domiciliários e assiste cerca de 25 utentes, que foram referenciados para a Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados (RNCCI), divididos por quatro enfermeiros, três deles com especialidade em ER. As patologias predominantes são doenças neoplásicas, ortopédicas, cerebrovasculares. Tem como objetivos prevenir, manter e recuperar o bem-estar e conforto dos utentes e família, assistindo-os em todas as fases da doença.

O segundo ensino clínico será no serviço de Urologia [REDACTED]. Este serviço é constituído por internamento, onde são acolhidos utentes que necessitem de cuidados de saúde específicos e complexos, como intervenções cirúrgicas do foro urológico. A patologia mais frequente no internamento é a oncológica com afeção vesical e prostática. Este serviço tem 18 camas e 3 macas. Apresenta uma equipa de enfermagem de 14 enfermeiros, sendo 3 especialistas em ER. Outra área deste serviço é o bloco de exames que consiste numa área ambulatória específica em Urologia. Nesta área realizam-se exames complementares de diagnóstico, como o estudo urodinâmico, e também tratamentos para a patologia oncológica vesical e prostática. Como projeto na área da reabilitação, o internamento tem um projeto sobre disfunção erétil coordenada por um enfermeiro de reabilitação, e no bloco de exames o projeto é sobre a BHA, onde se realizam ensinamentos sobre cateterização intermitente, auto-esvaziamento e alteração de estilo de vida.

O cronograma do terceiro semestre com os contextos de ensino clínico encontra-se no apêndice VII e os respectivos objetivos e atividades delineadas no apêndice VIII.

III. CONSIDERAÇÕES FINAIS

O início de uma investigação acontece quando existe uma inquietação ou curiosidade, sendo esta a problemática. Posteriormente à definição do problema, é tempo de elaborar o projeto, que procurará teoricamente a pertinência do estudo e norteará o percurso prático da procura das respostas possíveis (Ruivo, Ferrito, & Nunes, 2010).

Posto isto, o projeto considera-se a primeira etapa de um processo previsivelmente difícil, mas confiante na gratificação que, no fim, será sentida com o desenvolvimento pessoal e profissional. O desenrolar deste projeto acontecerá no 3º semestre deste curso de mestrado e culminará na divulgação dos resultados, aquando da apresentação do relatório de estágio.

Na execução deste projeto, houveram momentos de avanço e retrocesso, que fazem parte deste processo. Como fatores facilitadores neste constructo destaco a pesquisa bibliográfica realizada, dotada das estratégias adquiridas ao longo do ano letivo, discussões produtivas com o professor orientador que sempre me ajudou a desbravar o caminho mais difícil. Destaco ainda como fator facilitador as entrevistas às enfermeiras chefes dos locais de ensino clínico, que possibilitou ter uma noção breve e real da prática dos EEER. As dificuldades sentiram-se na organização do trabalho, tendo em conta a documentação orientadora por vezes confusa, na definição da questão de partida e na minha capacidade de resumo.

Considero que este projeto formativo compreende o percurso adequado para o desenvolvimento de competências de EEER, na medida em que procura envolver o cuidar holístico da pessoa ao longo da vida, mais concretamente, aquela que sofre de alteração na EV.

Em suma, acrescento que este processo é dinâmico, por isso, em constante adaptação e evolução, sempre que seja pertinente. Quer isto dizer que os objetivos delineados, bem como, o referencial teórico de enfermagem, poderão ser reajustados no decorrer do 3º semestre, com intuito de otimizar o processo de aprendizagem e a aquisição de competências. Bem sei que será caminho árduo e com obstáculos, mas estou motivado para os ultrapassar da melhor maneira e concluir esta etapa com sucesso.

IV. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Abrams, P., Cardozo, L., Khoury, S., & Wein, A. (2013). *INCONTINENCE. 5th International Consultation on Incontinence*. Paris: EAU - ICUD.
- Avery, J. C., Braunack-Mayer, A. J., Stocks, N. P., Taylor, A. W., & Duggan, P. (1 de Julho de 2013). Psychological perspectives in urinary incontinence: a metasynthesis. *OA Women's Health*, pp. 1-10.
- Avery, J., & Stocks, N. (Janeiro de 2016). Urinary Incontinence, Depression and Psychosocial Factors - A Review of Population Studies. *Europaena Medical Journal*, 1(1), pp. 58-67.
- Connell, B., Wellman, D., Baker, L., Day, K., & Moore, K. (2006). Does a continence educational brochure promote health seeking behavior? *Journal of wound, ostomy, and continence nursing*, 33 (4), pp. 189-95.
- Diokno, A. C., Estanol, M. C., Ibrahim, I. A., & Balasubramaniam, M. (4 de Novembro de 2007). Prevalence of urinary incontinence in community dwelling men: a cross sectional nationwide epidemiological survey. *International Urology and Nephrology*, 39, pp. 129-136. doi:10.1007/s11255-006-9127-0
- Doughty, D. B., & Crestodina, L. R. (2006). Introductory Concepts. Em D. B. Doughty, *Urinary & Fecal Incontinence: Current Management Concepts* (pp. 1-20). Estados Unidos da América: Mosby Elsevier.
- Freitas, A. (2010). *Metodologia de Projecto: Colectânea Descritiva de Etapas* (Vol. 15). Setubal: Percursos.
- George, J. B. (2000). *Teorias de Enfermagem: Os Fundamentos à Prática Profissional* (4ª ed.). Porto Alegre: Artmed.
- Getliffe, K., & Dolman, M. (2007). *Promoting Continence - A Clinical and Research Resource*. Philadelphia: Elsevier.
- Gray, M. (2003). Gender, race and culture research in UI. *American Journal of Nursing*, 3, 20-25.
- Gray, M., & Moore, K. N. (2012). *Cuidados de Enfermagem em Urologia*. Loures: Lusociência.
- Hesbeen, W. (2003). *A Reabilitação*. Loures: Lusociência.
- Hunskar, S., Lose, G., Sykes, D., & Voss, S. (2004). The Prevalence of Urinary Incontinence in Women in Four European Countries. *BJU Internacional*, 93, pp. 324-330.
- Irwin, D. E., Milsom, I., Hunskar, S., Reilly, K., Kopp, Z., Herschorn, S., . . . Abrams, P. (2 de Outubro de 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*, 50, pp. 1306-1315.
- Irwin, D. E., Mungapen, L., Milsom, I., Kopp, Z., Reeves, P., & Kelleher, C. (2008). The economic impact of overactive bladder syndrome in six Western countries. *BJU Internacional*, 103, 202-209. doi:10.1111/j.1464-410X.2008.08036.x
- Melnyk, B. M., Bullock, T., McGrath, J., Jacobson, D., Kelly, S., & Baba, L. (JAN-MAR de 2010). Translating the evidence-based NICU COPE program for parents of premature infants into clinical practice: impact on nurses' evidence-based practice and lessons learned. *The Journal of Perinatal and Neonatal Nursing*, 24(1), 74-80.
- Mendes Silva, M., Duarte, A., Galo, J., & Domingues, N. (2012). *Enfermagem em Urologia*. Lisboa: Lidel.
- Newman, D. K., & Wein, A. J. (2009). *Managing and Treating Urinary Incontinence*. Baltimore, Maryland: Health Professions Press.
- Ordem dos Enfermeiros. (2001). *Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem. Enquadramento Conceptual, Enunciados descritivos*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.
- Ordem dos Enfermeiros. (2004). *Quadro de referência para a construção de indicadores de qualidade e produtividade na enfermagem, Suplemento da revista*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.
- Ordem dos Enfermeiros. (29 de Maio de 2010). Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista. Lisboa.
- Ordem dos Enfermeiros. (20 de Outubro de 2010). Regulamento das competências específicas do enfermeiro especialista em enfermagem de reabilitação. Lisboa.
- Ordem dos Enfermeiros. (2015). *Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem. 2013*. Lisboa.
- Orem, D. E. (2001). *Nursing: Concepts and Practice* (6ª ed.). St. Louis: MO: Mosby.
- Petronilho, F. (2012). *Autocuidado: conceito central da enfermagem*. Coimbra: Formasau.
- Pires, M. (2008). Eliminação e Continência Vesical. Em S. Hoeman, *Enfermagem de Reabilitação: Processo e Aplicação* (pp. 453-487). Loures: Lusociência.

- Qaseem, A., Dallas, P., Forclea, M. A., Starkey, M., Denberg, T. D., & Shekelle, P. (2014). Nonsurgical Management of Urinary Incontinence in Women: A Clinical Practice Guideline From the American College of Physicians. *American College of Physicians*, 161, pp. 429-440. doi:10.7326/M13-2410
- Regulamento n.º 125/2011. (18 de Fevereiro de 2011). Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação. *Diário da República*, 2.ª série - N.º 35, 8658-8659. Obtido em 19 de Novembro de 2015, de <https://dre.pt/application/file/3477090>
- Ruivo, A., Ferrito, C., & Nunes, L. (Janeiro-Março de 2010). Metodologia de Projecto: Colectânea descritiva de etapas. *Revista Percursos*, 15, pp. 1-37.
- 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. Obtido em 25 de Março de 2016, de <http://www.apurologia.pt/pdfs/estud-epidem-incont-08.pdf>
- Silva, V. A., & D'Elboux, M. J. (3 de Fevereiro de 2012). Atuação do enfermeiro no manejo da incontinência urinária no idoso: uma revisão integrativa. *Revista da Escola de Enfermagem USP*, 46(5), pp. 1221-1226.
- Stevens, K. A. (2008). Eliminação e Continência Urinária. Em S. P. Hoeman, *Enfermagem de Reabilitação: Prevenção, Intervenções e Resultados Esperados* (pp. 351-386). Loures: Lusodidacta.
- The Joanna Briggs Institute. (2015). *The Joanna Briggs Institute Reviewers' Manual 2015: Methodology for JBI Scoping Reviews*. AUSTRALIA: The Joanna Briggs Institute.
- Thom, D. H., Nygaard, I. E., & Calhoun, E. A. (8 de Setembro de 2005). Urologic Disease in America Project: Urinary Incontinence in Women - National trends in hospitalizations, office visits, treatment and economic impact. *The Journal of Urology*, 173, 1295-1301. doi:10.1097/01.ju.0000155679.77895.cb
- Vasavada, S. P., Rackley, R. R., & Carmel, M. E. (27 de Outubro de 2015). Urinary Incontinence: Background. *Medscape*. Obtido de Medscape: <http://emedicine.medscape.com/article/452289-overview#a2>

APÊNDICES

**Apêndice I – Definição de Enfermeiro Especialista e Enfermeiro
Especialista em Enfermagem de Reabilitação**

Enfermeiro Especialista e Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação

A Ordem dos Enfermeiros corresponde ao órgão regulador da profissão e enuncia definições de Enfermeiro Especialista e de Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação:

Especialista é o enfermeiro com um conhecimento aprofundado num domínio específico de enfermagem, tendo em conta as respostas humanas aos processos de vida e aos problemas de saúde, que demonstram níveis elevados de julgamento clínico e tomada de decisão, traduzidos num conjunto de competências especializadas relativas a um campo de intervenção. (Ordem dos Enfermeiros, 2010, p.2)

O Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação concebe, implementa e monitoriza planos de enfermagem de reabilitação diferenciados, baseados nos problemas reais e potenciais das pessoas. O nível elevado de conhecimentos e experiências acrescida permite-lhe tomar decisões relativas à promoção da saúde, prevenção de complicações secundária, tratamento e reabilitação maximizando o potencial da pessoa. (Ordem dos Enfermeiros, 2010, p.1)

Apêndice II – Incontinência Urinária Aguda ou Transitória

Incontinência Urinária Aguda ou Transitória

O aparecimento de Incontinência Aguda ou Transitória envolve fatores reversíveis e que cedem ao tratamento, se for feita uma adequada avaliação da função urinária. Na tabela seguinte enunciam-se as causas reversíveis mais frequentes deste tipo de Incontinência Urinária.

Delírio	Depressão
Desidratação	Excesso de débito urinário
Irritantes dietéticos	Restrição da mobilidade
Infeção do trato urinário	Fecalomas / impactação
Atrofia uretral e vaginal	Prolapso urogenital agudo
Medicação	Ansiedade

(Stevens, 2008)

Apêndice III – Bexigas Neurogênicas

Bexigas Neurogénicas

Bexiga Neurogénica Desinibida acontece por disfunção do centro supra-espinal que regula a micção, e caracteriza-se por contrações frequentes da bexiga. Neste tipo de bexiga o esvaziamento acontece na totalidade, no entanto, a capacidade vesical fica reduzida e a micção involuntária ocorre, simultaneamente com a sensação de vontade. É característica na pessoa com este tipo de bexiga a urgência urinária, polaquiúria e noctúria (Pires, 2008).

Bexiga Neurogénica Reflexa, também denominada espástica, ocorre quando existe interrupção dos impulsos dos feixes sensoriais e motores da medula espinal, envolvidos na comunicação entre a bexiga e o centro supra-espinal. Este tipo de bexiga contrai-se de uma forma descoordenada, levando à diminuição da capacidade vesical da bexiga. A frequência destes episódios leva à hipertrofia do detrusor, promovendo o refluxo vesico-uretral, hidronefrose e lesão renal permanente. A pessoa neste tipo de bexiga é incapaz de sentir a plenitude vesical e de urinar voluntariamente, por isso, a micção não se inicia nem se interrompe de forma regular. Se existir uma coordenação entre a contração de detrusor e do esfíncter externo, a micção espontânea acontece. No caso de existir descoordenação entre as duas estruturas mencionadas, ocorre uma dissinergia detrusor-esfincteriana, que consiste num aumento de pressão intravesical que tenta ultrapassar a contração esfíncteriana presente. Esta disfunção potencia o aumento da resistência ao fluxo de saída, com pressões intravesicais consideráveis, volumes residuais elevados e fraco esvaziamento da bexiga (Pires, 2008).

Bexiga Neurogénica Autónoma, ou arreflexa, ocorre por lesão ao nível do cone medular, por isso, afeta o arco reflexo. Nesta disfunção, o impulso sensorial da bexiga para a medula não acontece, bem como, o impulso motor entre a medula espinal e a bexiga. Caracteriza-se por uma micção involuntária, que acontece quando a capacidade vesical é atingida. Esta bexiga não tem contração do detrusor, apresenta uma capacidade vesical aumentada (cerca de 600 a 1000mL), diminuição da pressão intravesical e presença de urina residual. Para esvaziamento deste tipo de bexiga, a pessoa pode utilizar a pressão manual ao nível do abdómen (manobra de Credé) ou por esforço (manobra de Valsalva) (Pires, 2008).

Bexiga Parálitica Sensorial acontece por afeção do lado sensorial do arco reflexo da micção, o que se caracteriza pela ausência de sensação de bexiga cheia e vazia, levando a um aumento da capacidade vesical por ausência de contração desinibida do detrusor, resultando em variáveis volumes de urina residual. As perdas urinárias acontecem por aumento da distensão da bexiga levando a uma Incontinência Urinária por extravasamento (Pires, 2008).

Bexiga Parálitica Motora encontra-se lesado o lado motor do arco reflexo da micção, levando a um controlo voluntário variável com sensibilidade plenitude vesical mantida. A pessoa refere dificuldade em iniciar a micção, diminuição da força do fluxo de saída e necessidade de esforço para urinar. Estes sinais caracterizam a perda da função motora e diminuição do tônus muscular do detrusor. O esvaziamento desta bexiga pode ocorrer por esforço (manobra de valsalva) manual (manobra de Credé) ou por cateterização intermitente (Pires, 2008).

Apêndice IV – Exames Complementares de Diagnóstico

Exames Complementares de Diagnóstico

Os exames complementares de diagnóstico permitem detetar sinais que justifiquem a condição de Incontinência Urinária, potenciando um tratamento eficaz.

Exame	Descrição
Exame Sumário de Urina	Método básico que permite detetar: <ul style="list-style-type: none">○ Hematúria: infeção trato urinário; Cancro; Litíase urinária;○ Glicosúria e Proteinúria: indicam necessidade de despiste da diabetes <i>mellitus</i>;○ Leucocitúria: sugere infeção e necessidade de urocultura;
Exame laboratorial - sangue	Análise da função renal e inflamatória: Azotemia; Creatinina; Glucose; Cálcio; Ureia; Leucograma; Proteína C-reativa;
Volume Residual pós-miccional	Relação entre o volume de micção e o volume que fica retido na bexiga após uma micção. Pode ser medido por algaliação ou por meio imagiológico, através de ecografia vesical. Não existe consenso na investigação relativamente ao volume residual adequado, mas a <i>Agency for Healthcare Research and Quality</i> refere um volume residual de 50mL, como adequado ao esvaziamento vesical.
Prova da resposta ao esforço (para a IU de esforço)	Consiste em solicitar à pessoa determinados estímulos que possam desencadear perdas de urina, como tosse, manobra de valsalva, riso, salto, etc.
Estudo Urodinâmico	Exame realizado em situações que não cedem a tratamentos de primeira linha. Este exame avalia a anatomia e funcionamento da bexiga. <ul style="list-style-type: none">● Urofluxometria<ul style="list-style-type: none">○ Medida da velocidade do fluxo urinário e serve para avaliar problemas de esvaziamento;● Cistometria<ul style="list-style-type: none">○ Avalia o funcionamento do detrusor;

	<ul style="list-style-type: none">○ Avalia a sensibilidade, capacidade e resistência da bexiga;○ Determina a presença e magnitude de contrações voluntárias e involuntárias;
Uretrocistoscopia	<ul style="list-style-type: none">○ Permite identificar lesões vesicais e divertículos da uretra, fístulas, estrangulamentos ou deficiência intrínseca do esfíncter. Não diagnostica a condição de IU, mas realiza diagnóstico diferencial.

(Stevens, 2008)

Apêndice V – Teoria do Défice de Autocuidado de Dorothea

Orem

Teoria do Défice de Autocuidado de Dorothea Orem

1. Teoria do Autocuidado

A conceptualização do autocuidado foi iniciada por Dorothea Elizabeth Orem nos anos 50, com o desenvolvimento dos conceitos de Enfermagem de Autocuidado, a partir dos quais surge a primeira publicação do livro *Nursing: Concepts of practice*. Após várias alterações e reformulações dos conceitos, a autora apresenta a sua Teoria Geral de Enfermagem constituída por três constructos teóricos interrelacionados: a Teoria do Autocuidado, a Teoria do Défice de Autocuidado e a Teoria dos Sistemas de Enfermagem (George, 2000).

Segundo Orem (1991) o que demonstra a necessidade de uma intervenção por parte do enfermeiro no adulto é a ausência da capacidade de manter continuamente a quantidade e qualidade do autocuidado que são terapêuticas na sustentação da vida e da saúde, na recuperação da doença ou da lesão ou no enfrentamento dos seus efeitos.

