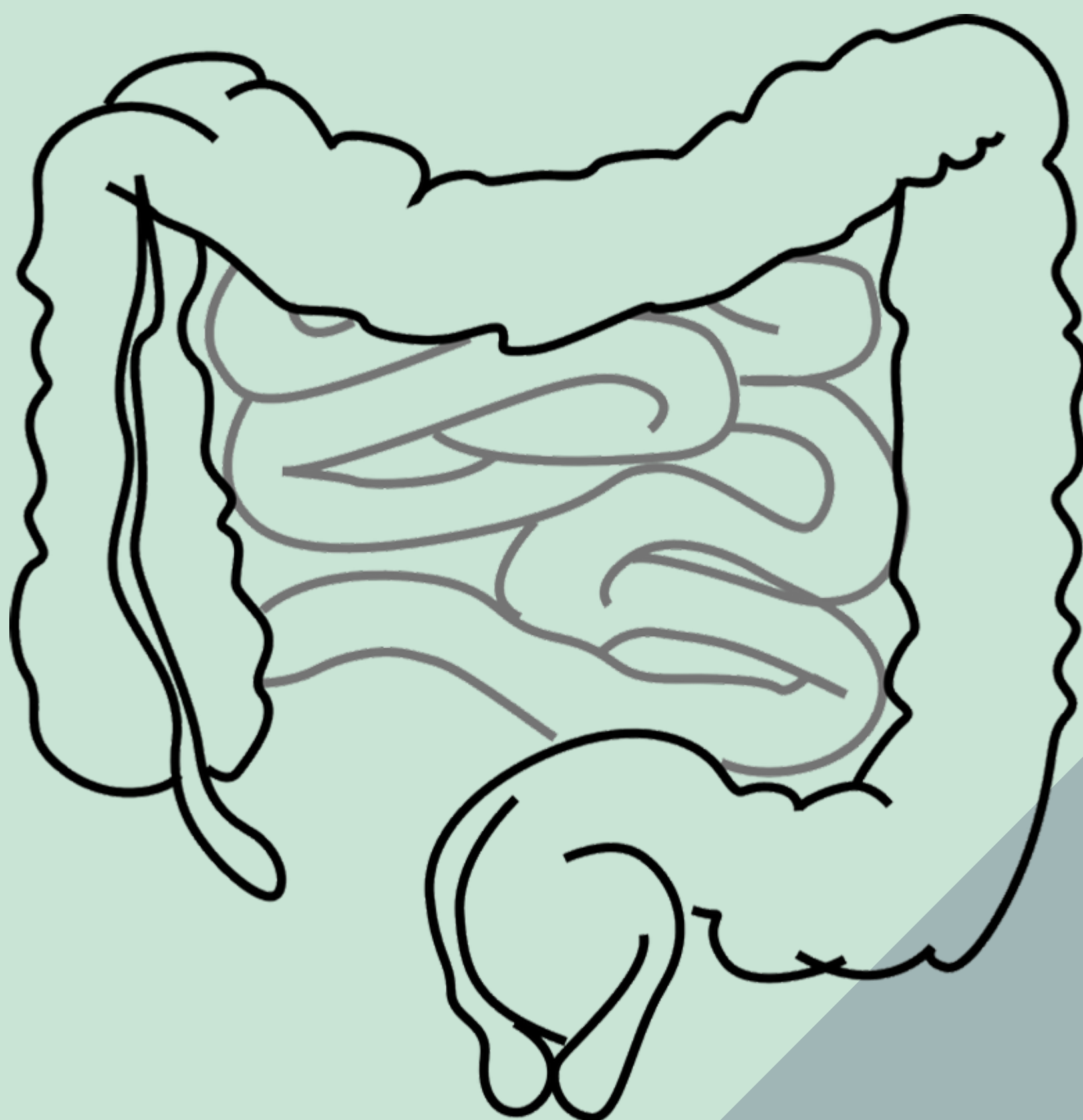


*Cuidando da*

# SAÚDE INTESTINAL

# Protocolo de Reabilitação do Intestino Neurogênico



FACULDADE DE ENFERMAGEM NOSSA SENHORA DAS GRAÇAS/  
UNIVERSIDADE DE PERNAMBUCO - FENSG / UPE

DEPARTAMENTO DE ENFERMAGEM/ UNIVERSIDADE ESTADUAL DA PARÁIBA -  
UEPB

ESCOLA DE ENFERMAGEM DE RIBEIRÃO PRETO / UNIVERSIDADE DE SÃO  
PAULO - EERP/ USP

Esta obra está licenciada com uma Licença *Creative Commons* Atribuição-Não Comercial 4.0 Internacional (<https://creativecommons.org/licenses/by-nc/4.0/legalcode.pt>). Essa licença permite a outros copiar e redistribuir o material, bem como remixar, transformar e criar a partir dele, desde que seja dado o crédito apropriado e indicado se mudanças foram feitas. É vedado o uso do material para fins comerciais.

