



**Mestrado em Enfermagem na
Área de Especialização em Enfermagem de Reabilitação
Relatório de Estágio**

**Intervenções de Enfermagem de Reabilitação na Mulher
com Disfunção do Pavimento Pélvico**

Vitória Maria Cabral Inglês Esquível



Lisboa

2022



**Mestrado em Enfermagem na
Área de Especialização em Enfermagem de Reabilitação
Relatório de Estágio**

**Intervenções de Enfermagem de Reabilitação na Mulher
com Disfunção do Pavimento Pélvico**

Vitória Maria Cabral Inglês Esquível



Orientador: Professora Doutora Vanda Lopes da Costa



Lisboa

2022

Não contempla as correções resultantes da discussão pública

A ti, o meu sonho realizado, o maior projeto da minha vida.

AGRADECIMENTOS

À professora Vanda Lopes da Costa, pela sua orientação e desafios constantes ao longo deste trabalho,

Aos enfermeiros especialistas que me orientaram durante os estágios, mostrando-me diariamente a diferença que o enfermeiro de reabilitação pode fazer na vida das pessoas de quem cuidamos,

Ao meu marido, meu companheiro neste projeto e na vida, que me apoiou incondicionalmente e me motivou sempre, com uma enorme paciência para a minha ausência,

Aos meus pais, a minha maior inspiração, a quem tudo devo,

À minha família de sangue e do coração, que tornou este caminho mais fácil,

Aos amigos que fiz neste curso, colegas de profissão e especialidade, com quem partilho a paixão pela reabilitação,

Aos meus colegas de trabalho, por pacientemente acomodarem os muitos ajustes que tiveram que ser feitos para que eu fizesse este percurso,

A todas as pessoas que cuidei durante este caminho,

A todos, a minha eterna gratidão.

LISTA DE SIGLAS

AVC – Acidente Vascular Cerebral

CERP – Consulta de Enfermagem de Reabilitação Pelvi-Perineal

DPOC – Doença Pulmonar Obstrutiva Crónica

EC – Ensino Clínico

ECCI – Equipa de Cuidados Continuados Integrados

EEER – Enfermeiro/a Especialista em Enfermagem de Reabilitação

ESEL – Escola Superior de Enfermagem de Lisboa

LVM – Lesão Vertebro-Medular

MFR – Medicina Física e Reabilitação

NICE - National Institute for Health and Care Excellence

OE – Ordem dos Enfermeiros

PQCEER – Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem de Reabilitação

PTA – Prótese Total da Anca

RFR – Reeducação Funcional Respiratória

RLT – Roper-Logan-Tierney

RNCCI – Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados

RPER – Revista Portuguesa de Enfermagem de Reabilitação

UC – Unidade Curricular

RESUMO

O presente Relatório de Estágio surge na conclusão do Mestrado em Enfermagem na Área de Especialização em Enfermagem de Reabilitação, demonstrando o percurso formativo realizado. Este documento tem como objetivos demonstrar o desenvolvimento de competências na prestação de cuidados de enfermagem de reabilitação à mulher com disfunção do pavimento pélvico, evidenciar o percurso de desenvolvimento de competências no âmbito da enfermagem especializada em reabilitação e demonstrar o desenvolvimento de competências conducentes ao Grau de Mestre.

Como tema central do Relatório de Estágio desenvolveu-se a “Intervenção do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação na Mulher com Disfunção do Pavimento Pélvico”. Esta é uma problemática que afeta mulheres de todas as idades, com consequências físicas, psicológicas, sexuais, sociais e financeiras. Foi realizada uma revisão narrativa da literatura tendo como questão de investigação quais as intervenções de enfermagem de reabilitação implementadas na mulher com disfunção do pavimento pélvico. Observa-se que o Enfermeiro de Reabilitação encontra neste âmbito uma oportunidade de intervenção, através de um leque de intervenções identificadas na literatura.

O referencial teórico norteador deste percurso foi o Modelo de Enfermagem de Roper-Logan-Tierney, pois oferece uma terminologia e fundamentos alinhados com as Competências e Padrões de Qualidade dos cuidados especializados.

A construção do documento obedece a uma metodologia descritiva das atividades desenvolvidas nos contextos de estágio, ligada à reflexão acerca da importância das mesmas para consecussão dos objetivos propostos e desenvolvimento das competências preconizadas para este percurso formativo, nomeadamente as Competências Comuns do Enfermeiro Especialista, as Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação e as competências conducentes à obtenção do Grau de Mestre.

Palavras-chave: Disfunção do Pavimento Pélvico, Enfermagem, Reabilitação, Mulher.

ABSTRACT

The present Internship Report comes at the conclusion of the Master's in Nursing in the Area of Specialization in Rehabilitation Nursing, exhibiting the training path carried out. This document aims to demonstrate the development of skills in the provision of rehabilitation nursing care to women with pelvic floor dysfunction, highlight the course of skills development within the scope of specialized rehabilitation nursing and demonstrate the development of skills leading to obtaining the Master's Degree.

As the central theme of the Internship Report, the "Rehabilitation Nursing Interventions in the Woman with Pelvic Floor Dysfunction" was developed. This is a problematic that affects women of all ages, with physical, psychological, sexual, social and financial consequences. A narrative review of the literature was carried out, having as a research question which rehabilitation nursing interventions were implemented in the woman with pelvic floor dysfunction. In this scope, it is observed that the Rehabilitation Nurse finds an opportunity for intervention, through a range of interventions identified in the literature.

The theoretical framework guiding this path was the Roper-Logan-Tierney Model of Nursing, as it offers the terminology and foundations in line with the Competencies and Quality Standards of specialized care.

The construction of the document follows a descriptive methodology of the activities carried out in the internship environment, linked to the reflection on their importance for the achievement of the proposed objectives and development of the recommended skills for this training path, namely the Common Skills of the Specialist Nurse, the Specific Skills of the Nurse Specialist in Rehabilitation Nursing and the competences leading to obtaining a Master's Degree.

Keywords: Pelvic Floor Dysfunction, Nursing, Rehabilitation, Woman.

ÍNDICE

INTRODUÇÃO	11
1. DESCRIÇÃO E ANÁLISE CRÍTICA DAS ATIVIDADES DESENVOLVIDAS – IMPLEMENTAÇÃO DO PROJETO DE ESTÁGIO	16
1.1. Contextualização dos Locais de Estágio	16
1.2. Desenvolvimento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista	19
1.2.1. Domínio da Responsabilidade Profissional, Ética e Legal	19
1.2.2. Domínio da Melhoria Contínua da Qualidade.....	22
1.2.3. Domínio da Gestão dos Cuidados	24
1.2.4. Domínio do Desenvolvimento das Aprendizagens Profissionais ...	26
1.3. Desenvolvimento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação	30
1.3.1. Cuida de Pessoas com Necessidades Especiais, ao Longo do Ciclo de Vida, em Todos os Contextos da Prática de Cuidados.....	30
1.3.2. Capacita a Pessoa com Deficiência, Limitação da Atividade e/ou Restrição da Participação para a Reinserção e Exercício da Cidadania	37
1.3.3. Maximiza a Funcionalidade Desenvolvendo as Capacidades da Pessoa.....	39
2. AVALIAÇÃO DO PERCURSO E APRENDIZAGENS DE ACORDO COM OS OBJETIVOS DE ESTÁGIO.....	42
2.1. Objetivo 1: Integrar as Dinâmicas Orgânicas e Funcionais dos Locais de Ensino Clínico	43
2.2. Objetivo 2: Colaborar com a Equipa Interdisciplinar Contribuindo para a Melhoria da Qualidade dos Cuidados Prestados.....	44
2.3. Objetivo 3: Desenvolver Competências de Prestação de Cuidados de Enfermagem de Reabilitação à Pessoa com Alterações Motoras, Sensoriais, Cognitivas, Cardíacas, Respiratórias e Alimentação.....	47

2.4. Objetivo 4: Desenvolver Competências de Prestação de Cuidados de Enfermagem de Reabilitação à Mulher com Disfunção do Pavimento Pélvico	50
2.5. Objetivo 5: Avaliar o Desenvolvimento de Competências em Função dos Objetivos Traçados	52
CONSIDERAÇÕES FINAIS	55
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	58

APÊNDICES

APÊNDICE I: PROJETO DE ESTÁGIO

APÊNDICE II: ESTUDO DE CASO – CONTEXTO COMUNITÁRIO

APÊNDICE III: JORNAL DE APRENDIZAGEM: A CONSULTA DE ENFERMAGEM DE REABILITAÇÃO PELVIPERINEAL

APÊNDICE IV: RELATÓRIO DE ESTÁGIO DE OBSERVAÇÃO: A INTERVENÇÃO DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA EM ENFERMAGEM DE REABILITAÇÃO EM OBSTETRÍCIA E GINECOLOGIA

APÊNDICE V: JORNAL DE APRENDIZAGEM: A UTILIZAÇÃO DE INSULFADOR-EXSUFLADOR MECÂNICO NO DOMICÍLIO

APÊNDICE VI: DIAPOSITIVOS DA APRESENTAÇÃO DO PROJETO DE ESTÁGIO À ECCI

APÊNDICE VII: PLANO DE SESSÃO – APRESENTAÇÃO DO PROJETO DE ESTÁGIO NO SERVIÇO DE MFR

APÊNDICE VIII: SUMÁRIO E PRESENCAS – APRESENTAÇÃO DO PROJETO DE ESTÁGIO NO SERVIÇO DE MFR

APÊNDICE IX: DIAPOSITIVOS DA APRESENTAÇÃO DO PROJETO DE ESTÁGIO AO SERVIÇO DE MFR

APÊNDICE X: POSTER “INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM DE REABILITAÇÃO NA MULHER COM DISFUNÇÃO DO PAVIMENTO PÉLVICO” APRESENTADO NO NO WEBINAR “PROJETOS, PERCURSOS E DESAFIOS PARA A ENFERMAGEM DE REABILITAÇÃO”

APÊNDICE XI: ESTUDO DE CASO – CONTEXTO HOSPITALAR, CONSULTA DE ENFERMAGEM DE REABILITAÇÃO PELVIPERINEAL

ANEXOS

ANEXO I: CERTIFICADO DE PARTICIPAÇÃO NA FORMAÇÃO EM SERVIÇO “SUPORTE BÁSICO DE VIDA COM DESFIBRILHAÇÃO AUTOMÁTICA EXTERNA (GUIDELINES AHA) – HANDS-ON”

ANEXO II: CERTIFICADO DE APRESENTAÇÃO DE POSTER NO WEBINAR “PROJETOS, PERCURSOS E DESAFIOS PARA A ENFERMAGEM DE REABILITAÇÃO”

ANEXO III: CERTIFICADO DE PARTICIPAÇÃO NO E-CONGRESSO INTERNACIONAL DE ENFERMAGEM DE REABILITAÇÃO PROMOVIDO PELA ASSOCIAÇÃO PORTUGUESA DOS ENFERMEIROS DE REABILITAÇÃO

INTRODUÇÃO

No âmbito do 12º Curso de Mestrado em Enfermagem na Área de Especialização em Enfermagem de Reabilitação da Escola Superior de Enfermagem de Lisboa (ESEL) está enquadrada a última unidade curricular (UC) Estágio com Relatório. Além de integrar a componente prática de ensino clínico (EC), emergem as dimensões de descrição, análise e avaliação do percurso realizado no curso, relacionadas com o desenvolvimento de competências de enfermeira especialista em enfermagem de reabilitação (EEER) e o Grau de Mestre.

Emerge assim o presente relatório de estágio, cujos objetivos são demonstrar o desenvolvimento de competências na prestação de cuidados de enfermagem de reabilitação à mulher com disfunção do pavimento pélvico, evidenciar o percurso de desenvolvimento de competências no âmbito da enfermagem especializada em reabilitação e demonstrar o desenvolvimento de competências conducentes ao Grau de Mestre.

Este documento está alicerçado no Projeto de Estágio (Apêndice I) elaborado na UC Opção II no segundo semestre do curso e posteriormente operacionalizado em EC. O Projeto de Estágio subordinado à temática “Intervenções de Enfermagem de Reabilitação na Mulher com Disfunção do Pavimento Pélvico” surgiu de um interesse pessoal na intervenção do EEER na grávida e na puérpera que, com pesquisa aprofundada, se afunilou para as questões específicas da disfunção do pavimento pélvico.

O pavimento pélvico é uma rede musculotendinosa localizada na cavidade pélvica. A divisão muscular desta estrutura é controversa mas é amplamente aceite que o músculo levantador do ânus é o principal músculo envolvido, apresentando características únicas que o distinguem de outros músculos, nomeadamente na manutenção do tônus constante (excepto durante a eliminação e a manobra de Valsalva), na capacidade de se contrair rapidamente perante um estímulo para manter a continência e na capacidade de se distender consideravelmente durante o parto e contrair para retornar à sua função normal após o mesmo (Thakar & Sultan, 2020). A disfunção do pavimento pélvico é uma condição na qual os músculos do pavimento pélvico que envolvem a bexiga, canal anal e vagina não funcionam adequadamente, condicionando o aparecimento de sintomas como disfunção da eliminação vesical e

fecal, prolapso dos órgãos pélvicos, disfunção sexual e dor pélvica crônica (National Institute for Health and Care Excellence (NICE), 2021a).

Observou-se que esta é uma problemática transversal à mulher de qualquer idade e em qualquer estadio do ciclo vital, uma vez que os fatores de risco de desenvolvimento desta disfunção na mulher são múltiplos: a gravidez e o parto (Milsom et al., 2017; Yates, 2019a), obstipação crônica, tosse contínua, exercício físico de elevado impacto, envelhecimento (Yates, 2019a), obesidade e histerectomia prévia (Milsom et al., 2017). Esta é uma problemática que afeta muitas mulheres, com consequências físicas (como a incontinência urinária/fecal e o prolapso dos órgãos pélvicos), psicológicas, sexuais, sociais e financeiras (Verbeek & Hayward, 2019). A realização do estágio em diferentes locais permitiu compreender que esta é uma temática com aplicabilidade em diversos contextos da prática de cuidados.

No âmbito dos cuidados especializados em enfermagem de reabilitação surge como uma temática relevante, uma vez que a Mesa do Colégio de Especialidade de Enfermagem de Reabilitação (2015) da Ordem dos Enfermeiros (OE) identifica que a avaliação e as intervenções autónomas do EEER na função de eliminação intestinal e vesical são áreas de investigação prioritária. Após análise da literatura acerca deste tema para a construção do Projeto de Estágio, verificou-se que a mesma é escassa no seio da enfermagem de reabilitação, pelo que urge compreender de que forma deve o EEER intervir junto desta população. Também no Projeto de Estágio (Apêndice I) se identificou que o desenvolvimento desta temática se liga a diversos enunciados descritivos de qualidade do exercício profissional do EEER, sendo eles a procura pela satisfação do cliente, a promoção da saúde, a prevenção de complicações, o bem-estar e o autocuidado, a readaptação funcional e a reeducação funcional (OE, 2015a).

Para dar resposta à questão de investigação “quais as intervenções de enfermagem de reabilitação implementadas na mulher com disfunção do pavimento pélvico?” e face à escassa literatura sobre o tema, optou-se por realizar uma revisão narrativa da literatura, permitindo a inclusão de documentos de diversas tipologias para fundamentar a temática. A realização desta revisão, conforme constante no Projeto de Estágio, permitiu identificar um conjunto de intervenções que o EEER pode aplicar na mulher com disfunção do pavimento pélvico, bem como indicações referentes à dimensão de apreciação no âmbito desta problemática. Observou-se que, além de uma apreciação completa dos sistemas corporais, também as queixas devem ser exploradas em detalhe (Davis, 2010), sendo posteriormente realizado um exame

físico com o objetivo de detetar alterações relevantes e avaliar a força de contração dos músculos do pavimento pélvico (Yates, 2019b). Identificou-se como instrumento de grande relevância nesta dimensão a Escala de Oxford Modificada (Laycock, Whelan & Dumoulin, 2008), tendo surgido a oportunidade de aplicação e treino da mesma repetidamente em contexto de estágio.

Também a realização da referida revisão da literatura permitiu identificar as principais intervenções comportamentais a implementar na mulher com disfunção do pavimento pélvico, como a gestão da obstipação, gestão do peso (Pelvic Obstetric & Gynaecological Physiotherapy, 2018), treino de hábitos na eliminação vesical, redução da ingestão de cafeína (Richardson et al., 2009), entre outros. O fortalecimento da musculatura do pavimento pélvico foi uma das principais intervenções identificadas na literatura, operacionalizando-se através de um plano individualizado (Haslam, 2008). Como complemento desta intervenção, a literatura sugere também a utilização de diversas formas de *biofeedback*, electroestimulação (Arnouk et al., 2017) e através da realização de exercícios abdominais hipopressivos¹ (Araujo, Santos & Postol, 2020; Navarro-Brazález et al., 2020).

Desde o momento da conceção do Projeto de Estágio que se optou por um quadro teórico de referência para orientar este percurso. Decorrente de uma reflexão acerca dos vários modelos de enfermagem existentes, foi selecionado o Modelo de Enfermagem de Roper-Logan-Tierney (RLT) (Roper, Logan & Tierney, 2001). Em contexto de EC, a utilização deste referencial teórico permitiu a realização de uma apreciação sistemática e holística (Williams, 2015) dos utentes cuidados, identificando as suas necessidades atuais e potenciais (Moura et al., 2015), conforme ficou claro nos estudos de caso realizados ao longo deste percurso.

O estágio, na sua componente de prática clínica, realizou-se em contexto comunitário, numa Equipa de Cuidados Continuados Integrados (ECCI), e em contexto hospitalar, num serviço de Medicina Física e Reabilitação (MFR). Devido à situação pandémica, decorridas três semanas do início do estágio no serviço hospitalar, este foi encerrado para utentes com necessidades de MFR, sendo

¹ Os exercícios abdominais hipopressivos podem também ser realizados como estratégia de tratamento conservador, sendo eficazes em mulheres que têm dificuldade na correta identificação dos músculos do pavimento pélvico. Estes exercícios baseiam-se na sinergia entre a parede abdominal e o diafragma com a musculatura do pavimento pélvico (Araujo, Santos & Postol, 2020), fornecendo um estímulo de treino sem a contração voluntária (Navarro-Brazález et al., 2020).

convertido num serviço de cirurgia e ortopedia. Inicialmente encarada como uma situação de adversidade, esta situação revelou-se como uma oportunidade rica de aprendizagem, permitindo o contacto com utentes com outras patologias e necessidades. Neste estágio foi possível acompanhar uma enfermeira que realiza uma consulta de enfermagem de reabilitação pelvi-perineal (CERP), que permitiu aprofundar a temática do projeto. Por fim, foi também realizado um estágio de observação com a duração de cinco turnos num serviço hospitalar de obstetrícia. Este não estava inicialmente planeado, tendo a oportunidade surgido após o início do segundo ano curricular. Observou-se que este último estágio reforçou as aprendizagens específicas inerentes a este projeto, numa população particular, bem como tomar conhecimento de um projeto inovador no âmbito da enfermagem de reabilitação no contexto de obstetrícia, com foco na promoção da saúde e prevenção de complicações no período pós-parto ou pós-operatório ginecológico.

Além da componente de estágio, ao longo deste semestre surgiu também a oportunidade de assistir ao e-Congresso Internacional de Enfermagem de Reabilitação promovido pela Associação Portuguesa dos Enfermeiros de Reabilitação, bem como a participação com a apresentação de um poster no *webinar* “Projetos, Percursos e Desafios para a Enfermagem de Reabilitação” realizado *online* pela ESEL. Foi ainda submetido e aceite para publicação um artigo científico na Revista Portuguesa de Enfermagem de Reabilitação (RPER). O contributo destes elementos para o percurso formativo será discutido oportunamente no corpo deste documento.

No que respeita à estrutura, o corpo deste documento está dividido em dois capítulos. No primeiro, pretende-se proceder a uma descrição e análise crítica das atividades desenvolvidas em EC, alicerçadas no planeamento realizado no Projeto de Estágio (Apêndice I). Este capítulo é desenvolvido em três subcapítulos, referentes à contextualização dos locais de estágio, às Competências Comuns do Enfermeiro Especialista (OE, 2019a) e às Competências Específicas do EEER (OE, 2019b), explanando de que forma as atividades realizadas em EC contribuíram para o desenvolvimento das referidas competências. No segundo capítulo do documento pretende-se realizar uma avaliação do percurso e aprendizagens, fazendo a ponte com os cinco objetivos definidos no Projeto de Estágio (Apêndice I). São eles:

1. Integrar as dinâmicas organizacionais e funcionais dos locais de EC;

2. Colaborar com a equipa interdisciplinar contribuindo para a melhoria da qualidade dos cuidados prestados;
3. Desenvolver competências de prestação de cuidados de enfermagem de reabilitação à pessoa com alterações motoras, sensoriais, cognitivas, cardíacas, respiratórias e alimentação;
4. Desenvolver competências de prestação de cuidados de enfermagem de reabilitação à mulher com disfunção do pavimento pélvico;
5. Avaliar o desenvolvimento de competências em função dos objetivos traçados.

A construção destes objetivos aquando do Projeto de Estágio teve por base a análise do Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista (OE, 2019a), o Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação (OE, 2019b), os Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem de Reabilitação (PQCEER) (OE, 2015a) e as competências definidas para a obtenção do Grau de Mestre² (Ministério da Ciência, Tecnologia e Ensino Superior, 2008).

Por fim, nas considerações finais, realiza-se uma síntese do percurso de desenvolvimento de competências, integrando uma apreciação global e um balanço do mesmo, evidenciando pontes para um futuro profissional de sucesso. Em apêndices e anexos serão incluídos diversos trabalhos desenvolvidos ao longo do semestre e outros documentos devidamente identificados no corpo do trabalho.

Por preferência da autora utilizar-se-á a terceira pessoa ao longo do trabalho. No entanto, em determinadas circunstâncias, se o conteúdo for muito pessoal, será utilizada a primeira pessoa.

² Uma vez que os descritores para obtenção do Grau de Mestre (Ministério da Ciência, Tecnologia e Ensino Superior, 2008) são muito semelhantes aos descritores de Dublin, optou-se por utilizar como referência a legislação portuguesa para descrição das qualificações necessárias para obtenção deste grau académico.

1. DESCRIÇÃO E ANÁLISE CRÍTICA DAS ATIVIDADES DESENVOLVIDAS – IMPLEMENTAÇÃO DO PROJETO DE ESTÁGIO

Neste capítulo pretende-se descrever as atividades desenvolvidas em estágio e explicar de que forma contribuíram para o desenvolvimento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista (OE, 2019a) e das Competências Específicas do EEER (OE, 2019b). Num primeiro subcapítulo considerou-se que seria pertinente fazer uma descrição dos locais de estágio e posteriormente descrever o desenvolvimento das referidas competências nos dois subcapítulos seguintes. Procurar-se-á também fazer uma ponte com o Regulamento dos PQCEER (OE, 2015). Uma vez que serão apresentadas diversas atividades implementadas em contexto de estágio, considera-se imprescindível fundamentar as mesmas em literatura relevante, que será devidamente identificada.

1.1. Contextualização dos Locais de Estágio

O primeiro estágio do curso teve lugar no contexto comunitário, numa ECCI da região de Lisboa, durante 9 semanas. A equipa integra uma EEER que presta cuidados gerais e especializados, nos domicílios da área abrangida pela ECCI. Os cuidados de enfermagem de reabilitação são prestados a pessoas de diversas faixas etárias, desde crianças a idosos, com variadas patologias e necessidades, como o acidente vascular cerebral (AVC), doença pulmonar obstrutiva crónica (DPOC) ou utentes sem diagnóstico definido, mas com necessidades de reabilitação, conforme foi possível observar no Estudo de Caso realizado neste contexto (Apêndice II), entre outros. No que respeita especificamente à enfermagem de reabilitação, foi possível apurar que existe um EEER na equipa, para quem são direcionados os utentes referenciados com necessidades de reabilitação. Nesta unidade o enfermeiro é o gestor de caso. Após atribuição dos casos pela enfermeira coordenadora, a EEER realiza um contacto telefónico para agendar a primeira visita domiciliária. Depois da

realização desta, na qual é feita uma apreciação da pessoa e do seu contexto, é definido um plano de intervenção que contemple uma rede de apoio. Preconiza-se que o acompanhamento dure cerca de 8 semanas, mas deverá ser adaptado às necessidades individuais.

O segundo momento de estágio teve lugar num serviço de MFR de um hospital da região de Lisboa. Este serviço é constituído por 4 quartos, tendo lugar para 18 utentes com necessidades de reabilitação intensiva, estando espacialmente próximo do serviço de reabilitação de ambulatório. Os utentes provêm de uma referenciação da consulta externa ou por qualquer fisiatra do Centro Hospitalar. É um serviço de internamento de adultos, sendo as causas de internamento mais frequentes a reabilitação pós AVC, lesão vertebro-medular (LVM), fraturas (sobretudo do membro inferior), entre outras. Os níveis de dependência dos utentes internados são muito variados e o tempo médio de internamento é habitualmente de 4 semanas para o utente do foro ortopédico, 8 semanas para a pessoa com alterações neurológicas como o AVC e 12 a 16 semanas para a pessoa com LVM. Neste serviço existem 3 EEER que prestam cuidados especializados, mas não de forma exclusiva, em todas as tipologias de turnos. Não existe uma forma de referenciação específica para os cuidados de enfermagem de reabilitação, mas o EEER é um elemento de referência da equipa, sendo mobilizado para situações específicas sempre que necessário. Os utentes atribuídos a cada enfermeiro mudam semanalmente, permitindo haver uma rotatividade na prestação de cuidados. A família assume um papel de destaque no processo de reabilitação dos utentes internados, sendo frequentemente solicitado o seu envolvimento por parte da equipa de saúde. Os enfermeiros de reabilitação do serviço assumem a importância da formação dos cuidadores informais, tendo a preocupação de realizar ensinamentos relativos a diversos cuidados (como os posicionamentos, transferências, cuidados à pele, entre outros), de acordo com as necessidades de cada utente. Infelizmente, devido ao contexto pandémico, houve necessidade de suspender estas sessões, bem como as visitas aos utentes, dificultando o envolvimento da família neste processo.

Embora este seja um contexto de estágio extremamente rico em qualquer percurso formativo de um EEER, a seleção deste local prendeu-se com o facto de uma das EEER do serviço realizar uma CERP, na qual são abordados problemas de disfunção do pavimento pélvico e vesico-esfincterianas, em homens e mulheres. Esta consulta realiza-se duas vezes por semana, nos turnos da manhã, compreendendo

primeiras consultas e consultas de seguimento. Uma descrição mais detalhada deste contexto de estágio tão único surge no Jornal de Aprendizagem realizado (Apêndice III).

Decorridas três semanas desde o início do estágio no serviço de MFR, devido à situação pandémica, este converteu-se num serviço de cirurgia e ortopedia. Inicialmente considerada uma situação adversa, ficou claro que esta mudança poderia enriquecer o percurso de desenvolvimento de competências, permitindo assim o contacto com uma maior variedade de utentes com diversas patologias e necessidades, nomeadamente utentes submetidos a amputação do membro inferior, com fraturas no contexto pré e pós-cirúrgico, com e sem tração, cirurgias abdominais, entre outros. Apesar desta mudança, a CERP continuou a realizar-se, pelo que foi possível o acompanhamento das consultas ao longo de todo o estágio. Este estágio teve a duração de 8 semanas.

O último estágio, com a duração de 5 turnos, teve lugar num serviço de obstetrícia e ginecologia da região do Algarve. Fruto do acaso e de pesquisas relacionadas com congressos e formações realizados no âmbito da enfermagem de reabilitação, foi possível tomar conhecimento da comunicação de uma EEER acerca da implementação de um projeto inovador neste contexto tão específico. Neste serviço, com capacidade para 21 utentes, estão internadas sobretudo mulheres no período pós-parto ou, no âmbito da ginecologia, do foro cirúrgico, nomeadamente para realização de histerectomias. Existe apenas uma EEER que presta exclusivamente cuidados especializados, tendo desenvolvido um projeto de educação para a saúde individualizada, centrada nas alterações fisiológicas decorrentes da gravidez e pós-parto ou na cirurgia ginecológica. Outros aspetos relativos à descrição deste pequeno estágio encontram-se no Relatório de Estágio de Observação realizado (Apêndice IV).

A realização dos estágios nos contextos descritos permitiu o aprofundamento de competências necessárias a este percurso formativo, conforme será explanado nos subcapítulos seguintes.

1.2. Desenvolvimento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista

A OE (2019a) estabelece que, para atribuição do título de especialista, independentemente da especialidade a que se refere, o enfermeiro deve possuir um conjunto de competências transversais a qualquer contexto de prestação de cuidados. Estas abarcam “as dimensões da educação dos clientes e dos pares, de orientação, aconselhamento, liderança, incluindo a responsabilidade de descodificar, disseminar e levar a cabo investigação relevante e pertinente, que permita avançar e melhorar de forma contínua a prática da enfermagem” (OE, 2019a, p.4744).

Considerou-se que seria organizador para a leitura do relatório dividir esta secção nos domínios de competência previstos no documento regulador (OE, 2019a), nomeadamente a responsabilidade profissional, ética e legal; a melhoria contínua da qualidade; a gestão dos cuidados; e o desenvolvimento das aprendizagens profissionais.

1.2.1. Domínio da Responsabilidade Profissional, Ética e Legal

O primeiro domínio de competências a desenvolver pelo enfermeiro especialista faz referência ao aperfeiçoamento de uma prática assente em princípios éticos e deontológicos, direitos humanos e normas legais orientadoras da prática, conjugando não só as melhores práticas como as preferências das pessoas de quem cuida (OE, 2019a). Faz-se uso da palavra “aperfeiçoamento”, uma vez que, se esta é uma dimensão que, se enquanto enfermeira generalista já não podia ficar esquecida, assume agora um lugar de destaque.

Qualquer um dos contextos de estágio permitiu o desenvolvimento deste domínio de competências, uma vez que este é indissociável da prática. A preocupação com a prestação de cuidados assumindo o cliente como um parceiro, como um elemento ativo no processo de cuidados, é agora ainda mais relevante. Na CERP, por exemplo, esta dimensão era bastante notória. Embora o EEER detenha um conjunto

de conhecimentos e experiência que lhe permita fazer face aos problemas apresentados pelos utentes na consulta, em primeiro lugar cabe-lhe selecionar que intervenções poderiam ser adequadas para cada caso em particular. Simultaneamente e face às opções disponíveis, as respostas aos problemas apresentados são construídas em parceria com a pessoa, respeitando as suas escolhas (OE, 2019a). Exemplificando: perante a Sra. A. que se apresentou na consulta com queixas de incontinência urinária de urgência, após a devida apreciação, sugeriu-se um conjunto de intervenções a implementar, nomeadamente o treino vesical (incluindo as estratégias de distração e o planeamento da ingestão hídrica), os exercícios de fortalecimento do pavimento pélvico, entre outras. A utente, que referiu beber cerca de 4 cafés por dia, foi informada que na mulher com incontinência urinária está aconselhada a redução da ingestão de cafeína (NICE, 2021a). A Sra. A. estava renitente a reduzir ou suspender o seu consumo, referindo que era uma coisa da qual disfrutava muito (sic), além de ser um hábito há vários anos. Foi necessário argumentar a favor desta intervenção, informando a utente da fundamentação da mesma. No entanto, foi tida em consideração que esta discussão fosse desprovida de juízos de valor acerca das escolhas da utente (OE, 2015b). Foi necessário negociar um compromisso com a utente, pois tornou-se notório que a Sra. A. queria ver resolvidas as queixas de incontinência urinária, mas não queria abdicar desta ingestão de café. Por fim, a utente comprometeu-se com a ingestão de 2 cafés por dia e reforçar as restantes estratégias ensinadas, assumindo-se satisfeita com o acordo.

No parágrafo anterior ficou explícito que a tomada de decisão nos cuidados especializados surge de uma parceria com o cliente, mas não se esgota nesta. É fundamental o papel da equipa onde o EEER está inserido, precisamente para o mesmo propósito. Um momento onde este debate ocorre por excelência são as passagens de turno, onde existe um número maior de enfermeiros reunidos. No internamento de MFR, por exemplo, estavam até outros profissionais neste momento, nomeadamente o coordenador da equipa de fisioterapia. Assim, os casos eram debatidos e a discussão com diversos elementos acerca das intervenções a implementar tornava-se mais rica. Outro exemplo desta dimensão ocorreu na reunião semanal da ECCI. Cada enfermeiro, enquanto gestor de caso, apresentava os seus utentes e os casos eram posteriormente discutidos entre a equipa de enfermagem, fisioterapeuta, terapeuta ocupacional, técnica de serviço social e psicóloga. Nesta reunião, surgiu a oportunidade de discussão de alguns dos casos acompanhados com

a enfermeira orientadora. Foi também nesta reunião que se discutiu a possibilidade de introdução do insuflador-exsuflador mecânico num utente acompanhado há vários anos pela equipa, ao qual a EEER prestava sobretudo de cuidados do âmbito da reeducação funcional respiratória (RFR) por dificuldade em mobilizar e eliminar secreções, numa situação que se vinha progressivamente a agravar. No âmbito das competências do EEER, foram dados contributos acerca das vantagens e desvantagens da utilização deste dispositivo para potenciar a discussão da sua implementação no contexto, tendo até sido realizada uma formação à equipa acerca do uso do mesmo (Apêndice V). Esta situação faz referência ao papel de consultor que o enfermeiro especialista deve assumir, dadas as competências que detém no âmbito da sua especialidade (OE, 2019a). Outros elementos presentes contribuíram também para a discussão com a sua experiência e conhecimentos, tornando-se num momento rico de reflexão e debate em equipa multidisciplinar.

A prestação de cuidados de enfermagem, quer gerais, quer especializados, surge sempre associada a um respeito pela privacidade e intimidade da pessoa (OE, 2015b). É frequente na prestação de cuidados expor o corpo da pessoa, pelo que esta preocupação deve ser redobrada. Em domicílio, sendo este o contexto da pessoa, esta dimensão está facilitada, tal como na CERP, uma vez que o espaço físico assim o permite. Já em contextos de internamento é necessário ter especial atenção, uma vez que as enfermarias têm vários utentes, sendo por vezes até mistas, em que a barreira física disponível é uma cortina. No entanto, a privacidade assume também uma dimensão para além do físico. O utente tem direito a que a sua informação pessoal e de saúde seja reservada apenas aos profissionais que dele cuidam, a quem esta seja indispensável. Mais uma vez, o espaço físico das enfermarias dificulta esta gestão, pois quando é necessário discutir com os utentes aspetos relativos aos seus cuidados, a referida cortina oferece pouca barreira à partilha do diálogo com os outros utentes do quarto. No internamento de MFR esta dimensão era contornável uma vez que muitas vezes os utentes tinham terapias no ginásio e era possível encontrar um momento de privacidade no quarto. Era dada preferência a estes momentos para intervir junto de alguns utentes cuidados.

É de extrema relevância destacar a importância da confidencialidade no âmbito dos EC. Procurou-se que o anonimato fosse assegurado nos contextos de estágio, mas também no âmbito académico, por exemplo na ocultação de dados identificativos

dos utentes cuidados, enfermeiros orientadores e locais de EC na realização dos diversos trabalhos académicos realizados (OE, 2015b).

1.2.2. Domínio da Melhoria Contínua da Qualidade

O desenvolvimento desta competência surgiu em diversos momentos formativos, conforme será explanado, embora se considere que a duração dos estágios dificulte a conceção e operacionalização de projetos de melhoria de qualidade institucionais. A entrevista inicial com a enfermeira orientadora possibilitou a identificação de áreas de melhoria no âmbito da CERP, por exemplo. Embora neste contexto existam já diversos recursos a que o EEER pode recorrer para facilitar a transmissão de informação aos utentes de quem cuida, identificou-se que poderia ser importante dispor de um folheto subordinado à temática do treino vesical, uma das mais importantes intervenções implementadas no âmbito da consulta. Foi neste contexto que foi desenvolvido o folheto com o tema “Reeducação da Eliminação Urinária: Treino Vesical” e foi também adaptado e revisto um folheto com o tema “Exercícios de Fortalecimento do Pavimento Pélvico”. O primeiro folheto encontra-se em apêndice do Jornal de Aprendizagem realizado acerca da CERP (Apêndice III). Optou-se por não incluir o segundo documento neste relatório, uma vez que foi uma adaptação e revisão de um folheto já existente. Os folhetos são instrumentos já muito utilizados na CERP, pois permitem à pessoa ter um suporte escrito do que foi falado na consulta, podendo consultar a informação mais tarde. Considera-se que a construção e mobilização destes documentos na prática pode contribuir para a melhoria da qualidade dos cuidados prestados, permitindo o acesso da pessoa cuidada a informação atual e relevante para a continuidade dos cuidados no domicílio.

É inegável a apresentação frequente de turnos nos quais o tempo é escasso para os cuidados a prestar. Como tal, numa tentativa de “poupar tempo”, os enfermeiros (e também os assistentes operacionais) por vezes assumem práticas de risco para a sua própria saúde, desconsiderando dimensões como a ergonomia na realização de levante e transferências a utentes. O EEER detém conhecimentos avançados nestes domínios, devendo agir como uma pessoa de referência na implementação de práticas seguras para evitar danos, quer a profissionais de saúde,

quer a utentes (OE, 2019a). Os conhecimentos desenvolvidos na componente teórica do curso permitiram não só estar alerta para as práticas de risco, mas também tomar conhecimento dos procedimentos adequados neste âmbito, tendo sido possível o seu treino em estágio no contexto hospitalar e no contexto comunitário. Em ECCI surgiu também a oportunidade de realizar educação para a saúde aos cuidadores de utentes dependentes acerca dos princípios de prestação de cuidados seguros, o que é particularmente relevante, dado que em domicílio frequentemente não existem determinadas condições facilitadoras como em contexto institucional (como camas que elevem o plano, por exemplo).

Os registos de enfermagem são uma componente fundamental no âmbito da melhoria da qualidade. Em todos os contextos de estágio o programa utilizado foi o *SClinico*, tendo surgido a oportunidade de treinar a realização de registos, de acordo com os procedimentos específicos de cada instituição. No entanto, importa também destacar a importância da plataforma *Gestcare*, utilizada no âmbito da Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados (RNCCI). Nesta são realizados registos de admissão, evolução (obedecendo a intervalos temporais específicos), de referenciação e de alta. A utilização desta plataforma enquadra-se no leque de conhecimentos já obtidos no decorrer da atividade profissional numa unidade de Média Duração e Reabilitação da RNCCI, no entanto foi possível a realização destes registos no contexto de ECCI.

Dada a situação atual no que se refere ao contexto pandémico, as medidas de prevenção e controlo de infeção assumem um caráter de ainda maior destaque na prestação de cuidados, cabendo ao EEER coordenar a implementação e manutenção de medidas neste âmbito (OE, 2019a). Na ECCI está preconizado que a visita domiciliária obedece a procedimentos específicos de controlo de infeção, facultados pela enfermeira orientadora no início do EC e aplicados ao longo do mesmo. Também em contexto hospitalar foram aplicadas medidas neste âmbito, quer preventivas, quer em utentes com isolamento estabelecido. Previamente ao início do estágio no serviço de obstetrícia, a unidade hospitalar solicitou que fosse realizado o “Curso de Controlo de Infeção para Estagiários” via e-learning, tendo sido o mesmo concluído com a classificação de 95%.

1.2.3. Domínio da Gestão dos Cuidados

No contexto comunitário, nos primeiros turnos realizados, foi possível conhecer os diversos elementos da equipa de ECCI, incluindo enfermeiros generalistas, assistentes operacionais, psicóloga, fisioterapeuta e terapeuta ocupacional, entre outros. Ao longo das semanas de EC foi possível compreender de que forma os diferentes elementos se articulam. O EEER tem uma relação profissional próxima de colaboração com os enfermeiros generalistas, partilhando a mesma sala de trabalho, onde são frequentemente discutidos casos clínicos e onde é organizado o trabalho ao longo do dia. Formalmente, a reunião semanal com todos os elementos da ECCI permite a discussão acerca dos utentes que estão a ser acompanhados pela equipa, na qual são sugeridas intervenções por todos os elementos. Nas reuniões realizadas durante o EC houve oportunidade de participar discutindo os casos dos utentes acompanhados, colaborando nas decisões tomadas em equipa (OE, 2019a).

A organização do trabalho na equipa no contexto da ECCI, acaba por não competir ao EEER, uma vez que cada enfermeiro gere a distribuição do seu dia de trabalho. No entanto, a negociação de recursos necessários para a prestação de cuidados de qualidade (OE, 2019a) é frequente e nesta incluem-se, por exemplo, a obtenção de produtos de apoio para a prática do EEER. Foi observada a ação da enfermeira orientadora e posteriormente treinadas competências neste âmbito, nomeadamente através da coordenação com outros elementos da equipa (como por exemplo a técnica de serviço social) ou da comunidade.

Em contexto hospitalar, uma vez que é naturalmente de maior dimensão, foi necessário mais tempo para conhecer os diversos elementos da equipa. O contacto com os enfermeiros generalistas, outros EEER e assistentes operacionais é muito frequente, mas progressivamente foi possível conhecer e articular com outros elementos. Surgiu a oportunidade de transmitir informação e discutir casos clínicos dos utentes cuidados com os diversos elementos da equipa de enfermagem e em passagem de turno. Durante o EC surgiram algumas oportunidades de articulação com diversos profissionais, como por exemplo a nutricionista, nomeadamente na realização de ajustes da dieta fornecida tendo em conta preferências dos utentes e prevenção de complicações. Destaca-se uma situação particular na qual foi possível desenvolver intervenções em colaboração com um fisioterapeuta da equipa para

realização do primeiro levante de um utente no período pós-cirúrgico e organização das intervenções sensoriomotoras a implementar, com vista a uma gestão eficaz do tempo dos profissionais e da colaboração do utente ao longo do dia. A delegação de tarefas a assistentes operacionais, por exemplo, é uma realidade constante neste contexto. Surgiu a oportunidade de demonstração de algumas técnicas específicas, como por exemplo as transferências de forma segura e ergonómica. Esta dimensão é fundamental para garantir que as tarefas delegadas são realizadas com segurança e qualidade (OE, 2019a).

Em contexto hospitalar, no serviço de obstetrícia, foi possível estar presente diariamente nas passagens de turno e conhecer alguns dos elementos presentes, nomeadamente enfermeiros generalistas e enfermeiros especialistas em enfermagem de saúde materna e obstétrica. Destaca-se a colaboração com enfermeiros especialistas em saúde materna e obstétrica presentes no serviço, uma vez que, durante as sessões de educação para a saúde realizadas pelo EEER, frequentemente surgiam situações que requeriam a intervenção desta área especializada. Perante estas questões, cabe ao EEER referenciar a utente para os referidos enfermeiros, reconhecendo as áreas de intervenção e os perfis de competência definidos para cada especialidade (OE, 2015a). A duração e os objetivos definidos para este estágio não foram compatíveis com um conhecimento e articulação mais aprofundado com os restantes membros da equipa.

Apesar de se tratarem de estágios com uma data de fim prevista, a dimensão de conhecer a equipa multidisciplinar é muitíssimo relevante para o desenvolvimento de competências de prestação de cuidados de enfermagem especializados, conforme se verificou neste subcapítulo. Foi precisamente esta dimensão de reconhecimento dos papéis e funções dos elementos da equipa que permitiu a colaboração na tomada de decisão em equipa, a ação de consultoria/assessoria perante, por exemplo, enfermeiros generalistas e assistentes operacionais, a cooperação na organização do trabalho diariamente, a referenciação e a colaboração com outros elementos da equipa de saúde e delegação de tarefas (OE, 2019a).

1.2.4. Domínio do Desenvolvimento das Aprendizagens Profissionais

No domínio das atividades profissionais, está definido que o enfermeiro especialista deve desenvolver o seu autoconhecimento e assertividade, dada a importância que estas dimensões têm no estabelecimento de relações terapêuticas e multiprofissionais (OE, 2019a). Considera-se que esta é uma dimensão que não se iniciou nem finda com a realização do curso, mas é sim uma aprendizagem constante, que requer investimento pessoal. Ainda assim, os estágios providenciaram ambientes ricos para desenvolvimento destas competências.

Destaca-se o treino de competências relacionais no contexto da CERP, tendo sido uma oportunidade de discussão e análise com a enfermeira orientadora. O contexto de prestação de cuidados em consulta de enfermagem revela-se muito desafiante e levou a sentimentos frequentes de insegurança acerca de como conduzir a relação interpessoal. É necessário identificar estratégias de motivação que o EEER deve empregar e simultaneamente demonstrar sensibilidade face a um tema que muitas vezes pode suscitar vergonha ou embaraço na pessoa. Contactou-se que não era suficiente deter conhecimentos teóricos acerca das intervenções a implementar, sendo sobretudo necessário demonstrar competências relacionais, pelo que foi necessário aprofundar conhecimentos nesta área. Esta temática foi abordada no Jornal de Aprendizagem realizado (Apêndice III), tendo sido um dos aspetos mais desafiantes encontrados neste campo de estágio. O desenvolvimento das competências relacionais com os utentes sofreu melhorias progressivas com a experiência na CERP, bem como um aprofundamento da autoperceção, através do apoio e *feedback* da enfermeira orientadora, permitindo a adaptação às diversas situações que surgiram no contexto da consulta. É importante considerar que a CERP constituiu, por excelência, uma oportunidade de desenvolvimento da competência D1 das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista, permitindo o aprofundamento do autoconhecimento e o próprio impacto no estabelecimento da relação terapêutica (OE, 2019a).

No entanto, não só na relação de cuidados esta dimensão é relevante. É fundamental que se desenvolvam relações eficazes na equipa multiprofissional e, para tal, também o enfermeiro precisa de ter um aprofundado conhecimento de si e das suas limitações. Uma das maiores dificuldades foi a timidez sentida no decorrer destes

EC. Num contexto de novidade, observou-se que ultrapassar o constrangimento sentido é um desafio, sendo necessário um esforço considerável de forma a encontrar estratégias que permitam que as interações se tornem mais confortáveis, progredindo assim nas relações interpessoais, mesmo com pares. Os locais de estágio, bem como os profissionais dos mesmos, foram facilitadores nesta vertente e foi possível o desenvolvimento de relações profissionais eficazes, quer com pares, quer com outros elementos da equipa multidisciplinar.

Conforme previsto no Projeto de Estágio, a dimensão da formação constituiu um papel muito relevante neste percurso. O enfermeiro especialista assume um papel ativo na identificação de necessidades de formação e desenvolvimento das mesmas (OE, 2019a). No âmbito da formação em serviço, o estágio em ECCL revelou-se um contexto muito rico. Na entrevista inicial foi possível ficar a conhecer a preocupação que a equipa tem na realização de formações frequentes, habitualmente antes de cada reunião semanal. Numa das primeiras semanas surgiu a oportunidade de presenciar a formação subordinada ao tema “Cuidar em Pandemia”, ministrada por diversos elementos da equipa interdisciplinar, na qual foram apresentados os cuidados prestados a utentes acompanhados por ECCL que tinham estado previamente infetados com o vírus SARS-CoV-2. Foram apresentados aspetos importantes como o controlo da dor, realização de mobilizações e exercícios respiratórios de expansão pulmonar, gestão da oxigenoterapia no domicílio e a gestão da dieta. Foi possível ainda frequentar a formação “Suporte Básico de Vida com Desfibrilhação Automática Externa (Guidelines AHA) – Hands-on” (cujo certificado de participação se encontra no Anexo I), ministrada a toda a equipa.

Quer em contexto comunitário, quer em contexto hospitalar, surgiu a oportunidade de apresentação do Projeto de Estágio à equipa. Considerou-se que seria importante dar destaque aos conteúdos desenvolvidos no âmbito da temática do projeto por ser um tema habitualmente pouco explorado no âmbito da enfermagem de reabilitação, mas apresentando também brevemente o percurso académico e os objetivos do estágio.

Em ECCL, a apresentação foi realizada no dia 9 de novembro de 2021. Nesta foram dados a conhecer à equipa o percurso até ao momento no curso de mestrado, os objetivos do EC e uma visão da temática “Intervenções de Enfermagem de Reabilitação na Mulher com Disfunção do Pavimento Pélvico”, constituindo um momento de formação em serviço. Os diapositivos da apresentação encontram-se em

apêndice (Apêndice VI). Uma vez que esta formação foi realizada a toda a equipa, incluindo fisioterapeuta, terapeuta ocupacional, enfermeiros, estudante de medicina, psicóloga e técnica de serviço social, houve a necessidade de adequar o aprofundamento nos conceitos apresentados. Esta formação teve a duração de 15 minutos com um período de discussão muito rico, no qual diversos elementos participaram. A fisioterapeuta da equipa intervém também nesta área junto de mulheres idosas e grávidas, em cursos de preparação para o parto, e deu a conhecer algumas das suas intervenções.

Ainda na entrevista inicial à enfermeira orientadora da ECCL foi identificado que haveria necessidade de ministrar formação à equipa no que respeita à utilização do insuflador-exsuflador mecânico. Uma vez que a utilização deste dispositivo é da competência do EEER, foi planeada uma formação à equipa com o tema “A Utilização de Insuflador-Exsuflador Mecânico em Domicílio”. Foi realizado um Jornal de Aprendizagem (Apêndice V), no qual está contemplada a realização da revisão narrativa elaborada para enquadramento teórico e a componente formativa à equipa. Incluíram-se em apêndice do referido documento o planeamento da sessão e os diapositivos da mesma, apresentados no dia 7 de dezembro de 2021. Estiveram presentes diversos elementos da equipa, nomeadamente enfermeiros generalistas, a enfermeira orientadora, terapeuta ocupacional e psicóloga. A realização desta apresentação decorre de um diagnóstico de necessidades formativas da equipa, tendo sido um momento favorecedor da aprendizagem dos seus diversos elementos, o que contribuiu para o desenvolvimento da competência D2.1 das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista (OE, 2019a).

No contexto hospitalar, à semelhança do contexto comunitário, foi feita a proposta de apresentação do projeto à equipa, tendo sido aceite. Os objetivos foram semelhantes aos previamente descritos, havendo necessidade de adequar brevemente os conteúdos, uma vez que o público-alvo seriam apenas enfermeiros. A apresentação foi realizada no dia 11 de janeiro de 2022, estando presentes o enfermeiro chefe, enfermeiros generalistas, três EEER e uma estudante da especialidade em enfermagem de reabilitação de outra instituição. Foi realizado um plano de sessão de formação em serviço (Apêndice VII) e preenchido o documento de sumário e presenças (Apêndice VIII) de acordo com os documentos do Centro Hospitalar, tendo a instituição emitido um certificado de participação de formação em serviço aos participantes. Os diapositivos da apresentação encontram-se em

apêndice (Apêndice IX). Embora não tenha sido realizada uma avaliação formal da formação, o enfermeiro chefe fez uma apreciação muito favorável acerca das competências de comunicação, de transmissão dos conteúdos e do uso do meios audiovisuais. Os colegas presentes destacaram verbalmente que a formação tinha sido muito interessante, com conteúdos pouco abordados habitualmente. A enfermeira orientadora da CERP sublinhou a relevância da apresentação no contexto da consulta, dando a conhecer as intervenções que nela são desenvolvidas, sendo um projeto muito adequado ao contexto de estágio.

No estágio no serviço de obstetrícia, dada a sua brevidade, não foi possível a apresentação do projeto à equipa. No entanto, o mesmo foi partilhado com a enfermeira orientadora, uma vez que aborda aspetos relevantes para a prática do EEER naquele contexto, permitindo divulgar e eventualmente incorporar os conhecimentos desenvolvidos na prática, conforme define a OE (2019a).

O Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista (OE, 2019a) define que este, além de formador, atua como um agente ativo no âmbito da investigação, organizando e divulgando os resultados provenientes da evidência, contribuindo para o conhecimento e desenvolvimento da disciplina e da prática. Embora não tenha sido inicialmente previsto no Projeto de Estágio, surgiram duas oportunidades de divulgar o trabalho que tem vindo a ser desenvolvido no âmbito da temática da disfunção do pavimento pélvico. Foi apresentado um poster com o mesmo tema do Projeto na ESEL (Apêndice XI), no *webinar* “Projetos, Percursos e Desafios para a Enfermagem de Reabilitação”, no dia 25 de outubro de 2021, cujo certificado de participação se encontra em anexo (Anexo II). Ainda no âmbito deste objetivo, foi submetido e aceite para publicação um artigo científico subordinado à mesma temática do projeto na RPER.

Ao longo dos estágios, sobretudo numa fase inicial, foi importante perspetivar a própria intervenção em cada contexto. Dada a natureza tão díspar de cada contexto tornou-se relevante compreender como é que poderiam maximizar-se os contributos que cada local de EC poderia dar para este percurso formativo. Em todos os estágios foi demonstrada proatividade na procura de experiências de aprendizagem e de oportunidades de intervenção. Embora seja um contexto académico, esta é uma competência que não se esgota neste percurso, mas que será fundamental ao longo da prática enquanto enfermeira especialista (OE, 2019a).

1.3. Desenvolvimento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação

À semelhança do que foi descrito para as Competências Comuns do Enfermeiro Especialista, também o Regulamento das Competências Específicas do EEER identifica um conjunto de competências clínicas especializadas que são esperadas no seu exercício profissional (OE, 2019b). As competências específicas surgem na área de intervenção própria de cada especialidade e respondem com um elevado grau de adequação às necessidades apresentadas pelas pessoas cuidadas (OE, 2019a). Considerou-se que seria organizador para a leitura do relatório dividir esta secção de acordo com as três competências previstas no documento regulador. A descrição realizada obedece à ordem com que surgem as unidades de competência e critérios de avaliação no referido documento.