Nesta teoria, inserem-se os conceitos centrais: autocuidado (*self-care*), agente de autocuidado (*self-care agent*), agente dependente de cuidados (*dependent care agent*), ação de autocuidado (*self-care agency*), comportamentos de autocuidado (*self-care behavior*), necessidade terapêutica de autocuidado (*therapeutic self-care demand*), fatores condicionantes básicos (*basic conditioning factors*), requisitos de autocuidado (*self-care requisites*), défice de autocuidado (*self-care deficit*) e sistemas de enfermagem (*nursing systems*) (George, 2000). Segundo Orem, o autocuidado é definido como “a prática de atividades que os indivíduos iniciam e realizam em seu próprio benefício, para a manutenção da vida, da saúde e do bem-estar” (Petronilho, 2012, p. 19). O autocuidado refere-se a um processo de manutenção da saúde e de gestão da doença através de práticas consideradas positivas, desempenhando uma função fundamental na saúde dos indivíduos, proporcionando *outcomes* benéficos diretamente relacionados com os resultados clínicos (Petronilho, 2012).

A autora parte do pressuposto que todo o indivíduo é capaz de se autocuidar por possuir habilidades, conhecimento e experiência adquirida ao longo da vida, sendo denominado de agente de autocuidado. Deste modo a pessoa toma parte do decurso de ação ou tem o poder para tomar parte no decurso de uma ação. Quando os indivíduos não têm esta capacidade é chamada a intervenção por parte de outrem, denominado agente dependente de cuidados, que aceitam a

responsabilidade de colmatar a necessidade terapêutica de autocuidado de sujeitos socialmente dependentes deles, assim como de regular o exercício da atuação de autocuidado destas pessoas. Como tal, no modelo de Orem, a meta é ajudar as pessoas a satisfazerem suas próprias exigências terapêuticas de autocuidado (Petronilho, 2012).

Por sua vez, a ação de autocuidado reporta-se à capacidade humana ou poder de se envolver no autocuidado e é afetada por fatores condicionantes básicos (tais como a idade, sexo, estado de desenvolvimento, entre outros), tomando como requisitos as AVD. Trata-se de ação movida pela motivação na busca de resultados em saúde pelo próprio indivíduo, e envolve vários domínios: cognitivo, físico, emocional ou psicossocial e o do comportamento (Petronilho, 2012).

Os comportamentos de autocuidado remetem para a prática de ações ou atividades iniciadas e executadas pela própria pessoa. Estas devem ser realizadas nos prazos adequados, pelos próprios e no interesse da manutenção da vida, de um funcionamento saudável e na continuação do desenvolvimento pessoal e bem-estar (Petronilho, 2012).

Os fatores condicionantes básicos da Teoria de Orem podem determinar o desempenho do autocuidado, surgindo como inibidores ou facilitadores de adaptação do estado de saúde da pessoa. São referentes aos fatores internos ou externos que afetam a capacidade do indivíduo no envolvimento no autocuidado, podendo influenciar a quantidade necessária do mesmo (Petronilho, 2012). Segundo Orem (2001), os fatores condicionantes básicos incluem a idade, sexo, estado de desenvolvimento, estado de saúde, sistema de cuidados de saúde, orientação sociocultural, fatores de sistema familiar, padrões de vida, fatores ambientais e adequação dos recursos disponíveis.

A teoria supracitada envolve o conceito de requisitos, que visam assegurar o autocuidado, condicionando igualmente a sua eficácia.

De acordo com Orem (2001), a realização dos requisitos de autocuidado depende do grau em que estes se conhecem, e do modo como se compreendem as formas de os satisfazer. Assim, as necessidades de autocuidado de um indivíduo só podem ser conhecidas, quando devidamente avaliadas.

Neste sentido, os requisitos de autocuidado dividem-se em 3 categorias:

1. Requisitos universais de autocuidado, que são comuns a todo o ciclo de vida, interrelacionados, e associados a processos de manutenção da estrutura e do funcionamento humano. São muitas vezes designados por atividades de vida diária, e são descritos como:
 - a) Manutenção de uma quantidade de ar suficiente;
 - b) Manutenção de uma suficiente ingestão de água;
 - c) Manutenção de uma suficiente quantidade de alimentos;
 - d) Provisão de cuidados associados com processos de eliminação;
 - e) Manutenção de equilíbrio entre atividades e o repouso;
 - f) Manutenção de equilíbrio entre a solidão e a interação social;
 - g) Prevenção de perigos à vida humana, ao funcionamento e ao bem-estar;
 - h) Promoção do funcionamento e do desenvolvimento do ser humano dentro dos grupos sociais, de acordo com o potencial, as limitações conhecidas e o desejo de ser normal.

(Orem, 2001).

2. Requisitos de autocuidado de desenvolvimento que, segundo Orem (1991), se definem como “*expressões especializadas de requisitos universais de autocuidado que foram particularizadas por processos de desenvolvimento enquanto novos requisitos, derivados de uma condição, associados a algum evento*” (George, 2000, p. 85). Assim, surgem de acordo com o estadio de desenvolvimento do individuo e compreendem as dimensões do desenvolvimento humano, isolando os fatores que promovem e regulam esse desenvolvimento nas diferentes fases de vida. Expressam dois objetivos: promover condições e comportamentos de prevenção ou providenciar condições e experiências que minimizem/superem os efeitos nocivos no desenvolvimento. As condições referidas são a privação de educação, problemas de adaptação social, falhas de saúde individual, perdas de familiares e amigos, perda de atividades e segurança ocupacional, mudança súbita de residência para um ambiente desconhecido, problemas associados a *status*, saúde deficiente ou incapacitante e doença terminal ou morte iminente (Petronilho, 2012).

3. Requisitos de autocuidado no desvio de saúde, que são exigidos em situação de doença ou lesão (associados a patologias específicas) ou que podem resultar de intervenções médicas, de diagnóstico ou tratamento. Existem seis categorias nestes requisitos, que são:

- a) Procurar e garantir assistência médica apropriada;
- b) Estar consciente e atender aos efeitos e resultados das condições e estados patológicos, incluindo os efeitos decorrentes do desenvolvimento;
- c) Realizar efetivamente as medidas diagnósticas, terapêuticas e de reabilitação recomendadas, direcionadas à prevenção de patologias específicas, às normas de funcionamento humano integral, correção de deformidades e anormalidades e compensação de incapacidades;
- d) Estar consciente e atender ou regular os efeitos nocivos resultantes de intervenções realizadas ou prescritas, incluindo os efeitos de desenvolvimento;
- e) Modificar o autoconceito (e a autoimagem) para aceitar um estado de saúde particular e necessidade de formas específicas de cuidados de saúde;
- f) Aprender a viver com os efeitos das condições e estados patológicos, assim como os efeitos das intervenções, diagnósticos médicos e tratamentos, no estilo de vida que promova um contínuo desenvolvimento pessoal

(George, 2000)

2. Teoria do Défice de Autocuidado

A teoria do défice de autocuidado constitui-se como o centro da teoria geral de Orem, e pretende definir os momentos em que os cuidados de enfermagem são necessários, isto é, quando o indivíduo é incapaz ou tem limitações na administração de autocuidado efetivo continuado. Orem (2001) identifica cinco métodos de ajuda a seguir, que podem ser utilizados de forma individual ou agrupados, de forma a proporcionar assistência com autocuidado:

- a) Agir ou fazer para outra pessoa;

- b) Guiar e orientar;
- c) Proporcionar apoio físico e psicológico;
- d) Favorecer e manter um ambiente de apoio ao desenvolvimento pessoal;
- e) Ensinar

Orem (2001) identificou igualmente cinco áreas de atividades para a prática de enfermagem:

1. Iniciar e manter um relacionamento enfermeiro-pessoa com o indivíduo, família ou grupo, até que a pessoa possa ser legitimamente emancipado da intervenção de enfermagem;
2. Determinar se e como as pessoas podem ser ajudados através da intervenção de enfermagem;
3. Responder às solicitações, desejos e necessidades da pessoa em relação ao contacto e à assistência do enfermeiro;
4. Prescrever, proporcionar e regular a ajuda direta às pessoas (e às pessoas significativas) em forma de intervenções de enfermagem;
5. Coordenar e integrar a enfermagem na vida diária da pessoa, ou qualquer outro atendimento de saúde necessário, incluindo serviços sociais e educacionais.

(George, 2000)

1.3. Teoria dos Sistemas de Enfermagem

Nesta teoria é determinada de que forma as necessidades de autocuidado da pessoa são complementadas pelo enfermeiro, pela pessoa ou ambos. De um modo geral, o sistema de enfermagem é baseado nas necessidades de autocuidado e nas capacidades da pessoa para desempenhar as atividades de autocuidado. Se existir um défice entre a ação de autocuidado (aquilo que o indivíduo consegue fazer) e a exigência de autocuidado (o que é necessário para manter o funcionamento ideal), é necessária intervenção de enfermagem. Neste contexto, a ação de enfermagem é uma propriedade complexa, que permite que os profissionais atuem, conheçam e ajudem o outro a preencher as suas necessidades terapêuticas de autocuidado, exercitando ou desenvolvendo a sua própria ação de autocuidado. No entanto, a ação de enfermagem e a ação do

autocuidado diferem quanto ao seu objeto de ação: a primeira é dirigida ao bem-estar do outro e a segunda ao bem-estar do próprio (Petronilho, 2012).

Os elementos do sistema de enfermagem visam definir o âmbito da responsabilidade dos enfermeiros no seu exercício profissional e as intervenções gerais e específicas dos intervenientes (enfermeiro/pessoa), dando resposta às suas necessidades terapêuticas e diferentes padrões de desempenho. Foram identificadas três classificações de sistemas de enfermagem:

1. Sistema totalmente compensatório, que representa as situações nas quais o indivíduo não se consegue envolver na ação de autocuidado, tornando-se dependente de outros para garantir a sua sobrevivência e bem-estar. Nestas situações incluem-se: indivíduos incapazes de se envolverem em qualquer forma de ação deliberada (por exemplo: *indivíduos em coma*); indivíduos conscientes, com capacidade para observar, fazer julgamentos e tomar decisões sobre o autocuidado e outros acontecimentos, mas incapazes de desempenhar ações que impliquem deambulação ou outros movimentos de manipulação (por exemplo: *indivíduos com tetraplegia*); e por último, indivíduos que demonstram incapacidade de satisfazer as suas próprias necessidades e tomar decisões sobre o autocuidado e outros acontecimentos, mas conseguem deambular e realizar algumas tarefas de autocuidado, sob supervisão e orientação sistemática (por exemplo: *indivíduos com alterações cognitivas*).

2. Sistema parcialmente compensatório, no qual tanto o enfermeiro como o paciente podem representar o papel principal na prestação dos cuidados; o paciente é capaz de desempenhar alguns cuidados, necessitando de ajuda na satisfação dos restantes. O cuidado prestado pelo enfermeiro é aceite pelo indivíduo, mas o objetivo do enfermeiro é compensar as limitações do indivíduo. As distribuições das responsabilidades variam de acordo com as limitações resultantes das condições de saúde do doente ou das prescrições médicas, o conhecimento científico e técnico e habilidades exigidas e com a força de vontade do doente para desempenhar ou aprender atividades específicas.

3. Sistema de apoio-educação encara o indivíduo como detentor de capacidade para o autocuidado, necessitando apenas de apoio, orientação e instrução por parte do profissional. Cabe ao enfermeiro promover a pessoa como agente de autocuidado, recorrendo a estratégias como orientação, ambientes facilitadores de desenvolvimento e aprendizagem (Petronilho, 2012).

**Apêndice VI – Guiões das Entrevistas nos locais de Ensino
Clínico**

<p style="text-align: center;"><u>AValiação dos Utentes</u></p>	<ul style="list-style-type: none"> • Quais são os critérios de para acompanhamento pela UCC? • Como realiza a seleção dos utentes alvo dos seus cuidados? • Em que momento, quem e como são identificadas as necessidades de intervenção dos Enfermeiros Especialistas de Reabilitação?
<p style="text-align: center;"><u>PRESTAÇÃO E CONTINUIDADE DE CUIDADOS DE ENFERMAGEM DE REABILITAÇÃO</u></p>	<ul style="list-style-type: none"> • Como procede ao planeamento dos cuidados? • De que forma o utente participa (ou não) nesse planeamento? • O planeamento do programa de reabilitação é realizado em equipa? • Quais os critérios tidos em conta na distribuição de utentes para EEER? • Como é feito e qual o número de utentes distribuídos? • Em que horários e com que frequência são feitas as visitas domiciliárias? • Como é feita a organização do trabalho durante um turno? • O planeamento do programa de reabilitação é realizado em equipa? • Que instrumentos são utilizados para registo das intervenções dos enfermeiros de reabilitação? • Qual a origem dos utentes? Referenciação? Como se processa todo o circuito do utente, desde a admissão até à alta? • Qual o papel do familiar cuidador no processo terapêutico? • Vê impacto de resultados consoante a adesão / envolvimento da pessoa aos cuidados?
<p style="text-align: center;"><u>AUTONOMIA, ORGANIZAÇÃO DO TRABALHO E RELAÇÃO INTERDISCIPLINAR</u></p>	<ul style="list-style-type: none"> • Como o EER organiza o seu trabalho ao longo do dia e que tipo de atividades são prioritárias? • Quais as maiores dificuldades de readaptação, sentidas e/ou manifestadas pelos familiares cuidadores e pessoas que regressam a casa com alterações na mobilidade? • O que seria necessário fazer no internamento/antes do regresso a casa, que facilitasse a readaptação das pessoas à sua nova condição? • Que limitações ou dificuldades sente como enfermeiro de reabilitação na sua prática e cuidados? • Qual a receptividade do utente aos cuidados do enfermeiro de reabilitação?

	<ul style="list-style-type: none"> • O que considera importante para uma melhor prestação de cuidados de enfermagem de reabilitação?
<u>OUTRAS ATIVIDADES</u>	<ul style="list-style-type: none"> • Tem algum projeto que gostaria de concretizar? Existe dificuldade em implementar projetos?
<u>FIM DA ENTREVISTA</u>	<ul style="list-style-type: none"> • Agradecimento pela entrevista

Serviço de Urologia	
ÁREA	PERGUNTAS
<u>LEGITIMAÇÃO DA ENTREVISTA</u>	<ul style="list-style-type: none"> • Apresentação • Apresentação dos objetivos da visita/entrevista • Obtenção de consentimento
<u>CARATERIZAÇÃO DO SERVIÇO</u>	<ul style="list-style-type: none"> • Qual a missão do serviço? • Como se caracteriza o espaço físico? • Que valências / serviços diferenciados estão disponíveis? • Qual a proveniência dos utentes? Qual a população abrangida? • Qual a taxa de ocupação do serviço? • Qual o horário das visitas? • Como é constituída a equipa multidisciplinar? • Qual o horário de trabalho que é praticado? • Existem utentes em programa de reabilitação em ambulatório ou apenas internamento? Que tipo de situações?
<u>GESTÃO DE RECURSOS HUMANOS</u>	<ul style="list-style-type: none"> • Quantos elementos constituem a equipa de enfermagem? Desses elementos quantos são Enfermeiros Generalistas? E quantos são Enfermeiros Especialistas em Reabilitação? • O horário praticado pelos Enfermeiros generalistas diverge dos Enfermeiros Especialistas? Se sim, porquê e como? • Como são distribuídos os Enfermeiros Especialistas de Reabilitação pelos turnos? • Que funções assume o Enfermeiro de Reabilitação no serviço? • Qual o número de utentes atribuídos/distribuídos ao Enfermeiro Especialista de Reabilitação? Quais os critérios? Esse número difere do Enfermeiro Generalista? • Como é feita a articulação entre os Enfermeiros Generalistas e os Enfermeiros Especialistas de Reabilitação? • Algum EEER tem investido na área da IU?

<p><u>CARATERIZAÇÃO DA POPULAÇÃO ASSISTIDA</u></p>	<ul style="list-style-type: none"> • Qual o tempo médio de internamento dos utentes? • Quais as características da população que o serviço recebe? (faixa etária, tipo de patologia, níveis de dependência, compromissos sensório-cognitivos, compromissos sensório-motores, condições socioeconómicas) • Relativamente à IU, é uma condição presente? • Qual a incidência de utentes com IU? • Quais as necessidades de cuidados de enfermagem de reabilitação mais frequentes na população assistida?
<p><u>AValiação DOS UTENTES</u></p>	<ul style="list-style-type: none"> • Como realiza a seleção dos utentes alvo de cuidados especializados em reabilitação? • Em que momento, quem e como são identificadas as necessidades de intervenção dos Enfermeiros Especialistas de Reabilitação?
<p><u>PRESTAÇÃO E CONTINUIDADE DE CUIDADOS DE ENFERMAGEM DE REABILITAÇÃO</u></p>	<ul style="list-style-type: none"> • Como procede ao planeamento dos cuidados? • De que forma o utente participa (ou não) nesse planeamento? • O planeamento do programa de reabilitação é realizado em equipa? • Apenas presta cuidados aos utentes do serviço ou dá apoio a outros serviços? • Que instrumentos são utilizados para registo das intervenções dos enfermeiros de reabilitação? • Coordena os cuidados de enfermagem de reabilitação com outros enfermeiros especialistas? Existe uma equipa de reabilitação? • Que limitações ou dificuldades sente como enfermeiro de reabilitação na sua prática e cuidados? • Qual a receptividade do utente aos cuidados do enfermeiro de reabilitação? • Vê impacto de resultados consoante a adesão / envolvimento da pessoa aos cuidados? • Como a família é incluída nos cuidados planeados? • Existem momentos de promoção da saúde no serviço, nomeadamente para a IU?

