

Universidade de Évora - Escola Superior de Enfermagem S. João de Deus
Instituto Politécnico de Beja - Escola Superior de Saúde
Instituto Politécnico de Castelo Branco - Escola Superior de Saúde Dr. Lopes Dias
Instituto Politécnico de Portalegre - Escola Superior de Saúde
Instituto Politécnico de Setúbal - Escola Superior de Saúde

Mestrado em Enfermagem

Área de especialização | Enfermagem de Reabilitação

Relatório de Estágio

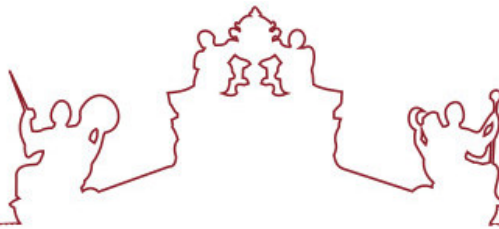
Retenção Urinária na Pessoa com AVC: Protocolo de Reeducação Vesical

Inês Grilo Buinho

Orientador(es) | Gorete Reis

Évora 2022





Universidade de Évora - Escola Superior de Enfermagem S. João de Deus
Instituto Politécnico de Beja - Escola Superior de Saúde
Instituto Politécnico de Castelo Branco - Escola Superior de Saúde Dr. Lopes Dias
Instituto Politécnico de Portalegre - Escola Superior de Saúde
Instituto Politécnico de Setúbal - Escola Superior de Saúde

Mestrado em Enfermagem

Área de especialização | Enfermagem de Reabilitação

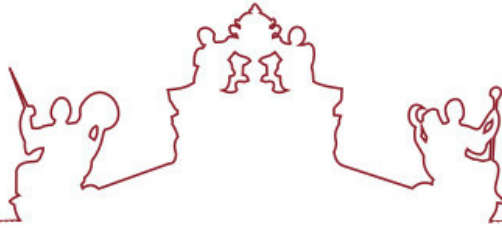
Relatório de Estágio

Retenção Urinária na Pessoa com AVC: Protocolo de Reeducação Vesical

Inês Grilo Buinho

Orientador(es) | Gorete Reis

Évora 2022



O relatório de estágio foi objeto de apreciação e discussão pública pelo seguinte júri nomeado pelo Diretor da Escola Superior de Enfermagem S. João de Deus:

Presidente | Ana Rodrigues (Universidade de Évora)

Vogais | Gorete Reis (Universidade de Évora) (Orientador)
Luís Manuel Mota Sousa () (Arguente)

(página intencionalmente deixada em branco)

“A finalidade da reabilitação inscreve-se na complexidade do ser humano e no que há de aleatório na vida de todas as pessoas.”

(Hesbeen, 2010)

AGRADECIMENTOS

O meu agradecimento a todos os que me acompanharam e permitiram a concretização deste trabalho, em particular:

À Professora Doutora Maria Gorete Mendonça dos Reis pela orientação, disponibilidade, e rigor ao longo de todo o percurso formativo;

À Maria João Marques, pela supervisão, amizade e incentivo;

Aos meus colegas por todo o apoio e colaboração sem os quais não teria sido possível a implementação do projeto;

À minha família, por serem uma fonte inesgotável de amor e apoio incondicional, e em especial à luz da minha vida, a minha filha Leonor, pois tantas vezes ouviu-me dizer “agora a mãe não pode”, e a quem dedico este trabalho.

A todos o meu sincero Obrigado!

RESUMO

O presente Relatório analisa reflexivamente as competências desenvolvidas no mestrado em Enfermagem, realçando-se as de mestre, mas também o aprofundamento das comuns e específicas de especialista em Enfermagem de Reabilitação.

A Enfermagem de Reabilitação assume um papel preponderante na recuperação funcional do doente com AVC, sendo a eliminação urinária umas das áreas comprometidas por esta doença súbita. De entre as atividades desenvolvidas destacamos a atividade major "Retenção Urinária na pessoa com AVC" para a qual criámos um protocolo de reeducação vesical. O protocolo é composto por três passos: algoritmo de decisão clínica, treino de micção estimulada e reeducação da musculatura do pavimento pélvico, através dos exercícios de Kegel.

Após análise dos resultados foi possível verificar a redução da incidência de cateterização vesical na UAVC, expressando ganhos funcionais na eliminação urinária.

Palavras-chave: Retenção Urinária; Protocolo; Enfermagem de Reabilitação.

ABSTRACT

Urinary Retention in Persons with Stroke: Vesical Reeducation Protocol

This report reflectively analyzes the competences developed in the master's degree in Nursing, emphasizing those of a master's degree, but also the deepening of the common and specific competences of a specialist in Rehabilitation Nursing.

Rehabilitation Nursing assumes a leading role in the functional recovery of stroke patients, with urinary elimination being one of the areas compromised by this sudden disease. Among the activities developed, we highlight the major activity "Urinary Retention in Persons with Stroke" for which we created a bladder reeducation protocol. The protocol consists of three steps: clinical decision algorithm, prompted voiding and pelvic floor re-education through Kegel exercises.

After analyzing the results, it was possible to verify the reduction in the incidence of bladder catheterization in UAVC, expressing functional gains in urinary elimination.

Keywords: Urinary Retention; Protocol; Rehabilitation Nursing.

ÍNDICE

INTRODUÇÃO.....	16
1. APRECIACÃO DO CONTEXTO.....	18
1.1. Hospital do Sul do País.....	18
1.1.1. Unidade de AVC	18
2. ESTRATÉGIA DE INTERVENÇÃO PROFISSIONAL.....	21
2.1. Diagnóstico da Situação.....	21
2.2. Fundamentação Teórica.....	22
2.2.1. Acidente Vascular Cerebral.....	22
2.2.2. Retenção Urinária	31
2.2.3. Teoria de Enfermagem do Défice de Autocuidado	40
2.3. Objetivos.....	43
2.4. Metodologia	44
2.4.1. Tipo de Estudo.....	44
2.4.2. População e Amostra do Estudo.....	45
2.4.3. Técnicas e Instrumentos de Recolha de Dados	46
2.4.4. Plano de Intervenção	50
2.4.5. Princípios Éticos	54
2.5. Apresentação e Análise dos Resultados.....	55
2.6. Discussão dos Resultados	74
3. ANÁLISE REFLEXIVA ACERCA DAS COMPETÊNCIAS ADQUIRIDAS E DESENVOLVIDAS.....	80
3.1. Competências Comuns do Enfermeiro Especialista	80
3.2. Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação	84
3.3. Competências de Mestre.....	86
4. CONCLUSÃO	88
5. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	90

ÍNDICE DE APÊNDICES E ANEXOS

APÊNDICE A – Instrumento de Recolha de Dados: Avaliação da Efetividade do Protocolo de Reeducação Vesical.....	CI
--	----

ÍNDICE DE TABELAS

Tabela n.º 1 – Territórios Vasculares e Manifestações Clínicas	29
Tabela n.º 2 – Caracterização da Idade por Escalões Etários	57
Tabela n.º 3 – Diagnóstico.....	58
Tabela n.º 4 – Antecedentes Pessoais	59
Tabela n.º 5 – Tipo de AVC	60
Tabela n.º 6 – Território Vascular Afetado	60
Tabela n.º 7 – Défices Neurológicos Presentes	61
Tabela n.º 8 – Fatores de Risco para a Retenção Urinária Aguda.....	62
Tabela n.º 9 – Tempo de Repouso no Leito	62
Tabela n.º 10 – Local da Cateterização Vesical	63
Tabela n.º 11 – Causa da Cateterização Vesical.....	64
Tabela n.º 12 – Duração da Cateterização Vesical.....	65
Tabela n.º 13 – Agente Infecioso.....	66
Tabela n.º 14 – Escala de Coma de Glasgow	66
Tabela n.º 15 – Avaliação do Estado de Consciência: Escala de Coma de Glasgow.....	67
Tabela n.º 16 – Valores da (In)dependência: Escala de Barthel.....	67
Tabela n.º 17 – Evolução do Nível de (In)dependência: Escala de Barthel	68
Tabela n.º 18 – Avaliação Funcional: Escala de Rankin Modificada.....	68
Tabela n.º 19 – Escala de Rankin Modificada: Alta.....	69

Tabela n.º 20 – Escala de AVC do National Institute of Health (NIHSS)	69
Tabela n.º 21 – Evolução dos Défices Neurológicos (NIHSS)	70
Tabela n.º 22 – Check-List da Realização dos Exercícios de Fortalecimento do Pavimento Pélvico: Caso n.º 5	71
Tabela n.º 23 – Check-List da Realização dos Exercícios de Fortalecimento do Pavimento Pélvico: Caso n.º 6	71
Tabela n.º 24 – Check-List da Realização dos Exercícios de Fortalecimento do Pavimento Pélvico: Caso n.º 8	72
Tabela n.º 25 – Check-List da Realização dos Exercícios de Fortalecimento do Pavimento Pélvico: Caso n.º 12	72

ÍNDICE DE GRÁFICOS

Gráfico n.º 1 – Distribuição da Idade	56
Gráfico n.º 2 – Distribuição Quanto ao Sexo e à Idade.....	57
Gráfico n.º 3 – Antecedentes Pessoais.....	59
Gráfico n.º 4 – Território Vascular Afetado	60
Gráfico n.º 5 – Défices Neurológicos Presentes.....	61
Gráfico n.º 6 – Local da Cateterização Vesical	63
Gráfico n.º 7 – Causa da Cateterização Vesical	64
Gráfico n.º 8 – Duração da Cateterização Vesical.....	65

ÍNDICE DE FIGURAS

Figura n.º 1 – Teoria de Enfermagem do Défice de Autocuidado.....	41
Figura n.º 2 – Protocolo de Reeducação Vesical na Retenção Urinária Aguda	52
Figura n.º 3 – Diagrama da Implementação do Protocolo na UAVC.....	73

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ACM – Artéria Cerebral Média
APA – American Psychological Association
AVC – Acidente Vascular Cerebral
AVD – Atividades de Vida Diárias
CDC – Centro de Controlo e Prevenção de Doenças
CIPE – Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem
CV – Cateterização Vesical
DCV – Doença Vascular Cerebral
EEEC – Enfermeiro Especialista em Enfermagem Comunitária
EEER – Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação
EPE – Entidade Pública Empresarial
HBP – Hiperplasia Benigna da Próstata
HSA – Hemorragia Subaracnoideia
ITU – Infecção do Trato Urinário
NUTS – Nomenclature of Territorial Units for Statistics
OCDE – Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Económico
OMS – Organização Mundial da Saúde
RU – Retenção Urinária
RUA – Retenção Urinária Aguda
SO – Serviço de Observação
SU – Serviço de Urgência
VRP – Volume Residual Pós-Miccional
UAVC – Unidade de AVC
UÉ – Universidade de Évora

INTRODUÇÃO

O presente Relatório elaborado para a obtenção do grau de Mestre em Enfermagem, área de Especialização em Enfermagem de Reabilitação, no âmbito da unidade curricular Relatório Final. Surge na sequência da realização do Estágio Final, contexto de prática clínica, que decorreu na Unidade de AVC de um Hospital do Sul do País, ao longo de 16 semanas, com início a 13 de Setembro de 2021 e término a 14 de Janeiro de 2022.

Este documento tem como objetivos explicitar o trajeto subjacente ao desenvolvimento de competências, comuns e específicas relativas ao Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação, e à aquisição de competências de Mestre, e simultaneamente descrever o desenvolvimento, a implementação e os resultados referentes à atividade major “Retenção Urinária na Pessoa com AVC: Protocolo de Reeducação Vesical”, refletindo sobre as práticas de cuidados de enfermagem de reabilitação, fundamentando todo o processo com base na literatura e na evidência científica, com recurso à metodologia científica.

A orientação pedagógica foi assegurada por um professor da instituição de ensino superior (IES), e a supervisão clínica por um enfermeiro especialista em Enfermagem de Reabilitação, mestre, pertencendo à unidade de saúde.

A retenção urinária é definida como a incapacidade de eliminar voluntariamente uma quantidade adequada de urina, e pode ser atribuída a etiologias agudas e crónicas. Trata-se de uma emergência urológica caracterizada pela incapacidade repentina de urinar combinada com dor suprapúbica, distensão abdominal, urgência, angústia ou, ocasionalmente, incontinência leve. A cateterização vesical é o procedimento indicado e de carácter imediato para o tratamento da retenção urinária aguda, através da ação de descompressão da bexiga. No entanto, o uso, ou uso indevido desses cateteres pode levar a infeções do trato urinário (Serlin et al., 2018).

Newman (2016) mencionando Klevens et al. (2007) afirma que o CDC (Centro de Controlo e Prevenção de Doenças) estima que 1 em cada 10 a 20 doentes hospitalizados nos Estados Unidos irá desenvolver uma infeção associada aos cuidados de saúde. As Infeções do Trato Urinário (ITU), um subtipo de infeção nosocomial, são responsáveis por mais de 30% das infeções descritas pelos hospitais de cuidados agudos nos Estados Unidos, e o quinto tipo mais comum de infeção nosocomiais (CDC, 2022; Edwards et al., 2008). Praticamente todas as ITU associadas aos cuidados de saúde são causadas por instrumentalização do trato urinário, principalmente através da cateterização vesical. O CDC

(2022) estima que cerca de 12% a 16% dos doentes adultos hospitalizados serão submetidos a cateterização vesical, em algum momento do seu internamento, e por cada dia que se mantenham algaliados aumenta em cerca de 3% a 7% o risco de adquirir uma ITU associada ao cateter. Assim, a prevenção da ITU associada à cateterização vesical é uma componente chave para a segurança do doente internado e para a melhoria da qualidade dos cuidados.

Em 2015 o Colégio da Especialidade de Enfermagem de Reabilitação definiu determinadas Áreas de Investigação como prioritárias em Enfermagem de Reabilitação para 2015-2025. Dado o enquadramento subjacente, a estratégia profissional de intervenção adotada insere-se na linha de investigação: “intervenções autónomas do EEER nas áreas da função motora, função respiratória, função cardíaca, função cognitiva, função sensorial e dor, função eliminação intestinal e vesical e na deglutição”.

O relatório inicia-se então com a presente introdução, onde é realizado um enquadramento geral do projeto, e seguidamente encontra-se estruturado em três capítulos. No primeiro capítulo procede-se à análise do contexto, com a caracterização do serviço onde se desenvolveu a estratégia implementada, das equipas multidisciplinares e respetiva população-alvo. No segundo capítulo, aborda-se a estratégia de intervenção profissional, onde se faz o enquadramento do referencial teórico subjacente ao Estágio Final. Após a fundamentação teórica, justifica-se a pertinência do estudo, apresenta-se o desenho metodológico, e prossegue-se com a análise e discussão dos resultados obtidos. O capítulo três destina-se à análise reflexiva sobre a aquisição e desenvolvimento das competências propostas, termina-se com a apresentação das conclusões e das referências bibliográficas. Na seção apêndices encontram-se os documentos que suportaram o presente trabalho.

No que concerne à referenciação bibliográfica o trabalho segue as regras preconizadas pela APA - 7ª Edição (Universidade de Aveiro, 2020), e encontra-se de acordo com o novo acordo ortográfico.

1. APRECIÇÃO DO CONTEXTO

Neste capítulo pretende-se fazer uma caracterização do contexto em que decorreu a estratégia de intervenção profissional, dos recursos humanos e materiais disponíveis à aplicabilidade das ações definidas, bem como uma análise à produção de cuidados da Unidade de AVC.

1.1. Hospital do Sul do País

Trata-se de um hospital público geral, integrado na rede do Serviço Nacional de Saúde, abrange uma população de cerca de 500.000 habitantes, e desenvolve a sua atividade dirigida à prestação de cuidados de saúde diferenciados, adequados e em tempo útil, garantindo padrões elevados de desempenho técnico-científico, de eficaz e eficiente gestão de recursos, de humanização e promovendo o desenvolvimento profissional dos seus colaboradores.

1.1.1. Unidade de AVC

A Unidade de AVC assegura cuidados de excelência focando-se no processo de reabilitação, no qual se destacam os focos da cognição, mobilidade, sensibilidade, deglutição, eliminação, entre outros. Tem como missão a prestação de cuidados diferenciados aos doentes vítimas de doenças vasculares cerebrais, preferencialmente na fase aguda, em que durante o internamento se investiga a causa do episódio vascular cerebral e a sua gravidade, sendo assegurado o tratamento adequado e atempado aos doentes, de modo a prevenir possíveis sequelas, com vista à sua reintegração na comunidade.

Segundo dados publicados pela Sociedade Portuguesa do Acidente Vascular Cerebral (2017), relativos ao ano de 2016, foram atendidos 343 doentes, dos quais 130 acederam através da Via Verde AVC. No que diz respeito ao tratamento imediato, 32 doentes apresentaram critérios para realização de trombólise. A demora média de internamento foi de 5 dias. Relativamente ao sexo, observou-se uma predominância de doentes do sexo masculino com mais de 65 anos.

O percurso do doente até à Unidade de AVC, segundo a Sociedade Portuguesa do Acidente Vascular Cerebral (2017) inclui as seguintes etapas:

- Chegada ao Serviço de Urgência em Via Verde de AVC pelo INEM ou através de alerta dado na triagem;

- Observação pelo clínico. Faz colheita de sangue para análise e realiza TAC-CE;
- Se indicada a trombectomia é transferido para o Centro Hospitalar de referência;
- Se indicado, faz trombólise e permanece no Serviço de Observação (SO) por 24 horas;
- Transferência para a unidade de AVC;
- Alta com reabilitação programada e referenciado à consulta de DVC;
- Continuidade de cuidados em distintas unidades da Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados.

A Unidade encontra-se num espaço *open space*, arejado, climatizado e adequadamente iluminado, dispondo de 6 camas, 3 em cada ala. Apesar das limitações do espaço, a unidade de cada doente está equipada por cama articulada com colchão para prevenção de úlceras por pressão, uma mesa-de-cabeceira móvel com mesa de apoio desdobrável (permite ser colocada quer do lado afetado quer do lado não afetado do doente), rampa de oxigénio e de vácuo, um cadeirão articulado e móvel e um monitor multiparâmetros, que assegura uma avaliação constante e permanente dos sinais vitais. No centro da UAVC encontra-se o espaço destinado aos enfermeiros, sendo este espaço constituído por uma secretária, dois computadores e zona de arquivo. Este local permite aos profissionais realizarem simultaneamente os registos e manter a vigilância dos doentes.

A equipa da UAVC é formada pelos diferentes perfis profissionais que integram uma equipa multidisciplinar, mais especificamente: Médicos (3 de medicina interna, 1 de fisioterapia, 2 de neurologia, 1 neurorradiologista), 12 Enfermeiros (5 dos quais EEER e 1 enfermeira EEEC), 6 Assistentes Operacionais, 2 Técnicos de Cardiopneumologia, 1 Neuropsicóloga, 1 Secretária de unidade, 1 Assistente social, 1 Nutricionista, 1 Fisioterapeuta, 1 Terapeuta ocupacional e 1 Terapeuta da fala.

O método de trabalho de enfermagem utilizado na UAVC é o método Individual. Resta mencionar que os EEER se encontram essencialmente, e em primeira instância na prestação de cuidados gerais aos doentes, o que dificulta o processo de prestação de cuidados especializados em Enfermagem de Reabilitação.

O contexto foi o espaço físico onde se aprofundou as várias competências inerentes ao enfermeiro especialista de Enfermagem de Reabilitação. A seleção de um tema, a ser explorado do ponto de vista teórico, contextualizado na unidade de cuidados, com o objetivo de desvelar a real dimensão do problema da retenção urinária. Pretendeu-se desenhar uma

estratégia, com impacto a médio e longo prazo, que reduzisse a sua ocorrência. De seguida enquadrámos o estudo nas suas distintas etapas até à criação de um protocolo.

2. ESTRATÉGIA DE INTERVENÇÃO PROFISSIONAL

Neste capítulo será abordada a estratégia de intervenção profissional, onde se faz o enquadramento do referencial teórico. Após o enquadramento, apresentar-se-ão as justificações para a implementação do estudo, o desenho metodológico desenvolvido e por fim, prossegue-se com a apresentação das intervenções realizadas, e com a análise e discussão dos resultados obtidos.

2.1. Diagnóstico da Situação

Na UAVC, era consensual que a eliminação vesical do doente com AVC se encontrava muitas vezes alterada, verificando-se a ocorrência de retenção urinária aguda. A equipa questionava esta condição, mas não se conhecia a dimensão real do problema.

Recorreu-se então às técnicas de consenso, uma vez que “um consenso obtido entre um grupo de pessoas conhecedoras dos problemas e da população em estudo, é altamente fiável” (Tavares, 1990, p.64). Das várias técnicas de pesquisas de consenso utilizadas nos serviços de saúde foi selecionada a técnica de aproximação de informadores-chave. Esta técnica, segundo Tavares (1990, p.69) consiste numa “...entrevista pessoal a cada elemento considerado perito na área em estudo (informador-chave), conhecendo as suas respetivas impressões sobre um dado assunto”, tendo sido consultada a médica responsável da UAVC. Após discussão, decidiu-se realizar um estudo retrospectivo e exploratório, através do acesso aos processos clínicos dos doentes internados na unidade, com o objetivo de apurar a prevalência da cateterização vesical e de retenção urinária no ano de 2020. Foi organizado um processo de recolha de dados, tendo-se elaborado um formulário para o efeito, onde constavam variáveis relativas ao perfil sociodemográfico, clínico, avaliação da RU e da cateterização vesical.

No ano de 2020 foram internados 310 doentes na UAVC. Destes, 59 doentes foram submetidos a cateterização vesical (19%). Tendo como referência estes 59 sujeitos, estabelecemos a amostra do nosso estudo. Os resultados seguidamente apresentados referem-se, portanto a esta amostra, dos quais destacamos:

- A idade média dos doentes foi de 70,9 anos e o desvio padrão foi de 14,38 anos;
- Os homens representaram 50,8% da amostra;
- Tempo de internamento médio de 7 dias;

- Relativamente ao tipo de AVC, foram diagnosticados 38 indivíduos com AVC Isquémico (64,4%);
- O território vascular mais afetado foi o da ACM Esquerda, identificado em 26 doentes (50%);
- Como causa para a cateterização vesical, a retenção urinária foi identificada em 32 doentes (54,2%), não havendo registo do motivo do procedimento em 18 processos clínicos (30,5%);
- 26 doentes desenvolveram ITU (44%). Destes, 20 adquiriram-na após cateterização vesical (76,9%), enquanto que 6 já apresentavam infeção prévia (23,1%).

Face a estes resultados e após terem sido discutidos em equipa, realizámos uma consulta bibliográfica, através da plataforma de investigação EBSCOhost, recorrendo às bases de dados CINAHL Complete, MEDLINE Complete e Cochrane Database of Systematic Reviews. Foram pesquisados artigos científicos publicados em texto integral a partir do ano 2010, com os descritores *acute urinary retention*, *stroke* e *UTI (Urinary Tract Infection)*.

Constatámos que a ITU é frequente em doentes com AVC, que a cateterização vesical é um procedimento nem sempre justificado, e que a existência de um procedimento padronizado, um protocolo, é uma ferramenta necessária para a melhoria da prática clínica na unidade.

2.2. Fundamentação Teórica

Seguidamente serão abordados os conceitos centrais: Acidente Vascular Cerebral, Retenção Urinária e Teoria de Enfermagem do Défice de Autocuidado, desdobrados nos seus vários capítulos.

2.2.1. Acidente Vascular Cerebral

Epidemiologia

O Acidente Vascular Cerebral é a primeira causa de morte em Portugal, sendo também uma das principais causas de comorbilidades físicas e psicológicas, condicionando a qualidade de vida (Figueiredo et al., 2020). Segundo dados da World Health Organization

(2018) o Acidente Vascular Cerebral (AVC) é a principal causa de morbidade a nível global e a segunda causa de mortalidade na maioria dos países desenvolvidos.

Em Portugal, o relatório do Programa Nacional para as Doenças Cérebro-Cardiovasculares (Direção-Geral da Saúde, 2017), revela que o AVC é responsável por 46,6 mortes por cada 100000 pessoas, representando no sexo masculino 129 mortes por 100.000 habitantes e no sexo feminino 107 mortes por 100.000 habitantes (Martins, 2006), apesar de se assistir a uma diminuição da mortalidade por AVC nos últimos anos, resultado da melhoria assistencial, da criação de Unidades de AVC e do tratamento cada vez mais precoce. Deste modo, o AVC assume-se como um dos principais desafios de Saúde Pública a nível mundial, acarretando um elevado impacto, em todas as suas vertentes de morbidade a longo prazo, mortalidade e consumo significativo de recursos humanos, materiais e financeiros, com tendência crescente atendendo ao envelhecimento da população, e ao aumento dos fatores de risco cardiovasculares (World Health Organization, 2018). O número de doentes que recupera na totalidade de um AVC é inferior a um terço, independentemente dos recursos disponíveis nas unidades de agudos onde são assistidos. Contudo, apenas uma pequena percentagem fica totalmente dependente (Martins, 2006).

Definição

Segundo a Organização Mundial de Saúde (2015) o AVC é causado pela interrupção do fornecimento de sangue ao cérebro, normalmente desencadeada pela rutura de um vaso ou pelo seu bloqueio por um trombo, provocando interrupção do aporte de oxigénio e nutrientes, do qual resulta um défice neurológico súbito e específico de acordo com as regiões do cérebro afetadas.

A European Stroke Initiative (2003) define o Acidente Vascular Cerebral “como um défice neurológico súbito motivado por isquemia ou hemorragia no sistema nervoso central” (p.2).

Martins (2006) refere que o AVC é caracterizado por uma interrupção ou bloqueio da irrigação sanguínea que danifica ou destrói parte do cérebro, resultando numa lesão, num conjunto de sintomas de deficiência neurológica. Acrescenta ainda que esta lesão “provoca o aparecimento súbito de sintomas de sinais focais e neurológicos que perduram para além das 24 horas, a não ser que a morte ocorra” (2006, p.11).

Fatores de Risco

A patogênese do AVC é multifatorial, de evolução contínua e silenciosa. O risco individual de desenvolver um AVC depende dos fatores de risco, que podem ser de origem genética ou da adoção de estilos de vida menos saudáveis, e deste modo é importante conhecê-los, para prevenir os que eventualmente poderão ser modificáveis, como é o caso da hipertensão arterial, dislipidemia, tabagismo e álcool (Boehme et al., 2017; Ferro & Pimentel, 2006). Segundo Martins (2006) os fatores de risco aumentam a probabilidade de ocorrência de um AVC, porém muitos deles podem atenuar-se com tratamento médico ou com a alteração dos estilos de vida. Assim, a associação de diversos fatores de risco tem um efeito aditivo, e ao potencializarem-se reciprocamente resultam no sinergismo do risco, dificultando a avaliação de cada um.

Boehme et al. (2017) classificam os fatores de risco para a ocorrência de AVC em fatores de risco modificáveis e não modificáveis.