1.3.1. Cuida de Pessoas com Necessidades Especiais, ao Longo do Ciclo de Vida, em Todos os Contextos da Prática de Cuidados

A primeira competência definida para o EEER elucida que cabe a este profissional identificar necessidades, conceber, implementar e avaliar planos e programas especializados em função das necessidades de enfermagem de reabilitação das pessoas de quem cuida, com objetivo à reintegração e participação na sociedade, em diferentes contextos (OE, 2019b). Observa-se que esta competência está alinhada com o que o Modelo de Enfermagem de RLT define como enfermagem individualizada, operacionalizando-a nas etapas de apreciar, planear, implementar e avaliar (Roper, Logan & Tierney, 2001). Considera-se que esta competência foi largamente desenvolvida quer no contexto comunitário, quer no contexto hospitalar, nas suas diversas dimensões.

Ao longo dos estágios surgiu a oportunidade de aplicar diversos instrumentos de apreciação relevantes no âmbito da prestação de cuidados de enfermagem de reabilitação, de acordo com as necessidades de cada utente. Quer em contexto

hospitalar, quer comunitário, foram utilizados instrumentos de avaliação que pertenciam ao leque de conhecimentos adquiridos enquanto enfermeira generalista como a Escala de Glasgow, de Barthel, de Braden ou de Morse. Já no domínio dos instrumentos a que o EEER recorre, foi frequentemente realizada a avaliação da força muscular com a escala do *Medical Research Council* aplicada em diversos utentes, estando um exemplo desta utilização explanado no Estudo de Caso elaborado em ECCI (Apêndice II). Também em internamento, foi possível recorrer à Medida de Independência Funcional com o apoio da enfermeira orientadora, uma vez que é um instrumento que requer particular cuidado no seu preenchimento por apresentar diversos parâmetros. Numa ocasião surgiu a oportunidade de aplicar a *American Spinal Injury Association Impairment Scale* em conjunto com uma das médicas do serviço, numa utente com tetraparésia secundária a cirurgia, sendo possível realizar a avaliação sensorial e motora, bem como a apreciação dos dados para posterior classificação da lesão. Foi uma excelente oportunidade de aprendizagem, sobretudo por ter ocorrido um momento de debate no qual foram discutidas as implicações da classificação da lesão, nomeadamente no prognóstico da pessoa.

Na dimensão respiratória, também em internamento surgiu a oportunidade de praticar a auscultação pulmonar, realizada de acordo com os princípios aprendidos na componente teórica do curso: de forma sistemática e simétrica, ao longo do ciclo respiratório (Cordeiro & Menoita, 2012). Uma vez que foi possível a realização da auscultação ao mesmo utente durante vários dias consecutivos, prévia e posteriormente à realização da intervenção, foi possível aprender mais facilmente a distinção entre os sons auscultados, bem como a relação do observado durante a auscultação com outros dados de apreciação da função respiratória como o padrão respiratório (frequência, ritmo, amplitude, predomínio e simetria) e a saturação periférica de oxigénio.

No contexto da CERP foi possível praticar competências de apreciação do utente (sobretudo mulheres, mas também indivíduos do sexo masculino) com disfunção do pavimento pélvico. Foram mobilizados instrumentos específicos de apreciação como a Escala de Oxford Modificada, prevista no Projeto de Estágio, mas também tomar conhecimento de outros instrumentos relevantes como a Escala de Ditrovie-10, Escala de Jorge Wexner, entre outros. O exame físico foi sendo progressivamente aperfeiçoado ao longo das consultas, nomeadamente com o uso da Escala de Oxford Modificada. A utilização destes e outros instrumentos, em conjunto com a recolha de

informação acerca dos utentes, permitiu realizar uma apreciação dos mesmos, contemplando a avaliação da funcionalidade nos diversos domínios (motor, sensorial, cognitivo, da eliminação, entre outros), concretizando a unidade de competência J1.1. das competências do EEER (OE, 2019b).

Ainda relativo a esta unidade de competência, também a utilização do Modelo de Enfermagem de RLT, patente na realização dos estudos de caso, facilitou a avaliação do risco de alterações da funcionalidade, alterações já instaladas que inibissem a realização das atividades de vida, bem como fatores facilitadores e inibidores do contexto dos utentes cuidados (OE, 2019b). Observa-se que as atividades de vida descritas no Modelo de Enfermagem de RLT constituem uma terminologia alinhada com os níveis de funcionalidade descritos pela OE (2019b) – respiratório, alimentação, eliminação, sexualidade, entre outros – facilitando a apreciação e identificação da necessidade de cuidados de enfermagem de reabilitação.

É precisamente de uma apreciação completa que decorre a identificação de diagnósticos de enfermagem de reabilitação, em resposta às necessidades que cada utente apresenta. A realização de diagnósticos de enfermagem de reabilitação foi organizadora do pensamento aquando da apreciação das necessidades dos utentes cuidados diariamente, mas também na realização dos estudos de caso realizados (Apêndices II e XI). Em ambos os documentos, de acordo com uma preferência pessoal, recorreu-se à taxonomia de enfermagem NANDA para elaboração dos diagnósticos, uma vez que se considera que oferece uma linguagem simples e bem organizada de acordo com as necessidades dos utentes.

Embora o EEER realize uma apreciação da pessoa e identifique necessidades de intervenção, o utente assume sempre um papel central neste processo enquanto decisor no seu projeto de saúde. Os estudos de caso, por exemplo, espelham que a hierarquização da intervenção obedeceu às prioridades definidas pelas próprias utentes. Na CERP esta dimensão é muito clara. Diariamente o processo dos utentes agendados para o dia era consultado, estabelecendo um plano de dados a colher e sugestão de algumas intervenções a implementar na consulta, discutindo-o com a enfermeira orientadora. É de salientar que este plano servia apenas como uma ferramenta estruturante do pensamento, mas requeria adaptação na sua aplicação, uma vez que ao longo da consulta os utentes apresentavam informações que não tinham sido previamente consideradas ou havia necessidade de adequar as

intervenções sugeridas pela literatura ao contexto específico de cada pessoa, reformulando constantemente o plano de cuidados. Este plano era discutido com a pessoa, na primeira consulta ou em consultas subsequentes, tendo até em uma ocasião sido discutido também com um familiar, uma vez que a utente apresentava alterações da memória e sensoriomotoras. A CERP é um contexto no qual os utentes acompanhados assumem um papel muitíssimo ativo, sendo necessário que se comprometam com um plano de reabilitação que os motive e que esteja adaptado à sua vida, caso contrário a pessoa não lhe dará continuidade em domicílio. Esta dimensão é conseguida através de uma discussão com a pessoa acerca de práticas de risco (tabagismo, consumo de cafeína, hábitos de eliminação ineficazes, entre outros) e das alterações da função já identificadas, definindo em parceria as estratégias a implementar e quais os resultados esperados, na promoção da qualidade de vida da pessoa (OE, 2019b).

Decorrente do levantamento diagnóstico de necessidades de cuidados de enfermagem de reabilitação, cabe ao EEER implementar planos de intervenção de redução do risco de alterações e/ou programas de reeducação perante alterações já instaladas, nos diversos níveis (OE, 2019b). As intervenções observadas no estágio no serviço de obstetria são o perfeito exemplo da intervenção do EEER no âmbito da redução do risco de alteração da funcionalidade a nível motor, sensorial, cardíaco, respiratório, da alimentação, da eliminação e da sexualidade (OE, 2019b). O projeto inovador desenvolvido pela enfermeira orientadora tem como alvo as alterações fisiológicas que surgem na gravidez e no parto, numa ótica de promover uma otimização destas funções e prevenir complicações. As sessões individualizadas de educação para a saúde compreendem intervenções como a reeducação diafragmática e costal, ensino da tosse dirigida, correção postural, ensino do treino intestinal, ensino de hábitos alimentares saudáveis, ensino de adoção de posturas corretas nos cuidados ao bebé, treino de exercícios de amplitude articular ativos dos membros inferiores, músculos abdominais e músculos do pavimento pélvico, tão fundamentais quer no período pós-parto, quer após a realização de cirurgia ginecológica (Martins, 2021). Embora definido como um estágio de observação, surgiu a oportunidade de implementação destas intervenções sob supervisão da enfermeira orientadora, permitindo o treino destas competências, conforme identificado no Relatório de Estágio de Observação (Apêndice IV).

No âmbito dos cuidados respiratórios, regista-se o caso de utente acompanhado em contexto hospitalar. O Sr. A., de 82 anos, utente com antecedente de DPOC, foi internado por fratura transtrocantérica com necessidade de tração cutânea, tendo desenvolvido uma pneumonia a SARS-CoV-2 e pneumonia de aspiração em internamento. O utente foi acompanhado ao longo de vários turnos, incluindo nos períodos pré e pós-operatório. O Sr. A. evidenciava alterações a nível respiratório como a necessidade de oxigenoterapia por óculos nasais e limpeza ineficaz das vias aéreas, tendo sido até adiado o procedimento cirúrgico ortopédico devido a este quadro. Assim, no período pré-operatório, os cuidados prestados ao Sr. A. foram centrados nesta vertente, através da realização de RFR. Através da intervenção do EEER, esta terapia atua na ventilação externa, com o objetivo de melhorar a ventilação alveolar (Heitor et al., 1988). De acordo com os mesmos autores, as intervenções implementadas no período pré-operatório tiveram como objetivos assegurar a permeabilidade das vias aéreas, redução da tensão psíquica e muscular, prevenção e correção de alterações músculo-esqueléticas e prevenção e correção dos defeitos ventilatórios. Para tal, foram realizadas posições de relaxamento, técnicas de controlo da respiração e dissociação dos tempos respiratórios, movimentos respiratórios amplos com ênfase na fase expiratória associados à manobra acessória vibratória para minimização do desconforto no utente, ensino da tosse dirigida, reeducação diafragmática e costal inferior e exercícios de mobilização articular da cintura escapular (Heitor et al., 1988). Os cuidados respiratórios ao utente requeriam uma necessidade de adaptação constante, uma vez que por vezes este encontrava-se mais sonolento e com capacidade diminuída de colaborar nas intervenções. Também a tração cutânea limitou a realização de outras intervenções respiratórias, como por exemplo a drenagem postural. No entanto, foi observado que a intervenção conduziu a uma melhoria do padrão ventilatório, evidente também no aumento da saturação periférica de oxigénio, diminuição dos ruídos respiratórios e aumento do conforto do utente, sendo possível realizar um desmame gradual da oxigenoterapia ao longo de vários dias. Posteriormente o utente foi submetido a encavilhamento cefalomedular curto do fémur. Foi dada continuidade de cuidados ao Sr. A., tendo a perspetiva de acompanhamento também no pós-cirúrgico. Nesta fase mantiveram-se as intervenções respiratórias, mas deu-se início a uma maior ênfase na reabilitação motora do utente.

Considera-se que o domínio sensoriomotor foi provavelmente o mais desenvolvido em contexto de estágio, quer em contexto hospitalar, quer em contexto comunitário. Ainda relativamente ao Sr. A., após a cirurgia ortopédica e mediante a melhoria do estado geral do utente, foram iniciados exercícios de fortalecimento muscular dos membros superiores e inferiores, bem como treino de equilíbrio na posição sentada. Posteriormente foi possível realizar o primeiro levante, mediante a sua tolerância na vertente hemodinâmica e no que respeita à dor. Até ao término do estágio não foi possível iniciar o treino de marcha, no entanto o utente era já capaz de permanecer em pé com recurso a andarilho.

Também a utente acompanhada na ECCI, sobre a qual foi realizado um Estudo de Caso, evidenciou uma importante dimensão de reeducação funcional motora, através do treino de equilíbrio, fortalecimento muscular, transferências e, posteriormente, marcha (Apêndice II). Uma vez que ocorreu o acompanhamento da utente em diversas visitas domiciliárias, foi possível ter uma perspetiva que permitiu a monitorização da evolução e dos resultados a nível funcional, concretizando a competência J1.4 do Regulamento das Competências Específicas do EEER (OE, 2019b).

No âmbito da reeducação da eliminação, a CERP foi o contexto de estágio onde esta dimensão foi desenvolvida com maior detalhe. Um dos principais motivos pelos quais os utentes recorrem à consulta é a incontinência urinária, podendo também apresentar incontinência intestinal. Foram implementadas as intervenções previamente estudadas de reabilitação da pessoa com disfunção do pavimento pélvico, com destaque para o fortalecimento muscular e o *biofeedback*. Os exercícios de fortalecimento da musculatura pélvica têm efeito a nível das queixas de incontinência urinária e anal, uma vez que por via da sua contração, quer a uretra, quer o reto são comprimidos, auxiliando na manutenção da continência (Santos, 2012). A eletroestimulação, ainda pouco usada pelo EEER em Portugal, estimula a contração muscular através da aplicação de uma baixa voltagem através da utilização de elétrodos vaginais ou anais, substituindo a contração fisiológica voluntária ao fornecer um estímulo propriocetivo (Santos, 2012). Infelizmente não foi possível a prática do uso da electroestimulação uma vez que o aparelho se encontrava indisponível. No entanto, foi possível aprofundar algumas dimensões que não foram inicialmente trabalhadas com tanta profundidade no Projeto de Estágio: na pessoa com disfunção pelviperineal, as intervenções referidas surgem em sinergia com outras

intervenções na pessoa com alterações da função da eliminação, como o treino de hábitos e o treino intestinal. O Estudo de Caso realizado acerca de uma utente acompanhada na CERP (Apêndice XI) espelha precisamente estas dimensões de reeducação da eliminação.

A implementação dos programas de reeducação funcional pelo EEER deve obedecer também a uma preocupação com a segurança na sua realização (OE, 2019b). Embora esta seja uma dimensão muito abrangente, foram encontrados diversos momentos nos quais esta vertente foi considerada na prestação de cuidados. No contexto dos cuidados ao utente do foro ortopédico, nomeadamente no período após a colocação de uma prótese total da anca (PTA), na implementação dos programas de treino motor, por exemplo, o EEER não pode nunca deixar de considerar o risco de luxação da prótese colocada. Idealmente seria de considerar a realização de uma sessão pré-operatória onde pudesse ser realizado o ensino acerca de precauções relacionadas com o tipo de prótese colocada e o procedimento cirúrgico realizado. No entanto, em estágio, verificou-se que estes aspetos são discutidos com o utente apenas no período pós-operatório. Assim, cabe ao EEER rentabilizar o tempo disponível para não só implementar o programa de reabilitação que definiu, mas também envolver os utentes na garantia da segurança da operacionalização do mesmo. É dado como exemplo uma utente acompanhada na ECCI após a colocação de PTA por abordagem anterolateral. Além de terem sido observadas as precauções de prevenção de luxação – flexão além dos 90°, adução além da linha média, rotação interna e rotação externa, particularmente quando associada a flexão (Gray & Pratt, 2013) – durante a realização de mobilizações articulares e fortalecimento muscular, foi particularmente relevante abordar estas questões com os cuidadores da utente. Foi necessário implementar estratégias de prevenção de risco que incluíram educação para a saúde no que respeita ao levantar, altura das superfícies como cadeiras e sanitário (prescrevendo o alteador de sanita como produto de apoio), cuidados nas mobilizações aquando da mudança da fralda no leito, entre outros.

Não se pode deixar de estabelecer um paralelismo entre a competência J1 do Regulamento das Competências do EEER - “cuida de pessoas com necessidades especiais, ao longo do ciclo de vida, em todos os contextos da prática de cuidados” (OE, 2019b, p. 13566) – e a experiência obtida em estágio. Através da componente prática do curso foi possível intervir em crianças, acompanhadas em ECCI. Os adultos

foram a população com maior contacto, em qualquer um dos campos de estágio e nela incluem-se homens e mulheres (e até puérperas, uma etapa tão particular do ciclo vital). Foram também prestados cuidados a idosos, sobretudo em ECCI e serviço de MFR. Considera-se que esta dimensão de intervenção tão abrangente enriqueceu em muito as aprendizagens neste percurso.

1.3.2. Capacita a Pessoa com Deficiência, Limitação da Atividade e/ou Restrição da Participação para a Reinserção e Exercício da Cidadania

O serviço de internamento de MFR/Cirurgia/Ortopedia foi um dos contextos onde foi possível aprofundar a problemática da pessoa com défice no autocuidado. De acordo com a Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem, o autocuidado é uma atividade executada pela própria pessoa, realizada no sentido de lidar com as suas necessidades básicas e as suas atividades da vida diária (OE, 2011). Já estas atividades, de acordo com o Parecer da Mesa do Colégio de Especialidade de Enfermagem de Reabilitação (2011), referem-se a atividades “que as pessoas desempenham de forma autónoma e rotineira no seu dia-a-dia” (p.1) e incluem atividades básicas de vida diária ou atividades instrumentais de vida diária. Relativamente às primeiras, importa destacar que integram as dimensões de higiene pessoal, controlo da eliminação, vestuário, alimentação, locomoção e transferência (Mesa do Colégio de Especialidade de Enfermagem de Reabilitação, 2011), atividades de intervenção do EEER por excelência³.

Em contexto de internamento de MFR surgiu a oportunidade de acompanhar a Sra. F., de 62 anos, durante dois turnos, que deu entrada no serviço por dismetria e síndrome de imobilidade. A utente foi acompanhada já no final do internamento. Avaliou-se que a utente apresentava necessidade de supervisão na higiene. Embora desempenhasse esta atividade de vida, verificou-se que carecia de estratégias de segurança para a realização das mesmas, com o objetivo de evitar, por exemplo,

³ No Projeto de Estágio (Apêndice I) procurou-se descrever as semelhanças entre o conceito de Atividades da Vida Diária proposto pela OE (2011) e o conceito de Atividades de Vida proposto por Roper, Logan & Tierney (2001), pelo que se remete o leitor para este documento.

quedas na casa de banho. Foi necessária presença durante os cuidados de higiene por forma a fazer ensinamentos relativos a esta problemática e, dada a proximidade da alta da utente, considerou-se que seria pertinente avaliar as condições do domicílio para a realização desta atividade. A utente descreveu as condições do seu domicílio e foram sugeridos produtos de apoio, com vista à maximização da capacidade funcional da Sra. F. e à minimização de riscos, como por exemplo quedas (OE, 2019b).

Considera-se que a dimensão relativa à prescrição de produtos de apoio pelo EEER é uma vertente de grande relevância na prestação dos cuidados especializados. De acordo com os PQCEER (OE, 2015a), o EEER suplementa ou complementa as atividades de vida nas quais os utentes apresentam dependência e, para tal, um dos cuidados preconizados é a seleção e prescrição de produtos de apoio, bem como o ensino e supervisão da sua utilização. Uma vez que a utente referiu que a sua casa de banho tinha uma banheira e dado que Sra. F. apresentava ainda desequilíbrio dinâmico na posição de pé, bem como risco de queda, foi proposta a colocação de superfície antiderrapante na banheira, tapete antiderrapante para saída do banho e barra de apoio na parede. Para a higiene propriamente dita e dado que a utente tomava banho no serviço sentada numa cadeira, foi sugerido o uso de um banco para banheira tendo sido mostrados exemplos e descritas as características necessárias do mesmo. Este é um dos produtos de apoio prescritos pela equipa técnica multidisciplinar que inclui o EEER (Ministério da Solidariedade, Emprego e Segurança Social - Instituto Nacional para a Reabilitação, I. P., 2014). É frequente constatar na prática que a banheira constitui uma barreira no contexto de vida da pessoa com limitação da atividade, mas existem estratégias que podem ser aplicadas para redução da dificuldade associada ao seu uso, sobretudo quando não é possível proceder a remodelações no domicílio, como era o caso da Sra. F. Foram ainda mostradas imagens de esponjas de cabo longo que poderiam facilitar a realização desta atividade de vida.

No âmbito da função de eliminação, também os produtos de apoio e a sua utilização correta por parte dos utentes assume um papel de destaque. No serviço de MFR, em utentes com LVM, é frequente a implementação de técnicas de auto-algáliação intermitente. Cabe ao EEER fazer o ensino à pessoa acerca desta técnica de autocuidado (OE, 2019b), tendo surgido a oportunidade de realizar este treino durante o estágio. O serviço dispõe de material de apoio como folhetos informativos, modelos anatómicos dos órgãos genitais e quadros explicativos do procedimento. O

ensino inicial que realizei ao Sr. M. envolveu a abordagem da necessidade e fundamento do procedimento, técnica correta de realização, planeamento da ingestão hídrica e registo próprio dos horários e volumes eliminados. O treino desta atividade de vida, recorrendo a esta técnica específica, permite à pessoa com deficiência adaptar-se às suas limitações e maximizar a sua autonomia e qualidade de vida (OE, 2019b).

Também durante o estágio na ECCI foi possível acompanhar utentes com limitação da atividade e necessidades de treino das atividades de vida, sobretudo no que respeita à locomoção e à transferência. Evidenciam-se as intervenções de enfermagem de reabilitação implementadas junto da utente alvo de realização do Estudo de Caso em contexto comunitário (Apêndice II). Mais uma vez a seleção dos produtos de apoio adequados para a marcha foi fundamental (o andarilho), tendo-se observado melhorias na capacidade de transferência e na marcha, sendo capaz de deambular apenas com supervisão. Este processo requereu a realização de treinos específicos prévios, como o treino de equilíbrio e a correção postural. O envolvimento das pessoas significativas (como o pai e a mãe) na realização das técnicas de autocuidado foi fundamental para dar uma continuidade as intervenções implementadas na visita domiciliária, conforme preconizam os PQCEER (OE, 2015a).

1.3.3. Maximiza a Funcionalidade Desenvolvendo as Capacidades da Pessoa

No âmbito desta competência específica, é esperado que o EEER intervenha junto da pessoa com o objetivo de maximizar as suas capacidades funcionais, numa lógica de desenvolvimento pessoal (OE, 2019b). Através das atividades desenvolvidas e dos cuidados prestados, considera-se que esta competência foi alcançada quer no contexto comunitário, quer em contexto hospitalar.

Em contexto comunitário, acompanhou-se a Sra. I. de 92 anos, referenciada para a ECCI após uma fratura da extremidade proximal do fémur, submetida a PTA por abordagem anterolateral. A utente apresentava também um quadro demencial, hipoacusia e dificuldades marcadas na visão, que dificultavam a comunicação com a mesma. Tinha como cuidadores informais o marido, a filha e a nora, que evidenciavam

disponibilidade neste processo. Os cuidados de reabilitação prestados incluíram uma dimensão de treino motor importante, com a realização de exercícios de mobilidade articular e fortalecimento muscular no leito, progredindo para a realização de transferências e treino de marcha com andarilho. No entanto, nesta situação foi particularmente relevante a dimensão cardiorrespiratória durante as sessões. Dadas as dificuldades cognitivas, motoras e sensoriais da utente, não foi possível obter a sua colaboração nos instrumentos de apreciação como a Escala de Borg Modificada para avaliação da perceção subjetiva de esforço ou o Teste de Marcha de 6 Minutos (Mesa do Colégio da Especialidade de Enfermagem de Reabilitação, 2016). Uma forma importante de monitorizar a tolerância da utente ao exercício foi através do Talk Test, permitindo gerir a necessidade de fazer períodos de descanso ou adaptação da atividade realizada, uma vez que é uma ferramenta válida para tal (Reed & Pipe, 2014). Posteriormente, mediante a tolerância avaliada, foi possível introduzir o uso da pedaleira para melhorar o desempenho cardiorrespiratório da utente, o que, em conjunto com o treino de marcha e de fortalecimento muscular, permitiu-lhe deambular por distâncias progressivamente maiores. Foi possível que a utente, que se encontrava acamada no início da intervenção, fosse capaz de ir até ao café da sua rua acompanhada pelo marido, uma atividade que faziam previamente à queda e fratura da senhora, para grande satisfação de ambos.

Em contexto hospitalar, foram prestados cuidados à Sra. F., internada por dismetria e síndrome de imobilidade, já referida anteriormente. Além das intervenções que acima mencionadas, foi planeado e aplicado um treino de força e de equilíbrio, tendo em conta as capacidades prévias da utente. Foi realizado treino de marcha com supervisão, treino de marcha em declive com ensino de estratégias de segurança, treino de escadas com ensino de estratégias de segurança, treino de equilíbrio dinâmico na posição de pé e treino de força com exercícios de cadeia cinética aberta sem carga, para reforço da musculatura dos membros inferiores. Foi também realizado treino direcionado para adaptação de atividades do quotidiano, como o levantamento de objetos do chão com a postura adequada. Este plano foi apresentado e validado pelas enfermeiras orientadoras, tendo sido implementado em dois turnos. No âmbito da preparação da alta foi fornecido um folheto com sugestão de exercícios para realizar no domicílio disponibilizado pelo serviço, tendo sido selecionados e demonstrados os exercícios pertinentes para a utente. Estas intervenções concorrem para a reabilitação da utente, com a preocupação de prevenir lesões, mas também

permitir uma autogestão do plano (OE, 2019b), promovendo a continuidade em domicílio após a alta.

Foi também no contexto de internamento que foi possível intervir junto do Sr. A., de 67 anos, internado por amputação transfemoral do membro inferior esquerdo, no período pós-operatório. Uma vez que os cuidados de enfermagem de reabilitação à pessoa com amputação do membro inferior não tinham sido abordados na componente teórica do curso, houve necessidade de realizar estudo autónomo acerca da temática para fundamentar os cuidados prestados. Esta situação de prestação de cuidados apresenta uma dimensão importante de complexidade e vulnerabilidade, na qual o treino motor assumiu um papel preponderante. Dado o procedimento cirúrgico, é fundamental assegurar o adequado controlo da dor neuropática, também designada como dor “fantasma”, previamente à intervenção do EEER (Ida et al., 2015). Após consulta do processo clínico, surgiu a oportunidade de realizar o primeiro levante, treino de transferências cadeira-cama, treino de equilíbrio em pé com andarilho, manuseamento seguro da cadeira de rodas, treino de atividades de vida, nomeadamente na higiene e vestir/despir, sugerindo estratégias facilitadoras face à alteração que o utente apresentava. Foi também possível realizar treino de atividades no leito (rolamentos, ponte, sentar com apoio nos cotovelos e nas mãos) e treino de fortalecimento muscular do membro inferior direito (realização de ponte, flexão-extensão da articulação coxofemoral e joelho com resistência, treino de passagem para a posição de pé com o andarilho, entre outros). Nesta situação foi necessário gerir estratégias de conservação de energia com o utente, uma vez que este apresentava cansaço após as atividades, com necessidade de repouso no leito por períodos.

Destaca-se como relevante no âmbito deste caso clínico, algumas aprendizagens referentes à prevenção de lesões na pessoa com amputação do membro inferior. Na prevenção de contraturas articulares, é importante que, na pessoa com amputação transfemoral, o membro inferior se mantenha numa posição neutra (Ida et al., 2015), evitando o uso de almofadas por baixo do coto ou a elevação dos pés da cama. De acordo com os mesmos autores, o posicionamento em pronação no leito por períodos deve ser incentivado, com o objetivo de prevenir as contraturas na flexão da articulação coxofemoral. Foi realizado o ensino destes cuidados ao utente e verificou-se, por exemplo, que o mesmo foi capaz de tolerar períodos de permanência progressivamente maiores em decúbito ventral.

2. AVALIAÇÃO DO PERCURSO E APRENDIZAGENS DE ACORDO COM OS OBJETIVOS DE ESTÁGIO

Face à reflexão acerca do desenvolvimento das competências comuns e específicas do EEER realizada no capítulo anterior, importa agora fazer um balanço do percurso realizado ao longo do estágio, fazendo a ponte com os objetivos traçados para o mesmo. Conforme já foi referido, no passado ano curricular foi desenvolvido um Projeto de Estágio (Apêndice I), no qual foram delineados cinco objetivos norteadores do percurso, considerando o Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista (OE, 2019a), o Regulamento das Competências Específicas do EEER (OE, 2019b), os PQCEER (OE, 2015a) e as competências definidas para a obtenção do Grau de Mestre (Ministério da Ciência, Tecnologia e Ensino Superior, 2008). São estes:

1. Integrar as dinâmicas organizacionais e funcionais dos locais de EC;
2. Colaborar com a equipa interdisciplinar contribuindo para a melhoria da qualidade dos cuidados prestados;
3. Desenvolver competências de prestação de cuidados de enfermagem de reabilitação à pessoa com alterações motoras, sensoriais, cognitivas, cardíacas, respiratórias e alimentação;
4. Desenvolver competências de prestação de cuidados de enfermagem de reabilitação à mulher com disfunção do pavimento pélvico;
5. Avaliar o desenvolvimento de competências em função dos objetivos traçados.

No seu conjunto, a consecução dos cinco objetivos definidos garante um percurso de desenvolvimento de competências preconizadas por cada um dos documentos descritos.

De uma forma global, considera-se que os cinco objetivos definidos foram atingidos durante este percurso. O planeamento das atividades também realizado no Projeto de Estágio foi extremamente norteador, tendo sido também fundamental a vigilância para outras oportunidades de aprendizagem não previstas inicialmente. Para acompanhamento da leitura da reflexão que se segue, remete-se o leitor para o Projeto de Estágio (Apêndice I), onde o planeamento dos objetivos se encontra explanado em detalhe.

2.1. Objetivo 1: Integrar as Dinâmicas Orgânicas e Funcionais dos Locais de Ensino Clínico

Relativamente ao primeiro objetivo – Integrar as dinâmicas orgânicas e funcionais dos locais de EC – observa-se que todas as atividades propostas foram concretizadas. Foram realizadas entrevistas e reuniões iniciais com a enfermeira coordenadora da ECCI e com o segundo elemento de equipa do Serviço de MFR (uma vez que o enfermeiro chefe se encontrava ausente), como ponto de partida para adquirir informação para o desenvolvimento dos estágios. Conforme referido previamente, o Projeto de Estágio foi apresentado em cada um dos contextos, com destaque para a sua temática central, as Intervenções de Enfermagem de Reabilitação na Mulher com Disfunção do Pavimento Pélvico. Progressivamente, foi possível conhecer a equipa multidisciplinar de cada um dos contextos e quais as suas funções, permitindo assim a cooperação na organização de trabalho e colaboração com os mesmos.

A consulta de documentação relevante no âmbito de cada local de estágio foi fundamental. Em contexto comunitário foi importante recordar informação emitida pela RNCCI sobre referenciação de utentes para ECCI ou em relação aos registos em plataforma *Gestcare*. Na CERP surgiu a necessidade de consultar a informação interna que regulamenta esta consulta, tal como no serviço de obstetrícia, através da consulta do projeto que orienta a intervenção do EEER neste contexto tão específico.

Ao longo da primeira semana de estágio no contexto comunitário acompanhou-se a EEER nas visitas domiciliárias a diversos utentes, permitindo ficar a conhecer os mesmos, as suas necessidades, o seu contexto e o plano de intervenção implementado. Foi uma semana sobretudo de observação dos cuidados prestados, na qual foi importante referir aos utentes acompanhados o próprio papel nas visitas domiciliárias ao longo das semanas seguintes. Durante a segunda semana foi sendo progressivamente iniciada a prestação de cuidados de enfermagem de reabilitação, supervisionada pela enfermeira orientadora, de acordo com a sua sugestão ou com propostas próprias. Além das visitas domiciliárias, esta dinâmica também se estendeu ao trabalho na sede da ECCI, na qual na primeira semana foi observada a realização de registos, a articulação com outros elementos da equipa, entre outros, passando progressivamente a realizar estas atividades.

A integração em contexto hospitalar foi mais célere uma vez que já era o segundo momento de estágio, mas também por se assemelhar mais ao contexto profissional próprio. Em contexto de internamento, foi iniciada a prestação de cuidados de enfermagem de reabilitação supervisionados nos primeiros turnos. Na CERP, houve necessidade de observar as consultas durante alguns dias até ser possível conduzir as sessões.

Embora este objetivo não estivesse inicialmente planeado tendo em consideração o estágio de observação participante no serviço de obstetrícia, houve espaço para acompanhar a enfermeira orientadora e intervir sob a sua supervisão, conforme explanado no Relatório de Estágio de Observação realizado (Apêndice IV).

As dificuldades inerentes a este objetivo prendem-se sobretudo com características pessoais como a timidez inicial em contextos novos. No entanto, o facto de todas as equipas terem sido extremamente amáveis e recetivas à presença de estudantes foi facilitador neste aspeto. Assim, considera-se que este objetivo foi atingido com sucesso, face a todas as atividades implementadas, com desenvolvimento de competências no âmbito da melhoria contínua da qualidade, da gestão dos cuidados e do desenvolvimento das aprendizagens profissionais (OE, 2019a); desenvolvimento da capacidade de comunicação de conhecimentos e raciocínios próprios de forma clara (Ministério da Ciência, Tecnologia e Ensino Superior, 2008); e desenvolvimento da capacidade de organização dos cuidados especializados de enfermagem de reabilitação (OE, 2015a).

2.2. Objetivo 2: Colaborar com a Equipa Interdisciplinar Contribuindo para a Melhoria da Qualidade dos Cuidados Prestados

O segundo objetivo definido no Projeto de Estágio dá continuidade ao anterior, numa lógica de articulação e integração na equipa de saúde, observando-se que todas as atividades planeadas foram realizadas. Progressivamente foi-se conhecendo os diversos elementos que a constituem e as suas funções, em cada um dos contextos.

Em ECCI este processo foi mais célere, uma vez que se tratava de uma equipa de menor dimensão. Já em contexto hospitalar, este processo foi dificultado pela mudança do serviço de MFR para cirurgia/ortopedia, que condicionou a mudança da equipa médica, por exemplo.

Progressivamente foi sendo possível compreender qual o papel do EEER no seio das equipas e a forma como se articula com os seus diversos elementos, o que é fundamental. Em ECCI, os utentes acompanhados são alvo de discussão multiprofissional semanalmente e foi nesta reunião, por exemplo, que foi solicitada a colaboração da psicóloga para uma das utentes acompanhada. No serviço hospitalar esta colaboração foi facilitada pela proximidade de todos os profissionais no espaço físico, tendo sido articuladas intervenções em colaboração com a nutricionista ou o fisioterapeuta, por exemplo. A transmissão de informações é central e ocorre, tal como já referido previamente, nas passagens de turno.

Na ECCI o enfermeiro assume o papel de gestor de caso e presta cuidados aos seus utentes, pelo que o trabalho obedece a uma organização muito específica. Já em contexto hospitalar, diariamente, a gestão do trabalho é realizada em função dos utentes internados. O enfermeiro chefe atribui os utentes aos enfermeiros no início do turno, mas frequentemente há necessidade de reorganizar o trabalho ao longo do dia, por exemplo durante as pausas dos enfermeiros, ou por motivos não previstos inicialmente. Procurou-se participar nesta gestão, intervindo em cuidados que poderiam beneficiar de uma intervenção especializada, como por exemplo primeiros levantamentos após cirurgias ortopédicas.

Em contexto de ECCI os recursos materiais ou produtos de apoio disponíveis não se revelam suficientes para a prestação de cuidados de enfermagem de reabilitação à população abrangida. Os recursos humanos estão condicionados pela própria organização do trabalho, sendo as visitas realizadas apenas pela enfermeira orientadora e estudante. No entanto, em contexto hospitalar procurou-se demonstrar capacidade de mobilização adequada de recursos, quer humanos quer materiais, para a prestação de cuidados. Frequentemente foi solicitada a presença de assistentes operacionais ou de outro enfermeiro para a realização de mobilizações no leito e posicionamentos ou levantamentos. A variedade de recursos materiais de que o serviço dispunha permitiu treinar esta competência, através da sugestão de diversos produtos de apoio em função das necessidades da pessoa, como tábuas de transferência, triângulos abdutores, canadianas, andarilhos, entre outros. Tal como já foi

previamente referido e explicitado, a prestação de cuidados em qualquer um dos três contextos de estágio obedeceu aos princípios de prevenção e controlo de infeção implementados em cada instituição.

Embora se tenha observado frequentemente a delegação de tarefas pelo EEER, tal como previsto no Projeto de Estágio, não era objetivo treinar esta delegação, uma vez que se procurou prestar o máximo de cuidados possível durante a permanência nos contextos. Ainda assim, foi importante conhecer esta dimensão dos cuidados, em preparação para a prática profissional.

A consulta de alguns documentos reguladores, pareceres e outros documentos emitidos pela OE foi importante ao longo do estágio uma vez que permitiu enquadrar a intervenção. Aquando da realização da formação à equipa de ECCI acerca da utilização do Insuflador-Exsuflador Mecânico em Domicílio, houve necessidade de compreender qual o papel do EEER na utilização deste equipamento, tendo sido consultado o parecer específico da OE emitido em relação a esta temática, conforme citado no Jornal de Aprendizagem (Apêndice V).

As atividades relativas à formação nos contextos de estágio foram amplamente exploradas no subcapítulo 1.2.4. Em ECCI foram frequentadas as formações intituladas “Cuidar em Pandemia” e “Suporte Básico de Vida com Desfibrilhação Automática Externa (Guidelines AHA) – Hands-on”. Neste contexto, de acordo com as necessidades levantadas no início do estágio, foi ministrada a formação com o tema “A Utilização de Insuflador-Exsuflador Mecânico em Domicílio”, além da apresentação relativa ao Projeto de Estágio, que foi também realizada em contexto hospitalar.

Além das atividades descritas acima, a frequência do e-Congresso Internacional de Enfermagem de Reabilitação promovido pela Associação Portuguesa dos Enfermeiros de Reabilitação (cujo certificado de participação se encontra no Anexo III), permitiu tomar conhecimento de práticas e projetos no âmbito da prática especializada quer a nível nacional, como a nível internacional.

Assim, considera-se que as atividades implementadas no seio deste objetivo contribuem para o desenvolvimento de competências nos quatro domínios definidos para o enfermeiro especialista (OE, 2019a). No que respeita às competências para obtenção do Grau de Mestre, considera-se que as atividades desempenhadas demonstram conhecimentos desenvolvidos e aprofundados, aplicados em situações novas e não familiares, úteis na transposição de problemas complexos e também a

capacidade de comunicação de conhecimentos e raciocínios próprios de forma clara (Ministério da Ciência, Tecnologia e Ensino Superior, 2008). No âmbito dos PQCEER, estas atividades concretizam os padrões referentes à prevenção de complicações, bem-estar e o autocuidado, a reeducação funcional e a organização dos cuidados de enfermagem (OE, 2015a).

2.3. Objetivo 3: Desenvolver Competências de Prestação de Cuidados de Enfermagem de Reabilitação à Pessoa com Alterações Motoras, Sensoriais, Cognitivas, Cardíacas, Respiratórias e Alimentação

O terceiro objetivo tinha planeada uma extensa lista de atividades que foram sendo implementadas nos contextos comunitário e hospitalar. No capítulo anterior, e em particular no subcapítulo relativo ao desenvolvimento das competências específicas do EEER, foram dadas a conhecer um conjunto de situações de cuidados que remetem para as atividades planeadas neste objetivo.

Em qualquer dos contextos, foram prestados cuidados a utentes com as mais diversas alterações e necessidades, muitas delas não abordadas na componente teórica do curso, pelo que houve necessidade de rever ou consultar bibliografia para prestar cuidados especializados. Recorreu-se frequentemente a manuais de referência, *guidelines* emitidas pela OE e internacionais, mas dada a necessidade de explorar assuntos mais específicos, procurou-se também consultar artigos científicos.

A dimensão relacional envolve o desenvolvimento destas competências transversalmente a qualquer contexto. Esta diz respeito sobretudo à pessoa cuidada, mas em contexto domiciliário, envolve também os seus familiares e cuidadores. Infelizmente, devido ao contexto pandémico, não foi possível explorar esta dimensão em internamento, uma vez que durante a maior parte do tempo de estágio as visitas estavam interditas. Procurou-se envolver a pessoa no seu processo de reabilitação, dando-lhe a conhecer o papel de estudante, o plano de intervenção delineado e os seus objetivos, convidando-a a discutir o mesmo.

Face ao utente a quem seriam prestados cuidados, procurou-se consultar o seu processo clínico, com o objetivo de compreender a sua situação atual, antecedentes de saúde, terapêutica farmacológica, entre outros aspetos. Posteriormente dava-se início à intervenção, realizando uma apreciação adequada à situação, envolvendo exame físico, entrevista e, frequentemente, instrumentos de apreciação. Previamente foi descrita a forma como foram mobilizados instrumentos específicos da enfermagem de reabilitação como a escala do *Medical Research Council* para avaliação da força muscular, Medida de Independência Funcional, a *American Spinal Injury Association Impairment Scale*, entre outras. A mobilização destes e outros instrumentos permitiu a avaliação da do risco de alteração ou alteração da funcionalidade instalada, a nível multidimensional.

Após a apreciação realizada procurou-se estruturar um plano de intervenção, discutindo o mesmo com os enfermeiros orientadores. A aplicação de técnicas de enfermagem de reabilitação foi muito variada, em função das necessidades identificadas e envolveu técnicas de RFR, reeducação sensoriomotora, reeducação cardíaca, entre outras. Observa-se que teria sido relevante ter tido maior oportunidade de treino de técnicas de reeducação cognitiva ou da alimentação, embora esta dificuldade esteja dependente das oportunidades em contexto de estágio. Este será um aspeto a desenvolver com mais detalhe na prática futura.

Para a prestação de cuidados foram mobilizados frequentemente produtos de apoio, em qualquer um dos contextos. Em hospital, face ao material disponível utilizou-se a cadeira de rodas (adaptada à necessidade da pessoa), tábuas de transferência, alteadores de sanita, canadianas, bastão, andarilho, entre outros. Em contexto domiciliário, dado que a ECCI dispõe de escasso material para empréstimo, esta utilização estava condicionada à sua obtenção por parte das famílias. Para tal, foi importante muitas vezes recorrer aos recursos da comunidade, como no caso da Sra. I., para quem a obtenção de uma pedaleira foi possível através do aluguer a uma associação local. Uma vez identificada a necessidade deste dispositivo, contactou-se a técnica de serviço social da ECCI que forneceu um conjunto de contactos, possibilitando à família o aluguer temporário deste equipamento.

A apreciação das pessoas a quem foram prestados cuidados envolvia também uma avaliação do seu contexto, no sentido de identificar barreiras arquitetónicas no contexto em que se insere. Esta apreciação foi facilitada no estágio comunitário, uma vez que esta avaliação era realizada diretamente no local, sendo possível observar o

ambiente em que a pessoa se insere. Frequentemente foram sugeridas diversas pequenas alterações no ambiente da pessoa, quer com o objetivo de promover a sua mobilidade e acessibilidade, mas também para minimizar riscos, como por exemplo quedas.

Dada a possibilidade de acompanhar os utentes durante vários dias, foi necessário ajustar o plano de intervenção feito inicialmente, face à observação realizada, novas necessidades identificadas ou prioridades dos utentes em questão. Esta situação foi evidente na realização do Estudo de Caso em contexto comunitário (Apêndice II), uma vez que a utente foi acompanhada ao longo de várias semanas.

A intervenção do EEER não surge isoladamente. Frequentemente foram identificadas necessidades nos utentes que requeriam a intervenção de outros profissionais, pelo que foi importante realizar uma referenciação para os mesmos. Dada a proximidade física das equipas, quer em hospital, quer na ECCI, esta referenciação era realizada de forma célere e presencialmente. Na comunidade foi solicitado o apoio, por exemplo, da psicóloga e da técnica de serviço social, na reunião semanal. No contexto hospitalar, houve oportunidade de desenvolver intervenções em articulação com outros profissionais, nomeadamente fisioterapeutas ou nutricionista.

Diariamente foram realizados registos dos cuidados de enfermagem de reabilitação prestados aos utentes, sobretudo na plataforma *SClinico*, mas também na plataforma *Gestcare* em contexto de ECCI. A realização destes é fundamental para a continuidade de cuidados, permitindo a outros profissionais da equipa tomar conhecimento das observações e intervenções realizadas (OE, 2015b).

Considera-se que este objetivo foi atingido, tendo sido implementadas as atividades previstas. Assim, foram desenvolvidas competências referentes a todos os domínios de competências comuns do enfermeiro especialista (OE, 2019a), bem como todas as competências específicas do EEER (2019b). No que respeita às competências para obtenção do Grau de Mestre, considera-se que as atividades desempenhadas demonstram conhecimentos desenvolvidos e aprofundados, aplicados em situações novas e não familiares, úteis na transposição de problemas complexos e também a capacidade de comunicação de conhecimentos e raciocínios próprios de forma clara (Ministério da Ciência, Tecnologia e Ensino Superior, 2008). Também todos os PQCEER são mobilizados com este objetivo, à exceção da organização dos cuidados de enfermagem (OE, 2015a).

2.4. Objetivo 4: Desenvolver Competências de Prestação de Cuidados de Enfermagem de Reabilitação à Mulher com Disfunção do Pavimento Pélvico

Conforme inicialmente previsto, o desenvolvimento do quarto objetivo – “Desenvolver competências de prestação de cuidados de enfermagem de reabilitação à mulher com disfunção do pavimento pélvico” – teve um lugar de destaque no contexto hospitalar.

Conforme já foi previamente referido, ao longo do estágio hospitalar acompanhou-se uma EEER que realiza uma CERP. Ao longo de vários turnos houve oportunidade de observar e, posteriormente, conduzir consultas a utentes do sexo feminino (e masculino), referenciadas por problemas como urgência urinária ou fecal, incontinência urinária de esforço, urgência ou mista, bexiga hiperativa, preparação para reversão de uma colostomia temporária, prolapso dos órgãos pélvicos, entre outros.

Neste contexto procurou-se aprofundar a pesquisa bibliográfica já realizada na revisão narrativa contida no Projeto de Estágio acerca desta temática, o que é notório com a realização do Jornal de Aprendizagem (Apêndice III). Neste, além das intervenções técnicas, foram também explorados os aspetos relacionais neste contexto, bem como as questões da privacidade e intimidade. Progressivamente desenvolveu-se a capacidade de estabelecer uma relação de confiança com as utentes da consulta e promover um ambiente terapêutico, ocasionalmente e quando pertinente, com os familiares das mesmas. O plano de intervenção surge de uma conjugação das intervenções sugeridas pela literatura com o projeto pessoal de cada utente, adaptando-o à sua realidade e disponibilidade.

Diariamente era consultado o processo clínico das utentes agendadas para aquele dia, sendo concebido um plano de intervenção para a consulta, que era discutido com a enfermeira orientadora previamente à mesma. Desenvolveu-se o processo de avaliação da funcionalidade da mulher com disfunção do pavimento pélvico, mobilizando instrumentos de apreciação, como a Escala de Oxford Modificada e a Escala Jorge Wexner. Para apreciação do impacto na qualidade de vida das queixas de incontinência urinária foi mobilizada a Escala de Ditrovie-10.

Foram implementados planos de cuidados com diversas técnicas como o fortalecimento da musculatura pélvica, treino de hábitos, treino intestinal e outras intervenções comportamentais, com um grande foco na educação para a saúde. Não foram mobilizados os recursos e produtos de apoio inicialmente previstos como os cones vaginais e os pessários, uma vez que a sua utilização não está prevista nesta consulta. No entanto foram sugeridos outros recursos à pessoa, como o uso de bolas ou almofadas na região popliteia para facilitar a realização de alguns exercícios de fortalecimento dos músculos do pavimento pélvico. Embora não estivesse inicialmente previsto, tomou-se conhecimento da existência e foi sugerido o uso do tampão anal, utilizado em situações de incontinência fecal de difícil controlo.

Os resultados das intervenções implementadas foram avaliados em consultas subsequentes, por exemplo através dos instrumentos descritos previamente, mas também através da apreciação das queixas pelas utentes. Procurou-se adaptar os planos de intervenção desenhados em função dos resultados obtidos, sublinhando o seu carácter flexível. Considera-se que este foi um processo desafiante, superado com sucesso. Neste âmbito, houve pontualmente a necessidade de referenciação das utentes para a consulta médica.

Em contexto de ECCI as oportunidades de desenvolver esta temática foram escassas, uma vez que frequentemente eram priorizadas intervenções em outros domínios, de acordo com as necessidades das utentes. Na utente acompanhada e sobre a qual foi realizado o Estudo de Caso (Apêndice II) procurou-se desenvolver esta temática, contudo a utente não a identificou como uma das suas prioridades no seu processo de reabilitação e não valorizou as intervenções implementadas. Assim, destaca-se a importância do estabelecimento de um relacionamento profissional que valorizou a autonomia da utente no seu processo de saúde, permitindo-lhe tomar decisões e assumir a responsabilidade pessoal pelo mesmo (Roper, Logan & Tierney, 2001).

Já no serviço de obstetrícia a temática do pavimento pélvico voltou a ser abordada, quer do ponto de vista preventivo da disfunção, quer em puérperas com sintomatologia de disfunção já instalada, como a incontinência. O NICE (2021b) identifica que antes da transição da puérpera da maternidade para a comunidade, esta deve ser informada acerca da importância da realização dos exercícios de fortalecimento do pavimento pélvico na prevenção de complicações como a incontinência ou o prolapso dos órgãos pélvicos, como os realizar e quando procurar

ajuda perante uma situação de disfunção. Embora o objetivo não contemple as intervenções do âmbito preventivo, considera-se que esta reflexão e as aprendizagens realizadas no serviço de obstetrícia enriquecem o mesmo.

No que respeita aos documentos produzidos, foi realizado um Estudo de Caso acerca de uma utente com disfunção do pavimento pélvico (Apêndice XI) e, em conjunto com a professora orientadora, foi submetido e aceite para publicação um artigo científico na RPER.

O desenvolvimento de competências neste objetivo superou largamente as expectativas, muito em parte pela oportunidade de estagiar num contexto específico desta temática, sob a alçada de uma EEER com larga experiência na mesma. Considera-se que o desenvolvimento deste objetivo contribui para o desenvolvimento de aspetos de todos os domínios de competências comuns do enfermeiro especialista (OE, 2019a) e das competências específicas do EEER J1 e J2 (OE, 2019b). No que respeita às competências para obtenção do Grau de Mestre, considera-se que as atividades desempenhadas demonstram conhecimentos desenvolvidos e aprofundados, aplicados em situações novas e não familiares, úteis na transposição de problemas complexos e também a capacidade de comunicação de conhecimentos e raciocínios próprios de forma clara (Ministério da Ciência, Tecnologia e Ensino Superior, 2008). Também todos os PQCEER são mobilizados com este objetivo, à exceção da organização dos cuidados de enfermagem (OE, 2015a).

2.5. Objetivo 5: Avaliar o Desenvolvimento de Competências em Função dos Objetivos Traçados

No que respeita ao quinto e último objetivo, considera-se que todas as atividades foram desenvolvidas, permitindo a sua consecução.

A avaliação da implementação do Projeto de Estágio não ocorre num momento único, sendo um processo transversal ao EC. Ao longo do estágio em ECCL ocorreram diversos momentos de troca de *feedback* com o enfermeiro orientador, nos quais foi discutido o desempenho em EC. Também ocorreram reuniões de orientação tutorial

com a professora orientadora, predominantemente *online*, para discussão de aspetos relacionados com o estágio, casos clínicos e documentos a produzir. Em cada um dos estágios realizados foram realizadas duas reuniões ao longo do EC, uma formativa e uma sumativa com a presença da professora orientadora e dos enfermeiros orientadores. Para cada uma das reuniões foi elaborada uma auto-avaliação que foi entregue aos mesmos antecipadamente, refletindo acerca do percurso intermédio ou final em cada um dos contextos, referindo aspetos positivos e caminhos de melhoria.

No capítulo 1. deste documento procurou-se evidenciar de que forma o desempenho em estágio permitiu conduzir a uma melhoria quer da própria prática ao longo tempo de EC, quer nas práticas do contexto, como por exemplo na colaboração e consultoria na equipa, sugestão de intervenções de enfermagem de reabilitação, entre outros. Esta melhoria decorre de um aprofundamento e mobilização de conhecimentos adquiridos previamente e durante o estágio.

Ao longo do EC foram entregues os diversos documentos previstos. Para a consecução deste objetivo, destaca-se a importância da realização dos jornais de aprendizagem (Apêndices III e V). Apesar de estes terem um carácter de exploração teórica subjacente, existe um capítulo em cada um que trata a reflexão acerca do desenvolvimento de competências em cada um dos temas tratados. O Jornal de Aprendizagem relativo à CERP espelha ainda uma dimensão de reflexão acerca do estabelecimento de uma relação terapêutica no contexto da consulta, permitindo a reflexão e otimização do autoconhecimento. Assim, estes documentos assumem-se também como momentos de apreciação do percurso realizado.

Ao longo do EC foi facilitador, no final dos turnos, realizar algumas notas para consulta própria, relacionadas com as aprendizagens mais significativas do dia, assuntos a aprofundar, observações para construção de planos de intervenção e aspetos relacionados com as dinâmicas organizacionais dos locais de EC que seria importante não esquecer. A elaboração do presente relatório de estágio surge como uma das atividades planeadas, uma vez que não se iniciou no final dos estágios, tendo decorrido precisamente do registo de diversos momentos de aprendizagem significativos. Também este documento espelha a consulta de bibliografia constante e variada – incluindo *guidelines* internacionais, artigos científicos, manuais de referência e pareceres emanados pela OE, entre outros – que foi necessário realizar ao longo do EC para fundamentar a intervenções de enfermagem de reabilitação implementadas.