<p><u>AUTONOMIA,</u> <u>ORGANIZAÇÃO DO</u> <u>TRABALHO E</u> <u>RELAÇÃO</u> <u>INTERDISCIPLINAR</u></p>	<ul style="list-style-type: none"> • Existe articulação nos cuidados com outros profissionais na equipa? (Fisioterapeuta/ Terapeuta ocupacional/ Terapeuta da Fala/ Nutricionista, Médico, Psicólogo) • Como prepara a alta do utente para o regresso ao domicilio? Qual o papel e importância do Enfermeiro de Reabilitação na decisão da alta do utente? • Existe alguma parceria/ articulação de cuidados com a comunidade na preparação e no momento da alta? • Como articula a continuidade de cuidados? • Existe programas de reabilitação que tenham início no internamento e tenham continuidade em ambulatório? (Consulta Externa e Bloco de Exames) • O que considera importante para uma melhor prestação de cuidados de enfermagem de reabilitação?
<p><u>OUTRAS ATIVIDADES</u></p>	<ul style="list-style-type: none"> • Tem algum projeto que gostaria de concretizar? Existe dificuldade em implementar projetos?
<p><u>FIM DA ENTREVISTA</u></p>	<ul style="list-style-type: none"> • Agradecimento pela entrevista

Apêndice VII – Cronogramas

Cronograma do Trabalho de Projeto

Início do Projeto **fev 22, 2016**

Término do Projeto **jul 22, 2016**

Ano	2016							2017								
Mês	Fevereiro	Março	Abril	Maió	Junho	Julho	Ago/Set	Outubro	Novembro	Dezembro	Janeiro	Fevereiro	Março	Abril	Maio	
Projecto	22					22	Pausa Letiva									
Identificação																
Instituições																
CCF																
Scoping Review																
Apresentação Intercalar					1 e 2											
Apresentação Final						5 e 6										
UCC									9 semanas							
Urologia											9 semanas					
Relatório																

CCF - Componente Científica e Formativa

Cronograma do terceiro semestre

Início

set 26, 2016

Término

fev 12, 2017

Ano		2016																		
		ECCI - UCC [REDACTED]								Serviço de Urologia [REDACTED]										
Mês		Setembro		Outubro			Novembro			Dezembro			Janeiro				Fevereiro			
OBJ	S	1ª	2ª	3ª	4ª	5ª	6ª	7ª	8ª	9ª	1ª	2ª	3ª	4ª	5ª	6ª	7ª	8ª	9ª	
1														P a u s a L e t i v a			BE	BE		
2																	BE	BE	BE	BE
3																	BE	BE	BE	BE
4																				
5																	BE	BE	BE	BE
6																	BE	BE	BE	BE
7																	BE	BE	BE	BE
8																	BE	BE	BE	BE
Relatório																				

BE – Bloco de Exames

Apêndice VIII – Planejamento das Atividades

Planeamento das Atividades

Objetivos Gerais:

- Desenvolver competências de EEER no cuidado à pessoa com alterações sensoriomotoras, que condicionem o seu desempenho nas AVD, com destaque na EV;
- Desenvolver competências como EEER no cuidado à pessoa com alterações na EV;

Domínios e Competências	Objetivos Específicos	Atividades a Desenvolver	Recursos	Indicadores e Critérios de Avaliação
<p>A1 – Desenvolve uma prática profissional e ética no seu campo de intervenção;</p> <p>A2 – Promove a prática de cuidados que respeitem os direitos humanos e responsabilidades profissionais;</p> <p>B1 – Desempenha um papel dinamizador no desenvolvimento e suporte das iniciativas estratégicas institucionais na área da governação clínica;</p> <p>B2 – Concebe, gere e colabora em programas de</p>	<p>1. Compreender a filosofia organizacional e de cuidados, bem como, as atividades correntes e a implementar;</p>	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Realizando entrevista com Enfermeira Chefe / Coordenadora; ➤ Descrevendo a estrutura física do serviço e a equipa multidisciplinar; ➤ Consultando manuais, protocolos e instrumentos de registo em uso; ➤ Realizando momentos de partilha de conhecimento com equipa multidisciplinar, nomeadamente, com EEER; ➤ Apresentando-me de forma empática, disponível e interessada para com os alvos de cuidados, influenciando positivamente as relações estabelecidas e/ou a estabelecer (pessoa, família, cuidador informal, comunidade e equipa multidisciplinar); ➤ Participando ativamente nas reuniões de passagem de turno, bem como, da Equipa 	<p><u>Humanos:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Enfermeira Chefe / Coordenadora; ▪ Enfermeiros da Equipa de Enfermagem; ▪ EEER Orientador(a); ▪ Equipa Multidisciplinar; ▪ Professor orientador; <p><u>Materiais:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Guião de Entrevista (ver apêndice); ▪ Documentação do serviço, nomeadamente, dos projetos instituídos; ▪ Bibliografia variada; <p><u>Físicos:</u></p>	<p><u>INDICADORES:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Descreve a filosofia organizacional e de cuidados da ECCI / serviço de Internamento e Bloco de Exames de Urologia; ○ Descreve as atividades exercidas, bem como, as previstas de iniciar; ○ Descreve a estrutura física e elementos da equipa da UCC / do serviço de Internamento e Bloco de Exames de Urologia; ○ Conhece as normas, protocolos, procedimentos, orientações, instruções de trabalho, programas e projetos existentes na UCC / no serviço de Internamento e Bloco de Exames de Urologia;

Domínios e Competências	Objetivos Específicos	Atividades a Desenvolver	Recursos	Indicadores e Critérios de Avaliação
<p>melhoria contínua da qualidade;</p> <p>B3 – Cria e mantém um ambiente seguro;</p> <p>J1 – Cuida de pessoas com necessidades especiais ao longo do ciclo de vida, em todos os contextos da prática de cuidados;</p>		<p>de Enfermagem de Reabilitação de forma dinâmica e adequada;</p> <p>➤ Participando ativamente nas reuniões da equipa de enfermagem de reabilitação e, se possível, multidisciplinar, para avaliação, planeamento e implementação de atividades, decorrentes dos programas em curso no serviço;</p> <p>➤ Observando e colaborando com a equipa de enfermagem de reabilitação na prestação de cuidados às pessoas que participam nos projetos correntes;</p> <p>➤ Realizando pesquisa bibliográfica que sustente as minhas opções, de acordo com o estipulado nos projetos já definidos, tornando a minha prestação mais sólida e eficiente para a situação da pessoa/família;</p>	<ul style="list-style-type: none"> ▪ UCC; ▪ Internamento e Bloco de Exames de Urologia; <p><u>Temporais:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Cronograma (ver apêndice VII). 	<ul style="list-style-type: none"> ○ Estabelece uma relação profissional com a equipa multidisciplinar, tendo em conta a condição de estudante; ○ Estabelece uma relação terapêutica com a pessoa, família e comunidade; ○ Reconhece potencialidades e limites pessoais e profissionais. ○ Participa nos projetos em curso no serviço de Internamento e Bloco de Exames de Urologia, incluindo o seu planeamento e implementação, manifestando saber teórico consistente; ○ Mobiliza para a prática de cuidados os conhecimentos teóricos; ○ Aproveita as oportunidades de aprendizagem; <p><u>CRITÉRIOS DE AVALIAÇÃO:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - De que forma as atividades planeadas contribuíram para a compreensão do funcionamento do serviço; - Reflete nas atividades diárias e como estas possibilitaram o atingir do objetivo.

Domínios e Competências	Objetivos Específicos	Atividades a Desenvolver	Recursos	Indicadores e Critérios de Avaliação
<p>A1 – Desenvolve uma prática profissional e ética no seu campo de intervenção;</p> <p>B1 – Desempenha um papel dinamizador no desenvolvimento e suporte das iniciativas estratégicas institucionais na área da governação clínica;</p> <p>B2 – Concebe, gere e colabora em programas de melhoria contínua da qualidade;</p> <p>C1 – Gere os cuidados, otimizando a resposta da equipa de enfermagem e seus colaboradores e a articulação na equipa multiprofissional;</p> <p>J1 – Cuida de pessoas com necessidades especiais ao</p>	<p>2. Compreender as ações do EEER na equipa multidisciplinar, nomeadamente na ECCI e no serviço de urologia.</p>	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Observando e participando nos cuidados e atividades desenvolvidas pelo(a) EEER orientador(a); ➤ Participando em reuniões com EEER orientador(a); ➤ Identificando o diagnóstico, planeando e implementando cuidados de ER à pessoa, família e/ou cuidador informal e comunidade; ➤ Observando e colaborando nas intervenções e estratégias que a EEER orientador(a) desenvolve na promoção da continuidade dos cuidados, na equipa interdisciplinar, recursos da instituição e da comunidade; ➤ Observando ativamente estratégias de gestão do serviço, nomeadamente, gestão dos recursos humanos, materiais e físicos; ➤ Observando ativamente a metodologia de supervisão da enfermeira chefe / responsável; ➤ Refletindo sobre as práticas observadas e desenvolvidas, partilhando o conhecimento 	<p><u>Humanos:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Professor orientador; ▪ Enfermeira Chefe; ▪ Enfermeiros da ECCI; ▪ EEER Orientador(a); ▪ Equipa Multidisciplinar; <p><u>Materiais:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Documentação do serviço; ▪ Bibliografia variada; ▪ Código deontológico; ▪ Legislação/ Regulamento do Exercício da Profissão de Enfermagem (REPE); <p><u>Físicos:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ UCC; ▪ Serviço de Urologia; ▪ Domicílio dos utentes; ▪ Instituições comunitárias; ▪ Biblioteca; <p><u>Temporais:</u></p>	<p><u>INDICADORES:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Descreve as atividades desenvolvidas pela EEER orientador(a); ○ Descreve as atividades exercidas, bem como, as previstas de iniciar; ○ Observa e colabora ativamente nos cuidados e atividades desenvolvidas na ECCI / no serviço de Urologia; ○ Reflete com o(a) EEER orientador(a) e professor orientador, a impacto das intervenções do EEER, na equipa multidisciplinar; ○ Descreve os princípios, normas e valores inerentes ao exercício da profissão de enfermagem; ○ Baseia a sua tomada de decisão em princípios éticos do exercício da prática profissional; ○ Demonstra conhecimento e respeito pelos Direitos Humanos e pelas Responsabilidades Profissionais; ○ Promove a proteção e aplicabilidade dos direitos da pessoa.

Domínios e Competências	Objetivos Específicos	Atividades a Desenvolver	Recursos	Indicadores e Critérios de Avaliação
<p>longo do ciclo de vida, em todos os contextos da prática de cuidados;</p>		<p>e experiências com o professor orientador e EEER orientador(a);</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ Pesquisando bibliografia de fisiopatologias mais frequentes e cuidados de enfermagem de reabilitação adequados à singularidade das situações envolvidas; ➤ Consultando os Padrões de Qualidade preconizados pela Ordem dos Enfermeiros, refletindo sobre os seus conceitos e sobre a sua importância; ➤ Respeitando as crenças e valores individuais da pessoa, assim como manutenção da sua integridade física e psicológica, reconhecendo a forma como os mesmos influenciam a prática dos cuidados de Enfermagem de Reabilitação; 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Cronograma (ver apêndice VII). 	<ul style="list-style-type: none"> ○ Observa ativamente estratégias de gestão do serviço e metodologia de supervisão; <p><u>CRITÉRIOS DE AVALIAÇÃO:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - De que forma as atividades planeadas contribuíram para compreender as ações do EEER na equipa multidisciplinar; - Reflete nas atividades diárias e como estas possibilitaram o atingir do objetivo.
<p>D – Domínio do desenvolvimento das aprendizagens profissionais; D2 – Baseia a sua praxis clínica especializada em sólidos e válidos padrões do conhecimento;</p>	<p>3. Aprofundar conhecimentos técnico-científicos de ER na prestação de cuidados especializados à pessoa com alteração na EV,</p>	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Identificando necessidades formativas pessoais e as possíveis da ECCI / equipa de enfermagem do serviço de urologia, tendo em conta a minha condição de estudante; ➤ Revisando conhecimentos ao longo do ensino clínico através da consulta das temáticas abordadas em sala de aula; 	<p><u>Humanos:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Professor orientador; ▪ Enfermeira Chefe; ▪ Enfermeiros da ECCI; ▪ Equipa de Enfermagem do serviço de Urologia; ▪ EEER Orientador(a); ▪ Equipa Multidisciplinar; 	<p><u>INDICADORES:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Identifica necessidades formativas pessoais e da Equipa de Enfermagem de Reabilitação, de forma adequada; ○ Mobiliza para a prática de cuidados os conhecimentos teóricos; ○ Aproveita as oportunidades de aprendizagem;

Domínios e Competências	Objetivos Específicos	Atividades a Desenvolver	Recursos	Indicadores e Critérios de Avaliação
<p>D2.1 – Responsabiliza-se por ser facilitador da aprendizagem, em contexto de trabalho, na área da especialidade;</p> <p>D2.2 – Suporta a prática clínica na investigação e no conhecimento, na área da especialidade;</p> <p>D2.3 – Provê liderança e implementação de políticas, padrões e procedimentos para a prática especializada no ambiente de trabalho;</p> <p>J1 – Cuida de pessoas com necessidades especiais ao longo do ciclo de vida, em todos os contextos da prática de cuidados;</p> <p>J2 – Capacita a pessoa com deficiência, limitação da atividade e/ou restrição da participação para a</p>	<p>sensoriomotora, respiratória e da sexualidade, nomeadamente na patologia cerebrovascular e/ou condição de imobilidade;</p>	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Realizando pesquisa bibliográfica de acordo com as necessidades formativas identificadas; ➤ Esclarecendo dúvidas com o(a) EEER orientador(a) e professor orientador, sempre que seja necessário; ➤ Avaliando necessidades de cuidados de enfermagem de reabilitação à pessoa, passíveis de serem prestados, através da aplicação de instrumentos de avaliação – MIF, Índice de Barthel, Escala de Lower, Escala de Ashworth; ➤ Definindo prioridades tendo em conta as necessidades reais da pessoa; ➤ Observando e prestando cuidados de enfermagem de reabilitação de acordo com o plano de intervenção elaborado pela equipa multidisciplinar; ➤ Refletindo sobre os episódios da prática de diferente complexidade que promova o desenvolvimento pessoal e profissional; ➤ Participando em momentos formativos que possam ser pertinentes, tendo em conta o projeto desenvolvido. 	<p><u>Materiais:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Documentação do Serviço; ▪ Bibliografia variada; ▪ Documentação das sessões letivas; ▪ Instrumentos de avaliação - MIF, Índice de Barthel, Escala de Lower, Escala de Ashworth; <p><u>Físicos:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ UCC; ▪ Serviço de Urologia ▪ Domicílio dos utentes; <p><u>Temporais:</u></p> <p>Cronograma (ver apêndice VII).</p>	<ul style="list-style-type: none"> ○ Aplica instrumentos de avaliação - MIF, Índice de Barthel, Escala de Lower, Escala de Ashworth, de forma a avaliar as necessidades reais da pessoa, visando cuidados de enfermagem de reabilitação eficientes, tendo em conta singularidade e as prioridades da pessoa, respeitando os princípios científicos; ○ Participa em, pelo menos, um momento formativo, se surgir oportunidade; <p><u>CRITÉRIOS DE AVALIAÇÃO:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - De que forma as atividades planeadas contribuíram para aprofundar conhecimentos e adquirir competências no âmbito da enfermagem de reabilitação à pessoa com alteração na EV, sensoriomotora, respiratória e da sexualidade; - Reflete nas atividades diárias e como estas possibilitaram o atingir do objetivo.

Domínios e Competências	Objetivos Específicos	Atividades a Desenvolver	Recursos	Indicadores e Critérios de Avaliação
reinserção e exercício da cidadania; J3 – Maximiza a funcionalidade desenvolvendo as capacidades da pessoa;				
B1 – Desempenha um papel dinamizador no desenvolvimento e suporte das iniciativas estratégicas institucionais na área da governação clínica; B2 – Concebe, gere e colabora em programas de melhoria contínua da qualidade;	4. Desenvolver competências de gestão de casos dos utentes da ECCI, nomeadamente, nos atribuídos à EEER orientador(a);	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Participando ativamente nas reuniões da ECCI para avaliação da pessoa e sua situação global, e planeamento dos cuidados de enfermagem de reabilitação; ➤ Realizando pesquisa bibliográfica que sustente as minhas opções tornando-as mais sólidas e eficientes para a situação da pessoa/família; 	<u>Materiais:</u> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Documentação da Unidade; ▪ Bibliografia variada; <u>Físicos:</u> <ul style="list-style-type: none"> ▪ UCC; <u>Temporais:</u> Cronograma (ver apêndice VII).	<u>INDICADORES:</u> <ul style="list-style-type: none"> ○ Participa ativamente nas reuniões da ECCI, de forma adequada e pertinente; ○ Colabora no planeamento dos cuidados de reabilitação manifestando saber teórico adequado; ○ Mobiliza para a prática de cuidados os conhecimentos teóricos; ○ Aproveita as oportunidades de aprendizagem; <u>CRITÉRIOS DE AVALIAÇÃO:</u> <ul style="list-style-type: none"> - De que forma as atividades planeadas contribuíram para desenvolver competências de gestor de casos em Enfermagem de Reabilitação;

Domínios e Competências	Objetivos Específicos	Atividades a Desenvolver	Recursos	Indicadores e Critérios de Avaliação
				<ul style="list-style-type: none"> - Reflete nas atividades diárias e como estas possibilitaram o atingir do objetivo.
<p>A – Domínio da responsabilidade ética e legal;</p> <p>A1 – Desenvolve uma prática profissional e ética no seu campo de intervenção;</p> <p>A1.2 – Suporta a decisão em princípios, valores e normas deontológicas;</p> <p>A2 – Promove a prática de cuidados que respeitem os direitos humanos e responsabilidades profissionais;</p> <p>B – Domínio da melhoria da qualidade;</p> <p>B3 – Cria e mantém um ambiente terapêutico e seguro;</p>	<p>5. Compreender e refletir as intervenções do EEER na readaptação e/ou reabilitação da pessoa com alteração na EV, sensoriomotora, respiratória e da sexualidade, que condiciona as AVD, com destaque na EV, envolvendo a família/cuidador informal;</p>	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Realizando a avaliação inicial de enfermagem, procurando fontes de informação pertinentes para uma colheita de dados fiável, nomeadamente, processo clínico, exames complementares de diagnóstico, a própria pessoa e família; ➤ Identificando as necessidades reais da pessoa e família, priorizando o que para elas faz sentido, destacando a gestão da incontinência e/ou manipulação de drenagem vesical, visando a realização das AVD; ➤ Observando e colaborando na prestação de cuidados de enfermagem de reabilitação à pessoa com alteração na EV, sensoriomotora, respiratória e da sexualidade, nomeadamente na realização das AVD, dando destaque à EV; ➤ Avaliando a capacidade funcional, potencial de reabilitação, força muscular e espasticidade da pessoa, visando a 	<p><u>Humanos:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Professor orientador ▪ EEER Orientador(a); ▪ Pessoa e Família; <p><u>Materiais:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Processo Clínico; ▪ Instrumentos de avaliação da capacidade funcional – MIF e Índice de Barthel; ▪ Pesquisa Bibliográfica; ▪ Equipamento e produtos de apoio necessários à prestação de cuidados; <p><u>Físicos:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ UCC; ▪ Domicílio dos utentes <p><u>Temporais:</u></p> <p>Cronograma (ver apêndice VII).</p>	<p><u>INDICADORES:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Caracteriza a situação da pessoa e família que padece de alteração na EV, sensoriomotora, respiratória e da sexualidade, que apresenta dificuldade na realização das AVD; ○ Identifica fatores que influenciem o processo de reabilitação da pessoa; ○ Aplica instrumento de avaliação da capacidade funcional, força muscular e espasticidade – MIF, Índice de Barthel, Escala de Lower e Escala de Ashworth, identificando as intervenções adequadas a implementar; ○ Realiza colheita de dados adequada à avaliação da função respiratória; ○ Desenvolve atividades com intuito de promover a realização das AVD por parte da pessoa e família; ○ Otimiza os recursos disponíveis;