De entre os fatores de risco modificáveis, e de acordo com Boehme et al. (2017) a HTA é o que mais contribui para a ocorrência de AVC. Para estes autores existe uma relação evidente entre os valores tensionais e a incidência elevada do AVC, sendo por esse motivo que a HTA é considerada o principal fator de risco modificável, embora existam outros também preponderantes. A hipertensão arterial é um dos principais problemas dos países desenvolvidos, atingindo aproximadamente 1000 milhões de pessoas em todo o mundo, e prevê-se que, no futuro, a sua prevalência vá aumentar notavelmente, se não forem tomadas medidas de prevenção infalíveis e abrangentes (Branco & Santos, 2010).

O tabagismo é considerado a segunda causa, em termos mundiais, de mortalidade atribuível a fatores de risco no AVC, na medida em que aumenta o risco de incidência deste duas a quatro vezes, podendo contribuir até 12 a 14% das mortes (Boehme et al., 2017; Ferreira et al., 2006). Em relação à diabetes mellitus a incidência desta doença associada ao AVC é menor do que a HTA. No entanto, a diabetes aumenta o risco de AVC em cerca de duas a três vezes (Ferro & Pimentel, 2006). Em concordância com Martins (2006), não existem evidências de que o tratamento da diabetes mellitus altere o risco de AVC, contudo os níveis elevados de glicemia em caso de lesão isquêmica agravam a extensão dos enfartes. A autora realça que a predominância da diabetes mellitus tem vindo a aumentar, acompanhando o rápido crescimento da obesidade na população, sobretudo a acumulação de gordura na região abdominal. Assim, a diabetes mellitus assume-se como um fator de risco relevante para o desenvolvimento da doença cerebrovascular, especialmente no AVC

isquêmico devido à alteração da hemodinâmica cerebral, pela hiperglicemia, e por interagir com outros fatores de risco, como a HTA e hipercolesterolemia. Relativamente ao alcoolismo existe uma relação entre o álcool e o risco de AVC, sendo este três vezes maior em indivíduos com consumo de álcool frequente, devido a uma maior coagulabilidade do sangue (Boehme et al., 2017; Branco & Santos, 2010). Segundo estes autores o seu consumo exagerado está associado a disritmia cardíaca e a cardiopatia que, por sua vez, podem provocar êmbolos ou hipotensão. Este pode também levar ao aumento da pressão sanguínea, aumentando o risco de doença coronária, favorecendo a aterosclerose. Quanto à hiperlipidemia, é o fator de risco que menos contribui para a doença vascular cerebral, comparativamente à doença coronária. Contudo, para Menoita (2012) a probabilidade das pessoas com colesterol total superior a 240 mg/dl de desenvolverem AVC isquêmico é o dobro do que as que têm o colesterol total inferior a este valor. O sedentarismo, a obesidade e o fraco acesso ao tratamento médico são também considerados fatores de risco modificáveis (Martins, 2006).

Relativamente aos fatores de risco não modificáveis, os que mais contribuem para a ocorrência de AVC são a idade, o sexo, a etnia e os antecedentes familiares (Boehme et al., 2017; Ferro & Pimentel, 2006; Martins, 2006).

Relativamente à idade, há dados estatísticos que afirmam que a idade é o principal fator de risco não modificável, ou seja, os indivíduos de faixas etárias mais avançadas são os mais afetados, comparativamente aos mais novos (Boehme et al., 2017). Martins (2006) também refere que o fator idade é o mais importante, e apesar de existirem casos de AVC em adultos jovens, ou mesmo até em crianças, a maior prevalência é a partir dos 50 anos, duplicando ou triplicando por cada 10 anos de avanço na idade. A incidência de AVC é crescente à medida que se avança na idade, uma vez que 50% dos casos ocorre em pessoas acima dos 75 anos, e apenas 25% dos AVC ocorre abaixo dos 65 anos. De acordo com Ferro & Pimentel (2006) a idade mais frequente para a ocorrência do AVC é entre os 65 e 85 anos.

Quanto ao fator sexo, a incidência é 1,3 vezes mais frequente nos homens do que nas mulheres. De acordo com Martins, “a mulher beneficia de uma proteção hormonal em idades mais jovens, ficando o homem mais exposto à incidência desta patologia” (2006, p. 15). Contudo, entre os 35 e os 44 anos as mulheres têm maior incidência relacionada provavelmente com a gravidez e com a toma de contraceptivos orais (Boehme et al., 2017; Ferreira, et al., 2006). Após a menopausa, a mulher passa a estar mais vulnerável à doença, devido à ausência dos estrogénios endógenos.

Relativamente à etnia, certos grupos étnicos têm maior risco de ter um AVC que outros, como é o exemplo de povos da África Ocidental e das Caraíbas que apresentam o dobro do risco de sofrer um AVC comparativamente aos indivíduos caucasianos (Boehme et al., 2017).

No que diz respeito aos antecedentes familiares e de acordo com Martins (2006), os indivíduos com antecedentes familiares de AVC têm maior probabilidade de vir a sofrer um. Este facto pode estar associado à existência de fatores de risco hereditários, como é o caso da HTA e da doença cardíaca, assim como a exposição a fatores ambientais e estilos de vida semelhantes. Também Ferro & Pimentel (2006) referem que o risco de AVC é maior em algumas famílias comparativamente a outras.

Deste modo, quanto maior for o número de fatores de risco, maior é a probabilidade de um indivíduo vir a desenvolver um AVC, pelo que é necessário reduzir os fatores de risco, atuando na sua identificação precoce e intervenção, promovendo hábitos de vida saudáveis, e políticas de ensino sobre o reconhecimento precoce dos sinais e sintomas que indicam a instalação de um AVC (Marques, 2007).

Tipo de AVC

O AVC pode ser classificado em dois tipos: o AVC Isquémico e o AVC Hemorrágico. O AVC de natureza isquémica surge em cerca de 80%-85% dos casos, sendo mais frequente que o AVC Hemorrágico, que se apresenta em 15%-20% dos casos, embora a taxa de mortalidade seja superior no segundo (Martins, 2002; Phipps et al., 2003).

O AVC isquémico é provocado por uma oclusão vascular localizada, levando à interrupção do fornecimento de oxigénio e glicose ao tecido cerebral, afetando subsequentemente os processos metabólicos do território envolvido. Divide-se em 3 subtipos: trombótico, embólico e lacunar (Martins, 2002).

Segundo a autora acima mencionada, o AVC trombótico surge quando o processo patológico responsável pela obstrução do vaso sanguíneo se desenvolve no próprio local da formação do trombo. É o tipo de AVC que ocorre com maior frequência, sendo a estenose da carótida uma das suas principais causas. A trombose pode ser venosa ou arterial. As trombozes arteriais são as mais frequentes e resultam da presença de substância ateromatosa que obstrui o lúmen de um vaso sanguíneo. A trombose materializa-se através da conjugação de dois fatores. O espessamento e endurecimento das artérias, devido à perda de elasticidade (essencialmente perda de tecido fibroso), provocando uma maior resistência à passagem do

sangue, e por outro, pelo aumento de lípidos transportados pelo sangue que se vão acumulando, gradual e lentamente na camada mais íntima da artéria, formando placas de ateroma, onde se agregam as plaquetas sanguíneas. As placas de ateroma tendem a formar-se nos vasos de maior calibre, em particular, nas zonas de bifurcação ou de curvatura das artérias.

O AVC embólico define-se como todo o processo em que se verifica a oclusão arterial por um corpo estranho (êmbolo) em circulação, que ocorre na corrente sanguínea e que desloca até às artérias cerebrais. A formação de êmbolos encontra-se normalmente associada às doenças cardiovasculares, nomeadamente à fibrilhação auricular, arritmias, endocardite bacteriana aguda e complicações de cirurgia vascular ou de próteses valvulares. Os êmbolos poderão ainda ser gasosos (provocados por cirurgia ou traumatismo), gordos (fratura ósseas) ou de origem tumoral (Martins, 2002).

O AVC Lacunar representa cerca de 10% de todos os AVC, e resultam de enfartes, por oclusão de pequenos vasos penetrantes no núcleo caudado, na cápsula interna, no tálamo, na ponte e na substância branca da coroa radiada. Estes ocorrem geralmente em indivíduos com hipertensão arterial não controlada (Martins, 2002).

O AVC Hemorrágico ocorre pela rutura de um vaso cerebral. É o mais grave, com mortalidade até 50% nos 30 dias subsequentes e ocorre numa população mais jovem. Segundo Martins (2002), o AVC Hemorrágico pode ser devido a: Hemorragia Intracerebral, Hemorragia Parenquimatosa e Hemorragia Subaracnoideia.

A Hemorragia Intracerebral é caracterizada pelo extravasamento de sangue no tecido cerebral, na sequência de uma rutura vascular. É mais frequente em pessoas com HTA e com arteriosclerose cerebral, associado com frequência à atividade física intensa ou a eventos muito emocionantes. O quadro clínico depende da localização e da extensão da lesão (Martins, 2002; Martins, 2006).

As Hemorragias Parenquimatosas ocorrem nos pequenos vasos perfurantes, nomeadamente nos ramos das artérias cerebrais e nos paramedianos da artéria basilar. Os locais mais frequentemente afetados são os gânglios da base, a protuberância e o cerebelo (Martins, 2002).

A Hemorragia Subaracnoideia é de entre os AVC o menos frequente e afeta pessoas com idade inferior a 35 anos. É caracterizada por uma hemorragia arterial no espaço entre as duas meninges, a pia-máter e aracnoide, pela rutura de artérias superficiais, malformações vasculares intracranianas, aneurismas saculares, angiomas arteriovenosos ou traumatismos. Para Martins (2006) referido por Menoita (2012), os mecanismos desencadeantes são:

tosse, esforço físico, relações sexuais, defecação e exposição prolongada ao sol, causada pela rutura de artérias superficiais, malformações vasculares intracranianas, aneurismas saculares, angiomas arteriovenosos ou traumatismos. Os sintomas surgem de forma abrupta, como cefaleias intensas, fotofobia, transtornos de vigília, e sinais de irritação das meninges (Martins, 2006).

Territórios Vasculares Afetados e Manifestações Clínicas do AVC

Um dos primeiros passos no diagnóstico neurológico do AVC é a localização da lesão. As manifestações neurológicas variam conforme o lado da lesão, ou o território arterial afetado (Tabela n.º 1): carotídeo ou vertebrobasilar. Para melhor compreensão divide-se o cérebro em: os hemisférios cerebrais, esquerdo e direito, que são irrigados pela carótida ou circulação anterior à exceção do hemisfério posterior; tronco cerebral e hemisfério posterior, os quais são irrigados pela artéria vertebrobasilar ou circulação posterior (Evidence-Based Review of Stroke Rehabilitation, 2016).

No AVC Isquémico alguns sintomas são frequentemente encontrados (European Stroke Initiative, 2003), incluindo:

- Diminuição de força e/ou sensibilidade contralateral;
- Afasia, apraxia, disartria;
- Hemianopsia parcial ou completa;
- Alteração de consciência e confusão;
- Diplopia, vertigem, nistagmo, ataxia.

Território Carotídeo	Território Vertebrobasilar
<p>Artéria Central da Retina Cegueira ipsilateral Amaurose fugaz ipsilateral</p>	<p>Artérias vertebrais, tronco basilar e seus ramos Os quadros são múltiplos, dependendo das combinações das zonas afetadas. Sintomas e sinais mais frequentes, são:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Desequilíbrio, ataxia • Nistagmo • Diplopia, paresia dos movimentos oculares conjugados • Disartria • Disfagia, soluços • Coma • Síndromes alternadas (paresia de um nervo craniano ipsilateral e hemiparesia e/ou hemihipostesia contralateral) • Paresias e/ou alterações da sensibilidade
<p>Artéria Cerebral Anterior Síndrome Frontal Paresia do membro inferior contralateral Afasia Transcortical (hemisfério esquerdo)</p>	<p>Artéria Cerebral Posterior Hemianopsia Contralateral Hemihipostesia contralateral Alexia sem agrafia (hemisfério esquerdo) Agnosia para cores (hemisfério esquerdo) Agnosia visual (hemisfério esquerdo) Prosopagnosia (hemisfério direito)</p>
<p>Artéria Coroideia Anterior Hemiparesia contralateral Hemihipostesia contralateral Hemianopsia contralateral</p>	
<p>Artéria Cerebral Média <u>Todo o território:</u> Hemiparesia contralateral, de predomínio braquiofacial, afasia global (hemisfério esquerdo), alexia, agrafia, apraxia (hemisfério esquerdo), neglect (hemisfério direito), desvio conjugado para o lado oposto ao da hemiparesia <u>Ramos ântero-superiores:</u> hemiparesia contralateral, de predomínio braquiofacial, afasia não fluente (hemisfério esquerdo), alexia, agrafia, apraxia (hemisfério esquerdo) e neglect (hemisfério direito.) <u>Ramos póstero-inferiores:</u> afasia fluente (hemisfério esquerdo), alexia, agrafia, apraxia; (hemisfério esquerdo) e neglect (hemisfério direito) e quadrantópsia contralateral <u>Ramos profundos:</u> hemiparesia e hemihipostesia contralateral.</p>	

Tabela n.º 1 – Territórios Vasculares e Manifestações Clínicas

Fonte: Ferro, J., & Pimentel, J. (2006). *Neurologia: Princípios, Diagnóstico e Tratamento*. Lisboa: Lidel.

Segundo Winstein et al. (2016), as manifestações clínicas resultantes da ocorrência de um acidente vascular cerebral não dependem do tipo de AVC, mas do território cerebral

atingido, da extensão de tecido cerebral afetado, da natureza e funções da área envolvida, e da disponibilidade de um fluxo sanguíneo colateral. A sintomatologia pode também depender da rapidez de oclusão do vaso sanguíneo, visto que oclusões lentas podem permitir que vasos colaterais assumam a circulação, enquanto lesões súbitas não o permitem.

A sintomatologia envolve frequentemente alterações motoras e sensitivas, afetando a função física. Embora a manifestação mais presente seja a hemiparesia, o doente pode apresentar outras alterações tais como, alteração do tônus muscular, défices a nível da função perceptiva, comportamental, comunicacional, alimentação e eliminação (Branco & Santos, 2010; Martins, 2006).

Diagnóstico do AVC

O diagnóstico precoce pode trazer benefícios a curto e longo prazo, nomeadamente a redução de sequelas e do número de doentes a institucionalizar (Martins, 2006), iniciando-se pelo reconhecimento da tríade de sinais e sintomas: início súbito, os sintomas e sinais focais e a existência de fatores de risco (Ferro & Pimentel, 2006).

O diagnóstico de AVC é realizado inicialmente com base no quadro clínico, caracterizado pela instalação aguda de sinais e sintomas neurológicos focais. A rápida identificação do tipo de AVC, como isquémico, hemorrágico, ou hemorragia subaracnoideia (HSA), é essencial para a abordagem do AVC. As diferentes causas de AVC isquémico podem ser identificadas através da avaliação física e de um exame neurológico minucioso, assim como na interpretação especializada de diferentes exames complementares de diagnóstico, dos quais se destacam a tomografia axial computadorizada cerebral e a ressonância magnética (European Stroke Initiative, 2003). Esta identificação pode influenciar a aplicação de tratamentos específicos e a escolha correta das atitudes de prevenção secundária. Para Sá (2009), a tomografia computadorizada cerebral é geralmente a técnica de eleição quando na presença de um quadro sugestivo de AVC, pois, por um lado, exclui-se diagnósticos diferenciais, nomeadamente lesões estruturais, e, por outro, consegue identificar-se o tipo de AVC. Entre outros exames complementares, destacamos também a Ultrassonografia-Doppler das artérias extra e intracranianas, que permite a identificação de oclusões e estenoses arteriais, a avaliação do estado das colaterais ou de recanalização. Outros estudos ultrassonográficos incluem a ecocardiografia transtorácica e transesofágica para rastrear a existência de fontes cardioembólicas. Relativamente aos testes laboratoriais

na fase de diagnóstico incluem hemograma, estudo da coagulação, eletrólitos, função hepática e renal, e os marcadores gerais de infecção (European Stroke Initiative, 2003).

Apesar do grande impacto negativo do AVC, atualmente existem medidas preventivas e procedimentos terapêuticos eficazes que reduzem drasticamente as consequências a longo prazo. A evidência científica fundamenta vários pilares na abordagem e no tratamento do AVC, nomeadamente a terapêutica fibrinolítica, o tratamento endovascular, a admissão em unidades de AVC com equipas multidisciplinares e especializadas, a antiagregação plaquetária, entre outros. Estas intervenções demonstraram resultados positivos, como a diminuição significativa da morbilidade e da mortalidade, no entanto, a sua implementação na prática clínica ainda constitui um desafio (World Health Organization, 2018).

2.2.2. Retenção Urinária

O diagnóstico de Retenção Urinária é frequente na prática de cuidados de enfermagem, e a intervenção na RU é tão mais adequada quanto mais correta e precisa for a avaliação clínica realizada pelo enfermeiro.

A retenção urinária (RU) é uma emergência urológica, e pode ser definida como a incapacidade súbita para eliminar completa ou parcialmente a urina retida na bexiga urinária. A RU pode ser classificada como aguda ou crónica. Os sinais e sintomas da retenção urinária aguda (RUA) são a incapacidade repentina para urinar, distensão vesical, inquietação, sudorese, dor e desconforto de intensidade elevada na região abdominal inferior e ocasionalmente, incontinência leve. Como complicações mais frequentes incluem-se a insuficiência renal e as infeções do trato urinário. A retenção urinária crónica pode ser assintomática, habitualmente encontra-se associada a causas não neurogénicas, em que a bexiga hiperdistendida não contrai eficazmente, e o doente não tem consciência de que esta não esvazia totalmente (Jorge, 2017; Selius & Subedi, 2008; Serlin et al., 2018).

A RU aguda ocorre repentinamente e perdura por um curto período de tempo. Apesar de apresentar a bexiga cheia de urina, o indivíduo é incapaz de expeli-la totalmente, o que causa desconforto e/ ou dor, necessitando de intervenção imediata. A RU crónica é uma condição médica de longa duração, na qual o indivíduo consegue urinar, mas não consegue eliminar completamente o volume total de urina existente na bexiga (Jorge, 2017; Selius & Subedi, 2008).

A incidência de retenção urinária é muito maior em homens do que em mulheres, e aumenta dramaticamente à medida que os homens envelhecem. Um homem com 70 anos tem 10% de probabilidade de ter um episódio de RUA, enquanto que num de 80 anos a probabilidade triplica (Dougherty & Aeddula, 2021).

Causas

As principais causas de retenção urinária são obstrutivas, infecciosas/inflamatórias, iatrogénicas e neurológicas, sendo as obstrutivas as mais comuns (Selius & Subedi, 2008; Serlin et al., 2018).

A hiperplasia benigna da próstata (HBP) é a causa obstrutiva mais comum da retenção urinária, responsável por aproximadamente 53% dos casos. Outras causas obstrutivas incluem o cancro da próstata, a fimose e a parafimose; nas mulheres incluem o prolapso da bexiga, do recto ou do útero. Tanto homens quanto mulheres podem experienciar obstrução física direta atribuível a cálculos, estenose uretral, ou cancro de bexiga. Raramente, corpos estranhos, tanto intraluminais quanto aqueles que causam compressão extrínseca, podem causar retenção urinária. Além disso, impactação fecal, tumores benignos ou malignos ou outras massas pélvicas ocupantes de espaço podem obstruir indiretamente o trato urinário (Nazarko, 2021; Selius & Subedi, 2008; Serlin et al., 2018).

Algumas infeções podem causar edema da uretra ou da bexiga, resultando em retenção urinária aguda. A prostatite bacteriana aguda, assim como a balanite, são causas comuns nos homens. Nas mulheres a candidíase vulvovaginal e a síndrome de Behçet são as principais causas infecciosas/inflamatórias. Em ambos os sexos, as infeções do trato urinário e outras infeções, incluindo herpes zoster podem originar episódios de RUA (Nazarko, 2021; Selius & Subedi, 2008; Serlin et al., 2018).

A retenção urinária iatrogénica encontra-se essencialmente relacionada com os efeitos colaterais associados tanto ao pós-operatório, como aos efeitos secundários de determinados medicamentos. A medicação mais frequente que causa retenção urinária tanto aguda, como crónica, são os medicamentos anticolinérgicos, pois bloqueiam os recetores do sistema parassimpático existentes no detrusor, levando ao comprometimento da contratilidade do esfíncter. Os agonistas alfa-2 adrenérgicos, como os descongestionantes, aumentam o tónus da próstata, enquanto que os bloqueadores de canal de cálcio reduzem a contratilidade do músculo liso da bexiga. Os AINES inibem a síntese de prostaglandinas, o que poderá diminuir a contração do detrusor. A retenção urinária pós-operatória ocorre em

2% a 14% das cirurgias com internamento, e varia significativamente dependendo do tipo de anestésico utilizado no procedimento, mas também da idade do doente, do sexo e das comorbilidades (Nazarko, 2021; Selius & Subedi, 2008; Serlin et al., 2018).

A retenção urinária pode resultar de algumas condições neurológicas. Tanto o funcionamento normal da bexiga, como do trato urinário inferior, depende da complexa interação entre o cérebro, o sistema nervoso autónomo e os nervos somáticos que inervam a bexiga e a uretra. A interrupção dessas vias pode resultar em retenção urinária (Selius & Subedi, 2008). A diabetes mellitus que origina a neuropatia autonómica pode consequentemente levar à disautonomia genitourinária que altera a sensibilidade vesical, o que resulta na diminuição da perceção do enchimento vesical e na hipoatividade do detrusor. Doentes com esclerose múltipla, assim como aqueles que possuem espinha bífida poderão ter de realizar esvaziamento vesical, pois necessitam de terapêutica com efeito anticolinérgico para reduzir a pressão vesical, o que por sua vez causa RU. A RU após lesão medular ocorre por uma condição denominada choque medular. Durante o período de choque medular os doentes irão necessitar de proceder ao esvaziamento intermitente ou de uma punção suprapúbica. Selius & Subedi (2008) referem que até cerca de 56% dos doentes que sofreram um Acidente Vascular Cerebral irão experienciar um episódio de RU, principalmente por hiporreflexia do detrusor. Num estudo prospetivo, referido pelos autores anteriormente mencionados, 23 de 80 doentes com AVC isquémico desenvolveram retenção urinária, tendo a maioria tido resolução ao fim de três meses. Apesar de ser mais comum a incontinência urinária nos doentes com AVC, por vezes podem apresentar episódios de RUA, por hiporreflexia do detrusor ou arreflexia, sendo mais provável que tal aconteça quando a lesão ocorre no tronco cerebral (Nazarko, 2021; Selius & Subedi, 2008; Serlin et al., 2018).

Como outras causas podemos também referir a gravidez. O risco de retenção urinária aguda aumenta durante a gravidez e após o período do pós-parto. A incidência de retenção urinária aguda em mulheres grávidas é 1/200, e é mais comum entre a 9^a e a 16^a semana de gestação. Como fatores de risco pode-se mencionar útero retrovertido e idades superiores a 35 anos de idade (Serlin et al., 2018).

Por fim, como fator de risco podemos referir ainda que encontramos na literatura o imobilidade prolongada no leito. Quando confinados ao leito, os doentes geralmente encontram dificuldade para esvaziar completamente a bexiga numa arrastadeira ou urinol. Podem sentir-se desconfortáveis e embaraçados. A retenção urinária é mais provável em

doentes com défices neurológicos ou limitação da mobilidade (Knight et al., 2019; Rodrigues et al., 2016).

Diagnóstico

Para a realização do diagnóstico de RU é necessário a recolha de dados clínicos, através da entrevista e do exame físico. É necessário realizar um levantamento dos padrões anteriores de micção; realizar a inspeção do abdómen; palpar a parte inferior distendida do abdómen; avaliar a quantidade, frequência e características da urina; determinar o equilíbrio entre a ingestão e a excreção. No entanto, o diagnóstico de RU depende da integração de parâmetros clínicos de difícil mensuração com o exame físico, e que associa outros fatores tais como o uso de medicamentos, alterações do sistema nervoso, entre outros (Jorge et al., 2018; Serlin et al., 2018).

O exame físico engloba a inspeção, a palpação e a percussão da região suprapúbica, todavia, tal não é suficiente para oferecer ao avaliador a sensibilidade necessária para determinar o volume de urina retida no interior da bexiga. Quando a bexiga se encontra cheia e pode ser palpada, ao nível da cicatriz umbilical, é estimado que esteja preenchida com cerca de 500mL de urina, mas se estender acima desta região o volume pode variar num intervalo que pode alcançar cerca de 1000mL (Jorge et al., 2018).

Quando o doente está consciente e apresenta RU, é competente para verbalizar o desconforto e a dor, no entanto, doentes com doença de Alzheimer, distúrbios do foro psiquiátrico, com lesão medular, ou patologias do sistema neurológico podem ser incapazes de comunicar ou inclusive de sentir os sinais e sintomas de RU (Jorge et al., 2018).

Na aferição do diagnóstico de RU deve ainda ser considerada a subjetividade do examinador, o que pode levar o profissional a subestimar ou superestimar o volume de urina retida na bexiga, caracterizando de forma errónea a presença ou não de RU, e levando à ocorrência de cateterização vesical desnecessária, o que acarreta o risco de trauma e de infeção do trato urinário (Jorge et al., 2018).

Perante a dificuldade e complexidade no diagnóstico da RU é relevante referir que está disponível desde os anos 80 um equipamento de ultrassonografia, que cria uma imagem de ultrassom da bexiga para medição do volume de urina na bexiga. O equipamento, com comprovado custo-benefício tem sido referenciado na literatura internacional, com alto nível de evidência, e corroborada fidedignidade em relação ao volume de urina mensurado. Presentemente, existe no mercado um dispositivo portátil de ultrassom 3D (como é o

exemplo do BladderScan®) que mede rapidamente, com precisão, e de forma não invasiva o volume da bexiga e o resíduo pós-esvaziamento, em mililitros. De fácil utilização, o ultrassom deve ser usado por profissionais capacitados, sendo parte integrante de protocolos institucionais para o desenvolvimento de boas práticas. Após a formação requerida, o enfermeiro encontra-se habilitado para diagnosticar, avaliar o volume de urina na bexiga, e decidir com fundamentação se é necessário ou não proceder à cateterização vesical. Ao evitar as cateterizações vesicais desnecessárias, ajuda também a reduzir as taxas de infecção do trato urinário associada ao cateter, reduz o tempo de internamento, melhorando a eficiência dos profissionais de saúde, minorando custos e economizando tempo. Widdall (2015) citado por Ferreira & Simões (2019) refere que é importante a implementação de protocolos, com recurso a ultrassom portátil na prática clínica nas unidades de reabilitação, pois muitos dos doentes apresentam alterações neurológicas, assim como défices funcionais promotores de disfunções vesicais. Contudo, ainda não é comum nem na prática nem na formação dos enfermeiros o uso deste instrumento na avaliação da RU, com as avaliações a serem maioritariamente empíricas, comprometendo o raciocínio clínico e a tomada de decisão (Ferreira & Simões, 2019; Jorge et al., 2017; Jorge et al., 2018).

Abordagem Terapêutica

A cateterização vesical é o procedimento recomendado para o tratamento imediato da retenção urinária aguda através descompressão completa da bexiga. Caso haja alguma contraindicação para uma cateterização por via uretral, como é o exemplo de cirurgia urológica recente, é recomendado o uso de cateteres por via suprapúbica (Dougherty & Rawla, 2021). Os cateteres suprapúbicos melhoram o conforto do doente, diminuem a bacteriúria e a necessidade de recateterização nos doentes que necessitam de drenagem contínua acima dos 14 dias (Serlin et al., 2018).