Este objetivo expõe dificuldades próprias, como o desafio em realizar uma auto-análise e auto-avaliação de um percurso de desenvolvimento de competências tão complexo. É um processo que requer tempo, pois estes raciocínios não são imediatos. Contaram-se como aspetos facilitadores a orientação dos enfermeiros nos contextos e da professora orientadora, que em muito incentivaram esta reflexão e estimularam a melhoria contínua da aprendizagem.

Assim, considera-se que a consecução deste objetivo permitiu o desenvolvimento de competências de melhoria contínua da qualidade dos cuidados prestados e de desenvolvimento das aprendizagens profissionais (OE, 2019a), bem como a capacidade de aprender autonomamente doravante (Ministério da Ciência, Tecnologia e Ensino Superior, 2008).

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A realização do Relatório de Estágio, enquanto exercício reflexivo e analítico, encerra um percurso complexo de transição entre o papel de enfermeiro de cuidados gerais e o de enfermeiro especialista. Findo este caminho, observa-se com satisfação as diversas mudanças que se produziram fruto do mesmo, quer a nível profissional, quer a nível pessoal.

Embora este documento procure explicar o processo de desenvolvimento de competências no terceiro e último semestre do Curso, é inevitável fazer referência à componente teórica do mesmo, que teve lugar no primeiro ano curricular. A variedade de assuntos estudados e de trabalhos realizados serviu de substrato para este momento prático, de treino “no terreno”. Considera-se que o planeamento elaborado no Projeto de Estágio, também no primeiro ano curricular, foi de extrema importância na orientação do desenvolvimento das competências preconizadas em EC.

Considera-se que, do ponto de vista da aprendizagem, os estágios foram muito variados e riquíssimos. O primeiro contexto comunitário ofereceu uma visão de como é que o EEER atua no ambiente da pessoa, tendo que superar desafios e limitações inerentes a esta realidade. O estágio em contexto hospitalar acabou por se multiplicar em quatro oportunidades diferentes de aprendizagem: o inicialmente previsto serviço de internamento de MFR, a CERP, ortopedia e cirurgia, permitindo o contacto com utentes com variadíssimas necessidades de reabilitação. Por fim, de referir o estágio no serviço de obstetrícia, uma oportunidade única no país, numa área onde o EEER está a começar a dar os primeiros passos. A frequência desta diversidade de contextos em EC enriqueceu grandemente o percurso académico e permitiu o desenvolvimento das competências legalmente previstas para o enfermeiro especialista e para o EEER, conforme explanado no segundo capítulo deste documento.

A grande maioria das atividades planeadas foi implementada em pelo menos um dos contextos, possibilitando uma variedade de experiências de aprendizagem. De acordo com a OE (2019a, p. 4744), “enfermeiro especialista é aquele a quem se reconhece competência científica, técnica e humana para prestar cuidados de enfermagem especializados”. Considera-se que ao longo do trabalho foi explanado de

que forma estas três vertentes foram desenvolvidas em cada um dos contextos de estágio.

Muito embora a dimensão do estágio ocupe um lugar central na construção do presente documento, é importante fazer referência ao assunto teórico nele contido. A intervenção da enfermagem de reabilitação no âmbito da disfunção do pavimento pélvico é uma temática ainda pouco explorada no país, o que é evidente na dificuldade em encontrar documentos produzidos por EEER acerca deste tema na realização da fundamentação teórica do projeto. Assim, e no seio das competências associadas ao Grau de Mestre, considera-se que a pesquisa aprofundada ao longo do último ano nesta temática pode constituir uma peça no desenvolvimento desta especialidade, eventualmente até em contexto de investigação (Ministério da Ciência, Tecnologia e Ensino Superior, 2008). Destaca-se que a oportunidade de produzir um artigo para publicação foi extremamente interessante neste percurso, fornecendo contributos para outras publicações futuras no âmbito da enfermagem de reabilitação, aprofundando conhecimentos adquiridos no curso.

Observa-se que a temática escolhida para o projeto se predispõe a uma facilidade de aplicação em diversos contextos da prática de cuidados, quer seja um serviço de internamento, consulta ou domicílio, na mulher jovem ou idosa. Assim, independentemente do local de trabalho como enfermeira especialista, existirá a possibilidade de desenhar e aplicar projetos na área da reabilitação da mulher com disfunção do pavimento pélvico. Considera-se que os conhecimentos adquiridos poderão também ter utilidade no âmbito da formação de pares, divulgando e dando visibilidade a esta área dos cuidados especializados de enfermagem de reabilitação. Foi possível observar, através da pesquisa realizada, que a área da intervenção do enfermeiro de reabilitação na mulher com disfunção do pavimento pélvico carece ainda de aprofundamento, pelo que se considera que seria um campo de estudo de interesse pessoal no futuro.

Ainda no que respeita a possíveis desafios profissionais futuros, o estágio de observação participante no serviço de obstetrícia foi uma oportunidade extremamente interessante de aprendizagem, considerando-se que seria pertinente desenvolver iniciativas semelhantes em outros locais do país. Assim, surge como desafio profissional responder ao interesse descrito na introdução deste documento e que deu origem ao tema central do mesmo, relacionado com a intervenção do EEER na grávida e na puérpera.

Um percurso longo e complexo como este representa dificuldades de diversas naturezas. A adaptação a cada local de estágio é sempre desafiante, quer do ponto de vista emocional, mas também pelas competências técnicas que é necessário demonstrar. O estudo em trabalho autónomo foi uma necessidade constante, para dar resposta aos estímulos que se apresentavam diariamente nos locais de estágio. Como qualquer estudante deste ciclo de estudos certamente confirmará, a gestão entre a vida pessoal, a atividade profissional e o percurso académico é um enorme desafio.

Atualmente, a nível profissional, a transição entre as funções previamente exercidas numa Unidade de Cuidados Continuados para um serviço de internamento hospitalar de MFR acarreta um novo desafio. Este serviço é, por excelência, um local onde a reabilitação assume um papel central, o que permitirá o aprofundamento do trabalho agora iniciado com o percurso académico.

O percurso de aprendizagem no seio da enfermagem de reabilitação não termina aqui – na verdade, está apenas a começar. Através deste percurso formativo foram construídas as bases da prática enquanto futura EEER, na frequência da parte teórica do Curso de Mestrado, na construção do Projeto de Estágio, nos EC e na redação deste relatório. Para um futuro próximo, assume-se o desafio de dar continuidade a aspetos menos desenvolvidos em estágio, como o desenvolvimento de competências de prestação de cuidados especializados na área da alimentação e cognitiva.

Considera-se que foi dada resposta às competências preconizadas e foi obtida a capacidade de assunção de prestação de cuidados especializados de enfermagem de reabilitação nas suas diversas vertentes. Ao concluir este curso, manifesto o compromisso de me tornar um elemento ativo no âmbito da enfermagem avançada, contribuindo para o desenvolvimento da especialidade. A partir daqui continuará o desenvolvimento de competências pessoais e profissionais cuja extensão, tenho consciência, será aquela que me permitir.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Araujo, J., Santos, S. & Postol, M. (2020). Abordagem Fisioterapêutica na Reabilitação da Musculatura do Assoalho Pélvico em Mulheres com Prolapso Genital. *Fisioterapia Brasil*, 21 (4), 388-395.
- Arnouk, A., De, L., Rehfuss, A., Cappadocia, C., Dickson, S. & Lian, F. (2017). Physical, Complementary, and Alternative Medicine in the Treatment of Pelvic Floor Disorders. *Current Urology Reports*, 18 (47), 1-13.
- Cordeiro, C. & Menoita, E. (2012). *Manual de Boas Práticas na Reabilitação Respiratória – Conceitos, Princípios e Técnicas*. Loures: Lusociência.
- Davis, K. (2010). Pelvic floor dysfunction: causes and assessment. *Practice Nursing*, 21 (7), 340-346.
- Decreto-Lei nº 107/2008 (2008). Altera os Decretos-Leis nºs 74/2006, de 24 de Março, 316/76, de 29 de Abril, 42/2005, de 22 de Fevereiro, e 67/2005, de 15 de Março. Ministério da Ciência, Tecnologia e Ensino Superior. *Diário da República*, I Série (Nº 121 de 25-06-2008), 3835-3853. ELI: <https://data.dre.pt/eli/dec-lei/107/2008/06/25/p/dre/pt/html>
- Despacho nº 14278/2014 (2014). Lista de produtos de apoio. Ministério da Solidariedade, Emprego e Segurança Social - Instituto Nacional para a Reabilitação, I. P. Assembleia da República. *Diário da República*, 2ª Série (N.º 229 de 2014-11-26), 29643-29654. ELI: <https://dre.pt/application/conteudo/59039269>
- Gray, P. & Pratt, E. (2013). Total Hip Arthroplasty. In Maxey, L. & Magnusson, J. (Ed.) *Rehabilitation for the postsurgical orthopedic patient* (3rd ed.) (pp. 362-375). St. Louis, Missouri: Elsevier.
- Haslam, J. (2008). Pelvic Floor Muscle Exercise in the Treatment of Urinary Incontinence. In Haslam, J. & Laycock, J. (Ed.) *Therapeutic Management of Incontinence and Pelvic Pain: Pelvic Organ Disorders* (2nd ed.) (pp. 89-94). London: Springer.
- Heitor, C., Tapadinhas, M., Ferreira, J., Olazabal, M. & Maia, M. (1988). *Reeducação Funcional Respiratória*. Lisboa: Boehringer Ingelheim para a formação médica

Pré e Pós-graduação.

- Ida, K., Neven, K., Ognjen, Z., Vedrana, M., Marina, A., ... & Branko, L. (2015). Rehabilitation of lower limb amputees. *Periodicum Biologorum*, 117 (1), 147-159.
- Laycock, J., Whelan, M. M. & Dumoulin, C. (2008). Patient Assessment. In Haslam, J. & Laycock, J. (E.) *Therapeutic Management of Incontinence and Pelvic Pain: Pelvic Organ Disorders* (2nd ed.) (pp. 57-66). London: Springer.
- Martins, R. (2021, novembro). *Importância do EEER na saúde da mulher – um programa de melhoria contínua da qualidade*. In 1^{as} Jornadas de Enfermagem de Reabilitação: Transversalidade. Centro Hospitalar Universitário do Algarve, Faro.
- Mesa do Colégio de Especialidade de Enfermagem de Reabilitação (2011). *Parecer Nº 12/2011: Parecer sobre Actividades de Vida Diária*. Mesa do Colégio de Especialidade de Enfermagem de Reabilitação.
- Mesa do Colégio de Especialidade de Enfermagem de Reabilitação (2015). *Áreas Investigação Prioritárias para a Especialidade de Enfermagem de Reabilitação*. Mesa do Colégio de Especialidade de Enfermagem de Reabilitação.
- Mesa do Colégio de Especialidade de Enfermagem de Reabilitação (2016). *Instrumentos de Recolha de Dados para a Documentação dos Cuidados Especializados em Enfermagem de Reabilitação*. Mesa do Colégio de Especialidade de Enfermagem de Reabilitação.
- Milsom, I., Altman, D., Cartwright, R., Lapitan, M., Nelson, R., Sjöström, S., ... Tikkinen, K. (2017). Epidemiology of Urinary Incontinence (Ui) and Other Lower Urinary Tract Symptoms (Luts), Pelvic Organ Prolapse (Pop) And Anal (Ai). In Abrams, P., Cardozo, L., Wagg, A. & Wein, A. (Ed.) *Incontinence*. (pp.1-141) Tokyo: ICUD.
- Moura, G., Nascimento, J., Lima, M., Frota, N., Cristino, V. & Caetano, J. (2015). Activities of Living of Disabled People According to the Roper-Logan-Tierney Model of Nursing. *Revista da Rede de Enfermagem do Nordeste*, 16 (3), 317-326.
- National Institute for Health and Care Excellence (2021a). *Pelvic floor dysfunction: prevention and non-surgical management*. Disponível em: <https://www.nice.org.uk/guidance/ng210/resources/pelvic-floor-dysfunction-prevention-and-nonsurgical-management-pdf-66143768482501>

National Institute for Health and Care Excellence (2021b). *Postnatal care*. Disponível em: <https://www.nice.org.uk/guidance/ng194/resources/postnatal-care-pdf-66142082148037>

Navarro-Brazález, B., Prieto-Gómez, V., Prieto-Merino, D., Sánchez-Sánchez, B., McLean, L. & Torres-Lacomba, M. (2020). Effectiveness of Hypopressive Exercises in Women with Pelvic Floor Dysfunction: A Randomised Controlled Trial. *Journal of Clinical Medicine*, 9, 1149.

Ordem dos Enfermeiros (2011). *CIPE® Versão 2 – Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.

Ordem dos Enfermeiros. (2015a). Regulamento dos Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem de Reabilitação. *Diário da República*, 2ª série, nº 119, 16655-16660. https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/legislacao/Documents/LegislacaoOE/RregulamentoPadQualidadeCuidEspecializEnfReabilitacao_DRJun2015.pdf

Ordem dos Enfermeiros (2015b). *Estatuto da Ordem dos Enfermeiros e REPE*. Disponível em: https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/publicacoes/Documents/nEstatuto_REPE_29102015_VF_site.pdf

Ordem dos Enfermeiros. (2019a). Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista. *Diário Da República*, 2ª Série, nº26, 4744–4750. <https://dre.pt/application/conteudo/11923619>

Ordem dos Enfermeiros. (2019b). Regulamento n.º 392/2019 - Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação. *Diário Da República*, 2ª Série - n.º 85 - 3 de Maio de 2019, 13565–13568. <https://dre.pt/home/-/dre/122216893/details/maximized>

Pelvic Obstetric & Gynaecological Physiotherapy (2018). *The Pelvic Floor Muscles – a Guide for Women*. Disponível em: https://pogp.csp.org.uk/system/files/publication_files/POGP-PelvicFloor%20%28UL%29.pdf

Reed, J. & Pipe, A. (2014). The talk test: a useful tool for prescribing and monitoring exercise intensity. *Current Opinion in Cardiology*, 29, 475-480.

- Richardson, K., Hagen, S., Glazener, C. & Strak, D. (2009). The Role of Nurses in the Management of Women with Pelvic Organ Prolapse. *British Journal of Nursing*, 18 (5), 294-300.
- Roper, N., Logan, W. & Tierney, A. (2001). *O Modelo de Enfermagem Roper-Logan-Tierney*. Lisboa: Climepsi Editores.
- Santos, C. (2012). Reeducação Perineoesfincteriana. In Silva, M., Duarte, A., Galo, J. & Domingues, N. (Coord.), *Enfermagem em Urologia* (pp. 166-170). Lisboa: Lidel.
- Thakar, R. & Sultan, A. (2020). The Female Pelvis and the Reproductive Organs. In Marshal, J. & Raynor, M. (Ed.) *Myles Textbook for Midwives* (17th ed.). (pp. 82-108). Poland: Elsevier.
- Verbeek, M. & Hayward, L. (2019). Pelvic Dysfunction and its Effects on Quality of Sexual Life. *Sexual Medicine Reviews*, 7 (4), 559-564.
- Williams, B. (2015). The Roper-Logan-Tierney Model of Nursing: A Framework to Complement the Nursing Process. *Nursing*, 45 (3), 24-6.
- Yates, A. (2019a). Female Pelvic Floor 1: Anatomy and Pathophysiology. *Nursing Times*, 115 (5), 18-21.
- Yates, A. (2019b). Female Pelvic Floor 2: Assessment and Rehabilitation. *Nursing Times*, 115 (6), 30-33.

APÊNDICES

APÊNDICE I: PROJETO DE ESTÁGIO

**12º Curso de Mestrado em Enfermagem
Área de Especialização em Enfermagem de
Reabilitação**

Opção II

**Intervenções de Enfermagem de Reabilitação na
Mulher com Disfunção do Pavimento Pélvico**

Discente:

Vitória Maria Cabral Inglês Esquível nº 5077

**Lisboa
Setembro 2021**



**12º Curso de Mestrado em Enfermagem
Área de Especialização em Enfermagem de
Reabilitação**

Opção II

**Intervenções de Enfermagem de Reabilitação na
Mulher com Disfunção do Pavimento Pélvico**

Discente:

Vitória Maria Cabral Inglês Esquível nº 5077

—

Prof. Vanda Lopes da Costa

—

**Lisboa
Setembro 2021**

LISTA DE SIGLAS

EC – Ensino Clínico

ECCI – Equipa de Cuidados Continuados Integrados

EEER – Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação

ESEL – Escola Superior de Enfermagem de Lisboa

OE – Ordem dos Enfermeiros

POGP - Pelvic Obstetric & Gynaecological Physiotherapy

RLT – Roper-Logan-Tierney

UC – Unidade Curricular

ÍNDICE

INTRODUÇÃO.....	68
1. IDENTIFICAÇÃO DO PROJETO	70
2. ENQUADRAMENTO TEÓRICO	71
2.1. A Disfunção do Pavimento Pélvico	71
2.2. Pertinência da Temática para os Cuidados de Enfermagem de Reabilitação.....	74
2.3. O Modelo de Enfermagem de Roper-Logan-Tierney e os Cuidados de Enfermagem de Reabilitação.....	75
2.4. A Intervenção do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação na Mulher com Disfunção do Pavimento Pélvico	77
3. INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM DE REABILITAÇÃO NA MULHER COM DISFUNÇÃO DO PAVIMENTO PÉLVICO – REVISÃO NARRATIVA DA LITERATURA	
79	
4. DEFINIÇÃO DE OBJETIVOS E ACTIVIDADES	85
5. CONTEXTOS DE ENSINO CLÍNICO	86
CONSIDERAÇÕES FINAIS	87
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	88
Apêndice I: Planeamento dos Objetivos	
Apêndice II: Cronograma	
Apêndice III: Guiões de Entrevista	

INTRODUÇÃO

No âmbito da Unidade Curricular (UC) Opção II do Curso de Mestrado em Enfermagem na Área de Especialização em Enfermagem de Reabilitação, foi solicitado aos estudantes que realizassem um Projeto de Estágio com o objetivo de desenvolver uma área de estudo no 3º semestre do Curso, bem como planejar o desenvolvimento de competências do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação (EEER) e do grau académico de mestre.

A escolha da temática a desenvolver começou por responder a um interesse pessoal em compreender qual o papel da enfermagem de reabilitação junto da grávida e da puérpera. Depois de algum estudo acerca do tema observou-se que esta população apresenta problemas de natureza uro-ginecológica relacionados com a disfunção do pavimento pélvico. De seguida perspetivou-se que a intervenção do EEER poderia transcender esta população, uma vez que as disfunções do pavimento pélvico afetam a mulher de diversas idades e em diversos estadios. Alargando a população de interesse, cruzaria a temática com a minha prática profissional atual, uma vez que cuido de utentes que apresentam sintomatologia decorrente de disfunções do pavimento pélvico com impacto na sua qualidade de vida. Foi então definido como tema para este trabalho “Intervenções de Enfermagem de Reabilitação na Mulher com Disfunção do Pavimento Pélvico”.

Para a fundamentação teórica do presente projeto optou-se pela realização de uma revisão narrativa da literatura, recorrendo às bases de dados CINAHL e MEDLINE via plataforma EBSCO, complementada por literatura não publicada e manuais de referência. Definiu-se como objetivo da revisão identificar a evidência científica existente sobre as intervenções de enfermagem de reabilitação na mulher com disfunção do pavimento pélvico.

Como quadro teórico de referência para o projeto optou-se pelo Modelo de Enfermagem de Roper-Logan-Tierney (RLT). Este modelo está assente nas ideias de que as pessoas praticam atividades que lhes permitem viver e crescer e que a enfermagem é centrada na pessoa (Roper, Logan & Tierney, 2001). Dado o contexto de utilização do

modelo procurou-se fazer uma reflexão acerca da relevância do mesmo no âmbito dos cuidados especializados em enfermagem de reabilitação.

A consulta de documentos de referência, particularmente os emanados pela Ordem dos Enfermeiros (OE) foi fundamental e estruturante para enquadrar a intervenção do EEER, nomeadamente o Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista (OE, 2019a), o Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação (OE, 2019b) e o Regulamento dos Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem de Reabilitação (OE, 2015). Por outro lado, também as competências definidas para a obtenção do grau de mestre foram consideradas (Ministério da Ciência, Tecnologia e Ensino Superior, 2008).

Ao longo do terceiro semestre terá lugar o estágio no qual será desenvolvido o presente projeto e também as restantes competências necessárias para a obtenção do título de Especialista em Enfermagem de Reabilitação e o grau de mestre. O estágio será dividido nos contextos comunitário e hospitalar, prevendo-se que seja realizado numa Equipa de Cuidados Continuados Integrados (ECCI) do Agrupamento de Centros de Saúde de Cascais e num Serviço de Medicina Física e Reabilitação de um hospital de Lisboa. Tendo em conta os contextos definidos, as competências a desenvolver e o tema específico deste projeto, foram definidos objetivos para o estágio, que serão apresentados neste documento. Em apêndice, estes objetivos serão desenvolvidos com mais detalhe, planeando atividades, recursos e indicadores de avaliação para os mesmos.

Por preferência da autora utilizar-se-á a terceira pessoa ao longo do trabalho. No entanto, em determinadas circunstâncias, se o conteúdo for muito pessoal, será utilizada a primeira pessoa.

1. IDENTIFICAÇÃO DO PROJETO

Título: Intervenções de Enfermagem de Reabilitação na Mulher com Disfunção do Pavimento Pélvico

Palavras-chave: Disfunção do Pavimento Pélvico, Enfermagem, Reabilitação, Mulher.

Objetivos

- Integrar as dinâmicas organizacionais e funcionais dos locais de EC;
- Colaborar com a equipa interdisciplinar contribuindo para a melhoria da qualidade dos cuidados prestados;
- Desenvolver competências de prestação de cuidados de enfermagem de reabilitação à pessoa com alterações motoras, sensoriais, cognitivas, cardíacas, respiratórias e alimentação;
- Desenvolver competências de prestação de cuidados de enfermagem de reabilitação à mulher com disfunção do pavimento pélvico;
- Avaliar o desenvolvimento de competências em função dos objetivos traçados.

Data de início: outubro de 2021.

Duração: 18 semanas.

Instituições envolvidas: Escola Superior de Enfermagem de Lisboa (ESEL); ECCI; Serviço de Medicina Física e Reabilitação.

2. ENQUADRAMENTO TEÓRICO

Face à importância de enquadrar teoricamente a temática, este capítulo será dividido em quatro subcapítulos. Começar-se-á por descrever a disfunção do pavimento pélvico, focando aspetos da sua anatomofisiologia, funções, fatores de risco que contribuam para a sua disfunção, sintomatologia associada e consequências da disfunção. Com base nesta fundamentação partir-se-á para a pertinência da temática para os cuidados de enfermagem de reabilitação. De seguida será apresentado o quadro teórico de referência do projeto, o Modelo de Enfermagem de RLT no contexto da enfermagem de reabilitação. Por fim, será discutida a intervenção do EEER na mulher com disfunção do pavimento pélvico.

2.1. A Disfunção do Pavimento Pélvico

Para melhor compreensão desta temática importa, em primeiro lugar, definir o que se entende por pavimento pélvico. Este é constituído por um grupo complexo de músculos presentes na anatomia feminina e masculina e que apresenta uma variedade de funções, nomeadamente a manutenção da continência urinária e intestinal (Yates, 2019a). Dada a temática do projeto será dado foco à anatomofisiologia feminina.

A pélvis é um anel ósseo formado pela união dos dois ossos coxais, cuja abertura inferior está encerrada por uma parede muscular, onde se localizam as estruturas urogenitais e ânus. A maior parte do pavimento pélvico é formada pelo diafragma pélvico, do qual fazem parte dois músculos: o músculo coccígeo, com a função de elevar e suportar o pavimento pélvico e o levantador do ânus, com a função de elevar o ânus e suportar as vísceras pélvicas (VanPutte et al., 2017). Numa camada inferior ao pavimento pélvico está localizado o períneo, região formada pelo triângulo urogenital, que contém os órgãos sexuais externos, e pelo triângulo anal, que contém o orifício anal. O períneo clínico ou centro fibroso do períneo está localizado entre a vagina e o ânus. Outros músculos que fazem parte do pavimento pélvico incluem o bulbo-esponjoso, ísquio-

cavernoso, esfíncter anal externo, esfíncter uretral e transversos do períneo (VanPutte et al., 2017; Thakar & Sultan, 2020);

Os músculos levantadores do ânus diferem da maioria dos músculos esqueléticos porque mantêm tônus constante (exceto durante a micção, eliminação intestinal e manobra de Valsalva), são capazes de se contrair rapidamente quando sujeitos a um *stressor*, como um espirro ou tosse mantendo a continência e são capazes de se distender consideravelmente durante o parto, contraindo após o mesmo e recuperando a sua função normal (Thakar & Sultan, 2020). Isto deve-se ao facto de estes músculos serem compostos por dois terços de fibras tipo 1, resistentes à fadiga e capazes de contrações por longos períodos de tempo, e por um terço de fibras tipo 2, capazes de produzir uma contração mais forte, rápida e eficaz, embora por curtos períodos de tempo (Yates, 2019a). É a contração destes músculos que determina a efetividade dos esfíncteres, prevenindo incontinência urinária e fecal, em resposta a aumentos da pressão intra-abdominal, como na tosse, espirros, riso, entre outros (Yates, 2019a).

O pavimento pélvico apresenta diversas funções. Primeiramente oferece suporte aos órgãos internos, como a bexiga, o reto e o útero, protegendo-os dos efeitos da gravidade (Yates, 2019a). Estes músculos formam uma parte dos músculos do *core* com efeito na estabilidade da coluna e da pélvis, auxiliando o seu movimento e a manutenção da postura (Yates, 2019a), funcionando como estabilizadores do tronco em sinergia com o transversos abdominal (Carteiro, Godinho & Rodrigues, 2017). Durante a gravidez servem de suporte ao feto e, durante o parto, auxiliam na sua passagem pela cintura pélvica (Yates, 2019a). A atividade do pavimento pélvico está também relacionada com a função sexual: a contração voluntária destes músculos contribui para o aumento da excitação e é necessário que estes músculos tenham força para que ocorra o orgasmo. No entanto, uma tensão ou sensibilidade excessivas do pavimento pélvico pode contribuir para a dor durante ou após as relações sexuais (Yates, 2019a).

Por fatores de diversas naturezas pode ocorrer dano na musculatura do pavimento pélvico, conduzindo à sua disfunção, sendo a gravidez e o parto os maiores fatores de risco (Milsom et al., 2017; Yates, 2019a), devido à ação hormonal que provoca relaxamento muscular, laceração do períneo no parto, episiotomia e compressão do útero sobre a bexiga (Carteiro, Godinho & Rodrigues, 2017). As lesões do pavimento

pélvico podem ocorrer em 13% a 36% das mulheres com parto vaginal (Thakar & Sultan, 2020). A obstipação crónica pode ser um fator de risco de desenvolvimento de disfunções do pavimento pélvico por estiramento e enfraquecimento dos músculos referidos (Yates, 2019a). Outros fatores relacionados com o aumento da pressão intra-abdominal podem conduzir a disfunções do pavimento pélvico, nomeadamente a obesidade (Milsom et al., 2017), tosse contínua ou exercício de elevado impacto, como o levantamento de pesos e atividades vigorosas que incluam saltos (Yates, 2019a). Sabe-se que o envelhecimento conduz a uma perda de tonicidade e elasticidade muscular. Na mulher este facto é agravado pela menopausa, uma vez que com a diminuição de estrogénio também a quantidade de fibras musculares no pavimento pélvico diminui, tornando-o mais fino ou até irritado e doloroso (Yates, 2019a). A histerectomia está relacionada com a perda de suporte do pavimento pélvico, já as doenças neurológicas como lesões da cauda equina ou a diabetes podem causar paralisção do pavimento pélvico (Milsom et al., 2017)

Após análise das causas da disfunção do pavimento pélvico, observa-se que a mulher apresenta um risco acrescido de dano nestas estruturas e, naturalmente, do impacto das consequências do mesmo. O enfraquecimento da musculatura do pavimento pélvico pode manifestar-se sintomaticamente através de incontinência urinária/fecal ou prolapso de órgãos pélvicos (Yates, 2019a). Os tipos de incontinência mais frequentemente relacionados com a disfunção do pavimento pélvico são a incontinência urinária por stress, urgência ou mista, bexiga hiperativa, perda fecal ou urgência fecal (Yates, 2019a). O prolapso de órgãos pélvicos pode ser anterior – por prolapso da bexiga -, posterior – por prolapso do reto – ou vaginal – quando há prolapso da vagina ou do útero (Yates, 2019a). Este pode manifestar-se por uma sensação de peso, “arrastamento”, dor e/ou desconforto na vagina ou abdómen e falta de sensibilidade nas relações sexuais (Yates, 2019a). A mulher afetada por hipertonia do pavimento pélvico pode apresentar sintomas pouco específicos como a dificuldade em evacuar, sensação de esvaziamento incompleto do intestino, sensação de plenitude, obstipação, frequência e urgência urinária, disúria, incontinência, dor na região da bexiga, dispareunia, dor pélvica após as relações sexuais, dor na região lombar inferior que irradia para as coxas ou virilhas e dor pélvica não relacionada com o coito (Faubion, Shuster & Bharucha, 2012).

2.2. Pertinência da Temática para os Cuidados de Enfermagem de Reabilitação

O estudo desta temática responde a um interesse pessoal na intervenção do EEER na grávida e na puérpera, que posteriormente se afinou para as questões específicas da disfunção do pavimento pélvico. Constatou-se, com a pesquisa realizada, que este é um problema que afeta não só esta população, mas que é transversal à mulher. Atualmente desenvolvo a minha atividade profissional cuidando de mulheres adultas e idosas que apresentam sintomatologia decorrente de disfunções do pavimento pélvico, pelo que este projeto pode vir a ter uma aplicabilidade no meu contexto de trabalho.

No subcapítulo anterior observou-se que a disfunção do pavimento pélvico pode ter diversas consequências para a mulher, sobretudo relacionadas com a eliminação e sexualidade. Uma em cada três mulheres que já tenha parido irá sofrer de incontinência urinária, uma em cada duas irá desenvolver prolapso dos órgãos pélvicos e uma em cada dez irá sofrer de incontinência fecal. As disfunções do pavimento pélvico estão associadas a uma redução no bem-estar psicológico, social, financeiro e sexual, conduzindo a isolamento social, perda de rendimentos e pior qualidade de vida, mas a vergonha e os tabus sociais impedem uma discussão aberta do tema (Verbeek & Hayward, 2019).

A abordagem desta temática é também relevante no contexto da enfermagem de reabilitação. A Mesa do Colégio de Especialidade de Enfermagem de Reabilitação (2015) determinou que a avaliação e as intervenções autónomas do EEER na função eliminação intestinal e vesical são áreas de investigação prioritária em enfermagem de reabilitação. Por outro lado, considera-se que a intervenção do EEER na mulher com disfunção do pavimento pélvico pode contribuir para a melhoria contínua dos cuidados de enfermagem de reabilitação, concretizadas nos Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem de Reabilitação. A procura pela satisfação do cliente, a promoção da saúde, a prevenção de complicações, o bem-estar e o autocuidado, a readaptação funcional e a reeducação funcional (OE, 2015) são enunciados descritivos ligados ao desenvolvimento deste projeto.

2.3. O Modelo de Enfermagem de Roper-Logan-Tierney e os Cuidados de Enfermagem de Reabilitação

Como quadro teórico de referência, neste projeto será mobilizado o Modelo de Enfermagem de RLT uma vez que é relevante e aplicável à enfermagem em qualquer especialidade (Roper, Logan & Tierney, 2001), conduzindo a uma apreciação sistemática, holística, individualizada e centrada na pessoa como base para o desenho de um plano de cuidados, assente no processo de enfermagem, permitindo a translação da teoria para a prática (Williams, 2015). Além da identificação das necessidades da pessoa a um nível individual, a utilização deste modelo permite a sua contextualização, admitindo a identificação de problemas reais e potenciais (Moura et al., 2015).

O Modelo de Enfermagem RLT é sustentado por um Modelo de Vida, que encerra cinco conceitos: a duração de vida, o continuum dependência/independência, doze atividades de vida e os fatores que as influenciam, que em conjunto determinam o conceito de individualidade de vida (Roper, Logan & Tierney, 2001). O Modelo de Enfermagem de RLT difere do Modelo de Vida no conceito de individualidade de vida que, no Modelo de Enfermagem, se torna em enfermagem individualizada. Ou seja, ao conceptualizar a enfermagem nos restantes quatro conceitos, o enfermeiro é capaz de identificar o padrão individual de vida da pessoa para posteriormente individualizar os cuidados de enfermagem. A enfermagem individualizada operacionaliza-se no processo de enfermagem, que compreende as etapas de apreciar, planear, implementar e avaliar (Roper, Logan & Tierney, 2001).

Considera-se importante analisar qual a relevância da utilização deste modelo no contexto da enfermagem de reabilitação, examinando alguns pressupostos do modelo e cruzando-os com os documentos de referência do EEER. Para Roper, Logan & Tierney (2001), a função da enfermagem é ajudar a pessoa a evitar, aliviar, resolver, lidar positivamente ou evitar a recorrência dos problemas reais ou potenciais relacionados com as atividades de vida. De acordo com este referencial teórico, a pessoa pode experienciar, ao longo da sua vida, acontecimentos que podem afetar a forma como desempenha as atividades de vida e, perante a identificação de problemas potenciais, o

enfermeiro assume um papel de promoção e manutenção da saúde e prevenção da doença. Também o EEER age com estes objetivos, com base nos seus conhecimentos e experiência acrescida (OE, 2019b), identificando riscos de alteração da funcionalidade, limitadores da atividade ou geradores de incapacidade (OE, 2015).

Cabe também ao EEER conceber, implementar e monitorizar planos de intervenção baseados em problemas reais e potenciais, intervindo para assegurar a manutenção da capacidade funcional da pessoa, evitando incapacidades, melhorando as funções residuais, mantendo ou recuperando a independência nas atividades de vida ou minimizando o impacto das incapacidades já instaladas (OE, 2019b). Também o Modelo de Enfermagem de RLT está alinhado com a ideia de que o enfermeiro atua no sentido de promover a independência da pessoa nas suas atividades de vida ou, quando tal não é possível, a aceitá-la (Roper, Logan & Tierney, 2001).

Como foi referido, o Modelo de Enfermagem de RLT está assente no processo de enfermagem. A intervenção do EEER no cuidado à pessoa com necessidades especiais operacionaliza-se nas competências de avaliação, diagnóstico de alterações, conceção de planos de intervenção, implementação das intervenções planeadas e avaliação dos resultados das mesmas (OE, 2019b). Esta intervenção estruturada do EEER é reforçada na promoção do bem-estar e do autocuidado da pessoa (OE, 2015). A avaliação realizada pelo EEER centra-se na funcionalidade, mas envolve também a apreciação de fatores envolventes que possam condicionar a otimização da mesma, por exemplo, a nível psicossocial e no enquadramento social, político e económico (OE, 2019b; OE, 2015). Roper, Logan & Tierney (2001) descrevem que a individualidade de vida da pessoa é em muito influenciada por fatores que condicionam a forma como esta desempenha as atividades de vida, podendo ser de ordem biológica, psicológica, sociocultural, ambiental ou político-económica.

A relação profissional entre o enfermeiro e a pessoa está assente no pressuposto de que esta é um indivíduo autónomo, capaz de tomar decisões, devendo ser encorajada no sentido da responsabilidade pessoal pela sua saúde (Roper, Logan & Tierney, 2001). Uma outra ideia referida pelas autoras expõe que, embora algumas atividades de vida tenham uma importância vital, a ordem de prioridades atribuída às atividades de vida é variável de acordo com a escolha da pessoa e as circunstâncias. Como tal, os enfermeiros

devem observar que diferentes circunstâncias geram diferentes prioridades, em diferentes indivíduos. O EEER, na sua intervenção, recolhe informação no sentido de hierarquizar as prioridades para consecução do projeto de saúde da pessoa (OE, 2019b), colocando-a num papel central neste processo. O respeito pela autonomia da pessoa no processo de reabilitação é fundamental, devendo o seu processo de cuidados ser discutido e analisado com a mesma (OE, 2015).

Enquanto conceito central do Modelo de Vida e do Modelo de Enfermagem de RLT, as atividades de vida têm esta designação fruto de uma evolução terminológica ao longo dos trabalhos das autoras (Roper, Logan & Tierney, 2001). Os documentos de referência do EEER utilizam o termo Atividades de Vida Diária que se refere, “no contexto da reabilitação, ao conjunto de atividades ou tarefas comuns que as pessoas desempenham de forma autónoma e rotineira no seu dia-a-dia” (Mesa do Colégio da Especialidade de Enfermagem de Reabilitação, 2011, pp.1). Embora não se possa dizer que os conceitos propostos por RLT e pela OE sejam iguais, observa-se que há uma sobreposição entre os mesmos. Esta reflexão é relevante para esta discussão uma vez que o EEER intervém na execução destas atividades pela pessoa, visando a adaptação às limitações e a maximização da autonomia e qualidade de vida, nos domínios motor, sensorial, cognitivo, cardíaco, respiratório, da eliminação e da sexualidade (OE, 2019b).

Em suma, observa-se que o Modelo de Enfermagem de RTL oferece não só uma terminologia alinhada com a proposta pelos documentos regulamentares da profissão do EEER, como está em sintonia com aquelas que são as suas competências e os seus padrões de qualidade.

2.4. A Intervenção do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação na Mulher com Disfunção do Pavimento Pélvico

Impõe-se refletir sobre as competências do EEER que podem enquadrar a sua intervenção no âmbito da intervenção na mulher com disfunção do pavimento pélvico.

O EEER tem como primeira competência definida pela OE (2019b) cuidar de pessoas com necessidades especiais, ao longo do ciclo de vida, em todos os contextos da prática de cuidados, aplicando a metodologia do processo de enfermagem. Assim, compete ao EEER avaliar a mulher no que respeita ao risco de alteração da funcionalidade, em particular nos domínios da eliminação e sexualidade, recorrendo a escalas e instrumentos de medida, bem como à funcionalidade nas atividades de vida diária, fatores facilitadores ou inibidores da sua realização ou aspetos psicossociais com impacto nestes processos. Também nestes domínios cabe ao EEER diagnosticar as respostas desadequadas e as necessidades de intervenção de reeducação destas funções (OE, 2019b). A conceção de planos de intervenção deverá estar alinhada com o projeto de saúde da mulher, após discussão com a mesma, selecionando e prescrevendo intervenções para reeducação funcional. Considera-se que, para este projeto, será prioritária a implementação de programas de otimização e/ou reeducação da sexualidade e reeducação da função de eliminação vesical e intestinal (OE, 2019b), não obstante outros que possam ser identificados como relevantes. Os programas de intervenção operacionalizam-se através de mobilização de conhecimentos, identificação de recursos necessários e desenvolvimento, ensino, demonstração e treino de técnicas, para as quais este projeto contribui. O processo tem continuidade com a monitorização, avaliação e eventual reformulação da intervenção (OE, 2019b).

Observa-se também que a competência J2 definida pela OE (2019b) pode ser explorada no âmbito da intervenção do EEER, nomeadamente no que respeita à elaboração de programas de treino de atividades de vida diária, ensinando técnicas e tecnologias específicas de autocuidado, ensino e supervisão de produtos de apoio e diminuição de fatores de risco ambientais relacionados com a alteração da funcionalidade.

Considera-se que o recurso a estas competências do EEER concretiza os padrões de qualidade relativos à satisfação do cliente, promoção da saúde, prevenção de complicações, bem-estar e autocuidado, readaptação funcional e reeducação funcional (OE, 2015).

3. INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM DE REABILITAÇÃO NA MULHER COM DISFUNÇÃO DO PAVIMENTO PÉLVICO - REVISÃO NARRATIVA DA LITERATURA

Perante a necessidade de responder à questão “quais as intervenções de enfermagem de reabilitação implementadas na mulher com disfunção do pavimento pélvico?” foi realizada uma revisão narrativa da literatura. O objetivo da presente revisão será identificar a evidência científica existente sobre as intervenções de enfermagem de reabilitação na mulher com disfunção do pavimento pélvico.

Foi realizada uma pesquisa nas bases de dados CINAHL e MEDLINE (via EBSCO), utilizando os termos de indexação “*Pelvic Floor Disorders*”, “*Women*”, “*Female*” “*Rehabilitation*” e “*Rehabilitation Nursing*”. Uma vez que se observou que a literatura respeitante à enfermagem é escassa, foi realizada uma pesquisa livre e não estruturada noutras fontes de informação como manuais, artigos não publicados e documentos de entidades governamentais e não-governamentais, com destaque para a documentação emitida pela OE, para enquadrar as intervenções de enfermagem de reabilitação.

Perante a mulher que apresenta sintomatologia compatível com disfunção do pavimento pélvico, o enfermeiro deve ser capaz de realizar uma apreciação e exame físico completos (Yates, 2019b). É essencial que, em primeiro lugar, exista tempo disponível para esta apreciação e o enfermeiro demonstre escuta ativa, competências de entrevista e familiaridade com a terminologia (Davis, 2010). A apreciação inicial foca-se na sintomatologia, incluindo a natureza, início e duração das queixas e o seu impacto a nível físico, psicológico, social e sexual (Davis, 2010). Dependendo da sintomatologia apresentada pode ser necessário colher mais informação, nomeadamente se a mulher apresentar incontinência urinária, fecal ou prolapso dos órgãos pélvicos. Deverá também ser realizada uma avaliação integrada dos sistemas corporais e outros elementos que possam influenciar a apreciação – como o historial médico, cirúrgico e obstétrico, terapêutica habitual, alergias, história social e ocupacional, peso/índice de massa corporal, dieta, ingestão hídrica e hábitos tabágicos ou etanólicos (Davis, 2010).

O exame físico do pavimento pélvico inclui uma inspeção externa e, quando apropriado, um exame interno. Previamente à realização destes, o enfermeiro deve estar atento a sinais de infeção ou corpos estranhos, fragilidade dos tecidos, dor, lesões, tensão, história de abuso sexual ou menstruação, podendo ser necessário adiar o exame até que as situações estejam resolvidas (Yates, 2019b). O exame externo é realizado com a mulher deitada em decúbito dorsal, devendo o enfermeiro utilizar luvas limpas e gel lubrificante para inspecionar a área perineal, procurando alterações cutâneas, sinais de infeção, perdas fecais ou urinárias, prolapso dos órgãos pélvicos, sinais de vaginite atrófica e alterações que sejam compatíveis com mutilação genital. Ainda nesta etapa é importante pedir à mulher que tussa para verificar se ocorre protusão dos órgãos pélvicos ou perdas urinárias e/ou fecais (Yates, 2019b). Para observar a região anal, nomeadamente queixas de prolapso anal pode ser necessário realizar o exame no sanitário, após a tentativa de realizar a eliminação intestinal (Davis, 2010).

O exame interno é contraindicado se a mulher tem idade inferior a 18 anos, teve um parto nas seis semanas prévias ou cirurgia pélvica nos últimos três meses. O exame interno deve ser realizado introduzindo o dedo indicador no canal vaginal e, num movimento circular, avaliar a simetria muscular, dor, tensão ou presença de alterações tecidulares compatíveis com cicatrizes provocadas por trauma ou episiotomia. Deverá ser novamente pedido à mulher que tussa durante este exame (Yates, 2019b). Por fim, a mulher deverá contrair os músculos do pavimento pélvico e o enfermeiro deverá fazer a avaliação dos mesmos recorrendo ao instrumento PERFECT e à Escala de Oxford Modificada introduzindo o dedo no canal vaginal. A Escala de Oxford Modificada apresenta valores entre 0, que corresponde à ausência de contração muscular e 5, que corresponde a uma contração forte (Laycock, Whelan & Dumoulin, 2008). A utilização desta escala contribui para a avaliação do primeiro parâmetro do instrumento com o acrónimo PERFECT:

- *Performance*: avaliado através da Escala de Oxford Modificada;
- *Endurance*: tempo (até 10 segundos) que uma contração muscular máxima é mantida até a sua força reduzir 50% ou mais;
- *Repetitions*: o número de repetições (até um máximo de 10) da contração muscular máxima, com 4 segundos de repouso entre cada uma;

- *Fast*: após um período de repouso de 1 minuto, é avaliado o número total de contrações rápidas e fortes que a mulher é capaz de realizar (até um máximo de 10);
- *Elevation*: se existe elevação da parede vaginal posterior durante a contração;
- *Co-contraction*: contração dos músculos abdominais inferiores durante a contração dos músculos do pavimento pélvico;
- *Timing*: contração da musculatura de forma involuntária, síncrona com a tosse (Laycock, Whelan & Dumoulin, 2008).

Após esta avaliação deverá ser realizado o registo da apreciação, para posterior decisão do tratamento a implementar. De acordo com Arnouk et al. (2017) as *guidelines* atuais recomendam o tratamento conservador como a terapia de primeira linha para disfunção do pavimento pélvico, no qual se enquadra a intervenção do EEER. As decisões acerca do tratamento são sempre centradas na experiência da mulher com a sintomatologia, nos seus valores e nos seus objetivos para o tratamento (Davis, 2010). Os programas educacionais e de exercício à mulher com disfunção do pavimento pélvico devem ser individualizados (Yates, 2019b) e o enfermeiro especialista tem o papel de informar acerca dos tratamentos possíveis para que a mulher tome uma decisão informada (Richardson et al., 2009).

O programa de reabilitação deverá iniciar-se com a educação e providência de informação à mulher acerca da anatomia e função da musculatura pélvica (Yates, 2019b) podendo ser útil recorrer a um modelo, diagrama ou um pequeno espelho (Faubion, Shuster & Bharucha, 2012). A adesão ao programa de reabilitação é fundamental e como tal é importante informar a mulher acerca de quais os resultados expectáveis e de que podem passar-se três meses até que sejam notados resultados, pelo que a perseverança é fundamental (Yates, 2019b).

As intervenções comportamentais são basilares na intervenção na mulher com disfunção do pavimento pélvico, nas quais se incluem a gestão da obstipação, por exemplo através da dieta com fibras e aporte hídrico, devendo também a gestão do peso ser um fator a considerar (Pelvic Obstetric & Gynaecological Physiotherapy (POGP), 2018). A mesma organização refere que a mulher deve ser incentivada à cessação tabágica. Tian et al. (2018) referem que, apesar de frequentemente a mulher ser aconselhada a realizar

exercício físico de menor impacto, a determinação de qual o tipo de exercício que pode ser realizado sem gerar elevadas pressões intra-abdominais deve ser individual, embora este possa ser um desafio nos contextos de prestação de cuidados devido aos recursos existentes. A mulher com dispareunia associada a hipertonia do pavimento pélvico deve ser aconselhada a suspender as relações sexuais com penetração durante o tratamento, podendo ser importante a referência para um terapeuta sexual (Faubion, Shuster & Bharucha, 2012). No caso de estarem presentes sintomas urinários, podem ser incluídas outras intervenções como o treino de hábitos, micção dupla sem esforço e reduzir o consumo de substâncias como a cafeína (Richardson et al., 2009).

Uma das principais intervenções a implementar na mulher com disfunção do pavimento pélvico é o treino desta musculatura. O objetivo desta intervenção é melhorar a força, coordenação e resistência dos músculos do pavimento pélvico (Richardson et al., 2009). Não existem recomendações robustas acerca do plano de treino específico a realizar (Dumoulin et al., 2017), no entanto, os objetivos deverão estar centrados em aumentar a duração e o número de contrações conseguidas, sempre num plano individualizado e de acordo com as capacidades da mulher (Haslam, 2008). Os exercícios devem ser realizados numa variedade de posições, inicialmente em decúbito e depois sentada, de pé ou durante atividades (POGP, 2018), com incrementos progressivos (Yates, 2019b). A mulher deve ser instruída a realizar o movimento de contração muscular como se quisesse parar a passagem de fezes ou flatos, contraindo o esfíncter anal, num movimento no sentido anterior e superior, em direção à bexiga (POGP, 2018). Para que a contração seja realizada corretamente a mulher deve ser instruída a não fazer o movimento de adução dos membros inferiores ou contrair o abdómen ou coxas (Yates, 2019b). Não deverá sustentar a respiração, mas sim inspirar profundamente pelo nariz e expirar pela boca, mantendo abdómen relaxado (POGP, 2018).

Os exercícios de fortalecimento do pavimento pélvico devem incluir contrações longas e mantidas, bem como contrações rápidas. As contrações rápidas devem ser treinadas para que a mulher as possa mobilizar rapidamente perante um esforço que aumente a pressão intra-abdominal, ou seja, a mulher deverá ser instruída a mobilizar estas contrações antes da realização de atividades que aumentem a pressão intra-abdominal ou para controlo da incontinência urinária de esforço (POGP, 2018). Os

exercícios podem também ser realizados enquanto a mulher realiza atividades, como por exemplo caminhar (Haslam, 2008). Por fim, pode ainda ser treinada a realização de uma contração submáxima sobre a qual são realizadas contrações fortes e rápidas, mantendo a contração submáxima de base (Haslam, 2008).

O fortalecimento da musculatura do pavimento pélvico pode ser complementado com a utilização do *biofeedback*, enquanto técnica que permite à mulher tomar consciência do funcionamento destes músculos e melhorar o seu treino. Este pode ser realizado por via digital intrarectal ou intravaginal, colocação da mão no períneo ou com recurso a dispositivos específicos (Arnouk et al., 2017), como os cones vaginais, facilitando o reconhecimento apropriado da contração e relaxamento dos músculos (Faubion, Shuster & Bharucha, 2012). Por outro lado, como complemento do fortalecimento da musculatura do pavimento pélvico também pode ser realizada electroestimulação, ou seja, a utilização de impulsos elétricos por via superficial ou sonda interna para melhorar a contração muscular (Arnouk et al., 2017). A Mesa do Colégio da Especialidade de Enfermagem de Reabilitação (2014) identifica que a eletroterapia no contexto da prática de cuidados de enfermagem de reabilitação carece ainda de pesquisa e investigação.

Dada a importância da adesão da mulher à realização destes exercícios sem a supervisão do EEER, devem também ser fornecidas estratégias para que a mulher não se esqueça de realizar os exercícios com regularidade como a utilização de alarmes ou lembretes no telemóvel, utilização de aplicações móveis ou em determinados momentos como após a micção, na ida ao ginásio ou nas deslocações em transportes (POGP, 2018). Apesar de ser preconizado um plano individualizado de treino da musculatura pélvica, são já frequentes sessões de grupo nas quais são introduzidos os exercícios de fortalecimento do pavimento pélvico em conjunto com outros exercícios de ativação da musculatura do tronco, que permitem também à mulher maior motivação e apoio de pares (Haslam, 2008).

Além dos exercícios de fortalecimento da musculatura pélvica previamente descritos, os exercícios abdominais hipopressivos podem também ser realizados como estratégia de tratamento conservador, sendo eficazes em mulheres que têm dificuldade na correta identificação dos músculos do pavimento pélvico. Estes exercícios baseiam-se na sinergia entre a parede abdominal e o diafragma com a musculatura do pavimento

pélvico (Araujo, Santos & Postol, 2020), fornecendo um estímulo de treino sem a contração voluntária (Navarro-Brazález et al., 2020). Além das intervenções comportamentais, a utilização destes exercícios isoladamente ou em conjunto com o fortalecimento da musculatura pélvica pode reduzir a sintomatologia associada à disfunção do pavimento pélvico, melhorar a sua função e a qualidade de vida da pessoa (Navarro-Brazález et al., 2020).

Considera-se importante ressaltar que, apesar de a maioria da literatura encontrada acerca da reabilitação da musculatura do pavimento pélvico focar o seu fortalecimento perante quadros de fraqueza muscular ou baixa resistência, existem situações relacionadas com o inadequado relaxamento ou espasmos desta musculatura. Assim, o objetivo da intervenção deverá modificar-se, sendo o foco o relaxamento dos músculos referidos, num conceito de *down-training* (Pedraza et al., 2014). As estratégias de relaxamento podem ser implementadas uma vez que o *stress* pode provocar alterações fisiológicas que aumentam a tensão da musculatura pélvica (POGP, 2018).

Por fim, no âmbito dos produtos de apoio relacionados com a temática, observa-se que perante a apresentação de quadros de prolapso dos órgãos pélvicos podem ser prescritos pessários. O enfermeiro especialista poderá ter treino específico para adequar o dispositivo e fazer o *follow-up* da sua utilização, incluindo a sua remoção e inspeção dos tecidos (Richardson et al., 2009). Conforme já foi previamente referido, existem também cones vaginais, dispositivos que providenciam *feedback* sensorial e estímulo para fortalecimento da musculatura, embora a efetividade deste método ainda não seja clara e a sua utilização pode não ser adequada em alguns casos (Dumoulin et al., 2017).

4. DEFINIÇÃO DE OBJETIVOS E ACTIVIDADES

Após identificação e desenvolvimento da área de estudo do presente projeto, importa mobilizar o Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista (OE, 2019a), o Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação (OE, 2019b), os Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem de Reabilitação (OE, 2015) e as competências definidas para a obtenção do grau de mestre (Ministério da Ciência, Tecnologia e Ensino Superior, 2008), para identificar objetivos a desenvolver no terceiro semestre, em EC. De acordo com as competências definidas pelos documentos supracitados e com a taxonomia proposta por Anderson et al. (2001), foram formulados os seguintes objetivos a atingir:

1. Integrar as dinâmicas organizacionais e funcionais dos locais de EC;
2. Colaborar com a equipa interdisciplinar contribuindo para a melhoria da qualidade dos cuidados prestados;
3. Desenvolver competências de prestação de cuidados de enfermagem de reabilitação à pessoa com alterações motoras, sensoriais, cognitivas, cardíacas, respiratórias e alimentação;
4. Desenvolver competências de prestação de cuidados de enfermagem de reabilitação à mulher com disfunção do pavimento pélvico;
5. Avaliar o desenvolvimento de competências em função dos objetivos traçados.