Domínios e Competências	Objetivos Específicos	Atividades a Desenvolver	Recursos	Indicadores e Critérios de Avaliação
<p>B3.1 – Promove um ambiente físico, psicossocial, cultural e espiritual gerador de segurança e proteção dos indivíduos/grupos;</p> <p>C – Domínio da gestão de cuidados;</p> <p>C1 – Gere os cuidados, otimizando a resposta da equipa de enfermagem e seus colaboradores e a articulação na equipa multiprofissional;</p> <p>C1.1 – Otimiza o processo de cuidados ao nível da tomada de decisão;</p> <p>D – Domínio do desenvolvimento das aprendizagens profissionais;</p> <p>D1 – Desenvolve o autoconhecimento e a assertividade;</p> <p>D2 – Baseia a sua praxis clínica especializada em</p>		<p>adaptação das intervenções às necessidades da pessoa – MIF e Índice de Barthel, Escala de Lower, Escala de Ashworth;</p> <p>➤ Avaliando a função respiratória, tendo em conta os dados disponíveis para o efeito, visando a implementação de reeducação funcional respiratória eficaz;</p> <p>➤ Avaliando o contexto habitacional da pessoa e família, visando a diminuição / abolimento de riscos decorrentes de barreiras arquitetónicas;</p> <p>➤ Elaborando planos de cuidados de enfermagem de reabilitação singulares à pessoa com alteração na EV, sensoriomotora, respiratória e da sexualidade;</p> <p>➤ Planeando diário das atividades, tendo em conta os objetivos definidos no plano de cuidados acordado com a EEER orientador(a);</p> <p>➤ Negociando alterações na arquitetura habitacional, quer a nível imobiliário como mobiliário, maximizando a funcionalidade,</p>		<ul style="list-style-type: none"> ○ Realiza diariamente um plano de atividades em conjunto com a EEER orientador(a); ○ Descreve as intervenções realizadas utilizando fundamentação teórica; ○ Presta cuidados de enfermagem de reabilitação, nomeadamente, treino motor, estimulação sensorial, reeducação funcional respiratória, gestão da incontinência urinária e/ou manipulação de dispositivo urinário, que visem a máxima independência funcional da pessoa; ○ Efetua registos das intervenções realizadas com rigor técnico-científico e linguístico; ○ Envolve a pessoa e família nos cuidados de reabilitação para a realização das AVD, dando destaque à EV, com intuito da sua capacitação futura; ○ Mobiliza conhecimentos teóricos na prestação de cuidados de enfermagem de reabilitação à pessoa com alteração

Domínios e Competências	Objetivos Específicos	Atividades a Desenvolver	Recursos	Indicadores e Critérios de Avaliação
<p>sólidos e válidos padrões do conhecimento;</p> <p>J1 – Cuida de pessoas com necessidades especiais ao longo do ciclo de vida, em todos os contextos da prática de cuidados;</p> <p>J1.1 – Avalia a funcionalidade e diagnostica alterações que determinam limitações da atividade e incapacidades;</p> <p>J1.2 – Concebe planos de intervenção com o propósito de promover capacidades adaptativas com vista ao autocontrolo e autocuidado nos processos de transição saúde/doença e/ou incapacidade;</p> <p>J1.3 – Implementa as intervenções planeadas com o objetivo de otimizar e/ou reeducar as funções aos</p>		<p>independência da pessoa, envolvendo a família neste processo de mudança;</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ Prestando cuidados de enfermagem de reabilitação à pessoa com dificuldade na realização das AVD, envolvendo treino motor, estimulação sensorial, reeducação funcional respiratória, gestão da incontinência urinária e/ou manipulação de dispositivo urinário, tendo em conta as necessidades reais identificadas da pessoa; ➤ Capacitando a pessoa para aplicar estratégias e técnicas que facilitem a realização das AVD, com destaque na EV, visando a máxima independência funcional possível; ➤ Otimizando recursos disponíveis; ➤ Descrevendo as intervenções realizadas, de acordo com a fundamentação teórica; ➤ Registando as atividades elaboradas e executadas, e resultado obtidos; ➤ Fundamentando os cuidados prestados, através dos registos das intervenções implementadas e a evolução avaliada; 		<p>sensoriomotora decorrente de patologia cerebrovascular e condição de imobilidade, fundamentando os cuidados através do registo das estratégias implementadas;</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Reflete acerca dos momentos de aprendizagem, experiências, intervenções desenvolvidas e fatores facilitadores e inibidores ao longo de todo o percurso, com EEER orientador(a) e professor orientador; ○ Realiza um estudo de caso sobre as intervenções do EEER na pessoa com dificuldade na realização das AVD decorrente de alteração sensoriomotora, com destaque na EV, com base na teoria do défice de autocuidado de Orem; <p><u>CRITÉRIOS DE AVALIAÇÃO:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - De que forma as atividades planeadas contribuíram para compreender as intervenções de EEER na readaptação e/ou reabilitação da pessoa com

Domínios e Competências	Objetivos Específicos	Atividades a Desenvolver	Recursos	Indicadores e Critérios de Avaliação
<p>níveis motor, sensorial, cognitivo, cardiorrespiratório, da alimentação, da eliminação e da sexualidade;</p> <p>J1.4 – Avalia os resultados das intervenções implementadas;</p> <p>J2 – Capacita a pessoa com deficiência, limitação da atividade e/ou restrição da participação para a reinserção e exercício da cidadania;</p> <p>J3 – Maximiza a funcionalidade desenvolvendo as capacidades da pessoa;</p> <p>J3.1 – Concebe e implementa programas de treino motor;</p> <p>J3.2 – Avalia e reformula programas de treino motor em função dos resultados esperados;</p>		<ul style="list-style-type: none"> ➤ Assimilando os dados de investigação disponíveis na prática de cuidados; ➤ Mobilizando e aplicando na prática os conhecimentos teóricos adquiridos, evidenciando as competências desenvolvidas; ➤ Promovendo momentos de discussão e reflexão acerca dos momentos de aprendizagem, experiências, intervenções desenvolvidas e fatores facilitadores e inibidores ao longo de todo o percurso, com EEER orientador(a) e professor orientador; ➤ Realizando um estudo de caso sobre as intervenções do EEER na pessoa com dificuldade na realização das AVD decorrente de alteração sensoriomotora, com destaque na EV, com base na teoria do défice de autocuidado de Orem; ➤ Refletindo com o(a) EEER orientador(a) sobre o objetivo das intervenções de ER na pessoa com alteração sensoriomotora, na realização das AVD, dando destaque à EV; 		<p>alteração na EV, sensoriomotora, respiratória e da sexualidade, que condiciona as AVD, com destaque na EV;</p> <p>– Reflete nas atividades diárias e como estas possibilitaram o atingir do objetivo.</p>

Domínios e Competências	Objetivos Específicos	Atividades a Desenvolver	Recursos	Indicadores e Critérios de Avaliação
<p>A1 – Desenvolve uma prática profissional e ética no seu campo de intervenção;</p> <p>A2 – Promove a prática de cuidados que respeitem os direitos humanos e responsabilidades profissionais;</p> <p>B3 – Cria e mantém um ambiente terapêutico e seguro;</p> <p>B3.1 – Promove um ambiente físico, psicossocial, cultural e espiritual gerador de segurança e proteção dos indivíduos/grupos;</p> <p>C – Domínio da gestão de cuidados;</p> <p>C1 – Gere os cuidados, otimizando a resposta da equipa de enfermagem e seus colaboradores e a</p>	<p>6. Desenvolver competências de cuidados de enfermagem de reabilitação à pessoa em contexto de internamento cirúrgico com patologia urológica, destacando a EV;</p>	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Realizando a avaliação inicial de enfermagem, procurando fontes de informação pertinentes para uma colheita de dados fiável, nomeadamente, processo clínico, exames complementares de diagnóstico, a própria pessoa e família; ➤ Identificando as necessidades reais da pessoa e família, priorizando o que para elas faz sentido, focando a alteração da EV; ➤ Elaborando planos de cuidados de reabilitação, com vista à diminuição do risco pós-operatório ao nível motor e respiratório; ➤ Prestando cuidados de enfermagem de reabilitação à pessoa submetida a cirurgia urológica, com destaque à EV, envolvendo ensino e instrução na manipulação de drenagens vesicais, maximizando a funcionalidade, preparando a alta para a comunidade, incluindo a família/cuidador no processo de reabilitação; ➤ Avaliando a capacidade funcional, aplicando instrumentos de avaliação da capacidade funcional e força muscular – MIF, Índice de Barthel e Escala de Lower – 	<p><u>Humanos:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Professor orientador; ▪ Enfermeira Chefe; ▪ EEER Orientadora; ▪ Equipa Multidisciplinar; <p><u>Materiais:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Processo clínico; ▪ Documentação do serviço; ▪ Bibliografia variada; ▪ Instrumentos de avaliação implementados no serviço; <p><u>Físicos:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Serviço de Internamento e Bloco de Exames de Urologia; <p><u>Temporais:</u></p> <p>Cronograma (ver apêndice VII).</p>	<p><u>INDICADORES:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Caracteriza a situação da pessoa e família que padece de alteração na EV; ○ Identifica fatores que influenciem o processo de reabilitação da pessoa, nomeadamente, a nível da função motora e respiratória; ○ Aplica instrumento de avaliação da capacidade funcional e força muscular – MIF, Índice de Barthel e Escala de Lower; <p><u>CRITÉRIOS DE AVALIAÇÃO:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - De que forma as atividades planeadas contribuíram para prestar cuidados de enfermagem de reabilitação à pessoa em contexto de internamento cirúrgico com patologia urológica, destacando a EV; - Reflete nas atividades diárias e como estas possibilitaram o atingir do objetivo.

Domínios e Competências	Objetivos Específicos	Atividades a Desenvolver	Recursos	Indicadores e Critérios de Avaliação
<p>articulação na equipa multiprofissional;</p> <p>D2 – Baseia a sua práxis clínica especializada em sólidos e válidos padrões de conhecimento</p> <p>J1 – Cuida de pessoas com necessidades especiais ao longo do ciclo de vida, em todos os contextos da prática de cuidados;</p>		<p>de forma a obter uma apreciação que possibilite adaptar intervenções às necessidades da pessoa e família/cuidador, nomeadamente, mobilizações que diminuam os efeitos da imobilidade e potencie a recuperação da pessoa;</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ Avaliando a função respiratória, de forma a intervir eficientemente no período pré-operatório com técnicas de reeducação funcional respiratória, prevenindo complicações pós-cirúrgicas; ➤ Monitorizando e avaliando as intervenções implementadas; ➤ Reformulando as intervenções planeadas sempre que assim se justifique; ➤ Realizando registos das intervenções de enfermagem de reabilitação prestadas; ➤ Refletindo com a EEER orientadora sobre o objetivo das intervenções de ER na pessoa submetida a cirurgia urológica, com destaque à EV; 		
<p>A1 – Desenvolve uma prática profissional e ética no seu campo de intervenção;</p>	<p>7. Aprofundar competências na prestação de</p>	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Realizando o acolhimento da pessoa na sala de exame destinado, procurando a validação e confirmação da informação 	<p><u>Humanos:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Professor orientador; ▪ Enfermeira Chefe; 	<p><u>INDICADORES:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Caracteriza a situação da pessoa e família que padece de alteração na EV;

Domínios e Competências	Objetivos Específicos	Atividades a Desenvolver	Recursos	Indicadores e Critérios de Avaliação
<p>A2 – Promove a prática de cuidados que respeitem os direitos humanos e responsabilidades profissionais;</p> <p>B3 – Cria e mantém um ambiente terapêutico e seguro;</p> <p>C – Domínio da gestão de cuidados;</p> <p>C1 – Gere os cuidados, otimizando a resposta da equipa de enfermagem e seus colaboradores e a articulação na equipa multiprofissional;</p> <p>D2 – Baseia a sua práxis clínica especializada em sólidos e válidos padrões de conhecimento</p>	<p>cuidados de Enfermagem de Reabilitação à pessoa submetida a exames urológicos complementares de diagnóstico e em processo de tratamento urológico, nomeadamente oncológico e condição de IU;</p>	<p>dada anteriormente, nomeadamente, cuidados prévios e posteriores ao exame, visando a prevenção de complicações e a adaptação ao quotidiano imediato;</p> <p>➤ Elaborando planos de cuidados de reabilitação, com vista ao aumento da funcionalidade e autonomia da pessoa, que padeça de alteração na EV, nomeadamente incontinência urinária;</p> <p>➤ Antecipando, através de ensinamentos, instrução e supervisão, complicações decorrentes da terapêutica instilada intravesicalmente, nomeadamente cuidados de higiene, sinais de alerta e sexualidade;</p> <p>➤ Colaborando nos exames complementares de diagnóstico, nomeadamente, uretrocistoscopias, biopsia prostática transrectal ecodirigida, estudo urodinâmico, realizando ensinamentos, instrução, validação e supervisão das estratégias e técnicas envolvidas na prevenção de complicações e a adaptação ao quotidiano imediato;</p> <p>➤ Capacitando a pessoa e família/cuidador informal através de ensinamentos, instrução e</p>	<p>▪ EEER Orientadora;</p> <p>▪ Equipa Multidisciplinar;</p> <p><u>Materiais:</u></p> <p>▪ Processo clínico;</p> <p>▪ Documentação do serviço;</p> <p>▪ Bibliografia variada;</p> <p>▪ Instrumentos de avaliação implementados no serviço;</p> <p><u>Físicos:</u></p> <p>▪ Bloco de Exames de Urologia;</p> <p><u>Temporais:</u></p> <p>Cronograma (ver apêndice VII).</p>	<p>○ Identifica fatores que influenciam o processo de reabilitação da pessoa, nomeadamente, a nível da funcionalidade e qualidade de vida – escala EORTC QLQ-C30;</p> <p>○ Antecipa, através de ensinamentos, instrução e supervisão, complicações decorrentes da terapêutica instilada intravesicalmente, nomeadamente cuidados de higiene, sinais de alerta e sexualidade;</p> <p>○ Previne complicação decorrentes dos exames urológicos complementares ao diagnóstico;</p> <p>○ Capacita a pessoa e família/cuidador informal empregando ensinamentos, instrução e treino de técnicas de esvaziamento vesical, como a cateterização intermitente ou auto-esvaziamento, que minimize o impacto da condição de IU</p> <p><u>CRITÉRIOS DE AVALIAÇÃO:</u></p> <p>○ De que forma as atividades planeadas contribuíram para aprofundar</p>

Domínios e Competências	Objetivos Específicos	Atividades a Desenvolver	Recursos	Indicadores e Critérios de Avaliação
<p>J2 – Capacita a pessoa com deficiência, limitação da atividade e/ou restrição da participação para a reinserção e exercício da cidadania;</p> <p>J3 – Maximiza a funcionalidade desenvolvendo as capacidades da pessoa;</p>		<p>treino de técnicas de esvaziamento vesical, como a cateterização intermitente ou auto-esvaziamento, minimizando o impacto da condição de IU;</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ Identificando fatores que influenciem o processo de reabilitação da pessoa, nomeadamente, a nível da funcionalidade e qualidade de vida – escala EORTC QLQ-C30; ➤ Monitorizando e avaliando as intervenções implementadas; ➤ Reformulando as intervenções planeadas sempre que assim se justifique; ➤ Realizando registos das intervenções de enfermagem de reabilitação; ➤ Refletindo com a EEER orientadora sobre o objetivo das intervenções de ER na pessoa com IU; 		<p>competências na prestação de cuidados de enfermagem de reabilitação à pessoa submetida a exames urológicos complementares de diagnóstico e/ou em tratamento de doença urológica em contexto ambulatorio;</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Reflete nas atividades diárias e como estas possibilitaram o atingir do objetivo.
<p>J2 – Capacita a pessoa com deficiência, limitação da atividade e/ou restrição da participação para a reinserção e exercício da cidadania;</p>	<p>8. Conhecer ganhos em saúde na pessoa com alteração na EV, sensoriomotora, respiratória e da sexualidade, tendo em</p>	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Reavaliando a capacidade funcional, força muscular e espasticidade da pessoa com alteração sensoriomotora, aplicando instrumentos de avaliação – MIF e Índice de Barthel, Escala de Lower, Escala de Ashworth; 	<p><u>Humanos:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Professor orientador ▪ EEER Orientador(a); ▪ Pessoa e Família; <p><u>Materiais:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Processo Clínico; 	<p><u>INDICADORES:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Avalia a capacidade funcional da pessoa para a realização das AVD através de instrumentos de avaliação – MIF e Índice de Barthel, Escala de

Domínios e Competências	Objetivos Específicos	Atividades a Desenvolver	Recursos	Indicadores e Critérios de Avaliação
<p>J3 – Maximiza a funcionalidade desenvolvendo as capacidades da pessoa;</p>	<p>conta as intervenções do EEER;</p>	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Redefinindo os objetivos e plano de cuidados de enfermagem de reabilitação em conjunto com a pessoa e família, de forma a que sejam o mais realistas possíveis; ➤ Avaliando as aprendizagens da pessoa na aquisição de estratégias e habilidades que promovam a sua independência nas AVD; ➤ Identificando os aspetos relevantes para a pessoa e família após a intervenção do EEER; 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Instrumentos de avaliação da capacidade funcional – MIF, Índice de Barthel; ▪ Pesquisa Bibliográfica <p><u>Físicos:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ UCC; ▪ Serviço de Urologia ▪ Domicílio dos utentes <p><u>Temporais:</u></p> <p>Cronograma (ver apêndice VII).</p>	<p>Lower, Escala de Ashworth, após as intervenções do EEER;</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Avaliação da força muscular e espasticidade aplicando instrumento de avaliação – Escala de Lower e Escala de Ashworth; ○ Otimiza os recursos disponíveis; ○ Realiza diariamente um plano de atividades em conjunto com a EEER orientador(a); ○ Descreve as intervenções realizadas utilizando fundamentação teórica; ○ Participa nas atividades de reabilitação motora, estimulação sensorial e treino de AVD, que visem a máxima independência da pessoa; ○ Efetua registos das intervenções realizadas com rigor técnico-científico e linguístico; ○ Envolve a pessoa e família nos cuidados de ER para a realização das AVD, dando destaque à EV, com intuito da sua capacitação futura; <p><u>CRITÉRIOS DE AVALIAÇÃO:</u></p>

Domínios e Competências	Objetivos Específicos	Atividades a Desenvolver	Recursos	Indicadores e Critérios de Avaliação
				<ul style="list-style-type: none">- De que forma as atividades planejadas contribuíram para apreciar ganhos em saúde na pessoa com alteração na EV, sensoriomotora, respiratória e da sexualidade, tendo em conta as intervenções do EEER;- Reflete nas atividades diárias e como estas possibilitaram o atingir do objetivo.

Apêndice II – Folhetos elaborados em estágio

MEMBROS INFERIORES

Pés	<ul style="list-style-type: none">• Flexão/Extensão (Abrir/Fechar dedos)• Abdução/Adução (Afastar/Junta dedos)• Rotação dedos
Tornozelo	<ul style="list-style-type: none">• Dorsiflexão/Flexão Plantar (Puxa/Empurra pé)• Inversão/Eversão (pé dentro/pé fora)
Joelho	<ul style="list-style-type: none">• Flexão/Extensão
Coxa	<ul style="list-style-type: none">• Flexão/Extensão (cima/baixo)• Abdução/Adução (Afasta/Junta)• Rotação Interna/Externa



MOVIMENTOS COMBINADOS

Mãos e Braços	<ul style="list-style-type: none">• Elevação dos braços• Elevação dos braços com bastão• Pentear
Sentado	<ul style="list-style-type: none">• Elevação do joelho (um de cada vez)• Extensão/Flexão do joelho• Afastar/Juntar os pés
Em pé com apoio de uma cadeira	<ul style="list-style-type: none">• Flexão/Extensão do Joelho• Rotação da coxa• Afastar/Juntar os pés• Agachamentos
Deitado	<ul style="list-style-type: none">• Flexão dos joelho e elevar o rabo—fazer a ponte



ELABORADO POR:
ENF.º JOEL MENDES CASEIRO
7.º CME REABILITAÇÃO
2016

ECCI

**VAMOS GANHAR
FORÇA?**

**MOBILIZAÇÕES NO
DOMÍLIO**



PRINCÍPIOS BÁSICOS

Exercícios de fortalecimento muscular são fundamentais para a saúde cardiovascular, respiratória, óssea, função imunitária, equilíbrio, coordenação e desempenho das atividades da vida diária, levando à máxima independência e a uma melhor qualidade de vida.