Segundo Jorge (2017), a cateterização vesical é considerada um procedimento invasivo, o qual acarreta riscos para o doente, requer cuidados de enfermagem de maior complexidade, prática e conhecimento científico. Da cateterização vesical pode resultar dor, trauma e ITU. Cerca de 80% das ITU estão associadas ao uso e ao tempo de permanência do cateter. Na cateterização mantida em drenagem contínua o risco para ITU é consideravelmente maior após 72 horas de permanência do cateter. O cateterismo intermitente implica taxas menores de ITU (Newman, 2016; Yoon et al., 2015). Segundo Selius & Subedi (2007) a permanência crónica de cateteres por via uretral deve ser evitada.

Como complicações podemos mencionar além de ITU, sépsis, trauma, cálculos, estenoses ou erosões uretrais, prostatite, e o potencial desenvolvimento de carcinoma das células escamosas.

Retenções urinárias de altos volumes podem causar obstrução ureteral e, conseqüentemente, lesão renal aguda. Portanto, a descompressão rápida da bexiga pode ocasionalmente ocorrer em diurese pós-obstrutiva (produção excessiva de urina no contexto de descompressão da bexiga, mais frequente quando o volume é superior a 1L de urina) e hematúria. É importante monitorar os doentes relativamente a alterações eletrolíticas, desidratação e hipotensão (Nazarko, 2021; Serlin et al., 2018).

Outra medida recomendada é a introdução de terapêutica nos homens quando a RUA se encontra associada à HBP. Como primeira linha introduz-se os alfa-bloqueantes, (Tansulosina, Alfuzosina, Doxazosina, Silodosina), e como segunda linha os inibidores da 5-alfa redutase (Finasterida e Dutasterida) no momento da inserção do cateter, ou antes da sua remoção, uma vez que estes aumentam a probabilidade de sucesso de esvaziamento da bexiga após a remoção do cateter. Homens com sintomas moderados a graves podem beneficiar da combinação dos alfa-bloqueantes e dos inibidores da 5-alfa redutase (Nazarko, 2021; Serlin et al., 2018).

A Retenção Urinária Aguda na Pessoa com AVC

Ao nível da função eliminação urinária, as disfunções vesicais afetam aproximadamente cerca de 25% a 50% dos sobreviventes de AVC, destacando-se de entre os transtornos urinários na fase inicial do AVC, a incontinência urinária e a retenção urinária (Jamieson et al., 2010).

Segundo Burney et al. (1996), citado por Menoita (2012) um estudo avaliou 45 homens e 15 mulheres com AVC com 72 horas de evolução, com lesões corticais e da cápsula interna, e demonstrou que 47% destes doentes apresentaram RU, através de uma pesquisa urodinâmica completa com eletromiografia, principalmente devido a arreflexia do detrusor. Em 20 pessoas com AVC hemorrágico, 85% tinham arreflexia comparados com apenas 10% das pessoas com AVC isquémico.

A disfunção vesical é uma das complicações mais frequentes em doente com AVC. Aproximadamente 65% desses doentes apresentam disfunção do foro urinário durante a fase inicial do AVC, e pode incluir urgência, incontinência e retenção urinária. A retenção urinária ocorre em mais de 50% dos doentes com AVC que apresentaram disfunção vesical.

Doentes com capacidade funcional reduzida, limitação da mobilidade ou com distúrbios em termos da comunicação apresentaram uma taxa mais elevada de retenção urinária aguda (Kim et al., 2015). Umemura et al. (2016) corroboram esses dados, referindo que a afasia, capacidade funcional reduzida e diabetes mellitus estão associados à RU após AVC. Estes autores referem que alguns estudos sugerem que após o AVC a principal causa de retenção urinária poderá estar relacionada com a alteração do detrusor, enquanto que outros afirmam que o comprometimento cognitivo e a afasia causam distúrbios urinários, uma vez que estes doentes têm mais dificuldades para comunicar as suas necessidades.

Sayed et al. (2008) recomendam que a cateterização intermitente é a melhor opção até 6 semanas após o AVC. A cateterização em drenagem contínua deverá ser evitada devido aos riscos de trauma uretral e infeção.

Kong & Young (2000) recomendam que dada a incidência bastante elevada de ITU, relacionada com a cateterização, se realize uma avaliação do Volume Residual Pós-Miccional (VRP), imediatamente após o AVC, através de ultrassonografia, especialmente àqueles com défice de linguagem, défice cognitivo, capacidade funcional limitada e com diabetes mellitus.

Intervenções de Enfermagem de Reabilitação na Retenção Urinária Aguda

Para Hoeman (2011, p: 379) “gerir os problemas de eliminação vesical é uma componente que integra a prática clínica das enfermeiras de reabilitação”. Leal (2001) citada por Menoita (2012) refere que apesar de a reeducação vesical ser mais complicada do que a intestinal, os êxitos são mais frequentes.

Na fase inicial da retenção urinária os doentes deverão ser cateterizados. Após evolução da situação clínica há indicação para remoção do cateter, e se necessário, recorrer a cateterismo intermitente. Se posteriormente o doente conseguir urinar espontaneamente, mas com perdas involuntárias de urina, deverá estabelecer-se e adequar-se um horário em função dos líquidos ingeridos (Menoita, 2012).

TWOC (Trial Without Catheter)

Após a remoção do cateter vesical deve realizar-se o Teste Sem Cateter, ou TWOC, no qual o ultrassom portátil é o fator chave. Um TWOC é o processo no qual um cateter é

removido, seguido de monitorização, para que se consiga perceber se o doente consegue urinar de forma independente.

Os cateteres vesicais deverão ser removidos preferencialmente no início da manhã, uma vez que se surgiram problemas miccionais poderão ser avaliados com maior frequência no turno da manhã/tarde. Após a remoção do cateter, o doente deve ser encorajado (instruído) a urinar para garantir o esvaziamento completo da bexiga. Se houver suspeita de micção incompleta, poderemos recorrer ao uso do ultrassom, de modo a avaliar a VRP, de modo a evitar que o volume de urina na bexiga se torne excessivamente grande. A medição do volume da bexiga deve ser realizada a cada quatro a seis horas nas primeiras 24 horas (Newman, 2016):

- Se o VRP for <100 mL, a cateterização vesical (CV) não é necessária. As avaliações através do ultrassom devem ser realizadas 5 a 10 minutos após a micção. Se o doente continuar a eliminar quantidades adequadas, e as medições dos volumes de urina VRP forem baixas, então o TWOC foi bem-sucedido;
- Se o VRP for > 400 a 500 mL, o doente deverá ser novamente cateterizado e avaliado a cada 4 horas com recurso ao ultrassom.

Stevens (2005) citado por Newman (2016) refere que a implementação de um programa de medição de volume da bexiga por ultrassom como parte do TWOC pode reduzir o incidência de cateterismo. Newman (2016) recomenda que os enfermeiros desenvolvam protocolos direcionados para a abordagem da RU, incluindo o uso de cateterismo intermitente e o uso de ultrassom vesical na medição de volume.

Prompted Voiding ou Micção Estimulada

Nos EUA, a micção estimulada ou “*Prompted Voiding*” é usada preferencialmente, pelas equipas de enfermagem, como parte de tratamento da retenção urinária.

A micção estimulada é um programa que envolve monitorização regular da micção, e conseqüente solicitação de micção aos doentes por parte dos profissionais de enfermagem. É solicitado aos doentes que esvaziem a bexiga de acordo com um horário de micções estabelecido e predeterminado, preferencialmente de 2 em 2 horas, ou de 3 em 3 horas (Hoeman, 2011; Newman, 2016).

Deve ser realizada como parte de um TWOC (*Trial Without Catheter*), e realizada antes de cateterizar uma bexiga que não esvazia adequadamente. Preconiza-se que o doente tenha privacidade durante a micção, e possa permanecer na casa de banho, ou na

arrastadeira/urinol por um período não inferior a 15 minutos. A ansiedade, falta de privacidade ou stress poderão interferir no ato miccional (Hoeman, 2011; Newman, 2016).

Reeducação da Musculatura do Pavimento Pélvico

O primeiro passo para a reeducação dos músculos pélvicos é a tomada de conhecimento desses músculos, por parte da pessoa, o que requer concentração. Os exercícios dos músculos pélvicos, também chamados de exercícios de Kegel, “aumentam a resistência da uretra através da contração ativa dos músculos pubococígeos (..), aumentam o suporte das estruturas pélvicas e fortalecem, tanto a musculatura periuretral voluntária como a pélvica” (Hoeman, 2011, p. 372).

Os exercícios de Kegel apenas poderão ser realizados após a remoção do cateter vesical, pois podem causar hemorragia e espasmos (McCabe et al., 2017). A realização destes exercícios exige numa primeira fase o esvaziamento da bexiga, e posteriormente procede-se à identificação e tomada de consciência correta dos músculos pélvicos pelo doente. Os exercícios dos músculos pélvicos consistem na contração dos músculos identificados durante dez segundos, e de seguida no relaxamento desses mesmos músculos durante o mesmo tempo. É possível realizar estes exercícios em qualquer posição, não são visíveis aos outros, pelo que podem ser realizados em qualquer ambiente (Hoeman, 2011; Silva, 2011).

Estabelece-se um plano diário, constituído por exercícios ativos que poderão ser complementados com recurso à bola suíça, se a condição clínica do doente assim o permitir.

A sequência da realização destes exercícios deverá ser iniciada em decúbito dorsal, evoluindo gradualmente para os exercícios em posição de sentado, e finalmente na posição de pé, de modo a acompanhar a evolução clínica e de reabilitação global motora do doente.

Inicialmente a contração dos músculos identificados poderá ter apenas a duração de 5 segundos, seguida do relaxamento desses mesmos músculos durante o mesmo tempo, sendo a meta ciclos de contrações de 10 segundos, alternados com 10 segundos de relaxamento. Nas sessões seguintes serão incentivadas contrações e relaxamentos fortes e curtos de 2 a 3 segundos (movimentos rápidos), alternados com ciclos mais longos. No entanto, os doentes que demonstrem iniciativa e ânimo serão incentivados a realizar os mesmos exercícios mais do que uma vez por dia, de forma autónoma, de modo a concretizarem dois/três treinos por dia (Hoeman, 2011; Silva, 2011).

2.2.3. Teoria de Enfermagem do Déficit de Autocuidado

De modo a dar visibilidade às intervenções de enfermagem de reabilitação é fundamental que a prática seja fundamentada numa filosofia de cuidados. Assim, o referencial teórico de Dorothea Orem, a Teoria do Déficit de Autocuidado na Enfermagem, foi o que mais se adequou à pertinência da problemática selecionada e do projeto de intervenção em questão. A dependência no autocuidado apresenta-se como um foco central no processo de cuidados dos enfermeiros, especialmente nos de enfermagem de reabilitação, com enfoque na capacitação da pessoa para o desempenho das atividades que constituem cada um dos vários domínios do autocuidado.

A Teoria de Enfermagem do Déficit de Autocuidado foi inicialmente desenvolvida por Dorothea Orem em 1956 e formalmente validada em 1967 através do trabalho realizado pelo *Nursing Development Conference Group*. O autocuidado é o conceito central na Teoria do Déficit de Autocuidado de Enfermagem. Para Orem (2001) o autocuidado é uma função humana autorreguladora, resultante de um processo de desenvolvimento e aprendizagem, de forma a satisfazer as necessidades do indivíduo. Assim, a autora define o autocuidado como “a prática de atividades iniciadas e executadas pelos indivíduos em seu próprio benefício, para a manutenção da vida, da saúde e do bem-estar” (2001, p. 43).

A Teoria de Enfermagem do Déficit de Autocuidado é descrita como uma Teoria Geral, a qual é composta por três teorias inter-relacionadas (Figura n.º1): a Teoria do Autocuidado, que descreve o porquê e como as pessoas cuidam de si próprias; a Teoria do Déficit de Autocuidado, que descreve e explica a razão pela qual as pessoas podem ser ajudadas através da enfermagem; e a Teoria dos Sistemas de Enfermagem, que descreve e explica as relações que têm de ser criadas e mantidas para que se produza enfermagem (Tomey & Alligood, 2002).

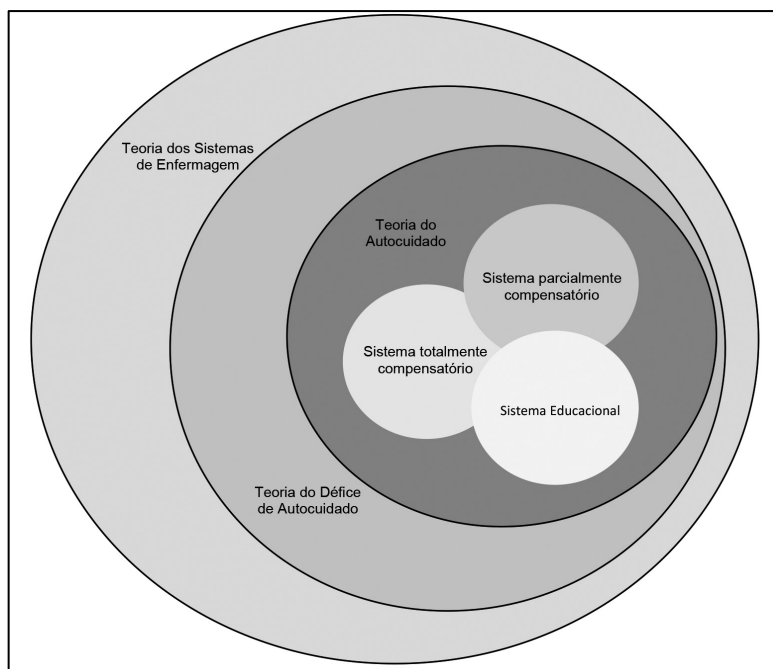


Figura n.º 1 – Teoria de Enfermagem do Déficit de Autocuidado.

Fonte: Orem, D. (2001). *Nursing: Concepts of Practice* (6ª ed.). St. Louis: Mosby.

A Teoria do Autocuidado

Na teoria do autocuidado o indivíduo desenvolve a prática de atividades da vida diária em benefício próprio, com o intuito de preservar a vida e o funcionamento saudável, e manter o desenvolvimento e o bem-estar pessoal. O autocuidado é reconhecido como uma habilidade humana, em que a sua concretização está diretamente ligada às condições que cada pessoa possui para se autocuidar (Taylor, 2004).

A realização das atividades de autocuidado visa atingir determinados objetivos que Orem (2001) designa de requisitos de autocuidado. São três os requisitos de autocuidado ou exigências: universais, de desenvolvimento e de desvio de saúde. Os universais relacionam-se com os processos de vida e a manutenção da integridade da estrutura e funcionamento humano. São comuns a todos os seres humanos durante todos os estádios do ciclo vital, como é o exemplo das atividades do quotidiano. Os requisitos de desenvolvimento são associados à condição do indivíduo, resultante do seu ciclo de vida ou algum evento crítico, como a adaptação a um novo trabalho ou a adaptação a mudanças físicas. O desvio de saúde é exigido quando ocorrem as alterações da condição do indivíduo pelo aparecimento de uma doença, déficit ou lesão, como será o caso da pessoa com AVC, ou como consequência de medidas médicas com o objetivo de diagnosticar ou corrigir uma condição (Orem, 2001).

A teoria do autocuidado de Orem tem como premissa essencial a crença de que o ser humano tem habilidades próprias para cuidar de si mesmo, e que este pode beneficiar com os cuidados da equipa de enfermagem aquando da presença de incapacidade (Taylor, 2004).

A Teoria do Défice de Autocuidado

A Teoria do Défice de Autocuidado constitui-se como a base da teoria de Orem. Explora a razão pela qual os indivíduos necessitam de cuidados de enfermagem, contemplando situações de limitação na ação de autocuidado por motivos de saúde, em que os indivíduos se encontram parcial ou totalmente incapacitados, originando situações em que as necessidades de autocuidado são superiores à sua capacidade (Petronilho, 2012). Por conseguinte instala-se o défice no autocuidado, emergindo desta forma outro conceito central: os métodos de ajuda. Estes métodos representam o conjunto de medidas terapêuticas compensatórias das limitações do indivíduo, que visam a manutenção e a promoção da saúde, e a prevenção de défices, satisfazendo os requisitos de autocuidado (Orem, 2001). Os cinco métodos de ajuda identificados por Orem são: atuar ou fazer por outrem, orientar e dirigir, fornecer apoio físico e psicológico, proporcionar e manter um ambiente que promova o desenvolvimento pessoal, e ensinar (Taylor, 2004). A pessoa que sofre um AVC encontra-se, por vezes, temporariamente impossibilitada de realizar o seu autocuidado sem apoio. São muitas as alterações que têm repercussão no seu desempenho independente. Estão, então, em situação de solicitar ajuda de profissionais, onde os EEER, em particular, têm uma intervenção privilegiada.

A Teoria dos Sistemas de Enfermagem

A Teoria dos Sistemas estabelece a estrutura e o conteúdo da prática de enfermagem (Orem, 2001). Direciona o tipo de sistema de enfermagem que o enfermeiro deve planear e executar de modo a dar resposta às necessidades que resultam do défice do autocuidado do indivíduo. Os sistemas de enfermagem são sistemas de ação, compostos por enfermeiros, através do exercício profissional, para pessoas com limitação de autocuidado (Orem, 2001). Estes sistemas baseiam-se nas necessidades de autocuidado e no potencial do indivíduo para o desempenho das atividades do autocuidado. Para satisfazer os requisitos de autocuidado do indivíduo, Orem identificou três classificações de sistemas de enfermagem: o sistema totalmente compensatório, o sistema parcialmente compensatório e o sistema de apoio-

educação. No sistema totalmente compensatório, o indivíduo não se consegue envolver na ação de autocuidado, tornando-se dependente de terceiros, em que o enfermeiro através das suas intervenções irá compensar a incapacidade para a atividade do autocuidado de modo a garantir a sobrevivência e o bem-estar do doente. O sistema parcialmente compensatório, refere-se à assistência de enfermagem quando o enfermeiro e o indivíduo colaboram, e ambos realizam intervenções no domínio do autocuidado, em que o indivíduo é incapaz de completar sozinho as ações do autocuidado, e o enfermeiro compensa as suas limitações. Recorre-se ao sistema apoio-educação, quando o indivíduo é capaz de executar as intervenções, apresentando capacidade para o autocuidado, contudo carece de apoio, ensino e supervisão do enfermeiro para o exercício e desenvolvimento dessas atividades (Petronilho, 2012). No caso concreto da pessoa com AVC o EEER deve definir terapêuticas para substituir a pessoa, complementar a sua intervenção e instruir sempre.

2.3. Objetivos

Os objetivos gerais que delineamos são:

- Capacitar a pessoa para o autocuidado;
- Facilitar o processo de transição para a comunidade;
- Estabelecer um projeto de intervenção específico de ER.

No que diz respeito ao projeto de intervenção “Retenção Urinária na Pessoa com AVC: Protocolo de Reeducação Vesical”, composto por intervenções específicas do EEER, teve como objetivo principal:

- Implementar um protocolo de reeducação vesical, em pessoas com AVC agudo e com o diagnóstico de retenção urinária.

Assim, e de modo a sustentar o objetivo principal, foram delineados como objetivos específicos:

- Desenvolver um algoritmo de atuação na retenção urinária, que desempenhe o papel de ferramenta de decisão clínica de enfermagem, com a descrição dos passos necessários à remoção do cateter vesical, de modo a reduzir os dias de algália, e consequente redução da taxa de ITU pós-algália;
- Avaliar o resultado das intervenções de EEER do protocolo implementado.

2.4. Metodologia

A procura de novos conhecimentos assentes em bases científicas, que suscitem questões com vista à melhoria da atuação é fundamental para a progressão da profissão.

A investigação desempenha assim um papel importante no estabelecimento de uma base científica para reformular a prática e qualidade dos cuidados a prestar ao doente/família/comunidade.

Polit & Beck (2018) referem que as áreas de investigação de interesse para pesquisadores em enfermagem são tão diversas quanto os tipos de posições defendidos pelos enfermeiros, a diversidade de locais de trabalho, a complexidade da natureza humana e a personalidade de cada enfermeiro.

Toda a investigação ou pesquisa, que utiliza uma metodologia científica, vai certamente contribuir para o desenvolvimento da profissão e do conhecimento humano.

A metodologia, segundo Fortin (2009) pode ser definida como um “processo racional e um conjunto de técnicas ou de meios que permitem realizar a investigação” (p. 19). De acordo com o processo de investigação, assim deverá ser a escolha da metodologia a utilizar, e a mais adequada para dar resposta ao estudo em causa.

Ainda de acordo com Fortin (2009) a fase metodológica reporta-se ao conjunto dos meios e das atividades próprias para responder às questões de investigação ou para verificar hipóteses formuladas no decurso da fase conceptual” (p. 211).

A autora supracitada (2009) afirma também que

Após ter estabelecido a maneira de proceder, o investigador define a população em estudo, determina o tamanho da amostra e precisa os métodos de colheita de dados. Assegura-se da fidelidade e da validade dos métodos de colheita dos dados, de maneira a obter resultados fíáveis (p. 53).

2.4.1. Tipo de Estudo

Os métodos constituem de maneira mais ou menos abstrata ou concreta, precisa ou vaga, um plano de trabalho em função de uma determinada finalidade (Carmo & Ferreira, 1998). Assim sendo, a opção por um método qualitativo ou quantitativo, depende da questão de investigação, podendo esta, por seu lado sugerir a exploração da experiência humana ou a exploração e a verificação de relações (Fortin, 2009).

Deste modo, e relativamente ao modo de abordagem tendo em conta o tema deste

projeto de investigação: Retenção Urinária na Pessoa com AVC: Protocolo de Reeducação Vesical optou-se por realizar um estudo quantitativo. Segundo Carmo & Ferreira (1998) os objetivos da investigação quantitativa consistem essencialmente em encontrar relações entre variáveis, fazer descrições recorrendo ao tratamento estatístico de dados recolhidos e testar teorias.

Segundo Fortin (2009) neste tipo de estudo o controle permite delimitar aquilo que se investiga e anular o efeito de variáveis estranhas. Deste modo, o controlo, os instrumentos metodológicos e a análise estatística dos dados conferem-lhes validade de modo a que sejam generalizáveis a outras populações. Consideramos que a extensão do estudo no tempo poderá permitir alcançar esses objetivos.

Uma das grandes limitações do método quantitativo está ligada à própria natureza dos fenómenos estudados: complexidade dos seres humanos, estímulo que dá origem a diferentes respostas de acordo com os sujeitos, subjetividade por parte do investigador, medição que é muitas vezes indireta (Carmo & Ferreira, 1998).

Tendo em conta o objetivo principal deste projeto, realizamos um estudo descritivo, a partir da descrição e análise de casos. O estudo de caso caracteriza-se por uma análise de modo detalhado de um caso individual, explanando a dinâmica de um diagnóstico clínico. Tem em consideração os sinais, sintomas, características e os procedimentos terapêuticos utilizados. São estudos primários, que poderão servir como base para estudos mais abrangentes. A série de casos é um estudo com maior número de participantes (Ventura, 2007).

2.4.2. População e Amostra do Estudo

Nos estudos descritivos pode trabalhar-se com a população total ou com uma amostra extraída da população, através do uso de técnicas de amostragem.

A população alvo do projeto de intervenção profissional foi constituída por todos os doentes em regime de internamento na Unidade de AVC, no período em que decorreu o Estágio Final, de 13 de Setembro de 2021 a 14 de Janeiro de 2022, com o interregno de 20 de Dezembro de 2021 a 2 de Janeiro de 2022, período que correspondeu à pausa letiva das férias de Natal.

A amostra total foi constituída por 12 pessoas, e caracteriza-se como não probabilística e de conveniência ou acidental. Os participantes foram identificados e

selecionados à medida que decorria o seu internamento na Unidade, procedendo-se à aplicação prévia dos critérios de inclusão/exclusão.

Como critérios de inclusão definimos que os participantes seriam pessoas com história atual de AVC; se encontrassem algaliados no momento de admissão na Unidade de AVC, independentemente da causa (desconhecida, contabilização de débito urinário ou retenção urinária); que ao longo do internamento apresentassem um episódio de retenção urinária.

Como critérios de exclusão definimos: pessoas que apresentassem como antecedentes pessoais de saúde a algaliação crónica e a incontinência urinária.

2.4.3. Técnicas e Instrumentos de Recolha de Dados

O projeto de intervenção teve como finalidade implementar um protocolo de reeducação vesical, o qual requereu um registo acerca da condição clínica do doente, das avaliações e intervenções realizadas, e da reavaliação das mesmas.

Assim, foi necessário recorrer a instrumentos de recolha de dados, de forma a registar de forma organizada e consistente as avaliações efetuadas e perceber a efetividade das intervenções de enfermagem de reabilitação.

No âmbito dos Cuidados Especializados em Enfermagem de Reabilitação (CEER), quer os Enfermeiros Especialistas em Enfermagem de Reabilitação (EEER), quer as organizações de saúde têm vindo a manifestar a necessidade premente da utilização de instrumentos de medida que permitam quantificar e evidenciar os resultados obtidos pela intervenção dos Enfermeiros Especialistas em Enfermagem de Reabilitação (Ordem dos Enfermeiros, 2016).

Tendo em conta os objetivos contemplados neste projeto de investigação assim como o carácter do estudo, e após a seleção da amostra, perspetivou-se a realização de uma avaliação pormenorizada do doente, com recurso à aplicação de alguns instrumentos de avaliação:

- Questionário sociodemográfico, clínico, e com questões relativas à cateterização vesical e retenção urinária, tendo sido elaborado propositadamente para o estudo;
- Escala de Coma de Glasgow – indicador de gravidade da lesão cerebral;
- Escala de Barthel – nível de independência;

- Escala de Rankin Modificada – avaliação funcional pós AVC;
- NIHSS (National Institute of Health Stroke Scale) – quantifica a severidade e a magnitude do *deficit* neurológico após o Acidente Vascular Cerebral (AVC).

Os resultados desta avaliação foram registados em formulário próprio, elaborado especificamente para este projeto de intervenção, denominado instrumento de recolha de dados (Apêndice A). O instrumento de recolha de dados elaborado para o estudo contempla em primeiro lugar um questionário sociodemográfico e clínico e com questões relacionadas com a cateterização vesical/retenção urinária. Está dividido em duas partes distintas: a primeira, correspondente aos dados que incluem – idade, sexo, diagnóstico, data entrada no SU, data de admissão na UAVC, data de alta clínica, presença de antecedentes pessoais de saúde, tipo de AVC, território vascular afetado e presença de défices neurológicos, e a segunda, dados relacionados com a Cateterização Vesical e Retenção Urinária – fatores de risco para a Retenção Urinária, data e local da cateterização vesical, número de dias de repouso no leito, causa e duração da cateterização vesical, se há presença ou não de ITU, se é prévia ou posterior à cateterização, e em caso afirmativo qual o agente infeccioso identificado.

Todas as questões são do tipo “fechadas” ou de resposta rápida, assegurando anonimato e a fidelidade dos dados recolhidos.