Os objetivos previamente apresentados surgem de acordo com a previsível ordem cronológica pela qual serão desenvolvidos ao longo do terceiro semestre, não sendo feita uma distinção com base em importância dos mesmos.

De seguida foram enunciadas as atividades, competências, padrões de qualidade, indicadores de avaliação e recursos necessários para a consecução dos objetivos definidos, que se encontra em apêndice (apêndice I). Foi também elaborado um cronograma para estruturar o trabalho a desenvolver no terceiro semestre em função dos objetivos traçados (apêndice II).

5. CONTEXTOS DE ENSINO CLÍNICO

Para concretização dos objetivos traçados serão realizados dois estágios, em contexto comunitário e em contexto hospitalar. Prevê-se que estes momentos proporcionem a oportunidade de aplicar os conhecimentos adquiridos ao longo do curso e o desenvolvimento de competências para aquisição do título de especialista e grau de mestre.

Num primeiro momento é previsível ter lugar o EC em contexto comunitário numa ECCI. A ECCI é constituída por uma equipa multidisciplinar apoiada nos recursos locais disponíveis, no âmbito dos cuidados de saúde primários. É responsável por prestar cuidados domiciliários médicos, de enfermagem, de reabilitação, de apoio social ou outros a pessoas cuja situação não requer internamento, mas que não têm capacidade de se deslocar de forma autónoma. A pessoa alvo de cuidados pode estar em situação de dependência funcional, doença terminal ou em processo de convalescença (Decreto-Lei nº 101, 2006). A ECCI pertence ao Agrupamento de Centros de Saúde de Cascais da Administração Regional de Saúde de Lisboa e Vale do Tejo.

No segundo momento de EC terá lugar o estágio em contexto hospitalar, mais concretamente num Serviço de Medicina Física e Reabilitação de um hospital de Lisboa. A escolha recaiu nesta unidade uma vez que, além de ser um serviço de internamento de utentes com diversas necessidades de reabilitação, são também realizadas consultas de reabilitação pélvica por uma EEER duas vezes por semana, permitindo o desenvolvimento de competências mais diretamente relacionadas com o presente projeto.

Para melhor compreensão das especificidades dos locais de EC foram planeadas entrevistas aos enfermeiros chefes de cada um dos serviços. Foram contruídos guiões de entrevista semiestruturada que se encontram em apêndice (apêndice III), aguardando-se o momento oportuno para que estes contactos sejam realizados.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A disfunção do pavimento pélvico na mulher adulta assume-se como uma temática relevante tendo em conta o impacto na qualidade de vida da pessoa. A enfermagem de reabilitação encontra neste âmbito uma oportunidade de intervenção, validada pelas competências e padrões de qualidade definidas para estes cuidados.

A construção deste projeto permitiu o aprofundamento de conhecimentos no âmbito da temática da disfunção do pavimento pélvico na mulher, sustentada em literatura relevante. Procurou-se desenvolver a temática numa ótica abrangente, revendo conceitos relacionados com a anatomofisiologia, avançando para a disfunção do pavimento pélvico e as suas consequências, como base para compreender a relevância da intervenção do EEER nesta situação. As intervenções de enfermagem têm por base uma apreciação sistemática e completa, pelo que foi particularmente importante explorar instrumentos específicos de apreciação para posteriormente identificar as intervenções adequadas. O modelo de enfermagem proposto por RLT acrescentou um referencial teórico ao projeto que enquadra a intervenção.

Dada a complexidade deste trabalho, observa-se que o percurso para o seu desenvolvimento não foi linear, com necessidade frequente de revisões, discussão com a professora orientadora, colegas e outros professores nas apresentações em aula. A pesquisa e análise da literatura foi fundamental para organizar os conhecimentos acerca desta temática específica. Por outro lado, permitiu também uma análise em profundidade dos documentos emitidos pela OE no âmbito da prática especializada, fundamentais para a prática profissional no futuro.

O presente documento será um essencial instrumento guia ao longo do terceiro semestre, em particular nos EC, pois foi nele que foram planeadas as atividades a realizar com vista ao desenvolvimento de competências previstas para este percurso formativo. Não obstante o planeamento realizado, considera-se que dadas as realidades dos contextos e as oportunidades que surgirem, o projeto poderá ser reformulado com vista à consecução dos objetivos definidos, culminando na entrega e discussão do relatório de estágio.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Anderson, L., Krathwohl, D., Airasian, P., Cruikshank, K., Mayer, R., Pintrich, P., ... & Wittrock, M. (2001). *A Taxonomy for Learning, Teaching, and Assessing: A Revision of Bloom's Taxonomy of Educational Objectives*. United States: Longman.
- Araujo, J., Santos, S. & Postol, M. (2020). Abordagem Fisioterapêutica na Reabilitação da Musculatura do Assoalho Pélvico em Mulheres com Prolapso Genital. *Fisioterapia Brasil*, 21 (4), 388-395.
- Arnouk, A., De, L., Rehfuss, A., Cappadocia, C., Dickson, S. & Lian, F. (2017). Physical, Complementary, and Alternative Medicine in the Treatment of Pelvic Floor Disorders. *Current Urology Reports*, 18 (47), 1-13.
- Carteiro, D.; Godinho, F. & Rodrigues, M. L. (2017). Os Contributos do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação no Cuidado Durante a Gravidez e Após o Parto. In Marques-Vieira, C. & Sousa, L. (Coord.), *Cuidados de Enfermagem de Reabilitação à Pessoa ao Longo da Vida* (pp.289-296) Loures: Lusodidacta.
- Davis, K. (2010). Pelvic floor dysfunction: causes and assessment. *Practice Nursing*, 21 (7), 340-346.
- Decreto-Lei nº 101/2006 (2006). Cria a Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados. Ministério da Saúde. *Diário da República*, I-A Série (Nº 109 de 06-06-2006), 3856-3865. ELI: <https://data.dre.pt/eli/dec-lei/101/2006/06/06/p/dre/pt/html>
- Decreto-Lei nº 107/2008 (2008). Altera os Decretos-Leis n.os 74/2006, de 24 de Março, 316/76, de 29 de Abril, 42/2005, de 22 de Fevereiro, e 67/2005, de 15 de Março. Ministério da Ciência, Tecnologia e Ensino Superior. *Diário da República*, I Série (Nº 121 de 25-06-2008), 3835-3853. ELI: <https://data.dre.pt/eli/dec-lei/107/2008/06/25/p/dre/pt/html>
- Dumoulin, C., Adewuyi, T., Booth, J., Bradley, C., Burgio, K., Hagen, S., ... & Williams, K. (2017). Adult Conservative Management. In Abrams, P., Cardozo, L., Wagg, A. &

- Wein, A. (Ed.) *Incontinence*. (pp.1443-1628) Tokyo: ICUD.
- Faubion, S., Shuster, L. & Bharucha, A. (2012). Recognition and Management of Nonrelaxing Pelvic Floor Dysfunction. *Mayo Clinic Proceedings*, 87 (2), 187-19.
- Haslam, J. (2008). Pelvic Floor Muscle Exercise in the Treatment of Urinary Incontinence. In Haslam, J. & Laycock, J. (E.) *Therapeutic Management of Incontinence and Pelvic Pain: Pelvic Organ Disorders* (2nd ed.) (pp. 89-94). London: Springer.
- Laycock, J., Whelan, M. M. & Dumoulin, C. (2008). Patient Assessment. In Haslam, J. & Laycock, J. (E.) *Therapeutic Management of Incontinence and Pelvic Pain: Pelvic Organ Disorders* (2nd ed.) (pp. 57-66). London: Springer.
- Mesa do Colégio de Especialidade de Enfermagem de Reabilitação (2011). *Parecer N° 12/2011: Parecer sobre Atividades de Vida Diária*. Mesa do Colégio de Especialidade de Enfermagem de Reabilitação.
- Mesa do Colégio de Especialidade de Enfermagem de Reabilitação (2014). *Parecer N° 10/2014: Utilização de Técnicas Específica na Prestação de Cuidados Especializados em Enfermagem de Reabilitação*. Mesa do Colégio de Especialidade de Enfermagem de Reabilitação.
- Mesa do Colégio de Especialidade de Enfermagem de Reabilitação (2015). *Áreas Investigação Prioritárias para a Especialidade de Enfermagem de Reabilitação*. Mesa do Colégio de Especialidade de Enfermagem de Reabilitação.
- Milsom, I., Altman, D., Cartwright, R., Lapitan, M., Nelson, R., Sjöström, S., ... Tikkinen, K. (2017). Epidemiology of Urinary Incontinence (Ui) and Other Lower Urinary Tract Symptoms (Luts), Pelvic Organ Prolapse (Pop) And Anal (Ai). In Abrams, P., Cardozo, L., Wagg, A. & Wein, A. (Ed.) *Incontinence*. (pp.1-141) Tokyo: ICUD.
- Moura, G., Nascimento, J., Lima, M., Frota, N., Cristino, V. & Caetano, J. (2015). Activities of Living of Disabled People According to the Roper-Logan-Tierney Model of Nursing. *Revista da Rede de Enfermagem do Nordeste*, 16 (3), 317-326.
- Navarro-Brazález, B., Prieto-Gómez, V., Prieto-Merino, D., Sánchez-Sánchez, B., McLean, L. & Torres-Lacomba, M. (2020). Effectiveness of Hypopressive Exercises in Women with Pelvic Floor Dysfunction: A Randomised Controlled Trial. *Journal of Clinical Medicine*,

9, 1149.

Ordem dos Enfermeiros. (2015). Regulamento dos Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem de Reabilitação. *Diário da República, 2ª série, nº 119*, 16655-16660.

https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/legislacao/Documents/LegislacaoOE/RegulamentoPadQualidadeCuidEspecializEnfReabilitacao_DRJun2015.pdf

Ordem dos Enfermeiros. (2019a). Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista. *Diário Da República, 2ª Série, nº26*, 4744–4750.
<https://dre.pt/application/conteudo/11923619>

Ordem dos Enfermeiros. (2019b). Regulamento n.º 392/2019 - Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação. *Diário Da República, 2ª Série - n.º 85 - 3 de Maio de 2019*, 13565–13568.
<https://dre.pt/home/-/dre/122216893/details/maximized>

Pedraza, R., Nieto, J., Ibarra, S. & Haas, E. M. (2014). Pelvic Muscle Rehabilitation: a Standardized Protocol for Pelvic Floor Dysfunction. *Advances in Urology*, 2014 (1): 487436.

Pelvic Obstetric & Gynaecological Physiotherapy (2018). *The Pelvic Floor Muscles – a Guide for Women*. Disponível em:
https://pogp.csp.org.uk/system/files/publication_files/POGP-PelvicFloor%20%28UL%29.pdf

Richardson, K., Hagen, S., Glazener, C. & Strak, D. (2009). The Role of Nurses in the Management of Women with Pelvic Organ Prolapse. *British Journal of Nursing*, 18 (5), 294-300.

Roper, N., Logan, W. & Tierney, A. (2001). *O Modelo de Enfermagem Roper-Logan-Tierney*. Lisboa: Climepsi Editores.

Thakar, R. & Sultan, A. (2020). The Female Pelvis and the Reproductive Organs. In Marshal, J. & Raynor, M. (Ed.) *Myles Textbook for Midwives* (17th ed.). (pp. 82-108). Poland: Elsevier.

Tian, T., Budgett, S., Smallldridge, J., Hayward, L., Stinear, J. & Kruger, J. (2018). Assessing

Exercises Recommended for Women at Risk of Pelvic Floor Disorders Using Multivariate Statistical Techniques. *International Urogynecology Journal*, 29, 1447-1454.

VanPutte, C., Regan, J., Russo, A., Seeley, R., Stephens, T. & Tate, P. (2017). *Seeley's Anatomy & Physiology* (11th ed.). New York: McGraw Hill Education.

Verbeek, M. & Hayward, L. (2019). Pelvic Dysfunction and its Effects on Quality of Sexual Life. *Sexual Medicine Reviews*, 7 (4), 559-564.

Williams, B. (2015). The Roper-Logan-Tierney Model of Nursing: A Framework to Complement the Nursing Process. *Nursing*, 45 (3), 24-6.

Yates, A. (2019a). Female Pelvic Floor 1: Anatomy and Pathophysiology. *Nursing Times*, 115 (5), 18-21.

Yates, A. (2019b). Female Pelvic Floor 2: Assessment and Rehabilitation. *Nursing Times*, 115 (6), 30-33.

APÊNDICES

Apêndice I: Planejamento dos Objetivos

Objetivo 1: Integrar as dinâmicas orgânicas e funcionais dos locais de EC.

Competências Comuns do Enfermeiro Especialista: B3.2, C1.1, C2.2, D1.1, D1.2, D2.3 (OE, 2019a).

Competências para obtenção do grau de mestre: Artigo 15º, 1- d) (Ministério da Ciência, Tecnologia e Ensino Superior, 2008).

Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem de Reabilitação: 3.6, 3.8 (OE, 2015).

Atividades	Indicadores de avaliação
<ul style="list-style-type: none">• Realizar uma entrevista aos enfermeiros chefes de cada local de EC para conhecer as dinâmicas, organização, recursos e tipologia de utentes do serviço;• Realizar uma reunião inicial com o enfermeiro orientador para conhecer as dinâmicas do serviço e previstas para cada local de EC;• Apresentar o projeto de estágio (com foco no planeamento de objetivos e atividades a realizar) à equipa de cada um dos locais de EC;• Conhecer as funções dos elementos da equipa de saúde;• Consultar normas, regulamentos e outros documentos relevantes para a integração e prestação de cuidados no local de EC;• Acompanhar e colaborar com o enfermeiro orientador na prestação de cuidados de enfermagem de reabilitação	<ul style="list-style-type: none">• Ter efetuado uma entrevista (e documentado a mesma para inclusão no relatório de estágio) a cada um dos enfermeiros chefes de cada local de EC;• Ter realizado uma reunião inicial com cada um dos enfermeiros orientadores de cada local de EC;• Ter demonstrado conhecimento das dinâmicas, organização, recursos e tipologia de utentes dos contextos de EC;• Ter apresentado o projeto de estágio à equipa de cada local de EC;• Ter demonstrado conhecimento das funções dos elementos da equipa de saúde;• Ter demonstrado conhecimento das normas, regulamentos e outros documentos relevantes do local de EC;• Ter acompanhado e colaborado na prestação de cuidados

sugeridos pelo enfermeiro orientador ou pela estudante;

- Cooperar na organização dos cuidados em colaboração com a equipa de saúde;
- Refletir acerca da perspetiva da própria intervenção nos contextos de EC.

de enfermagem de reabilitação;

- Ter cooperado na organização dos cuidados em colaboração com a equipa de saúde.

Recursos:

- **Físicos:** ESEL, contextos de EC;
- **Humanos:** professor orientador, enfermeiros chefes, enfermeiros orientadores, equipa interdisciplinar dos locais de EC, utentes;
- **Materiais:** guião de entrevista aos locais de EC (apêndice III), normas, regulamentos e outros documentos dos serviços;
- **Temporais:** primeiras duas semanas de cada contexto de EC.

Objetivo 2: Colaborar com a equipa interdisciplinar contribuindo para a melhoria da qualidade dos cuidados prestados.

Competências Comuns do Enfermeiro Especialista: A1.1, A1.2, A1.3, B1.1, B1.2, B2.1, B2.2, B2.3, B3.2, C1.1, C1.2, C2.1, C2.2, D2.1, D.2.2, D2.3 (OE, 2019a).

Competências para obtenção do grau de mestre: Artigo 15º, 1 – a), b), c), d) (Ministério da Ciência, Tecnologia e Ensino Superior, 2008).

Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem de Reabilitação: 3.3, 3.4, 3.6, 3.8 (OE, 2015).

Atividades	Indicadores de avaliação
<ul style="list-style-type: none">• Questionar o enfermeiro orientador e observar o âmbito de intervenção dos diferentes elementos da equipa de saúde em cada local de EC;• Analisar a intervenção e articulação do EEER no seio da equipa interdisciplinar, em cada local de EC;• Referenciar a pessoa alvo de cuidados ou familiares/cuidadores para outros profissionais, mediante necessidade;• Transmitir informações relevantes para a continuidade dos cuidados a outros elementos da equipa interdisciplinar;• Discutir fundamentadamente em equipa as tomadas de decisão de acordo no âmbito das competências do EEER e de acordo com evidência pertinente;• Mobilizar conhecimentos no sentido da melhoria contínua	<ul style="list-style-type: none">• Ter demonstrado conhecimento do âmbito de intervenção dos diferentes elementos da equipa de saúde em cada local de EC;• Ter demonstrado conhecimento sobre a intervenção e articulação do EEER no seio da equipa interdisciplinar, em cada local de EC;• Ter realizado uma referência da pessoa alvo de cuidados ou familiares/cuidadores para outros profissionais;• Ter demonstrado capacidade de transmissão de informação relevante para a continuidade dos cuidados a outros elementos da equipa de saúde (por exemplo em passagem de turno);• Ter realizado uma nota de alta ou transferência;• Ter demonstrado capacidade de discussão em equipa das

das práticas, avaliando-as e sugerindo estratégias de melhoria no seio da equipa;

- Cooperar na organização do trabalho no seio da equipa;
- Mobilizar os recursos adequados à prestação de cuidados seguros (humanos e materiais);
- Aplicar medidas de controlo de infeção adequadas ao local de prestação de cuidados;
- Observar a delegação de tarefas pelo enfermeiro orientador;
- Consultar os regulamentos emitidos pela OE no âmbito da enfermagem de reabilitação;
- Frequentar formações disponíveis nos contextos de EC;
- Avaliar necessidade de formação nos contextos de EC, através de entrevista aos enfermeiros chefes, enfermeiros orientadores e equipas;
- Planear, realizar e avaliar a formação à equipa de saúde nos locais de EC, de acordo com a necessidade.

tomadas de decisão no âmbito das competências do EEER e de acordo com evidência pertinente;

- Ter cooperado na organização do trabalho no seio da equipa;
- Ter mobilizado recursos adequados à prestação de cuidados seguros;
- Ter aplicado medidas de controlo de infeção de acordo com o contexto da intervenção;
- Ter demonstrado conhecimento sobre a delegação de tarefas pelo EEER;
- Ter conhecimento sobre os regulamentos emitidos pela OE no âmbito da enfermagem de reabilitação;
- Ter avaliado as necessidades de formação dos contextos de EC;
- Ter planeado, realizado e avaliado a formação em serviço, se adequado.

Recursos:

- **Físicos:** ESEL, contextos de EC;

- **Humanos:** professor orientador, enfermeiros chefes, enfermeiros orientadores, equipa interdisciplinar dos locais de EC, utentes e familiares/cuidadores;
- **Materiais:** sistemas de suporte documental do local de EC, regulamentos da OE, normas, regulamentos e outros documentos dos serviços;
- **Temporais:** durante o EC.

Objetivo 3: Desenvolver competências de prestação de cuidados de enfermagem de reabilitação à pessoa com alterações motoras, sensoriais, cognitivas, cardíacas, respiratórias e alimentação.

Competências Comuns do Enfermeiro Especialista: A1.1, A1.2, A1.3, A2.1, A2.2, B3.1, C1.1, D2.2, D2.3 (OE, 2019^a).

Competências Específicas do EEER: J1.1, J1.2, J1.3, J1.4, J2.1, J2.2., J3.1, J3.2 (OE, 2019b).

Competências para obtenção do grau de mestre: Artigo 15º, 1 – a), b), c), d) (Ministério da Ciência, Tecnologia e Ensino Superior, 2008).

Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem de Reabilitação: 3.1, 3.2, 3.3, 3.4, 3.5, 3.6, 3.7 (OE, 2015).

Atividades	Indicadores de avaliação
<ul style="list-style-type: none">• Consultar e mobilizar bibliografia pertinente para a prestação de cuidados de enfermagem de reabilitação à pessoa com alterações motoras, sensoriais, cognitivas, cardíacas, respiratórias e da alimentação;• Desenvolver competências relacionais na abordagem da pessoa alvo de cuidados e com a sua família/cuidadores, envolvendo-os nos cuidados;• Observar a prestação de cuidados de enfermagem de reabilitação pelo enfermeiro orientador;• Consultar o processo clínico dos utentes atribuídos para prestação de cuidados de enfermagem de reabilitação;• Informar a pessoa, discutindo o processo de cuidados com a mesma e com a família ou significativos;	<ul style="list-style-type: none">• Ter demonstrado competências relacionais na abordagem da pessoa alvo de cuidados e com a sua família/cuidadores;• Ter demonstrado capacidade de apreciação multidimensional da pessoa com risco de alteração ou alteração da funcionalidade decorrente das alterações sensoriais, cognitivas, cardíacas, respiratórias e alimentação;• Ter demonstrado capacidade de aplicação de escalas e instrumentos de apreciação específicos de enfermagem de reabilitação – nomeadamente escalas de avaliação da dor, Escala Medical Research Council, Escala de Ashworth Modificada, Goniometria, Escala de Borg Modificada, entre outras;

- Apreciar as crenças, valores, costumes e práticas da pessoa, perspetivando em que medida influenciam a prestação de cuidados;
- Garantir condições de privacidade adequadas à prestação dos cuidados de enfermagem de reabilitação;
- Avaliar a capacidade funcional e o risco de alterações da funcionalidade da pessoa, mobilizando escalas e instrumentos de avaliação - nomeadamente escalas de avaliação da dor, Escala Medical Research Council, Escala de Ashworth Modificada, Goniometria, Escala de Borg Modificada, entre outras;
- Identificar o impacto psicossocial da alteração da funcionalidade na pessoa;
- Discutir fundamentadamente em equipa as intervenções a implementar à pessoa alvo de cuidados;
- Conceber planos de intervenção de enfermagem de reabilitação a implementar na pessoa com risco de alteração ou alteração da funcionalidade;
- Aplicar técnicas de enfermagem de reabilitação à pessoa alvo de cuidados;

- Ter demonstrado capacidade para discussão fundamentada em equipa as intervenções a implementar à pessoa alvo de cuidados;
- Ter concebido planos de intervenção de enfermagem de reabilitação a implementar à pessoa alvo de cuidados, mediante as necessidades identificadas;
- Ter demonstrado competências de aplicação de técnicas de enfermagem de reabilitação à pessoa alvo de cuidados;
- Ter identificado e mobilizado adequadamente recursos e produtos de apoio necessários à prestação de cuidados de enfermagem de reabilitação;
- Ter realizado um estudo de caso de uma pessoa com alteração motora, sensorial, cognitiva, cardíaca, respiratória ou da alimentação para inclusão no relatório final;
- Ter avaliado os resultados dos cuidados prestados, identificando áreas de reformulação, mediante necessidade;
- Ter realizado um processo de referência para outros profissionais, mediante necessidade;
- Ter realizado registos dos cuidados de enfermagem de

- Identificar e mobilizar produtos de apoio necessários à prestação de cuidados de enfermagem de reabilitação;
- Identificar as barreiras arquitetónicas no contexto de vida da pessoa e mobilizar estratégias para a adaptação às mesmas;
- Identificar barreiras e mobilizar recursos da pessoa, família e comunidade que promovam a inclusão social e comunitária da mesma (nomeadamente associações, recursos municipais, entre outros);
- Avaliar os resultados dos cuidados prestados, reformulando o plano de cuidados, conforme necessário;
- Identificar necessidades de referência para outros profissionais;
- Realizar registos dos cuidados de enfermagem de reabilitação prestados.

reabilitação prestados.

Recursos:

- **Físicos:** ESEL, contextos de EC;
- **Humanos:** professor orientador, enfermeiros chefes, enfermeiros orientadores, equipa interdisciplinar dos locais de EC, utentes e familiares/cuidadores;
- **Materiais:** bases de dados para consulta bibliográfica, livros, instrumentos de recolha de dados para a documentação dos

cuidados especializados em enfermagem de reabilitação, legislação portuguesa, sistemas de suporte documental dos locais de EC;

- **Temporais:** durante o EC.

Objetivo 4: Desenvolver competências de prestação de cuidados de enfermagem de reabilitação à mulher com disfunção do pavimento pélvico.

Competências Comuns do Enfermeiro Especialista: A1.1, A1.2, A1.3, A2.1, A2.2, B3.1, C1.1, D2.2, D2.3 (OE, 2019a).

Competências Específicas do EEER: J1.1., J1.2, J1.3, J1.4, J2.1 (OE, 2019b).

Competências para obtenção do grau de mestre: Artigo 15º, 1 – a), b), c), d) (Ministério da Ciência, Tecnologia e Ensino Superior, 2008).

Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem de Reabilitação: 3.1, 3.2, 3.3, 3.4, 3.5, 3.6, 3.7 (OE, 2015).

Atividades	Indicadores de avaliação
<ul style="list-style-type: none">• Consultar e mobilizar bibliografia pertinente para a prestação de cuidados de enfermagem de reabilitação, em enfermagem e outras disciplinas;• Treinar competências relacionais na abordagem da mulher alvo de cuidados e com a sua família/cuidadores, envolvendo-os nos cuidados;• Observar a prestação de cuidados de enfermagem de reabilitação pelo enfermeiro orientador;• Consultar o processo clínico das utentes atribuídas;• Garantir condições de privacidade adequadas à prestação dos cuidados de enfermagem de reabilitação;• Apreciar as crenças, valores, costumes e práticas da cliente, perspetivando em que medida influenciam a prestação de	<ul style="list-style-type: none">• Ter demonstrado competências relacionais na abordagem da mulher alvo de cuidados e com a sua família/cuidadores;• Ter demonstrado capacidade de apreciação multidimensional da mulher com risco de alteração ou alteração da funcionalidade decorrente da disfunção do pavimento pélvico;• Ter demonstrado capacidade de aplicação de escalas e instrumentos de apreciação adequados – por exemplo Escala de Oxford Modificada e instrumento PERFECT;• Ter demonstrado capacidade para discussão fundamentada em equipa as intervenções a implementar à mulher com disfunção do pavimento pélvico;• Ter concebido planos de intervenção de enfermagem de

cuidados;

- Avaliar a capacidade funcional e o risco de alterações da funcionalidade da mulher, mobilizando escalas e instrumentos de avaliação – por exemplo Escala de Oxford Modificada e instrumento PERFECT;
- Identificar o impacto psicossocial da disfunção do pavimento pélvico;
- Identificar estratégias que minimizem o impacto psicossocial da disfunção do pavimento pélvico e a integração da mulher na comunidade;
- Informar a utente, discutindo o processo de cuidados com a mesma e com a família/cuidadores;
- Discutir fundamentadamente em equipa as intervenções a implementar à mulher com disfunção do pavimento pélvico;
- Conceber planos de intervenção de enfermagem de reabilitação a implementar na mulher com risco de alteração ou alteração da funcionalidade decorrente da disfunção do pavimento pélvico;
- Identificar barreiras e mobilizar recursos da mulher, família e comunidade que promovam a inclusão social e

reabilitação a implementar na mulher com risco de alteração ou alteração da funcionalidade decorrente da disfunção do pavimento pélvico;

- Ter realizado um estudo de caso de uma utente com disfunção do pavimento pélvico, para inclusão no relatório final;
- Ter demonstrado competências de aplicação de técnicas de reabilitação da mulher com disfunção do pavimento pélvico, como o fortalecimento da musculatura pélvica e o *biofeedback*;
- Ter demonstrado competências de mobilização de produtos de apoio na reabilitação da mulher com disfunção do pavimento pélvico (como por exemplo pessários, cones vaginais, entre outros);
- Ter avaliado os resultados dos cuidados prestados, identificando áreas de reformulação, mediante necessidade;
- Ter realizado um processo de referência para outros profissionais, mediante necessidade;
- Ter realizado registos dos cuidados de enfermagem de

comunitária da mesma (nomeadamente associações, recursos municipais, entre outros);

- Identificar e mobilizar recursos e produtos de apoio necessários à prestação de cuidados de enfermagem de reabilitação (como por exemplo pessários, cones vaginais, entre outros);
- Implementar técnicas de reabilitação da mulher com disfunção do pavimento pélvico, como o fortalecimento da musculatura pélvica e o *biofeedback*;
- Realizar ensinamentos à mulher com disfunção do pavimento pélvico, como a correta realização dos exercícios e cuidados adicionais;
- Avaliar os resultados dos cuidados prestados, reformulando o plano de cuidados, conforme necessário;
- Identificar necessidades de referência para outros profissionais;
- Realizar registos dos cuidados de enfermagem de reabilitação prestados;
- Realizar um trabalho para proposta de publicação, relacionado com a intervenção do EEER na mulher com

reabilitação prestados;

- Ter realizado um trabalho para proposta de publicação, relacionado com a intervenção do EEER na mulher com disfunção do pavimento pélvico.

disfunção do pavimento pélvico.

Recursos:

- **Físicos:** ESEL, contextos de EC;
- **Humanos:** professor orientador, enfermeiros orientadores, equipa interdisciplinar dos locais de EC, utentes e família/cuidadores;
- **Materiais:** bases de dados para consulta bibliográfica, livros, processos clínicos, escalas e instrumentos de avaliação (por exemplo Escala de Oxford Modificada e instrumento PERFECT), legislação portuguesa, sistema de registo dos cuidados de enfermagem, revista científica na área de enfermagem;
- **Temporais:** durante o EC, com predominância no contexto hospitalar.

Objetivo 5: Avaliar o desenvolvimento de competências em função dos objetivos traçados.

Competências Comuns do Enfermeiro Especialista: B2.1, B2.2, D1.1, D1.2, D2.2 (OE, 2019a).

Competências para obtenção do grau de mestre: Artigo 15º, 1 – e) (Ministério da Ciência, Tecnologia e Ensino Superior, 2008).

Atividades	Indicadores de avaliação
<ul style="list-style-type: none">• Realizar reuniões de orientação com o enfermeiro orientador;• Realizar reuniões de orientação tutorial com o professor orientador;• Realizar reuniões de avaliação do EC com o professor orientador e o enfermeiro orientador de cada local de EC;• Mobilizar conhecimentos no sentido da melhoria contínua das práticas, avaliando-as e sugerindo estratégias de melhoria;• Refletir nas relações terapêuticas e profissionais estabelecidas no sentido de otimizar o autoconhecimento;• Realizar notas de momentos significativos de aprendizagem ao longo do EC para consulta própria;• Elaborar jornais de aprendizagem mediante necessidade e integrar os mesmos no relatório de estágio;• Realizar consulta bibliográfica pertinente mediante as	<ul style="list-style-type: none">• Ter realizado reuniões com os enfermeiros orientador de cada local de EC;• Ter realizado reuniões de orientação tutorial com o professor orientador;• Ter realizado uma reunião de avaliação do EC com o professor orientador e o enfermeiro orientador de cada local de EC;• Ter elaborado um jornal de aprendizagem e integrado o mesmo no relatório de estágio;• Ter demonstrado conhecimento sobre os regulamentos emitidos pela OE no âmbito da enfermagem de reabilitação;• Ter elaborado o relatório de estágio.

necessidades de aprendizagem;

- Consultar os regulamentos emitidos pela OE no âmbito da enfermagem de reabilitação;
- Elaborar o relatório de estágio.

Recursos:

- **Físicos:** ESEL, contextos de EC;
- **Humanos:** professor orientador, enfermeiros orientadores, equipa interdisciplinar, utentes e cuidadores/famílias;
- **Materiais:** bases de dados para consulta bibliográfica, livros, regulamentos da OE;
- **Temporais:** ao longo do terceiro semestre.

Apêndice II: Cronograma

Ano	2021										2022														
Meses	Outubro			Novembro			Dezembro				Janeiro				Fevereiro			Março							
Semanas	11-17	18-24	25-31	01-07	08-14	15-21	22-28	29-05	06-12	13-19	20-26	27-02	03-09	10-16	17-23	24-30	31-06	07-13	14-20	21-27	28-06	07-13	14-20	21-23	
EC	ECCI											Hospital													
Objetivos	1											Férias													Entrega do Relatório
	2																								
	3																								
	4																								
	5																								

Objetivos:

1. Integrar as dinâmicas organizacionais e funcionais dos locais de EC;
2. Colaborar com a equipa interdisciplinar contribuindo para a melhoria da qualidade dos cuidados prestados;
3. Desenvolver competências de prestação de cuidados de enfermagem de reabilitação à pessoa com alterações motoras, sensoriais, cognitivas, cardíacas, respiratórias e alimentação;
4. Desenvolver competências de prestação de cuidados de enfermagem de reabilitação à mulher com disfunção do pavimento pélvico;
5. Avaliar o desenvolvimento de competências em função dos objetivos traçados.

Apêndice III: Guiões de Entrevista

Guião de Entrevista – ECCI

O presente documento tem por objetivo orientar de uma forma semiestruturada a entrevista ao enfermeiro chefe da ECCI.

Aspetos organizacionais

- Como é constituído o espaço físico da unidade?
- Qual o seu horário de funcionamento?
- Qual a área de intervenção abrangida pela ECCI?
- Qual o número de utentes/famílias acompanhados/as pela ECCI?
- Quais os critérios de referenciação dos utentes para a ECCI?
- De que forma é realizada essa referenciação, em particular para os cuidados de enfermagem de reabilitação?
- Quais as características da população abrangida e tipologia de utentes (faixa etária, patologias predominantes, níveis de dependência)?
- Existem projetos de colaboração com outras instituições? Se sim, quais?

Recursos

- Qual a composição da equipa de saúde (em particular o número de enfermeiros generalistas e o número de EEER)?
- De que forma é elaborado o programa de reabilitação?
- Qual o número de horas de cuidados de enfermagem de reabilitação prestados?
- O EEER presta exclusivamente cuidados especializados?
- Qual o método de trabalho utilizado pelo EEER?
- Quais as escalas e instrumentos de avaliação mais utilizados pelo EEER?
- Como é que o EEER se articula com a restante equipa de saúde?
- Quais os produtos de apoio disponíveis para a prestação de cuidados pelo EEER?
- Qual a forma de suporte documental utilizada?

Projetos de enfermagem de reabilitação

- Existem projetos específicos relacionados com enfermagem de reabilitação? Se sim, quais e como funcionam?
- Existem projetos específicos relacionados com a mulher com disfunção do pavimento pélvico? Se sim, quais e como funcionam?

Guião de Entrevista – Hospital

O presente documento tem por objetivo orientar de uma forma semiestruturada a entrevista ao enfermeiro chefe do Serviço de Medicina Física e Reabilitação.

Aspetos organizacionais

- Como é constituído o espaço físico da unidade?
- Quais os critérios de referenciação dos utentes para o serviço?
- De que forma é realizada essa referenciação, em particular para os cuidados de enfermagem de reabilitação?
- Qual o número de utentes internados no serviço?
- Qual a taxa de ocupação do serviço?
- Quais as características da população abrangida e tipologia de utentes (faixa etária, patologias predominantes, níveis de dependência)?
- Qual o tempo médio de internamento dos utentes?
- Existem projetos de colaboração com outras instituições? Se sim, quais?
- Existem visitas atualmente? Se sim, em que horário e como se realizam?

Recursos

- Qual a composição da equipa de saúde (em particular o número de enfermeiros generalistas e o número de EEER)?
- De que forma é elaborado o programa de reabilitação?
- Qual o número de horas de cuidados de enfermagem de reabilitação prestados?
- Quais a tipologia de turnos realizada pelo EEER?
- O EEER presta exclusivamente cuidados especializados?
- Qual o método de trabalho utilizado pelo EEER?
- Quais as escalas e instrumentos de avaliação mais utilizados pelo EEER?
- Qual a forma de suporte documental utilizada?

- Como é que o EEER se articula com a restante equipa de saúde?
- Quais os produtos de apoio disponíveis para a prestação de cuidados pelo EEER?
- Qual o procedimento de continuidade de cuidados/articulação com a comunidade?
- De que forma é realizada a articulação com a família/cuidadores dos utentes?
- Existem programas de reabilitação em ambulatório? Se sim, quais?

Consulta

- Como funciona a consulta de reabilitação do pavimento pélvico?
- Como é realizada a referenciação dos utentes para a consulta?
- Qual o tempo médio de acompanhamento dos utentes em consulta?
- Quais as escalas e instrumentos de avaliação mais utilizados na avaliação da mulher com disfunção do pavimento pélvico?
- Existem outros projetos específicos relacionados com a mulher com disfunção do pavimento pélvico? Se sim, quais e como funcionam?

Projetos de enfermagem de reabilitação

- Existem projetos específicos relacionados com enfermagem de reabilitação? Se sim, quais e como funcionam?

APÊNDICE II: ESTUDO DE CASO – CONTEXTO COMUNITÁRIO



**12º Curso de Mestrado em Enfermagem
Área de Especialização em Enfermagem de
Reabilitação**

Estágio com Relatório

Estudo de Caso – Contexto Comunitário

Discente:

Vitória Maria Cabral Inglês Esquível nº 5077

Lisboa

Novembro 2021



**12º Curso de Mestrado em Enfermagem
Área de Especialização em Enfermagem de
Reabilitação**

Estágio com Relatório

Estudo de Caso – Contexto Comunitário

Discente:

Vitória Maria Cabral Inglês Esquível nº 5077

Prof. Vanda Lopes da Costa

**Lisboa
Novembro 2021**

LISTA DE SIGLAS

EC – Ensino Clínico

ECCI – Equipa de Cuidados Continuados Integrados

MRC – *Medical Research Council*

RLT – Roper-Logan-Tierney

ÍNDICE

INTRODUÇÃO.....	121
1. APRECIÇÃO	122
1.1. Identificação	122
1.2. Antecedentes de Saúde	122
1.3. História de Doença Atual.....	123
1.4. Dimensão Sociofamiliar e Habitacional	124
1.5. Exame Físico e Avaliação Funcional	125
1.5.1. Apreciação das Atividades de Vida.....	128
1.6. Síntese da Apreciação	131
2. PLANO DE CUIDADOS DE ENFERMAGEM DE REABILITAÇÃO	133
CONSIDERAÇÕES FINAIS	150
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	152
Anexo I: Escala de Glasgow	
Anexo II: Escala de Barthel	
Anexo III: Escala de Braden	
Anexo IV: Escala de Morse	
Apêndice I: Diário Miccional	

INTRODUÇÃO

No contexto do ensino clínico (EC) realizado numa Equipa de Cuidados Continuados Integrados (ECCI) da região de Lisboa, no âmbito do Curso de Mestrado em Enfermagem na Área de Especialização em Enfermagem de Reabilitação, foi proposta a realização de um estudo de caso de um utente. Em concordância com o enfermeiro orientador foi selecionada uma utente, tendo-se o caso revelado particularmente interessante pois permitiu acompanhar o seu percurso na ECCI, desde a sua admissão, até ao processo de referenciação para outra tipologia de cuidados.

Para a concretização do presente estudo de caso foi realizada a consulta da informação clínica da utente em processo informatizado, nas plataformas *SClínico* e *Gestcare*. Foram realizadas visitas domiciliárias em contexto de estágio, na qual foi feita observação e registo do observado, sendo complementado por consulta bibliográfica relevante, para dar resposta às necessidades de reabilitação da utente.

Este documento divide-se em duas partes. Uma primeira respeitante à apreciação da utente, incluindo a sua identificação, antecedentes de saúde, história de doença atual, avaliação da dimensão sociofamiliar e habitacional, exame físico, avaliação funcional e avaliação das atividades de vida de acordo com o Modelo de Enfermagem Roper-Logan-Tierney (RLT), fazendo-se uma síntese da apreciação realizada. De seguida será apresentado um plano de intervenção com base nos diagnósticos de enfermagem, resultados esperados, intervenções aplicadas e avaliação da intervenção. Para a construção do plano de cuidados recorreu-se à taxonomia NANDA (Doenges et al., 2019) para elaboração dos diagnósticos, NOC (Moorhead, 2018) para elaboração dos resultados e NIC (Butcher et al., 2018) para identificação das intervenções de enfermagem. De ressaltar que a utilização destes documentos é adaptada, uma vez que foi realizada uma tradução livre dos mesmos e foram contempladas intervenções não incluídas na taxonomia. Por fim serão realizadas algumas considerações finais centradas nas aprendizagens desenvolvidas com a realização deste documento e a prestação de cuidados de enfermagem de reabilitação no âmbito do EC.

1. APRECIÇÃO

1.1. Identificação

Nome: T. R.	Nome pelo qual prefere ser tratada: T.
Sexo: Feminino	Género: Feminino
Data de nascimento: --.--.1978	Idade: 43 anos
Naturalidade: Mártires	Morada: -
Estado civil: Viúva	Profissão: Rececionista de hotel
Situação profissional: Desempregada	

Data de admissão na ECCI: 13/10/2021

1.2. Antecedentes de Saúde

Antecedentes pessoais:

- Perturbação da personalidade *borderline*;
- Antecedentes de surtos psicóticos;
- Neuropatia ótica isquémica aguda bilateral, seguida em consulta de neurologia-oftalmologia;
- Depressão pós-parto;
- Conização por lesão escamosa intraepitelial de alto grau (HSIL) em julho de 2020.

Alergias: Desconhece.

Consumo de substâncias aditivas:

- Consumos etanólicos marcados até março de 2021, tendo realizado programa de desintoxicação;
- É fumadora, cerca de 20-30 cigarros/dia.

Terapêutica farmacológica habitual:

	7h	9h	13h	19h	SOS
Pantoprazol 20 mg	1				
Gabapentina 100 mg		1		1	
Ácido fólico 5 mg			1		
Cianocobalamina 1 mg			1		
Cianocobalamina 0,2 mg + Piridoxina 200 mg + Tiamina 100 mg			1		
Paliperidona 12 mg				1	
Mirabegron 25 mg				1	
Trazodona 150 mg					1

1.3. História de Doença Atual

A utente foi internada em serviço de neurologia em junho de 2021 para estudo de polineuropatia na sequência de quadro de défice sensitivo-motor distal dos membros inferiores simétrico, de agravamento progressivo, com três meses de evolução. Era previamente independente, tendo vindo a apresentar agravamento progressivo da marcha.

A eletromiografia realizada em internamento revelou polineuropatia sensitivo-motora de caráter predominantemente axonal, comprimento-dependente, de atingimento predominante dos membros inferiores, com achados de deservação em curso.

Apresentou ainda disfunção gastrointestinal (vómitos, hematémese e hematoquezias com cerca de um ano de evolução) e anorexia, com perda ponderal de cerca de 20 kg em 3 meses. Apresentou também cefaleia holocraniana com perturbação visual (assumido como neuropatia ótica isquémica aguda bilateral no contexto de hipertensão intracraniana por vómitos incoercíveis). O quadro foi autolimitado, sem sequelas.

Teve alta para domicílio com referenciação para a equipa de ECCL.

1.4. Dimensão Sociofamiliar e Habitacional

A utente tem um filho de 20 anos que terminou os estudos e se encontra desempregado, permanecendo em casa. A mãe da utente é cuidadora de idosos e o pai está reformado. Reside com o filho e o pai, apesar de a mãe ser a cuidadora principal e pessoa de referência, prestando apoio para os cuidados de higiene e articulação com os cuidados de saúde. Tem também uma filha com a qual não tem proximidade.

Reside em 2º andar sem elevador de uma habitação camarária. A casa tem sala, cozinha, dois quartos, casa de banho e marquise. A casa de banho tem instalado um banco que é utilizado pela utente na higiene.

Previamente ao episódio de doença estava desempregada, trabalhando anteriormente como rececionista de hotel. Tem como fonte de rendimento uma pensão de viuvez. Tem também ajuda do Banco Alimentar.

No dia 29 de outubro foi realizada uma visita com a técnica de serviço social da EECI para articulação da transferência para Unidade de Média Duração e Reabilitação, bem como dos apoios a que a utente poderá ter direito, nomeadamente o atestado de incapacidade, apoio económico para a compra de terapêutica farmacológica, entre outros.

1.5. Exame Físico e Avaliação Funcional

O exame físico à utente foi realizado sobretudo na primeira visita domiciliária no dia 13-10-2021, tendo sido completado em visitas domiciliárias subsequentes. Os instrumentos de avaliação aqui incluídos nas diversas dimensões foram alvo de seleção uma vez que são os utilizados pela ECCL, nomeadamente nas plataformas de registo *Gestcare* e *SClínico*.

Observação geral:

A utente apresenta-se sorridente no contacto, mas ao longo da observação apresentou períodos de labilidade emocional, sobretudo relacionados com as suas limitações funcionais.

Apresenta pele e mucosas coradas e hidratadas, sem edemas visíveis. Observa-se a presença de um penso simples no dorso do pé esquerdo. Quando questionada refere que se deve a uma lesão traumática com boa evolução cicatricial.

Apresenta perda ponderal aparente, com diminuição notória da massa muscular, mais evidente nos membros inferiores.

Sinais vitais:

- Dor: 3 na escala numérica. A utente refere agravamento da dor (em pontada) em determinados posicionamentos e movimentos, como a extensão do joelho na posição ortostática. Refere alívio da dor em repouso no leito. Manifesta parestesias (sensação de picadas) nas regiões plantares;
- Tensão arterial: 95/62 mmHg;
- Frequência cardíaca: 108 batimentos por minuto;
- Temperatura: 36,3°;
- Frequência respiratória: 19 ciclos por minuto;

Avaliação neurológica:

Realizada avaliação com recurso à Escala de Glasgow (Anexo I), conforme instrumento constante na plataforma de registo *SClínico* e *Gestcare*. A utente apresenta score 15.

A utente apresenta-se vígil, orientada na pessoa, espaço e tempo. Apresenta memória recente e de evocação mantidas, sem alterações da atenção. Não apresenta alterações da linguagem (fonação, fluência verbal, compreensão, grafia) além de uma ligeira lentificação no discurso.

Não foi ainda possível realizar avaliação dos pares cranianos, mas considera-se que seria pertinente proceder à mesma devido às alterações neurológicas que a utente apresenta.

Avaliação sensoriomotora:

A avaliação da força muscular foi realizada com recurso à escala *Medical Research Council (MRC) Muscle Scale*, conforme se apresenta na tabela seguinte. Esta avaliação é realizada na plataforma de registo *SClínico* da ECCI.

			Score
Membro Superior Direito	Escapulo-umeral	Flexão	5/5
		Extensão	5/5
		Abdução	5/5
		Adução	5/5
	Cotovelo	Flexão	5/5
		Extensão	5/5
	Punho	Flexão	5/5
		Extensão	5/5
Dedos	Flexão	5/5	
	Extensão	5/5	
Membro Superior Esquerdo	Escapulo-umeral	Flexão	5/5
		Extensão	5/5
		Abdução	5/5
		Adução	5/5
	Cotovelo	Flexão	5/5
		Extensão	5/5

	Punho	Flexão	5/5
		Extensão	5/5
	Dedos	Flexão	5/5
		Extensão	5/5
Membro Inferior Direito	Coxofemoral	Flexão	3/5
		Extensão	3/5
		Abdução	3/5
		Adução	3/5
	Joelho	Flexão	2/5
		Extensão	2/5
	Tibiotársica	Dorsiflexão	3/5
		Extensão	3/5
Membro Inferior esquerdo	Coxofemoral	Flexão	3/5
		Extensão	3/5
		Abdução	3/5
		Adução	3/5
	Joelho	Flexão	2/5
		Extensão	2/5
	Tibiotársica	Dorsiflexão	3/5
		Extensão	3/5

Fonte: Adaptada de Mesa do Colégio da Especialidade em Enfermagem de Reabilitação (2016).

Apresenta sensibilidade tátil diminuída na região plantar bilateralmente, mas mantida nos restantes segmentos. Apresenta também sensibilidade dolorosa aumentada na mesma região.

A utente apresenta hipotonia nos membros inferiores, mais evidente na flexão/extensão do joelho, bilateralmente.

No que respeita à avaliação do equilíbrio, a utente apresenta equilíbrio estático e dinâmico eficazes na posição sentada. Apresenta equilíbrio estático na posição de pé ineficaz, não sendo capaz de manter a posição sem recorrer a apoio bilateral. Apresenta também equilíbrio dinâmico na posição de pé comprometido.

Para a avaliação funcional recorreu-se à Escala de Barthel (Anexo II), instrumento constante na plataforma de registo *SClínico*. A utente apresenta um score de 40, o que determina uma dependência severa.

Foi realizada uma apreciação das Atividades de Vida recorrendo ao Modelo de Enfermagem RLT⁴, apresentada em seguida.

1.5.1. Apreciação das Atividades de Vida

No âmbito deste caso clínico recorreu-se ao Modelo de Enfermagem RLT (Roper, Logan & Tierney, 1996) como forma de apreciação das atividades de vida. Para tal consultou-se a obra das autoras e procurou-se integrar de que forma a duração de vida, o continuum de dependência/independência e os diversos fatores (biológicos, psicológicos, socioculturais, ambientais e político-económicos) influenciam as atividades de vida. Serão aqui explanadas as dimensões que se considera apresentarem alterações.

Manter um ambiente seguro

De acordo com o exame físico apresentado na secção anterior, a utente apresenta limitações sensitivas, em particular nos membros inferiores. Como tal apresenta risco acrescido de lesões traumáticas. Foi também aplicada a Escala de Braden (Anexo III), apresentando score 17, o que corresponde a baixo risco de desenvolvimento de úlceras por pressão.

Os défices que apresenta sugerem que pode apresentar risco de queda. Também as condições do domicílio sugerem que este risco possa estar presente: existem diversos tapetes, a utente tem o hábito de caminhar com meias, existe mobiliário que determina zonas de difícil circulação, entre outros. Refere ainda medo de cair. Foi aplicada a Escala de Morse (Anexo IV), apresentando score 50, o que corresponde a baixo risco de quedas. No entanto considera-se, via avaliação do enfermeiro especialista dos fatores supracitados, que o risco de queda está presente.

⁴ A escolha do Modelo de Enfermagem RLT prende-se com a continuidade da sua exploração no âmbito do Projeto de Estágio, realizado no 2º semestre do Curso de Mestrado em Enfermagem na Área de Especialização em Enfermagem de Reabilitação. Nesse documento observou-se que a utilização deste modelo é pertinente no âmbito dos cuidados de enfermagem de reabilitação.

No que respeita a fatores psicológicos a utente apresenta ansiedade relacionada com o quadro de doença, com períodos de labilidade emocional quando confrontada com as incapacidades e limitações. São também de considerar os antecedentes de saúde da utente, nomeadamente a perturbação de personalidade *borderline* e depressão pós-parto.

Comunicar

A utente apresenta lentificação no discurso. Não apresenta outras alterações da comunicação.

Respirar

A utente não apresenta alterações do padrão respiratório.

A utente é fumadora - cerca de 20 a 30 cigarros/dia. Fuma no quarto e na marquise.

Refere não estar motivada para deixar de fumar, tendo realizado tentativas prévias sem sucesso. Diz estar disposta a reduzir o número de cigarros fumados por dia.

Após diversas avaliações da tensão arterial da utente observa-se que esta se apresenta tendencialmente hipotensa, assintomática, referindo que é o seu padrão habitual.

A utente refere dor nos membros inferiores, exacerbada por movimentos específicos (extensão do joelho em ortostatismo) e parestesias (sensação de picada na região plantar com o toque), bilateralmente, mas mais acentuados à esquerda.

Comer e beber

A utente não apresenta disfagia e é independente a alimentar-se. A comida é preparada pela mãe, tendo apoio do banco alimentar para obtenção de alimentos.

Refere que habitualmente ao pequeno-almoço bebe apenas café. Ao almoço ingere carne ou peixe com massa ou arroz. Ao jantar alimenta-se de sopa e uma tosta. Refere diminuição do apetite desde junho de 2020.

Eliminar

Apresenta incontinência urinária, não sabendo especificar o início, mas refere que é prévio ao défice sensório-motor. Aparentemente apresenta incontinência urinária de urgência, mas também incontinência funcional. Urina a maioria das vezes na fralda, sendo capaz de trocar a mesma de forma independente. Não apresenta alterações das características da urina.

A utente refere que evacua na fralda por não ser capaz de se deslocar de forma independente até ao wc e apresenta períodos de obstipação, recorrendo à administração de laxantes (lactulose) quando necessário. Diz ser capaz de reconhecer a necessidade de evacuar, mas não é capaz de evitar perdas fecais.

Possui instalações sanitárias em casa. A mãe da utente tinha previamente adquirido um alteador de sanita, mas a utente refere não se ter adaptado ao seu uso.

A utente não apresenta alterações cutâneas relacionadas com os episódios de incontinência, sendo capaz de trocar a fralda de forma independente frequentemente.

Higiene pessoal e vestir-se

Realiza banho diário no wc, sentada (poliban adaptado com banco), com o auxílio da mãe.

A utente veste apenas pijama uma vez que permanece a maior parte do tempo no leito. É capaz de se vestir de forma independente, mas requer ajuda para calçar os sapatos.

Controlar a temperatura do corpo

Não apresenta alterações da temperatura corporal.

Mobilizar-se

Na secção anterior observou-se que a utente apresenta diminuição da força e da sensibilidade associada quadro de doença.

É capaz de se mobilizar de forma independente no leito. Consegue fazer rolamentos sem dificuldade e a ponte com ligeira dificuldade. Consegue sentar-se no leito com necessidade de ajuda mínima. Requer apoio de bengala e de terceira pessoa para assumir a posição ortostática. Equilíbrio estático e dinâmico sentada sem alterações.

Apresenta desequilíbrio estático e dinâmico em pé. Realiza marcha com bengala de base alargada e apoio unilateral, embora instável.