Tipos de Mobilização:

- **Mobilização Passiva**—Realizada pelo cuidador, quando o utente não pode realizar o movimento ou porque ainda não tem força suficiente para mobilizar sozinho, independentemente da sua doença. Previne a rigidez muscular e articular.
- **Mobilização Ativa**— Realizada pelo próprio utente. Nestes exercícios o cuidador têm um papel muito importante na supervisão, inculir confiança e motivação para a execução correta dos exercícios. Promove a funcionalidade e maximiza a independência.

- **Mobilização Ativa-assistida**— Quando a força do utente é insuficiente para realizar todo o movimento, o cuidador auxilia-o, inculindo confiança e motivação. Promove a amplitude articular.

Os exercícios devem ser repetidos cerca de 10 vezes, tendo em conta a capacidade, motivação e cansaço do utente.

Durante as mobilizações, o utente deve inspirar e expirar, de modo a melhorar a respiração e diminuir o cansaço e a falta de ar.

Segurança do Utente:

- O utente deve ser acompanhado durante os exercícios, diminuindo o risco de quedas / acidentes;
- As dúvidas do utente e cuidador devem ser colocadas ao enfermeiro de reabilitação, para diminuir o risco de lesão;
- Durante os exercícios, o ambiente deve estar calmo, de modo a estimular a concentração do utente na execução dos exercícios;

MEMBROS SUPERIORES

Mãos	<ul style="list-style-type: none">• Flexão/Extensão (Abrir/Fechar dedos)• Abdução/Adução (Afastar/Junta dedos)• Rotação dedos
Punho	<ul style="list-style-type: none">• Flexão/Extensão (Movimento "Basquete")• Abdução/Adução (Movimento "ADEUS")
Antebraço	<ul style="list-style-type: none">• Rotação interna (Movimento de comer sopa)
Cotovelo	<ul style="list-style-type: none">• Flexão / Extensão
Ombro	<ul style="list-style-type: none">• Flexão/Extensão• Elevação• Abdução/Adução (Abrir/Fechar os braços)• Rotação



Treino de Hábitos

- Não fique muito tempo sem urinar. Mesmo sem vontade, obrigue-se a ir ao WC de 3 em 3 horas, ou mesmo em períodos mais curtos numa fase inicial. A ideia é evitar a perda de urina.
- Evite a ingestão excessiva de cafeína, álcool, citrinos e de líquidos após as 18h, de modo a diminuir os episódios de urgência urinária;
- Tenha noção de que existem muitas frutas ricas em água como a melancia.
- Regularize o seu trânsito intestinal;



Estilo de vida saudável

- Ter excesso de peso, irá sobrecarregar os músculos do pavimento pélvico, aumentando as perdas de urina. Perca Peso!
- Fumar, para além de todos os malefícios, é prejudicial para a sua bexiga, podendo alterar a forma como esta funciona;
- Proteja-se do frio e evite as constipações. A tosse e espirros podem provocar perdas.

████████████████████
████████████████████
Serviço de Urologia

Enf.^a Chefe ██████████

Enf.^a EEReab ██████████

Enf.^a EEReab ██████████

Estudante EEEReab Joel Caseiro (ESEL)



Controle a sua Perda

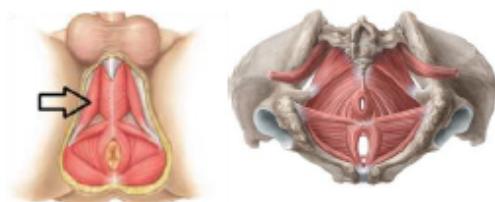
Não se deixe controlar pela incontinência urinária



Exercitar os músculos do pavimento pélvico

Os músculos do pavimento pélvico suportam a bexiga e o intestino (e o útero, no caso das mulheres), pelo que torná-los fortes irá ajudar a controlar a incontinência urinária, bem como o prolapso dos órgãos vaginais (na mulher).

Pode fazer exercícios pélvicos de forma discreta, praticamente em qualquer altura, quer esteja a conduzir, à secretária ou a relaxar no sofá. No entanto, requerem prática. O primeiro passo para a sua realização é identificar os músculos de forma correta.



Como localizar os músculos

1. Sente-se com as costas direitas e pernas afastadas. Relaxe as nádegas;
2. Aperte o esfíncter anal (ânus) como se tentasse impedir a saída de gases;
3. No caso das mulheres, deverá sentir a vagina como se subisse e descesse;
4. No caso dos homens, quando contrair esses músculos, repare que o pénis retrai e o escroto levanta.

- Não pare de respirar quando contrair os músculos. Inspire profundamente e quando expirar contraia e deixe contraído durante a respiração;
- Pode experimentar interromper o fluxo urinário a meio, são esses músculos que deve exercitar. Mas não o faça muitas vezes, pois é prejudicial para os rins.

Programa de treino

Existem dois tipos de exercícios: contrações prolongadas e contrações rápidas.

Contrações Prolongadas

Contraia e conte até 5. Depois relaxe mais 5 segundos. Repita 5x; faça este exercício pelo menos 3x ao dia.

Contrações Rápidas

Contraia os músculos o máximo e o mais rapidamente possível e liberte imediatamente.

- Trabalhe os músculos até estarem cansados. É mais eficaz do que trabalhá-los pouco e muitas vezes.
- Comece por praticar os exercícios em posição sentada e, depois de dominar a técnica, passe a fazê-los de pé;

Urgência Urinária

De modo a controlar a urgência urinária, poderá ter de manter a contração até 20 seg.

Logo que sinta uma vontade intensa de urinar, pare e inspire profundamente algumas vezes. Contraia (aperte) os músculos do pavimento pélvico o máximo que puder e continue a apertá-los até a sensação de urgência começar a desaparecer.

Quando apertar na Urgência Urinária?

- Contraia suavemente os músculos enquanto se dirige à casa de banho;
- Aperte com força outra vez quando se estiver a despir.



7º Curso de Mestrado em Enfermagem de Reabilitação

Jornal de Aprendizagem

Família / Cuidador Informal

Docentes Orientadores:

Prof.ª Dr.ª Vanda Marques Pinto

Prof.º Ricardo Braga

Discente:

Joel Mendes Caseiro

Outubro 2016

INTRODUÇÃO

Este Jornal de Aprendizagem foi realizado no âmbito ensino clínico realizado na Equipa de Cuidados Continuados Integrados, em que se pretende que eu, como estudante de especialidade em enfermagem de reabilitação possua a capacidade de descrição, análise e avaliação de determinadas situações vividas em contexto clínico, para que a sua ação futura seja mais organizada, fundamentada e eficiente.

Como tal, a prática reflexiva constitui-se “como um importante meio de capacitação dos estudantes e profissionais de Enfermagem na aquisição de um profundo conhecimento dos saberes e das suas práticas” (Santos & Fernandes, 2004). Este documento apresenta-se como uma prova de crescimento, de integração e de autoconhecimento, sendo uma oportunidade para consolidar conhecimentos adquiridos, procurando inovação na prática.

Procurarei focar-me no ciclo reflexivo de Gibbs (1988) cujas etapas são:

- 1- Descrição;
- 2- Sentimentos;
- 3- Avaliação;
- 4- Análise;
- 5- Conclusão;
- 6- Planear a ação.

A situação a ser descrita e refletida decorre de uma visita domiciliária com a ECCL, em que observo pela primeira vez uma técnica mecânica de limpeza das vias respiratórias – *Cough Assist*.

1. DESCRIÇÃO

A situação que vou relatar ocorreu no turno da manhã do dia 7 de Outubro de 2016, na visita domiciliária ao Sr. L. R. com diagnóstico de Esclerose Múltipla.

O Sr. L. R. apresenta uma postura rígida e anquilosante, principalmente nos membros superiores. Atualmente, os objetivos da Equipa de Cuidados Continuados Integrados (ECCI) neste cliente são de evitar a progressão da doença, nomeadamente, rigidez articular, feridas por pressão, permeabilidade das vias respiratórias e capacidade respiratória eficiente para as necessidades do cliente.

A casa do cliente é bastante adequada e funcional. Tem uma cama articulada com colchão de pressão alternada. Quarto espaçoso. Tem 2 cuidadoras informais fixas que dividem o seu horário diurno. No período da noite é a esposa que cuida do cliente, sendo autónoma nos cuidados. Tem um animal de estimação por quem nutre carinho e gosta da sua companhia. Sempre que possível, promovemos o contacto com o animal para estimulação sensorial.

Dada a imobilidade do cliente, a respiração apresenta-se ruidosa. À auscultação apresenta roncos ao nível costal bilateral. Realizamos manobras de limpeza das vias respiratórias, nomeadamente percussão durante os ciclos respiratórios e vibração durante a fase expiratória. Nos intervalos realiza-se assistência na fase expiratória para uma posição cefálica do diafragma mais eficiente e, posterior, expansão torácica com uma inspiração profunda. Na mobilização passiva da articulação escapulo-umeral com elevação até cerca de 100º, o cliente autonomamente realiza inspirações profundas que, por vezes, provoca tosse que ajuda na mobilização das secreções.

Na sessão deste dia, verificamos que as secreções se mobilizaram de forma positiva, ficando soltas e prontas a serem expelidas. O meu enfermeiro orientador pediu a colaboração da cuidadora informal presente para utilizar o *cough assist*. Percebi que as cuidadoras são autónomas na manipulação do aparelho, que até então nunca tinha contactado. Durante o emprego do aparelho, assistimos na fase sucção com manobras vibratórias a fim de mobilizar mais secreções. No final, reavaliámos através da auscultação onde se nota uma diminuição significativa de roncos ao nível costal previamente identificados.

2. SENTIMENTOS

Quando entrei no quarto do cliente, verifiquei a presença de um aparelho que nunca tinha contactado. Inicialmente pensei que fosse um aspirador de secreções, mas não consegui apurar nenhuma tubagem semelhante a tal. A traqueia que se encontrava acoplada com uma máscara facial sugeria também um ventilador, mas não fiquei convencido. Questionei o meu enfermeiro orientador que me informou tratar-se de um *cough assist*. Fiquei muito entusiasmado por poder ter a oportunidade de observar esta técnica abordada em sala de aula, e dito pelos professores seria raro contactarmos com este tipo de máquinas.

Ao observar a utilização do aparelho confesso que fiquei um pouco apreensivo. Inicialmente pareceu-me haver alguma agressividade na técnica, mas logo percebi que era mesmo assim. É necessário isolar completamente a face do cliente na máscara para que a sucção se faça de forma eficiente. A sucção, para quem está a observar é aflitiva, pois o cliente é literalmente “aspirado”, por vezes, ouvindo-se um gemido, não de dor, mas da própria força submetida.

3. AVALIAÇÃO

A autonomia das cuidadoras e a sua articulação tanto com o cliente, bem como conosco nas manobras, fez-me refletir na importância dos cuidadores informais também nas técnicas mais complexas de cuidados. Faz todo o sentido incluir a família e/ou os cuidadores informais em cuidados mais específicos, com intuito de promover o bem-estar e restaurar capacidades. É esta que, em contexto ambulatorial, passa todo o tempo com o cliente, sendo imperativo o conhecimento dos sinais de alerta e respetivas intervenções, com vista à manutenção do bem-estar do cliente.

Na minha postura, sendo a primeira vez de contacto com o cliente e igualmente com a técnica, procurei observar atentamente, nomeadamente, ao suporte dado pelo enfermeiro de reabilitação à técnica de *cough assist*. Compreendi a importância de realizar um bom selo com a máscara facial, a fim de não existir fuga e a tosse provocada ser mais eficiente.

No final, após avaliar a respiração do cliente, com auxílio do estetoscópio, percebi que existiu mobilização de secreções, havendo diminuição de roncos, nomeadamente a nível das bases pulmonares.

4. ANÁLISE

No decorrer da minha vida profissional, sendo o ambulatório a minha área de trabalho, compreendo que a família é a principal fonte de cuidados e tem a responsabilidade do cuidar da pessoa dependente. Esta situação acontece, muitas vezes, de forma abrupta e sem preparação prévias por parte das famílias, o que implica necessidades acrescidas e desequilíbrios diversos (Simões & Grilo, 2012).

Segundo Augusto, et al. (2005), a prestação de cuidados continuados após o regresso a casa de pessoas dependentes é um direito essencial em que o cuidador informal assume papel de relevo. Contudo, para a realização da prestação de cuidados continuada é importante uma adaptação ao papel de prestador de cuidados, que passa pela aquisição de conhecimentos, capacidades e habilidades de forma a proporcionar uma gestão de cuidados adequada no domicílio, promovendo o bem-estar e garantindo o êxito do regresso a casa da pessoa com dependência (Menoita, 2012). Esta transição vivenciada pela família / cuidadores informais é bem-sucedida através da criação de um plano de intervenção da rede formal, em que esta preparação é conseguida através de programas individualizados destacando a educação para a saúde e as visitas domiciliárias após a alta do cliente (Sit, Wong, Clinton, Li, & Fong, 2004).

Posto isto, os enfermeiros têm um papel primordial na orientação do cuidador informal, no que concerne aos obstáculos e necessidades com que se deparam no novo papel assumido (Ferreira, 2010).

5. CONCLUSÃO

Nesta reflexão, procurei abordar a temática dos cuidadores informais e a sua importância na continuidade dos cuidados em contexto domiciliário. O episódio que assisti, validou a importância dos cuidados de enfermagem de reabilitação no que concerne à maior capacitação da família / cuidadores informais no cuidar ao cliente dependente. O facto da família / cuidadores informais realizarem técnicas complexas, não significa que

existe uma substituição do nosso papel, mas prova que o nosso desempenho na orientação e capacitação de outrem é uma ferramenta primordial para a qualidade dos cuidados domiciliários. É esta uma das finalidades da ECCI que, assegura cuidados de enfermagem e médicos, de natureza preventiva, curativa, reabilitadora e ações paliativas, através de visitas domiciliárias programadas e frequentes, dando resposta à satisfação das necessidades dos clientes e dos seus cuidadores, apoio no desempenho das Atividades de Vida Diárias (AVD) básicas e instrumentais, educação para a saúde dos clientes, familiares e cuidadores informais e a articulação e gestão com outros recursos de saúde e sociais. (Decreto-Lei n.º 101/2006, 2006). Estas equipas são fundamentais para os cuidadores informais serem dotados de capacidades, que lhes permitam dar continuidade de cuidados à pessoa dependente que cuidam, maximizando os recursos pessoais do cuidador, os recursos de saúde e os recursos da comunidade (Ferreira P. R., 2012).

6. PLANEAR A ACÇÃO

Futuramente, no caso desta família, pretendo ter um papel mais interventivo na assistência á técnica, bem como na orientação dos familiares/ cuidadores informais. Com esta vivência, procurarei transpor para outras, uma apreciação das necessidades e desequilíbrios das famílias mais eficiente, com intuito de programar intervenções mais direcionadas à realidade, obtendo ganhos em saúde mais fortes e duradouros.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Augusto, B. M., & al., e. (2005). *Cuidados Continuados – família, centro de saúde e hospital como parceiros no cuidar* (2ª ed.). Coimbra: Formasau.
- Decreto-Lei n.º 101/2006. (6 de Junho de 2006). Diário da República. Serie I-A. *Cria a Rede Nacional de Cuidados, 109*, 3856-3865. Lisboa.
- Ferreira, P. R. (2012). *Vivências do Cuidador Informal de Doentes Após AVC: Um Desafio à Gestão de Serviços/Cuidados de Saúde*. Viana do Castelo: Dissertação para obtenção de Grau de Mestre em Gestão das Organizações, Ramo de Gestão de Unidades de Saúde.
- Ferreira, S. (2010). *A Adaptação do cuidador informal como foco da prática de enfermagem: um programa de intervenção com matriz conceptual no modelo transaccional de stress e coping*. Santarém.
- Gibbs, G. (1988). *Learning by Doing: A guide to teaching & learning methods*. Oxford: Oxford Brookes University.
- Menoita, E. C. (2012). *Reabilitar a pessoa idosa com AVC: Contributos para um envelhecer resiliente*. Loures: Lusociência.
- Santos, E., & Fernandes, A. (Março de 2004). Prática Reflexiva: Guia para a reflexão estruturada. *Referência, 11*, 59-62.
- Simões, S. A., & Grilo, E. N. (2012). Cuidados e Cuidadores: o contributo dos cuidados de enfermagem de reabilitação na preparação da alta do doente pós acidente vascular cerebral. *Revista de Saúde Amato Lusitano, 31*, 18-23.
- Sit, J., Wong, T., Clinton, M., Li, L., & Fong, Y.-m. (2004). Stroke care in the home: the impact of social support on the general health of family caregivers. *Journal of Clinical Nursing, 816-824*.

Guia de colheita de dados utilizado pela ECCI

Identificação da pessoa
Nome
Data de nascimento / Idade / Género
Estado profissional
Agregado familiar
Pessoa significativa / cuidador informal
História de doença atual
Internamento
Antecedentes Pessoais
Antecedentes Familiares
Terapêutica Prescrita
Avaliação Neurológica
Estado de consciência – Escala de Coma de Glasgow
Estado de orientação
Memória
Comunicação e Linguagem
Capacidades Práticas
Negligência hemiespacial (<i>Neglect</i>)
Avaliação dos pares cranianos
<ul style="list-style-type: none">• I par: olfativo;• II par: óptico;• III par: oculomotor comum;• IV par- patético;• VI par- motor ocular externo;• V par: trigémio;• VII: facial;• VIII: estatoacústico;• IX: glossofaríngeo;• X: vago;• XI: espinhal;• XII: hipoglosso.
Motricidade
Avaliação da força muscular: escala do Medical Research Council
Avaliação do tónus muscular: Escala de Espasticidade de Ashworth Modificada
Avaliação do equilíbrio estático e dinâmico

Avaliação dos requisitos universais para o autocuidado (Teoria do Autocuidado de Orem)
Respiração;
Circulação;
Alimentação;
Eliminação intestinal e vesical;
Dor e tegumentos;
Sono e repouso;
Avaliação da funcionalidade através da escala de Barthel
História social e familiar/ Condições habitacionais (apoio Serviço Social)
Papel de prestador de cuidados:
Conhecimentos do estado real do cliente;
Habilidades / capacidade de agente de autocuidado;
Sobrecarga;

7º Curso de Mestrado em Enfermagem de Reabilitação

PLANO DE CUIDADOS 1

Sr. M. A.

Docentes Orientadores:

Prof.^ª Dr.^ª Vanda Marques Pinto

Prof.^º Ricardo Braga

Discente:

Joel Mendes Caseiro

Outubro 2016

1. IDENTIFICAÇÃO E DADOS GERAIS

Nome: M.A.