Seguidamente, o instrumento contempla a Escala de Coma de Glasgow. A Escala de Coma de Glasgow (ECG) foi publicada pela primeira vez em 1974 na Escócia, na revista Lancet por Graham Teasdale e Bryan J. Jennett, ambos membros do Instituto de Ciências Neurológicas de Glasgow. É aplicada mundialmente para reconhecer disfunções neurológicas e acompanhar a evolução do nível de consciência, auxilia na determinação da gravidade do trauma, na interpretação do estado clínico e do seu prognóstico, e padroniza a linguagem entre os profissionais de saúde (Menoita, 2012; Santos et al., 2016)

A escala avalia a reatividade do doente mediante a observação de três parâmetros: abertura ocular, melhor resposta motora e resposta verbal. Cada item dos três parâmetros recebe uma pontuação. A pontuação pode variar entre 3 a 15, sendo 15 o *score* máximo, e 3 o *score* mínimo. Os doentes com *score* 15 apresentam nível de consciência normal, enquanto que os doentes com *scores* menores que 8 têm indicação para proteção de via aérea através de entubação orotraqueal. No caso de impossibilidade de aplicar algum dos estímulos, a indicação é para não se atribuir um número, e sim “NT”, ou seja, “não testado” (Santos et al., 2016).

Em 2018 Teasdale realizou uma pesquisa em conjunto com outros investigadores (Paul Brennan e Gordon Murray), quarenta anos após o lançamento da ECG original, adicionando a reatividade pupilar à avaliação. Apresentou como objetivo primário a obtenção de informações mais precisas sobre o prognóstico no TCE, uma vez que tais estudos comprovaram que há uma maior precisão da análise da escala se conjugada à reatividade pupilar. Ainda em 2018, na 10ª edição do ATLS (Advanced Life Trauma Support), a nomenclatura “dor” foi substituída por “pressão”. Tal mudança deveu-se não apenas pela dificuldade em definir “dor”, mas pela questão se seria mesmo necessário submeter o doente a essa sensação (Santos et al., 2016).

Outra Escala presente no formulário é a Escala de Barthel, que avalia o grau de dependência funcional, de modo a adequar estratégias de reabilitação. A Escala de Barthel foi publicada em 1965 por Mahoney e Barthel, nos Estados Unidos, e foi desenhada para avaliar a mudança no *status* funcional em pessoas com deficiência de reabilitação neurológica ou músculo-esqueléticas. Esta avalia o nível de independência funcional em dez atividades de vida, como: comer, higiene pessoal; uso de sanitário; tomar banho; vestir e despir; controlo de esfíncteres; deambular; transferência da cadeira para a cama; subir e descer escadas (Araújo et al., 2007).

Na sua versão original, a pontuação varia de 0 a 100, com intervalos de 5 pontos. A pontuação mínima é de zero e corresponde a um grau de maior dependência, para todas as Atividades de Vida Diárias avaliadas e uma pontuação de 100, equivale a uma independência total para os mesmos itens avaliados (Araújo et al., 2007). Sequeira (2007) mencionado por Menoita (2012) com uma redação dos itens ligeiramente diferente, mas avaliando conteúdo semelhante, refere como pontos de corte: 90-100 Independente; 60-90 Ligeiramente dependente; 40-55 Moderadamente dependente; 20-35 Severamente dependente; <20 Totalmente dependente.

A Escala de Barthel, ou índice de Barthel, como se encontra descrita em alguma literatura, transmite informação importante, não só a partir da pontuação total, mas também, a partir das pontuações parciais para cada atividade avaliada, uma vez que dá a conhecer quais as incapacidades específicas da pessoa, e como tal, adequar os cuidados às necessidades. Assim “dois indivíduos com a mesma pontuação global necessitam de cuidados diferenciados de acordo com a (s) atividade (s) para as quais demonstra maior incapacidade” (Araújo et al., 2007, p. 61).

Até à data, a escala de Barthel é amplamente utilizada, principalmente em contexto hospitalar, unidades de convalescença e centros de reabilitação, sendo que muitos são os autores que a consideram primordial, de entre as restantes escalas (Harrison et al., 2013).

Ainda, os mesmos autores referem um estudo onde a referida escala apresentou os resultados mais consistentes e com maior validade, numa comparação com mais de 30 instrumentos de avaliação.

Relativamente à Escala de Rankin Modificada, esta escala permite quantificar o *status* funcional, incorporando para além das limitações à atividade, também as limitações à participação e a presença de défices relativos a funções do corpo, tal como vem descrito na classificação da OMS “The International Classification of Functioning, Disability and Health” (ICF).

A Escala de Rankin, publicada em 1957 consistia em 5 diferentes graus de incapacidade (1, 2, 3, 4 e 5). Em 1988 foi publicada uma nova versão da escala de Rankin, a atual Escala de Rankin Modificada. Nesta nova versão o número de graus de incapacidade é modificado, passando de 5 para 7 graus (0, 1, 2, 3, 4, 5 e 6). Ao grau 0 corresponde o estado assintomático, ao grau 1 o estado de nenhuma incapacidade significativa (apesar dos sintomas é capaz de realizar todos os deveres e atividades habituais), ao grau 2 o estado de incapacidade ligeira (incapaz de realizar todas as atividades que realizava anteriormente, mas é capaz de cuidar dos próprios interesses sem assistência), a grau 3 o estado de incapacidade moderada (requer alguma ajuda, mas é capaz de caminhar sem assistência), ao grau 4 o estado de incapacidade moderada a grave (incapaz de caminhar sem assistência e incapaz de atender às suas próprias necessidades fisiológicas sem assistência), ao grau 5 o estado de incapacidade grave (acamado, incontinente, requerendo cuidados e atenção constantes) e ao grau 6 corresponde o estado de morte (Banks & Marotta, 2007; Harrison et al., 2013).

A Escala de Rankin modificada permite discriminar com mais precisão diferentes graus de incapacidade em indivíduos com alterações do *status* funcional. No entanto, enquanto que à Escala de Barthel falta sensibilidade, à escala de Rankin falta especificidade (Dromerick et al., 2003).

Por último, a escala final presente no instrumento de recolha de dados é a Escala de AVC do National Institute of Health (NIHSS).

A NIHSS, desenvolvida em 1989, é um instrumento que permite realizar uma avaliação quantitativa dos défices neurológicos relacionados com o AVC. Tem como finalidades: mensurar a gravidade da disfunção neurológica no momento do AVC,

determinar o tratamento mais adequado, e embora não tenha sido desenvolvida com esse objetivo, também é preditivo do prognóstico do doente (Harrison et al., 2013).

A escala NIHSS compreende 11 itens: avaliação do nível de consciência, movimentos oculares, campos visuais, paralisia facial, força dos quatro membros, coordenação motora, sensibilidade, linguagem, disartria e extinção/desatenção. A pontuação obtida em cada um dos itens varia entre zero a quatro, com valores inferiores a indicar normalidade. A pontuação global varia de 0 a 42, em que pontuações mais elevadas representam défices neurológicos mais graves. Alguns estudos consideram que uma pontuação na NIHSS inferior a 8 é indicativo de um défice neurológico ligeiro, uma pontuação entre 8 e 17 de um défice neurológico moderado, e uma pontuação superior a 17 de um défice neurológico grave (Briggs et al., 2001).

A aferição do défice neurológico resultante do AVC é bastante volátil nas primeiras horas, uma vez que tanto pode diminuir como aumentar. Contudo, nas primeiras 24 horas, melhorias espontâneas ocorrem em cerca de 40% dos doentes. Assim sendo, a capacidade da NIHSS prever o estado funcional do doente nas primeiras horas após-AVC, encontra-se limitada devido à maior variabilidade no estado clínico do doente (Lyden, 2017).

Com o objetivo de uniformizar a aplicação da NIHSS, de reduzir o tempo gasto na sua aplicação e de reduzir a subjetividade e variabilidade entre os observadores, há programas de treino e de certificação (Lyden, 2017).

2.4.4. Plano de Intervenção

Relativamente à temática das disfunções urinárias, atualmente encontramos grande parte da literatura focada no diagnóstico de incontinência urinária, em comparação com o diagnóstico de retenção urinária aguda.

O tratamento da retenção urinária aguda passa essencialmente e primariamente pela ação de descompressão da bexiga através de cateterização vesical, intermitente ou em drenagem contínua. As ITU são as infeções nosocomiais mais comuns, sendo a cateterização vesical a grande responsável. Assim, torna-se imperioso o desenvolvimento de uma ferramenta de decisão clínica de enfermagem, protocolo ou algoritmo de atuação perante a retenção urinária aguda, que direcione os profissionais, de modo a reduzir a cateterização vesical desnecessária, assim como o tempo de permanência do cateter na bexiga (Newman, 2016).

A construção do presente protocolo de intervenção teve por base a realidade mencionada anteriormente, comum em unidades de internamento, como é o caso da UAVC. Pimenta et al. (2015) citado por Ferreira & Simões (2019) refere que os protocolos de enfermagem são um suporte teórico de padronização dos cuidados, que quando baseados na evidência, são uma valiosa ferramenta para práticas seguras.

Deste modo, e com base na linguagem CIPE®, o plano de intervenção contemplou dois focos de atenção, a eliminação urinária e a retenção urinária. A CIPE® define a eliminação urinária como: “processo do sistema urinário” (Ordem dos Enfermeiros, 2014, p.50), e a retenção urinária como “*status* urinário: acumulação involuntária de urina na bexiga, esvaziamento incompleto da bexiga associado a perda da sua função muscular, efeitos secundários da medicação narcótica ou lesão da bexiga” (Ordem dos Enfermeiros, 2014, p. 72).

Da atribuição do juízo: comprometido e atual, aos focos de atenção selecionados e passíveis de cuidados de enfermagem de reabilitação foram enunciados os diagnósticos de enfermagem: eliminação urinária comprometida e retenção urinária atual.

Assim, o protocolo de reeducação vesical, que engloba o algoritmo, as intervenções para a reeducação do pavimento pélvico e o treino de micção estimulada, teve como objetivo primário atingir resultados em ganhos de saúde no âmbito da eliminação urinária disfuncional.

Fase de Avaliação

O plano de intervenção surge como uma linha orientadora ao longo de todo o processo, de modo claro e assertivo, na concretização do protocolo de reeducação vesical.

Assim, a primeira fase iniciou-se com a identificação dos participantes que poderiam fazer parte da amostra, através da aplicação dos critérios de inclusão/exclusão referidos anteriormente. Após a informação e explicação do projeto, foi obtida a anuência dos participantes e a assinatura do seu consentimento para o integrarem.

O primeiro contato com os doentes realizou-se até às primeiras 48 horas de admissão na UAVC (no caso de se encontrarem algaliados), ou nas primeiras 24 horas após o episódio de retenção urinária. No primeiro contato com os doentes foi realizada a primeira avaliação, através da aplicação do instrumento de recolha de dados (Apêndice A), nomeadamente através do Questionário (sociodemográfico, clínico, e da cateterização vesical e retenção urinária), da Escala de Coma de Glasgow, da Escala de Barthel, da Escala de Rankin

Modificada e da Escala de AVC (NIHSS), de forma a compreender qual o *status* funcional da pessoa na fase aguda do AVC, assim como as particularidades e as alterações da função: eliminação urinária.

Fase de Intervenção

Após a primeira avaliação foi implementado o protocolo de reeducação vesical na retenção urinária aguda.

O protocolo (Figura n.º 2) é composto por três passos: algoritmo de decisão clínica, treino de micção estimulada e reeducação da musculatura do pavimento pélvico, através dos exercícios de Kegel.

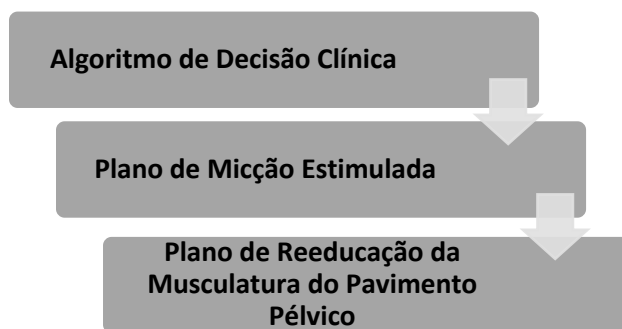


Figura n.º 2 – Protocolo de Reeducação Vesical na Retenção Urinária Aguda

O algoritmo é formado por duas fases: a fase inicial que direciona os passos dados aquando do diagnóstico de retenção urinária, e a fase TWOC (Trial Without Catheter), onde é pretendida a remoção da sonda vesical. Poderá ser facultado se necessário

Numa primeira fase e para a elaboração do algoritmo foi realizada pesquisa bibliográfica, através da plataforma de investigação EBSCOhost, recorrendo às bases de dados CINAHL Complete, MEDLINE Complete e Cochrane Database of Systematic Reviews. Foram pesquisados artigos científicos publicados em texto integral a partir do ano 2010, com os descritores *acute urinary retention*, *rehabilitation* e *protocol*. Posteriormente, o algoritmo foi elaborado com o contributo *major* de três autores: Newman (2016), Serlin et al. (2018) e Yoon et al. (2015). Por fim foi revisto por peritas na área.

Após a remoção do cateter vesical deu-se início ao plano de micção estimulada ou *Prompted Voiding*. O plano de micção estimulada envolveu a monitorização regular da micção, e consequente solicitação de micção aos doentes, com programação de idas à casa

de banho, ou do uso de urinol ou arrastadeira, de 2 em 2 horas, observando-se o padrão miccional e de seguida procedeu-se ao registo das micções num diário da eliminação vesical.

Simultaneamente, implementou-se o plano de reeducação da musculatura do pavimento pélvico, com recurso aos exercícios de Kegel, os quais importa salientar nunca foram realizados com o doente algaliado, pois poderiam causar hemorragia e espasmos (McCabe et al., 2017).

A realização destes exercícios exige numa primeira fase o esvaziamento da bexiga, e posteriormente procede-se à identificação e tomada de consciência correta dos músculos pélvicos pelo doente. Os exercícios inicialmente consistem na contração dos músculos identificados durante cinco segundos, e de seguida no relaxamento desses mesmos músculos durante o mesmo tempo, sendo a meta ciclos de contrações de 10 segundos, alternados com 10 segundos de relaxamento.

O plano foi implementado diariamente, tendo a duração máxima de 45 minutos. Inicialmente era constituído por exercícios ativos, e posteriormente realizaram-se os exercícios com recurso à bola suíça (dependente da condição clínica e capacidade funcional da pessoa).

A sequência da execução destes exercícios foi efetuada inicialmente em decúbito dorsal, evoluindo gradualmente para os exercícios em posição de sentado, e finalmente na posição de pé, de modo a acompanhar a evolução clínica e de reabilitação global motora do doente. Após a primeira sessão, o doente foi incentivado a realizar ciclos de contrações e relaxamentos fortes e curtos de 2 a 3 segundos (movimentos rápidos), alternados com ciclos mais longos. Todos os doentes participantes do plano de fortalecimento do pavimento pélvico demonstraram motivação, iniciativa e ânimo para realizar os exercícios, não apenas com a colaboração do EER, mas de forma autónoma, tendo realizado dois a três treinos por dia.

Os registos dos exercícios realizados foram registados na *check-list* elaborada para esse mesmo efeito. A descrição pormenorizada do protocolo, que inclui o algoritmo de decisão clínica, poderá ser facultada se necessário.

Fase de Reavaliação

Após a implementação do protocolo, e de modo a avaliar a função eliminação urinária, no dia da alta todos os doentes foram sujeitos a reavaliações através dos instrumentos de recolha de dados: Escala de Barthel e Questionário da cateterização urinária

e retenção urinária: tempo repouso no leito, tempo de permanência do cateter vesical e a presença ou não de ITU após cateterização vesical. A reavaliação da Escala de Coma de Glasgow, a Escala de Rankin Modificada e a Escala de AVC (NIHSS), tiveram como função principal avaliar a condição global funcional da pessoa no momento da alta clínica.

A comparação do *status* da função eliminação urinária do doente entre a primeira avaliação, seja nas primeiras 48 horas de internamento (se algaliado), ou nas primeiras 24 horas após o episódio de retenção urinária, e a avaliação no dia de alta da UAVC teve como finalidade verificar a efetividade do protocolo de reeducação vesical na retenção urinária.

2.4.5. Princípios Éticos

A ética é a ciência da moral e a arte de dirigir a conduta. De acordo com os códigos de ética, são cinco os princípios ou direitos aplicáveis aos participantes que se vai abordar de seguida: o direito à autodeterminação, o direito à intimidade, o direito ao anonimato e confidencialidade, o direito à proteção contra o desconforto e o prejuízo e o tratamento ao tratamento justo e legal (Fortin, 2009).

No que respeita ao direito à autodeterminação, este assenta no princípio ético do respeito pelas pessoas, segundo o qual qualquer pessoa é capaz de decidir por ela própria e tomar conta do seu próprio destino (Fortin, 2009).

No que concerne ao direito à intimidade, um estudo científico, pode ser encarado como uma forma de intrusão na vida privada do cidadão que foi escolhido para participar na investigação e para responder a certas questões. Assim, este deve ser o menos intrusivo possível e respeitar a intimidade dos participantes. Neste sentido, foi assegurado o direito das pessoas decidirem a amplitude da informação que pretendiam revelar (Fortin, 2009).

O direito à confidencialidade deve ser sempre salvaguardo junto dos participantes, de forma, a que os resultados do estudo transmitidos não contemplassem sua identidade.

Por seu lado, o direito à proteção contra o desconforto e o prejuízo, assente no princípio ético da beneficência, refere-se às regras de proteção da pessoa contra inconvenientes suscetíveis de lhe fazerem mal ou de a prejudicarem (Fortin, 2009).

No que se refere ao direito a um tratamento justo e equitativo, o investigador deve informar a pessoa sobre a natureza, a finalidade e a duração da investigação, assim como dos métodos a empregar (Fortin, 2009). Este direito prende-se igualmente com a questão do consentimento informado que significa que “o sujeito obteve toda a informação essencial, que conhece bem o conteúdo e que compreendeu bem aquilo em que se envolve” (Fortin,

2009, p. 186).

O consentimento livre e esclarecido encontra-se contemplado na lei que esclarece o dever de informação, sendo que, segundo a mesma autora, o consentimento é livre se, durante a transmissão de informação sobre o estudo e tomada de decisão da pessoa, sobre esta, não for exercida qualquer pressão, promessa ou ameaça.

Assim, após os participantes terem sido esclarecidos sobre o estudo, lhes ter sido fornecido tempo para submissão de dúvidas e lhes ter sido garantido que os dados recolhidos seriam usados apenas e exclusivamente para a investigação em causa, foi-lhes facultado um consentimento informado, livre e esclarecido, salvaguardando que a sua decisão poderia ser sempre revogável a qualquer momento, nunca colocando em causa a prestação de cuidados necessários ao estado de saúde da pessoa, e só após a assinatura do documento seriam incluídos no estudo. Importa ainda referir que a identificação dos participantes foi realizada através de um código, criado unicamente para estudo, de forma a garantir a confidencialidade de todos os dados fornecidos. O documento elaborado para o consentimento informado, livre e esclarecido foi disponibilizado em duplicado, ficando um exemplar para o participante, e o outro exemplar para o investigador, e poderá ser facultado se assim for necessário.

Para o presente projeto de intervenção requereu-se o parecer tanto da Comissão de Ética para a Investigação Científica nas Área da Saúde e do Bem-Estar da Universidade de Évora, como da Comissão de Ética do Hospital onde realizamos o Estágio Final. Ambas as entidades deram o seu parecer favorável.

2.5. Apresentação e Análise dos Resultados

Partindo dos objetivos delineados, bem como os métodos traçados para os atingir, o presente capítulo exhibe os resultados encontrados. A apresentação dos resultados inicia-se pela caracterização geral da amostra, a partir das variáveis sociodemográficas e clínicas selecionadas nos instrumentos de recolha de dados, enquanto se procede à análise descritiva dos resultados encontrados.

No período em que decorreu o Estágio Final, de 13 de Setembro de 2021 a 14 de Janeiro de 2022, com o interregno de 20 de Dezembro de 2021 a 2 de Janeiro de 2022 (pausa de Natal) foram admitidos na Unidade de AVC um total de 97 doentes, verificados os critérios de inclusão ou exclusão. Dos 97 doentes admitidos durante o período em questão, 12 foram sujeitos a cateterização vesical, em drenagem contínua, ou intermitente, a que

corresponde a uma taxa de cateterização vesical de 12,4%, tendo sido referenciados para a implementação do protocolo de reeducação vesical.

Durante a implementação do protocolo, toda a equipa de enfermagem se guiou pelo algoritmo de decisão clínica aquando de um episódio de RUA ou aquando da remoção do cateter vesical – Passo 1 do Protocolo.

Caracterização Sociodemográfica

Idade

A amostra é constituída por 12 pessoas, de ambos os sexos, com idades compreendidas entre 45 e 88 anos (mínimo = 45; máximo = 88) com uma média de 75,75 anos. O intervalo é de 43, ou seja, de 43 anos, entre o valor mais alto e o mais baixo da variável (Gráfico n.º 1). A dispersão, relativamente à média, é de 12,278 (desvio padrão). A moda é de 76 anos.

Relativamente a esta variável e de forma a simplificar a sua análise, procedeu-se à sua recodificação em 5 escalões etários: 1.) 18 a 40 anos; 2.) 41 a 59 anos; 3.) 60 a 69 anos; 4.) 70 a 79 anos; 5.) 80 a 89 anos.

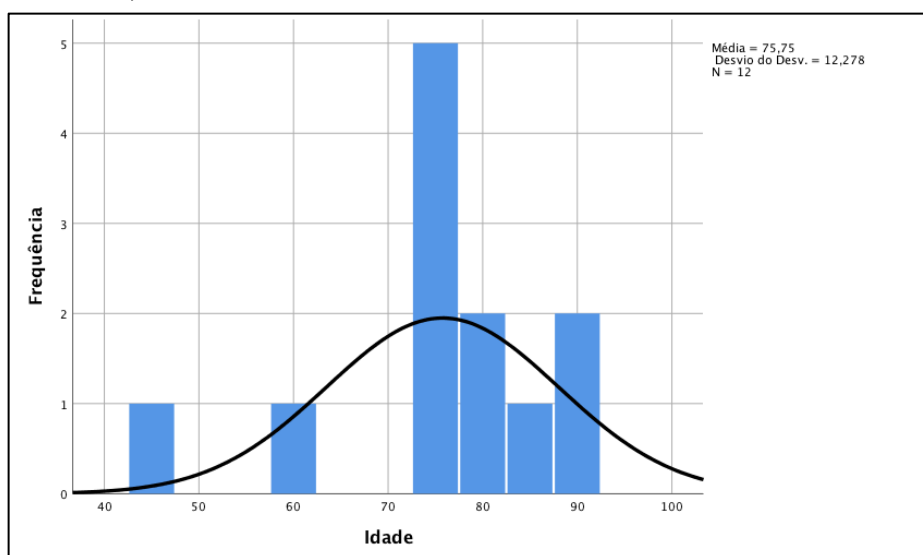


Gráfico n.º 1 – Distribuição da Idade

Assim, é possível constatar que a maioria das pessoas se insere em dois escalões etários: 70-79 anos (41,7%) e 80-89 anos (41,7%), seguindo-se as idades entre os 41 os 59 anos, assim como entre os 60 e 69 anos de idade, ambos os escalões etários com a mesma percentagem (8,3%, n=1) (Tabela n.º 2).

		Escalões Etários									
		41-59 anos		60-69 anos		70-79 anos		80-89 anos		Total	
		n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Sexo	Masculino	1	8,3	1	8,3	2	16,7	2	16,7	6	50,0
	Feminino	0	0,0	0	0,0	3	25,0	3	25,0	6	50,0

Tabela n.º 2 – Caracterização da Idade por Escalões Etários

Sexo

Relativamente ao sexo, a amostra dividiu-se em 6 indivíduos do sexo masculino (50%) e 6 do sexo feminino (50%), em que a idade média do sexo masculino foi de 71 anos, enquanto que a idade média do sexo feminino foi de 81 anos.

De modo a permitir uma melhor visualização da amostra, relativamente às variáveis idade e sexo, foi realizada uma análise bivariada total (Gráfico n.º 2), onde se pode verificar uma maior distribuição de indivíduos do sexo feminino à medida que a idade progride, comparativamente ao sexo masculino que se distribui de forma mais homogénea.

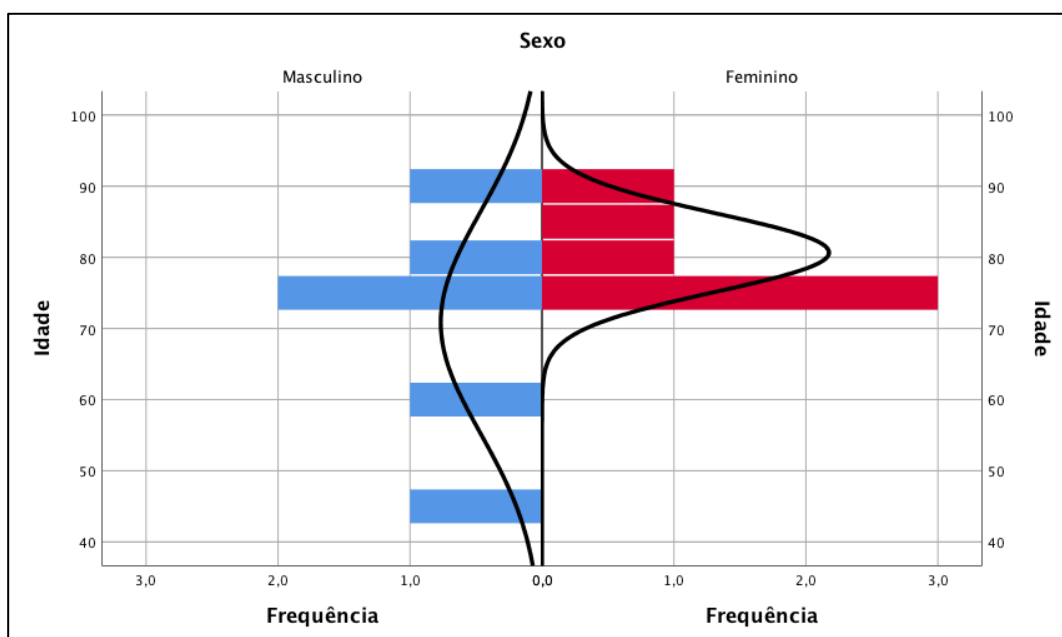


Gráfico n.º 2 – Distribuição Quanto ao Sexo e à Idade

Caracterização Clínica

Diagnóstico

Diagnóstico	n	%
AVC Hemorrágico Lentículo-capsular Esquerdo	2	16,7
AVC Hemorrágico Tálamo-capsular Esquerdo	1	8,3
AVC Isquémico da ACM Direita	1	8,3
AVC Isquémico da ACM Direita e Cerebelo Esquerdo, Submetido a Trombólise	1	8,3
AVC Isquémico da ACM Direita, Submetido a Trombólise e Trombectomia	1	8,3
AVC Isquémico da ACM e ACA Direita, com Oclusão do Segmento M2	1	8,3
AVC Isquémico da ACM Esquerda	1	8,3
AVC Isquémico da ACM Esquerda por Doença de Grande Vaso	1	8,3
AVC Isquémico da ACM Esquerda, com Oclusão do Segmento M1, Submetido a Trombectomia	1	8,3
AVC Isquémico da Protuberância Esquerda, Submetido a Trombólise	1	8,3
AVC Isquémico do Tronco Cerebral por Doença dos Pequenos Vasos	1	8,3
Total	12	100

Tabela n.º 3 – Diagnóstico

Relativamente ao diagnóstico médico (Tabela n.º 3) verifica-se que apenas o diagnóstico de AVC Hemorrágico Lentículo-capsular Esquerdo apresentou uma percentagem relativamente maior (16,7%), comparativamente aos restantes, denotando-se uma multiplicidade de diagnósticos, com apenas um caso de cada ocorrência (8,3%). No entanto, o território arterial mais afetado é o território carotídeo, mais especificamente no âmbito da ACM (n=7).