A casa apresenta mobiliário que dificulta a deslocação da utente no espaço. Uma vez que reside no segundo andar sem elevador e ainda não é capaz de subir/descer escadas não é capaz de aceder ao exterior.

Trabalhar e distrair-se

A utente encontra-se atualmente desempregada. Segundo a própria permanece a maior parte do dia no leito, ouvindo rádio. Vê também televisão por períodos.

Exprimir a sexualidade

A utente identifica-se com o género feminino e é heterossexual. Não apresenta alterações da expressão da sexualidade.

Dormir

A utente dorme por longos períodos durante a noite (cerca de 8 horas), fazendo também sestas ao longo do dia. Apesar de ter prescrita trazodona em SOS refere não recorrer a ela.

Morrer

A utente apresenta-se ansiosa quanto à sua situação de saúde, mostrando-se preocupada com a incerteza acerca do diagnóstico médico e da possível progressão da doença. Sendo esta a sua principal preocupação, não se considerou oportuno explorar esta dimensão com a utente.

1.6. Síntese da Apreciação

A integração em ECCI foi realizada com o objetivo de dar continuidade ao plano de reabilitação para melhoria ou manutenção da funcionalidade, dado o quadro neurológico

a esclarecer. Através da apreciação realizada pela enfermagem de reabilitação, é possível identificar problemas que se podem traduzir em diagnósticos de enfermagem, alguns dos quais de risco.

A dor de características agudas foi identificada pela utente como um problema, avaliado objetivamente pela escala numérica. Uma vez que a dor referida ocorre com movimentos e posicionamentos específicos, pode comprometer o plano de reabilitação, além das consequências na qualidade de vida da utente. Face ao processo de doença que está a viver, a utente apresenta também ansiedade, evidenciada por labilidade emocional quando é confrontada com as suas limitações funcionais.

Através da apreciação observou-se que a utente apresenta elevado risco de queda. No âmbito dos diagnósticos de risco, observa-se que pelos défices sensoriais, nomeadamente a diminuição de sensibilidade na região plantar, a utente também apresenta risco de integridade cutânea comprometida, nomeadamente lesões traumáticas.

Através da apreciação tornou-se notório que a utente apresenta mobilidade física comprometida, nomeadamente na marcha e transferências, bem como nos autocuidados de higiene e vestir/despir. A mobilidade comprometida resultante do défice sensório-motor é o problema que mais preocupa a utente. Este défice tem ainda repercussões a nível da eliminação vesical e intestinal, constituindo uma componente de incontinência funcional em ambos os processos. No entanto, é mais evidente a incontinência urinária de urgência, já até prévia ao episódio agudo de doença.

Apreciando o padrão de alimentação da utente observa-se que este parece ser insuficiente às suas necessidades, uma vez que faz apenas duas refeições por dia e ingere apenas uma porção de proteínas diariamente, manifestado também por diminuição do apetite reportado pela utente.

2. PLANO DE CUIDADOS DE ENFERMAGEM DE REABILITAÇÃO

Diagnóstico:	Dor aguda , relacionada com défice sensitivo-motor, manifestada por score 3 na escala numérica e parestesias nos membros inferiores.
Resultados esperados:	<ul style="list-style-type: none">• Reporte de alívio da dor;• Cumprimento do esquema terapêutico analgésico;• Aplicação de métodos de alívio da dor.
Intervenções: <ul style="list-style-type: none">• Realizar avaliação da dor incluindo localização, início, duração, frequência e intensidade, fatores de alívio e fatores precipitantes;• Identificar intensidade da dor durante movimentos específicos;• Explorar os conhecimentos e crenças da utente quanto à dor (nomeadamente <i>locus</i> de controlo);• Providenciar informação relativa ao padrão de dor, em particular a dor neuropática;• Observar indicadores não verbais de dor (marcha, posicionamentos de defesa, expressão facial);• Instruir a utente e família acerca do regime terapêutico de esquema para controlo da dor (gabapentina);	Avaliação: <p>A utente refere agravamento da dor (em pontada) em determinados posicionamentos e movimentos, como a extensão do joelho na posição ortostática. Refere alívio da dor em repouso no leito. Manifesta parestesias (sensação de picadas) nas regiões plantares, que atribuía a uma entorse, tendo sido esclarecida que a provável causa da dor, pelas suas características, seria neuropática.</p> <p>Foi discutido o padrão de dor com a utente e a necessidade de controlo específico analgésico, tendo sido reforçada a importância da toma de gabapentina prescrita. Foi incentivada a recorrer a metamizol magnésico comprimido em SOS, de acordo com a</p>

- | | |
|--|--|
| <ul style="list-style-type: none"> • Incentivar recurso à terapêutica analgésica em episódios de dor aguda (metamizol magnésico); • Recorrer a intervenções não farmacológicas (como o <i>feedback</i> positivo e a distração com atividades de agrado da utente) para controlo da dor; • Incentivar a mobilização dos segmentos afetados, de acordo com a tolerância; • Ensinar o correto posicionamento no leito, sentada e de pé, minimizando alterações posturais. | <p>necessidade, uma vez que a utente refere alívio da dor com esta terapêutica.</p> <p>Reforçou-se que a dor pode também estar associada ao desuso, uma vez que apresenta melhoria da mesma ao longo da visita domiciliária, pelo que foi incentivada a realizar os exercícios prescritos (descritos adiante) na ausência da equipa de enfermagem, de acordo com a sua tolerância. Instruída quanto à postura correta na marcha, à importância do alinhamento corporal no leito e prevenção de alterações, recorrendo por exemplo ao apoio plantar com almofada.</p> |
|--|--|

Diagnóstico:	Mobilidade física comprometida , relacionada com alterações sensitivas, da força e medo de queda, manifestada por alterações do equilíbrio ortostático e diminuição da força muscular.
Resultados esperados:	<ul style="list-style-type: none"> • Equilíbrio eficaz estático e dinâmico na posição de pé; • Melhoria da força dos membros inferiores; • Ausência de complicações da imobilidade: úlceras por pressão, obstipação, diminuição da amplitude articular, hipotensão ortostática, diminuição do tónus muscular, ineficácia da tosse, imagem corporal alterada, alterações do sono;

- Demonstração de conhecimento acerca do plano de treino prescrito, objetivos, resultados esperados e estratégias de segurança;
- Aplicação do plano de treino prescrito.

Intervenções:

- Realizar avaliação física completa da utente, em particular da força muscular, sensibilidade e equilíbrio;
- Identificar as crenças da utente acerca do exercício e experiências prévias;
- Instruir acerca do controlo da dor prévio ao exercício;
- Incentivar a redução do consumo tabágico;
- Instruir acerca do vestuário adequado para a realização do plano de treino;
- Prescrever e implementar um plano de treino com o objetivo de melhorar a força muscular, em particular nos membros inferiores;
- Prescrever e implementar um plano de treino com o objetivo de melhorar o equilíbrio ortostático;
- Prescrever e implementar um plano de treino com o objetivo de manter/melhorar a amplitude articular e flexibilidade;

Avaliação:

Após apreciação inicial identificou-se que a utente apresentava força diminuída nos membros inferiores, alterações sensitivas e do equilíbrio, conforme previamente descrito.

Foi incentivada a reduzir o consumo de tabaco para um objetivo de 20 cigarros/dia, manter o tabaco na varanda e evitar fumar no quarto, como estímulo para realizar levante e deambular. A utente reduziu o consumo tabágico para o objetivo, mas fuma no quarto.

Foi implementado plano de treino dirigido ao aumento de força nos membros inferiores, nomeadamente: mobilizações passivas na flexão/extensão do joelho e mobilizações ativas/ativas resistidas nos restantes planos de movimentos dos membros inferiores, no leito e sentada. Foram implementados exercícios de treino do equilíbrio estático (treino propriocetivo com os olhos fechados) e correção postural, facilitados pelo espelho que a utente tem à frente da cama. Referiu que praticou *ballet* durante alguns anos, tendo sido

- Incluir os familiares no plano de treino prescrito, nomeadamente na realização de mobilizações ativas assistidas e apoio no treino de equilíbrio;
 - Incentivar a realização do plano de treino além da visita domiciliária;
 - Instruir acerca das técnicas respiratórias corretas durante o treino;
 - Instruir acerca da identificação de sinais/sintomas de intolerância ao exercício (hipotensão, tonturas, dispneia, etc.) e como proceder;
 - Monitorizar a adesão ao plano de treino, pedindo à utente o reporte do que realizou e demonstração dos exercícios;
 - Providenciar *feedback* positivo, mantendo o discurso focado nos ganhos com o plano implementado;
 - Monitorizar a resposta individual ao plano de treino (avaliando o equilíbrio e força muscular com recurso à escala MRC);
 - Referenciar a utente para uma unidade de reabilitação.
- mobilizados exercícios semelhantes aos praticados para treino do equilíbrio ortostático dinâmico.
- Durante exercícios de maior dificuldade, como as mobilizações ativas resistidas a utente sustinha a respiração, tendo sido instruída a realizar as inspirações e expirações coordenadas com o exercício.
- A utente refere que aplica o plano de treino nos dias em que não tem visita domiciliária, fazendo sobretudo mobilizações no leito com ajuda da mãe, mas não faz os exercícios prescritos na posição de sentada ou de pé.
- Atualmente apresenta melhoria da força na flexão/extensão do joelho (score 3/5, bilateralmente) e flexão/extensão da coxofemoral (score 4/5, bilateralmente).
- Apresenta melhoria do equilíbrio ortostático estático, requerendo ainda pequenas alterações posturais. Mantém ainda equilíbrio ortostático dinâmico ineficaz.
- A utente foi referenciada para uma Unidade de Média Duração e Reabilitação, tendo compreendido os objetivos do internamento no âmbito do seu processo de reabilitação e concordado com os mesmos.

Diagnóstico:	Capacidade para transferência comprometida , relacionada com diminuição da força muscular e alterações do equilíbrio ortostático, manifestada por incapacidade de se transferir para a posição ortostática.	
Resultados esperados:	<ul style="list-style-type: none"> • Independência nas transferências. 	
Intervenções:	<ul style="list-style-type: none"> • Determinar a capacidade e o grau de dependência da utente para a realização de transferências; • Incentivar as mudanças de posição lentas para prevenir hipotensão ortostática; • Instruir a utente acerca da técnica correta de transferência, recorrendo a produtos de apoio de acordo com a necessidade (andarilho, barras de apoio no wc); • Corrigir a postura da utente na passagem para a posição ortostática e ao sentar-se; • Treinar técnica de transferência entre diferentes superfícies de uso frequente (cama, cadeira de refeição, cadeira da varanda, sofá e sanita); • Ensinar a adequar a altura das cadeiras utilizadas no domicílio para facilitar as transferências; 	Avaliação: <p>Ao longo do acompanhamento a utente apresentou progressivamente melhoria da capacidade de transferência. É capaz de rolar na cama até à posição de sentada com facilidade. Por diminuição da sensibilidade na região plantar e aumento da dor no contacto inicial da região plantar com o chão, a utente habitualmente aguarda alguns momentos antes de se transferir para a posição de pé, até apresentar melhoria do quadro e estar mais segura.</p> <p>Com recurso ao andarilho é capaz de passar para a posição ortostática com supervisão ou com ajuda mínima, caso a superfície seja baixa (como o sofá, embora seja elevado com a utilização de almofadas no assento).</p> <p>Necessita ainda de correções posturais na posição ortostática, nomeadamente a posição dos ombros e da bacia.</p>

- Ensinar os familiares acerca da técnica correta de transferências, solicitando o seu apoio para a realização das mesmas.
- Realizados ensinamentos ao pai da utente acerca da técnica correta de transferência e como pode apoiar. A mãe é capaz de apoiar as transferências.

Diagnóstico:	Marcha comprometida , relacionada com alterações sensitivas, diminuição da força muscular e alterações do equilíbrio ortostático, manifestada por incapacidade de realizar marcha independentemente.	
Resultados esperados:	<ul style="list-style-type: none"> • Independência na marcha com andarilho. 	
Intervenções:	<ul style="list-style-type: none"> • Determinar a capacidade e o grau de dependência da utente para a realização de marcha; • Demonstrar a técnica de transferência de peso entre os pés, primeiro sentada e depois de pé, estimulando a sensibilidade à pressão e ao toque; • Instruir e demonstrar a postura correta na marcha; • Prescrever e implementar o treino de marcha, introduzindo o andarilho como auxiliar; • Monitorizar a utilização correta do andarilho; 	<p>Avaliação:</p> <p>Uma vez que a utente não dispunha de andarilho inicialmente, foi realizado treino de marcha com a bengala disponível. Iniciados exercícios de transferência do peso entre os pés com melhoria da sensibilidade ao longo da sessão de treino. Ensinadas técnicas de segurança na marcha com bengala, bem como correção postural, mas a utente mantinha necessidade de apoio unilateral além da mesma.</p> <p>Após introdução do andarilho a utente demonstrou-se capaz de deambular com o mesmo apenas com necessidade de supervisão –</p>

- | | |
|--|---|
| <ul style="list-style-type: none"> • Encorajar a utente a realizar marcha com andarilho sem apoio de terceiros, de acordo com a tolerância e limites de segurança; • Incentivar a realização de marcha diariamente no domicílio, estabelecendo aumentos progressivos na distância percorrida; • Incluir os familiares no plano de treino prescrito, nomeadamente no apoio na deambulação com o andarilho e incentivo à deambulação. | <p>que solicita por medo de queda. Requer correções posturais na marcha (tem tendência a apresentar elevação dos ombros). Realiza levante por períodos durante o dia para as refeições, deambulando pela casa.</p> <p>Realizados ensinios ao pai para apoio na deambulação, uma vez que é o elemento presente por maiores períodos durante o dia.</p> |
|--|---|

Diagnóstico:	Ansiedade , relacionada com situação de saúde, manifestada por labilidade emocional.	
Resultados esperados:	<ul style="list-style-type: none"> • Reporte da redução do nível de ansiedade; • Conhecimento e mobilização de estratégias de <i>coping</i> em episódios de exacerbação da ansiedade. 	
Intervenções:	<ul style="list-style-type: none"> • Utilizar uma abordagem calma; • Procurar compreender o ponto de vista da utente acerca da sua situação de saúde, criando espaço para a verbalização de sentimentos e emoções relacionadas com a mesma; 	<p>Avaliação:</p> <p>Numa fase inicial foi proposta a intervenção pela psicóloga da ECCL, tendo a utente manifestado desconhecimento acerca deste tipo de apoio. Após esclarecimento, recusou o mesmo durante várias semanas. Recentemente aceitou a realização de uma visita domiciliária pela profissional.</p>

- Instruir os familiares a manterem discurso positivo, centrado nos ganhos e nas capacidades remanescentes, motivando a utente a participar no programa de reabilitação;
- Providenciar informação factual acerca do plano de reabilitação;
- Providenciar atividades de distração;
- Referenciar para outros profissionais – psicóloga da ECCI.

Durante os períodos de exacerbação da ansiedade e labilidade emocional foi instruída a realizar respirações profundas, inspirando pelo nariz e expirando pela boca lentamente. A mãe da utente esteve presente ocasionalmente nas visitas domiciliárias, apresentando discurso muito negativo. Foi instruída a manter um discurso positivo, centrado na motivação para o plano de reabilitação.

Ao longo das visitas domiciliárias observou-se menor frequência dos períodos de labilidade emocional, sendo capaz de lidar com a incapacidade de forma mais positiva na presença da equipa.

Diagnóstico:	Risco de queda , relacionada com medo de cair, mobilidade comprometida, défice sensitivo nos membros inferiores, equilíbrio comprometido e ambiente inadequado.	
Resultados esperados:	<ul style="list-style-type: none"> • Demonstração de conhecimentos e atitudes relacionados com a prevenção de quedas; • Ausência de quedas. 	
Intervenções:	<ul style="list-style-type: none"> • Identificar comportamentos e fatores de risco de queda (mobilidade, equilíbrio, alterações sensitivas, ambiente do domicílio, etc.); 	Avaliação: Na avaliação inicial realizada identificou-se que a utente apresentava elevado risco de queda (apesar do score baixo na Escala de Morse), uma vez que apresenta diminuição da força dos membros inferiores,

- Monitorizar o risco de queda com recurso à Escala de Morse;
- Incentivar a remoção de fatores do domicílio que contribuam para o risco de quedas (tapetes no quarto e sala, móveis junto à porta do quarto e em outras zonas de passagem);
- Incentivar o uso de calçado adequado para deambular no domicílio;
- Incentivar a utente a solicitar ajuda dos familiares para a marcha e transferências;
- Incentivar a utente a utilizar o auxiliar de marcha prescrito (andarilho);
- Sugerir a implementação de produtos de apoio no domicílio: alteador de sanita, barras de apoio no chuveiro e em frente ao sanitário;
- Envolver os familiares na prevenção do risco de quedas, em particular no apoio na marcha e adequação do ambiente.

alterações sensitivas nos membros inferiores e hábitos de risco como deambular de meias ou sem calças. Observou-se que no domicílio estavam presentes diversos tapetes e móveis que obstruíam a passagem e acrescentando ao risco de queda. Foram dadas orientações de prevenção do risco de queda à utente e pais, tendo os tapetes e móveis sido removidos. A utente deambula agora de ténis, solicitando sempre ajuda de terceiros, com o auxiliar de marcha prescrito.

Apesar de ter sido adquirido o alteador de sanita a utente não se adaptou ao mesmo, referindo que este é desconfortável e preferindo o uso do sanitário diretamente. O pai referiu que está planeada a colocação de barras de apoio em frente ao sanitário e no chuveiro.

Durante o acompanhamento por ECCI não apresentou quedas.

Diagnóstico:	Autocuidado comprometido (vestir/despir) , relacionado com mobilidade física comprometida, manifestado por dificuldade a calçar/descalçar.	
Resultados esperados:	<ul style="list-style-type: none"> • Independência no calçar/descalçar. 	
Intervenções: <ul style="list-style-type: none"> • Incentivar utente a selecionar previamente a roupa para o dia e a escolher a mesma de acordo com as suas preferências; • Identificar as áreas nas quais a utente necessita de ajuda relacionadas com o vestir/despir; • Sugerir o uso de calçadeira para facilitar o calçar; • Auxiliar a utente a calçar/descalçar mediante necessidade; • Ensinar estratégias que facilitem o calçar/descalçar: flexão da articulação coxofemoral e joelho na posição de sentada; necessidade de verificar o correto posicionamento dos dedos dentro do sapato devido às alterações sensitivas; descalçar um pé utilizando o outro. 	Avaliação: <p>Nas primeiras visitas domiciliárias a utente vestia o pijama, tendo sido incentivada a vestir-se com roupa confortável e de acordo com o seu gosto para a visita.</p> <p>A utente é capaz de vestir a parte superior e a parte inferior (na posição deitada) sem dificuldades.</p> <p>Apresenta dificuldade a calçar os sapatos, mas com as estratégias fornecidas requer ajuda mínima nessa atividade. Sugerido o uso de calçadeira de cabo longo. É independente a descalçar-se.</p>	

Diagnóstico:	Autocuidado comprometido (higiene) , relacionado com mobilidade física comprometida, manifestado por dificuldade em aceder à casa de banho e na lavagem do corpo.	
Resultados esperados:	<ul style="list-style-type: none"> • Independência na higiene no wc. 	
Intervenções: <ul style="list-style-type: none"> • Identificar as áreas nas quais a utente necessita de ajuda relacionadas com os cuidados de higiene; • Sugerir a colocação de barras de apoio na zona do chuveiro para facilitar a transferência de e para o mesmo; • Incentivar a colocar todos os objetos necessários para a higiene no chuveiro junto ao poliban; • Sugerir a colocação de uma cadeira em frente ao espelho do lavatório para facilitar a lavagem dos dentes, pentear, etc.; • Incentivar a utente a escolher artigos de higiene de acordo com o seu gosto pessoal (gel de banho, creme hidratante, perfume); • Incentivar a realização diária dos cuidados de higiene; • Estimular a realização de cuidados estéticos de acordo com o gosto da utente; 	Avaliação: <p>Na visita domiciliária inicial foi sugerida a colocação de uma barra de apoio no chuveiro, aguardando-se a colocação.</p> <p>A utente realiza banho no poliban com ajuda da mãe, sobretudo para supervisão e segurança.</p> <p>Não é ainda capaz de realizar cuidados específicos, como o corte das unhas dos pés. Incentivada a cuidar e pintar as unhas das mãos, uma vez que manifestou gostar de o fazer habitualmente.</p>	

- Solicitar ajuda da mãe nos cuidados de higiene, de acordo com a necessidade, estimulando a utente a fazer as atividades que é capaz e dando-lhe privacidade.

Diagnóstico:	Incontinência urinária de urgência , relacionada com hiperatividade do detrusor, manifestada por incapacidade de evitar perdas urinárias e sensação de urgência.	
Resultados esperados:	<ul style="list-style-type: none"> • Continência urinária. 	
Intervenções:	<ul style="list-style-type: none"> • Avaliar o padrão de eliminação vesical, aplicando um diário miccional (Apêndice I); • Avaliar o padrão de eliminação intestinal; • Assistir a identificar fatores que facilitem o acesso rápido ao wc – trajeto desimpedido, roupa fácil de despir; • Estabelecer horário/intervalo inicial do treino de hábitos, de acordo com o padrão observado, adaptando o mesmo quando necessário; 	<p>Avaliação:</p> <p>Após avaliação inicial a utente referiu que urina sempre na fralda, uma vez que não é capaz de evitar perdas urinárias até chegar ao wc, o que também é dificultado pelas limitações motoras e por não ter sempre um familiar disponível para a acompanhar na marcha.</p> <p>Com o objetivo de conhecer o padrão de eliminação da utente foi aplicado um diário miccional. Na visita seguinte a utente manifestou algumas dúvidas no seu preenchimento, tendo sido esclarecidas. Na visita seguinte a utente já não tinha o documento, manifestando desinteresse no seu preenchimento.</p>

- Ensinar estratégias de relaxamento para adiar a micção até ao intervalo desejado;
- Incentivar a ingestão hídrica de 1,5 a 2 litros de água por dia, restringindo a sua ingestão 2 horas antes de deitar;
- Providenciar *feedback* positivo após diminuição dos episódios de incontinência;
- Instruir acerca da realização de exercícios de fortalecimento da musculatura do pavimento pélvico;
- Limitar a ingestão de irritantes (cafeína, açúcar, chá, picante);
- Incentivar a redução tabágica;
- Assegurar cumprimento do regime terapêutico - mirabegron.

Dadas as limitações funcionais, desconhecimento do padrão de eliminação vesical e falta de motivação da utente para o plano de intervenção nesta problemática, não foi possível implementar treino de hábitos ou os exercícios de fortalecimento da musculatura pélvica. No entanto a utente foi incentivada a usar o sanitário sempre que possível.

Diagnóstico:	Nutrição comprometida (inferior aos requisitos corporais) , relacionada com fatores biológicos e psicológicos, manifestada por diminuição do apetite, diminuição do peso e ingestão alimentar insuficiente.	
Resultados esperados:	<ul style="list-style-type: none"> • Demonstração de conhecimentos e implementação de regime dietético adequado. 	
Intervenções:	<ul style="list-style-type: none"> • Avaliar a ingestão alimentar diária; 	Avaliação:

- Encorajar o aumento da ingestão calórica variada;
- Questionar utente acerca das suas preferências alimentares para as incluir no regime dietético;
- Encorajar a utente a alimentar-se à mesa com a família;
- Discutir com a utente e família fatores socioeconómicos que possam comprometer o acesso a alimentos;
- Providenciar *feedback* positivo com o aumento da ingestão calórica;
- Instruir utente e família acerca da dieta polifraccionada e das necessidades nutricionais, em particular no que respeita ao aumento da ingestão de proteínas, frutas e verduras;
- Assegurar controlo da dor e períodos de descanso antes da alimentação.

Quando questionada acerca da sua alimentação a utente demonstrou uma ingestão calórica diária pobre. Tem acesso a alimentos tendo apoio do Banco Alimentar e as refeições são cozinhadas pelo pai ou pela mãe.

A utente foi incentivada a alimentar-se à mesa com a família, tendo as visitas domiciliárias sido realizadas no final da manhã e sendo terminadas deixando a utente à mesa de refeições para este efeito.

A utente não se mostrou disposta a fazer alterações na sua ingestão alimentar, mantendo a ingestão e conteúdo das refeições prévio à intervenção. Mantém diminuição do apetite.

Diagnóstico:	Incontinência intestinal , relacionado com défice sensitivo-motor e dificuldade em aceder ao sanitário, manifestado por incapacidade de adiar a defecação.
Resultados esperados:	<ul style="list-style-type: none"> • Continência intestinal.

Intervenções:

- Determinar as causas da incontinência intestinal;
- Determinar o tipo de incontinência, frequência dos episódios e alterações das fezes;
- Incentivar utente a trocar a fralda após cada episódio de eliminação intestinal;
- Incentivar a utilização de cremes barreira para proteção da pele;
- Implementar treino intestinal, recorrendo à utilização de supositório em dias alternados, em horário definido;
- Incentivar a ingestão de fibras;
- Incentivar a ingestão hídrica;
- Incentivar a realizar marcha;
- Incentivar a evacuar no sanitário.

Avaliação:

A utente refere que é capaz de sentir a necessidade de evacuar, mas não é capaz de evitar perdas fecais. Refere que habitualmente tem um padrão de obstipação, recorrendo a terapêutica laxante em SOS com efeito. Sugerida aplicação de clister para estimular a dejeção que a utente recusa, preferindo apenas terapêutica laxante por via oral. Incentivada a evacuar no sanitário, mas refere muito desconforto na posição de sentada, pelo que recusa.

Uma vez que é capaz de reconhecer que evacuou, a utente procede à troca da fralda de forma independente se sempre que necessário.

Diagnóstico:	Risco de integridade cutânea comprometida, relacionado com défice sensitivo, mobilidade física comprometida e incontinência urinária/fecal.
Resultados esperados:	<ul style="list-style-type: none">• Demonstração de conhecimentos e atitudes relacionadas com a prevenção de lesões cutâneas;• Integridade cutânea mantida.

Intervenções:

- Apreciar fatores de risco de alterações da integridade cutânea (défice sensitivo nos membros inferiores, mobilidade física comprometida e incontinência urinária/fecal);
- Discutir com a utente os fatores de risco de compromisso da integridade cutânea, bem como medidas preventivas;
- Envolver os familiares nas medidas de prevenção de alterações da integridade cutânea;
- Ensinar a utente a realizar a inspeção da pele, em particular dos membros inferiores e região peri-uretral e perianal, pelo menos uma vez por dia e a cada mudança da fralda;
- Incentivar a mudança da fralda após episódios de incontinência;
- Incentivar a higiene diária da pele e hidratação da mesma;
- Instruir acerca do corte adequado das unhas;
- Utilizar a Escala de Braden para identificar o risco de desenvolvimento de úlceras por pressão;
- Incentivar o uso de vestuário e calçado adequados (roupa larga, meias com a costura na parte exterior, verificar o correto

Avaliação:

Após avaliação observou-se que a utente apresenta risco de alterações da integridade cutânea devido ao défice sensitivo nos membros inferiores, mobilidade física comprometida e incontinência urinária/fecal.

A utente realiza mudanças de fralda frequentes, sobretudo após episódios de incontinência fecal.

Apresenta baixo risco de desenvolvimento de úlceras por pressão de acordo com a Escala de Braden.

Durante o acompanhamento por ECCL não apresentou alterações da integridade cutânea.

posicionamento dos dedos dos pés dentro do sapato após se calçar, etc.).

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A realização do acompanhamento à utente T. R. e posterior elaboração do estudo de caso revelou-se particularmente interessante por dois motivos. Em primeiro lugar, uma vez que foi possível acompanhar a utente desde a admissão, possibilitou a compreensão do “percurso” de um utente quando é acompanhado por uma ECCL. Por outro, e ao qual gostaria de dar um particular destaque, porque a utente não tem um diagnóstico médico definido. Assim, mesmo na ausência de um diagnóstico médico que, de alguma forma, enquadre a intervenção do EEER, o enfermeiro tem muito para oferecer, como se observou neste caso. Assim, manter-se-ão os objetivos definidos ao longo do acompanhamento na ECCL, perspetivando a integração numa tipologia de internamento de reabilitação, paralelamente ao estudo diagnóstico.

Após a apreciação inicial da utente foi definido um plano de intervenção, recorrendo a literatura e a sugestões de intervenções pela enfermeira orientadora. O plano foi implementado ao longo das diversas visitas domiciliárias realizadas, tendo sofrido ajustes, fruto de novas apreciações da utente e de manifestações da sua vontade. Neste caso verificou-se que a utente se apresentava motivada para a gestão de problemas como as dificuldades motoras, mas não para outras, como a incontinência urinária/fecal ou a adequação da dieta. Assim, os momentos de confronto entre os cuidados planeados e aqueles que foi possível implementar potenciaram também um momento de reflexão e aprendizagem. Esta dimensão remete para as competências do enfermeiro especialista em enfermagem de reabilitação, na medida em que este deve hierarquizar as prioridades de saúde de acordo com o projeto de saúde da pessoa (Ordem dos Enfermeiros, 2019a).

São também de destacar as aprendizagens realizadas no que respeita à articulação da equipa interdisciplinar. No cuidado à utente, após avaliação, foi envolvida a técnica de serviço social com o objetivo de dar resposta às necessidades sociais e financeiras da utente, bem como no que respeita ao processo de referenciação para outra tipologia de cuidados. Foi também envolvida a médica assistente com o objetivo de otimização da terapêutica e vigilância do quadro de taquicardia. Posteriormente será envolvida a psicóloga da equipa, após a utente ter aceitado a sua intervenção. Esta articulação

concorre para as competências do enfermeiro especialista no âmbito da gestão dos cuidados, na qual é esperado que este reconheça os papéis interdependentes dos elementos da equipa, a necessidade de referenciação para outros profissionais de saúde e promova a articulação entre os mesmos (OE, 2019b).

Assim, considera-se que a construção do estudo de caso no âmbito do EC na ECCI revelou-se um momento de aprendizagem rico e de consolidação dos conhecimentos adquiridos na componente teórica do curso.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Apóstolo, J. (2012). *Instrumentos para Avaliação em Geriatria*. Documento de apoio da Escola Superior de Enfermagem de Coimbra, disponível em: https://web.esenfc.pt/v02/include/download.php?id_ficheiro=20538&codigo=688697509
- Baptista, R. (2003). Avaliação do Doente com Alteração do Estado de Consciência – Escala de Glasgow. *Revista Referência*, 10, 77-80.
- Butcher, H., Bulechek, G., Dochterman, J. & Wagner, C. (2018). *Nursing Interventions Classification (NIC)* (7th ed). St. Louis, Missouri: Elsevier.
- Direção-Geral da Saúde. (2011). *Orientação nº 017/2011: Escala de Braden: Versão Adulto e Pediátrica (Braden Q)*. Disponível em: https://www.dgs.pt/departamento-da-qualidade-na-saude/ficheiros-anexos/orientacao_ulceraspdf-pdf.aspx
- Direção-Geral da Saúde. (2019). *Orientação nº 008/2019: Prevenção e Intervenção na Queda do Adulto em Cuidados Hospitalares*. Disponível em: <https://www.dgs.pt/directrizes-da-dgs/normas-e-circulares-normativas/norma-n-0082019-de-09122019-pdf.aspx>
- Doenges, M., Moorhouse, M. & Murr, A. (2019). *Nursing Diagnosis Manual: Planning, Individualizing, and Documenting Client Care* (6th ed.). Philadelphia: F. A. Davis Company.
- Mesa do Colégio da Especialidade de Enfermagem de Reabilitação (2016). *Instrumentos de recolha de dados para a documentação dos Cuidados Especializados em Enfermagem de Reabilitação*. Ordem dos Enfermeiros. Disponível em: https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/colegios/Documents/2017/InstRecolhaDadosDocumentacaoCuidEnfReabilitacao_Final_2017.pdf
- Moorhead, S., Swanson, E., Johnson, M. & Maas, M. (2018). *Nursing Outcomes Classification (NOC)* (6th ed.). St. Louis, Missouri: Elsevier.

Ordem dos Enfermeiros. (2019a). Regulamento n.º 392/2019 - Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação. *Diário Da República, 2ª Série - n.º 85 - 3 de Maio de 2019*, 13565–13568. <https://dre.pt/home/-/dre/122216893/details/maximized>

Ordem dos Enfermeiros. (2019b). Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista. *Diário Da República, 2ª Série, nº26*, 4744–4750. <https://dre.pt/application/conteudo/11923619>

Roper, N., W. Logan & Tierney, A. (1996). *The Elements of Nursing: A model for nursing based on a model of living* (4th ed.). New York: Churchill Livingstone.

ANEXOS

Anexo I: Escala de Glasgow

Abertura dos olhos	Espontânea (4); Ao estímulo verbal (3); Ao estímulo doloroso (2); Ausência de resposta (1).	4
Melhor resposta verbal	Orientada (5); Conversa confusa (4); Palavras inapropriadas (3); Sons incompreensíveis (2); Ausência de resposta (1)	5
Melhor resposta motora	Obedece a ordens (6); Localiza estímulos (5); Movimento de retirada (4); Flexão anormal (3); Extensão anormal (2); Ausência de resposta (1).	6
Total		15

Fonte: adaptada de Baptista (2003).

Anexo II: Escala de Barthel

Higiene pessoal	
0 = Necessita de ajuda com o cuidado pessoal	0
5 = Independente no barbear, dentes, rosto e cabelo (utensílios fornecidos)	
Evacuar	
0 = Incontinente	0
5 = Episódios ocasionais de incontinência	
10 = Contínente	
Urinar	
0 = Incontinente ou algaliado	0
5 = Episódios ocasionais de incontinência (máx. 1x/24h)	
10 = Contínente (> 7 dias)	
Ir à casa de banho (uso de sanitário)	
0 = Dependente	5
5 = Necessita de ajuda mas consegue fazer algumas coisas sozinho	
10 = Independente	
Alimentar-se	
0 = Incapaz	10
5 = Necessita de ajuda para cortar, barrar manteiga, etc.	
10 = Independente	
Transferências (cadeira/cama)	
0 = Incapaz	10
5 = Grande ajuda física (1 ou 2 pessoas), consegue sentar-se	
10 = Pequena ajuda (verbal ou física)	
15 = Independente (não necessita qualquer ajuda, mesmo que utilize cadeira de rodas)	
Mobilidade (deambulação)	
0 = Imobilizado	10
5 = Independente na cadeira de rodas, incluindo cantos, etc.	
10 = Anda com ajuda de uma pessoa (verbal ou física)	
15 = Independente (mas pode usar qualquer auxiliar)	
Vestir-se	
0 = Dependente	5
5 = Necessita de ajuda, mas faz cerca de metade sem ajuda	
10 = Independente (incluindo botões, fechos e atacadores)	
Escadas	
0 = Incapaz	0
5 = Necessita de ajuda (verbal, física, transporte dos auxiliares de marcha) ou supervisão	

10 = Independente (com apoio do corrimão ou dispositivos)	
Banho	
0 = Dependente	0
5 = Independente	
Total = (0 - 100)	40

Fonte: adaptada de Apóstolo (2012).

Anexo III: Escala de Braden

Percepção sensorial	Completamente limitada (1) Muito limitada (2) Ligeiramente limitada (3) Nenhuma limitação (4)	3
Humidade	Pele constantemente húmida (1) Pele muito húmida (2) Pele ocasionalmente húmida (3) Pele raramente húmida (4)	4
Atividade	Acamado (1) Sentado (2) Anda ocasionalmente (3) Anda frequentemente (4)	3
Mobilidade	Completamente imobilizado (1) Muito limitada (2) Ligeiramente limitada (3) Nenhuma limitação (4)	4
Nutrição	Muito pobre (1) Provavelmente inadequada (2) Adequada (3) Excelente (4)	1
Frição e forças de deslizamento	Problema (1) Problema potencial (2) Nenhum problema (3)	2
Total		17

Fonte: adaptada de Direção-Geral da Saúde (2011).

Anexo IV: Escala de Morse

Historial de quedas	Não (0)	0
	Sim (25)	
Diagnóstico(s) secundário(s)	Não (0)	15
	Sim (15)	
Ajuda para caminhar	Nenhuma/ajuda de enfermeiro/acamado/cadeira de rodas (0)	15
	Muletas/canadianas/bengala/andarilho (15)	
	Apoia-se no mobiliário para andar (30)	
Terapia intravenosa	Não (0)	0
	Sim (20)	
Postura no andar e na transferência	Normal/acamado/imóvel (0)	20
	Debilidade (10)	
	Dependente de ajuda (20)	
Estado mental	Consciente das suas capacidades (0)	0
	Esquece-se das suas limitações (15)	
Total		50

Fonte: adaptada de Direção-Geral da Saúde (2019)

APÊNDICES

Apêndice I: Diário Miccional

Diário miccional

Data: ___/___/_____ Hora de acordar: _____ Hora de deitar: _____

Hora	Bebidas (tipo e quantidade)	Quantidade de urina	Sentiu urgência em urinar?		Teve uma perda de urina (fralda)?	
			Sim	Não	Sim	Não
1h			Sim	Não	Sim	Não
2h			Sim	Não	Sim	Não
3h			Sim	Não	Sim	Não
4h			Sim	Não	Sim	Não
5h			Sim	Não	Sim	Não
6h			Sim	Não	Sim	Não
7h			Sim	Não	Sim	Não
8h			Sim	Não	Sim	Não
9h			Sim	Não	Sim	Não
10h			Sim	Não	Sim	Não
11h			Sim	Não	Sim	Não
12h			Sim	Não	Sim	Não
13h			Sim	Não	Sim	Não
14h			Sim	Não	Sim	Não
15h			Sim	Não	Sim	Não
16h			Sim	Não	Sim	Não
17h			Sim	Não	Sim	Não
18h			Sim	Não	Sim	Não
19h			Sim	Não	Sim	Não
20h			Sim	Não	Sim	Não
21h			Sim	Não	Sim	Não
22h			Sim	Não	Sim	Não
23h			Sim	Não	Sim	Não
00h			Sim	Não	Sim	Não

**APÊNDICE III: JORNAL DE APRENDIZAGEM: A CONSULTA DE ENFERMAGEM
DE REABILITAÇÃO PELVIPERINEAL**

**12º Curso de Mestrado em Enfermagem
Área de Especialização em Enfermagem de
Reabilitação**

Estágio com Relatório

**Jornal de Aprendizagem: A Consulta de Enfermagem
de Reabilitação Pelviperineal**

Discente:

Vitória Maria Cabral Inglês Esquível nº 5077

Lisboa

2021



**12º Curso de Mestrado em Enfermagem
Área de Especialização em Enfermagem de
Reabilitação**

Estágio com Relatório

**Jornal de Aprendizagem: A Consulta de Enfermagem
de Reabilitação Pelviperineal**

Discente:

Vitória Maria Cabral Inglês Esquível nº 5077

Prof. Vanda Lopes da Costa

**Lisboa
2021**

LISTA DE SIGLAS

CERP – Consulta de Enfermagem de Reabilitação Pelviperineal

EC – Ensino Clínico

EEER – Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação

MFR – Medicina Física e Reabilitação

NICE – National Institute for Health and Care Excellence

RNAO - Registered Nurses' Association of Ontario

ÍNDICE

INTRODUÇÃO.....	172
1. ENQUADRAMENTO TEÓRICO	173
1.1. A Consulta de Enfermagem de Reabilitação Pelviperineal	173
1.2. A Intervenção na Consulta de Enfermagem de Reabilitação Pelviperineal	174
1.2.1. Reeducação da Eliminação Urinária	174
1.2.2. Reeducação da Eliminação Intestinal	179
1.2.3. Fortalecimento da Musculatura do Pavimento Pélvico	183
2. A EXPERIÊNCIA NA CONSULTA.....	186
CONSIDERAÇÕES FINAIS	189
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	190

APÊNDICES

Apêndice I: Folheto “Reeducação da Eliminação Urinária: Treino Vesical”

INTRODUÇÃO

No âmbito do Curso de Mestrado em Enfermagem na Área de Especialização em Enfermagem de Reabilitação, encontra-se integrado um ensino clínico (EC) a desenvolver em contexto hospitalar. Este momento de estágio tem lugar num Serviço de Medicina Física e Reabilitação (MFR) num hospital da região de Lisboa. A seleção deste campo de estágio considerou-se muito relevante uma vez que tem integrada uma consulta de enfermagem reabilitação pelviperineal (CERP) desenvolvida por um enfermeiro especialista em enfermagem de reabilitação (EEER) do serviço, estando alinhada com o projeto de desenvolvimento de competências construído no segundo semestre do curso.

A pesquisa bibliográfica realizada para a fundamentação do projeto de estágio permitiu-me tomar conhecimento de diversas intervenções que o EEER pode implementar na sua prática neste contexto. No entanto, a frequência da CERP permitiu-me aprender outras formas de intervir que considerei pertinente aprofundar neste jornal de aprendizagem. Assim, numa primeira parte do documento pretende-se fazer o enquadramento teórico das intervenções implementadas pelo EEER na CERP. Para aprofundar conhecimentos acerca das mesmas será consultada bibliografia, dando preferência à consulta de *guidelines* recentes, uma vez que os temas abordados neste documento são alvo de revisões frequentes e estão interligados. Algumas estratégias ou adaptação de intervenções implementadas na consulta não surgiram contempladas na literatura pelo que pontualmente estas serão mencionadas ao longo do enquadramento teórico, como forma de refletir mais pessoalmente a minha experiência em campo e enriquecer a descrição.

Num segundo momento pretende-se refletir acerca da minha experiência em contexto de estágio nesta consulta, recorrendo ao Modelo de Gibbs (Wain, 2017) para estruturar a reflexão.

1. ENQUADRAMENTO TEÓRICO

1.1. A Consulta de Enfermagem de Reabilitação Pelviperineal

A consulta de reabilitação pelviperineal teve início no ano 2005, no centro hospitalar ao qual o hospital do contexto de estágio pertence, realizada por um EEER. Posteriormente, em 2021, foi formalizada a proposta de criação de uma CERP, associada à consulta médica, para realizar uma abordagem dos problemas de disfunção do pavimento pélvico e disfunções vesico-esfincterianas. A consulta de enfermagem referida surge enquadrada na legislação portuguesa, sendo definida como “intervenção visando a realização de uma avaliação, ou estabelecimento de plano de cuidados de enfermagem, no sentido de ajudar o indivíduo a atingir a máxima capacidade de autocuidado” (Ministérios das Finanças e da Saúde, 2011, p. 1).

Os utentes podem ser referenciados externamente via *software Alert®*, pelo médico de família, ou internamente por qualquer médico do centro hospitalar. O utente é convocado para uma primeira consulta médica com o médico fisiatra, que se realiza à terça-feira ou à quinta-feira, com um dos dois médicos disponíveis no serviço. O médico fará então uma avaliação e prescrição do plano de intervenção, sendo posteriormente agendada uma consulta com o EEER. As primeiras consultas são realizadas à segunda-feira. Consultas subsequentes de enfermagem realizam-se à segunda-feira à tarde e à quarta-feira. Habitualmente são realizadas três consultas de enfermagem de reabilitação até à reavaliação seguinte pelo médico fisiatra ou, no caso de ser realizada electroestimulação fisiológica, cinco consultas. Após a reavaliação pelo médico fisiatra o utente poderá ter alta ou retomar as consultas de enfermagem, podendo repetir o processo três vezes.

A primeira consulta de enfermagem tem um carácter sobretudo de apreciação e de elaboração do plano de cuidados. Nesta consulta são exploradas as queixas e apreciada a história de saúde da pessoa. O principal motivo de referência para a consulta está relacionado com queixas de incontinência urinária. Para exploração da sintomatologia

que a pessoa apresenta, o EEER recorre a instrumentos de avaliação, como o diário miccional e intestinal e a Escala de Ditrovie-10 de avaliação da qualidade de vida, sendo estes entregues ao utente para preenchimento. Nesta primeira consulta pode também ser realizado o exame físico, no qual é avaliada a força de contração dos músculos do pavimento pélvico através da Escala de Oxford Modificada e, eventualmente, promover a consciencialização da sua contração através do *biofeedback* com a introdução de um dedo no canal vaginal ou anal. As consultas subsequentes consistem na realização de ensinamentos, electroestimulação fisiológica, reavaliações e atualização do plano de cuidados conforme necessário. Habitualmente as consultas são agendadas com cerca de 2 a 3 semanas de intervalo.

A CERP trabalha em colaboração com outras consultas do hospital, nomeadamente a Consulta de Nutrição e Dietética, privilegiando uma abordagem multidisciplinar. Existe ainda interação com a consulta de disfunção sexual neurológica e a consulta externa para realização de estudos urodinâmicos.

1.2. A Intervenção na Consulta de Enfermagem de Reabilitação Pelvipérvica

Neste subcapítulo serão exploradas as intervenções implementadas pelo EEER na CERP. Nestas incluem-se a reeducação da eliminação urinária, reeducação da eliminação intestinal e o fortalecimento da musculatura do pavimento pélvico.

1.2.1. Reeducação da Eliminação Urinária

A incontinência urinária é um sintoma comum que afeta mulheres de todas as idades e embora não seja uma condição que acarrete risco de vida, tem impactos a nível

físico, social e psicológico (National Institute for Health and Care Excellence (NICE), 2019). Este é um dos principais sintomas que leva os utentes à CERP, existindo outros, como a urgência urinária.

Previamente ao planeamento de intervenções na pessoa com alterações da eliminação urinária, nomeadamente incontinência, deve ser realizada uma apreciação inicial em conjunto com o utente. Esta deverá incluir uma identificação do tipo de incontinência e possíveis causas ou fatores precipitantes, comorbilidades, terapêutica habitual e status cognitivo (Registered Nurses' Association of Ontario (RNAO), 2020). Além da apreciação supramencionada, deverá também ser obtida informação acerca do volume de ingestão hídrica da pessoa (incluindo cafeína e álcool), tipo, início e duração dos sintomas, uso de produtos absorventes, apreciação da pele perineal, identificação de barreiras à eliminação bem-sucedida e sinais de alerta relacionados com a incontinência urinária, como disúria, hematúria ou a descrição de uma sensação de pressão vaginal (RNAO, 2020). Por outro lado, segundo a mesma organização, perante a pessoa com incontinência urinária é importante realizar uma avaliação do impacto da sintomatologia na qualidade de vida. Na CERP esta apreciação é realizada recorrendo à Escala de Ditrovie-10.

Conforme previamente referido, na primeira CERP é entregue à pessoa um diário miccional e dadas instruções acerca do seu preenchimento. Este deverá ser preenchido durante pelo menos três dias, contemplando dias com variedade de atividades como dias de trabalho e de descanso (NICE 2019; RNAO, 2020). Na consulta seguinte este documento é analisado em conjunto com a pessoa. A análise deste documento permite compreender a frequência urinária diurna e noturna, o tempo entre cada micção e os volumes eliminados (Rigby, 2005). O documento disponível na CERP permite também o registo dos líquidos ingeridos, especificando a sua quantidade e horário, bem como da sensação associada à perda urinária ou à micção.

Com base na análise do diário miccional podem posteriormente ser propostas uma variedade de intervenções. As principais intervenções aplicadas na pessoa com incontinência urinária são a micção imediata, o treino de hábitos e o treino vesical. Dada a natureza do contexto de prestação de cuidados em apreço, a micção imediata e o treino

de hábitos são intervenções pouco aplicadas, uma vez que requerem um acompanhamento mais prolongado do utente ao longo do dia.

A intervenção principalmente explorada é o treino vesical, que compreende modificações no estilo de vida e o uso de estratégias de relaxamento e distração (RNAO, 2020), associado a um horário de micções programado com intervalos progressivamente maiores (Dumoulin et al., 2017). O treino vesical deverá ter uma duração mínima de 6 semanas (NICE, 2019), sendo recomendado na pessoa com urgência urinária, frequência urinária ou incontinência mista (NICE, 2021). Os objetivos do treino vesical são corrigir padrões erróneos de frequência urinária, melhorar o controlo sobre a urgência urinária, aumentar os intervalos entre micções, aumentar a capacidade da bexiga, reduzir episódios de incontinência e devolver a confiança à pessoa de que consegue controlar a eliminação vesical (Dumoulin et al., 2017). Após consulta do diário miccional é obtido o intervalo mais longo entre o qual devem ser programadas as micções, devendo a pessoa urinar quer tenha vontade ou não (Marcell et al., 2003). O intervalo entre micções é gradualmente aumentado entre 15 e 30 minutos por semana, de acordo com a tolerância da pessoa até se atingir um intervalo e cerca de 3 horas entre micções (Dumoulin et al., 2017).

Caso surja a vontade de urinar antes do intervalo previsto, associado a urgência urinária, a pessoa deve tentar adiar a micção mobilizando estratégias como permanecer imóvel, realizar a contração dos músculos do pavimento pélvico (Sandwell and West Birmingham Hospitals, 2014), distrair-se com atividades como realizar um telefonema ou ler, respirações profundas, relaxamento e pensamentos de afirmação (“eu controlo a minha vontade de urinar”) (Burgio & Goode, 2008). Quando a urgência urinária tiver desaparecido a pessoa deve caminhar calmamente para o sanitário (Burgio & Goode, 2008; Sandwell and West Birmingham Hospitals, 2014), procurando cumprir o intervalo estipulado. As estratégias de adiamento da micção também podem ser usadas no período noturno: quando a pessoa desperta com a sensação de urgência urinária deve aplicar as estratégias referidas e quando a urgência desaparece deve tentar adormecer. Caso após um ou dois minutos a sensação de urgência ainda se mantenha, deve então usar o sanitário, para evitar uma interferência desnecessária no padrão de sono (Burgio & Goode, 2008).

Para algumas pessoas pode ser desafiante implementar as intervenções propostas, uma vez que podem sentir-se mais ansiosas pela possibilidade de terem um episódio de incontinência caso as estratégias não funcionem. A consulta da literatura sugere uma intervenção que pode ser implementada inicialmente em pessoas com urgência urinária, previamente ao treino vesical. É sugerido à pessoa que seja capaz de controlar a sensação de urgência durante apenas 5 minutos. Quando a pessoa ultrapassa este intervalo ganha uma sensação de confiança e controlo, podendo posteriormente avançar-se para o treino vesical (Burgio & Goode, 2008). Uma alternativa que também foi explorada na CERP perante uma utente com urgência urinária com uma vida profissional muito preenchida e com grande receio de apresentar perdas no local de trabalho, foi iniciar o treino das estratégias de adiamento da micção durante o fim-de-semana, enquanto se encontrava em casa, promovendo um maior controlo sobre a situação.

A pessoa deve ser instruída a urinar imediatamente antes de se deitar (Burgio & Goode, 2008), com o objetivo de minimizar episódios de incontinência noturna ou micções no período noturno. Deve urinar também imediatamente após acordar (Burgio & Goode, 2008). Ocasionalmente na CERP observou-se, através da análise do diário miccional, que a quantidade de líquidos ingeridos por utentes ao longo do dia não se traduzia em mais micções no período diurno, mas sim no período noturno. Identificou-se que isto poderia estar relacionado com uma provável retenção de líquidos e formação de edemas dos membros inferiores ao longo do dia. Como estratégia sugeriu-se que ao final do dia os utentes implementassem um período de repouso com elevação dos membros inferiores, urinando entre este e a hora de deitar, com sucesso na minimização dos episódios de micções e perdas noturnas.

Para um treino vesical bem-sucedido é necessário que a pessoa tenha também atenção ao horário e volume de ingestão hídrica. A pessoa deverá manter a ingestão de cerca de 1500 a 2000 ml por dia (RNAO, 2020) mas esta deverá ser fracionada e suspensa algumas horas antes de deitar, para que não ocorram micções ou perdas no período noturno. O documento existente para apreciação da eliminação urinária (diário miccional) pode também ser usado como ferramenta de programação de um regime de ingestão e eliminação "ideal". Ou seja, o EEER, conhecendo os hábitos de vida da pessoa, pode preencher a tabela explicitando o intervalo ideal entre micções, a quantidade de líquidos

a ingerir e o horário dos mesmos, com especial destaque para a ingestão reduzida de líquidos no final do dia. Pode também ser útil fornecer diários miccionais à pessoa para que os preencha enquanto implementa o treino vesical, como forma de automonitorização (Dumoulin et al., 2017).

De acordo com os hábitos da pessoa podem ser sugeridas estratégias específicas no âmbito do treino vesical. Por exemplo, caso o utente tome medicação oral ao jantar ou deitar, deverá ser instruído a ingerir uma quantidade de água mínima com os mesmos. Deverá também ter atenção à ingestão da quantidade de sopa ou de outros líquidos, como sumos e chás à refeição ou iogurtes líquidos. Caso a pessoa apresente xerostomia ou dipsia pode-lhe ser sugerido o recurso a cubos de gelo para colocar na cavidade oral.

Conforme referido, o sucesso do treino vesical depende do cumprimento dos horários estabelecidos quer para eliminação, quer para a ingestão de líquidos. Assim, pode ser sugerido o uso de alarmes, por exemplo no telemóvel, para alertar a pessoa para a necessidade de urinar ou beber água (Rigby, 2005). Uma das estratégias utilizadas com uma utente da CERP, dado que não podia usar o telemóvel no seu local de trabalho, foi utilizar as pausas periódicas ao longo do turno para este treino.