Idade: 75 anos

Peso: 54 kg **Altura:** ≈165 cm **Índice de Massa Corporal (IMC):** 18,83 kg/m

Género: Masculino

Raça: Caucasiana

Nacionalidade: Portuguesa

Estado Civil: Viúvo

Nível de escolaridade: 1º estadio de educação básica (4º classe / 6º ano)

Agregado Familiar / Pessoa de Referência: M. I. G. F. (19-09-1941)

Início na ECCI: 01/08/2016

2. APRECIÇÃO DO CLIENTE

2.1. Antecedentes Pessoais

- Stress pós-traumático de guerra (acompanhado em consulta de psiquiatria);
- Enfarte Agudo do Miocárdio há 10 anos;
- Hipertensão Arterial;
- Acidente Vascular Cerebral (não sabe nem registado tipo);
- Fratura do colo do fémur em 2013;
- Hérnia inguinal há 10 anos;
- Fumador de cerca de 10 cigarros dia (Pessoa de referência controla o consumo de tabaco).

2.2. Alergias

- Desconhece

2.3. Medicação Habitual

Fármaco	Dose	Grupo Farmacêutico	Periodicidade
Rivaroxabano	10mg	Agentes antitrombóticos.	1x dia
Ácido Acetilsalicílico	150mg	Antiagregantes plaquetários	1x dia
Pentoxifilina	400mg	Vasodilatadores	2x dia

Sinvastatina	20mg	Antidislipídicos	1x dia
Lisinopril+Hidroclorotiazida	20+12,5mg	Anti-hipertensores	1x dia
Amlodipina	10mg	Anti-hipertensores	1x dia
Sertralina	50mg	Antidepressores	1x dia
Quetiapina	25mg	Antipsicóticos	1x dia
Paliperidona	3mg	Antipsicóticos	1x dia

2.4. História atual de saúde

Foi admitido na urgência geral de um hospital central em julho com o diagnóstico de hérnia inguinal dolorosa, sem solução cirúrgica. Desde essa altura com o agravamento dos sintomas, foi perdendo capacidade motora para a consecução das suas AVD. No regresso ao domicílio, com carga limitada, deslocando-se com ajuda para dar alguns passos no interior da habitação ou cadeira de rodas. Apresenta Incontinência fecal e urinária funcional, uma vez que a limitação motora o impedia de chegar ao WC sem ajuda.

Coabita com M. I., com quem atualmente tem uma relação de amizade e de partilha de despesas familiares. No entanto, é ela que desempenha o papel de única cuidadora, estando também ela debilitada física e psicologicamente, sendo acompanhada na consulta de oncologia onde faz quimioterapia.

2.5. Hábitos de vida¹

a) Manter um ambiente seguro

O cliente apresenta-se consciente, calmo e colaborante em todas as visitas domiciliarias. Tem a televisão como diversão diária. Quando está bom tempo, permanece alguma parte do dia na entrada da casa onde fica sentado e observar o ambiente exterior.

Permanece mais de metade do dia no piso térreo da habitação, indo ao 1º piso para evacuar e para o repouso noturno.

¹ De acordo com as doze atividades de vida da teórica Nancy Roper.

b) Comunicar

Tem algumas dificuldades de comunicação por falar com volume baixo, no entanto, reconhece-se alguma evolução desde que está a ser acompanhado pela ECCI. Atualmente expressa-se adequadamente.

c) Respirar

Apresenta uma respiração na sua maioria torácica com períodos de tosse produtiva. Hábitos tabágicos com cerca de 10 cigarros/dia. Sem sinais de dificuldade respiratória em repouso. Após exercícios isotónicos apresenta cansaço.

d) Comer e beber

Alimenta-se razoavelmente com pouco apetite, por vezes. A M.I. confeciona as refeições e o cliente é autónomo na sua alimentação.

e) Eliminar

Atualmente apresenta incontinência urinária funcional, uma vez que só não vai ao WC durante o dia por se encontrar no piso térreo. Apresenta também situações de noctúria. Evacua no WC referindo ir ao piso 1.

f) Fazer a sua higiene pessoal e vestir-se

Realiza a sua higiene pessoal autonomamente, apesar de precisar de ajuda a mobilizar-se no WC. Precisa de ajuda para vestir algumas peças de roupa que necessitem de maior mobilidade articular.

g) Controlar a temperatura do corpo

Sem história atual de desregulação da temperatura corporal.

h) Mover-se

Tem 2 auxiliares da marcha (canadianas) que ajuda no deambular pelo domicílio e no equilíbrio. Apresenta maior défice motor no membro inferior esquerdo, arrastando o mesmo quando deambula.

i) Ocupar e divertir-se

Vê televisão durante o dia e, por vezes, permanece à entrada da habitação a observar o exterior. Refere ter vontade de ir ao café do bairro, mas tem medo de cair.

j) Expressar a sexualidade

Tema não apreciado

k) Dormir

Tem um sono induzido por medicação, no entanto, apresenta noites em que desperta por apresentar perdas urinárias que o deixam desconfortável.

l) Morrer

Não aborda a morte no seu discurso, nem ideias desta AVD.

3. APRECIÇÃO SOCIAL

Utente viúvo, sem filhos. Sem relação com os demais familiares. Tem como única referência, a M.I. (75 anos), pessoa não familiar, com quem coabita, partilha o valor do empréstimo bancário da aquisição da casa. O cliente e a M.I. tem uma relação de amizade e é ela que desempenha o papel de única cuidadora, estando também ela debilitada física e psicologicamente, sendo acompanhada na consulta de oncologia onde faz quimioterapia.

Já houve tentativas do cliente beneficiar de apoio por parte de uma IPSS, mas o utente rejeita por considerar dispendioso. A higiene pessoal do cliente inicialmente acontecia no leito pela dependência do sr. M.A. e as limitações da cuidadora. Atualmente vai ao polibã com ajuda.

Utente sem apoio familiar, em isolamento face ao exterior, com limitações na locomoção, recorrendo a canadianas e ajuda de outrem para se conseguir movimentar.

A cuidadora do cliente é viúva, reformada (trabalhou como empregada de limpeza). Quando no activo, o utente exerceu funções como Serralheiro Civil. Atualmente pensionista, auferir Pensão próximo dos 405 euros + 1º grau do Complemento por Dependência. Não tem Pensão de Sobrevivência, na medida em que não entregou a tempo útil na Segurança Social o pedido para esse efeito.

Cliente com Cartão 65+.

Cliente já com processo na Segurança Social para apoio nas Fraldas pelas Ajudas Técnicas. Utente isento por insuficiência económica.

3.1. Situação habitacional

Habitação composta por R/C e 1º andar, de reduzidas dimensões. Tipologia T2, propriedade do utente, juntamente com a M.I, ainda com custos de empréstimo bancário, que ambos dividem entre si.

Os dois quartos da casa e WC encontram-se no 1º piso, cujo acesso é através de vários degraus íngremes.

WC com polibã, com apoios.

Razoáveis condições de higiene, conforto e salubridade.

4. ESCALAS APLICADAS

4.1. Escala de força de Medical Research Council (mMRC)

Localização Corporal	Score
Flexão Cotovelo Esquerdo	4
Extensão Cotovelo Esquerdo	5
Flexão Cotovelo Direito	4
Extensão Cotovelo Direito	5
Abdução escapulo-umeral Esquerda	4
Adução escapulo-umeral Esquerda	5
Abdução escapulo-umeral Direita	4
Adução escapulo-umeral Direita	5
Flexão escapulo-umeral Esquerda	3
Extensão escapulo-umeral Esquerda	4
Flexão escapulo-umeral Direita	3
Extensão escapulo-umeral Direita	4
Elevação escapulo-umeral Esquerda	2
Elevação escapulo-umeral Direita	2

Localização Corporal	Score
Flexão Plantar pé Esquerdo	5
Dorsiflexão pé Esquerdo	5
Flexão Plantar pé Direito	5
Dorsiflexão pé Direito	5
Eversão Plantar pé Esquerdo	5
Inversão pé Esquerdo	5
Eversão Plantar pé Direito	5
Inversão pé Direito	5
Flexão Joelho Esquerdo	2
Extensão Joelho Esquerdo	3
Flexão Joelho Direito	3
Extensão Joelho Direito	4
Flexão coxofemoral Esquerda	2
Extensão coxofemoral Esquerda	2
Flexão coxofemoral Direita	3

Extensão coxofemoral Direita	3
Abdução coxofemoral Esquerda	2
Abdução coxofemoral Esquerda	2
Abdução coxofemoral Direita	3
Abdução coxofemoral Direita	3

4.2. Escala de Braden

- 18 – Baixo Risco

4.3. Escala de Morse

- 75 – Alto Risco

5. AVALIAÇÃO DO AUTOCUIDADO (APLICANDO ÍNDICE BARTHEL)

ATIVIDADES	CRITÉRIOS	SCORE
Higiene Pessoal	0 = Precisa de ajuda nos cuidados pessoais; 5 = Independente para lavar a cara / barbear / Pentear / Lavar os dentes;	5
Tomar Banho	0 = Dependente 5 = Independente (na banheira ou no chuveiro): Não necessita de ajuda;	0
Vestir-se e Despir-se	0 = Dependente 5 = Precisa de ajuda mas pode fazer metade das coisas sem ajuda; 10 = Independente	5
Controlo do Intestino	0 = Incontinente 5 = Ocasionalmente incontinente / necessita de ajuda para colocar supositório; 10 = Contigente	10
Controlo da Bexiga	0 = Incontinente / Algaliado / incapaz de urinar sem ajuda; 5 = Ocasionalmente incontinente; 10 = Contigente	0

Usar a Sanita	0 = Dependente 5 = Necessita de alguma ajuda, mas pode fazer alguma coisa sozinho; 10 = Independente (Vestir/Limpar)	10
Alimentar-se	0 = Incapaz 5 = Necessita de ajuda para cortar os alimentos, barrar manteiga, etc. e necessita de adaptação da dieta; 10 = Independente	10
Deambular	0 = Imóvel ou mobiliza-se < 50 metros; 5 = Independente numa cadeira de rodas < 50 metros 10 = Caminha com ajuda (verbal ou física) de uma pessoa > 50 metros; 15 = Independente (mas pode utilizar qualquer ajuda por ex. bengala) > 50 metros;	10
Transferência (cadeira/cama)	0 = Incapaz de se manter sentado 5 = Necessita de ajuda (física) de 1 ou 2 pessoas; Pode sentar-se 10 = Necessita de alguma ajuda (física ou verbal) de uma pessoa 15 = Independente (em todas as fases)	15
Subir e Descer Escadas	0 = Incapaz; 5 = Necessita de ajuda (Verbal ou Física) 10 = Independente	5
		TOTAL 70

Nível de Dependência	
Dependência Total – 0-20	
Dependência Grave – 21-60	
Dependência Moderada – 61-90	X
Dependência Ligeira – 91-99	
Independente - 100	

PLANO DE CUIDADOS DE ENFERMAGEM DE REABILITAÇÃO

Diagnósticos de Enfermagem		Resultados Esperados	Intervenções	Avaliação
<p>Autocuidado deambular comprometido R/C hospitalização M/P diminuição da força muscular (score 4 na escala de Lower a nível dos membros superiores direito e esquerdo, score 3 a nível do membro inferior direito e score 2 a nível do membro inferior esquerdo)</p>	<p>Ganhar força muscular com vista à execução de atividades de autocuidado comprometidas, nomeadamente o deambular, vestir/despir e tomar banho;</p> <p>Escala de Lower com score de pelo menos 4 a nível dos quatro membros;</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Avaliando a força muscular através da aplicação da escala de Lower; • Planeando as intervenções de enfermagem de reabilitação com o utente e cuidadora, com vista à adesão efectiva; • Executando exercícios de mobilizações dinâmicos ao nível dos membros superiores e inferiores: <ul style="list-style-type: none"> ○ Ativas; ○ Ativas resistidas; • Executando treino de marcha com apoio de auxiliares de marcha (canadianas); 	<p>2/11 – O Utente realizou mobilizações ativas:</p> <p>Dedos das mãos (flexão/extensão)</p> <p>Punhos (flexão/extensão; adução/abdução);</p> <p>Cotovelos (Flexão/Extensão; Supinação/Pronação);</p> <p>Escapulo-umeral (Flexão/Extensão; Elevação; Adução/abdução; Rotação)</p> <p>Tibiotársica (Dorsiflexão/Flexão plantar; Inversão/Eversão)</p> <p>Joelhos (Flexão/Extensão)</p>	

		<ul style="list-style-type: none">• Executando treino de marcha na rua, com vista à motivação e reforçando positivamente os ganhos nesse treino;• Instruindo os exercícios de mobilizações que deve realizar autonomamente;• Validando as instruções dadas pedindo que repita após a sua transmissão;• Utilizando o reforço positivo como estratégia de motivação e de autoconceito.• Instruir a cuidadora na importância do suporte emocional durante os exercícios autónomos;• Incluindo o utente nas tomadas de decisão, devidamente	<p>Coxo-femural (Flexão/Extensão; Adução/Abdução; Rotação)</p> <p>2/11: Utente deambulou com apoio de 2 auxiliares de marcha (canadiana) na rua cerca de 20-30 metros. Durante o deambular tende a arrastar o pé esquerdo que, com reforço verbal, consegue diminuir o arrastar aumentando a amplitude da flexão do joelho e coxo-femural.</p> <p>2/11: Cuidadora afirma que o utente, por vezes, realiza autonomamente os exercícios instruídos;</p>
--	--	--	---

		<p>informado, potenciando a sua autonomia;</p> <ul style="list-style-type: none"> • Potenciando a expressão de sentimentos face às dificuldades do quotidiano no que se prende à mobilidade. 	<p>2/11: Utente refere que no dia anterior não tinha disposição para o exercício pelo que não o realizou.</p>
<p>Controlo da bexiga comprometido R/C Incontinência urinária funcional M/P uso de dispositivo de retenção (fralda) diário</p>	<p>Continência urinária com uso de dispositivo de retenção – Urinol – sem acidentes.</p> <p>Aumentar o equilíbrio e destreza manual, com vista ao uso do WC de forma autónoma.</p> <p>Diminuir da noctúria</p> <p>Eliminar perdas de urina do dispositivo de retenção (fralda) para o leito</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Identificando as principais dificuldades e necessidades do utente, no seu ponto de vista; • Identificando com a cuidadora os hábitos e estratégias já utilizadas para colmatar o problema identificado; • Avaliando a disponibilidade do utente e da cuidadora à execução de novas estratégias que potenciem a continência daquele; 	<p>2/11: Utente utiliza dispositivo de retenção (fralda) durante o dia. Mostra vontade para utilizar o urinol, mas reconhece a dificuldade na manipulação do mesmo.</p> <p>2/11: Cuidadora refere não ter capacidade (entenda-se força) para auxiliar o utente no equilíbrio, de forma a suporta-lo durante o uso do urinol</p>

		<ul style="list-style-type: none">• Planeando as intervenções e estratégias a implementar em conjunto com o utente, a fim de aderir a longo prazo ao proposto;• Executando exercícios a nível das articulações do membro superior (dedos, punho, cotovelo, escapulo-umeral), em todos os planos e eixos;• Executando exercícios de mobilidade fina – pinça, pega – incluindo o dispositivo de retenção – urinol;• Instruindo o utente da importância de replicar os exercícios ao longo do dia, a fim de obter ganhos mais eficientes e duradouros;	<p>2/11: Cuidadora e utente compreendem a estratégia dada pelo enfermeiro de reabilitação, no que concerne ao uso de um resguardo dentro da fralda para diminuir o extravasamento de urina para o leito durante a noite;</p> <p>2/11: Utente mostra-se renitente aos exercícios de mobilidade fina, parecendo não compreender a sua finalidade – feitos reforços e esclarecimentos;</p> <p>2/11: Utente e cuidadora confirmam a validação dos exercícios instruídos e afirmam por vezes a sua execução;</p> <p>2/11: Utente e cuidadora mostram compreender a importância de adequar a ingestão de líquidos e</p>
--	--	--	---

		<ul style="list-style-type: none">• Executando treino de equilíbrio, inicialmente sentado e, posteriormente, na posição ortostática, potenciando a sua propriocepção;• Utilizando o reforço positivo como estratégia de motivação e autoconceito;• Instruindo o utente e a cuidadora da importância de evitar a ingestão de líquidos, cafeína e derivados, citrinos e frutas com grande quantidade de líquidos, após o jantar, com vista à diminuição da produção de urina e, conseqüentemente, da diurese.• Instruindo o utente e a cuidadora da possibilidade de	<p>alimentos irritantes vesicais, nomeadamente, no período posterior ao jantar.</p> <p>2/11: O tema da gestão terapêutica farmacológica será abordado na próxima visita médica.</p>
--	--	---	---

		<p>reforçar a absorção do dispositivo de retenção (fralda) colocando um resguardo no seu interior, a fim de diminuir a perda de urina para o leito.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Avaliando a gestão terapêutica com o utente e cuidadora, articulando com o médico de família, na toma de anti-hipertensores com efeito diurético – se possível serem administrados no período da manhã; 	
<p>Estilo de vida desadequado R/C tabagismo M/P consumo de cerca de 10 cigarros por dia</p>	<p>Diminuição do consumo de tabaco para cerca de 5 cigarros por dia</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Avaliando a motivação do utente para diminuir o consumo de tabaco; • Identificando estratégias de cessação tabágica já utilizadas 	<p>2/11: O utente afirma conhecer e compreender os malefícios dos hábitos tabágicos.</p> <p>2/11: A cuidadora mostra-se disponível para ajudar o utente na diminuição do consumo de tabaco,</p>

		<p>pelo utente e refleti-las em conjunto;</p> <ul style="list-style-type: none">• Planeando estratégias com o utente e cuidadora, com vista à diminuição do consumo de tabaco, nomeadamente, perceber em que alturas do dia sente mais necessidade do ato, possibilitando cessar nos momentos mais adequados;• Instruir o utente dos malefícios do tabaco, potenciando a cessação tabágica;• Questionando o utente se pretende ajuda especializada, nomeadamente, de consulta de cessação tabágica existente na sua rede de cuidados;	<p>procurando a exclusividade do hábito nos momentos pós refeições;</p> <p>2/11: Utente não mostra interesse pela ajuda especializada.</p>
--	--	---	--

<p>Humor depressivo R/C Stress pós-traumático M/P tristeza, desmotivação e desistência fácil</p>	<p>Aumentar a motivação e a adesão ao plano de intervenção proposto</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Identificando aspetos positivos e negativos da condição atual de saúde; • Promovendo a expressão de sentimentos face às preocupações reais; • Identificar em conjunto com o utente e cuidadora aspetos positivos no decorrer do plano de intervenção; • Utilizar o reforço positivo sempre que possível e não recriminar o utente, nos momentos mais difíceis; • Planeando as intervenções incluído o utente e cuidadora, adequadas à condição do utente, de forma a não criar falsas expectativas; 	<p>2/11: Utente compreende a importância do plano de intervenção no seu processo de reabilitação, manifestando interesse e alguma motivação, nomeadamente, no deambular.</p> <p>2/11: Feito reforço positivo durante os exercícios, enaltecendo os ganhos conquistados;</p> <p>2/11: Utente e cuidadora mostram conhecer os limites daquele, não verbalizando expectativas irreais;</p> <p>2/11: Utente e cuidadora reagem positivamente ao humor do enfermeiro de reabilitação, parecendo reforçar a relação de confiança.</p>
---	---	---	---