Tempo de Internamento

Quanto ao tempo de internamento verificou-se que a maioria dos doentes esteve internado entre 3 a 8 dias (n=8; 66,7%), apresentando uma média de internamento de 9,42 dias. O tempo de internamento mínimo foi de 3 dias, e o tempo máximo de 33 dias.

Antecedentes Pessoais

A presença de múltiplos antecedentes pessoais está presente na amostra do estudo. Tal como se pode verificar na Tabela n.º 4, a HTA é a patologia com maior destaque (n=11;

91,7%), seguida pela Dislipidemia (83,3%), FA (50%), Diabetes Mellitus Tipo II e Cardiopatia Hipertensiva, cada uma com uma percentagem correspondente de 41,7%, e ainda com uma percentagem significativa de 25% a Cardiopatia Isquémica, HBP e Hábitos Alcoólicos.

Antecedentes Pessoais	n	%
HTA	11	91,7
Dislipidemia	10	83,3
FA	6	50,0
Diabetes Mellitus Tipo II	5	41,7
Cardiopatia Hipertensiva	5	41,7
Cardiopatia Isquémica	3	25,0
HBP	3	25,0
Hábitos Alcoólicos	3	25,0
AVC Isquémico	2	16,7
Insuficiência Cardíaca Congestiva	2	16,7
Obesidade	2	16,7
Hábitos Tabágicos	2	16,7
Prótese Mitral Biológica	2	16,7
AVC Hemorrágico	1	8,3
Hipotireoidismo	1	8,3
EAM	1	8,3
SAOS sob CPAP Noturno	1	8,3
DPOC	1	8,3
Pacemaker	1	8,3

Tabela n.º 4 – Antecedentes Pessoais

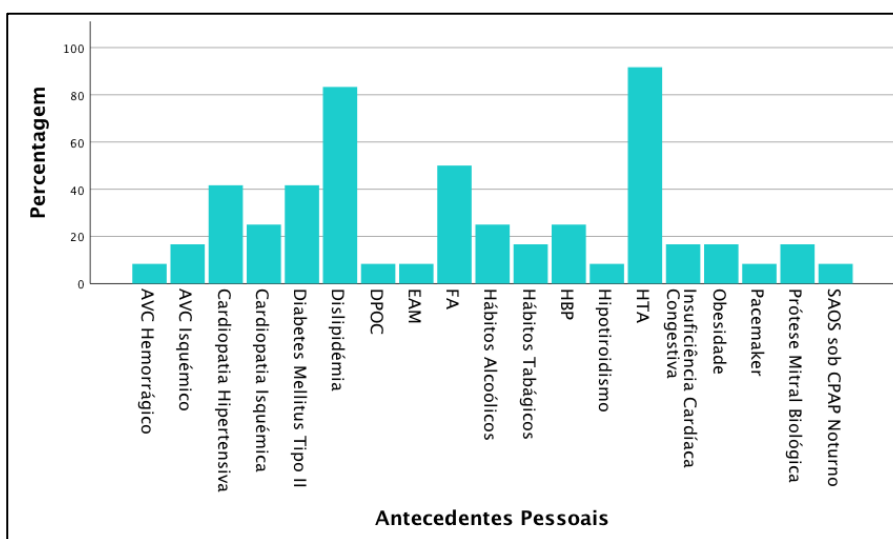


Gráfico n.º 3 – Antecedentes Pessoais

Tipo de AVC

No que concerne ao tipo de AVC (Tabela n.º 5) a maioria dos doentes teve um AVC Isquémico (n=9; 75%), enquanto que os restantes foram vítimas de um AVC Hemorrágico (n=3; 25%).

Tipo de AVC	n	%
AVC Isquémico	9	75,0
AVC Hemorrágico	3	25,0

Tabela n.º 5 – Tipo de AVC

Território Vascular Afetado

Relativamente ao território vascular afetado no AVC Isquémico (Tabela n.º 6), ¼ dos doentes apresentou lesão no território correspondente à ACM esquerda (n=3; 33,3%), enquanto que 22,2% apresentou lesão tanto no território da ACM direita (n=2), como no território da Vertebrobasilar (n=2). Identificou-se também lesões simultâneas em dois territórios distintos, ACM Direita + Vertebrobasilar, e ACM Direita e ACA Direita, tendo havido uma ocorrência de cada (11,1%).

Território Vascular Afetado	n	%
ACM Esquerda	3	33,3
ACM Direita	2	22,2
Vertebrobasilar	2	22,2
ACM Direita + Vertebrobasilar	1	11,1
ACM Direita + ACA Direita	1	11,1
Total	9	100

Tabela n.º 6 – Território Vascular Afetado

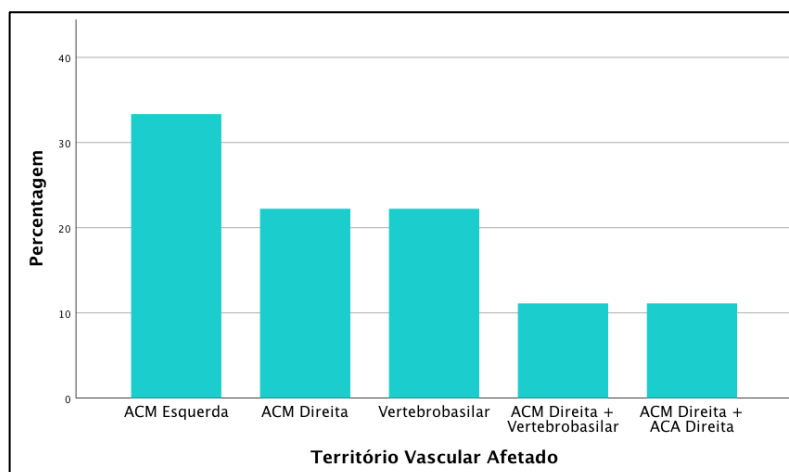


Gráfico n.º 4 – Território Vascular Afetado

Localização do Hematoma

Em relação à localização do hematoma presente nos doentes que sofreram um AVC Hemorrágico, este foi classificado como Supratentorial na totalidade dos casos identificados (n=3; 100%).

Défices Neurológicos Presentes

No que diz respeito aos défices neurológicos encontrados aquando da realização do exame neurológico (Tabela n.º 7), é possível constatar que a paresia facial central (PFC) é a alteração que mais se destaca (n=11; 91,7%), seguida da hemiparesia (83,3%), hipostesia (66,7%), hemianopsia e disfagia, cada uma com uma percentagem correspondente de 58,3%, e a afasia e disartria, ambas com uma percentagem significativa de 41,7%.

Défices Neurológicos Presentes	n	%
Paresia Facial Central	11	91,7
Hemiparesia	10	83,3
Hipostesia	8	66,7
Hemianopsia	7	58,3
Disfagia	7	58,3
Afasia	5	41,7
Disartria	5	41,7
Ataxia	2	16,7

Tabela n.º 7 – Défices Neurológicos Presentes

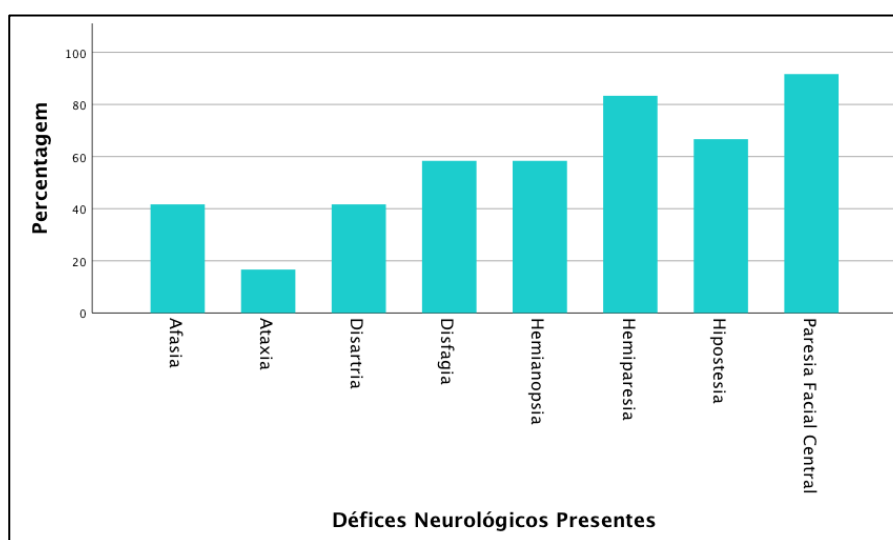


Gráfico n.º 5 – Défices Neurológicos Presentes

Avaliação da Cateterização Vesical/Retenção Urinária

Fatores de Risco para a Retenção Urinária Aguda

Quanto aos fatores de risco para a retenção urinária aguda (Tabela n.º 8), são de destacar a mobilidade comprometida, nos doentes com força muscular grau 0/1 na Escala *Medical Research Council* (n=4; 33,3%), e os hábitos alcoólicos e HBP que apresentam a mesma percentagem (n=3; 25%).

Fatores de Risco para a Retenção Urinária Aguda	n	%
Défice Neurológico: Mobilidade Comprometida	4	33,3
Hábitos Alcoólicos	3	25,0
HBP	3	25,0

Tabela n.º 8 – Fatores de Risco para a Retenção Urinária Aguda

Tempo de Repouso no Leito

No que concerne ao fator de risco para a retenção urinária: imobilidade no leito (Tabela n.º 9), que se verifica até indicação médica para iniciar levantar, podemos constatar que a maioria dos doentes permaneceu na cama, no período compreendido entre 1 a 7 dias (n=8; 66,6%), enquanto que 16,7% realizaram levantar no período compreendido entre os 8 e os 14 dias de repouso. Apenas 8,3% (n=1) fez levantar antes das 24 horas. É importante referir que um doente não pôde realizar levantar por se manter clinicamente instável durante o seu internamento.

Permanência no Leito	n	%
1-3 dias	4	33,3
4-7 dias	4	33,3
8-14 dias	2	16,7
<24 horas	1	8,3
Não Fez Levante	1	8,3
Total	12	100

Tabela n.º 9 – Tempo de Repouso no Leito

Local da Cateterização Vesical

No que diz respeito ao local (Tabela n.º 10) da intervenção de enfermagem, cateterização vesical, verifica-se que a grande maioria dos doentes foram cateterizados noutros serviços, tendo sido admitidos na Unidade de AVC já com sonda vesical (n=9; 75%). Após serem triados no Serviço de Urgência, 4 doentes foram cateterizados nos chamados “balcões” (33,3%), e 3 foram algaliados no SO (Serviço de Observação), enquanto aguardavam vaga na UAVC, ou por critérios de estabilidade para poderem ser internados na Unidade (25%). Houve 1 pessoa que foi cateterizada aquando da sua transferência para o Hospital de referência para realização de Arteriografia (8,3%), e outro foi algaliado no Hospital Central após realização de Trombectomia (8,3%). Por fim, e tendo em consideração o Passo 1 do Protocolo de Reeducação Vesical – Algoritmo de Decisão Clínica, 3 doentes foram cateterizados na UAVC (n=3; 25%).

Local da Cateterização Vesical	n	%
Serviço de Urgência	4	33,3
Serviço de Observação	3	25,0
Unidade de AVC	3	25,0
Hospital Central	2	16,7
Total	12	100,0

Tabela n.º 10 – Local da Cateterização Vesical

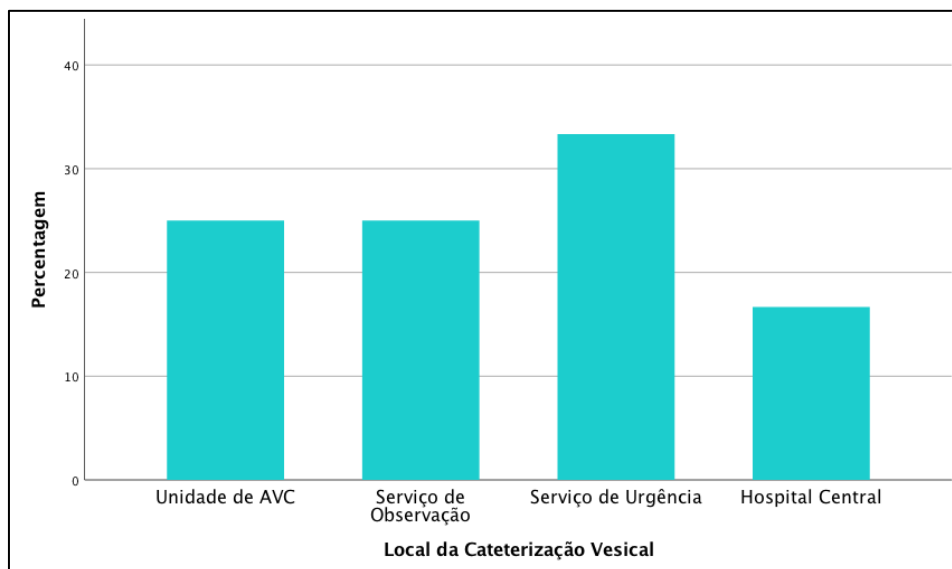


Gráfico n.º 6 – Local da Cateterização Vesical

Causa da Cateterização Vesical

Em relação à causa (Tabela n.º 11) identificada para a realização da cateterização vesical, podemos constatar que a maioria dos doentes foi cateterizado devido a retenção urinária (n=9; 75%), seguida de causa desconhecida (n=2; 16,7%), não tendo sido possível apurar pelos registos a causa subjacente desta intervenção). Apenas um indivíduo teve como causa para a algaliação a contabilização do débito urinário, por apresentar patologia cardíaca e disfunção renal (n=1; 8,3%).

Causa da Cateterização Vesical	n	%
Retenção Urinária	9	75,0
Desconhecida	2	16,7
Contabilização do Débito Urinário	1	8,3
Total	12	100,0

Tabela n.º 11 – Causa da Cateterização Vesical

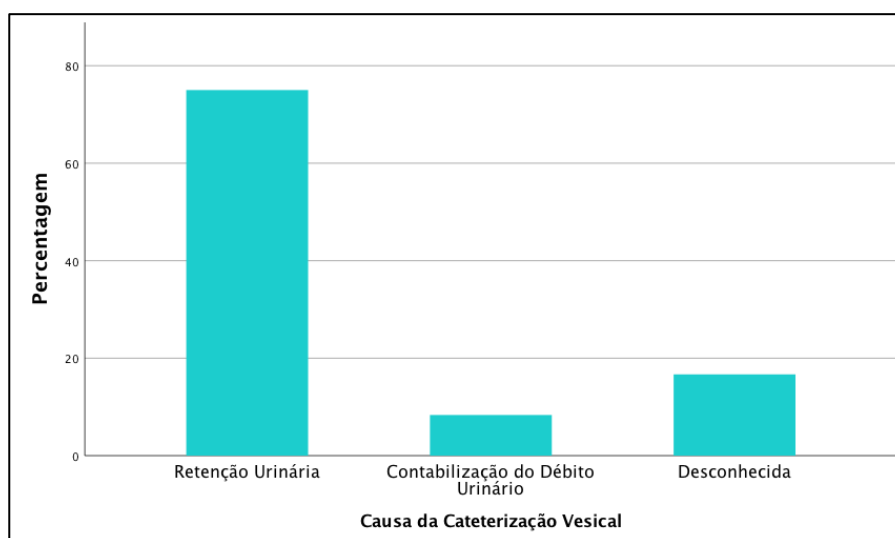


Gráfico n.º 7 – Causa da Cateterização Vesical

Duração da Cateterização Vesical

Relativamente à duração da cateterização vesical (Tabela n.º 12), 41,7% dos doentes estiveram cateterizados durante 1-7 dias (n=5), 16,7% algaliados durante um período inferior a 24 horas (n=2), 8,3% apenas foi necessário realizar cateterismo intermitente para resolução da RUA (n=1), enquanto que 25% permaneceram cateterizados durante 8 a 14 dias (n=3). Apenas um doente (8,3%) permaneceu algaliado por um período de tempo superior a 15

dias, por manter episódios de retenção urinária após TWOC sem sucesso. Da amostra de 12 pessoas, 3 acabaram por ser novamente recateterizados após TWOC sem sucesso (25%), e dois encontravam-se cateterizadas no momento da alta (16,7%) para outras unidades de saúde por manterem TWOC sem sucesso e episódios sucessivos de retenção urinária.

Duração da Cateterização Vesical	n	%
Cateterização Contínua:		
1-3 dias	3	25,0
8-14 dias	3	25,0
<24 horas	2	16,7
4-7 dias	2	16,7
>15 dias	1	8,3
Cateterismo Intermitente	1	8,3
Total	12	100,0

Tabela n.º 12 – Duração da Cateterização Vesical

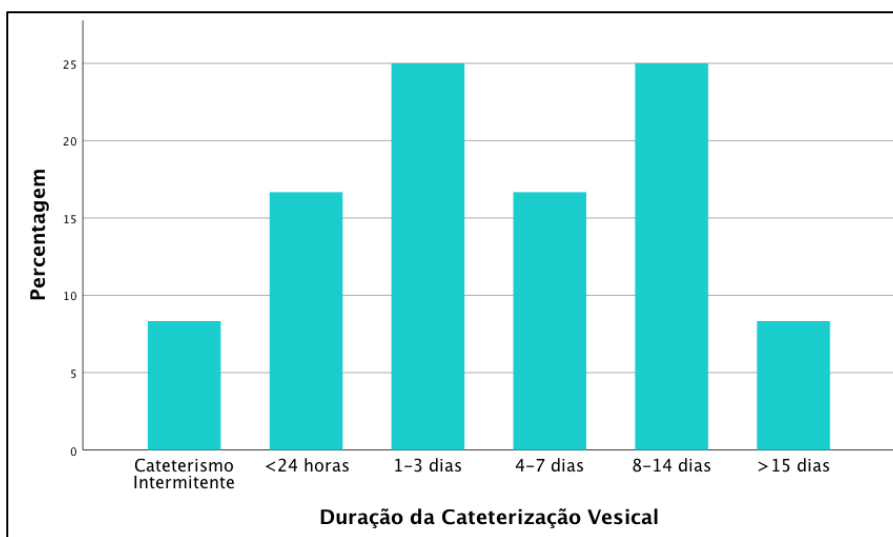


Gráfico n.º 8 – Duração da Cateterização Vesical

ITU/Agente Infecioso

Dos 12 doentes, 4 desenvolveram uma infeção do trato urinário, o que corresponde a uma taxa de infeção de 33,3%, e após investigação, verificou-se que a ITU se manifestou após-cateter (n=4; 100%). Relativamente aos agentes infecciosos causadores da ITU (Tabela n.º 13), o *Enterococcus faecalis* foi responsável por 50% das infeções (n=2), a *Escherichia coli* por 25% (n=1), à semelhança de um agente que não foi possível identificar nas culturas (n=1; 25%).

Agente Infecioso	n	%
<i>Enterococcus faecalis</i>	2	50,0
<i>Escherichia coli</i>	1	25,0
Não Identificado	1	25,0
Total	4	100,0

Tabela n.º 13 – Agente Infecioso

Avaliação das Variáveis mais Específicas

A partir deste ponto é feita uma avaliação comparativa entre dois momentos de avaliação: o inicial e o final, que permitem verificar diferenças, na evolução e ganhos em capacitação.

Estado de Consciência (Escala de Coma de Glasgow): Admissão/Alta

Relativamente à Escala de Coma de Glasgow, 33,3% (n=4) apresentou um *score* de 15 no momento da admissão na UAVC, comparativamente aos 41,7% (n=5) com *score* 15 no momento da alta, denotando-se uma melhoria no estado de consciência à saída do internamento. Na admissão (Tabela n.º 15) a percentagem de doentes com *score* acima de 12 é de 75% (n=9), e na alta (Tabela n.º 15) é de 83,3% (n=10), pelo que um doente apresentou melhoria do seu estado de consciência. Seguidamente observamos um caso de cada relativamente a *scores* inferiores (8,3%).

Escala de Coma de Glasgow: Admissão				Escala de Coma de Glasgow: Alta			
Média	Mínimo	Máximo	Desvio padrão	Média	Mínimo	Máximo	Desvio padrão
13	9	15	2	13	10	15	2

Tabela n.º 14 – Escala de Coma de Glasgow

A média (Tabela n.º 14) do *score* da Escala de Coma de Glasgow, quer na Admissão, como na Alta é de 13. Na admissão os valores da pontuação estão compreendidos entre 9 e 15 (mínimo = 9; máximo = 15), enquanto que na alta encontram-se compreendidos entre 10 e 15 (mínimo = 10; máximo = 15). A dispersão, relativamente à média, em ambos os casos, é de 2 (desvio padrão). A moda quer na admissão, quer na alta é de 15.

Avaliação	Admissão		Alta	
	n	%	n	%
15	4	33,3	5	41,7
14	2	16,7	1	8,3
13	1	8,3	1	8,3
12	2	16,7	3	25,0
11	1	8,3	1	8,3
10	1	8,3	1	8,3
9	1	8,3	0	0,0
Total	12	100	12	100

Tabela n.º 15 – Avaliação do Estado de Consciência: Escala de Coma de Glasgow

Nível de Independência (Escala de Barthel): Admissão/Alta

Em relação à Escala de Barthel, 66,7% (n=8) dos doentes apresentaram pontuação inferior a 20 no momento da admissão, enquanto que no momento da alta essa percentagem foi de 58,3% (n=7), o que implica um nível de dependência funcional muito elevado, encontrando-se totalmente dependentes de terceiros na realização das suas AVD's. Na admissão (Tabela n.º 17) a percentagem de doentes com pontuação acima de 60, que de acordo com Sequeira (2007) citado por Menoita (2012) corresponde ao nível de capacidade funcional – Ligeiramente Dependente, foi de 16,6%, enquanto que o mesmo parâmetro na alta a sua percentagem foi de 33,3%, denotando-se ganhos em termos de dependência funcional.

Escala de Barthel: Admissão				Escala de Barthel: Alta			
Média	Mínimo	Máximo	Desvio padrão	Média	Mínimo	Máximo	Desvio padrão
20	0	65	29	27	0	85	35

Tabela n.º 16 – Valores da (In)dependência: Escala de Barthel

A média (Tabela n.º 16) da pontuação da Escala de Barthel no momento da admissão foi de 20, enquanto que no momento da alta foi de 27. Na admissão os valores da pontuação

estão compreendidos entre 0 e 65 (mínimo = 0; máximo = 65), enquanto que na alta encontram-se compreendidos entre 0 e 85 (mínimo = 0; máximo = 85). A dispersão, relativamente à média, na admissão é de 29, e na alta é de 35. A moda quer na admissão, quer na alta é de 0.

Avaliação	Admissão		Alta	
	n	%	n	%
(In)dependência: Escala de Barthel				
<20: Totalmente dependente	8	66,7	7	58,3
20–35: Severamente dependente	0	0,0	1	8,3
40–55: Moderadamente dependente	2	16,7	0	0,0
60–90: Ligeiramente dependente	2	16,7	4	33,3
Total	12	100,0	12	100,0

Tabela n.º 17 – Evolução do Nível de (In)dependência: Escala de Barthel

Avaliação Funcional Pós-AVC (Escala de Rankin Modificada)

Analisando os dados relativos à Escala de Rankin Modificada, considerada como a escala de avaliação funcional pós-AVC e que discrimina os diferentes graus de incapacidade, podemos constatar que 33,3% (n=4) das pessoas apresentavam no momento da alta (Tabela n.º 19) incapacidade moderada a grave (pontuação 4 - incapaz de caminhar sem assistência e incapaz de atender às suas próprias necessidades fisiológicas sem assistência), e com a mesma percentagem (n=4; 33,3%) incapacidade grave (pontuação 5 - acamado, incontinente, requerendo cuidados e atenção constantes), ou seja, cumulativamente 66,6% da amostra apresentava um *status* funcional bastante limitado.

Escala de Rankin Modificada: Alta			
Média	Mínimo	Máximo	Desvio padrão
4	1	5	1

Tabela n.º 18 – Avaliação Funcional: Escala de Rankin Modificada

A média (Tabela n.º 18) da pontuação da Escala de Rankin Modificada foi de 4. Os valores da pontuação estão compreendidos entre 1 e 5 (mínimo = 1; máximo = 5), e a dispersão, relativamente à média, é de 1. A moda é bimodal, 4 e 5.

Escala de Rankin Modificada: Alta	n	%
Incapacidade Grave (5)	4	33,3
Incapacidade moderada a grave (4)	4	33,3
Incapacidade moderada (3)	1	8,3
Incapacidade ligeira (2)	2	16,7
Sintomas sem incapacidade (1)	1	8,3
Total	12	100,0

Tabela n.º 19 – Escala de Rankin Modificada: Alta

Evolução dos Défices Neurológicos (NIHSS): Admissão/Alta

Relativamente à NIHSS, verificou-se a ocorrência de uma multiplicidade de pontuações, quer na admissão, quer na alta. Na admissão (Tabela n.º 21) cerca de 33,3% (n=4) dos doentes apresentaram pontuação acima de 17, o que segundo Harrison et al. (2013) é indicativo de um défice neurológico grave. Comparativamente, no momento da alta a percentagem de doentes com pontuação acima de 17 decresceu para 16,7% (n=2), o que nos indica uma melhoria nos défices neurológicos relacionados com o AVC, e um bom indicador de recuperação funcional.

NIHSS: Admissão				NIHSS: Alta			
Média	Mínimo	Máximo	Desvio padrão	Média	Mínimo	Máximo	Desvio padrão
14	1	25	8	12	1	24	7

Tabela n.º 20 – Escala de AVC do National Institute of Health (NIHSS)

A média (Tabela n.º 20) da pontuação da NIHSS foi de 14. Na admissão os valores da pontuação estão compreendidos entre 1 e 25 (mínimo = 1; máximo = 25), enquanto que na alta encontram-se compreendidos entre 1 e 24 (mínimo = 0; máximo = 24). A dispersão, relativamente à média, na admissão é de 8, e na alta é de 7.

Avaliação	Admissão		Alta	
	n	%	n	%
<8: Défice neurológico ligeiro	3	25	4	33,3
8–17: Défice Neurológico moderado	5	41,7	6	50
>17: Défice neurológico grave	4	33,3	2	16,7
Total	12	100,0	12	100,0

Tabela n.º 21 – Evolução dos Défices Neurológicos (NIHSS)

Resultados Associados à Implementação do Protocolo

Após o preenchimento do instrumento de recolha de dados na fase de avaliação inicial, durante a implementação do protocolo foram também realizadas avaliações diárias relativas à estabilidade hemodinâmica, força muscular através da aplicação da Escala *Medical Research Council* (MRC), equilíbrio estático e dinâmico (Escala de Berg) e indicação médica para realização de levante, de modo a individualizar e adaptar as intervenções a cada pessoa, assegurando a sua segurança e a máxima recuperação funcional. Após essa avaliação global procedia-se para o passo seguinte, e no caso particular da realização dos exercícios de fortalecimento do pavimento pélvico, se fosse praticável, introduziam-se os exercícios com recurso à bola suíça, e evoluía-se para as posições de sentado ou em pé.