À semelhança do que será abordado adiante na reeducação da eliminação intestinal, também a posição no sanitário é importante no que respeita à eliminação vesical. Idealmente a pessoa deve sentar-se completamente no sanitário para urinar, uma vez que permanecer numa posição de agachamento pode não permitir o esvaziamento completo da bexiga (Sandwell and West Birmingham Hospitals, 2014). Esta foi uma questão que surgiu na CERP, uma vez principalmente as mulheres têm receio de utilizar sanitários fora de casa por risco de infeção. Assim, foram reforçadas estratégias como a higiene adequada do sanitário ou uso de protetores no mesmo, permitindo à pessoa que se sente numa posição confortável e em relaxamento.

A reeducação da eliminação urinária requer ainda que sejam realizadas algumas modificações no estilo de vida, para que seja bem-sucedida. Caso a mulher com incontinência urinária, bexiga hiperativa ou prolapso dos órgãos pélvicos apresente um índice de massa corporal superior a 30 kg/m² deverá ser aconselhada a perder peso (NICE, 2019). A CERP pode ter a colaboração da Consulta de Nutrição e Dietética, para onde os utentes podem ser referenciados nesta situação, facilitando a gestão do peso. Deverá

também ser recomendado às pessoas com incontinência urinária a realização de exercício físico de baixa intensidade, de acordo com a sua tolerância, como por exemplo caminhar, exercício aeróbico de baixo impacto e treino de baixa resistência (RNAO, 2020). No caso específico da mulher com prolapso dos órgãos pélvicos, esta deverá minimizar atividades que requeiram levantamento de pesos (NICE, 2019). Existem dados que sugerem que os hábitos tabágicos aumentam a severidade da incontinência urinária (Dumoulin et al., 2017), pelo que pode ser benéfico incentivar a redução ou cessação tabágica. A redução da ingestão de cafeína está recomendada na mulher com bexiga hiperativa ou incontinência urinária (NICE, 2019; NICE, 2021). Muitas vezes os utentes apresentam-se renitentes a reduzir a ingestão da mesma pelo que podem ser incentivados a experimentar durante apenas 3 a 5 dias e verificar se há redução na sintomatologia, o que os pode motivar a implementar definitivamente a medida (Burgio & Goode, 2008).

Conforme foi referido previamente, na apreciação da pessoa com alterações da eliminação urinária, é importante compreender se utiliza produtos absorventes. Apesar de ser importante que o EEER tenha conhecimento dos produtos absorventes existentes no mercado, o uso dos mesmos não está recomendado por rotina, mas sim enquanto estratégia até serem obtidos resultados do tratamento ou para quadros de incontinência urinária de longa duração, após teres sido esgotadas todas as opções de tratamento (NICE, 2019). Idealmente o seu uso deverá ser descontinuado quando já não forem necessários, embora vários utentes refiram sentir-se mais confortáveis com os mesmos, por motivos psicológicos. Também nesta situação o EEER pode sugerir que numa fase inicial a pessoa deixe de usar o penso ou fralda durante o fim-de-semana, em casa ou num ambiente que o utente considere como estando sob o seu controlo.

1.2.2. Reeducação da Eliminação Intestinal

Previamente ao planeamento de intervenções na pessoa com alterações da eliminação intestinal, nomeadamente incontinência fecal ou obstipação, deve ser

realizada uma apreciação inicial completa em conjunto com o utente. Na pessoa com incontinência fecal deverá ser obtida informação acerca dos hábitos de eliminação intestinal (existindo um documento próprio para registo que pode ser entregue, à semelhança do diário miccional), padrão de incontinência fecal (através do índice Jorge-Wexner) e possíveis causas, hábitos alimentares, medicação, comorbilidades, história obstétrica, cirurgias prévias e impacto da incontinência fecal na qualidade de vida (RNAO, 2020). Na pessoa com obstipação deverá também ser obtido um registo do padrão de eliminação intestinal, bem como queixas associadas (como esforço para evacuar), consistência das fezes (podendo ser usada a escala de Bristol), hábitos alimentares e de ingestão hídrica, terapêutica habitual, comorbilidades, status cognitivo e poderá ser pertinente um exame rectal (RNAO, 2020).

O enfermeiro deverá estar alerta para sinais de alarme relacionados com a eliminação intestinal como dor ou hemorragia (RNAO, 2020). Caso a pessoa apresente incontinência fecal, existe um conjunto de condições que deverão ser identificadas e obtido tratamento dirigido, previamente à intervenção, sendo elas: causas tratáveis de diarreia, sinais de cancro gastrointestinal, prolapso retal, hemorroidas de terceiro grau, dano no esfíncter anal (obstétrico ou outro tipo de trauma) e síndrome da cauda equina (NICE, 2007).

A pessoa pode também apresentar queixas de urgência fecal, que devem ser cuidadosamente exploradas. Frequentemente a pessoa com urgência fecal que já experienciou um episódio de incontinência entra num círculo vicioso em que qualquer sensação intestinal é interpretada como urgente e potencialmente geradora de uma perda, o que causa maior ansiedade e exacerba ainda mais a sensação de urgência. É importante compreender qual a frequência dos episódios de urgência e qual o impacto na vida diária (Norton, 2008).

As intervenções para manutenção da função intestinal são diversas e o objetivo será, com base nos hábitos intestinais individuais, que a pessoa evacue fezes com a consistência ideal, num horário previsível, de forma satisfatória (NICE, 2007). Nestas incluem-se, por exemplo, aconselhamento quanto a um estilo de vida saudável, com foco na gestão do peso, cessação tabágica, ingestão de líquidos, dieta e exercício (Royal College of Nursing, 2019).

Está recomendada a ingestão hídrica de cerca de 1500 a 2000 ml por dia (RNAO, 2020). Neste documento não será explorado em detalhe o contributo da gestão da dieta na reeducação da eliminação intestinal uma vez que os utentes poderão ser referenciados para a Consulta de Nutrição e Dietética do hospital, se necessário. No entanto importa referir que a gestão da dieta é relevante uma vez as alterações do padrão de eliminação intestinal podem estar relacionadas com intolerâncias, ingestão inadequada de fibras e de outras substâncias. É também importante que pessoa conheça que alimentos específicos têm influência no seu padrão intestinal, ou seja, que alimentos podem conduzir a quadros de obstipação e quais os que promovem um trânsito intestinal mais rápido. A pessoa deverá ser instruída a modificar um alimento de cada vez com o objetivo de observar o impacto no seu padrão intestinal (NICE, 2007). De uma forma geral comidas picantes, derivados do leite, chocolate e adoçantes artificiais podem contribuir para a formação de fezes mais moles, já bananas maduras podem originar fezes mais firmes (Norton, 2008). A cafeína ou o álcool podem estar associados a maior motilidade e sensação de urgência (Norton, 2008).

Ainda no que respeita às modificações comportamentais, existe evidência de que a pessoa com obstipação deverá realizar atividade física de baixa intensidade durante cerca de 30 a 60 minutos pelo menos três vezes por semana, de acordo com a sua tolerância (RNAO, 2020).

A reeducação da eliminação intestinal é fundamental, quer a pessoa apresente um padrão de obstipação ou de incontinência fecal. À semelhança do que foi referido relativamente à eliminação urinária, também na eliminação intestinal pode ser instituído um treino de hábitos. Deverá ser criada uma rotina para evacuar, que deverá refletir as necessidades atuais, mas também o padrão prévio da pessoa, de acordo com um programa personalizado (Royal College of Nursing, 2019), após análise do instrumento de registo entregue na primeira consulta. A pessoa deverá tentar evacuar sempre no horário definido e, para a maioria das pessoas, o horário associado a maior motilidade intestinal ocorre após despertar (Norton, 2008). A escolha do momento para evacuar deverá também ter em consideração o reflexo gastrocólico, sendo sugerido que a eliminação intestinal deverá ocorrer cerca de 30 minutos após a refeição (NICE, 2007; Royal College

of Nursing, 2019). Idealmente a defecação deverá ocorrer quando estejam reunidas condições de privacidade, conforto e com tempo disponível suficiente (NICE, 2007).

A reeducação da postura correta para evacuar é de grande relevância. Pode ser sugerido à pessoa o uso de um banco para apoiar os pés quando está no sanitário, para que os joelhos fiquem acima da região da anca, permitindo a inclinação do tronco anteriormente entre os mesmos (Royal College of Nursing, 2019). Caso não disponha de um banco, a pessoa pode elevar os calcanhares, permitindo aumentar a flexão da anca sobre as coxas e colocar os antebraços em repouso nas mesmas, mantendo a inclinação do tronco e a normal curvatura da coluna (Chiarelli, 2008). O mesmo autor refere que, durante a defecação, a respiração deve ser profunda e diafragmática, evitando suster a mesma e realizar esforço excessivo.

Existem outras manobras que podem ser aplicadas para facilitar a defecação. A pessoa pode abraçar a região abdominal impedindo o movimento anterior, sendo instruída para usar o diafragma para aumentar a pressão intra-abdominal, relaxando o esfíncter anal e os músculos do pavimento pélvico. Se necessário, a mulher pode colocar dois dedos na região entre o ânus e a vagina, apoiando a região perineal (Royal College of Nursing, 2019). Em mulheres que apresentem retocelo, ou seja, prolapso vaginal da região posterior, pode ser sugerida a inserção de um dedo no canal vaginal, fazendo pressão no sentido posterior para facilitar a defecação (Royal College of Nursing, 2019). Em utentes com condições neurológicas que mantenham função reflexa pode ser sugerida a estimulação digital do reto e a massagem abdominal pode também ser considerada em diversos casos (Royal College of Nursing, 2019). A pessoa deverá mobilizar estas manobras, evitando esforço excessivo na defecação (NICE, 2007).

Paralelamente às intervenções implementadas para controlo da incontinência intestinal, o EEER deve estar ciente que existem produtos de apoio absorventes e de contenção que podem ser aconselhados à pessoa para gestão do quadro, como os tampões anais ou coletores fecais, além dos pensos ou fraldas (Royal College of Nursing, 2019). À semelhança do que foi descrito no relativamente à eliminação urinária, estes apenas devem ser usados enquanto forem necessários e se aguardem resultados das intervenções implementadas.

Perante quadros de incontinência intestinal e urinária é importante capacitar a pessoa para a higiene adequada da pele perianal, minimizando o risco de dermatite associada à incontinência. Para tal devem ser selecionados produtos que limpem, hidratem e protejam a pele após os episódios de perdas. Uma alternativa podem ser produtos em espuma e a pele deve ser seca com toques leves com papel higiénico ou uma toalha suave (Royal College of Nursing, 2019). Também os produtos barreira podem ser aconselhados, se necessário (NICE, 2007). A pessoa deve inspecionar a pele regularmente, despistando alterações. A pessoa com doenças neurológicas que condicionem alterações da sensibilidade pode também ter o risco de desenvolvimento de lesões por pressão no sanitário, podendo ser aconselhado o uso de assentos almofadados e os períodos prolongados nesta posição devem ser evitados (Royal College of Nursing, 2019).

Um outro motivo pelo qual os utentes podem ser referenciados para a CERP está relacionado com a cirurgia de reconstrução após colostomia. Para evitar quadros de incontinência fecal após a reconstrução é realizada a referenciação para consulta. As intervenções serão semelhantes às previamente discutidas neste documento, com foco nos exercícios de fortalecimento da musculatura pélvica, bem como o treino intestinal e comportamental.

1.2.3. Fortalecimento da Musculatura do Pavimento Pélvico

Perante a mulher com incontinência urinária de esforço ou mista, está recomendada a realização de um programa de fortalecimento da musculatura do pavimento pélvico supervisionado, com a duração de pelo menos três meses (RNAO, 2020; Royal College of Nursing, 2019; NICE, 2019) e de pelo menos quatro meses para a mulher com prolapso dos órgãos pélvicos ou incontinência fecal (NICE, 2021). O sucesso deste programa depende em grande parte da motivação e adesão da pessoa (Royal College of Nursing, 2019).

A reeducação dos músculos do pavimento pélvico é um programa progressivo e intensivo de contrações musculares voluntárias com o objetivo de fortalecer, aumentar a coordenação, resistência e velocidade da resposta desta musculatura (Royal College of Nursing, 2019). A supervisão de um programa de exercícios de fortalecimento do pavimento pélvico implica que seja avaliada a capacidade de realização de uma contração e do relaxamento desta musculatura (pela avaliação digital), que o programa seja individualizado à capacidade de realização dos exercícios, desconforto, necessidades individuais, objetivos e encorajamento (NICE, 2021).

De acordo com recomendações da NICE (2019), os programas de treino da musculatura pélvica devem incluir pelo menos 8 contrações realizadas 3 vezes por dia. No entanto, é sobretudo importante que o programa de treino seja personalizado e adaptado a cada pessoa (NICE, 2021). O programa será mais bem-sucedido se forem realizadas várias sessões de educação e o número e/ou duração das contrações for aumentando progressivamente à medida que o utente é mais proficiente na sua realização (Marcell et al., 2003).

Existem diversas formas de promover o treino da musculatura do pavimento pélvico, mas em primeiro lugar o ensino da respiração adequada é fundamental. Os exercícios respiratórios, nomeadamente a respiração diafragmática, são essenciais para numa fase posterior serem coordenados com os exercícios de fortalecimento da musculatura pélvica. A pessoa deverá ser instruída a inspirar pelo nariz e fazer apenas a distensão abdominal inferior simultânea. Poderá colocar uma mão acima do osso púbico para facilitar o reconhecimento da zona que se deverá elevar. Este exercício deverá ser primeiro dominado antes de ser coordenado com a contração da musculatura pélvica e do transverso abdominal (Whelan, 2008).

Para promover a consciencialização da contração do pavimento pélvico, a mulher deve ser instruída a realizar o movimento de contração muscular como se quisesse parar a passagem de fezes ou flatos, contraindo o esfíncter anal, num movimento no sentido anterior e superior, em direção à bexiga (Pelvic Obstetric & Gynaecological Physiotherapy, 2018). As contrações podem ser mantidas durante alguns segundos ou podem ser realizadas contrações rápidas, sobretudo numa fase posterior ou associado a um esforço, prevenindo perdas urinárias. Inicialmente os exercícios deverão ser ensinados numa

posição de repouso, mas progressivamente a pessoa pode ser incentivada a realizar os mesmos em períodos de atividade, como a caminhada ou levantamento de pesos (Marcell et al., 2003). Na mulher com prolapso dos órgãos pélvicos é habitualmente sugerido que previamente à realização dos exercícios permaneça em repouso em decúbito dorsal com uma almofada na região lombo-sagrada durante cerca de 20 a 30 minutos.

Para mulheres que não são capazes de realizar uma contração eficaz da musculatura pélvica podem ser consideradas alternativas como técnicas de *biofeedback* e electroestimulação (NICE, 2021). O *biofeedback* pode aumentar não só a consciencialização da contração muscular como aumentar o interesse numa atividade que pode tornar-se tediosa e repetitiva. Ferramentas de *biofeedback* podem ser a palpação digital pelo enfermeiro ou pelo próprio utente, uso de um espelho, cones vaginais, entre outros (Haslam, 2008). Embora a tecnologia esteja de momento indisponível, a CERP dispõe também de equipamento para realização de electroestimulação, sendo realizada pelo EEER. A electroestimulação consiste na aplicação de um estímulo elétrico via eléctrodos intravaginais, intraretais ou externos (Royal College of Nursing, 2019).

Caso o programa de fortalecimento da musculatura pélvica tenha sido benéfico, a mulher deverá ser aconselhada a continuar os exercícios mesmo após o fim do mesmo (NICE, 2021).

2. A EXPERIÊNCIA NA CONSULTA

A consulta de enfermagem, seja de que natureza for, proporciona uma oportunidade de intervenção individual e personalizada, mas também muitos desafios. Cada pessoa apresenta diferentes experiências de vida, problemas, circunstâncias pessoais e profissionais, formas de aprendizagem, objetivos e motivações únicas. Assim sendo, considero pertinente realizar uma reflexão acerca da minha intervenção neste contexto. Ao invés de descrever uma consulta ou interação específicas, procurarei fazer um balanço de diversos momentos como um todo.

Considero que os maiores desafios na minha permanência na CERP dizem respeito à dimensão relacional da interação, na medida em que foi necessário empregar uma variedade de estratégias de comunicação que no meu dia-a-dia como profissional em internamento não adquirem uma dimensão tão preponderante. O tempo na consulta com cada utente é limitado. Naquele intervalo é necessário realizar uma apreciação o mais completa possível, providenciar informação, elaborar linhas de intervenção, adequá-las às necessidades específicas da pessoa, responder a dúvidas, simultaneamente motivando a pessoa para se envolver no plano traçado.

A intervenção neste contexto requer um comprometimento significativo da pessoa durante um longo período de tempo, pelo que esta dimensão adquire uma maior importância. Frequentemente senti algumas inseguranças acerca de como proceder, sobretudo em como suscitar esse envolvimento da pessoa, observando as estratégias empregues pela enfermeira orientadora. Posteriormente tive necessidade de explorar teoricamente este tema, verificando que a literatura consultada para a identificação de intervenções também oferece diretrizes relativamente a esta temática.

A pessoa que recorre à CERP, pela natureza dos problemas que apresenta, como por exemplo incontinência, pode frequentemente sentir vergonha e estigma, tendo dificuldade em discutir o problema. A comunicação deverá ser empática e sensível aos sentimentos da pessoa, para que a mesma possa discutir os seus sintomas livremente sem receio de ser julgada (Royal College of Nursing, 2019).

Ao discutir questões relacionadas com a disfunção do pavimento pélvico é importante estar ciente de questões culturais, bem como desconhecimento da terminologia e da anatomia (NICE, 2021). A comunicação eficaz deverá ser clara e coerente, evitando jargão, tendo em conta as necessidades do indivíduo e selecionando o melhor método de comunicação com ele (Royal College of Nursing, 2019). A comunicação pode adotar diversos formatos: escrita (como os folhetos), visual, demonstração prática, imagens, modelos, entre outras.

Na CERP existem já alguns recursos que podem ser facilitadores da comunicação e que fui progressivamente integrando na interação com os utentes ao longo do meu estágio. Nas primeiras consultas é frequente recorrer às imagens anatómicas disponíveis para explicar o que é o pavimento pélvico ou situações patológicas como os tipos de prolapso e a sua localização. Também os folhetos são amplamente utilizados neste contexto, existindo vários disponíveis relacionados com diferentes temáticas. Numa reunião inicial com a enfermeira orientadora identificou-se que poderia ser útil a criação de um folheto que abordasse especificamente a reeducação da eliminação vesical, nomeadamente o treino vesical. Foi neste contexto que desenvolvi o folheto com o tema “Reeducação da Eliminação Urinária: Treino Vesical” (Apêndice 1). Foi também adaptado e revisto um folheto com o tema “Exercícios de Fortalecimento do Pavimento Pélvico”, que se prevê ser aprovado e integrado na CERP.

A CERP é um momento na qual são transmitidos grandes volumes de informação. À semelhança do que observei da parte da enfermeira orientadora, procurei usar técnicas como a sumarização da informação transmitida em momentos-chave ao longo da consulta, como por exemplo antes de se abordar um novo tema, e no final da mesma. Também observei com frequência a enfermeira orientadora pedir a um utente que repita a informação que lhe foi transmitida ou que demonstre a realização de um exercício previamente ensinado, permitindo despistar dúvidas ou mensagens que não tenham sido bem entendidas.

Grande parte das intervenções descritas que são implementadas na CERP são intervenções comportamentais, que se considera serem empoderadoras para os utentes, permitindo-lhes criar a própria mudança positiva. Permite-lhes que não se vejam como “doentes”, como acontece perante intervenções farmacológicas ou cirúrgicas (Marcell et

al., 2003). No entanto é necessário envolver o utente neste processo, uma vez que o sucesso das intervenções depende sobretudo da pessoa. Ao longo das consultas é importante dar encorajamento regular para manutenção da realização dos exercícios e das mudanças no estilo de vida, lembrando que se podem passar semanas ou meses antes que seja notado um benefício das intervenções (NICE, 2021). Uma vez que este é um processo muito demorado, facilmente os utentes perdem a motivação, cabendo ao EEER encontrar estratégias facilitadoras de uma implementação duradoura no seu estilo de vida. Para um utente da CERP, por exemplo, foi importante envolver a mulher na realização dos exercícios de fortalecimento da musculatura pélvica, funcionando como uma estratégia de motivação mútua.

Analisados os desafios da relação e comunicação com os utentes da CERP, considero também relevante referir que, apesar de aquando da elaboração do Projeto de Estágio ter adquirido muitos conhecimentos teóricos que sustentam a intervenção neste contexto, fui também confrontada com intervenções que me eram desconhecidas. No âmbito da apreciação, tomei conhecimento de dois instrumentos que me eram desconhecidos, o índice Jorge-Wexner e a Escala de Ditrovie-10. Foi necessário explorar conhecimentos acerca destes instrumentos, para posterior utilização. Mobilizei por diversas vezes a Escala de Ditrovie-10, tendo necessidade de compreender o seu preenchimento, explicar o mesmo aos utentes e analisar o resultado obtido com vista a um conhecimento mais aprofundado acerca do impacto da incontinência urinária na qualidade de vida da pessoa.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A construção do presente documento desenvolveu-se ao longo das oito semanas nas quais desenvolvi EC na CERP. A cada dia de estágio deparei-me com sugestões de intervenções pela enfermeira orientadora que posteriormente senti necessidade de aprofundar e explorar, resultando no enquadramento teórico exposto na primeira secção deste documento.

Da mesma forma, também cada consulta oferecia uma oportunidade de interação com os utentes única, com desafios associados. Para a aquisição bem-sucedida de competências nesta área foi necessário interligar os conhecimentos teóricos que tinha adquirido previamente com as necessidades que cada consulta apresentava. Como motivar este utente a aderir ao plano proposto? Como adaptar o treino vesical que requer tempo e disponibilidade à vida ocupada deste utente? Que soluções existem para esta senhora que trabalha durante várias horas seguidas ou que bebe demasiados líquidos ao deitar? Estes eram os desafios diários da consulta, que, em conjunto com a enfermeira orientadora, foram progressivamente ultrapassados.

Considero que o EC na CERP ofereceu uma oportunidade única de aprendizagem, num contexto muito específico que, infelizmente, ainda é pouco divulgado e não está acessível a grande parte da população. Apesar das dificuldades inicialmente sentidas, com as sugestões da enfermeira orientadora, a pesquisa bibliográfica acerca deste tema, a reflexão e a experiência, considero que progressivamente fui capaz de dar resposta a diversos desafios encontrados na prática. Considero que não findou o desenvolvimento destas competências uma vez que poderão sempre surgir novos desafios, derivados da natureza única de cada cliente. Contudo, esta reflexão prova ser relevante na medida em que fornece uma base estruturada de conhecimentos acerca da temática.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Burgio, K. L. & Goode, P. S. (2008). Bladder Training and Behavioural Training. In Haslam, J. & Laycock, J. (E.) *Therapeutic Management of Incontinence and Pelvic Pain: Pelvic Organ Disorders* (2nd ed.) (pp. 127-131). London: Springer.
- Chiarelli, P. E. (2008). Constipation. In Haslam, J. & Laycock, J. (E.) *Therapeutic Management of Incontinence and Pelvic Pain: Pelvic Organ Disorders* (2nd ed.) (pp. 213-222). London: Springer.
- Dumoulin, C., Adewuyi, T., Booth, J., Bradley, C., Burgio, K., Hagen, S., ... & Williams, K. (2017). Adult Conservative Management. In Abrams, P., Cardozo, L., Wagg, A. & Wein, A. (Ed.) *Incontinence*. (pp.1443-1628) Tokyo: ICUD
- Haslam, J. (2008). Biofeedback. In Haslam, J. & Laycock, J. (E.) *Therapeutic Management of Incontinence and Pelvic Pain: Pelvic Organ Disorders* (2nd ed.) (pp. 105-110). London: Springer.
- Marcell, D., Ransel, S., Schiau, M. & Duffy, E. (2003) Treatment Options Alleviate Female Urge Incontinence. *The Nurse Practitioner*, 28 (2), 48-54.
- National Institute for Health and Care Excellence. (2007). *Faecal incontinence in adults: management*. Disponível em: <https://www.nice.org.uk/guidance/cg49/resources/faecal-incontinence-in-adults-management-pdf-975455422405>
- National Institute for Health and Care Excellence. (2019). *Urinary incontinence and pelvic organ prolapse in women: management*. Disponível em: <https://www.nice.org.uk/guidance/ng123/resources/urinary-incontinence-and-pelvic-organ-prolapse-in-women-management-pdf-66141657205189>
- National Institute for Health and Care Excellence (2021). *Pelvic floor dysfunction: prevention and non-surgical management*. Disponível em: <https://www.nice.org.uk/guidance/ng210/resources/pelvic-floor-dysfunction-prevention-and-nonsurgical-management-pdf-66143768482501>

Norton, C. (2008). Faecal Incontinence. In Haslam, J. & Laycock, J. (E.) *Therapeutic Management of Incontinence and Pelvic Pain: Pelvic Organ Disorders* (2nd ed.) (pp. 199-211). London: Springer.

Pelvic Obstetric & Gynaecological Physiotherapy (2018). *The Pelvic Floor Muscles – a Guide for Women*. Disponível em: https://pogp.csp.org.uk/system/files/publication_files/POGP-PelvicFloor%20%28UL%29.pdf

Portaria 306-A/2011 (2011). Aprova os valores das taxas moderadoras do Serviço Nacional de Saúde, bem como as respetivas regras de apuramento e cobrança. Ministérios das Finanças e da Saúde. *Diário da República*, I Série, 1º Suplemento (Nº 242 de 2011-02-20), 5348-(2-4).

Registered Nurses' Association of Ontario. (2020). *A Proactive Approach to Bladder and Bowel Management in Adults* (4th ed.). Disponível em: https://rnao.ca/sites/rnao-ca/files/bpg/Bladder_and_Bowel_Management_FINAL_WEB.pdf

Rigby, D. (2005) Urinary urge incontinence: causes and management strategies. *British Journal of Community Nursing*, 10 (4), 172-178.

Royal College of Nursing. (2019). *Bowel Care: Management of Lower Bowel Dysfunction, including Digital Rectal Examination and Digital Removal of Faeces*. Disponível em: <https://www.rcn.org.uk/professional-development/publications/pub-007522>

Sandwell and West Birmingham Hospitals - NHS (2014). *Bladder Retraining – Information and advice for patients*. Disponível em: <https://www.swbh.nhs.uk/wp-content/uploads/2012/06/Bladder-retraining-ML3615.pdf>

Wain, A. (2017). Learning through reflection. *British Journal of Midwifery*, 25 (10), 662-666.

Whelan, M. M. (2008). Advanced Manual Therapy for the Pelvic Floor. In Haslam, J. & Laycock, J. (E.) *Therapeutic Management of Incontinence and Pelvic Pain: Pelvic Organ Disorders* (2nd ed.) (pp. 95-98). London: Springer.

APÊNDICES

Apêndice I: Folheto “Reeducação da Eliminação Urinária: Treino Vesical”

Outras indicações que deve ter em conta:

- 🔔 Use **alarmes** do telemóvel ou outros para o/a lembrar da hora a que deve urinar ou quando deve beber água;
- 🚽 Sempre que urinar sente-se confortavelmente no sanitário; caso esteja numa casa de banho pública desinfete o assento ou use protetores próprios;
- 🚶 Faça **exercício físico** regular, como por exemplo caminhadas;
- 🚭 Procure reduzir ou parar de **fumar**;
- ☕ Reduza a ingestão de **cafeína**;
- 🏃 Faça diariamente os **exercícios de fortalecimento do pavimento pélvico** que aprendeu na consulta;
- 🛏 Utilize pensos ou fraldas apenas enquanto necessitar. Caso note melhoria dos seus sintomas, experimente deixar de usar estes produtos em casa durante alguns períodos de tempo, até se sentir confortável em deixar de usar os mesmos.

Observações:

Contactos:

REEDUCAÇÃO DA ELIMINAÇÃO URINÁRIA: TREINO VESICAL



<https://www.google.com/imgres?imgurl=https%3A%2F%2Fimage.s>



Área Músculo-Esquelética/ MFR/ Consulta de Enfermagem de
Reabilitação Pelviperineal

Fevereiro 2022

A **incontinência urinária** é um sintoma que afeta pessoas de todas as idades ,com impacto a nível físico, social e psicológico.

O **treino vesical** é uma intervenção com o objetivo de recuperar o controlo da eliminação urinária.

Estabelecimento de horários para urinar

Estratégias de distração na urgência urinária

Modificações no estilo de vida

Estabelecimento de horários para urinar:

- Urinar imediatamente após acordar;
- No início do treino vesical tente urinar a cada ___ horas;
- Se já sentir confortável com o intervalo entre cada ida à casa de banho, aumente progressivamente o tempo entre cada micção até atingir 3 horas de intervalo (15 a 30 minutos por semana);
- Deve urinar sempre antes de se deitar, no final do dia.

Na próxima consulta informe a enfermeira que atualmente urina a cada _____ horas.

Caso sinta **urgência urinária** use algumas estratégias para cumprir o intervalo desejado:

- Sentar-se;
- Contrair os músculos do pavimento pélvico;
- Distrair-se, fazer um telefonema, ler, fazer uma lista de tarefas;
- Respirar profundamente e relaxar;
- Evocar pensamentos de afirmação como "eu controlo a minha bexiga" e "eu sou capaz de aguentar".

Na hora programada caminhe **calmamente** até à casa de banho.

Também pode usar estas estratégias durante a noite se sentir urgência urinária, desde que não prejudiquem o seu sono.

Deverá seguir algumas indicações sobre os líquidos que ingere:

- Beba cerca de _____ litros de água por dia;
- Beba os líquidos em quantidades de cerca de 100 a 200 ml ao longo do dia, a cada hora ou a cada duas horas;
- Cerca de 3 a 4 horas antes de se deitar deve parar ou reduzir ao máximo a ingestão de líquidos (incluindo sopa, sumos, chá e outros).



**APÊNDICE IV: RELATÓRIO DE ESTÁGIO DE OBSERVAÇÃO: A INTERVENÇÃO
DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA EM ENFERMAGEM DE REABILITAÇÃO EM
OBSTETRÍCIA E GINECOLOGIA**

**12º Curso de Mestrado em Enfermagem
Área de Especialização em Enfermagem de
Reabilitação**

Estágio com Relatório

**Relatório de Estágio de Observação: A Intervenção do
Enfermeiro Especialista em Enfermagem de
Reabilitação em Obstetrícia e Ginecologia**

Discente:

Vitória Maria Cabral Inglês Esquível nº 5077

Lisboa

2022

**12º Curso de Mestrado em Enfermagem
Área de Especialização em Enfermagem de
Reabilitação**

Estágio com Relatório

**Relatório de Estágio de Observação: A Intervenção do
Enfermeiro Especialista em Enfermagem de
Reabilitação em Obstetrícia e Ginecologia**

Discente:

Vitória Maria Cabral Inglês Esquível nº 5077



Prof. Vanda Lopes da Costa

**Lisboa
2022**

RELATÓRIO DE ESTÁGIO DE OBSERVAÇÃO

No âmbito do Curso de Mestrado em Enfermagem na Área de Especialização em Enfermagem de Reabilitação, encontra-se integrado o ensino clínico (EC) a realizar em contextos hospitalar e comunitário. Inicialmente estavam previstos estágios em dois contextos, no entanto, já no terceiro semestre do curso, através da frequência de uma formação *online*, deparei-me com um projeto desenvolvido por uma enfermeira especialista em enfermagem de reabilitação (EEER) num serviço de ginecologia e obstetrícia.

Conforme referi no meu projeto de desenvolvimento de competências, inicialmente o meu interesse recaía em compreender a intervenção do EEER na grávida e na puérpera, tendo posteriormente explorado o tema da mulher com disfunção do pavimento pélvico. No entanto, este interesse não esmoreceu. Quando encontrei o projeto da referida enfermeira entrei em contacto com a mesma e propus a realização de um breve estágio de observação. Realizei cinco turnos num serviço de obstetrícia com capacidade para 21 camas (e 21 berços, uma vez que se pratica o alojamento conjunto). Originalmente este era um serviço que apenas recebia grávidas e puérperas, mas fruto do ajuste nos serviços hospitalares no contexto pandémico, atualmente recebe também utentes do serviço de ginecologia. Os principais motivos de internamento no contexto ginecológico são de natureza cirúrgica, nomeadamente a realização de histerectomias, anexectomias, salpingectomias, com diagnóstico de aborto retido e para reparação de prolapso dos órgãos pélvicos.

A presença de um EEER num contexto de obstetrícia não é habitual. A enfermeira orientadora foi convidada a juntar-se ao serviço e a desenvolver um projeto inovador de intervenção, que tive oportunidade de consultar. Neste foram explanadas as alterações fisiológicas que ocorrem na gravidez e no pós-parto, bem como na mulher submetida a cirurgia ginecológica, e quais as intervenções de enfermagem de reabilitação que podem ser implementadas.

Conforme referi, existe apenas um EEER no serviço, que realiza turnos da manhã durante os dias úteis, prestando exclusivamente cuidados especializados. Diariamente

é recebido o turno e consultada informação relativa às utentes internadas no serviço, para identificar quem será alvo de intervenção pelo EEER e quais as suas necessidades de cuidados. Habitualmente a intervenção do especialista em reabilitação no âmbito deste projeto ocorre no final do internamento, uma vez que existem outros cuidados prioritários a prestar nas primeiras horas ou dias após o parto. O EEER trabalha em colaboração com os enfermeiros generalistas, enfermeiros especialistas em saúde materna e obstétrica, assistentes operacionais e outros elementos da equipa multidisciplinar, sempre que necessário.

Durante a gravidez ocorrem variadas alterações fisiológicas na mulher que têm influência a nível dos diversos sistemas corporais, nomeadamente cardiovascular, respiratório, urinário, gastrointestinal e musculoesquelético. As intervenções do EEER no serviço de obstetrícia visam minimizar o desconforto na gravidez, bem como evitar a instalação de complicações e promover uma melhor recuperação no pós-parto (Carteiro, Godinho & Rodrigues, 2017). O projeto da enfermeira orientadora foi desenvolvido com vista a estes objetivos, prevendo sessões individualizadas de educação para a saúde. A intervenção do EEER na utente com patologia ginecológica é maioritariamente do foro cirúrgico, onde já são bem conhecidas as intervenções que o EEER pode implementar.

Este estágio teve um carácter predominantemente de observação. Diariamente acompanhei a enfermeira orientadora em sessões de educação para a saúde à puérpera, tendo também oportunidade de observar a sua intervenção junto de uma utente submetida a histerectomia por via abdominal. No final do estágio tive oportunidade de intervir, tendo também realizado educação para a saúde às utentes sob supervisão da enfermeira especialista. Procurei preparar-me do ponto de vista teórico para estas intervenções, lendo atentamente o projeto da enfermeira orientadora e realizando pesquisa em trabalho autónomo para aprofundar os meus conhecimentos. Uma vez que apenas intervimos nos últimos dois dias de estágio sinto que haveria espaço para melhoria na minha transmissão de informação, que sei também ser fruto da minha inexperiência neste contexto de estágio tão específico.

Apesar de estas sessões seguirem um plano estruturado, é expectável e desejável que as utentes façam questões e partilhem as suas experiências prévias ou atuais. Estas sessões são habitualmente bastante longas, dado o grande volume de conteúdos que é

necessário discutir, mas também porque oferecem uma oportunidade à mulher de conversar, verbalizar dúvidas, medos e inseguranças. Torna-se uma experiência de grande proximidade com as utentes, sobretudo se se tratar de uma puérpera, uma vez que este é um dos momentos mais importantes e desafiantes da sua vida. Cabe ao EEER encontrar o momento adequado para a sua intervenção junto da mulher, priorizando outros cuidados essenciais no pós-cirúrgico ou no puerpério, mas também reconhecendo se o momento é oportuno do ponto de vista emocional para intervir.

No que respeita ao meu projeto de desenvolvimento de competências pude aprofundar conhecimentos relacionados com a disfunção do pavimento pélvico nesta população específica, quer do ponto de vista do risco de desenvolvimento da mesma (relacionado com a gravidez e parto), quer em quadros de sintomatologia já instalada (como a incontinência urinária).

Infelizmente este ensino clínico teve uma duração bastante curta, fruto do seu planeamento já numa fase avançada do curso, mas também pela distância do meu local de residência, tornando-se incompatível com a manutenção do exercício de funções simultâneo no meu local de trabalho. As expectativas para este estágio eram, da minha parte, muito elevadas, tendo sido largamente superadas. Considero ter sido um privilégio poder aprender num contexto tão único e tão raro em Portugal, numa área que o EEER ainda está a começar a conhecer.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Carteiro, D.; Godinho, F. & Rodrigues, M. L. (2017). Os Contributos do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação no Cuidado Durante a Gravidez e Após o Parto. In Marques-Vieira, C. & Sousa, L. (Coord.), *Cuidados de Enfermagem de Reabilitação à Pessoa ao Longo da Vida* (pp. 289-296) Loures: Lusodidacta.

**APÊNDICE V: JORNAL DE APRENDIZAGEM: A UTILIZAÇÃO DE INSULFADOR-
EXSUFLADOR MECÂNICO NO DOMICÍLIO**

**12º Curso de Mestrado em Enfermagem
Área de Especialização em Enfermagem de
Reabilitação**

Estágio com Relatório

**Jornal de Aprendizagem: A Utilização de Insuflador-
Exsuflador Mecânico no Domicílio**

Discente:

Vitória Maria Cabral Inglês Esquível nº 5077

Lisboa

2021

**12º Curso de Mestrado em Enfermagem
Área de Especialização em Enfermagem de
Reabilitação**

Estágio com Relatório

**Jornal de Aprendizagem: A Utilização de Insuflador-
Exsuflador Mecânico no Domicílio**

Discente:

Vitória Maria Cabral Inglês Esquível nº 5077



Prof. Vanda Lopes da Costa

**Lisboa
2021**

LISTA DE SIGLAS

CE – Conselho de Enfermagem

EC – Ensino Clínico

ECCI – Equipa de Cuidados Continuados Integrados

EEER – Enfermeiro/a Especialista em Enfermagem de Reabilitação

I-EM – Insuflador-Exsuflador Mecânico

MCEER - Mesa do Colégio da Especialidade de Enfermagem de Reabilitação

OE – Ordem dos Enfermeiros

PFE – Pico de Fluxo Expiratório

ÍNDICE

INTRODUÇÃO.....	209
1. ENQUADRAMENTO TEÓRICO	210
1.1. O Insuflador-Exsuflador Mecânico	210
1.1.1. Programação da Utilização do Insuflador-Exsuflador Mecânico	
212	
1.2. A Utilização do Insuflador-Exsuflador Mecânico no Domicílio	215
2. FORMAÇÃO À EQUIPA DE CUIDADOS CONTINUADOS INTEGRADOS.....	218
CONSIDERAÇÕES FINAIS	220
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	221
Apêndice I: Plano de Sessão	
Apêndice II: Diapositivos da Apresentação	

ÍNDICE DE TABELAS

Tabela 1: Programação do I-EM.....	10
------------------------------------	----

INTRODUÇÃO

No âmbito do Curso de Mestrado em Enfermagem na Área de Especialização em Enfermagem de Reabilitação, encontra-se integrado o ensino clínico (EC) a desenvolver em contextos comunitário e hospitalar. O primeiro momento de estágio tem lugar numa Equipa de Cuidados Continuados Integrados (ECCI) na região de Lisboa, no qual foi realizada uma entrevista com a enfermeira orientadora para identificação de necessidades de formação em serviço. Apurou-se que, ocasionalmente, são integrados utentes em ECCI que têm necessidade de utilização de insuflador-exsuflador mecânico (I-EM), sendo necessário atualizar conhecimentos nesta área.

Este dispositivo, vulgarmente conhecido como *CoughAssist*® (nome comercial), é um método instrumental de estimulação da tosse muito útil e eficaz, aplicando ciclos alternados de pressão positiva e negativa, facilitando o desencadear da tosse e a eliminação de secreções (Branco et al., 2012). A reflexão acerca da utilização deste dispositivo torna-se relevante neste percurso uma vez que a Mesa do Colégio da Especialidade de Enfermagem de Reabilitação (MCEER) (2016) observa que o enfermeiro especialista em enfermagem de reabilitação (EEER) deverá adquirir conhecimentos que lhe permitam executar com qualidade e segurança os cuidados que requeiram a utilização deste dispositivo, sendo o profissional mais e melhor habilitado.

Numa primeira parte será apresentada a revisão narrativa da literatura realizada com o objetivo de compreender a temática. Foram consultados manuais de referência para obter uma visão abrangente da mesma, realizando depois uma pesquisa na base de dados CINAHL (via plataforma EBSCO). A revisão foi complementada por outros documentos que se considerem relevantes, sendo devidamente identificados ao longo do trabalho.

Numa segunda parte será realizada uma reflexão acerca da apresentação da temática realizada à equipa da ECCI. Recorrer-se-á ao Modelo de Gibbs (Wain, 2017) enquanto instrumento estruturante deste jornal de aprendizagem, potenciando a prática reflexiva.

1. ENQUADRAMENTO TEÓRICO

Face à complexidade da temática considera-se relevante dividir a mesma em dois subtemas. Em primeiro lugar será feita uma exploração teórica acerca do I-EM, contemplando as suas vantagens, objetivos, aplicações, contraindicações e possíveis complicações e indicações práticas de utilização deste dispositivo. O segundo subcapítulo será dedicado à utilização deste equipamento no domicílio.

1.1. O Insuflador-Exsuflador Mecânico

O sistema muco-ciliar e o reflexo de tosse têm como função defender o sistema respiratório, facilitando a eliminação de secreções e prevenindo a obstrução da via aérea. No entanto, perante situações patológicas, estes mecanismos podem ficar comprometidos. Nas doenças neuromusculares, por exemplo, a fraqueza dos músculos inspiratórios determina a incapacidade de inspirar profundamente e a fraqueza dos músculos expiratórios diminui a capacidade de gerar pressão intratorácica suficiente durante a exalação para gerar uma tosse eficaz (Strickland et al., 2013). Neste contexto podem ser aplicadas terapias específicas com o objetivo de mobilizar as secreções, expetorar e minimizar as complicações associadas à retenção de secreções. Perante a miríade de terapias de limpeza das vias aéreas disponíveis, a técnica a aplicar deve ser escolhida tendo em conta o processo de doença do utente, capacidades cognitivas, preferências, características e limitações dos dispositivos e custos (Strickland et al., 2013). Nestas incluem-se os dispositivos mecânicos para limpeza das vias aéreas.

O I-EM, vulgarmente conhecido por *CoughAssist*®, é um dispositivo mecânico não invasivo de insuflação-exsuflação que permite simular a tosse natural, garantindo um débito aéreo eficaz. O dispositivo aplica uma insuflação máxima seguida de uma pressão negativa (Cordeiro & Menoita, 2012), provocando fluxos que auxiliam no transporte das secreções das regiões distais para regiões proximais (Chiner et al. 2014).

Habitualmente é um método bem tolerado e eficaz que conduz ao aumento do pico de fluxo expiratório (PFE), melhoria da *clearance* muco-ciliar, aumento dos volumes pulmonares e da saturação periférica de oxigénio, podendo em doentes traqueostomizados reduzir ou eliminar a necessidade de aspiração de secreções traqueobrônquicas (Branco et al., 2012). É expectável que a utilização desta técnica promova a reexpansão pulmonar, aumento da *compliance* pulmonar, aumente a eficácia da tosse, minimize a retenção de secreções, promova o recrutamento alveolar, normalize o gradiente ventilação-perfusão, evite a formação de aderências alveolares e consequente colapso alveolar, bem como envolva um esforço do diafragma inferior ao de uma tosse normal (Ordem dos Enfermeiros (OE) – CE e MCEER, 2018). O uso do I-EM tem o potencial de reduzir a taxa de infeções respiratórias, visitas ao serviço de urgência, admissões hospitalares e complicações em pessoas com insuficiência respiratória de origem neuromuscular (Dale et al., 2020).

A avaliação quantitativa da eficácia da tosse habitualmente é realizada através da avaliação do PFE, recorrendo por exemplo a um fluxómetro (comummente designado por *peak flow meter*), devendo ser avaliado em cada revisão clínica (Chatwin et al., 2018). A utilização do I-EM está indicada em pessoas com doenças neuromusculares, particularmente se apresentarem um PFE inferior a 270 L/min ou em pessoas com outras doenças que impliquem fraqueza muscular e tosse ineficaz (Chiner et al., 2014). A função bulbar deve estar pelo menos parcialmente preservada para a utilização do I-EM uma vez que se os músculos bulbares estiverem severamente comprometidos, pode ocorrer colapso das vias aéreas superiores e fecho da glote, com retenção das secreções abaixo do nível do colapso (Chiner et al., 2014). A presença de uma via aérea artificial permite manter a musculatura glótica permeável durante o ciclo de insuflação-exsuflação (OE – CE e MCEER, 2018). Destaca-se também que o I-EM é uma terapia promissora no contexto de cuidados paliativos, face a outras modalidades como a aspiração de secreções (Arcuri et al., 2016).

O uso deste dispositivo está contra-indicado em situações de hemoptise, pneumotórax, pneumomediastino, hemotórax, cirurgia torácica/trauma torácico recente, doença pulmonar obstrutiva crónica grave, asma grave, enfisema bolhoso, hipertensão intracraniana, instabilidade hemodinâmica, lesão vertebral cervical/dorsal não

estabilizada, alterações do estado de consciência ou impossibilidade em colaborar, exceto se existir uma via aérea artificial (Branco et al., 2012; OE – CE e MCEER, 2018).

As principais complicações desta técnica são o risco de barotrauma, efeitos deletérios no parênquima pulmonar (hemorragias, lesões alveolares, bolhas enfisematosas), risco de aspiração de conteúdo gástrico (OE – CE e MCEER, 2018) bradicardia ou taquicardia, distensão abdominal e, em crianças, desconforto torácico, choro e agitação (Chatwin et al., 2018).

Os efeitos da introdução da técnica experienciados pelos utentes num estudo de Siewers, Holmøy & Frich (2013) incluem a eliminação de secreções, o conforto de saber que têm disponível um dispositivo para este efeito, minimizando a ansiedade relacionada com o risco de engasgamento e a capacidade de respirar com mais profundidade. Também um estudo de Dale et al. (2020) refere que os utilizadores experienciaram uma perceção de manutenção ou melhoria da função pulmonar, recuperação mais rápida de episódios de infeção e redução na utilização de serviços de saúde e antibióticos em situações de infeção.

1.1.1. Programação da Utilização do Insuflador-Exsuflador Mecânico

A aplicação do I-EM deve ser baseada na tolerância que o utente apresenta à técnica, bem como a efetividade da mesma (Strickland et al., 2013). O procedimento deverá ser explicado à pessoa, solicitando a sua participação sempre que possível e posicionando-a de forma adequada e confortável, por exemplo, na posição de sentado (Cordeiro & Menoita, 2012). Salvo em situações de urgência o I-EM não deve ser utilizado após a alimentação por risco de aspiração de conteúdo gástrico (Sancho & Severa, 2009).

Os componentes do sistema incluem um filtro, tubo de conexão e interface, podendo esta ser a máscara oronasal, adaptador para traqueostomia ou peça bucal. Caso seja utilizada máscara deve verificar-se que esta é do tamanho adequado e permite um selo adequado (Koninklijke Philips N. V., 2017b).

O dispositivo pode ser utilizado em modo manual ou automático e a utilização do mesmo implica a programação dos valores de pressão de insuflação e exsuflação, ajuste do tempo de insuflação, exsuflação e pausa e o fluxo de inspiração (baixo, médio ou alto) (OE – CE e MCEER, 2018). Estes devem ser individualizados e de acordo com um aumento progressivo até que se atinja a eficácia (Chatwin et al., 2018). A pessoa deve manter-se relaxada durante o procedimento para permitir a insuflação da caixa torácica e exalar completamente na fase de exsuflação (Koninklijke Philips N. V., 2017b).

O ciclo inicia-se aplicando uma pressão positiva durante a inspiração, seguido de um tempo de pausa (para simular uma inspiração profunda), seguindo-se uma pressão negativa na expiração para fazer subir as secreções (Cordeiro & Menoita, 2012). Deve ser realizado um primeiro ciclo de baixo fluxo a baixas pressões, em modo manual. Sempre que possível deve solicitar-se *feedback* ao utente, por exemplo combinando um sinal gestual permitindo não interromper a terapia, mas fazer ajustes. As sessões subsequentes devem ser iniciadas com a programação previamente estabelecida (Koninklijke Philips N. V., 2017b).

Os valores de pressões e tempos programáveis apresentam-se na tabela seguinte, proposta pela OE:

Tabela 1. Programação do I-EM

	Programação	Valores máximos
Pressão efetiva	Início: 10 a 15 cmH ₂ O Incrementos de 5 a 10 cmH ₂ O até pressões de 35-45 cmH ₂ O	+/- 70 cmH ₂ O
Tempo de inspiração	2 a 3 segundos	5 segundos
Tempo de expiração	2 a 3 segundos	5 segundos
Tempo de pausa	2 a 3 segundos (modo automático)	-

Fonte: adaptada de OE – CE e MCEER, 2018

Habitualmente são realizados seis a oito ciclos de insuflação-exsuflação, embora deva ser individualizado consoante a tolerância da pessoa, eficácia do procedimento e experiência com o dispositivo. São sugeridos períodos de descanso de 30 a 60 segundos

(Koninklijke Philips N. V., 2017b). A técnica pode ser repetida em situações agudas até que as secreções sejam eliminadas ou a dessaturação resolvida (Chiner et al, 2014). A literatura recomenda que estas técnicas sejam aplicadas pelo menos três vezes por dia ou de acordo com a necessidade, em particular se houver aumento da produção de secreções ou dessaturação associada (Chiner et al., 2014).

A utilização do I-EM em crianças implica que sejam introduzidos períodos longos de descanso durante as sessões de tratamento para prevenir a fadiga dos músculos respiratórios, devido à tosse, e a sessão deve ser terminada com uma insuflação para preservar uma capacidade residual funcional adequada (Chatwin et al., 2018).

Estudos recentes sugerem que as pressões expiratórias devem ser mais elevadas que as pressões inspiratórias e que pessoas com esclerose lateral amiotrófica podem beneficiar de pressões mais baixas e um período mais longo de insuflação (Chatwin et al., 2018). Um estudo de Volpe et al. (2018) sugere que uma manobra caracterizada por uma insuflação lenta pode ser mais eficaz que a insuflação rápida mais comumente utilizada, com resultados na deslocação do muco para o exterior. O fundamento desta manobra é a geração de um diferencial entre os fluxos inspiratórios e expiratórios. Assim, segundo os autores, deve ser programada uma pressão inspiratória mínima eficaz que garanta a expansão pulmonar e, posteriormente, programar-se-á a pressão expiratória criando um diferencial dentro dos limites de segurança, com o objetivo de aumentar a eliminação de secreções. No entanto este estudo foi realizado apenas em contexto laboratorial.

Pressões abaixo de $+30$ cmH₂O são geralmente ineficazes. Podem existir situações em que devido a retenção de secreções ou redução da *compliance* toraco-pulmonar seja necessário recorrer a pressões mais elevadas (Chiner et al., 2014). Na utilização do I-EM através de tubos endotraqueais e traqueostomias pode ser necessário recorrer a pressões de insuflação e exsuflação superiores ($+50$ a -50 cm H₂O), uma vez que quanto mais estreito o tubo, maior a resistência e maiores as pressões necessárias para gerar fluxos expiratórios eficazes (Chatwin et al., 2018).

Utentes com vias aéreas reativas, predisposição a broncospasmo ou atelectasias persistentes podem beneficiar de inspirações de baixo volume anteriores aos ciclos de tosse do I-EM. Este procedimento pode também promover o recrutamento do volume

pulmonar maximizando o volume de insuflação, maximizando o PFE (Koninklijke Philips N. V., 2017b).

Existem já modelos de I-EM específicos que permitem a modalidade de oscilação em ambas as fases do ciclo ou apenas numa, com o objetivo de mobilizar as secreções e a drenagem brônquica. Deve ser iniciada na fase inspiratória e avaliada a tolerância, podendo posteriormente ser associada também à expiração (Koninklijke Philips N. V., 2017b). Existe também a modalidade *cough-trak*, que ajusta o início do ciclo pelo estímulo inspiratório da pessoa (OE – CE e MCEER, 2018). A exsuflação pode ser acompanhada de uma compressão da união toraco-abdominal, aumentando a efetividade da manobra (Bach, 1993, citado por Sancho & Severa, 2009) e existem já dispositivos que dispõem de um pedal permitindo ao profissional realizar estas manobras, coordenando as mesmas com a terapia (Koninklijke Philips N. V., 2017b). As secreções podem ser ainda ser geridas com uma combinação do uso do I-EM e aspiração de secreções, em particular em pessoas com doenças neuromusculares (Chiner et al., 2014).

Existem também equipamentos no mercado que possibilitam o armazenamento de dados que permitem avaliar a eficácia da terapia, nomeadamente volume de insuflação, PFE, saturação periférica de oxigénio e frequência cardíaca, facilitando a análise dos dados com *software* específico (Koninklijke Philips N. V., 2017a).

1.2. A Utilização do Insuflador-Exsuflador Mecânico no Domicílio

Uma das vantagens da utilização do I-EM é facilidade de aplicação numa miríade de contextos. No entanto, é necessário ter em conta que o contexto onde este é introduzido acarreta diferentes especificidades. Neste documento, face ao estágio em realização, importa refletir acerca da sua utilização no âmbito dos cuidados domiciliários.