		<ul style="list-style-type: none"> • Utilizando o humor como estratégia de descontração e de aumento de confiança para com o enfermeiro de reabilitação; 	
Risco de desenvolvimento de patologia respiratória R/C tabagismo	Prevenir o desenvolvimento de patologia respiratória;	<ul style="list-style-type: none"> • Instruindo o utente a adequar o seu estilo de vida, através da informação sobre cessação tabágica e vestuário adequado à estação do ano; • Informando o utente da possibilidade de prevenção de doenças respiratórias como a pneumonia, através da vacinação orientada pela DGS, questionando se pretende ser vacinado; • Avaliando o padrão respiratório do utente, quer em repouso, quer durante e após os 	<p>2/11: Utente conhece e compreende os malefícios do tabagismo;</p> <p>2/11: Utente refere querer ser vacinado contra a gripe.</p> <p>2/11: Utente apresenta respiração maioritariamente torácica, apresentando cansaço após o deambular. Acessos esporádicos de tosse pouco produtiva. À auscultação pulmonar apresenta discretos ferveres a nível costal direito. Restantes lobos</p>

		<p>exercícios realizados, a fim de identificar cansaço, dispneia e outros sinais de dificuldade respiratória;</p> <ul style="list-style-type: none">• Executando exercícios de reeducação funcional respiratória, nomeadamente, dissociação dos ciclos respiratórios, respiração diafragmática e técnicas de limpeza das vias respiratórias como a tosse;• Executando exercícios de mobilização que potenciem a expansão torácica, nomeadamente flexão/extensão, adução/abdução, elevação da articulação escapulo-umeral,	<p>pulmonares apresentam murmúrio vesicular presente.</p> <p>2/11: Utente apresenta alguma dificuldade na coordenação dos ciclos respiratórios com as mobilizações executadas, manifestando cansaço após cerca de 5-7 mobilizações;</p>
--	--	--	---

		<p>incentivando o acompanhamento dos ciclos respiratórios;</p> <ul style="list-style-type: none"> • Instruindo o utente e cuidadora da importância da mobilidade na prevenção de complicações respiratórias; 	
<p>Risco de Queda R/C diminuição da força muscular</p>	<p>Prevenir a queda</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Identificando com o utente e cuidadora possíveis barreiras arquitetónicas e obstáculos existentes no domicílio, nomeadamente, tapetes, móveis; • Avaliando a possibilidade, em conjunto com o utente e cuidadora, de alterar/retirar tapetes ou móveis que atentem à segurança do utente; 	<p>2/11: Utente apresenta um tapete na sala, junto ao sofá onde permanece grande parte do dia. Feito alerta para o obstáculo e risco de queda. O utente e a cuidadora mostraram-se pouco interessados em realizar alterações a nível da disposição do mobiliários e objetos de risco.</p> <p>2/11: Utente coloca as canadianas em posição adequada para o seu uso. No deambular necessita de</p>

		<ul style="list-style-type: none">• Avaliando o uso dos dispositivos auxiliares de marcha (canadianas);• Identificando com o utente possíveis erros no uso dos dispositivos auxiliares de marcha (canadianas);• Avaliando o risco de queda com a aplicação da escala de Morse;	concentração e, por vezes, estímulo verbal para adequar a mobilidade dos membros superiores (com auxiliar de marcha) com os membros inferiores. Por vezes, quer realizar os movimentos rápido, comprometendo o equilíbrio e o próprio movimento.
--	--	--	--

7º Curso de Mestrado em Enfermagem de Reabilitação

PLANO DE CUIDADOS 2

Utente Submetido a RTU-P

Docentes Orientadores:

Prof.ª Dr.ª Vanda Marques Pinto

Prof.º Ricardo Braga

Discente:

Joel Mendes Caseiro

Índice

1. INTRODUÇÃO	8
2. IDENTIFICAÇÃO E DADOS GERAIS.....	9
3. APRECIÇÃO DO CLIENTE	9
3.1. Antecedentes Pessoais	9
3.2. Alergias.....	9
3.3. Medicação Habitual	10
3.4. História atual de saúde	10
3.4.1. Exames de Diagnósticos Realizados	10
3.5. Hábitos de vida	11
4. ESCALAS APLICADAS	12
4.1. Escala de Lower.....	12
4.2. Escala de Braden.....	12
4.3. Escala de Morse	13
4.4. Avaliação do Autocuidado (aplicando Índice Barthel).....	13
5. PLANO DE CUIDADOS DE ENFERMAGEM DE REABILITAÇÃO	16
6. CONSIDERAÇÕES FINAIS	22

1. INTRODUÇÃO

O trabalho que de seguida se apresenta, compreende um plano de intervenção de reabilitação estruturado a um utente internado no serviço de internamento de urologia de um hospital central de lisboa. Os dados colhidos foram consultados no processo do utente, tendo sido resguardadas informações que incumpram o direito fundamental da dignidade humana, direito à confidencialidade de dados, bem como da privacidade do utente e família.

Este plano reporta-se à data de dia 3 de novembro de 2016 ao turno da manhã.

Seleciono este utente na elaboração deste trabalho, uma vez que apresenta necessidade de reabilitação relacionadas com o projeto previamente elaborado para o estágio actual – Risco de incontinência urinária – sem descartar todo o processo de saúde-doença inerente, apreciando o utente e família de uma forma holística.

Este planeamento inicia-se com uma apreciação do utente, onde se insere o modelo teórico de Nancy Roper – Atividades de Vida Diária. Posteriormente é apresentado um plano de intervenção de reabilitação focando diagnósticos sensíveis ao enfermeiro especialista em enfermagem de reabilitação, projetando assim intervenções direcionadas. Por fim, apresento as considerações finais, manifestando as principais intervenções realizadas, bem como as principais dificuldades neste processo.

2. IDENTIFICAÇÃO E DADOS GERAIS

Nome: J. S.

Idade: 70 anos

Peso: 80 kg **Altura:** ≈171 cm **Índice de Massa Corporal (IMC):** 27,4 kg/m

Gênero: Masculino

Raça: Caucasiana

Nacionalidade: Portuguesa

Estado Civil: Casado

Profissão: Reformado (antigo gerente de fábrica)

Agregado Familiar / Pessoa de Referência: Esposa

Data de Internamento: 02/12/2016

Motivo de Internamento: Recessão Transuretral da próstata eletiva.

3. APRECIÇÃO DO CLIENTE

3.1. Antecedentes Pessoais

- Osteossíntese mandibular (anos 70)
- Cirurgia ao joelho esquerdo após traumatismo (1974)
- Prótese Total da Anca (2010)
- Colectomia (2013)
- Apneia do Sono
- Diabetes Mellitus tipo II (não insulínica)
- Hiperuricemia
- Tonturas

3.2. Alergias

- Desconhece

3.3. Medicação Habitual

Fármaco	Dose	Grupo Farmacêutico	Periodicidade
Metformina	500mg	Antidiabético não insulínico	1x dia
Sinvastatina	20mg	Antidislipidémicos	1x dia
Lisinopril+Hidroclorotiazida	20+12,5mg	Anti-hipertensores	1x dia
Lorazepam	2,5mg	Benzodiazepina	1x dia (deitar)
Omeprazol	20mg	Inibidores da bomba de protões – Proteção gástrica	1x dia (jejum)
Alopurinol	300mg	Inibidores da Xantinaoxidase – Tratamento da hiperuricemia	1x dia

3.4. História atual de saúde

Diagnóstico atual de Hiperplasia Benigna da Próstata, seguido em consulta de Urologia do CHLC – HSJ. Indicação cirúrgica de ressecção transuretral da próstata (RTU-P) por sintomatologia obstrutiva da uretra (dificuldade em iniciar a micção, jacto mais fino, fraco, curto e por vezes interrompido, gotejo terminal e esforço para urinar), apesar de sem necessidade de algaliação)

3.4.1. Exames de Diagnósticos Realizados

- Exame Objetivo da Próstata – Toque Rectal
- Urofluxometria
- Exame Laboratorial – PSA (Antigénio Específico da Próstata)
- Ecografia transrectal da próstata
- Biopsia prostática transrectal (6 fragmentos lobo direito+6 fragmentos lobo esquerdo)

3.5. Hábitos de vida²

a) Manter um ambiente seguro

O cliente apresenta-se consciente, calmo e colaborante em todos os momentos. Durante o internamento foi deambulando pelo serviço, tendo sido alertado para o facto de apresentar a drenagem vesical, a fim de tomar medidas protetoras do mesmo. Após o levante no pós-operatório foi retirado sistema de soroterapia, permanecendo com acesso venoso periférico obturado, diminuindo o risco de queda. Tem noção dos perigos inerentes à sua condição.

b) Comunicar

Mantem uma comunicação efetiva tanto com os profissionais de saúde, bem como com os restantes utentes do quarto e respetivos familiares. Sem afecção auditiva. Utiliza óculos por diminuição da visão.

c) Respirar

Durante o período diurno, não apresenta sinais de dificuldade respiratória ou acessos de tosse. Segundo antecedentes pessoais apresenta apneia do sono, mas não foram reportados quaisquer problemas dessa ordem na passagem de ocorrências.

d) Comer e beber

Alimenta-se com apetite nas refeições oferecidas. Sem alterações na deglutição ou do paladar. Por lhe ter sido indicado reforço hídrico, apresenta consigo uma garrafa de água de 1,5L, que ingere cerca de 3L por dia.

e) Eliminar

Mantém padrão de eliminação intestinal, evacuando 1 vez por dia. Eliminação vesical alterada, por presença de drenagem vesical, apresentando hematúria decorrente do procedimento cirúrgico.

² De acordo com as doze atividades de vida da teórica Nancy Roper.

f) Fazer a sua higiene pessoal e vestir-se

Realiza a sua higiene pessoal autonomamente. Vestuário adequado quer no internamento, quer no momento da alta hospitalar.

g) Controlar a temperatura do corpo

Sem história atual de desregulação da temperatura corporal. Manteve-se apirético durante o período de internamento.

h) Mover-se

Autónomo na mobilidade. Deambula pelo serviço sem auxiliares de marcha. Sem claudicação.

i) Ocupar e divertir-se

Contacta com os restantes utentes do quarto. Com sentido de humor.

j) Expressar a sexualidade

Mantem relação sexual com a esposa.

k) Dormir

Tem um sono induzido por medicação. Sem história de perturbação do sono durante internamento

l) Morrer

Não aborda a morte no seu discurso, nem ideias desta AVD.

4. ESCALAS APLICADAS

5.1. Escala de força de Medical Research Council (mMRC)

Localização Corporal	Score
Flexão Cotovelo Esquerdo	5
Extensão Cotovelo Esquerdo	5
Flexão Cotovelo Direito	5
Extensão Cotovelo Direito	5

Localização Corporal	Score
Flexão Plantar pé Esquerdo	5
Dorsiflexão pé Esquerdo	5
Flexão Plantar pé Direito	5
Dorsiflexão pé Direito	5

Abdução escapulo-umeral Esquerda	5
Adução escapulo-umeral Esquerda	5
Abdução escapulo-umeral Direita	5
Adução escapulo-umeral Direita	5
Flexão escapulo-umeral Esquerda	5
Extensão escapulo-umeral Esquerda	5
Flexão escapulo-umeral Direita	5
Extensão escapulo-umeral Direita	5
Elevação escapulo-umeral Esquerda	5
Elevação escapulo-umeral Direita	5

Eversão Plantar pé Esquerdo	5
Inversão pé Esquerdo	5
Eversão Plantar pé Direito	5
Inversão pé Direito	5
Flexão Joelho Esquerdo	5
Extensão Joelho Esquerdo	5
Flexão Joelho Direito	5
Extensão Joelho Direito	5
Flexão coxofemoral Esquerda	5
Extensão coxofemoral Esquerda	5
Flexão coxofemoral Direita	5
Extensão coxofemoral Direita	5
Abdução coxofemoral Esquerda	5
Abução coxofemoral Esquerda	5
Abdução coxofemoral Direita	5
Abução coxofemoral Direita	5

4.1. Escala de Braden

- 22 – Baixo Risco

4.2. Escala de Morse

- 35 – Baixo Risco

4.3. Avaliação do Autocuidado (aplicando Índice Barthel)

ATIVIDADES	CRITÉRIOS	SCORE
Higiene Pessoal	0 = Necessita de ajuda nos cuidados pessoais; 5 = Independente para lavar a cara / barbear / Pentear / Lavar os dentes;	5

Tomar Banho	0 = Dependente 5 = Independente (na banheira ou no chuveiro): Não necessita de ajuda;	5
Vestir-se e Despir-se	0 = Dependente 5 = Necessita de ajuda mas pode fazer metade das coisas sem ajuda; 10 = Independente	10
Controlo do Intestino	0 = Incontinente 5 = Ocasionalmente incontinente / necessita de ajuda para colocar supositório; 10 = Continente	10
Controlo da Bexiga	0 = Incontinente / Algaliado / incapaz de urinar sem ajuda; 5 = Ocasionalmente incontinente; 10 = Continente	0
Usar a Sanita	0 = Dependente 5 = Necessita de alguma ajuda, mas pode fazer alguma coisa sozinho; 10 = Independente (Vestir/Limpar)	10
Alimentar-se	0 = Incapaz 5 = Necessita de ajuda para cortar os alimentos, barrar manteiga, etc. e necessita de adaptação da dieta; 10 = Independente	10
Deambular	0 = Imóvel ou mobiliza-se < 50 metros; 5 = Independente numa cadeira de rodas < 50 metros	15

	<p>10 = Caminha com ajuda (verbal ou física) de uma pessoa > 50 metros;</p> <p>15 = Independente (mas pode utilizar qualquer ajuda por ex. bengala) > 50 metros;</p>	
Transferência (cadeira/cama)	<p>0 = Incapaz de se manter sentado</p> <p>5 = Necessita de ajuda (física) de 1 ou 2 pessoas; Pode sentar-se</p> <p>10 = Necessita de alguma ajuda (física ou verbal) de uma pessoa)</p> <p>15 = Independente (em todas as fases)</p>	15
Subir e Descer Escadas	<p>0 = Incapaz;</p> <p>5 = Necessita de ajuda (Verbal ou Física)</p> <p>10 = Independente</p>	10
		TOTAL
		90

Nível de Dependência	
Dependência Total – 0-20	
Dependência Grave – 21-60	
Dependência Moderada – 61-90	
Dependência Ligeira – 91-99	X
Independente - 100	

5. PLANO DE CUIDADOS DE ENFERMAGEM DE REABILITAÇÃO

Diagnósticos de Enfermagem			Resultados Esperados	Intervenções	Avaliação
Hematúria transuretral da próstata	R/C	reseção M/P	<p>Hematúria menos concentrada.</p> <p>Compreender a importância do reforço hídrico</p> <p>Compreender os sinais de alerta transmitidos</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Identificando as principais dificuldades e necessidades do utente, no seu ponto de vista, relativamente à eliminação vesical; • Avaliando a compreensão através da replicação da informação, relativamente à justificação da presença de hematúria. • Planeando as intervenções e estratégias a implementar em conjunto com o utente, a fim de aderir a longo prazo ao proposto; 	<p>3/12: Ao longo do turno o utente foi informado da importância do reforço hídrico, bem como questionado que tipo de líquidos preferia para esse efeito (água ou chás).</p> <p>3/12: Utente compreende o que lhe é transmitido pela equipa de enfermagem, cumprindo as orientações.</p> <p>3/12: Utente e cuidadora compreendem os sinais de alerta que poderão ocorrer, bem como as intervenções e estratégias que poderão adotar, e ainda em que circunstância devem recorrer ao</p>

		<ul style="list-style-type: none"> • Informando da importância do reforço hídrico e seus benefícios na condição do utente. • Informando do expectável posteriormente ao internamento, de modo a desmistificar mitos ou dúvidas que possam surgir. • Informando o utente e cuidadora dos sinais de alerta possíveis e intervenções adequadas aos mesmos, nomeadamente, sangue mais vivo, dificuldade na micção, hipertermia e dor aumentada. • Utilizando o reforço positivo como estratégia de motivação e autoconceito; 	<p>serviço de urgência / internamento. Foi fornecido contacto telefónico a fim de resolver possíveis dúvidas.</p> <p>3/12: Realizado reforço positivo às intervenções adequadas do utente e cuidadora, potenciado a sua autoconfiança no processo de autocuidado.</p> <p>3/12: Entregue folheto informativo e discutindo o mesmo, a fim de esclarecer possíveis dúvidas.</p>
--	--	--	--

		<ul style="list-style-type: none"> • Entregando ao utente folheto informativo da intervenção e sinais de alerta, bem como estratégias a adoptar face a estes. 	
<p>Risco de Incontinência Urinária de Esforço R/C resseção transuretral da próstata, podendo M/P perda de urina ao esforço.</p>	<p>Transmitir conhecimento do risco de apresentar perdas urinárias nos primeiros meses pós-operatório.</p> <p>Replicação do utente de estratégias e intervenções potenciadoras da continência urinária.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Avaliando a motivação do utente para executar estratégias e intervenções sobre a continência urinária; • Validando com o utente as informações fornecidas pelo seu médico, relativamente ao risco presente de incontinência urinária. • Planeando estratégias com o utente e cuidadora, com vista à diminuição das perdas de urina, nomeadamente, exercícios de 	<p>3/12: Utente mostra-se motivado para aprender estratégias e intervenções que o ajudem no seu autocuidado.</p> <p>3/12: Utente e cuidadora têm presente o risco de incontinência no pós-operatório;</p> <p>3/12: Utente replica os exercícios de fortalecimento do pavimento pélvico com interesse e de forma correcta.</p>

		<p>fortalecimento do pavimento pélvico, evitar ingestão de alimentos irritantes à bexiga, exercício físico, potenciando a mobilidade articular evitando o sedentarismo;</p> <ul style="list-style-type: none">• Treinando os exercícios de fortalecimento do pavimento pélvico como por exemplo, apertar o ânus, andar em pontas dos pés, agachamentos, interromper a micção;• Avaliando a compreensão da informação dada pelo enfermeiro de reabilitação.	<p>3/12: Compreende a importância de evitar a ingestão de cafeína, citrinos, refrigerantes, que afectam a contractilidade do detrusor (irritação vesical);</p> <p>3/12: Refere já antes realizar caminhadas, pelo que pretende continuar com exercício físico.</p> <p>3/12: Durante a micção refere ter conseguido interromper a saída de urina a meio do acto, o que demonstra uma competência do esfíncter, perspectivando o prognóstico de incontinência urinária pouco provável.</p> <p>3/12: Utente e cuidadora compreendem a informação e treino transmitidos, agradecendo</p>
--	--	---	--

			a intervenção do enfermeiro de reabilitação.
Risco de alteração na sexualidade R/C resseção transuretral da próstata, podendo M/P disfunção erétil	<p>Compreender o risco inerente à sexualidade</p> <p>Compreender a importância de procurar ajuda especializada caso identifique o problema potencial.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Avaliando a disponibilidade do utente em abordar o tema da sexualidade; • Validando com o utente e cuidadora, informação transmitida pelo médico face à temática da sexualidade; • Promovendo a expressão de sentimentos face às preocupações reais; • Informando do potencial risco de disfunção erétil, face à intervenção cirúrgica; • Informando das alterações que possam ocorrer, nomeadamente dificuldade na 	<p>3/12: Utente mostra-se disponível para abordar o tema da sexualidade, junto com a cuidadora (esposa);</p> <p>3/12: Utente e esposa conhecem os riscos relacionados com a sexualidade, no período pós-operatório;</p> <p>3/12: Utente refere que já antes existia alguma dificuldade na erecção e que o médico lhe associara ao diabetes mellitus tipo II;</p> <p>3/12: Utente e esposa mostram confiança na relação afetiva que</p>

		<p>erecção, dificuldade no coito, dificuldade na ejaculação e atingimento do orgasmo;</p> <ul style="list-style-type: none">• Informando da importância da relação afectiva do casal, para além do acto sexual;• Informando da importância da ajuda especialidade disponível de forma atempada, após identificação do problema, a fim de diminuir constrangimentos entre o casal e risco de isolamento do utente;	<p>têm, transmitindo já adotarem estratégias no que toca à sexualidade.</p> <p>3/12: Compreendem o facto de existir ajuda especializada, pelo que reconhecem o urologista assistente como recurso face ao problema.</p>
--	--	--	---

6. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Este plano de intervenção de reabilitação aconteceu após a apreciação do utente internado no serviço de internamento de urologia, e identificação de necessidades, onde o enfermeiro especialista em reabilitação detém de competências para a sua solução.