Seguidamente será apresentada uma síntese dos planos de intervenção específicos, dos doentes que completaram as três fases do Protocolo, de acordo com o seu potencial manifesto, com a descrição dos exercícios de fortalecimento do pavimento pélvico.

Realização das Intervenções de Enfermagem de Reabilitação: Exercícios de Fortalecimento do Pavimento Pélvico (Check-List Simplificada)

CASO nº 5	EXERCÍCIOS DE KEGEL	Dia 1 (5/10/21)	Dia 2 (6/10/21)	Dia 3 (7/10/21)	Dia 4 (8/10/21)
DECÚBITO DORSAL	<u>EXERCÍCIOS ATIVOS</u>	X	X	X	X
	<u>EXERCÍCIOS COM RECURSO À BOLA SUÍÇA</u>		X	X	X
SENTADO	<u>EXERCÍCIOS ATIVOS</u>				
	<u>EXERCÍCIOS COM RECURSO À BOLA SUÍÇA</u>				
EM PÉ	<u>EXERCÍCIOS ATIVOS</u>				
	<u>EXERCÍCIOS COM RECURSO À BOLA SUÍÇA</u>				
Incapacidade funcional para a realização dos exercícios devido à presença de défices neurológicos: hemiparesia FM grau 2, equilíbrio estático e dinâmico comprometidos. Contudo, doente muito colaborante e motivado dentro das suas possibilidades					

Tabela n.º 22 – Check-List da Realização dos Exercícios de Fortalecimento do Pavimento Pélvico: Caso n.º 5

CASO nº 6	EXERCÍCIOS DE KEGEL	Dia 1 (16/10/21)	Dia 2 (17/10/21)	Dia 3 (18/10/21)	Dia 4 (19/10/21)
DECÚBITO DORSAL	<u>EXERCÍCIOS ATIVOS</u>	X	X	X	X
	<u>EXERCÍCIOS COM RECURSO À BOLA SUÍÇA</u>		X	X	X
SENTADO	<u>EXERCÍCIOS ATIVOS</u>		X	X	X
	<u>EXERCÍCIOS COM RECURSO À BOLA SUÍÇA</u>		X	X	X
EM PÉ	<u>EXERCÍCIOS ATIVOS</u>		X	X	X
	<u>EXERCÍCIOS COM RECURSO À BOLA SUÍÇA</u>		X	X	X

Tabela n.º 23 – Check-List da Realização dos Exercícios de Fortalecimento do Pavimento Pélvico: Caso n.º 6

CASO nº 8	EXERCÍCIOS DE KEGEL	Dia 1 (22/11/21)	Dia 2 (23/11/21)
DECÚBITO DORSAL	<u>EXERCÍCIOS ATIVOS</u>	X	X
	<u>EXERCÍCIOS COM RECURSO À BOLA SUÍÇA</u>		X
SENTADO	<u>EXERCÍCIOS ATIVOS</u>		X
	<u>EXERCÍCIOS COM RECURSO À BOLA SUÍÇA</u>		
EM PÉ	<u>EXERCÍCIOS ATIVOS</u>		
	<u>EXERCÍCIOS COM RECURSO À BOLA SUÍÇA</u>		
Iniciou levante diário no dia anterior à alta, e por apresentar compromisso do equilíbrio estático e dinâmico, quer na posição de sentada, quer na posição ortostática, não foi possível realizar os exercícios com recurso à bola suíça.			

Tabela n.º 24 – Check-List da Realização dos Exercícios de Fortalecimento do Pavimento Pélvico: Caso n.º 8

CASO nº 12	EXERCÍCIOS DE KEGEL	Dia 1 (5/01/22)	Dia 2 (6/01/22)	Dia 3 (07/01/22)
DECÚBITO DORSAL	<u>EXERCÍCIOS ATIVOS</u>	X	X	X
	<u>EXERCÍCIOS COM RECURSO À BOLA SUÍÇA</u>		X	X
SENTADO	<u>EXERCÍCIOS ATIVOS</u>		X	X
	<u>EXERCÍCIOS COM RECURSO À BOLA SUÍÇA</u>			
EM PÉ	<u>EXERCÍCIOS ATIVOS</u>		X	X
	<u>EXERCÍCIOS COM RECURSO À BOLA SUÍÇA</u>			
Por apresentar equilíbrio dinâmico comprometido, quer na posição de sentado, quer na posição ortostática, não foi possível realizar os exercícios com recurso à bola suíça.				

Tabela n.º 25 – Check-List da Realização dos Exercícios de Fortalecimento do Pavimento Pélvico: Caso n.º 12

Em relação à implementação do protocolo e das intervenções de enfermagem de reabilitação preconizadas (Figura n.º 3), apenas 4 doentes completaram as três fases do

Protocolo: caso 5, caso 6, caso 8 e caso 12. Todavia por ausência de compreensão da linguagem e por défice na capacidade de execução de ordens mais complexas 3 doentes não conseguiram executar o Passo 3 do protocolo (reeducação vesical), cumprindo apenas o Passo 1 e 2 do Protocolo: caso 1, caso 3 e caso 4. Os casos 2, 7, 9, 10 e 11 por apresentarem *score* inferior a 12 na Escala de Coma de Glasgow, afasia global e incontinência de esfínteres, apenas foi possível intervir ao nível do Passo 1 – Algoritmo de Decisão Clínica.

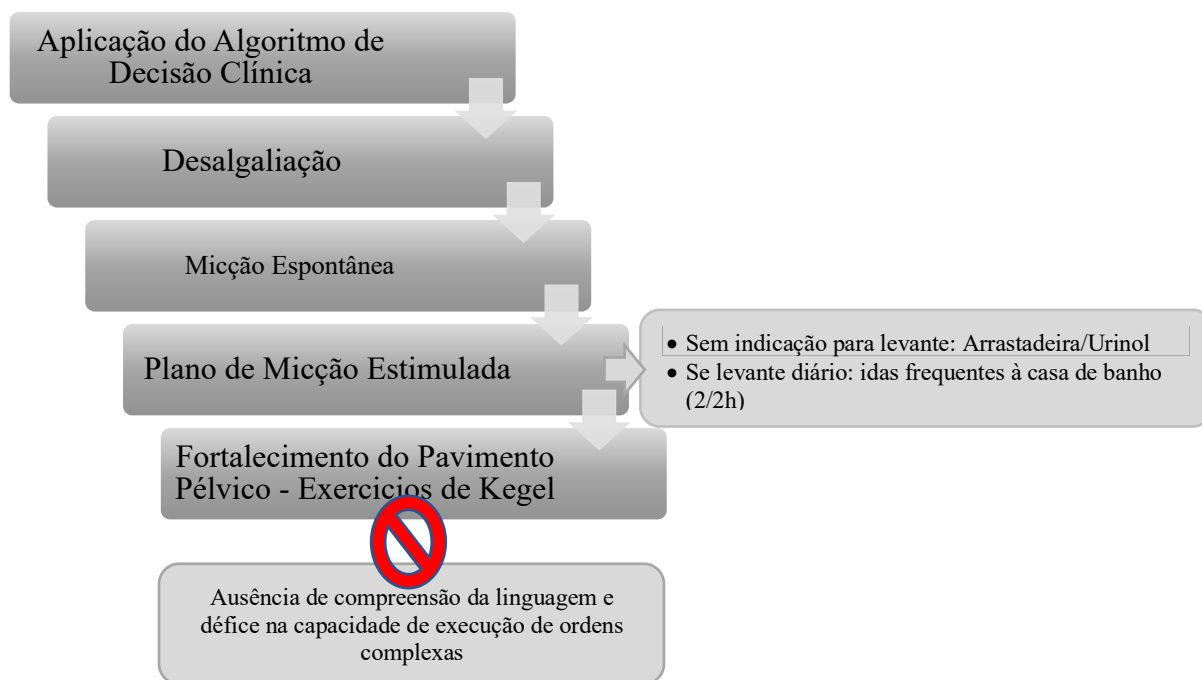


Figura n.º 3 – Diagrama da Implementação do Protocolo na UAVC

Seguimos o percurso padronizado, com a responsabilidade máxima de recuperação funcional do doente, em particular da função eliminação urinária.

Através da aplicação do algoritmo de decisão clínica e ao analisar os dados é importante realçar que só foram sujeitos na UAVC a cateterização vesical 3 pessoas, a que corresponde uma taxa de cateterização de 25%.

A situação de disfunção vesical, no caso particular da retenção urinária, representa uma indiscutível fonte de tensão e apreensão para o doente e para os seus familiares, exigindo uma intervenção planificada e dirigida, na qual o EEER desempenha um papel determinante, recorrendo ao envolvimento da própria pessoa, numa tentativa de mobilização todas as suas capacidades e de todo o seu potencial de recuperação.

2.6. Discussão dos Resultados

Seguidamente irá realizar-se a discussão dos resultados apresentados. Numa primeira fase serão analisados os dados sociodemográficos da amostra, e em seguida os resultados obtidos nas variáveis relativas à caracterização clínica, avaliação da cateterização vesical/retenção urinária e por último na avaliação do estado de consciência, nível de dependência, avaliação funcional após-AVC e evolução dos défices neurológicos através de escalas de avaliação.

Relativamente à caracterização sociodemográfica da nossa amostra, a primeira variável avaliada foi a idade. Verificamos um intervalo de idade entre os 45 e os 88 anos, em que a maioria das pessoas se encontrava inserida em dois escalões etários, 70-79 anos e 80-89 anos, o que corrobora a informação encontrada na literatura, a qual refere que os indivíduos de faixas etárias mais avançadas são os mais afetados, comparativamente aos mais novos, e que a incidência de AVC é crescente à medida que a idade avança (Boehme et al., 2017; Ferro & Pimentel, 2006; Martins, 2006).

Quanto à variável sexo, embora no grupo em estudo os sexos estejam igualmente distribuídos, através da análise bivariada, relativamente às variáveis idade e sexo, pudemos verificar uma maior distribuição de indivíduos do sexo feminino à medida que a idade progride, comparativamente ao sexo masculino que se distribui de forma mais homogénea, o que vai ao encontro de fontes que referem que em idade mais avançada a mulher passa a estar mais vulnerável à doença, devido ao défice de estrogénios endógenos (Boehme et al., 2017; Ferreira et al., 2006).

No que diz respeito ao tempo de internamento, a maioria dos doentes esteve internado entre 3 a 8 dias, com uma média de internamento de 9 dias, uma média ligeiramente superior à que se verificou no ano de 2020, a qual foi de 7 dias, o que poderá estar relacionado com as contingências decorrentes da pandemia e na demora em encontrar vagas noutras unidades de cuidados após a alta clínica. Não deixamos de referir o possível contributo da ausência ou redução das visitas dos familiares, cujo impacto emocional na reabilitação, está por apurar.

No que concerne aos antecedentes pessoais, a HTA foi a patologia com mais destaque, sendo a que mais contribui para o AVC, tal como nos é referido por Boehme et al. (2017), seguida pela dislipidémia, diabetes mellitus tipo 2 e FA, os quais surgem na literatura como fatores modificáveis, tal como descrito por Boehme et al. (2017), Ferreira et al. (2006) e Martins (2006). Estes fatores estão identificados no Retrato da Saúde (Ministério da Saúde,

2018), pela sua prevalência entre a população mais idosa. O seu conhecimento permite desenhar estratégias de educação onde instruir é uma das ações associadas aos sistemas de enfermagem (Orem, 2001). Os enfermeiros têm neste âmbito espaço para apoiar os cidadãos nos seus projetos de saúde.

Relativamente ao tipo de AVC, constatamos como outras fontes (Martins, 2002; Phipps et al., 2003) que o AVC Isquémico teve a maior incidência, sendo este mais frequente que o AVC Hemorrágico, com lesões identificadas em diferentes territórios arteriais. O território carotídeo, nomeadamente a área correspondente à ACM foi a que mais se destacou, sendo a artéria mais comumente afetada no AVC, correspondendo a cerca de metade dos AVC Isquémicos (Nogles & Galuska, 2022). Quanto à localização do hematoma, no AVC hemorrágico, este foi classificado como supratentorial em todos os doentes identificados, estando associado a um melhor prognóstico do que quando a hemorragia é infratentorial (Patel, et al., 2020).

Quando abordamos os défices neurológicos encontrados, a paresia facial central foi o que mais se destacou, seguida da hemiparesia, hipostesia, hemianopsia e disfagia. Todas estas manifestações clínicas, perturbam gravemente a capacidade funcional da pessoa, a qual requer necessidade imediata de intervenção de cuidados de enfermagem de reabilitação (Winstein, et al., 2016).

Habitualmente, na fase aguda do AVC, as perturbações da função urinária encontram-se mascaradas, devido às perturbações na comunicação, limitações de mobilidade, restrições de levante, ou uso da fralda. No entanto, conscientes de que estas alterações podem perturbar o bem-estar e a qualidade de vida das pessoas, na prática, discutimos, muitas vezes, a problemática e o modo de a prevenir, ou reabilitar a função.

Os resultados apresentados neste estudo, dizem respeito a pessoas a quem foi identificada esta perturbação urinária, a retenção urinária, e devido à qual foi necessário realizar cateterização vesical.

Relativamente aos fatores de risco que poderão ter contribuído para que a retenção urinária tenha ocorrido, também referidos noutras fontes bibliográficas (Nazarko, 2021; Newman, 2016; Selius & Subedi, 2008; Serlin et al., 2018), destacamos a mobilidade comprometida (nos doentes com força muscular grau 0/1 na Escala *Medical Research Council*), a HBP e os hábitos alcoólicos. A imobilidade no leito prescrita, decorrente da condição clínica do doente, poderá ter sido uma limitação no desempenho da sua função eliminação urinária, pois grande parte dos doentes só realizou levante diário após uma semana de repouso no leito (Knight et al., 2019; Rodrigues et al., 2016).

Quanto a um dos pontos chave do trabalho, mais especificamente a taxa de cateterização vesical, podemos afirmar que a taxa de cateterização vesical global da nossa amostra foi de 12,4%, comparativamente aos 19% do estudo do ano 2020 (dados do nosso estudo). Aqui, somos levados a colocar a possibilidade do programa instituído ter potencial de prevenção da cateterização, sendo este resultado um reflexo da nossa intervenção concretizada através do algoritmo de decisão clínica, uma vez que não intervimos nos outros serviços, nem na causa da algaliação dos doentes que já vinham cateterizados aquando da admissão na unidade.

No que concerne ao local da cateterização vesical, mais especificamente a que foi da exclusiva responsabilidade dos profissionais de enfermagem da UAVC, e analisando a percentagem correspondente à cateterização vesical na UAVC que foi de 25%, comparativamente aos dados do ano 2020 (45,8%), consideramos que a nossa intervenção atingiu o objetivo principal, a redução da taxa de CV, sustentada em dois pontos chave: o algoritmo de decisão clínica, cumprido meticulosamente pelos profissionais, e o incentivo do programa de micção estimulada, com idas frequentes à casa de banho, e a colocação da arrastadeira/urinol. A única causa de cateterização na UAVC foi a retenção urinária, pelo que os doentes não foram cateterizados desnecessariamente. Analisando os restantes dados, a retenção urinária foi também um motivo preponderante na algaliação nos outros serviços de saúde, no entanto, em dois casos particulares não há registos da causa, sendo de realçar a importância dos registos para a identificação e caracterização do evento.

Apesar das limitações do estudo, os resultados indiciam que o envolvimento da equipa foi fundamental no uso criterioso do algoritmo de decisão clínica e no cumprimento do programa estabelecido. No entanto, há situações que exigem manter o acompanhamento, redesenhar planos de reabilitação e até ajustes terapêuticos.

A importância da intervenção precoce, apoiada nas recomendações da literatura, conciliada com as decisões médicas relativas à evolução clínica dos doentes, em conjunto com o programa de treino e incentivo da micção permitiram reduzir significativamente a permanência dos cateteres vesicais na bexiga e aumentar a eficácia do programa de reabilitação.

Assim, como evidencia Newman (2016) e Yoon et al. (2015), quanto menor a taxa de CV e quanto menor o tempo de permanência do cateter, menor será a taxa de ITU. Após comparação com os dados de 2020 verificamos que houve uma redução da taxa de infeção, estando diretamente relacionada com os cuidados pós-cateterização, tendo sido identificados laboratorialmente o *Enterococcus faecalis* e a *Escherichia coli* como os principais agentes

infeciosos. Contudo, apesar da redução da taxa de infecção, esta ainda é bastante elevada, pelo que há necessidade de mudar comportamentos relativamente à cateterização vesical, favorecendo a cateterização intermitente e reduzindo o tempo de permanência do cateter na bexiga, às 72 horas recomendadas (Newman, 2016; Yoon et al., 2015).

Outro ponto que gostaríamos de fazer referência está relacionado com a taxa de algaliação aquando da alta. Um doente cateterizado, no momento da ida para o domicílio ou para uma unidade de reabilitação vive uma situação perturbadora, que influencia o processo de recuperação, e é muito limitante em termos da eliminação e da auto-estima, mas também no desempenho da AVD Expressar-se Sexualmente (Mackay et al., 2017; Chapple et al., 2014). Assim, e após comparar as duas taxas de algaliação aquando da alta, 16,7% (implementação protocolo) *versus* 28,8% do ano 2020, denota-se uma redução, o que expressa o esforço por parte dos profissionais em garantir uma melhoria constante na qualidade de vida dos doentes.

Relativamente ao Estado de Consciência, avaliado através da Escala de Coma de Glasgow, verificamos que os participantes do estudo, doentes com AVC em fase aguda, apresentavam perturbação do nível de consciência, facto que tem impacto na evolução da reabilitação, e por se tratar da fase inicial da doença e que carece de estabilidade neurológica, tem por isso limites à atividade numa fase inicial (Winstein et al., 2016).

Quanto ao nível de independência, constatamos que grande parte dos doentes apresentavam um nível de dependência funcional muito elevado no desempenho das AVD's e no envolvimento da ação de autocuidado, em que para satisfazer os autocuidados o enfermeiro tem de recorrer, de acordo com OREM (2001) ao sistema total ou parcialmente compensatório, uma vez que as intervenções são de ajuda total e de complementaridade, incluindo substituir a pessoa, apoiar nas suas atividades e instruí-la, de modo a garantir o seu bem-estar.

A avaliação da função pós-AVC também demonstrou *status* funcionais muito limitados, o que corrobora o resultado obtido nos outros instrumentos, os doentes internados na UAVC encontram-se numa fase de maior incapacidade, o que representa um desafio acrescido em termos de reabilitação, tal como refere Teasell et al. (2022).

A avaliação dos défices neurológicos permite-nos reconhecer que os doentes apresentam na sua grande maioria graves perturbações clínicas, o que se reflete na sua capacitação para os autocuidados. Apesar do tempo de permanência da UAVC ser relativamente curto, o que não permite uma evolução substancial dos défices neurológicos, é de notar que houve uma melhoria, o que é um preditor de recuperação funcional. Ainda

que *subtis*, todos os ganhos são valorizáveis, no processo de recuperação de uma pessoa com AVC.

Ao longo da implementação do protocolo e dos passos subjacentes, foi perceptível que iríamos deparar-nos com algumas limitações, dado o facto da Unidade de AVC ser um centro especializado na prestação de cuidados a doentes na fase aguda da sua doença. Encontram-se, por vezes, hemodinamicamente instáveis, com o estado de consciência alterado, com défice da linguagem falada e/ou escrita, quer em termos de expressão, como da compressão, com dificuldade na execução de ordens mais complexas, e temporariamente sem indicação para iniciar levante.

A consecução do Passo 3, ou seja, a execução dos exercícios de fortalecimento do pavimento pélvico, requer concentração, apreensão da mensagem transmitida pela EEER, e a tomada de consciência dos músculos envolvidos de modo a realizar a sua contração e relaxamento, pelo que os doentes preferencialmente deveriam apresentar um *score* de 15 na Escala de Coma de Glasgow, apresentarem continência de esfíncteres, e ter linguagem e capacidade de execução de ordens mantidas. Eventualmente, mais tarde, ao longo do percurso de recuperação, e quando já consigam compreender melhor e executar as ordens, poderá ser aplicável a reprodução do protocolo, noutras unidades de cuidados, com o envolvimento das famílias e de outros enfermeiros. Todavia, é de frisar que os 4 doentes que percorreram os 3 passos do protocolo, e que cumpriram o programa de exercícios, mesmo que só em parte, conseguiram recuperar em pleno a sua função eliminação urinária, não tendo mais nenhum episódio de retenção urinária no restante internamento, pelo que consideramos que a intervenção foi bem-sucedida.

É importante realçar que embora a cateterização na UAVC seja de carácter urgente para descompressão da bexiga por retenção urinária, na verdade esta intervenção é realizada empiricamente, pelo que o recurso ao ultrassom seria uma mais-valia, pois a tomada de decisão seria realizada com maior precisão. Por vezes, o doente apresenta sinais e sintomas de retenção urinária, como dor, desconforto e distensão a nível da região suprapúbica, no entanto, após a cateterização verifica-se que a causa não era a acumulação de urina na bexiga, mas impactação fecal. Procedemos a uma cateterização totalmente desnecessária, causando desconforto, e com eventuais complicações. Se nesse momento tivermos acesso ao ultrassom, conseguimos medir rapidamente e com precisão, e de forma não invasiva o volume de urina na bexiga, evitando-se todos os custos associados, humanos e económicos. Acreditamos que, se eventualmente a UAVC conseguir adquirir o equipamento do ultrassom, seria importante reformular o algoritmo e consequentemente o protocolo, para

futuramente realizar a validação por peritos do protocolo de avaliação e diagnóstico da retenção urinária: reeducação vesical.

3. ANÁLISE REFLEXIVA ACERCA DAS COMPETÊNCIAS ADQUIRIDAS E DESENVOLVIDAS

Durante o percurso formativo dos enfermeiros, os Ensinos clínicos/estágios assumem o papel mais preponderante na aquisição e desenvolvimento das competências diferenciadas, relativas à área especializada da enfermagem, sendo o enfermeiro especialista aquele a quem se reconhece competência científica, técnica e humana para prestar cuidados de enfermagem especializados nas áreas de especialidade em enfermagem (Regulamento n.º 140/2019, 2019).

Assim, enquanto Enfermeira Especialista, na área de Especialização em Enfermagem de Reabilitação, assumo que as competências, tanto comuns, como específicas do enfermeiro especialista, inerentes à minha prática foram adquiridas no meu percurso formativo anterior (Pós-Licenciatura), e sedimentadas ao longo do meu exercício profissional nos 7 anos de exercício, tendo sido reconhecidas com a respetiva atribuição do título de Enfermeira Especialista. No entanto, reconheço que à semelhança do percurso individual enquanto ser humano, também a formação é contínua ao longo da vida, e há sempre espaço para o desenvolvimento tanto a nível pessoal como profissional, e conseqüente aperfeiçoamento das competências. Mergulhamos com mais vigor num exercício, agora direcionado com relevo para o desenvolvimento das competências de mestre. Olhar o contexto, com outra perspetiva, a de observação, questionamento, fundamentação e análise mais apurada. A experiência na área facilitou a avaliação inicial dos diagnósticos de enfermagem, e respetivo planeamento dos cuidados, no entanto todos os momentos vivenciados enriqueceram os meus conhecimentos e habilidades, o que contribuiu para enriquecer a minha prática de cuidados enquanto enfermeira especialista em Enfermagem de Reabilitação (ER).

Terminado o percurso formativo é importante realizar a análise reflexiva acerca das competências adquiridas e desenvolvidas, de acordo com os objetivos propostos.

3.1. Competências Comuns do Enfermeiro Especialista

Segundo o Regulamento n.º 140/2019 da Ordem dos Enfermeiros, “a atribuição do título de enfermeiro especialista pressupõe, que para além da verificação das competências enunciadas em cada um dos Regulamentos da respetiva Especialidade em Enfermagem, estes profissionais partilhem um conjunto de competências comuns, aplicáveis em todos os contextos de prestação de cuidados de saúde” (p.4744). De acordo com este regulamento, as

competências comuns definem-se como: “as competências, partilhadas por todos os enfermeiros especialistas, independentemente da sua área de especialidade, demonstradas através da sua elevada capacidade de conceção, gestão e supervisão de cuidados e, ainda, através de um suporte efetivo ao exercício profissional especializado no âmbito da formação, investigação e assessoria” (p.4745).

Ainda de acordo com este documento, as Competências do Enfermeiro Especialista assentam em quatro domínios: responsabilidade profissional, ética e legal, melhoria contínua da qualidade, gestão dos cuidados e desenvolvimento das aprendizagens profissionais.

No **domínio da responsabilidade profissional, ética e legal**, a prática foi sustentada por princípios legais, éticos e deontológicos intrínsecos à profissão de Enfermagem, presentes no Código Deontológico, e que respeitem a Declaração Universal dos Direitos do Homem e as responsabilidades profissionais.

Todas as intervenções tiveram como pedras basilares o respeito pela intimidade, dignidade, e privacidade do doente. Promoveu-se o respeito pelo direito dos doentes no acesso à informação, confidencialidade, segurança da informação e o consentimento informado, tendo como fio condutor a singularidade de cada indivíduo, as suas crenças e valores. Os doentes foram sujeitos à avaliação inicial, assegurados os critérios de inclusão no protocolo, e tendo presente os deveres do exercício profissional dos ER, para com os doentes e as suas famílias, através da formalização do consentimento informado, livre e esclarecido, deu-se então início ao protocolo, e conseqüente implementação das respetivas intervenções de ER. A confidencialidade da informação escrita foi assegurada, pois cada doente foi identificado numericamente.

Ao longo do ensino clínico, a prática baseou-se na adoção de uma estratégia de cuidados centrados na pessoa, assumindo esta o controlo sobre a sua própria saúde, e respetiva tomada de decisão, com recurso a estratégias de resolução de problemas, assumindo-se uma parceria doente-enfermeiro. Um doente esclarecido e incluído no seu próprio processo de cuidados, é um doente muito mais motivado e cooperante, uma vez que consegue compreender o objetivo das intervenções, e os ganhos de saúde que daí podem advir.

Outro aspeto que contribuiu para o desenvolvimento desta competência refere-se à avaliação do processo e dos resultados das intervenções, através da sua respetiva análise, assim como da sua partilha para a promoção do desenvolvimento da prática especializada, em que o recurso à metodologia de projeto foi determinante para o diagnóstico, planeamento,

implementação e avaliação do percurso e das decisões tomadas no âmbito do trabalho desenvolvido.

Quanto ao **domínio da melhoria contínua da qualidade** e de acordo com o Regulamento n.º 140/2019 da Ordem dos Enfermeiros, o enfermeiro deverá desempenhar um papel dinamizador no desenvolvimento e suporte das iniciativas estratégicas institucionais na área da governação clínica, iniciar e participar em projetos institucionais na área da qualidade; adquirir capacidade para conceber, gerir e colaborar em programas de melhoria contínua da qualidade; garantir a manutenção de um ambiente terapêutico e seguro.