Willis & Berlinski (2015) referem que o profissional deve estar atento à dimensão psicológica que a introdução de um dispositivo médico no domicílio acarreta para o doente e cuidadores. Os autores sugerem que não só seja considerada a condição clínica

da pessoa, mas também a cultura e contexto da família. Frequentemente a pessoa pode interpretar a introdução deste dispositivo como um sinal de progressão da doença, precisando de tempo para integrar esta dimensão, pelo que pode estar relutante à introdução da técnica (Siewers, Holmøy & Frich, 2013). Assim, a introdução do dispositivo deve ser feita cuidadosamente, permitindo à pessoa familiarizar-se com a máscara e o dispositivo. No caso de ser dirigida a uma criança, os pais ou os cuidadores devem estar envolvidos (Koninklijke Philips N. V., 2017b).

Os profissionais que implementam o uso do I-EM devem ter um plano realista de transferência de competências para as pessoas envolvidas, implicando um conhecimento aprofundado dos objetivos da terapia, ferramentas de avaliação, bem como o reconhecimento de que esta aprendizagem requer tempo (Siewers, Holmøy & Frich, 2013). Os mesmos autores identificaram um conjunto de fatores associados a uma implementação bem-sucedida do I-EM, nomeadamente a importância de uma relação de confiança e boa comunicação entre o utente e o profissional que assiste na utilização do dispositivo, bem como confiança na tecnologia.

No contexto domiciliário é importante que não só os utentes e famílias adquiram conhecimentos acerca do uso do I-EM, mas também os cuidadores informais e profissionais (Siewers, Holmøy & Frich, 2013). Sabe-se que os utilizadores do I-EM privilegiam uma abordagem personalizada e interativa com a técnica, com a duração apropriada, informação compreensível e oportunidade de colocar questões (Dale et al., 2020). No mesmo estudo identificou-se que sessões de educação individuais ou diádicas (doente e cuidador) com cerca de 1-2 horas de duração que incluam demonstração e prática podem ser uma boa estratégia para iniciar o uso domiciliário do I-EM. Os mesmos autores sugerem que além do treino individualizado e prático no uso do I-EM, também devem ser fornecidas instruções escritas ou em vídeo que incluam a identificação de problemas no uso do dispositivo, correta limpeza e como obter componentes para substituição.

A existência de sessões de *follow-up* é considerada como muito relevante pelos utilizadores do I-EM para relembrar a utilização correta do dispositivo e oportunidade de discutir frustrações, especialmente em pessoas que estão a experienciar alterações cognitivas ou físicas (Dale et al., 2020). Estas podem ser realizadas por via telefónica ou

presencialmente. Os mesmos autores sugerem os profissionais devem procurar dar *feedback* positivo do uso do dispositivo nas visitas de *follow-up*, bem como, se possível, fazer o *download* dos dados de utilização para que sejam discutidos com o utente, como forma de reforçar a adesão. Fatores que podem ser facilitadores no uso continuado de I-EM são a facilidade de utilização, incorporação nas rotinas pré-existentes, lembretes de uso conforme o adequado e o tamanho reduzido do aparelho (Dale et al., 2020).

Um estudo de Mahede et al. (2015) identificou que o uso de I-EM no contexto domiciliário conduziu a uma redução do número de episódios de ida ao serviço de urgência, bem como à manutenção da função respiratória, prevenção de infeções respiratórias e capacidade de gestão da doença respiratória em pessoas com doença neuromuscular. Doentes e cuidadores reportaram que o uso do dispositivo transmite segurança e confiança na gestão rápida e eficaz de episódios de engasgamento. O mesmo estudo defende a necessidade de educação quanto ao uso regular do I-EM para maximizar os seus benefícios. No entanto, é importante reconhecer que o utente terá prioridades na gestão da sua doença, pelo que fará ajustes individuais ao plano de utilização do I-EM, mesmo que o profissional tenha prescrito um uso regular (Siewers, Holmøy & Frich, 2013).

2. FORMAÇÃO À EQUIPA DE CUIDADOS CONTINUADOS INTEGRADOS

Este capítulo procura integrar uma reflexão acerca da formação realizada aos profissionais da ECCI, subordinada à temática da utilização do I-EM no domicílio. Para tal será mobilizado o Modelo de Gibbs (Wain, 2017) para estruturar a reflexão.

A escolha da temática apresentada surgiu fruto de uma solicitação da enfermeira orientadora de que fosse realizada formação à ECCI, uma vez se espera que em breve seja integrado um utente que terá necessidade de utilizar este dispositivo. Assim, foi realizado um plano de sessão (apêndice I) e discutido com a enfermeira orientadora, para adequar a mesma às necessidades do serviço.

A formação foi realizada em modalidade presencial, no dia 7 de dezembro de 2021, previamente à reunião semanal de equipa. Estiveram presentes os enfermeiros, uma estudante de enfermagem, terapeuta ocupacional, psicóloga e técnica de serviço social da ECCI. Os diapositivos da formação encontram-se em apêndice (II). Com o objetivo de dinamizar a formação e incluir um momento demonstrativo, contactou-se uma empresa do mercado português para empréstimo de um I-EM, que foi utilizado no final da apresentação.

Embora a apresentação à ECCI tenha ocorrido já numa fase tardia do estágio neste contexto, considero que é um momento gerador de alguma ansiedade prévia, pela exposição que implica e o desejo de um resultado positivo. A realização de apresentações implica sempre uma exposição do apresentador que pode ser geradora de tensão. No entanto observo que existem algumas estratégias mobilizáveis que facilitam momentos como este.

Considero que a temática deste documento se mostrou muito interessante e muito rica do ponto de vista da aprendizagem. Através da revisão realizada pude compreender o funcionamento deste dispositivo, bem como refletir acerca das implicações da sua utilização no domicílio. O facto de ter explorado o tema com profundidade permitiu que me adquirisse conhecimentos robustos, o que facilitou a apresentação do tema à equipa.

Por outro lado, no contexto da prestação de cuidados enquanto enfermeira de cuidados gerais, tinha já utilizado este dispositivo, o que facilitou a minha incursão no tema.

Procurei que a apresentação fosse simples e apelativa, sem descurar aspetos técnicos, que seria sempre importante abordar junto da equipa de saúde. Os formandos mostraram-se atentos ao longo da apresentação e colocaram diversas questões no final da mesma, tornando-a num momento de debate muito interessante. Vários elementos da equipa verbalizaram satisfação com a apresentação. No entanto, observei que deveria ter elaborado um documento de avaliação formal da formação, permitindo-me não só quantificar a apreciação da equipa acerca da mesma, mas também recolher, por exemplo, sugestões de melhoria. Assim, considero que este é um aspeto que deve ser aperfeiçoado em momentos de formação futuros.

Realizando um balanço considero que a pesquisa bibliográfica, a construção do presente documento e a apresentação à equipa foram momentos muito frutíferos do ponto de vista da minha aprendizagem, enriquecendo o meu percurso académico e profissional.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O contexto domiciliário pode implicar desafios que podem não ser tão facilmente antecipados no contexto hospitalar, no momento da introdução do I-EM. Os profissionais de saúde devem ter em conta que a introdução de um dispositivo de I-EM pode modificar as relações sociais entre os utentes e os cuidadores, pelo que a continuidade de cuidados assume uma dimensão ainda mais relevante (Siewers, Holmøy & Frich, 2013). Os mesmos autores referem que o uso do I-EM requer que os profissionais demonstrem confiança no uso da tecnologia enquanto fator necessário para a sua implementação bem-sucedida. Também os profissionais de saúde identificaram que o uso deste dispositivo tornou os utentes mais dependentes dos seus cuidados, pelo que a continuidade dos mesmos requer que toda a equipa esteja confiante no uso da técnica. Assim, considerou-se que a apresentação deste tema à equipa da ECCI foi de grande relevância, permitindo adquirir ou relembrar conhecimentos relativos ao uso do I-EM.

Do ponto de vista pessoal a realização deste documento constituiu um valioso momento de aprendizagem. Foram aprofundados conhecimentos técnicos relativos à utilização do I-EM e a reflexão acerca da implementação deste dispositivo no domicílio constituiu uma oportunidade de contextualizar os conhecimentos adquiridos. Desta forma pude demonstrar competências de aprendizagem auto-orientada e autónoma, necessárias para obtenção do grau de mestre (Ministério da Ciência, Tecnologia e Ensino Superior, 2008). A realização da formação à ECCI permitiu o desenvolvimento de competências de enfermeiro especialista, diagnosticando necessidades formativas e formando no contexto de trabalho (OE, 2019). Permitiu também aprofundamento das competências conducentes ao grau de mestre, no que respeita à capacidade de comunicação de conhecimentos (Ministério da Ciência, Tecnologia e Ensino Superior, 2008).

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Arcuri, J., Abarshi, E., Preston, N., Brine, J. & Lorenzo, V. (2016). Benefits of interventions for respiratory secretion management in adult palliative care patients – a systematic review. *BMC Palliative Care*, 15 (74), 1-11.
- Branco, P. S., Barata, S., Barbosa, J., Cantista, M., Lima, A. & Maia, J. (2012). *Temas de Reabilitação – Reabilitação Respiratória*. Porto: Medesign.
- Chatwin, M. , Toussaint, M., Gonçalves, M., Sheers, N., Mellies, U., ... & Morrow, B. (2018). Airway clearance techniques in neuromuscular disorders: A state of the art review. *Respiratory Medicine*, 136, 98-110.
- Chiner, E., Sancho-Chust, J., Landete, P., Senent, C. & Gómez-Merino, E. (2014). Complementary Home Mechanical Ventilation Techniques: SEPAR Year 2014. *Archivos de Bronconeumologia*, 50 (12), 546-553.
- Cordeiro, O. & Menoita, E. (2012). *Manual de Boas Práticas na Reabilitação Respiratória – Conceitos, Princípios e Técnicas*. Loures: Lusociência.
- Dale, C., McKim, D., Amin, R., Carbone, S., Fisher, T., ... & Rose, L. (2020). Education Experiences of Adult Subjects and Caregivers for Mechanical Insufflation-Exsufflation at Home. *Respiratory Care*, 65 (12), 1889-1896.
- Decreto-Lei nº 107/2008 (2008). Altera os Decretos-Leis n.os 74/2006, de 24 de Março, 316/76, de 29 de Abril, 42/2005, de 22 de Fevereiro, e 67/2005, de 15 de Março. Ministério da Ciência, Tecnologia e Ensino Superior. *Diário da República*, I Série (Nº 121 de 25-06-2008), 3835-3853. ELI: <https://data.dre.pt/eli/dec-lei/107/2008/06/25/p/dre/pt/html>
- Koninklijke Philips N. V. (2017a). More than just a comfortable cough – Taking airway clearance to the next level. Disponível em: <https://www.documents.philips.com/assets/20191105/885e78b26b814f92bd4eaafc0141a6df.pdf>

Koninklijke Philips N. V. (2017b). CoughAssist 70 Series – CoughAssist T70 and CoughAssist E70 airway clearance devices. Disponível em: https://www.documents.philips.com/assets/20191025/e8ee19ccc1824ed89aa9aaf100f6f9e6.pdf?_gl=1*18bab6k*_ga*MTI3NTE3ODMuMTYzNjM3NjI2Mw..*_ga_2NMXNNS6LE*MTYzNjM3NjI2Mi4xLjEuMTYzNjM3NjM1OC42MA..&_ga=2.49534178.517998065.1636376263-12751783.1636376263

Mahede, T. , Davis, G., Rutkay, A., Baxendale, S., Sun, W., ... & Graham, C. (2015). Use of mechanical airway clearance devices in the home by people with neuromuscular disorders: effects on health service use and lifestyle benefits. *Orphanet Journal of Rare Diseases*, 10 (54).

Mesa do Colégio da Especialidade em Enfermagem de Reabilitação (2016). *Parecer nº 03/2016: Utilização de dispositivos respiratórios e de ventilação na prestação de cuidados especializados em enfermagem de reabilitação no âmbito da reabilitação respiratórios*. Mesa do Colégio da Especialidade em Enfermagem de Reabilitação.

Ordem dos Enfermeiros. (2019). Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista. *Diário Da República, 2ª Série, nº26, 4744-4750*. <https://dre.pt/application/conteudo/11923619>

Ordem dos Enfermeiros - Conselho de Enfermagem e Mesa do Colégio de Enfermagem de Reabilitação (2018). *Guia Orientador de Boa Prática – Reabilitação Respiratória*. Ordem dos Enfermeiros.

Sancho, J. & Severa, E. (2009). *Guía para el manejo de secreciones respiratorias*. Valencia: Sociedad Valenciana de Neumologia, Fundacion de Neumologia de la Comunidad Valenciana. Disponível em: http://svneumo.org/wp-content/uploads/2017/01/GUIA_SECRECIONES-definitivo.pdf

Siewers, V., Holmøy, T. & Frich, J. (2013). Experiences with using mechanical in-exsufflation in amyotrophic lateral sclerosis. *European Journal of Physiotherapy*, 15, 201-207.

Strickland, S., Rubin, B., Drescher, G., Haas, C., O'Malley, C.,... & Hess, D. (2013). AARC Clinical Practice Guideline: Effectiveness of Nonpharmacologic Airway Clearance Therapies in Hospitalized Patients. *Respiratory Care*, 58 (12), 2187-2193.

Volpe, M., Naves, J., Ribeiro, G., Ruas, G. & Amato, M. (2018). Airway Clearance With an Optimized Mechanical Insufflation-Exsufflation Maneuver. *Respiratory Care*, 63 (10), 1214-1222.

Wain, A. (2017). Learning through reflection. *British Journal of Midwifery*, 25 (10), 662-666.

Willis, L. & Berlinski A. (2015). Mechanical Insufflation-Exsufflation: The Good, the Bad and the Ugly. *Respiratory Care*, 60 (7), 1081-1082.

APÊNDICES

Apêndice I: Plano de Sessão

Plano de Sessão

Tema: A Utilização de Insuflador-Exsuflador Mecânico no Domicílio

Formador: Enfermeira Vitória Esquível

Local: Sala de Reuniões da ECCI

Data: 7 de dezembro de 2021

Duração: 25 minutos

Destinatários: ECCI

Plano:

	Conteúdos	Método(s)	Tempo	Material
Introdução	Apresentação Sumário	Expositivo	2 minutos	<ul style="list-style-type: none">• Computador• Apresentação PowerPoint®• Projetor• Insuflador-exsuflador mecânico
Desenvolvimento	A Utilização do I-EM: indicações, contraindicações, vantagens, complicações, programação, do domicílio	Expositivo	15 minutos	
Conclusão	Considerações finais Esclarecimento de dúvidas Demonstração do uso de I-EM	Expositivo Demonstrativo Interrogativo	5 minutos	

Apêndice II: Diapositivos da Apresentação

A Utilização de Insuflador-Exsuflador Mecânico no Domicílio

12º Curso de Mestrado em Enfermagem na Área de Especialização em Enfermagem de Reabilitação



Vitória Esquível

Professora Orientadora: Vanda Lopes da Costa

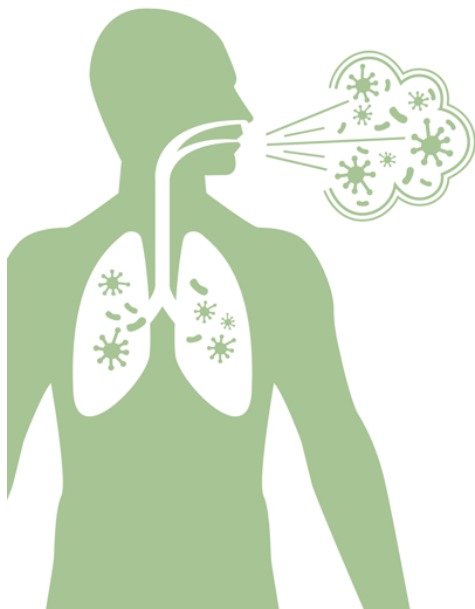
Cascais, 2021

SUMÁRIO

- O Insuflador-Exsuflador Mecânico
 - Indicações
 - Contraindicações
 - Vantagens
 - Complicações
 - Programação: Material, Princípios e Situações Particulares
 - Exemplo de Utilização
 - No Domicílio
- Considerações Finais
- Referências Bibliográficas



O INSUFADOR-EXSUFLADOR MECÂNICO



O **sistema muco-ciliar** e o **reflexo de tosse** têm como função defender o sistema respiratório, facilitando a **eliminação de secreções** e **prevenindo a obstrução da via aérea**.

Doenças neuromusculares



Fraqueza dos músculos inspiratórios e expiratórios

Terapias de limpeza das vias aéreas

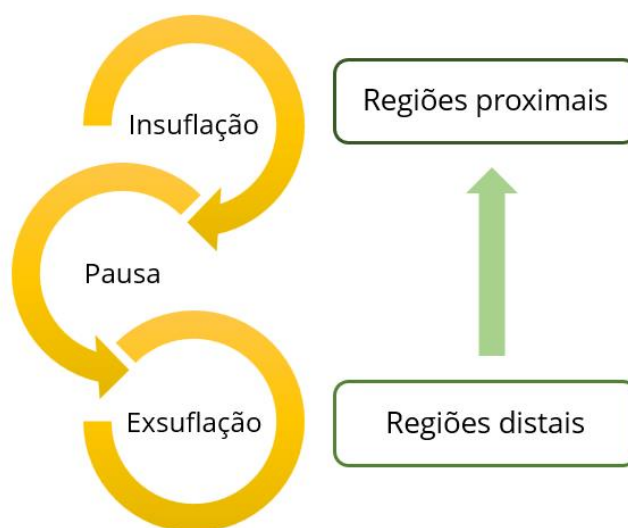
<http://uq.edu.au/research/impact/stories/cough-a-lot-no-coughalytics/>

(Strickland et al., 2013)



O INSUFADOR-EXSUFLADOR MECÂNICO

Dispositivo mecânico **não invasivo** de insuflação-exsuflação que permite simular a tosse natural.



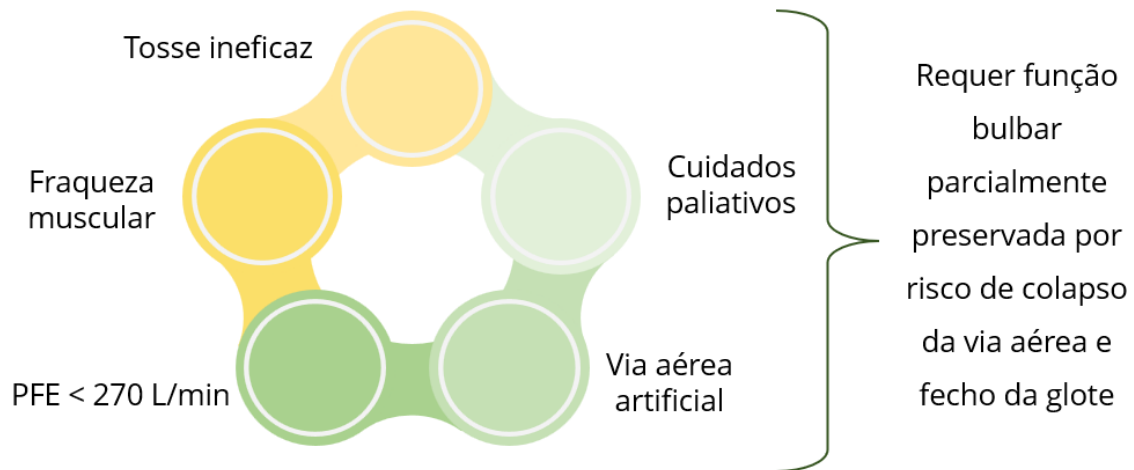
<https://www.cpapmed.com.br/produto/463-cough-assist-e70-philips-respironics>

(Cordeiro & Menoita, 2012; Chiner et al., 2014)



O INSUFADOR-EXSUFLADOR MECÂNICO

Indicações

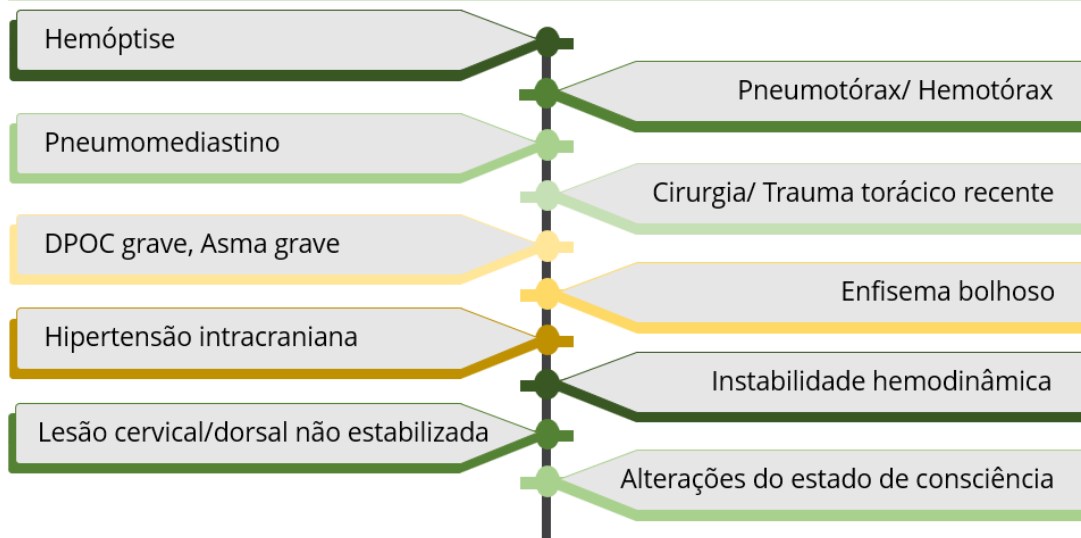


(Chatwin et al., 2018; Chiner et al., 2014; Arcuri et al., 2016)



O INSUFADOR-EXSUFLADOR MECÂNICO

Contraindicações



(Branco et al., 2012; Ordem dos Enfermeiros – Conselho de Enfermagem e Mesa do Colégio de Enfermagem de Reabilitação, 2018).



O INSUFADOR-EXSUFLADOR MECÂNICO

Vantagens



(Branco et al., 2012; Ordem dos Enfermeiros – Conselho de Enfermagem e Mesa do Colégio de Enfermagem de Reabilitação, 2018)



O INSUFADOR-EXSUFLADOR MECÂNICO

Complicações



(Ordem dos Enfermeiros – Conselho de Enfermagem e Mesa do Colégio de Enfermagem de Reabilitação, 2018; Chatwin et al., 2018)



O INSUFADOR-EXSUFLADOR MECÂNICO

Programação – Material



(Koninklijke Philips N. V., 2020)



O INSUFADOR-EXSUFLADOR MECÂNICO

Programação – Princípios



(Strickland et al., 2013; Cordeiro & Menoita, 2012; Sancho & Severa, 2009; Koninklijke Philips N. V., 2017b; Chiner et al., 2014)



O INSUFADOR-EXSUFLADOR MECÂNICO

Programação



- Aumento progressivo;
- Primeiro ciclo a baixas pressões e em modo manual;
- Considerar *feedback* do utente.



<https://www.saskatoonhealthregion.ca/about/NursingManual/1192.pdf>

(Ordem dos Enfermeiros – Conselho de Enfermagem e Mesa do Colégio de Enfermagem de Reabilitação, 2018; Chatwin et al., 2018; Koninklijke Philips N. V., 2017b).



O INSUFADOR-EXSUFLADOR MECÂNICO

Programação

	Programação	Valores máximos
Pressão efetiva	Início: 10 a 15 cmH ₂ O Incrementos de 5 a 10 cmH ₂ O até pressões de 35-45 cmH ₂ O	+/- 70 cmH ₂ O
Tempo de inspiração	2 a 3 segundos	5 segundos
Tempo de expiração	2 a 3 segundos	5 segundos
Tempo de pausa	2 a 3 segundos (modo automático)	-

Tabela 1: Adaptada de Ordem dos Enfermeiros – Conselho de Enfermagem e Mesa do Colégio de Enfermagem de Reabilitação, 2018



O INSUFADOR-EXSUFLADOR MECÂNICO

Programação – Situações Particulares

Pressões ineficazes

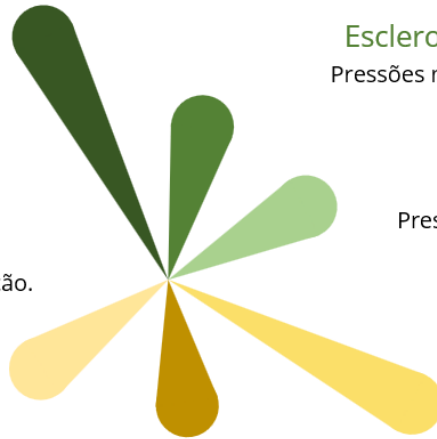
Abaixo de ± 30 cm H₂O

Crianças

- Períodos mais longos de descanso;
- Terminar com uma insuflação.

Diferencial

Pressões expiratórias mais elevadas que as inspiratórias



Esclerose lateral amiotrófica

Pressões mais baixas e períodos mais longos de insuflação

Traqueostomia

Pressões mais elevadas ($+50$ a -50 cm H₂O)

Broncospasmo ou atelectasias

Inspirações prévias de baixo volume

(Chatwin et al., 2018; Chiner et al., 2014; Koninklijke Philips N. V., 2017b)



O INSUFADOR-EXSUFLADOR MECÂNICO

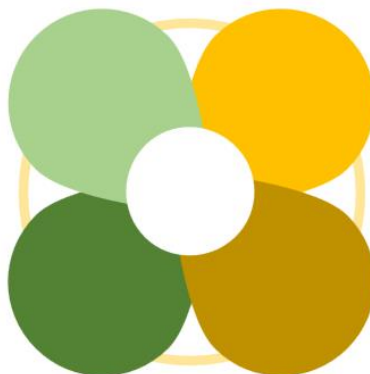
Programação – Situações Particulares

Oscilação

De alta frequência, em ambas as fases do ciclo ou em apenas uma

Cough-trak

Iniciar a terapia com a inalação do utente



Aspiração de secreções

Após a terapia

Compressão toraco-abdominal



(Chatwin et al., 2018; Chiner et al., 2014; Koninklijke Philips N. V., 2017b)
<https://docplayer.com.br/81046004-Reabilitacao-respiratoria.html>



O INSUFADOR-EXSUFLADOR MECÂNICO

Exemplo de Utilização



Fonte: <https://www.youtube.com/watch?v=1ohB6PDYqCY>



O INSUFADOR-EXSUFLADOR MECÂNICO

No Domicílio

Dimensão Psicológica

- Interpretado como sinal de progressão da doença – “**medicalização**” do domicílio;
- Introdução cuidadosa, tendo em conta o **contexto e cultura** da família;
- Os utilizadores do I-EM privilegiam uma **abordagem personalizada e interativa** com a técnica, com a duração apropriada, informação compreensível e oportunidade de colocar questões;
- Envolver os **pais** no caso das crianças.



(Willis & Berlinsky, 2015; Siewers, Holmøy & Frich, 2013; Koninklijke Philips N. V., 2017b; Dale et al., 2020)



O INSUFADOR-EXSUFLADOR MECÂNICO

No Domicílio

Transferência de competências – implementação bem sucedida:

- Confiança (no profissional e na tecnologia)
- Boa comunicação
- Sessões de educação individuais ou diádicas (1-2h)
- Demonstração e prática
- Instruções escritas ou vídeo
- Follow-up*: lembrar utilização correta, discutir frustrações, *feedback* positivo

(Willis & Berlinsky, 2015; Siewers, Holmøy & Frich, 2013; Koninklijke Philips N. V., 2017b; Dale et al., 2020)



CONSIDERAÇÕES FINAIS

O uso do I-EM requer que os profissionais demonstrem **confiança** no uso da tecnologia para a sua **implementação bem-sucedida**;

O contexto domiciliário pode implicar **desafios** que podem não ser tão facilmente antecipados no contexto hospitalar;

O uso deste dispositivo tornou os utentes **mais dependentes** dos seus cuidados, pelo que a **continuidade** dos mesmos requer que toda a equipa esteja confiante no uso da técnica.

Obrigada pela atenção!

(Siewers, Holmøy & Frich, 2013; Dale et al., 2020)



REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Arcuri, J., Abarshi, E., Preston, N., Brine, J. & Lorenzo, V. (2016). Benefits of interventions for respiratory secretion management in adult palliative care patients – a systematic review. *BMC Palliative Care*, 15 (74), 1-11.
- Branco, P. S., Barata, S., Barbosa, J., Cantista, M., Lima, A. & Maia, J. (2012). *Temas de Reabilitação – Reabilitação Respiratória*. Porto: Medesign.
- Chatwin, M., Toussaint, M., Gonçalves, M., Sheers, N., Mellies, U., ... & Morrow, B. (2018). Airway clearance techniques in neuromuscular disorders: A state of the art review. *Respiratory Medicine*, 136, 98-110.
- Chiner, E., Sancho-Chust, J., Landete, P., Senent, C. & Gómez-Merino, E. (2014). Complementary Home Mechanical Ventilation Techniques: SEPAR Year 2014. *Archivos de Bronconeumologia*, 50 (12), 546-553.
- Cordeiro, O. & Menoita, E. (2012). *Manual de Boas Práticas na Reabilitação Respiratória – Conceitos, Princípios e Técnicas*. Loures: Lusociência.
- Dale, C., McKim, D., Amin, R., Carbone, S., Fisher, T., ... & Rose, L. (2020). Education Experiences of Adult Subjects and Caregivers for Mechanical Insufflation-Exsufflation at Home. *Respiratory Care*, 65 (12), 1889-1896.
- Koninklijke Philips N. V. (2017b). CoughAssist 70 Series – CoughAssist T70 and CoughAssist E70 airway clearance devices. Disponível em: https://www.documents.philips.com/assets/20191025/e8ee19ccc1824ed89aa9aaf100f6f9e6.pdf?_gl=1*18bab6k*_ga*MTI3NTE3ODMuMTYzNjM3NjI2Mw.*_ga_2NMXNNS6LE*MTYzNjM3NjI2Mi4xLjEuMTYzNjM3NjM1OC42MA..&_ga=2.49534178.517998065.1636376263-12751783.1636376263

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Koninklijke Philips N. V. (2020). Accessory Guide. Disponível em: <https://philipsproductcontent.blob.core.windows.net/assets/20191025/17f4b18e18d64468a332aaf100f6f049.pdf>
- Ordem dos Enfermeiros - Conselho de Enfermagem e Mesa do Colégio de Enfermagem de Reabilitação (2018). *Guia Orientador de Boa Prática – Reabilitação Respiratória*. Ordem dos Enfermeiros.
- Sancho, J. & Severa, E. (2009). *Guía para el manejo de secreciones respiratorias*. Valencia: Sociedad Valenciana de Neumología, Fundacion de Neumología de la Comunidad Valenciana. Disponível em: http://svneumo.org/wp-content/uploads/2017/01/GUIA_SECRECIONES-definitivo.pdf
- Siewers, V., Holmøy, T. & Frich, J. (2013). Experiences with using mechanical in-exsufflation in amyotrophic lateral sclerosis. *European Journal of Physiotherapy*, 15, 201-207.
- Strickland, S., Rubin, B., Drescher, G., Haas, C., O'Malley, C.,... & Hess, D. (2013). AARC Clinical Practice Guideline: Effectiveness of Nonpharmacologic Airway Clearance Therapies in Hospitalized Patients. *Respiratory Care*, 58 (12), 2187-2193.
- Willis, L. & Berlinski A. (2015). Mechanical Insufflation-Exsufflation: The Good, the Bad and the Ugly. *Respiratory Care*, 60 (7), 1081-1082.

**APÊNDICE VI: DIAPOSITIVOS DA APRESENTAÇÃO DO PROJETO DE
ESTÁGIO À ECCI**

Intervenções de Enfermagem de Reabilitação na Mulher com Disfunção do Pavimento Pélvico

Projeto de Estágio

12º Curso de Mestrado em Enfermagem na Área de Especialização em Enfermagem de Reabilitação



Vitória Esquível

Professora Orientadora: Vanda Lopes da Costa

Lisboa, 2021

SUMÁRIO

- Apresentação do Projeto
- Disfunção do Pavimento Pélvico (DPP)
 - Anatomofisiologia
 - Funções do Pavimento Pélvico
 - Fatores de Risco de DPP
 - Sinais e Sintomas
- Pertinência da Temática
- Intervenções de Enfermagem de Reabilitação na Mulher com DPP
 - Apreciação
 - Intervenções
- Considerações Finais

APRESENTAÇÃO DO PROJETO

Duração do Ensino Clínico: 9 semanas

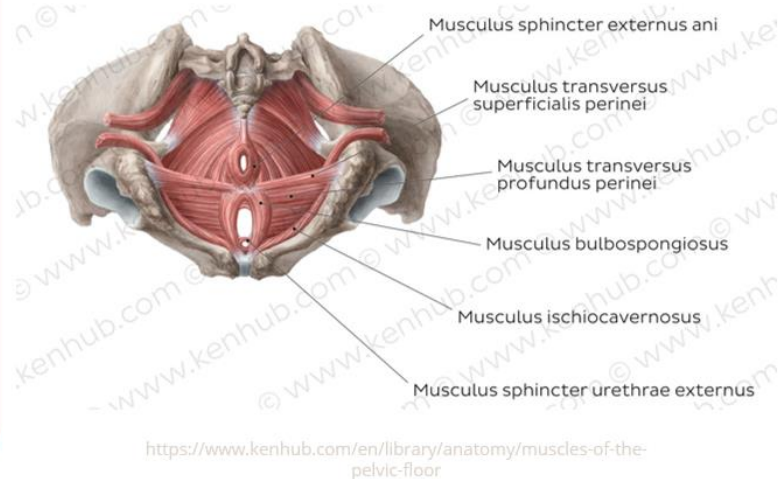
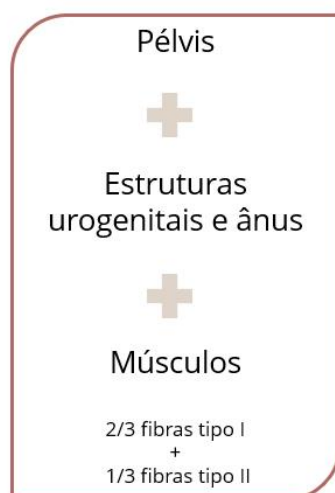
Objetivos:

- 1 Integrar as dinâmicas organizacionais e funcionais dos locais de Ensino Clínico
- 2 Colaborar com a equipa interdisciplinar contribuindo para a melhoria da qualidade dos cuidados prestados
- 3 Demonstrar competências de prestação de cuidados de enfermagem de reabilitação à pessoa com alterações motoras, sensoriais, cognitivas, cardíacas, respiratórias e alimentação;
- 4 Desenvolver competências de prestação de cuidados de enfermagem de reabilitação à mulher com disfunção do pavimento pélvico
- 5 Avaliar o desenvolvimento de competências à luz dos objetivos traçados



DISFUNÇÃO DO PAVIMENTO PÉLVICO

ANATOMOFISIOLOGIA



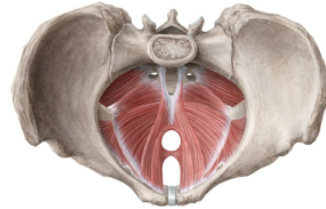
(VanPutte et al., 2017)



DISFUNÇÃO DO PAVIMENTO PÉLVICO

FUNÇÕES DO PAVIMENTO PÉLVICO

- Suporte dos órgãos internos
- Estabilidade da coluna e pélvis
- Gravidez e parto
- Continência urinária e intestinal
- Função sexual



Fonte: <https://www.kenhub.com/en/library/anatomy/muscles-of-the-pelvic-floor>

FATORES DE RISCO DE DPP

- Gravidez, parto
- Obstipação
- Obesidade
- Tosse
- Exercício de elevado impacto
- Envelhecimento

M
U
L
H
E
R



(Yates, 2019a; Milsom et al., 2017; Carteiro, Godinho & Rodrigues, 2017)



DISFUNÇÃO DO PAVIMENTO PÉLVICO

SINAIS E SINTOMAS

Hipotonia

- Incontinência urinária e/ou fecal:
 - Incontinência de esforço, urgência urinária ou mista, bexiga hiperativa;
 - Perda fecal ou urgência fecal;
- Prolapso dos órgãos pélvicos - anterior, posterior ou vaginal:
 - Sensação de peso, arrastamento, dor/desconforto; falta de sensibilidade nas relações sexuais.

Hipertonia

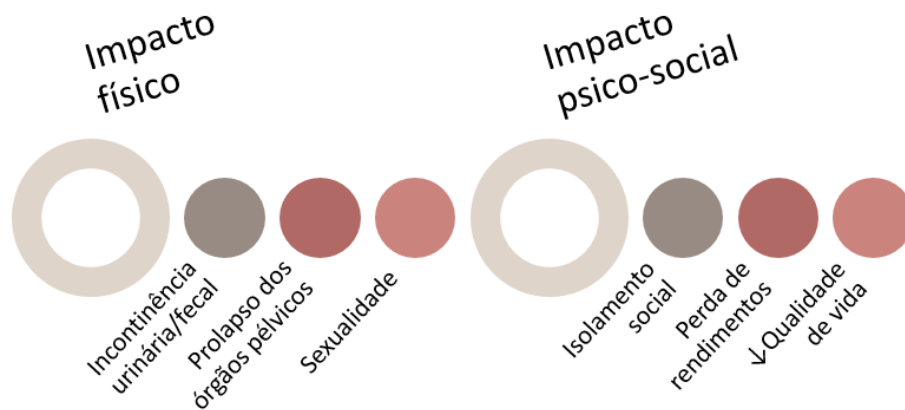
- Obstipação, sensação de plenitude, disúria, dispareunia, dor pélvica.

(Yates, 2019a; Faubion, Shuster & Bharucha, 2012)



PERTINÊNCIA DA TEMÁTICA

IMPACTO NA MULHER



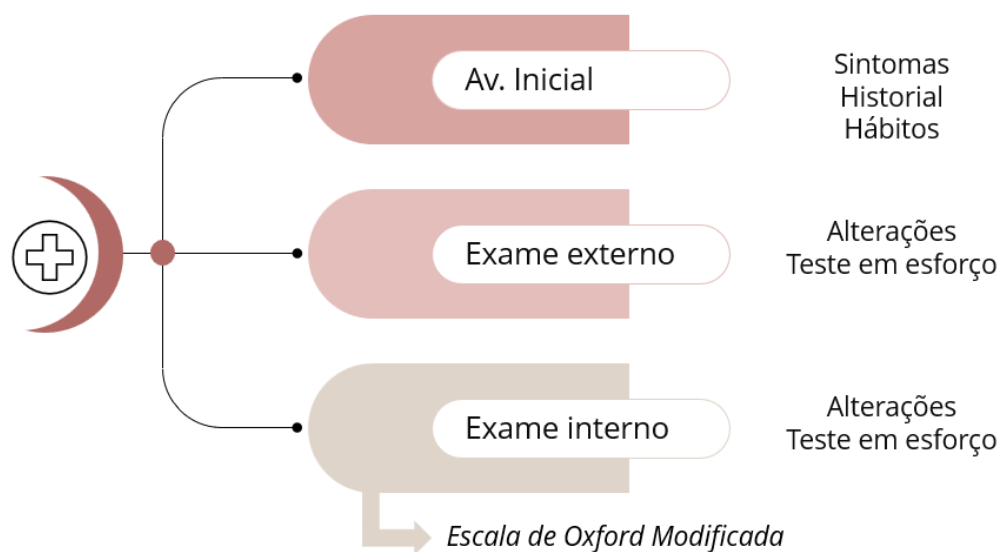
ÁREA PRIORITÁRIA DE INVESTIGAÇÃO - OE

(Yates, 2019a; Verbeek & Hayward, 2019; MCEER, 2015)



INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM DE REABILITAÇÃO NA MULHER COM DPP

Apreciação



(Yates, 2019b; Davis, 2010; Laycock, Whelan & Dumoulin, 2008)



INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM DE REABILITAÇÃO NA MULHER COM DPP

Intervenções

Intervenções comportamentais



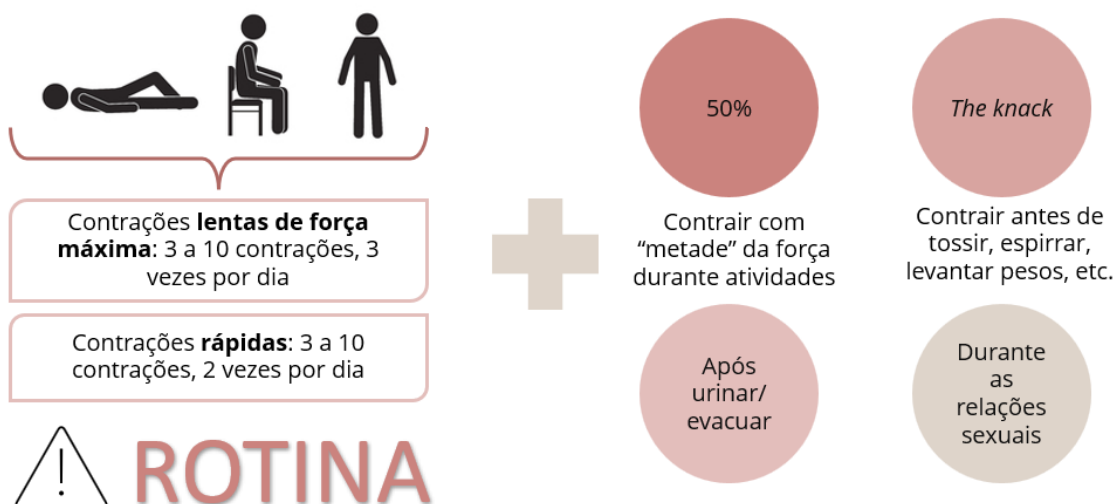
(POGP, 2018; Tian et al., 2018; Faubion, Shuster & Bharucha, 2012, Richardson et al., 2009)



INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM DE REABILITAÇÃO NA MULHER COM DPP

Intervenções

Fortalecimento muscular - ↑ força, coordenação e resistência



(Yates, 2019b)



INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM DE REABILITAÇÃO NA MULHER COM DPP

Intervenções

Fortalecimento muscular

Biofeedback



<https://www.farmacia-internacional.net/pt/ginecologico-produtos-vaginal/1889-ladysystem-conos-vaginales.html>

Eletroestimulação



<http://www.utahmed.com/pelvic-floor-stimulation-uro.html>

(Richardson et al., 2009; Haslam, 2008; POGP, 2018; Yates, 2019b; Arnouk et al., 2017)



CONSIDERAÇÕES FINAIS

Oportunidade de intervenção

Equipa interdisciplinar

Contexto da intervenção

Qualidade de vida

Obrigada pela atenção!



REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Arnouk, A., De, L., Rehfuess, A., Cappadocia, C., Dickson, S. & Lian, F. (2017). Physical, Complementary, and Alternative Medicine in the Treatment of Pelvic Floor Disorders. *Current Urology Reports*, 18 (47), 1-13.
- Carteiro, D.; Godinho, F. & Rodrigues, M. L. (2017). Os Contributos do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação no Cuidado Durante a Gravidez e Após o Parto. In Marques-Vieira, C. & Sousa, L. (Coord.), *Cuidados de Enfermagem de Reabilitação à Pessoa ao Longo da Vida* (pp.289-296) Loures: Lusodidacta.
- Davis, K. (2010). Pelvic floor dysfunction: causes and assessment. *Practice Nursing*, 21 (7), 340-346.
- Faubion, S., Shuster, L. & Bharucha, A. (2012). Recognition and Management of Nonrelaxing Pelvic Floor Dysfunction. *Mayo Clinic Proceedings*, 87 (2), 187-19.
- Haslam, J. (2008). Pelvic Floor Muscle Exercise in the Treatment of Urinary Incontinence. In Haslam, J. & Laycock, J. (E.) *Therapeutic Management of Incontinence and Pelvic Pain: Pelvic Organ Disorders* (2nd ed.) (pp. 89-94). London: Springer.
- Laycock, J., Whelan, M. M. & Dumoulin, C. (2008). Patient Assessment. In Haslam, J. & Laycock, J. (E.) *Therapeutic Management of Incontinence and Pelvic Pain: Pelvic Organ Disorders* (2nd ed.) (pp. 57-66). London: Springer.
- Mesa do Colégio de Especialidade de Enfermagem de Reabilitação (2015). *Áreas Investigação Prioritárias para a Especialidade de Enfermagem de Reabilitação*. Mesa do Colégio de Especialidade de Enfermagem de Reabilitação.
- Milsom, I., Altman, D., Cartwright, R., Lapitan, M., Nelson, R., Sjöström, S., ... Tikkinen, K. (2017). Epidemiology of Urinary Incontinence (Ui) and Other Lower Urinary Tract Symptoms (Luts), Pelvic Organ Prolapse (Pop) And Anal (Ai). In Abrams, P., Cardozo, L., Wagg, A. & Wein, A. (Ed.) *Incontinence*. (pp.1-141) Tokyo: ICUD.



REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Ordem dos Enfermeiros. (2015). Regulamento dos Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem de Reabilitação. Diário da República, 2ª série, nº 119, 16655-16660. https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/legislacao/Documents/LegislacaoOE/RegulamentoPadQualidadeCuidEspecializEnfReabilitacao_DRJun2015.pdf
- Pelvic Obstetric & Gynaecological Physiotherapy (2018). *The Pelvic Floor Muscles – a Guide for Women*. Disponível em: https://pogp.csp.org.uk/system/files/publication_files/POGPPelvicFloor%20%28UL%29.pdf
- Richardson, K., Hagen, S., Glazener, C. & Strak, D. (2009). The Role of Nurses in the Management of Women with Pelvic Organ Prolapse. *British Journal of Nursing*, 18 (5), 294-300.
- Tian, T., Budgett, S., Smallbridge, J., Hayward, L., Stinear, J. & Kruger, J. (2018). Assessing Exercises Recommended for Women at Risk of Pelvic Floor Disorders Using Multivariate Statistical Techniques. *International Urogynecology Journal*, 29, 1447- 1454.
- VanPutte, C., Regan, J., Russo, A., Seeley, R., Stephens, T. & Tate, P. (2017). *Seeley's Anatomy & Physiology* (11th ed.). New York: McGraw Hill Education.
- Verbeek, M. & Hayward, L. (2019). Pelvic Dysfunction and its Effects on Quality of Sexual Life. *Sexual Medicine Reviews*, 7 (4), 559-564.
- Yates, A. (2019a). Female Pelvic Floor 1: Anatomy and Pathophysiology. *Nursing Times*, 115 (5), 18-21.
- Yates, A. (2019b). Female Pelvic Floor 2: Assessment and Rehabilitation. *Nursing Times*, 115 (6), 30-33.

Diagramas obtidos via: <https://www.freepik.com/>; <https://slidesgo.com/>



**APÊNDICE VII: PLANO DE SESSÃO – APRESENTAÇÃO DO PROJETO DE
ESTÁGIO NO SERVIÇO DE MFR**

FORMAÇÃO EM SERVIÇO - PLANO DE SESSÃO

Tema: Intervenções de Enfermagem de Reabilitação na Mulher com Distúrbios do Pavimento Pélvico

Local: [REDACTED] **Data:** 11 / 01 / 22 **Hora:** 14 h 00

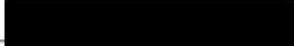
Objectivo geral: Identificar as intervenções de enfermagem de reabilitação e aplicá-las à mulher com distúrbios do pavimento pélvico.

Objectivos específicos:

- Compreender a disfunção do pavimento pélvico, nomeadamente anatomofisiologia, funções do pavimento pélvico, fatores de risco e sinais e sintomas.
- Reconhecer a importância da temática no âmbito dos cuidados de enfermagem de reabilitação.
- Descrever as intervenções de enfermagem de reabilitação na mulher com distúrbios do pavimento pélvico no que respeita à intervenção e intervenção.

CONTEÚDOS PROGRAMÁTICOS	MÉTODOS E TÉCNICAS	RECURSOS DIDÁCTICOS	TEMPO	FORMADOR(ES)
Apresentação e sumário	Expositivo		1 min	
Apresentação do projeto	"		1 min	
Distúrbios do pavimento pélvico (DPP): anatomofisiologia, funções do pavimento pélvico, fatores de risco de DPP, sinais e sintomas.	"	Computador Projetor tela PowerPoint®	5 min	Estudante do Mestrado na área de Especialização em Enfermagem de Reabilitação Viana da Esquirol.
Relevância da temática	"		1 min	
Intervenções de enfermagem de reabilitação na mulher com DPP: apreciação e intervenções	"		7 min	[REDACTED]
Considerações finais e questões.	" • Interactivo		4 min	

**APÊNDICE VIII: SUMÁRIO E PRESENÇAS – APRESENTAÇÃO DO PROJETO
DE ESTÁGIO NO SERVIÇO DE MFR**



FORMAÇÃO EM SERVIÇO - SUMÁRIO E PRESENCAS

Área/Unidade/Especialidade:

Tema: Intervenções de Enfermagem de Reabilitação em Mulheres e Distúrbios do Pavimento Pélvico
Data 11/01/22 Hora: 14 h 00 Duração: 30 min
Local:

SUMÁRIO: Apresentação do projeto ; Distúrbios do Pavimento Pélvico (DPP): anatomofisiologia, funções do pavimento pélvico, fatores de risco de DPP, sinais e sintomas ; Participância da temática ; Intervenções de Enfermagem de Reabilitação em Mulheres com DPP ; Considerações finais

Formador(es): Estudante Especialidade Enfermagem Reabilitação Vitória Esquivel ; (nome/n.º mecanográfico)

PRESENCAS

N.º MEC.	NOME (COMPLETO E LEGÍVEL)	CATEGORIA PROFISSIONAL	UNIDADE

Responsável:



**APÊNDICE IX: DIAPOSITIVOS DA APRESENTAÇÃO DO PROJETO DE
ESTÁGIO AO SERVIÇO DE MFR**

Intervenções de Enfermagem de Reabilitação na Mulher com Disfunção do Pavimento Pélvico

Projeto de Estágio

12º Curso de Mestrado em Enfermagem na Área de Especialização em Enfermagem de Reabilitação



Vitória Esquível

Professora Orientadora: Vanda Lopes da Costa

Lisboa, 2022

SUMÁRIO

- Apresentação do Projeto
- Disfunção do Pavimento Pélvico (DPP)
 - Anatomofisiologia
 - Funções do Pavimento Pélvico
 - Fatores de Risco de DPP
 - Sinais e Sintomas
- Pertinência da Temática
- Intervenções de Enfermagem de Reabilitação na Mulher com DPP
 - Apreciação
 - Intervenções
- Considerações Finais

APRESENTAÇÃO DO PROJETO

Duração do Ensino Clínico: 8 semanas

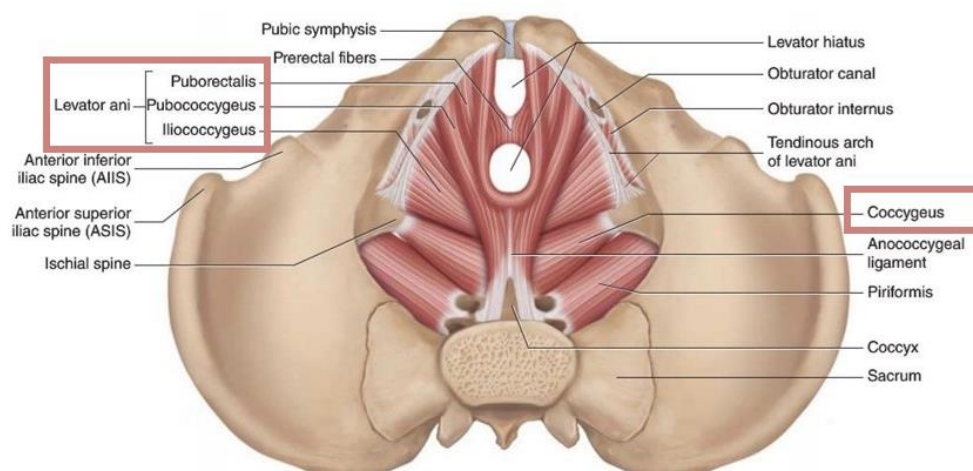
Objetivos:

- 1 Integrar as dinâmicas organizacionais e funcionais dos locais de Ensino Clínico
- 2 Colaborar com a equipa interdisciplinar contribuindo para a melhoria da qualidade dos cuidados prestados
- 3 Demonstrar competências de prestação de cuidados de enfermagem de reabilitação à pessoa com alterações motoras, sensoriais, cognitivas, cardíacas, respiratórias e alimentação;
- 4 Desenvolver competências de prestação de cuidados de enfermagem de reabilitação à mulher com disfunção do pavimento pélvico
- 5 Avaliar o desenvolvimento de competências à luz dos objetivos traçados



DISFUNÇÃO DO PAVIMENTO PÉLVICO

ANATOMOFISIOLOGIA



<https://www.acsm.org/blog-detail/acsm-certified-blog/2019/04/12/pelvic-floor-dysfunction-training-advice>

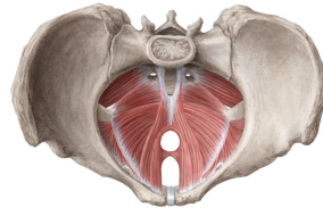
(VanPutte et al., 2017)



DISFUNÇÃO DO PAVIMENTO PÉLVICO

FUNÇÕES DO PAVIMENTO PÉLVICO

- Suporte dos órgãos internos
- Estabilidade da coluna e pélvis
- Gravidez e parto
- Continência urinária e intestinal
- Função sexual



Fonte: <https://www.kenhub.com/en/library/anatomy/muscles-of-the-pelvic-floor>

FATORES DE RISCO DE DPP

- Gravidez, parto
- Obstipação
- Obesidade
- Tosse
- Exercício de elevado impacto
- Envelhecimento

M
U
L
H
E
R

(Yates, 2019a; Milsom et al., 2017; Carteiro, Godinho & Rodrigues, 2017)



DISFUNÇÃO DO PAVIMENTO PÉLVICO

SINAIS E SINTOMAS

Hipotonia

- Incontinência urinária e/ou fecal:
 - Incontinência de esforço, urgência urinária ou mista, bexiga hiperativa;
 - Perda fecal ou urgência fecal;
- Prolapso dos órgãos pélvicos - anterior, posterior ou vaginal:
 - Sensação de peso, arrastamento, dor/desconforto; falta de sensibilidade nas relações sexuais.