A necessidade identificada de hematúria, prende-se ao facto de ter existido uma intervenção cirúrgica, em que esse sinal é expectável que ocorra. Por isso, foi importante intervir neste problema que, inevitavelmente irá persistir durante algum tempo, com o utente no seu domicílio. A intervenção do enfermeiro de reabilitação prendeu-se com a instrução de medidas preventivas da formação de coágulos como reforço hídrico e conhecimento dos sinais de alerta e estratégias a adotar. Sendo uma intervenção à próstata e dada a sua anatomofisiologia, o risco de incontinência urinária por esforço está presente. A intervenção do enfermeiro de reabilitação prende-se com a instrução e treino de técnicas e exercícios que fortaleçam a musculatura pélvica, de modo a diminuir e, a longo prazo, evitar perdas de urina involuntárias, potenciando o autocuidado do utente e, consecutivamente a sua qualidade de vida e participação social. A temática da sexualidade foi também abordada, uma vez que a próstata é uma glândula responsável para segregação de testosterona, que por sua vez, atua no processo hormonal de ereção peniana, fulcral para o ato sexual.

As principais dificuldades na implementação deste plano de intervenção, prendeu-se essencialmente à temática da sexualidade, na medida em que é um tema sensível e íntimo da pessoa / casal, podendo existir sentimentos de constrangimento e de violação da privacidade. No entanto, o próprio casal mostrou-se bastante à vontade, uma vez que nos encontrávamos em espaço resguardado.

Destaco o facto de não existir nenhum folheto informativo relativamente à incontinência urinária e às estratégias e intervenções que o utente pode realizar para fazer face ao potencial problema. Considero ser um importante suporte aos utentes, pelo que pretendo elaborar um documento para esse fim.

ANEXOS

Anexo I – Instrumentos de avaliação aplicados em estágio

Escala de força de Medical Research Council (mMRC)

Localização Corporal	Score
Flexão Cotovelo Esquerdo	
Extensão Cotovelo Esquerdo	
Flexão Cotovelo Direito	
Extensão Cotovelo Direito	
Abdução escapulo-umeral Esquerda	
Adução escapulo-umeral Esquerda	
Abdução escapulo-umeral Direita	
Adução escapulo-umeral Direita	
Flexão escapulo-umeral Esquerda	
Extensão escapulo-umeral Esquerda	
Flexão escapulo-umeral Direita	
Extensão escapulo-umeral Direita	
Elevação escapulo-umeral Esquerda	
Elevação escapulo-umeral Direita	

Localização Corporal	Score
Flexão Plantar pé Esquerdo	
Dorsiflexão pé Esquerdo	
Flexão Plantar pé Direito	
Dorsiflexão pé Direito	
Eversão Plantar pé Esquerdo	
Inversão pé Esquerdo	
Eversão Plantar pé Direito	
Inversão pé Direito	
Flexão Joelho Esquerdo	
Extensão Joelho Esquerdo	
Flexão Joelho Direito	
Extensão Joelho Direito	
Flexão coxofemoral Esquerda	
Extensão coxofemoral Esquerda	
Flexão coxofemoral Direita	
Extensão coxofemoral Direita	
Abdução coxofemoral Esquerda	
Abdução coxofemoral Esquerda	
Abdução coxofemoral Direita	
Abdução coxofemoral Direita	

Score	Descrição
0	Sem contração muscular palpável ou visível
1	Contração palpável ou visível mas sem movimento do membro
2	Movimento sem vencer a gravidade ao longo da quase totalidade da amplitude articular
3	Movimento que vence a gravidade ao longo da quase totalidade da amplitude articular, mas não vence resistência
4	Movimento contra resistência moderada ao longo da totalidade da amplitude articular, que vence a gravidade
5	Força normal

Escala de Braden

ESCALA DE BRADEN PARA AVALIAÇÃO DO RISCO DE ÚLCERAS DE PRESSÃO				
Nome do doente: _____	Nome do avaliador: _____	Data da avaliação: _____		
Serviço: _____	Cama: _____	Idade: _____		
Percepção sensorial Capacidade de reacção significativa ao desconforto	<p>1. Completamente limitada: Não reage a estímulos dolorosos (não geme, não se retrai nem se agarra a nada) devido a um nível reduzido de consciência ou à sedação.</p> <p style="text-align: center;">OU</p> <p>capacidade limitada de sentir a dor na maior parte do seu corpo.</p>	<p>2. Muito limitada: Reage unicamente a estímulos dolorosos. Não consegue comunicar o desconforto, excepto através de gemidos ou inquietação.</p> <p style="text-align: center;">OU</p> <p>tem uma limitação sensorial que lhe reduz a capacidade de sentir dor ou desconforto em mais de metade do corpo.</p>	<p>3. Ligeiramente limitada: Obedece a instruções verbais, mas nem sempre consegue comunicar o desconforto ou a necessidade de ser mudado de posição.</p> <p style="text-align: center;">OU</p> <p>tem alguma limitação sensorial que lhe reduz a capacidade de sentir dor ou desconforto em 1 ou 2 extremidades.</p>	<p>4. Nenhuma limitação: Obedece a instruções verbais. Não apresenta défice sensorial que possa limitar a capacidade de sentir ou exprimir dor ou desconforto.</p>
Humidade Nível de exposição da pele à humidade	<p>1. Pele constantemente húmida: A pele mantém-se sempre húmida devido a sudorese, urina, etc. É detectada humidade sempre que o doente é deslocado ou virado.</p>	<p>2. Pele muito húmida: A pele está frequentemente, mas nem sempre, húmida. Os lençóis têm de ser mudados pelo menos uma vez por turno.</p>	<p>3. Pele ocasionalmente húmida: A pele está por vezes húmida, exigindo uma muda adicional de lençóis aproximadamente uma vez por dia.</p>	<p>4. Pele raramente húmida: A pele está geralmente seca; os lençóis só têm de ser mudados nos intervalos habituais.</p>
Actividade Nível de actividade física	<p>1. Acamado: O doente está confinado à cama.</p>	<p>2. Sentado: Capacidade de marcha gravemente limitada ou inexistente. Não pode fazer carga e/ou tem de ser ajudado a sentar-se na cadeira normal ou de rodas.</p>	<p>3. Anda ocasionalmente: Por vezes caminha durante o dia, mas apenas curtas distâncias, com ou sem ajuda. Passa a maior parte dos turnos deitado ou sentado.</p>	<p>4. Anda frequentemente: Anda fora do quarto pelo menos duas vezes por dia, e dentro do quarto pelo menos de duas em duas horas durante o período em que está acordado.</p>
Mobilidade Capacidade de alistar e controlar a posição do corpo	<p>1. Completamente imobilizado: Não faz qualquer movimento com o corpo ou extremidades sem ajuda.</p>	<p>2. Muito limitada: Ocasionalmente muda ligeiramente a posição do corpo ou das extremidades, mas não é capaz de fazer mudanças frequentes ou significativas sozinho.</p>	<p>3. Ligeiramente limitado: Faz pequenas e frequentes alterações de posição do corpo e das extremidades sem ajuda.</p>	<p>4. Nenhuma limitação: Faz grandes ou frequentes alterações de posição do corpo sem ajuda.</p>
Nutrição Alimentação habitual	<p>1. Muito pobre: Nunca come uma refeição completa. Raramente come mais de 1/3 da comida que lhe é oferecida. Come diariamente duas refeições, ou menos, de proteínas (carne ou lacticínios). Ingere poucos líquidos. Não toma um suplemento dietético líquido.</p> <p style="text-align: center;">OU</p> <p>está em jejum e/ou a dieta líquida ou a soros durante mais de cinco dias.</p>	<p>2. Provavelmente inadequada: Raramente come uma refeição completa e geralmente come apenas cerca de 1/2 da comida que lhe é oferecida. A ingestão de proteínas consiste unicamente em três refeições diárias de carne ou lacticínios. Ocasionalmente toma um suplemento dietético.</p> <p style="text-align: center;">OU</p> <p>recebe menos do que a quantidade ideal de líquidos ou alimentos por sonda.</p>	<p>3. Adequada: Come mais de metade da maior parte das refeições. Faz quatro refeições diárias de proteínas (carne, peixe, lacticínios). Por vezes recusa uma refeição, mas toma geralmente um suplemento caso lhe seja oferecido.</p> <p style="text-align: center;">OU</p> <p>é alimentado por sonda ou num regime de nutrição parentérica total satisfazendo provavelmente a maior parte das necessidades nutricionais.</p>	<p>4. Excelente: Come a maior parte das refeições na íntegra. Nunca recusa uma refeição. Faz geralmente um total de quatro ou mais refeições (carne, peixe, lacticínios). Come ocasionalmente entre as refeições. Não requer suplementos.</p>
Fricção e forças de deslizamento	<p>1. Problema: Requer uma ajuda moderada a máxima para se movimentar. É impossível levantar o doente completamente sem deslizar contra os lençóis. Descai frequentemente na cama ou cadeira, exigindo um reposicionamento constante com ajuda máxima. Espasticidade, contraturas ou agitação leva a fricção quase constante.</p>	<p>2. Problema potencial: Movimenta-se com alguma dificuldade ou requer uma ajuda mínima. É provável que, durante uma movimentação, a pele deslize de alguma forma contra os lençóis, cadeira, apoios ou outros dispositivos. A maior parte do tempo, mantém uma posição relativamente boa na cama ou na cadeira, mas ocasionalmente descai.</p>	<p>3. Nenhum problema: Move-se na cama e na cadeira sem ajuda e tem força muscular suficiente para se levantar completamente durante uma mudança de posição. Mantém uma correcta posição na cama ou cadeira.</p>	
Nota: Quanto mais baixa for a pontuação, maior será o potencial para desenvolver uma úlcera de pressão.				Pontuação total
<small>© Copyright Barbara Braden and Nancy Bergstrom, 1989; Versão Portuguesa 2001. Carlos Margato, Cristine Miguéis, Pedro Feneiro, João Gonçalo, Xátia Furtado Grupo Associativo de Investigação em Feridas (GAIF) e Centro de Estudos e Investigação em Saúde da Universidade de Coimbra (CEISUC)</small>				

Índice de Barthel

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

Índice de Barthel – Instruções

Intestinos

0- Incontinente (ou necessita que lhe sejam aplicados clisteres)

5- Acidente ocasional (um / semana)

10- Contidente

Bexiga

0- Incontinente ou algaliado e incapaz da sua utilização

5- Acidente ocasional (um/ dia)

10- Contidente (há mais de 7 dias)

Higiene Pessoal

0- Necessita auxílio nos cuidados pessoais

5- Independente: face/ cabelo/ dentes/ barba (acessórios fornecidos)

Uso da sanita

0- Dependente

5- Necessita alguma ajuda, mas pode fazer parte sozinho

10- Independente (instalar-se e retirar-se, vestir-se, limpar-se)

Alimentação

0- Incapaz

5- Necessita auxílio para cortar, espalhar a manteiga, etc.

Transferências

0- Incapaz - sem equilíbrio sentado

5- Ajuda maior (uma ou duas pessoas, física) – consegue sentar-se

10- Ajuda menor (verbal ou física)

15- Independente

Mobilidade

0- Imóvel

5- Independente em cadeira de rodas, incluindo esquinas, etc.

10- Marcha com ajuda de uma pessoa (verbal ou física)

15- Independente (mas pode usar qualquer auxiliar, p. ex. bengala)

Vestir

0- Dependente

5- Necessita ajuda, mas pode fazer cerca de metade sem ajuda

10- Independente (incluindo botões, fechos, atacadores, etc.)

Escadas

0- Incapaz

5- Necessita ajuda (verbal, física, transporte dos auxiliares)

10- Independente no subir e descer

Banho

0- Dependente

5- Independente (ou no duche)

TOTAL: (0 – 100)

ICIQ-SF

Número inicial

DIA

MÊS

ANO

Muitas pessoas têm por vezes perdas de urina. Estamos a tentar perceber quantas pessoas têm perdas de urina e se esta situação as incomoda. Agradecemos que respondesse às perguntas que se seguem, tendo em conta aquilo que tem sentido, em média, nas ÚLTIMAS QUATRO SEMANAS.

1. Preencha com a sua data de nascimento, s.f.f.:

DIA

MÊS

ANO

2. Sexo (assinale uma):

Feminino Masculino

3. Com que frequência tem perdas de urina? (Escolha uma opção)

- | | | |
|-------------------------------|----------------------|---|
| nunca | <input type="text"/> | 0 |
| uma vez por semana ou menos | <input type="text"/> | 1 |
| duas ou três vezes por semana | <input type="text"/> | 2 |
| uma vez por dia | <input type="text"/> | 3 |
| várias vezes por dia | <input type="text"/> | 4 |
| constantemente | <input type="text"/> | 5 |

4. Gostaríamos de saber a quantidade de urina que acha que perde.

Que quantidade de urina costuma perder (quer use ou não protecção)
(escolha uma opção)

- | | | |
|-------------------------|----------------------|---|
| nenhuma | <input type="text"/> | 0 |
| uma quantidade pequena | <input type="text"/> | 2 |
| uma quantidade moderada | <input type="text"/> | 4 |
| uma grande quantidade | <input type="text"/> | 6 |

5. No geral, a perda de urina interfere muito no seu dia-a-dia?

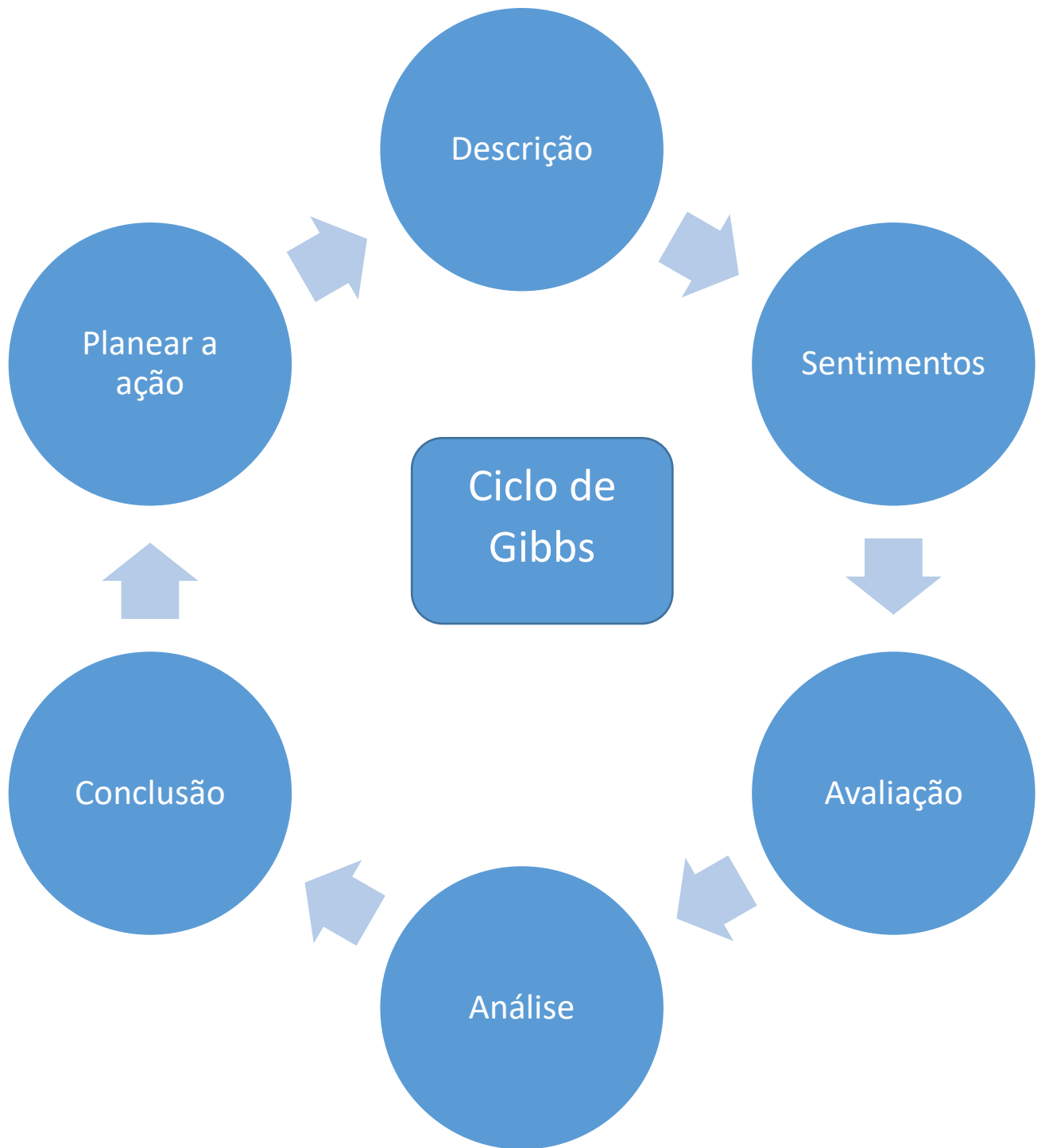
Faça um círculo entre 0 (nada) e 10 (bastante)

- | | | | | | | | | | | |
|------|---|---|---|---|---|---|---|---|---|----------|
| 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 |
| nada | | | | | | | | | | bastante |

pontuação ICIQ: somar pontuações 3+4+5

6. Quando tem perdas de urina? (Escolha todas as opções que se aplicam a si)

- | | |
|---|--------------------------|
| nunca – não tem perdas de urina | <input type="checkbox"/> |
| tem perdas de urina antes de conseguir chegar à casa de banho | <input type="checkbox"/> |
| tem perdas de urina quando tosse ou espirra | <input type="checkbox"/> |
| tem perdas de urina quando está a dormir | <input type="checkbox"/> |
| tem perdas de urina quando está fisicamente activo(a) / a fazer exercício | <input type="checkbox"/> |
| tem perdas de urina quando acabou de urinar e está vestido(a) | <input type="checkbox"/> |
| tem perdas de urina sem razão aparente | <input type="checkbox"/> |
| tem perdas de urina constantemente | <input type="checkbox"/> |



Gibbs, G. (1988). *Learning by Doing: A guide to teaching & learning methods*. Oxford: Oxford Brookes University.