Portanto, na área da melhoria contínua da qualidade, foi possível trabalhar alguns domínios dos padrões de qualidade dos cuidados especializados em enfermagem de reabilitação na procura permanente da excelência no exercício profissional. Dentre os enunciados descritivos, referidos no Regulamento nº 350/2015 (2015), destaco: “(...) o enfermeiro especialista em Enfermagem de Reabilitação ajuda os clientes a alcançarem o máximo potencial de saúde” (p. 16657) através da conceção e desenvolvimento do protocolo de reeducação vesical que permitiu maximizar as capacidades funcionais da pessoa, potenciando o desenvolvimento pessoal. O enunciado descrito como “(...) o enfermeiro especialista em Enfermagem de Reabilitação maximiza o bem-estar dos clientes e suplementa/complementa as atividades de vida relativamente às quais o cliente é dependente” (p. 16657) foi atingido através da implementação do protocolo referido anteriormente, o qual englobava um algoritmo, cujas intervenções visaram a reeducação do pavimento pélvico e o treino de micção estimulada, tendo como objetivo principal atingir resultados em ganhos de saúde no âmbito da eliminação urinária disfuncional. Face à prevenção de alterações da funcionalidade foi possível também concretizar o domínio que enuncia que “(...) o enfermeiro especialista em Enfermagem de Reabilitação previne complicações para a saúde dos clientes” (p. 16657) dada a redução das infeções do trato urinário, resultado obtido com a aplicação do protocolo mencionado anteriormente. A prevenção da ITU associada à cateterização vesical é uma componente chave para a segurança do doente internado, e para a melhoria da qualidade dos cuidados. Envolveu a equipa médica e de enfermagem, de modo a salvaguardar um alto padrão de qualidade e criar um ambiente de excelência numa área reconhecida por apresentar algumas lacunas. A implementação do projeto, assim como a partilha dos resultados provisórios com a equipa multidisciplinar foi motor de mudança de atitudes pelos profissionais, levando a uma maior preocupação com a temática da retenção urinária, cateterismo vesical, e as suas consequências. Houve uma mobilização e empenho dos colegas enfermeiros, de modo a

cumprirem o algoritmo do protocolo, e mesmo em dias em que me encontrava de folga, era informada da admissão de novos doentes algaliados, ou com episódio de retenção urinária aguda. Futuramente, o protocolo será transposto para uma norma de serviço, a qual irá para aprovação pelo conselho de administração da instituição onde desempenhamos funções.

No final deste percurso constatamos que para o desenvolvimento desta competência, a melhoria da qualidade envolve necessariamente análise e revisão das práticas em relação aos resultados apresentados. Para esta comprovação contribuiu o acesso à evidência científica e às normas necessárias para a avaliação da qualidade, a aplicação de instrumentos de avaliação de resultados, a definição de indicadores de enfermagem e a preparação da sua aplicação ao nível da organização, recursos materiais e humanos, a identificação de novas oportunidades de melhoria, determinação das suas prioridades e a seleção de estratégias mais apropriadas.

É necessário encontrarmo-nos atentos à inovação, para catalisar a mudança nos cidadãos que atendemos, seja na condição de clientes, seja na de cuidadores. Cada vez mais é relevante o modo como comunicamos, e nesse sentido é preciso ser criativo na adaptação de meios e ambientes com vista à reabilitação global da pessoa.

No **domínio da gestão de cuidados**, realça-se o papel fundamental de colaboração, tanto nas decisões da equipa, como no processo único de gestão de um serviço, usando os recursos disponíveis de forma eficiente, e supervisão dos cuidados prestados, promovendo um ambiente propício à prática de cuidados de qualidade. Enquanto enfermeira especialista, a solicitação por parte dos colegas, seja em termos de conhecimento teórico como prático, aquando da necessidade de implementação de intervenções aos doentes ao nível das diversas funções: motora, sensitiva, respiratória, cognitiva, eliminação, entre outras, reforça a mobilização de conhecimentos e capacitação dos vários elementos da equipa, o que indubitavelmente contribui para a melhoria dos cuidados prestados.

Dada a ausência por motivos de saúde da enfermeira responsável pelo serviço da Unidade de AVC, tem-me sido atribuída ocasionalmente às segundas e quintas-feiras a função de gestão de recursos, materiais e humanos, adequando os mesmos às circunstâncias existentes nesse momento, o que tem possibilitado o meu crescimento nessa área, na articulação com os outros serviços. Enquanto Enfermeiros Especialistas devemos estar capacitados para avaliar os recursos tecnológicos, organizacionais e humanos exigidos para a conceção e gestão do conhecimento, assim como desenvolver também competências, conhecimentos, habilidades, atitudes e valores, de modo a planear, organizar, orientar e controlar a gestão do conhecimento (Ruthes & Cunha, 2009).

Destaco o trabalho em equipa intra e interdisciplinar onde distintos agentes podem contribuir para o plano individual de cuidados. Mobilizar os enfermeiros e aproximarmos dos restantes elementos como os terapeutas, psicólogos, médicos, nutricionistas entre outros é uma aposta que pretendemos manter em ação, num contexto de complementaridade e maximização da ação terapêutica.

Por último, no **domínio do desenvolvimento das aprendizagens profissionais**, preconiza-se que o profissional desenvolva o autoconhecimento e a assertividade, baseando a sua prática clínica especializada, em sólidos e válidos padrões de conhecimento fundamentando os processos de tomada de decisão e as intervenções em conhecimento válido, atual e pertinente, assumindo o papel de agente facilitador nos processo de aprendizagem, e agente ativo em contexto de trabalho, na área da especialidade e no campo da investigação (Regulamento n.º 140/2019, 2019). Toda a prática tem sido pautada pela aquisição de conhecimento com base na evidência, com necessidade de atualização permanente de normas, orientações clínicas, recomendações e os estudos científicos mais recentes na área, tanto nas doenças vasculares cerebrais, como área da ER.

Todas as atividades foram direcionadas para o contínuo aperfeiçoamento do autoconhecimento e desenvolvimento pessoal e profissional considerados fundamentais, além do desenvolvimento de competências comunicacionais, com o intuito final de melhorar a capacidade de reação perante situações mais complexas e inesperadas, o mais assertivamente possível. Adquirimos uma maior capacidade de autoconhecimento, autocontrolo, assertividade, assim como gestão de conflitos. “Todo e qualquer processo de formação na área da prática de cuidados, tem como finalidade ajudar os profissionais (...) a tornarem-se cada vez mais capazes de pensar a ação na perspetiva do cuidar...” (Hesbeen, 2010).

3.2. Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação

A reabilitação, enquanto especialidade multidisciplinar, compreende um corpo de conhecimento e intervenções específicas que permitem ajudar as pessoas com doenças agudas, crónicas, ou com sequelas. De acordo com o Regulamento n.º 140/2019, as competências específicas são definidas como: “as competências que decorrem das respostas humanas aos processos de vida e aos problemas de saúde e do campo de intervenção definido

para cada área de especialidade, demonstradas através de um elevado grau de adequação dos cuidados às necessidades de saúde das pessoas” (p.4744).

Os conhecimentos e as competências dos enfermeiros de reabilitação estão direcionados para a recuperação cognitiva, motora, sensitiva, cardiorrespiratória, assim como da comunicação, deglutição, **eliminação**, alimentação e sexualidade da pessoa (Regulamento n.º 392/2019, 2019). Sob uma visão holística, promovem o autocontrolo, o autocuidado, a recuperação, a readaptação, facilitando os processos de transição saúde/doença e capacitam a pessoa e o cuidador para a reinserção familiar e social. Assim, é esperado destes profissionais um elevado nível de conhecimentos, que lhe permitam intervir de forma assertiva nas diversas situações que enfrentarem (Pestana, 2016). O protocolo tentou dar resposta à recuperação da função eliminação, especificamente urinária, com o intuito máximo de recuperação da funcionalidade do doente, capacitando o mesmo para uma recuperação mais célere e com menos sequelas, para que possa regressar à sua vida quotidiana e com o menor impacto possível na vivência da sua eliminação e sexualidade.

Deste modo, é seguro afirmar que o *core* das intervenções do enfermeiro especialista em reabilitação é formado pelo potencial funcional e pela independência, e conseqüentemente a melhoria da qualidade de vida, tendo em consideração as várias dimensões: física, emocional e social (Regulamento n.º 392/2019, 2019).

A avaliação da funcionalidade é realizada através da aplicação de instrumentos de avaliação, cujo diagnóstico permite a elaboração de planos de intervenção, individualizados, adequados às necessidades da pessoa e família, identificando limitações e promovendo capacidades adaptativas.

No decorrer do Estágio Final, e retirando um pouco o enfoque na implementação do projeto de intervenção profissional, constato que pude reforçar as competências específicas já adquiridas anteriormente na Pós-Licenciatura em Enfermagem de Reabilitação, através da aplicação dos conceitos de ER, avaliação da funcionalidade, diagnóstico de incapacidades e conceção de planos de intervenção para promoção de capacidades adaptativas, autocuidado e autocontrolo, maximizando ou reeducando funções.

A Enfermagem da Reabilitação adquire indubitavelmente um papel preponderante em ganhos em saúde que se manifestam na prevenção de incapacidades e na recuperação das capacidades remanescentes, fornecendo à pessoa as ferramentas necessárias para uma maior autonomia.

3.3. Competências de Mestre

Relativamente às competências de Mestre, e segundo o Decreto-Lei n.º 65/2018, o grau de Mestre é conferido, aos que, numa área de especialidade, possuam e consigam aplicar um elevado nível de conhecimentos, sabendo resolver problemas em diferentes situações, ter a capacidade para integrar conhecimentos, ter a capacidade para comunicar os seus raciocínios e conclusões e possuir competências que lhe permitam uma aprendizagem contínua, de forma autónoma.

O curso de mestrado, e mais especificamente a unidade curricular do Estágio Final foi o ponto mais alto de todo um processo formativo que se iniciou com a Pós-licenciatura em Enfermagem de Reabilitação, onde tive a oportunidade de desenvolver e aprofundar tanto conhecimentos como habilidades, culminando com a aquisição das competências de mestre, aprendendo a lidar com questões complexas, desenvolvendo soluções, e integrando novos conhecimentos, refletindo sobre as eventuais implicações e responsabilidades éticas, sociais e profissionais. Realço que o envolvimento da equipa multidisciplinar na implementação do protocolo foi de encontro à competência de mestre, que dita que o mestre deve ser capaz de comunicar as suas conclusões, conhecimentos e resultados implícitos, quer a especialistas, quer a não especialistas, de uma forma clara e sem ambivalências.

Denota-se uma interligação entre as várias competências de Mestre, cimentadas tanto pelas competências comuns de Enfermeiro Especialista, como pelas competências específicas do EEER. A aquisição e aprofundamento de novos conhecimentos científicos, com a sua consequente aplicação na prática, aliados às capacidades de resolução de problemas e de comunicação de resultados, resultam na aprendizagem ao longo da vida.

Toda o percurso metodológico, assente na evidência científica, orientou os processos subjacentes às tomadas de decisão e intervenções de ER.

Temos, hoje, consciência de que os processos de cuidados são complexos e exigem uma abordagem suportada em boas práticas, na evidência e na ciência de um modo geral. A prática deve ser marcada por uma análise fundada no questionamento, no diálogo partilhado em equipa multidisciplinar e tanto quanto possível, no desenho de uma trajetória partilhada com os envolvidos.

O caminho deve ser metodologicamente bem preparado, a intervenção bem monitorizada e com espaço para um olhar distante. O processo deve contar com o envolvimento dos doentes, afinal são os beneficiados pelo programa. E finalmente os resultados da intervenção deve ser analisados com rigor e na devida dimensão. Se os

resultados indiciam mudanças, há que apostar na aplicação, controlada, do programa a mais pessoas.

Divulgar os resultados faz parte da transferibilidade dos ganhos em saúde. Manter uma postura, humilde, atenta e rigorosa são características de quem se compromete com a investigação em enfermagem.

4. CONCLUSÃO

A investigação pretende fomentar uma atitude de carácter reflexivo e capacidade de análise crítica como a melhor forma de a enfermagem se desenvolver. Equacionando aquilo que faz, refletindo e questionando os modelos de trabalho e as práticas profissionais, a enfermagem vai encontrando alternativas adequadas à resolução dos problemas com que atualmente se debate.

A elaboração deste relatório teve como objetivo explicar todo o percurso realizado ao longo do Estágio Final, mais concretamente, na Unidade de AVC, e refletir acerca do seu impacto e contributos para a prática de enfermagem de reabilitação.

Segundo a APER (2010) os enfermeiros especialistas em reabilitação têm, fundamentalmente, como missão promover ações para a prevenção e tratamento da doença e para a promoção dos processos de readaptação da pessoa ao longo de todo o ciclo vital, não só com o intuito de manter as suas capacidades funcionais como, fundamentalmente, otimizar a qualidade de vida dos doentes, família e comunidade, a sua socialização e a sua dignidade.

O EEER atenta nos problemas e necessidades dos doentes, através de uma avaliação global e individualizada, definindo um plano de ação e respetivas intervenções, com o intuito de maximizar o potencial de recuperação da pessoa, para que possa regressar ao papel que anteriormente desempenhava na sociedade. Para tal, por vezes é necessário criar ferramentas padronizadas que guiem a atuação dos profissionais perante um problema específico, no caso particular da Retenção Urinária Aguda, através da conceção de um protocolo.

A Retenção Urinária Aguda é uma emergência urológica bastante comum, sendo frequente nas Unidades de AVC. A RU acarreta diversas consequências, que advêm da cateterização vesical, e eventualmente de uma ITU pós cateterização, tanto para a pessoa, (stress físico e psicológico), como para a instituição (aumento do tempo médio de internamento e custos associados aos cuidados de saúde). É muito importante aproveitar as oportunidades de cuidados, para impedir a cateterização ou pelo menos minimizar os seus efeitos deletérios, sendo a cateterização intermitente referida na literatura como uma estratégia de intervenção fundamental para preservar a funcionalidade da bexiga.

Tendo por base a perceção do problema, fomos fundamentá-lo num estudo retrospectivo que caracterizava a condição de saúde-doença dos doentes com AVC, internados numa unidade especial, para determinar a prevalência da retenção urinaria e da cateterização vesical. Conhecido o fenómeno, baseámo-nos na literatura disponível e

propusemos um algoritmo de intervenção que testámos, inserido num protocolo, com o envolvimento da equipa médica e de enfermagem.

Os resultados obtidos através da implementação das três fases do protocolo demonstraram que as intervenções de ER contribuíram para a recuperação da eliminação urinária, e impediram o ressurgimento de novos episódios de retenção urinária. Apesar de aplicado num curto espaço de tempo, pudemos verificar a redução das taxas de cateterização vesical, taxas de algaliação no momento da alta, e tempo de permanência do cateter na bexiga, comparando com o ano de 2020. Acreditamos assim, que a implementação do protocolo e das etapas subjacentes decorreu com sucesso, apesar das limitações inerentes à fase aguda pós-AVC. O contexto, uma unidade específica onde se permanece internado por pouco tempo, não expõe o verdadeiro impacto que o protocolo tem, e terá futuramente. Na verdade, a avaliação local demonstrou benefícios, contribuindo na sua essência para a melhoria dos cuidados de enfermagem prestados.

Futuramente, se eventualmente adquirirmos o equipamento do ultrassom, seria importante reformular o algoritmo de decisão clínica, e posteriormente realizar a validação do protocolo por especialistas na área. Vamos prosseguir, num espaço temporal maior, e em breve teremos a obrigação de divulgar o que realizamos.

Em suma, a análise da prática exigida a um profissional detentor do grau de mestre impõe a criação, desenvolvimento e divulgação de conhecimento, refletindo-se na mudança de comportamentos resultando na melhoria da qualidade de cuidados. Consideramos que a estratégia instituída contribuiu para a obtenção de novos conhecimentos e para o desenvolvimento teórico-prático na área da Enfermagem de Reabilitação, com a consequente aquisição das competências inerentes ao grau de Mestre.

5. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Araújo, F., Ribeiro, J., Oliveira, A., & Pinto, C. (2007). Validação da Escala do Índice de Barthel numa Amostra de Idosos não Institucionalizados. *Revista Portuguesa de saúde pública*, 25(2), pp. 59-66.
- Aragão, J. (2011). Introdução aos Estudos Quantitativos Utilizados em Pesquisas Científicas. *Revista Praxis*, pp. 59-62.
- Associação Portuguesa dos Enfermeiros de Reabilitação (APER). (2010). *Contributos para o Plano Nacional de Saúde 2012-2016*. Obtido em 20 de Julho de 2021, de <https://aper.pt/ficheiros/documentos/aper2.pdf>.
- Banks, J. L., & Marotta, C. A. (2007). Outcomes Validity and Reliability of the Modified Rankin Scale: Implications for Stroke Clinical Trials: A Literature Review and Synthesis. *Stroke*, 38(3), pp. 1091-1096.
- Boehme, A. K., Esenwa, C., & Elkind, M. S. (2017). Stroke Risk Factors, Genetics, and Prevention. *Circulation Research*, 120(3), 472–495.
- Branco, T. (2009). Estratégias na Incontinência Urinária: Novas Abordagens. *Sinais Vitais*, 83, 16-23.
- Branco, T., & Santos, R. (2010). *Reabilitação da Pessoa com AVC*. Coimbra: Formasau.
- Briggs, D. E., Felberg, R. A., Malkoff, M. D., Bratina, P., & Grotta, J. C. (2001). Should Mild or Moderate Stroke Patients Be Admitted to an Intensive Care Unit? *Stroke*, 32(4), 871-876.
- Burkhard, C., Bosch, J., Cruz, F., Lemack, G. E., Nambiar, A., Thiruchelvam, N., & Tubaro, A. (2020). EAU Guidelines on Urinary Incontinence in Adults. *European Association of Urology*.

- Carmo, H., & Ferreira, M. (1998). *Metodologia da Investigação: Guia para Auto-Aprendizagem*. Lisboa: Universidade Aberta.
- CDC. (2022). Urinary Tract Infection (Catheter-Associated Urinary Tract Infection [CAUTI] and Non-Catheter-Associated Urinary Tract Infection [UTI]) Events. *Device-associated Module - ITU*, 1-18.
- Chapple, A., Prinjha, S., & Salisbury, H. (2014). How users of indwelling urinary catheters talk about sex and sexuality: a qualitative study. *British Journal of General Practice*, 64(623), e364-371.
- Colégio da Especialidade de Enfermagem de Reabilitação. (2015). Áreas de Investigação Prioritárias para a Especialidade de Enfermagem de Reabilitação. *Ordem dos Enfermeiros*. Porto.
- Colégio de Especialidade de Enfermagem de Reabilitação. (2015). Padrão Documental dos Cuidados de Enfermagem da Especialidade de Enfermagem de Reabilitação. *Ordem dos Enfermeiros*. Porto.
- Decreto-Lei n.º 65/2018. (2018). *Diário da República n.º 157/2018, Série I de 2018-08-16*. Presidência do Conselho de Ministros. Obtido de <https://data.dre.pt/web/guest/pesquisa/-/search/116068879/details/maximized>.
- Direção Geral de Saúde. (2010). *Acidente Vascular Cerebral – Itinerários Clínicos*. Lisboa: Lidel Edições Técnicas, Lda.
- Direção-Geral da Saúde. (2017). Programa Nacional para as Doenças Cérebro-Cardiovasculares. *Direção-Geral da Saúde*.
- Dougherty, J. M., & Aeddula, N. R. (2021). *Male Urinary Retention*. (StatPearls Publishing) Obtido em 25 de Julho de 2021, de National Center for Biotechnology Information Search: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK538499/?report=printable>

- Dougherty, J. M., & Rawla, P. (2021). *Female Urinary Retention*. (StatPearls Publishing)
Obtido em 25 de Julho de 2021, de National Center for Biotechnology Information
Search: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK538497/?report=printable>
- Dromerick, A. W., Edwards, D. F., & Diring, M. N. (2003). Sensitivity to Changes in Disability After Stroke: A Comparison of Four Scales Useful in Clinical Trials. *Journal of Rehabilitation Research and Development*, 40(1), 1-8.
- Edwards, J. R., Peterson, K. D., Andrus, M. L., Dudeck, M. A., Pollock, D. A., & Horan, T. C. (2008). National Healthcare Safety Network (NHSN) Report - Data Summary For 2006 Through 2007, Issued November 2008. *American Journal of Infection Control*, 36(9), 609-626.
- European Stroke Initiative. (2003). *Recomendações 2003: AVC Isquémico. Profilaxia e Tratamento - Informação para Médicos Hospitalares e Medicina Ambulatória. Comité Executivo da EUSI.*
- Evidence-Based Review of Stroke Rehabilitation. (2016). Clinical Consequences of Stroke. Em *Stroke Rehabilitation Clinician Handbook* (pp. 1-27). Ontario.
- Ferreira, C. I., & Simões, I. M. (2019). Validação de Protocolo de Enfermagem para Avaliação e Diagnóstico de Retenção Urinária no Adulto. *Revista de Enfermagem Referência*, IV(23), pp. 153-164.
- Ferreira, C., Pita, F., Ferreira, I., Rodrigues, M., & Cruz, V. (2006). Factores de Risco para Acidentes Vasculares Cerebrais. *Grupo de Estudos de Doença Cérebro-Vascular da Sociedade Portuguesa de Neurologia.*
- Ferro, J., & Pimentel, J. (2006). *Neurologia: Princípios, Diagnóstico e Tratamento*. Lisboa: Lidel.
- Figueiredo, A. R., Pereira, A., & Mateus, S. (2020). Acidente Vascular Cerebral Isquémico Vs Hemorrágico: Taxa De Sobrevivência. *Revista Científica da Escola Superior de Saúde Dr. Lopes Dias do Instituto Politécnico de Castelo Branco*, III(1), 35-45.

- Fortin, M. (1999). *O Processo de Investigação: Da concepção à Realização*. Loures: Lusociência.
- Fortin, M. (2009). *Fundamentos e Etapas do Processo de Investigação*. Loures: Lusodidacta.
- Freixo, M. (2009). *Metodologia Científica: Fundamentos, Métodos e Técnicas*. Lisboa: Instituto Piaget.
- Harrison, J. K., McArthur, K. S., & Quinn, T. J. (2013). Assessment Ccales in Stroke: Clinimetric and Clinical Considerations. *Clinical Interventions in Aging*, pp. 201-211.
- Hesbeen, W. (2000). *Cuidar no Hospital*. Lisboa: Lusociência.
- Hesbeen, W. (2010). *A Reabilitação: Criar novos caminhos*. Loures: Lusociência.
- Hoeman, S. (2011). *Enfermagem de Reabilitação: Prevenção, Intervenção e Resultados Esperados* (4ª ed.). Loures: Lusociência.
- Hospital do Espírito Santo de Évora, E.P.E. (HESE). (2018). Relatório de Gestão de 2017. *Versão aprovada em reunião CA*.
- Jamieson, K., Brady, M., & Peacock, C. (2010). Urinary Dysfunction : Assessment and Management in Stroke Patients. *Nursing Standard*, 25(3), 49–55.
- Jorge, B. M. (2017). *Construção e Validação de Protocolo de Avaliação Clínica para o Diagnóstico de Enfermagem de Retenção Urinária em Pacientes Adultos*. Tese de Doutoramento, Universidade de São Paulo, Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Ribeirão Preto.
- Jorge, B. M., Mazzo, A., Martins, J. C., Henriques, F. M., & Cassini, M. (2017). A pessoa com Retenção Urinária: Perceção do Estudante e Evidências Científicas da Utilização do Ultrassom Portátil. *Revista de Enfermagem Referência*, IV(12), 19-26.

- Jorge, B. M., Mazzo, A., Napoleão, A., & Bianchini, A. (2018). Evidências Científicas das Práticas de Diagnóstico da Retenção Urinária: Scoping Review. *Revista Enfermagem UERJ*, 26, 1-7.
- Kim, T. G., Chun, M. H., Chang, M. C., & Yang, S. (2015). Outcomes of Drug-Resistant Urinary Retention in Patients in the Early Stage of Stroke. *Annals of Rehabilitation Medicine*, 39(2), 262-267.
- Kisner, C., & Colby, L. (2005). *Exercícios Terapêuticos: fundamentos e técnicas* (4ª ed.). São Paulo: Manole.
- Knight, J., Nigam, Y., & Jones, A. (2019). Effects of Bedrest 4: Renal, Reproductive and Immune Systems. *Nursing Times [online]*, 115(3), 51-54. Obtido em 28 de Agosto de 2021.
- Kong, K., & Young, S. (2000). Incidence and Outcome of Poststroke Urinary Retention: A Prospective Study. *Archives of Physical Medicine and Rehabilitation*, 81, 1464-1467.
- Lakatos, E., & Marconi, M. (2003). *Fundamentos de Metodologia Científica*. 5ª. São Paulo: Editora Atlas S.A.
- Lyden, P. (Fevereiro de 2017). Using the National Institutes of Health Stroke Scale - A Cautionary Tale. *Stroke*, 48(2).
- Mackay, W., MacIntosh, T., Kydd, A., Fleming, A., O'Kane, C., Shepherd, A., Hagen, S., Williams, C., Mundie, J., Russell, C., Rodgers, F., MacLachlan, M., Galbraith, R., Rankin, J., & McIver, V. (2017). Living with an indwelling urethral catheter in a community setting: exploring triggers for unscheduled community nurse 'out of hours' visits. *Journal of Clinical Nursing*, 27(3-4), 866-875.
- Marques, S. (2007). *Os cuidados Informais de Doentes com AVC*. Coimbra: Formasau.

- Martins, M. (2002). *Uma Crise Acidental na Família - O Doente com AVC*. Coimbra: Formasau.
- Martins, T. (2006). *Acidente Vascular Cerebral: Qualidade de Vida e Bem-Estar dos Doentes e Familiares Cuidadores*. Coimbra: Formasau.
- McCabe, L., Young, K., & Ferguson, S. (2017). Pelvic Floor “Kegel” Exercises. *University Health Network*.
- Menoita, E. (2012). *Reabilitar A Pessoa Com AVC: Contributos Para Um Envelhecer Resiliente*. Loures: Lusociência.
- Ministério da Saúde. (2018). *Retrato da Saúde*. Lisboa.
- Nazarko, L. (2021). Acute Urinary Retention: Patient Investigations and Treatments. *British Journal of Nursing*, 30(9), 4-7.
- Newman, D. K. (2016). *Managing urinary retention in the acute care environment*. Verathon.
- Nogles, T., & Galuska, M. (2022). Middle Cerebral Artery Stroke. *StatPearls Publishing*.
Obtido de <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK556132/?report=printable>
- Ordem dos Enfermeiros. (2014). *CIPE® Versão 2011 – Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem* (Edição Portuguesa).
- Ordem dos Enfermeiros. (2016). *Enfermagem de Reabilitação: Instrumentos de recolha de dados para a documentação dos Cuidados Especializados em Enfermagem de Reabilitação*.
- Orem, D. (2001). *Nursing: Concepts of Practice* (6ª ed.). St. Louis: Mosby.
- Patel, V. D., Garcia, R. M., Swor, D. E., Liotta, E. M., Maas, M. B., & Naidech, A. (2020). Natural History of Infratentorial Intracerebral Hemorrhages: Two Subgroups with

Distinct Presentations and Outcomes. *Journal of Stroke & Cerebrovascular Diseases*, 29(8).