Hipertonia

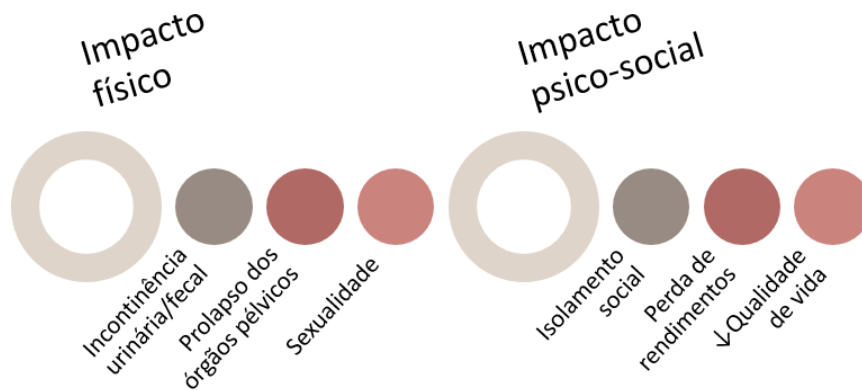
- Obstipação, sensação de plenitude, disúria, dispareunia, dor pélvica.

(Yates, 2019a; Faubion, Shuster & Bharucha, 2012)



PERTINÊNCIA DA TEMÁTICA

IMPACTO NA MULHER



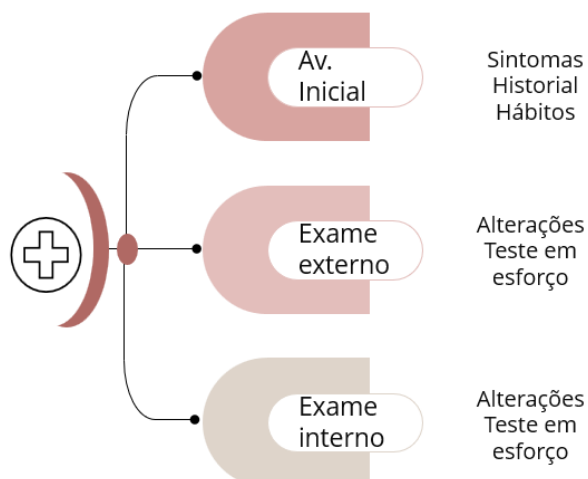
ÁREA PRIORITÁRIA DE INVESTIGAÇÃO - OE

(Yates, 2019a; Verbeek & Hayward, 2019; MCEER, 2015)



INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM DE REABILITAÇÃO NA MULHER COM DPP

Apreciação



Box 7.4.

The modified Oxford scale

Grade 0: no discernible PFM contraction.
Grade 1: a flicker, or pulsing under the examining finger- a very weak contraction.
Grade 2: a weak contraction - an increase in tension in the muscle without any discernible lift or squeeze.
Grade 3: a moderate contraction- characterised by a degree of lifting of the posterior vaginal wall and squeezing on the base of the finger (pubovisceralis) with in-drawing of the perineum. A grade 3 or higher grade contraction are generally discernible on visual perineal inspection.
Grade 4: a good PFM contraction producing elevation of the posterior vaginal wall against resistance and in-drawing of the perineum. If two fingers (index and middle) are placed laterally and/or vertically in the vagina and separated, a grade 4 contraction can squeeze them together against resistance.
Grade 5: a strong contraction of the PFM; strong resistance can be given against elevation of the posterior vaginal wall and approximation of the index and middle fingers as above.

(Yates, 2019b; Davis, 2010; Laycock, Whelan & Dumoulin, 2008)



INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM DE REABILITAÇÃO NA MULHER COM DPP

Intervenções

Intervenções comportamentais



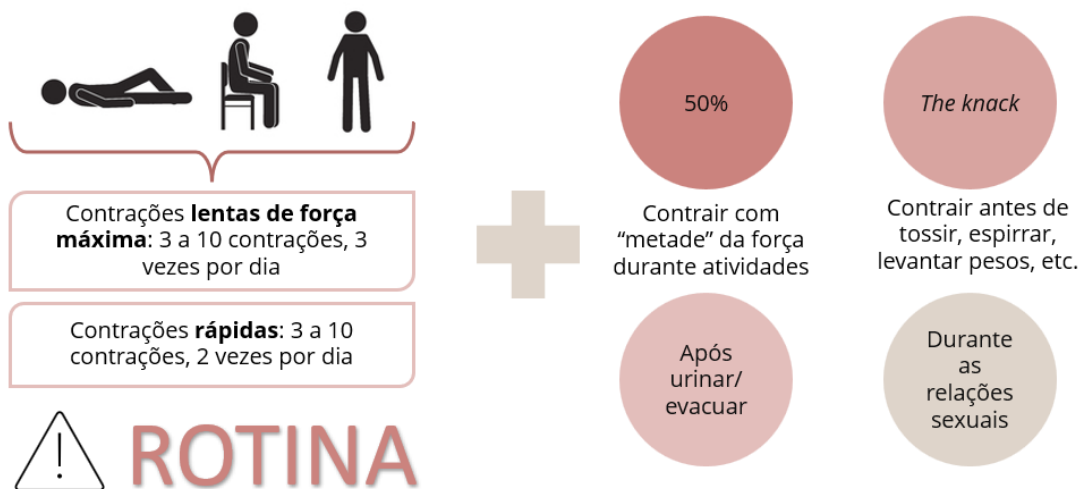
(POGP, 2018; Tian et al., 2018; Faubion, Shuster & Bharucha, 2012, Richardson et al., 2009)



INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM DE REABILITAÇÃO NA MULHER COM DPP

Intervenções

Fortalecimento muscular - ↑ força, coordenação e resistência



(Yates, 2019b)



INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM DE REABILITAÇÃO NA MULHER COM DPP

Intervenções

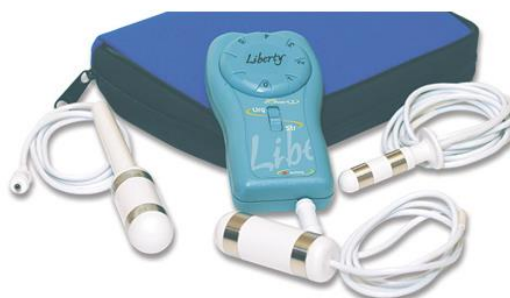
Fortalecimento muscular

Biofeedback



<https://www.farmacia-internacional.net/pt/ginecologico-produtos-vaginal/1889-ladysystem-conos-vaginales.html>

Eletroestimulação

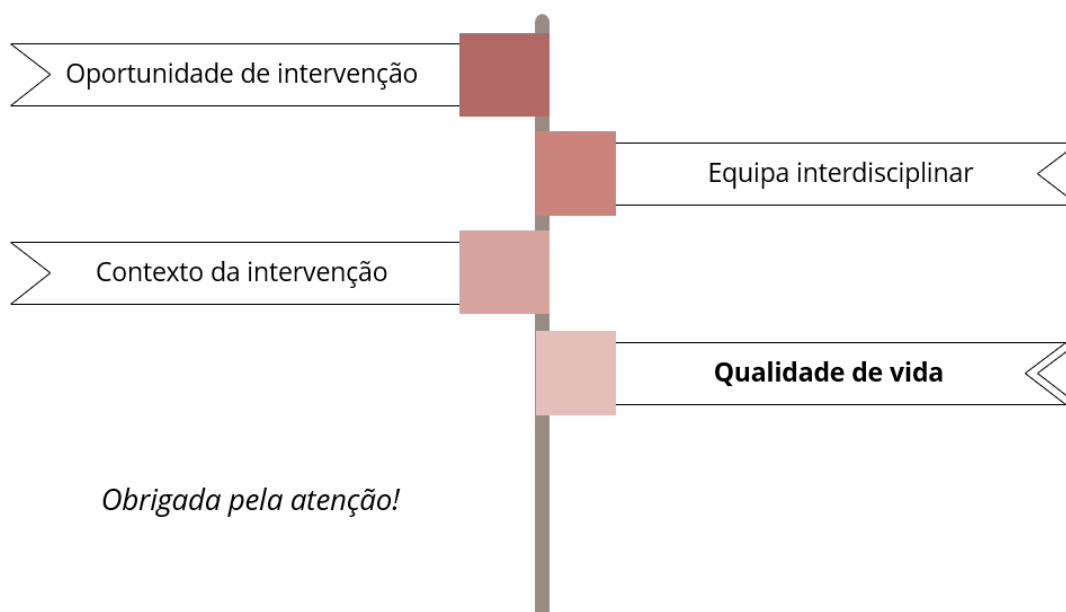


<http://www.utahmed.com/pelvic-floor-stimulation-uro.html>

(Richardson et al., 2009; Haslam, 2008; POGP, 2018; Yates, 2019b; Arnouk et al., 2017)



CONSIDERAÇÕES FINAIS



REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Arnouk, A., De, L., Rehfuss, A., Cappadocia, C., Dickson, S. & Lian, F. (2017). Physical, Complementary, and Alternative Medicine in the Treatment of Pelvic Floor Disorders. *Current Urology Reports*, 18 (47), 1-13.
- Carteiro, D.; Godinho, F. & Rodrigues, M. L. (2017). Os Contributos do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação no Cuidado Durante a Gravidez e Após o Parto. In Marques-Vieira, C. & Sousa, L. (Coord.), *Cuidados de Enfermagem de Reabilitação à Pessoa ao Longo da Vida* (pp.289-296) Loures: Lusodidacta.
- Davis, K. (2010). Pelvic floor dysfunction: causes and assessment. *Practice Nursing*, 21 (7), 340-346.
- Faubion, S., Shuster, L. & Bharucha, A. (2012). Recognition and Management of Nonrelaxing Pelvic Floor Dysfunction. *Mayo Clinic Proceedings*, 87 (2), 187-19.
- Haslam, J. (2008). Pelvic Floor Muscle Exercise in the Treatment of Urinary Incontinence. In Haslam, J. & Laycock, J. (E.) *Therapeutic Management of Incontinence and Pelvic Pain: Pelvic Organ Disorders* (2nd ed.) (pp. 89-94). London: Springer.
- Laycock, J., Whelan, M. M. & Dumoulin, C. (2008). Patient Assessment. In Haslam, J. & Laycock, J. (E.) *Therapeutic Management of Incontinence and Pelvic Pain: Pelvic Organ Disorders* (2nd ed.) (pp. 57-66). London: Springer.
- Mesa do Colégio de Especialidade de Enfermagem de Reabilitação (2015). *Áreas Investigação Prioritárias para a Especialidade de Enfermagem de Reabilitação*. Mesa do Colégio de Especialidade de Enfermagem de Reabilitação.
- Milsom, I., Altman, D., Cartwright, R., Lapitan, M., Nelson, R., Sjöström, S., ... Tikkinen, K. (2017). Epidemiology of Urinary Incontinence (Ui) and Other Lower Urinary Tract Symptoms (Luts), Pelvic Organ Prolapse (Pop) And Anal (Ai). In Abrams, P., Cardozo, L., Wagg, A. & Wein, A. (Ed.) *Incontinence*. (pp.1-141) Tokyo: ICUD.



REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Ordem dos Enfermeiros. (2015). Regulamento dos Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem de Reabilitação. *Diário da República*, 2ª série, nº 119, 16655-16660. https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/legislacao/Documents/LegislacaoOE/RegulamentoPadQualidadeCuidEspecializEnfReabilitacao_DRJun2015.pdf
- Pelvic Obstetric & Gynaecological Physiotherapy (2018). *The Pelvic Floor Muscles – a Guide for Women*. Disponível em: https://pogp.csp.org.uk/system/files/publication_files/POGPPelvicFloor%20%28UL%29.pdf
- Richardson, K., Hagen, S., Glazener, C. & Strak, D. (2009). The Role of Nurses in the Management of Women with Pelvic Organ Prolapse. *British Journal of Nursing*, 18 (5), 294-300.
- Tian, T., Budgett, S., Smallldridge, J., Hayward, L., Stinear, J. & Kruger, J. (2018). Assessing Exercises Recommended for Women at Risk of Pelvic Floor Disorders Using Multivariate Statistical Techniques. *International Urogynecology Journal*, 29, 1447- 1454.
- VanPutte, C., Regan, J., Russo, A., Seeley, R., Stephens, T. & Tate, P. (2017). *Seeley's Anatomy & Physiology* (11th ed.). New York: McGraw Hill Education.
- Verbeek, M. & Hayward, L. (2019). Pelvic Dysfunction and its Effects on Quality of Sexual Life. *Sexual Medicine Reviews*, 7 (4), 559-564.
- Yates, A. (2019a). Female Pelvic Floor 1: Anatomy and Pathophysiology. *Nursing Times*, 115 (5), 18-21.
- Yates, A. (2019b). Female Pelvic Floor 2: Assessment and Rehabilitation. *Nursing Times*, 115 (6), 30-33.

Diagramas obtidos via: <https://www.freepik.com/>; <https://slidesgo.com/>



APÊNDICE X: POSTER “INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM DE REABILITAÇÃO NA MULHER COM DISFUNÇÃO DO PAVIMENTO PÉLVICO” APRESENTADO NO NO WEBINAR “PROJETOS, PERCURSOS E DESAFIOS PARA A ENFERMAGEM DE REABILITAÇÃO”

Intervenções de Enfermagem de Reabilitação na Mulher com Disfunção do Pavimento Pélvico



Esquível, V.; Lopes da Costa, V.

Introdução

A disfunção do pavimento pélvico (DPP) na mulher acarreta consequências como a incontinência urinária e/ou fecal, prolapso dos órgãos pélvicos e a nível da sexualidade¹.

Objetivo

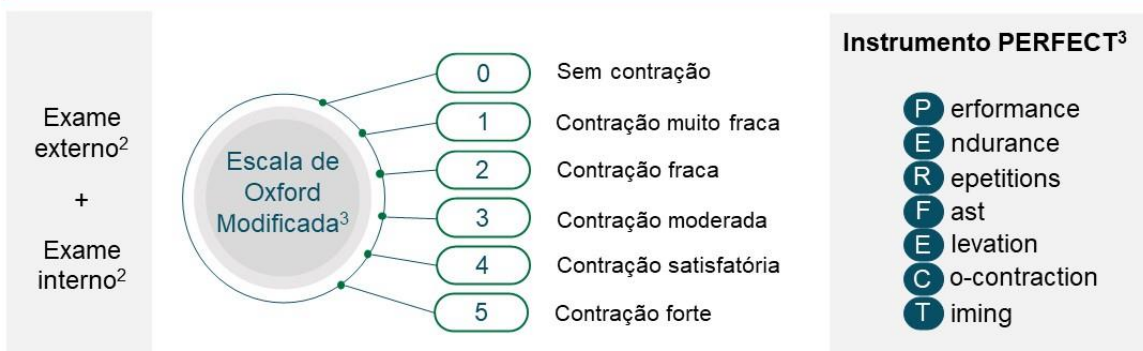
Identificar a evidência científica existente sobre as intervenções de enfermagem de reabilitação na mulher com DPP.

Metodologia

Revisão narrativa da literatura, através das bases de dados CINAHL e MEDLINE via plataforma EBSCO, complementada por literatura não publicada e manuais de referência.

Resultados/Discussão

APRECIACÃO



INTERVENÇÃO

INTERVENÇÕES COMPORTAMENTAIS

- Gestão da obstipação⁴
- Gestão do peso⁴
- Adaptação do exercício físico⁵
- Relaxamento⁴
- Cessação tabágica⁴

FORTELECIMENTO MUSCULAR

- Fortalecimento muscular do pavimento pélvico^{2,4}
- Exercícios abdominais hipopressivos⁶

ELETROESTIMULAÇÃO

- Via superficial ou por sonda⁷
- Carece de investigação⁸

BIOFEEDBACK

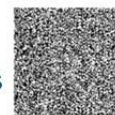
- Via digital/manual⁷
- Cones vaginais⁹

Quadro 1: Intervenções de Enfermagem de Reabilitação na Mulher com Disfunção do Pavimento Pélvico

Considerações Finais

A enfermagem de reabilitação encontra na DPP uma oportunidade de intervenção, validada pelas competências e padrões de qualidade definidas para estes cuidados.

Referências Bibliográficas



**APÊNDICE XI: ESTUDO DE CASO – CONTEXTO HOSPITALAR, CONSULTA DE
ENFERMAGEM DE REABILITAÇÃO PELVIPERINEAL**

**12º Curso de Mestrado em Enfermagem
Área de Especialização em Enfermagem de
Reabilitação**

Estágio com Relatório

**Estudo de Caso – Contexto Hospitalar, Consulta de
Enfermagem de Reabilitação Pelviperineal**

Discente:

Vitória Maria Cabral Inglês Esquível nº 5077



**Lisboa
Fevereiro 2021**

**12º Curso de Mestrado em Enfermagem
Área de Especialização em Enfermagem de
Reabilitação**

Estágio com Relatório

**Estudo de Caso – Contexto Hospitalar, Consulta de
Enfermagem de Reabilitação Pelviperineal**

Discente:

Vitória Maria Cabral Inglês Esquível nº 5077

Prof. Vanda Lopes da Costa

**Lisboa
Fevereiro 2021**



LISTA DE SIGLAS

CERP – Consulta de Enfermagem de Reabilitação Pelviperineal

EC – Ensino Clínico

EEER – Enfermeiro/a Especialista em Enfermagem de Reabilitação

NICE - National Institute for Health and Care Excellence

RLT – Roper-Logan-Tierney

RNAO - Registered Nurses' Association of Ontario

ÍNDICE

INTRODUÇÃO.....	265
1. APRECIÇÃO	266
1.1. Identificação	266
1.2. Antecedentes de Saúde	266
1.2.1. História Obstétrica e Ginecológica.....	266
1.3. História de Doença Atual.....	267
1.4. Apreciação das Atividades de Vida	268
1.5. Síntese da Apreciação	270
2. PLANO DE CUIDADOS DE ENFERMAGEM DE REABILITAÇÃO	272
CONSIDERAÇÕES FINAIS	279
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	281

ANEXOS

Anexo I: Diário Miccional

Anexo II: Escala de Ditrovie-10

INTRODUÇÃO

No âmbito do Curso de Mestrado em Enfermagem na Área de Especialização em Enfermagem de Reabilitação está a decorrer o ensino clínico (EC) no Serviço de Medicina Física e Reabilitação de um hospital da região de Lisboa. Este estágio contempla a frequência da consulta de enfermagem de reabilitação pelviperineal (CERP), realizada por uma enfermeira especialista em enfermagem de reabilitação (EEER), tendo sido selecionada uma utente para acompanhamento e realização do estudo de caso.

Para a concretização do presente documento foi realizada a consulta da informação clínica da utente em processo informatizado, na plataforma *SClínico*. Foram realizadas consultas em contexto de estágio, na qual foi feita observação e registo do observado, sendo complementado por consulta bibliográfica que incidiu em *guidelines* internacionais (identificadas ao longo do texto), para dar resposta às necessidades de reabilitação da utente.

Este documento divide-se em duas partes. Uma primeira respeitante à apreciação da utente, incluindo a sua identificação, antecedentes de saúde, com destaque para a história obstétrica e ginecológica e história de doença atual. Para apresentar a apreciação realizada em consulta de enfermagem foi realizada uma avaliação das atividades de vida de acordo com o Modelo de Enfermagem Roper-Logan-Tierney (RLT), fazendo-se uma síntese da apreciação realizada. De seguida será apresentado um plano de intervenção com base nos diagnósticos de enfermagem, resultados esperados, intervenções aplicadas e avaliação da intervenção. Para a construção do plano de cuidados recorreu-se à taxonomia NANDA (Doenges et al., 2019) para elaboração dos diagnósticos, NOC (Moorhead, 2018) para elaboração dos resultados e NIC (Butcher et al., 2018) para identificação das intervenções de enfermagem. De ressaltar que a utilização destes documentos é adaptada, uma vez que foi realizada uma tradução livre dos mesmos e foram contempladas intervenções não incluídas na taxonomia. Por fim serão realizadas algumas considerações finais centradas nas aprendizagens desenvolvidas com a realização deste documento e a prestação de cuidados de enfermagem de reabilitação no âmbito do EC.

1. APRECIÇÃO

1.1. Identificação

Nome: A. M.	Nome pelo qual prefere ser tratada: D. A.
Sexo: feminino	Género: feminino
Data de nascimento: --/--/1968	Idade: 53 anos
Estado civil: casada	Profissão: empregada de comércio
Situação profissional: ativa	

Data de admissão na CERP: 03-01-2022.

1.2. Antecedentes de Saúde

Nega antecedentes, cirurgias e medicação habitual. Nega alergias medicamentosas ou terapêutica farmacológica habitual. Nega hábitos tabágicos ou consumo de outras substâncias. Como antecedentes familiares refere que o pai apresentava doença cardiovascular (não específica) e neoplasia intestinal.

1.2.1. História Obstétrica e Ginecológica

No que respeita à história obstétrica e ginecológica a utente refere que a menarca foi aos 13 anos, apresentando ciclos menstruais regulares, com cataménios durante 3 a 4 dias e dismenorreia intensa no início da menstruação. Iniciou menopausa aos 50 anos, sem terapêutica hormonal de substituição, iniciando estriol creme na consulta de menopausa em maio de 2021. Teve duas gravidezes com dois partos de termo eutócicos,

com períneo íntegro em ambos os partos. O peso dos recém-nascidos foi 3400 g e 3300 g. Nega perdas urinárias na gravidez e no pós-parto.

1.3. História de Doença Atual

Em setembro de 2020 iniciou queixas de sensação de massa no introito vaginal, bem como episódios de urgência urinária seca. Em maio de 2021, em consulta de menopausa num outro hospital de Lisboa, verificou-se que apresentava cistocelo grau II. No exame objetivo observou-se ainda que apresentava stress teste positivo em jato que melhorou com estabilização uretral, demonstrando hiper mobilidade uretral.

Em julho de 2021 realizou uma ecografia pélvica endovaginal que revelou espessamento da linha endometrial com pequenas imagens quísticas e mioma com 18 mm. Este exame foi apreciado em consulta de uroginecologia em setembro de 2021, bem um doppler na qual se identificou descida do colo vesical, avulsão parcial bilateral do músculo levantador do ânus, prolapso dominante do compartimento anterior G3 e médio G2, sem defeitos a nível posterior. Nesta consulta a utente assinou também o consentimento informado para realização de histerectomia vaginal assistida por laparoscopia, anexectomia esquerda, salpingectomia direita, procedimento McCall e plastia anterior.

A primeira consulta médica de reabilitação pelvi-perineal foi realizada a 21-09-2021, sendo referenciada por prolapso dos órgãos pélvicos e incontinência urinária a grandes esforços. Nesta consulta foi entregue diário miccional (Anexo I) que foi analisado em consulta médica posterior a 02-11-2021. Mediante a avaliação em consulta ficou pendente a eventual realização de um estudo urodinâmico. Foi então referenciada para a CERP para realização de terapia comportamental, manobras de distração e fortalecimento da musculatura do pavimento pélvico.

1.4. Apreciação das Atividades de Vida

Até à data de entrega do presente estudo de caso foram realizadas duas consultas de enfermagem à utente. A primeira foi realizada a 03-01-2022 e a consulta de seguimento a 26-01-2022. Na segunda consulta a utente informou que a cirurgia já está agendada, pelo que se suspende acompanhamento na CERP até após a realização da mesma.

Neste capítulo será descrita a apreciação de enfermagem realizada nas consultas referidas. Os instrumentos de avaliação aqui incluídos nas diversas dimensões foram alvo de seleção uma vez que são os utilizados na consulta. No âmbito deste caso clínico recorreu-se ao Modelo de Enfermagem RLT⁵ (Roper, Logan & Tierney, 1996) como forma de apreciação das atividades de vida, explanando as dimensões que se considera apresentarem alterações.

Manter um ambiente seguro

Não foram identificadas alterações nesta atividade de vida.

Comunicar

Não foram identificadas alterações nesta atividade de vida.

Respirar

Não foram identificadas alterações nesta atividade de vida.

Comer e beber

Após consulta do diário miccional observou-se que a utente ingere cerca de 1,5 litros de água por dia fracionadamente. Ingere também 2 a 3 cafés por dia.

⁵ A escolha do Modelo de Enfermagem RLT prende-se com a continuidade da sua exploração no âmbito do Projeto de Estágio, realizado no 2º semestre do Curso de Mestrado em Enfermagem na Área de Especialização em Enfermagem de Reabilitação. Nesse documento observou-se que a utilização deste modelo é pertinente no âmbito dos cuidados de enfermagem de reabilitação.

Observou-se que a utente tem 1,50 metros de altura e pesa 65 kg, tendo um índice de massa corporal de 28,8 kg/m², indicando pré-obesidade (Governo da República Portuguesa – Ministério da Saúde, 2019).

Eliminar

Na primeira consulta médica de reabilitação pelviperineal realizada a 21-09-2021 foi entregue diário miccional que foi preenchido pela utente e revisto novamente em consulta médica no dia 02-11-2021. Observou-se que apresentou maior frequência urinária no período da manhã com intervalos por vezes de 1 hora entre micções e volumes de 150-200 ml. Já no período da tarde apresenta intervalos de 4 a 5 horas entre micções. Urina cerca de 8 vezes por dia, não urinando no período noturno. Apresenta cerca de 5 a 6 episódios de urgência por dia, não associados a perdas urinárias. A utente refere ser capaz de controlar os episódios de urgência urinária, recorrendo a manobras de distração com eficácia. Refere que estes episódios são exacerbados em situações de stress, sobretudo quando está mais preocupada com os filhos ou outras situações familiares. Refere também que quando urina após o episódio de urgência, aparentemente a quantidade de urina é inferior ao esperado.

Nega perdas com esforços como mudanças de posição, marcha, tosse, espirro ou agachamentos. Refere que as perdas estão associadas apenas a grandes esforços (como saltos ou levantamento de pesos) e bexiga cheia. Não tem historial de infeções do trato urinário. Utiliza como dispositivos absorventes um penso diário, habitualmente seco ao final do dia.

Na primeira CERP foi também entregue para preenchimento a Escala de Ditrovie-10 (Anexo II). De acordo com a análise da mesma, o score apresentado corresponde a um utente pouco incomodado nas suas atividades.

No que respeita à eliminação intestinal a utente refere que apresenta um padrão irregular, apresentando obstipação por períodos. Refere que não tem um horário regular para evacuar, uma vez que de manhã acorda cedo para ir trabalhar e ao final do dia está bastante ocupada com as tarefas domésticas.

Higiene pessoal e vestir-se

A utente não apresenta dificuldades na satisfação desta atividade de vida. Conforme referido previamente utiliza um penso diário de proteção, que está habitualmente seco

ao final do dia. Perante um episódio de perda urinária a utente é capaz de proceder à troca do dispositivo de proteção sem dificuldades.

Controlar a temperatura do corpo

Não foram identificadas alterações nesta atividade de vida.

Mobilizar-se

Não foram identificadas alterações nesta atividade de vida.

Trabalhar e distrair-se

A utente refere que é empregada de comércio, o que implica passar várias horas em pé e fazer esforços leves.

Exprimir a sexualidade

A utente mantém vida sexual ativa, negando dispareunia e coitorragias. Utiliza como método anticoncepcional o preservativo.

Dormir

A utente mantém um padrão de sono satisfatório e refere que as queixas urinárias não interferem no mesmo.

Morrer

Não foram identificadas alterações nesta atividade de vida.

1.5. Síntese da Apreciação

Através da consulta do processo clínico da utente e da apreciação realizada na primeira CERP, foi possível identificar áreas de intervenção relevantes para a enfermagem de reabilitação. Estas incidem, como expectável, sobretudo nas alterações relacionadas com a eliminação.

Um dos motivos pelo qual a utente foi referenciada para a CERP relaciona-se com as queixas de incontinência urinária de esforço. Na apreciação em consulta verificou-se que a utente apresenta perdas a grandes esforços quando se encontra com a bexiga cheia, demonstrando hábitos de eliminação ineficazes, permanecendo mais de 3 horas sem urinar (Dumoulin et al., 2017) e enfraquecimento dos músculos do pavimento pélvico. Embora a utente tenha sido referenciada inicialmente para a CERP por queixas de incontinência urinária de esforço, observa-se que a utente apresenta queixas de urgência urinária, apesar de adotar já estratégias para controlo das mesmas. Estas estão também relacionadas os com hábitos de eliminação ineficazes como permanecer mais de 3 horas sem urinar ou urinar com intervalos de 1 hora, eventualmente agravadas pelo consumo de cafeína (National Institute for Health and Care Excellence (NICE), 2021).

Apesar de não se terem identificado alterações da integridade cutânea, considera-se que existe risco de desenvolvimento das mesmas quer relacionado com episódios de incontinência, quer com o uso prolongado de produtos absorventes.

Observou-se também que a utente apresenta um padrão de eliminação intestinal irregular, sendo esta uma área na qual é importante intervir na CERP pelo risco de obstipação, com potencial agravamento da sintomatologia urinária.

2. PLANO DE CUIDADOS DE ENFERMAGEM DE REABILITAÇÃO

De seguida será apresentado o plano de cuidados de enfermagem de reabilitação, destacando os diagnósticos levantados em função da apreciação realizada, os resultados esperados e as intervenções implementadas. A secção destinada à avaliação destacará apenas alguns aspetos nos quais se tenha verificado uma evolução entre a primeira e a segunda consultas.

Data: 03-01-2022

Diagnóstico:	Risco de incontinência urinária de urgência , relacionado com fatores psicológicos (stress), hábitos de eliminação vesical ineficazes (intervalos entre micções superiores a 3 horas) e consumo de cafeína (2 a 3 cafés por dia).
Resultados esperados:	<ul style="list-style-type: none">• Ausência de episódios de incontinência urinária de urgência;• Demonstração de conhecimentos e implementação correta do treino vesical.

Intervenções:

- Avaliar o padrão de eliminação vesical, aplicando um diário miccional durante pelo menos 3 dias, contemplando dias de trabalho e de descanso (Registered Nurses' Association of Ontario (RNAO), 2020);
- Estabelecer o intervalo inicial do treino vesical com base no intervalo mais longo entre micções identificado no diário miccional – 3 horas (Dumoulin et al., 2017);
- Sugerir o uso de alarmes no telemóvel para recordar a importância de não ultrapassar os intervalos de 3 horas entre micções (Rigby, 2005);
- Incentivar a utente a urinar imediatamente após despertar e antes de se deitar (Burgio & Goode, 2008);

- Incentivar a utente a ingerir cerca de 1,5 a 2 litros de água por dia (RNAO, 2020);
- Reforçar a importância da ingestão hídrica polifraccionada, sobretudo no período diurno, evitando a ingestão de líquidos ao final do dia (cerca das 19 horas);
- Fornecer um diário miccional preenchido com um exemplo de esquema de ingestão hídrica e horários de micções ideais;
- Ensinar à utente estratégias de adiamento da micção num episódio de urgência urinário como permanecer imóvel, cruzar as pernas, realizar a contração dos músculos do pavimento pélvico, distrair-se com atividades como realizar um telefonema ou ler, respirações profundas, relaxamento e pensamentos de afirmação (“eu controlo a minha vontade de urinar”) (Burgio & Goode, 2008; Sandwell and West Birmingham Hospitals, 2014);
- Instruir a utente a caminhar a um passo normal para a casa de banho após um episódio de urgência (Burgio & Goode, 2008; Sandwell and West Birmingham Hospitals, 2014);
- Incentivar a redução da ingestão de cafeína durante 3 a 5 dias e verificar se observa melhoria dos sintomas, motivando-a a implementar uma mudança mais duradoura (Burgio & Goode, 2008).

Avaliação:

Na segunda CERP verificou-se que a utente cumpre o planeamento da ingestão hídrica estipulado e o treino vesical, sendo capaz de mobilizar estratégias de adiamento da micção. Não apresenta episódios de incontinência urinária de urgência.

Diagnóstico:	Incontinência urinária de esforço , relacionada com enfraquecimento dos músculos do pavimento pélvico e hábitos de eliminação vesical ineficazes (intervalos entre micções superiores a 3 horas), manifestada por perda involuntária de urina em esforços (saltos ou levantamento de pesos).
Resultados esperados:	<ul style="list-style-type: none">• Ausência de episódios de incontinência urinária de esforço;• Demonstração de conhecimentos e realização adequada das técnicas de fortalecimento dos músculos do pavimento pélvico.

Intervenções:

- Avaliar a força de contração dos músculos do pavimento pélvico de acordo com a Escala de Oxford Modificada;
- Ensinar a importância de um período de repouso de 20 a 30 minutos em decúbito dorsal com almofada na região lombo-sagrada, previamente à realização dos exercícios de fortalecimento do pavimento pélvico;
- Ensinar a realização da respiração diafragmática (Whelan, 2008) e incentivar a realização de 10 repetições diárias, aumentando a frequência de acordo com a tolerância da utente;
- Ensinar as características da forma correta de contrair os músculos do pavimento pélvico, incentivando a utente a promover a consciencialização da sua contração através do *biofeedback* com a introdução de um dedo no canal vaginal (Haslam, 2008);
- Incentivar a realização de 10 contrações dos músculos do pavimento pélvico mantidas durante 5 segundos, diariamente, aumentando a frequência de acordo com a tolerância da utente;
- Incentivar a realização de 10 contrações rápidas dos músculos do pavimento pélvico, diariamente, aumentando a frequência de acordo com a tolerância da utente;
- Incentivar a realização da respiração diafragmática coordenada com a contração da musculatura do pavimento pélvico (Whelan, 2008);

- Incentivar a realização de outros exercícios de fortalecimento do pavimento pélvico como a retroversão-anteversão da bacia e a contração da musculatura mantendo uma bola entre os joelhos;
- Incentivar a utente a realizar a contração da musculatura do pavimento pélvico previamente a um esforço como a tosse, espirro, saltos, entre outros (Marcell et al., 2003);
- Reforçar a importância da adesão ao plano uma vez que se poderão passar semanas ou meses até que se notem melhorias (NICE, 2021);
- Instruir a utente a sentar-se completamente no sanitário ao invés de permanecer numa posição de agachamento, incentivando-a a desinfetar o sanitário ou usar protetores do mesmo em casas de banho públicas (Sandwell and West Birmingham Hospitals, 2014);
- Incentivar a utente a realizar uma atividade física do seu agrado, como caminhadas e minimizar atividades como o levantamento de pesos (RNAO, 2020);
- Solicitar o preenchimento da escala de Ditrovie-10 para avaliação do impacto da incontinência urinária na qualidade de vida (RNAO, 2020);
- Incentivar a utente a realizar os exercícios de fortalecimento do pavimento pélvico mesmo após o fim do acompanhamento em consulta (NICE, 2021).

Avaliação:

Na segunda CERP verificou-se que a utente conhece as técnicas de fortalecimento do pavimento pélvico, sendo capaz de realizar os exercícios corretamente. Também nesta consulta foi ensinada a realização coordenada dos exercícios de fortalecimento da musculatura pélvica com a respiração diafragmática. Não apresentou episódios de incontinência urinária de esforço.

Diagnóstico:	Risco de obstipação , relacionado com hábitos de eliminação intestinal ineficazes (hábitos irregulares e posição inadequada no sanitário).
Resultados esperados:	<ul style="list-style-type: none">• Estabelecimento de padrão de eliminação intestinal regular;• Demonstração de conhecimentos e comportamentos de prevenção da obstipação.

Intervenções:

- Despertar sinais de alarme relacionados com a eliminação intestinal como dor ou hemorragia associados (RNAO, 2020);
- Incentivar a realização de um diário de eliminação intestinal e de ingestão alimentar, identificando alimentos que promovam um trânsito intestinal mais rápido;
- Incentivar a utente a ingerir cerca de 1,5 a 2 litros de água por dia (RNAO, 2020);
- Incentivar a ingestão de fibras na dieta;
- Incentivar a utente a realizar uma atividade física de acordo com a sua preferência, como caminhadas (RNAO, 2020);
- Incentivar a utente a implementar um treino de hábitos, tendo em consideração o reflexo gastrocólico e o seu horário preferencial para evacuar, tendo em conta hábitos prévios, privacidade e tempo disponível (NICE, 2007; Royal College of Nursing, 2019);
- Incentivar a utente a manter hábitos regulares de sono, refeições e eliminação;
- Incentivar a utente a adotar a posição adequada no sanitário, utilizando um banco por baixo dos pés ou elevar os calcanhares, realizando a flexão anterior do tronco, apoiando os antebraços nas costas e mantendo a normal curvatura da coluna (Chiarelli, 2008; Royal College of Nursing, 2019);
- Incentivar a utente a realizar a respiração diafragmática profunda durante a defecação, evitando suster a mesma (Chiarelli, 2008);

- Ensinar a realização da contenção do períneo com a colocação de dois dedos nesta região durante a defecação (Royal College of Nursing, 2019);

Avaliação:

A utente demonstra conhecimentos acerca de medidas de prevenção da obstipação, no entanto mantém padrão de eliminação irregular por dificuldade em manter horários regulares no seu dia-a-dia.

Diagnóstico:	Risco de integridade cutânea comprometida , relacionado com episódios de incontinência urinária e uso diário de dispositivos absorventes.
Resultados esperados:	<ul style="list-style-type: none">• Ausência de compromisso da integridade cutânea.

Intervenções:

- Ensinar a utente a realizar a inspeção da pele, em particular da região peri-uretral e perianal, pelo menos uma vez por dia e a cada mudança de penso absorvente;
- Incentivar a mudança do penso absorvente após episódios de incontinência;
- Incentivar a higiene diária da pele perianal;
- Reforçar que o uso de absorventes é indicado enquanto se aguardam resultados dos tratamentos implementados;
- Incentivar a utente a descontinuar o uso dos produtos absorventes quando já não se verificarem episódios de incontinência urinária, sugerindo a suspensão do seu uso ao fim-de-semana em casa ou quando a utente considere apropriado.

Avaliação:

A utente não apresentou compromisso da integridade cutânea, demonstrando conhecimentos relacionados com a higiene e troca dos produtos absorventes.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

À CERP recorrem mulheres com diversas queixas e problemas relacionados com a disfunção do pavimento pélvico. A utente em estudo apresentava um quadro clínico que permitiu a aplicação de grande parte dos conhecimentos adquiridos por apresentar queixas relacionadas com a eliminação urinária e intestinal, bem como enfraquecimento da musculatura do pavimento pélvico. A consulta do processo clínico e as duas consultas realizadas forneceram dados para uma apreciação completa. Neste contexto observou-se que foi importante treinar a utilização de instrumentos de apreciação específicos como o diário miccional e a Escala de Ditrovie-10, destacando-se esta última por me ser previamente desconhecida.

O plano de intervenção começou a ser implementado na primeira consulta, com continuidade na seguinte, sofrendo ajustes no segundo momento, em função da reapreciação realizada. De destacar que em contexto de consulta a dimensão de discussão e ajuste do plano de intervenção à vontade da utente é dominante, uma vez que a maioria das intervenções implementadas depende muito da motivação da pessoa e adesão ao plano proposto.

Uma das dificuldades sentidas na realização deste estudo de caso prende-se com a impossibilidade de realizar uma avaliação completa das intervenções implementadas. Habitualmente o acompanhamento de um utente na CERP ocorre ao longo de vários meses, tendo sido apenas possível realizar duas consultas à utente com um intervalo de cerca de um mês. Considero que esta é uma limitação já esperada na realização deste trabalho em EC, uma vez que os resultados das intervenções implementadas na mulher com disfunção do pavimento pélvico podem tardar semanas ou meses a evidenciar-se (NICE, 2021).

Conquanto a CERP seja um contexto de prestação de cuidados muito direcionado a problemas específicos, a apreciação do enfermeiro não pode deixar de ser abrangente. Embora as queixas com que a utente se apresentou na consulta sejam do foro da eliminação, o EEER deve apreciar as restantes atividades de vida, uma vez que muitas destas terão certamente influência no motivo de admissão na consulta. Foi assim

facilitador recorrer ao Modelo de Enfermagem de RLT, permitindo uma apreciação sistemática, holística, individualizada e centrada na pessoa como base para o desenho de um plano de cuidados (Williams, 2015).

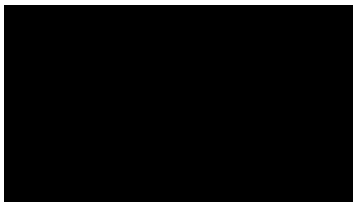
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Burgio, K. L. & Goode, P. S. (2008). Bladder Training and Behavioural Training. In Haslam, J. & Laycock, J. (E.) *Therapeutic Management of Incontinence and Pelvic Pain: Pelvic Organ Disorders* (2nd ed.) (pp. 127-131). London: Springer.
- Butcher, H., Bulechek, G., Dochterman, J. & Wagner, C. (2018). *Nursing Interventions Classification (NIC)* (7th ed). St. Louis, Missouri: Elsevier.
- Chiarelli, P. E. (2008). Constipation. In Haslam, J. & Laycock, J. (E.) *Therapeutic Management of Incontinence and Pelvic Pain: Pelvic Organ Disorders* (2nd ed.) (pp. 213-222). London: Springer.
- Doenges, M., Moorhouse, M. & Murr, A. (2019). *Nursing Diagnosis Manual: Planning, Individualizing, and Documenting Client Care* (6th ed.). Philadelphia: F. A. Davis Company.
- Dumoulin, C., Adewuyi, T., Booth, J., Bradley, C., Burgio, K., Hagen, S., ... & Williams, K. (2017). Adult Conservative Management. In Abrams, P., Cardozo, L., Wagg, A. & Wein, A. (Ed.) *Incontinence*. (pp.1443-1628) Tokyo: ICUD.
- Governo da República Portuguesa – Ministério da Saúde. (2019, 3 de maio). *Temas da saúde – Obesidade*. <https://www.sns24.gov.pt/tema/doencas-cronicas/obesidade/#sec-3>
- Haslam, J. (2008). Biofeedback. In Haslam, J. & Laycock, J. (E.) *Therapeutic Management of Incontinence and Pelvic Pain: Pelvic Organ Disorders* (2nd ed.) (pp. 105-110). London: Springer.
- Marcell, D., Ransel, S., Schiau, M. & Duffy, E. (2003) Treatment Options Alleviate Female Urge Incontinence. *The Nurse Practitioner*, 28 (2), 48-54.
- Moorhead, S., Swanson, E., Johnson, M. & Maas, M. (2018). *Nursing Outcomes Classification (NOC)* (6th ed.). St. Louis, Missouri: Elsevier.

- National Institute for Health and Care Excellence. (2007). *Faecal incontinence in adults: management*. Disponible em: <https://www.nice.org.uk/guidance/cg49/resources/faecal-incontinence-in-adults-management-pdf-975455422405>
- National Institute for Health and Care Excellence (2021). *Pelvic floor dysfunction: prevention and non-surgical management*. Disponible em: <https://www.nice.org.uk/guidance/ng210/resources/pelvic-floor-dysfunction-prevention-and-nonsurgical-management-pdf-66143768482501>
- Registered Nurses' Association of Ontario. (2020). *A Proactive Approach to Bladder and Bowel Management in Adults* (4th ed.). Disponible em: https://rnao.ca/sites/rnao-ca/files/bpg/Bladder_and_Bowel_Management_FINAL_WEB.pdf
- Rigby, D. (2005) Urinary urge incontinence: causes and management strategies. *British Journal of Community Nursing*, 10 (4), 172-178.
- Roper, N., W. Logan & Tierney, A. (1996). *The Elements of Nursing: A model for nursing based on a model of living* (4th ed.). New York: Churchill Livingstone.
- Royal College of Nursing. (2019). *Bowel Care: Management of Lower Bowel Dysfunction, including Digital Rectal Examination and Digital Removal of Faeces*. Disponible em: <https://www.rcn.org.uk/professional-development/publications/pub-007522>
- Sandwell and West Birmingham Hospitals - NHS (2014). *Bladder Retraining – Information and advice for patients*. Disponible em: <https://www.swbh.nhs.uk/wp-content/uploads/2012/06/Bladder-retraining-ML3615.pdf>
- Whelan, M. M. (2008). Advanced Manual Therapy for the Pelvic Floor. In Haslam, J. & Laycock, J. (E.) *Therapeutic Management of Incontinence and Pelvic Pain: Pelvic Organ Disorders* (2nd ed.) (pp. 95-98). London: Springer.
- Williams, B. (2015). The Roper-Logan-Tierney Model of Nursing: A Framework to Complement the Nursing Process. *Nursing*, 45 (3), 24-6.

ANEXOS

Anexo I: Diário Miccional



Consulta de Reabilitação Pelviperineal

Diário da Bexiga

Nome: _____

Ao preencher este diário da bexiga, na coluna das horas, por favor escreva "cama" quando se for deitar e "acordei" quando acordou.

Bebidas: Escreva a quantidade e o tipo de bebida que bebeu

Micção: Escreva a quantidade de urina (**mililitros**) ou a perda de urina que teve (**perda**). Se urinou e não conseguiu medir (\surd)

Sensação da Bexiga: Descreva o que sentiu quando foi à casa de banho, utilizando o código abaixo:

0- Se não teve qualquer sensação de necessidade de urinar, mas urinou por "razões sociais", por exemplo, mesmo antes de sair, ou incerto sobre onde era a próxima casa de banho.

1- Se teve uma vontade normal de urinar e nenhuma urgência. A "Urgência" é diferente das sensações normais da bexiga, e é a vontade de urinar súbita, compulsiva, que é difícil de adiar, ou uma sensação repentina de que precisa urinar e de que se não o fizer vai ter um acidente.

2- Se teve urgência mas já tinha passado antes de chegar à casa de banho.

3- Se teve urgência mas conseguiu chegar à casa de banho, ainda com urgência, mas sem perda de urina

4- Se teve urgência e não conseguiu chegar à casa de banho a tempo, por isso teve uma perda de urina.

Pensos/ Fraldas : Se puser ou mudar um penso/ fralda ponha um \surd na coluna dos pensos / fraldas

Exemplo de preenchimento:

Hora	Bebidas		Micção ou Perda	Sensação da bexiga	Pensos e Fraldas
	Quantidade	Tipo			
6:00 Acordei			350ml	2	
7:00	300ml	Chá			
8:00			\surd	2	
9:00					
10:00	200ml	Água	Perda	3	\surd



Consulta de Reabilitação Pelviperineal

Diário da Bexiga

Nome: _____

Dia 1 Data: __/__/__

Hora	Bebidas		Micção ou Perda	Sensação da Bexiga	Penso ou Fralda
	Quantidade	Tipo			
Meia- Noite					
01:00					
02:00					
03:00					
04:00					
05:00					
06:00					
07:00					
08:00					
09:00					
10:00					
11:00					
Melo-dia					
13:00					
14:00					
15:00					
16:00					
17:00					
18:00					
19:00					
20:00					
21:00					
22:00					
23:00					



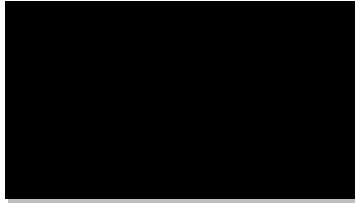
Consulta de Reabilitação Pelviperineal

Diário da Bexiga

Nome: _____

Dia 2 Data: ___/___/___

Hora	Bebidas		Micção ou Perda	Sensação da Bexiga	Penso ou Fralda
	Quantidade	Tipo			
Mela- Noite					
01:00					
02:00					
03:00					
04:00					
05:00					
06:00					
07:00					
08:00					
09:00					
10:00					
11:00					
Melo-dia					
13:00					
14:00					
15:00					
16:00					
17:00					
18:00					
19:00					
20:00					
21:00					
22:00					
23:00					



Consulta de Reabilitação Pelviperineal

Diário da Bexiga

Nome: _____

Dia 3 Data: __/__/__

Hora	Bebidas		Micção ou Perda	Sensação da Bexiga	Penso ou Fralda
	Quantidade	Tipo			
Mela- Noite					
01:00					
02:00					
03:00					
04:00					
05:00					
06:00					
07:00					
08:00					
09:00					
10:00					
11:00					
Melo-dia					
13:00					
14:00					
15:00					
16:00					
17:00					
18:00					
19:00					
20:00					
21:00					
22:00					
23:00					

Anexo II: Escala de Ditrovie-10

Consulta de Reabilitação Pélvi-perineal

Nome _____

Processo _____ Data _____

Escala de Ditrovie

Ao longo das últimas 4 semanas, as suas alterações urinárias:

	Nunca	Um pouco	Moderadamente	Muito	Muitíssimo
(1) Incomodaram-na(o) fora de casa	1	2	3	4	5
(2) Incomodaram-na(o) quando foi às compras	1	2	3	4	5
(3) Incomodaram-na(o) ao levantar pesos	1	2	3	4	5
(4) Obrigaram-na(o) a interromper várias vezes o trabalho ou as actividades do dia-a-dia	1	2	3	4	5

Ao longo das últimas 4 semanas, devido às suas alterações urinárias:

	Nunca	Raramente	Esporádica/	Frequente/	Permanente/
(5) Sentiu-se envergonhada(o) ou inferiorizada(o)?	1	2	3	4	5
(6) Teve receio de cheirar mal?	1	2	3	4	5
(7) Perdeu a paciência?	1	2	3	4	5
(8) Teve receio de sair de casa?	1	2	3	4	5
(9) Foi obrigada(o) a levantar-se várias vezes durante o sono da noite?	1	2	3	4	5

(10) Tendo em conta os problemas urinários, como é que avalia a sua qualidade de vida?

1	2	3	4	5
Excelente				Péssima

SCORE GLOBAL: soma dos scores das 10 questões divididas por 10

Interpretação do Score

1 = Corresponde a um doente pouco incomodado nas suas actividades, psiquismo e sono, tendo uma excelente qualidade de vida

5 = Corresponde a um doente extremamente incomodado nas suas actividades, psiquismo e sono, tendo uma péssima qualidade de vida

ANEXOS

**ANEXO I: CERTIFICADO DE PARTICIPAÇÃO NA FORMAÇÃO EM SERVIÇO
“SUPORTE BÁSICO DE VIDA COM DESFIBRILHAÇÃO AUTOMÁTICA EXTERNA
(GUIDELINES AHA) – HANDS-ON”**

CERTIFICADO DE FORMAÇÃO

Grupo de Formação - [REDACTED]

Certifica-se que a Enfermeira Vitória Maria Cabral Inglês Esquível participou, na qualidade de Formanda, na sessão de formação subordinada ao tema “**SUPORTE BÁSICO DE VIDA COM DESFIBRILHAÇÃO AUTOMÁTICA EXTERNA (Guidelines AHA) – FORMAÇÃO HANDS-ON**”, com a duração de **2 horas**, tendo a mesma decorrido no dia 24 de novembro de 2021 na [REDACTED]

Conteúdos formativos abordados:

- ▶ Enquadramento;
- ▶ Cadeia de Sobrevivência;
- ▶ Suporte Básico de Vida;
- ▶ Suporte Básico de Vida +
Desfibrilhação Automática Externa;
- ▶ Dinâmicas de Equipa;
- ▶ Conteúdos Formativos a reter -
Messages To Take Home

**ANEXO II: CERTIFICADO DE APRESENTAÇÃO DE POSTER NO WEBINAR
“PROJETOS, PERCURSOS E DESAFIOS PARA A ENFERMAGEM DE
REABILITAÇÃO”**

Certificado

Certifica-se que Vitória Esquível e Vanda Lopes da Costa apresentaram um poster intitulado "Intervenções de Enfermagem de Reabilitação na mulher com Disfunção do Pavimento Pélvico" no Webinar: "Projetos, Percursos e Desafios para a Enfermagem de Reabilitação", realizado online no dia 25 de outubro de 2021, com a duração de 7,5h.

A coordenadora do GaFDP

Carla Nascimento

Professora Doutora Carla Nascimento



**ANEXO III: CERTIFICADO DE PARTICIPAÇÃO NO E-CONGRESSO
INTERNACIONAL DE ENFERMAGEM DE REABILITAÇÃO PROMOVIDO PELA
ASSOCIAÇÃO PORTUGUESA DOS ENFERMEIROS DE REABILITAÇÃO**



Associação Portuguesa dos Enfermeiros de Reabilitação

e-CONGRESSO INTERNACIONAL
DE ENFERMAGEM DE REABILITAÇÃO
2-4 DEZ | Transmissão de Gaia/Espinho

21

*Ano Internacional dos
Trabalhadores de Saúde e Cuidadores*

Certifica-se que:

Vitória Maria Cabral Inglês Esquível

esteve presente no

e-Congresso Internacional de Enfermagem de Reabilitação 2021

que decorreu de **2 a 4 de dezembro**, num total de 21 horas.

O Presidente da APER,

Belmiro Rocha
(Belmiro Rocha)

Certificado APER 27916



www.aper.pt

Imagem: Corbis