Pedrolo, D., Kakihara, C., & Almeida, M. (2011). O impacto das sequelas sensório-motoras na autonomia e independência dos pacientes pós-AVE. *O Mundo da Saúde*, 35(4), 459-466.

Pestana, H. (2016). Cuidados de Enfermagem de Reabilitação: Enquadramento. Em C. Marques-Vieira, & L. Sousa, *Cuidados de Enfermagem de Reabilitação à Pessoa ao Longo da Vida* (pp. 47-56). Loures: Lusodidacta.

Petronilho, F. (2012). *Autocuidado: Conceito Central da Enfermagem – da Conceptualização dos Dados Empíricos Através de Uma Revisão da Literatura dos Últimos 20 Anos (1990-2011)*. Coimbra: Formasau.

Phipps, W. J., Sands, J. K., & Marek, J. F. (2003). *Enfermagem Médico-Cirúrgica: Conceitos e Prática Clínica* (6ª ed.). Loures: Lusociência.

Polit, D. F., & Beck, C. T. (2018). *Fundamentos de Pesquisa em Enfermagem: Avaliação de Evidências para a Prática da Enfermagem* (9ª ed.). Porto Alegre: Artmed.

Regulamento n.º 140/2019 - Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista. (2019). *Diário da República n.º 26/2019, Série II de 2019-02-06*. Ordem dos Enfermeiros. Obtido de <https://dre.pt/home/-/dre/119236195/details/maximized>.

Regulamento n.º 350/2015 - Regulamento dos Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem em Enfermagem de Reabilitação. (2015). *Diário da República, 2.ª série — N.º 119 — 22 de junho de 2015*. Ordem dos Enfermeiros. Obtido de <https://files.dre.pt/2s/2015/06/119000000/1665516660.pdf>

Regulamento n.º 392/2019 - Regulamento das competências específicas do enfermeiro especialista em Enfermagem de Reabilitação. (2019). *Diário da República n.º*

85/2019, *Série II de 2019-05-03*. Ordem dos Enfermeiros. Obtido de <https://dre.pt/web/guest/pesquisa/-/search/122216893/details/normal?l=1>.

- Ribeiro, J. L. (1999). *Investigação e Avaliação em Psicologia e Saúde*. Lisboa: Climepsi Editores.
- Rodrigues, P., Hering, F., Cieli, E., & Campagnari, J. (2016). Rate of Spontaneous Voiding Recovery After Acute Urinary Retention Due to Bed Rest in the Hospital Setting in a Nonurological Population Clinical Study of the Relationship Between Lower Limbs and Bladder Function. *International Brazilian Journal of Urology*, 42(6), 1202-1209.
- Ruthes, R., & Cunha, I. (2009). Competências do enfermeiro na gestão do conhecimento e capital intelectual. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 62(6), 901-905.
- Sá, M. J. (2009). AVC – Primeira Causa de Morte em Portugal. *Revista da Faculdade de Ciências da Saúde*, 12-19.
- Santos, W. C., Vancini-Campanharo, C. R., Lopes, M. C., Okuno, M. F., & Batista, R. E. (2016). Avaliação do Conhecimento de Enfermeiros sobre a Escala de Coma de Glasgow em um Hospital Universitário. *14(2)*, pp. 213-218.
- Sayed, W., Adhiyaman, V., & Chattopadhyay, I. (2008). Urinary retention After Stroke. *Geriatric Medicine*, 377-380.
- Selius, B., & Subedi, R. (2008). Urinary Retention in Adults: Diagnosis and Initial Management. *American Family Physician*, 77(5), 643-650.
- Serlin, D. C., Heidelbaugh, J. J., & Stoffel, J. T. (2018). Urinary Retention in Adults: Evaluation and Initial Management. *American Family Physician*, 98(8), 496-503.
- Serrano, M. T., Costa, A., & Costa, N. M. (2011). Cuidar em Enfermagem: como desenvolver a(s) competência(s). *Revista de Enfermagem Referência, III Série(N.º 3)*, pp. 15-23.

- Silva, J. M. (2011). *Cinesioterapia Abdominopélvica para Treinamento dos Músculos do Assoalho Pélvico durante as Fases Gestacional e Puerperal Remota: Avaliação Funcional*. Dissertação de Mestrado apresentada à Pós-Graduação da Faculdade de Ciências Médicas da Universidade de Campinas - UNICAMP para obtenção de título de Mestre em Ciências, área de Concentração em Fisiopatologia Cirúrgica, Universidade Estadual de Campinas, Faculdade de Ciências Médicas, Campinas.
- Sociedade Portuguesa do Acidente Vascular Cerebral. (2017). *Guia das Unidades de AVC*. Porto.
- Tavares, A. (1990). *Métodos e Técnicas de Planeamento em Saúde*. Lisboa: Ministério da Saúde - Departamento de Recursos Humanos da Saúde.
- Taylor, S. (2004). Teoria do Défice de Autocuidado de Enfermagem. Em A. M. Tomey, & M. R. Alligoog, *Teóricas de Enfermagem e a Sua Obra: Modelos e Teorias de Enfermagem* (pp. 211-235). Loures: Lusociência.
- Teasell, R., Pereira, S., & Cotoi, A. (2022). *The Rehabilitation of Severe Stroke*. Obtido de Evidence-Based Review of Stroke Rehabilitation: <http://www.ebrsr.com/sites/default/files/v18-SREBR-CH22-NET-1.pdf>
- Tomey, A. M., & Alligood, M. R. (2002). *Teóricas de Enfermagem e a Sua Obra* (5ª ed.). Loures: Lusociência.
- Umemura, T., Ohta, H., Yokota, A., Yarimizu, S., & Nishizawa, S. (2016). Urinary Retention Associated with Stroke. *The Journal of University of Occupational and Environmental Health*, 38(4), 263–269.
- Universidade de Aveiro. (2020). *Manual para a Realização de Citações em Texto e Referências Bibliográficas*. Obtido de APA 7th - Universidade de Aveiro: <https://www.ua.pt/file/62230>.

- Ventura, M. (2007). O Estudo de Caso como Modalidade de Pesquisa. *Revista da Sociedade de Cardiologia do Estado do Rio de Janeiro*, 20(5), 383-386.
- Winstein, C., Stein, J., Arena, R., Bates, B., Cherney, L., Cramer, S., Deruyter, F., Eng, J., Fisher, B., Harvey, R., Lang, C., MacKay-Lyons, M., Ottenbacher, K., Pugh, S., Reeves, M., Richards, L., Stiers, W., & Zorowitz, R. (2016). Guidelines for Adult Stroke Rehabilitation and Recovery: a Guideline for Healthcare Professionals from the American Heart Association/American Stroke Association. *Stroke*, 47(6).
- World Health Organization. (2018). Global Health Estimates 2016: Deaths by Cause, Age, Sex, by Country and by Region, 2000– 2016. *World Health Organization*.
- Yoon, P. D., Chasalani, V., & Woo, H. H. (2015). Systematic review and meta-analysis on management of acute urinary retention. *Prostate Cancer and Prostatic Diseases*, 297 – 302.

APÊNDICES

APÊNDICE A

Instrumento de Recolha de Dados: Avaliação da Efetividade do Protocolo de Reeducação Vesical

INSTRUMENTO DE RECOLHA DE DADOS
AVALIAÇÃO DA EFETIVIDADE DO PROTOCOLO DA RETENÇÃO URINÁRIA AGUDA

QUESTIONÁRIO SOCIODEMOGRÁFICO E CLÍNICO

Utente nº:

Idade:

Sexo:

Diagnóstico:

Data Entrada no SU:

Data Internamento na UAVC:

Data Alta:

Antecedentes Pessoais:

- | | |
|---------------------------------------|--------------------------|
| Diabetes Mellitus Tipo II | <input type="checkbox"/> |
| HTA | <input type="checkbox"/> |
| Doença Vascular Cerebral | <input type="checkbox"/> |
| Dislipidémia | <input type="checkbox"/> |
| Insuficiência Cardíaca | <input type="checkbox"/> |
| FA | <input type="checkbox"/> |
| Cardiopatía Isquémica/EAM | <input type="checkbox"/> |
| Hábitos Tabágicos | <input type="checkbox"/> |
| Hábitos Alcoólicos | <input type="checkbox"/> |
| HBP | <input type="checkbox"/> |
| Doença Prostática (Algaliação Prévia) | <input type="checkbox"/> |
| Outros | <input type="checkbox"/> |

Tipo de AVC:

- | | |
|---|--------------------------|
| Acidente Isquémico Transitório | <input type="checkbox"/> |
| AVC Isquémico | <input type="checkbox"/> |
| AVC Hemorrágico | <input type="checkbox"/> |
| AVC Isquémico com transformação hemorrágica | <input type="checkbox"/> |
| HSA | <input type="checkbox"/> |
| Amnésia Global Transitória | <input type="checkbox"/> |

Território Vascular Afetado (AVC Isquémico):

- ACM Esquerda
- ACM Direita
- ACA Esquerda
- ACA Direita
- PICA Esquerda
- PICA Direita
- ACP Esquerda
- ACP Direita
- Vertebrobasilar

Hematoma:

- Subdural
- Supratentorial
- Infratentorial

Presença de Défices Neurológicos:

- Hemiplegia/hemiparesia
- Hipostesia
- Afasia
- Disartria
- Hemianopsia
- Ataxia
- Disfagia
- Paresia Facial Central

QUESTIONÁRIO – CATETERIZAÇÃO VESICAL/RETENÇÃO URINÁRIA AGUDA

Fatores de Risco Para a Retenção Urinária Aguda

- Obstrução (HBP, Neoplasia Próstata, Prolapso Uterino, Impactação Fecal, Cálculos Renais...)
- Infeção/Inflamação (Prostatite, ITU...)
- Farmacológicos (Antidepressivos, Antihistamínicos, Anticolinérgicos, Antiparkinsonsônicos...)
- Neurológicos (Compressão Medular, EM, Parkinson...)

Complicações Pós-Operatório (Dor, Instrumentação traumática, Distensão da Bexiga, Opióides)

Trauma (Pênis, Uretra, Bexiga)

Repouso no Leito

Défices Neurológicos/Mobilidade Comprometida

Hábitos Alcoólicos

Repouso no Leito (dias):

Data e Local de Cateterização Vesical:

Causa da Cateterização Vesical:

Retenção Vesical

Contabilização do Débito Urinário

Desconhecida

Outros

Duração Cateterização Vesical (dias):

ITU: Sim Não

Prévia Posterior

Agente Infecioso:

ESCALA DE COMA DE GLASGOW

		SCORE	Admissão (/ /)	Alta (/ /)
ABERTURA OCULAR	Espontânea	4		
	Ao Som	3		
	À Pressão	2		
	Ausente	1		
	Não Testável	NT		
RESPOSTA VERBAL	Orientada	5		
	Confusa	4		
	Palavras	3		
	Sons	2		
	Ausente	1		
	Não Testável	NT		
RESPOSTA MOTORA	A Ordens	6		
	Localizadora	5		
	Flexão Normal	4		
	Flexão Anormal	3		
	Extensão	2		
	Ausente	1		
	Não Testável	NT		
SCORE TOTAL		15		

ESCALA DE BARTHEL

AVD's	NÍVEIS DE DEPENDÊNCIA	SCORE	Admissão (/ /)	Alta (/ /)
ALIMENTAÇÃO	Independente	10		
	Precisa de alguma ajuda (por exemplo para cortar os alimentos)	5		
	Dependente	0		
TRANSFERÊNCIAS	Independente	15		
	Precisa de alguma ajuda	10		
	Necessita de ajuda de outra pessoa, mas não consegue sentar-se	5		
	Dependente, não tem equilíbrio sentado	0		
TOALETE	Independente a fazer a barba, lavar a cara, lavar os dentes	5		
	Dependente, necessita de alguma ajuda	0		
UTILIZAÇÃO DO WC	Independente	10		
	Precisa de alguma ajuda	5		
	Dependente	0		
BANHO	Toma banho só (entra e sai do duche ou banheira sem ajuda)	5		
	Dependente, necessita de alguma ajuda	0		
MOBILIDADE	Caminha 50 metros, sem ajuda ou supervisão (pode usar ortóteses)	15		
	Caminha menos de 50 metros, com pouca ajuda	10		
	Independente, em cadeira de rodas, pelo menos 50 metros, incluindo esquinas	5		
	Imóvel	0		
SUBIR E DESCER ESCADAS	Independente, com ou sem ajudas técnicas	10		
	Precisa de ajuda	5		
	Dependente	0		
VESTIR	Independente	10		
	Com ajuda	5		
	Impossível	0		
CONTROLO INTESTINAL	Controla perfeitamente, sem acidentes, podendo fazer uso de supositório ou similar	10		
	Acidente ocasional	5		
	Incontinente ou precisa de uso de clisteres	0		
CONTROLO URINÁRIO	Controla perfeitamente, mesmo algaliado desde que seja capaz de manejar a algália sozinho	10		
	Acidente ocasional (máximo uma vez por semana)	5		
	Incontinente, ou algaliado sendo incapaz de manejar a algália sozinho	0		
SCORE TOTAL		100		

INTERPRETAÇÃO DO RESULTADO
90-100: Independente
60-90: Ligeiramente dependente
40-55: Moderadamente dependente
20-35: Severamente dependente
<20: Totalmente dependente

(SEQUEIRA, 2007)

ESCALA DE RANKIN MODIFICADA

PONTUAÇÃO	DESCRIÇÃO
0	Sem Sintomas
1	Nenhuma incapacidade significativa; com capacidade para desempenhar todas as atividades de vida diária (AVD's)
2	Incapacidade leve; incapaz de realizar algumas das atividades prévias de AVD's, mas com capacidade de cuidar das suas próprias necessidades sem assistência
3	Incapacidade moderada, requerendo alguma ajuda, mas com capacidade de caminhar sem assistência
4	Incapacidade moderadamente severa, incapacidade para caminhar e para atender as próprias necessidades do corpo sem assistência
5	Incapacidade severa, confinado ao leito, incontinente e requerendo constantes cuidados/atenção de enfermagem
6	Morte
	SCORE – Alta (_ / _ / _)

NIHSS – ESCALA DE AVC

INSTRUÇÕES	DEFINIÇÃO DA ESCALA	PONTUAÇÃO ADMISSÃO (/ /)	PONTUAÇÃO ALTA (/ /)
<p>1a. Nível de Consciência: O examinador deve escolher uma resposta, mesmo que a avaliação completa seja prejudicada por obstáculos como curativo ou tubo orotraqueal, barreiras de linguagem ou traumatismo. Um 3 é dado apenas se o paciente não fizer nenhum movimento em resposta à estimulação dolorosa, para além de respostas reflexas.</p>	<p>0 = Acordado; responde corretamente. 1 = Sonolento, mas acorda com um pequeno estímulo, obedece, responde ou reage. 2 = Estuporoso; acorda com estímulo forte, requer estimulação repetida ou dolorosa para realizar movimentos (não estereotipados). 3 = Comatoso; apenas respostas reflexas motoras ou autonómicas, ou sem qualquer tipo de resposta.</p>		
<p>1b. Nível De Consciência - Questões: O paciente é questionado sobre o mês e idade. A resposta deve ser correta – não se valorizam respostas aproximadas. Pacientes com afasia ou estupor que não compreendam as perguntas têm 2. Pacientes incapazes de falar por tubo ou traumatismo orotraqueal, disartria grave de qualquer causa, barreiras de linguagem ou qualquer outro problema não secundário a afasia receberão 1. É importante considerar apenas a resposta inicial e que o examinador não “ajude” o paciente com dicas verbais ou não verbais.</p>	<p>0 = Responde a ambas as questões corretamente. 1 = Responde a uma questão corretamente. 2 = Não responde a nenhuma questão corretamente.</p>		
<p>1c. Nível De Consciência - Ordens: O paciente é solicitado a abrir e fechar os olhos e depois abrir e fechar a mão não parética. Substitua por outro comando de um único passo se as mãos não</p>	<p>0 = Realiza ambas as tarefas corretamente. 1 = Realiza uma tarefa corretamente.</p>		

<p>puderem ser utilizadas. Devemos valorizar uma tentativa inequívoca, ainda que não completada devido à fraqueza muscular. Se o paciente não responde à ordem, a tarefa deve ser demonstrada usando gestos e o resultado registado. Aos pacientes com trauma, amputação ou outro impedimento físico devem ser dadas ordens simples adequadas. Pontue só a primeira tentativa.</p>	<p>2 = Não realiza nenhuma tarefa corretamente.</p>		
<p>2. Melhor Olhar Conjugado: Teste apenas os movimentos oculares horizontais. Os movimentos oculares voluntários ou reflexos (oculocefálico) são pontuados, mas a prova calórica não é avaliada. Se o paciente tem um desvio conjugado do olhar, que é revertido pela atividade voluntária ou reflexa, a pontuação será 1. Se o paciente tem uma paresia de nervo periférico isolada (NC III, IV ou VI), pontue 1. O olhar é testado em todos os pacientes afásicos. Os pacientes com trauma ou curativo ocular, cegueira pré-existente ou outro distúrbio de acuidade ou campo visual devem ser testados com movimentos reflexos e a escolha feita pelo examinador. Estabelecer contacto visual e mover-se perto do paciente de um lado para outro pode esclarecer a presença de paralisia do olhar conjugado.</p>	<p>0 = Normal. 1 = Paralisia parcial do olhar conjugado. Esta pontuação é dada quando o olhar é anormal em um ou ambos os olhos, mas não há desvio forçado ou paresia total do olhar conjugado. 2 = Desvio forçado ou paresia total do olhar conjugado não revertidos pela manobra oculocefálica.</p>		
<p>3. Campos visuais: Os campos visuais (quadrantes superiores e inferiores) são testados por confrontação, utilizando contagem de dedos ou ameaça visual, conforme apropriado. O paciente pode ser encorajado, mas basta identificar olhando para o lado em que mexem os dedos para ser considerado como normal. Se houver cegueira unilateral ou enucleação, os campos visuais no olho restante são avaliados. Pontue 1 apenas se houver uma assimetria clara, incluindo</p>	<p>0 = Sem défices campimétricos. 1 = Hemianopsia parcial. 2 = Hemianopsia completa. 3 = Hemianopsia bilateral (cego, incluindo cegueira cortical).</p>		

<p>quadrantanópsia. Se o paciente é cego por qualquer causa, pontue 3. A estimulação dupla simultânea é realizada neste momento. Se houver extinção, o paciente recebe 1 e os resultados são usados para responder à questão 11.</p>			
<p>4. Paresia Facial: Pergunte ou use gestos para encorajar o paciente a mostrar os dentes ou levantar as sobrancelhas e fechar com força os olhos. Pontue a simetria da contração facial em resposta ao estímulo doloroso nos pacientes pouco responsivos ou que não compreendam. Na presença de traumatismo, tubo orotraqueal, adesivos ou outra barreira física que possam esconder a face, estes devem ser removidos, tanto quanto possível.</p>	<p>0 = Movimentos normais simétricos. 1 = Paralisia facial minor (apagamento de prega nasolabial, assimetria no sorriso). 2 = Paralisia facial central evidente (paralisia facial inferior total ou quase total). 3 = Paralisia facial completa (ausência de movimentos faciais das regiões superior e inferior de um lado da face).</p>		
<p>5. Membros Superiores: O braço é colocado na posição apropriada: extensão dos braços, palmas para baixo, a 90º se sentado ou a 45º se posição supina. Pontue-se a queda do braço quando esta ocorre antes de 10 segundos. O paciente afásico é encorajado através de firmeza na voz ou gestos, mas não com estimulação dolorosa. Cada membro é testado isoladamente, começando no braço não-parético. Apenas no caso de amputação ou anquilose do ombro o item poderá ser considerado como não-testável (NT), e uma explicação deve ser escrita fundamentando esta escolha.</p>	<p>0 = Sem queda; mantém o braço a 90º (ou 45º) por um período de 10 segundos. 1 = Queda parcial antes de completar o período de 10 segundos; não chega a tocar na cama ou noutro suporte. 2 = Algum esforço contra a gravidade; o braço acaba por cair na cama ou noutro suporte antes dos 10 segundos, mas não de forma imediata. 3 = Nenhum esforço contra a gravidade; o braço cai logo; pousado, o membro faz algum movimento. 4 = Nenhum movimento. NT = Amputação ou anquilose,</p>		

	<p>explique:</p> <p>5a. Membro Superior esquerdo</p> <p>5b. Membro Superior direito</p>		
<p>6. Membros Inferiores: A perna é colocada na posição apropriada: extensão a 30°. Teste sempre na posição supina. Pontue-se a queda da perna quando esta ocorre antes de 5 segundos. O paciente afásico é encorajado através de firmeza na voz ou gestos, mas não com estimulação dolorosa. Cada membro é testado isoladamente, começando na perna não-parética. Apenas no caso de amputação ou anquilose da anca o item poderá ser considerado como não-testável (NT), e uma explicação deve ser escrita fundamentando esta escolha.</p>	<p>0 = Sem queda; mantém a perna a 30° por um período de 5 segundos.</p> <p>1 = Queda parcial antes de completar o período de 5 segundos; não chega a tocar na cama ou noutro suporte.</p> <p>2 = Algum esforço contra a gravidade; a perna acaba por cair na cama ou noutro suporte antes dos 5 segundos, mas não de forma imediata.</p> <p>3 = Nenhum esforço contra a gravidade; a perna cai logo; pousado, o membro faz algum movimento.</p> <p>4 = Nenhum movimento.</p> <p>NT = Amputação ou anquilose, explique:</p> <p>5a. Membro Inferior Esquerdo</p> <p>5b. Membro Inferior Direito</p>		
<p>7. Ataxia de membros: Este item procura evidência de lesão cerebelosa unilateral. Teste com os olhos abertos. No caso de défice de campo visual, assegure-se que o teste é feito no campo visual intacto. Os testes dedo-nariz e calcanhar-joelho são realizados em ambos os lados e a ataxia é valorizada, apenas, se for desproporcional em relação à fraqueza muscular. A ataxia é considerada ausente no doente com perturbação da compreensão ou plégico. Apenas no caso de amputação ou anquilose o item pode ser considerado como não-testável (NT), e uma</p>	<p>0 = Ausente.</p> <p>1 = Presente em 1 membro.</p> <p>2 = Presente em 2 membros.</p> <p>NT = Amputação ou anquilose, explique:</p>		

<p>explicação deve ser escrita fundamentando esta escolha. No caso de cegueira, peça para tocar com o dedo no nariz a partir da posição de braço estendido.</p>			
<p>8. Sensibilidade: Avalie a sensibilidade ou mímica facial à picada de alfinete ou a resposta de retirada ao estímulo doloroso em paciente obnubilado ou afásico. Só a perda de sensibilidade atribuída ao AVC é pontuada. Teste tantas as partes do corpo – membros superiores (exceto mãos), inferiores (exceto pés), tronco e face – quantas as necessárias para avaliar com precisão uma perda hemissensitiva. Pontue com 2 só se uma perda grave ou total da sensibilidade puder ser claramente demonstrada. Deste modo, doentes estuporosos ou afásicos irão ser pontuados possivelmente com 1 ou 0. O doente com AVC do tronco cerebral com perda de sensibilidade bilateral é pontuado com 2. Se o paciente não responde e está quadriplégico, pontue 2. Pacientes em coma (item 1a=3) são pontuados arbitrariamente com 2 neste item.</p>	<p>0 = Normal; sem perda de sensibilidade. 1 = Perda de sensibilidade leve a moderada; o doente sente menos a picada, ou há uma perda da sensibilidade dolorosa à picada, mas o paciente sente a tocar. 2 = Perda da sensibilidade grave ou total; o paciente não sente que está sendo tocado.</p>		
<p>9. Melhor linguagem: Durante a pontuação dos itens precedentes obterá muita informação acerca da capacidade de compreensão. Pede-se ao doente para descrever o que está a acontecer na imagem em anexo, para nomear objetos num cartão de nomeação anexo e para ler uma lista de frases em anexo. A compreensão é julgada a partir destas respostas, assim como as referentes às ordens dadas no exame neurológico geral precedente. Se a perda visual interferir com os testes, peça ao doente para identificar objetos colocados na mão, repetir frases e produzir discurso. O paciente entubado deve escrever as respostas. O doente em coma (1a=3) será</p>	<p>0 = Sem afasia; normal. 1 = Afasia leve a moderada; perda óbvia de alguma fluência ou dificuldade de compreensão, sem limitação significativa das ideias expressas ou formas de expressão. Contudo, o discurso e/ou compreensão reduzidos dificultam ou impossibilitam a conversação sobre o material fornecido. Por exemplo, na conversa sobre o material fornecido, o examinador consegue identificar figuras ou</p>		

<p>pontuado arbitrariamente com 3. O examinador deve escolher a pontuação no doente com estupor ou pouco colaborante, mas a pontuação de 3 está reservada a doentes em mutismo e que não cumpram nenhuma ordem simples.</p>	<p>itens da lista de nomeação a partir da resposta do paciente. 2 = Afasia grave; toda a comunicação é feita através de expressões fragmentadas; necessidade de interferência, questionamento e adivinhação por parte do examinador. A quantidade de informação que pode ser trocada é limitada; o examinador assume a maior parte da comunicação; o examinador não consegue identificar itens do material fornecido a partir da resposta do paciente. 3 = Mutismo, afasia global; sem discurso ou compreensão verbal minimamente úteis.</p>		
<p>10. Disartria: Se acredita que o doente consegue, pede-se para ler ou repetir as palavras da lista anexa. Se o paciente tem afasia grave, a clareza da articulação da fala espontânea pode ser pontuada. Este item é considerado não testável (NT) apenas se o doente estiver entubado ou tiver outras barreiras físicas que impeçam o discurso. Não diga ao paciente a razão pela qual está a ser testado.</p>	<p>0 = Normal. 1 = Disartria leve a moderada; doente com voz arrastada pelo menos algumas palavras, e na pior das hipóteses pode ser entendido com alguma dificuldade. 2 = Disartria grave; voz do doente é tão arrastada que chega a ser ininteligível, na ausência ou desproporcionalmente a disfasia, ou tem mutismo ou anartria. NT = Entubado ou outra barreira física; explique:</p>		
<p>11. Extinção e Desatenção, antiga negligência. A</p>	<p>0 = Nenhuma anormalidade.</p>		

<p>informação suficiente para a identificação de negligência pode ter sido obtida durante os testes anteriores. Se o doente tem perda visual grave, que impede o teste da estimulação visual dupla simultânea, e os estímulos cutâneos são normais, a pontuação é normal. Se o doente tem afasia, mas parece identificar ambos os lados, é pontuado como normal. A presença de negligência visuoespacial ou anosagnosia contribuem também para a evidência de anormalidade. Como a anormalidade só é pontuada se presente, o item nunca é considerado não testável.</p>	<p>1 = Desatenção visual, tátil, auditiva, espacial ou pessoal, ou extinção à estimulação simultânea em uma das modalidades sensoriais. 2 = Profunda hemidesatenção ou hemidesatenção para mais de uma modalidade; não reconhece a própria mão e se orienta apenas para um lado do espaço.</p>		
SCORE TOTAL			