# PROTOCOLO DE REABILITAÇÃO DO INTESTINO NEUROGÊNICO

## AUTORES

### **Geyslane Pereira Melo de Albuquerque**

Enfermeira. Doutora pelo Programa Associado de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade de Pernambuco e Universidade Estadual da Paraíba - UPE/ UEPB.

### **Alexsandro Silva Coura**

Enfermeiro. Professor Doutor do Departamento de Enfermagem da Universidade Estadual da Paraíba - UEPB.

### **Fabiana Faleiros**

Enfermeira. Professora Doutora da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo - EERP/ USP.

## Diagramação

### **Juliana de Alencar Ramos**

Discente do curso de enfermagem da Faculdade Pernambucana de Saúde - FPS

### **Thais Thé Alves Carneiro**

Discente do curso de enfermagem da Faculdade Pernambucana de Saúde - FPS

## **Ficha Catalográfica**

*Cuidando da*

## **SAÚDE INTESTINAL**

### **APRESENTAÇÃO**

O presente material debruça-se sobre a Assistência de Enfermagem na Reabilitação do Intestino Neurogênico. Apresenta atribuições para as equipes de enfermagem que compõem a baixa, média e alta complexidade em saúde. Este protocolo é composto por um conjunto de adaptações de manuais do Ministério da Saúde, artigos científicos e materiais educativos produzidos e validados pelo Núcleo de Pesquisa e Atenção em Reabilitação Neuropsicomotora da Universidade de São Paulo (Neurorehab-USP), o qual objetiva o desenvolvimento de estudos, tecnologia e atividades de extensão na área de reabilitação em saúde no intuito de maximizar a autonomia e a participação de pessoas com deficiência na sociedade. Alguns conceitos teóricos e práticos são tratados com o intuito de aperfeiçoar a compreensão sobre a importância das práticas no manejo clínico do Intestino Neurogênico pautado numa atenção humanizada, que trazem benefícios e consequências indispensáveis para um bom atendimento do paciente. Ressaltamos a importância do Enfermeiro no que compete os cuidados e a educação em saúde ao paciente com Intestino Neurogênico e sua rede de apoio. Esperamos que esse protocolo possa ser uma ferramenta útil para a práxis de enfermagem, oferecendo subsídios para a qualificada Tomada de Decisão no manejo clínico do Intestino Neurogênico.

Este protocolo foi fruto de tese de doutorado intitulada **Construção e Validação de Protocolo de Reabilitação do Intestino Neurogênico** e passou por um processo criterioso de validação por juízes especialistas na área de reabilitação intestinal.

# LISTA DE FIGURAS

Figura 1 – Wanda Horta (1926 - 1981) .....	13
Figura 2 – Fluxograma da relação entre a Teoria das Necessidades Humanas Básicas e o Intestino Neurogênico.....	13
Figura 3 – Fluxograma do Exame Físico no paciente com Intestino Neurogênico.....	14
Figura 4 – Exame retal externo .....	18
Figura 5 – Exame retal interno.....	19
Figura 6 – Escala de Bristol.....	20
Figura 7 – Prensa abdominal .....	23
Figura 8 – Massagem abdominal .....	24
Figura 9 – Sequência de toque dígito-anal.....	26
Figura 10 – Extração manual das fezes .....	27

## LISTA DE TABELAS

Tabela 1 - Classificação do Intestino Neurogênico, Recife, Pernambuco, Brasil, 2022.....14

Tabela 2 - Recordatório da Função Intestinal Recife, Pernambuco, Brasil, 2022.....28

Tabela 3 - Diagnósticos de Enfermagem mapeados à luz das Necessidades Psicobiológicas, Recife, Pernambuco, Brasil, 2022 .....32

# LISTAS DE ABREVIATURAS E SIGLAS

**COFEN** - Conselho Federal de Enfermagem

**COREN-SP** - Conselho Regional de Enfermagem de São Paulo

**EERP-USP** - Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo

**IN** - Intestino Neurogênico

**NEUROREHAB - USP** - Núcleo de Pesquisa e Atenção em Reabilitação Neuropsicomotora da Universidade de São Paulo

**NHB** - Necessidades Humanas Básicas

**SUS** - Sistema Único de Saúde

**UEPB** - Universidade Estadual da Paraíba

**UPE** - Universidade de Pernambuco



# SUMÁRIO

Objetivos.....	10
Marco Teórico.....	11
Intestino Neurogênico.....	12
Programa de Reeducação Intestinal.....	15
Exame físico de pessoa com Intestino Neurogênico .....	16
Manobras de esvaziamento intestinal .....	20
Orientações complementares de enfermagem .....	28
Dieta.....	29
Orientações sobre Atividade Física.....	30
Diagnósticos e Intervenções de Enfermagem para a pessoa com IN mapeados à luz da Teoria das Necessidades Humanas Básicas de Wanda Horta .....	32
Conclusão .....	36
Referências .....	37

# PROTOCOLO DE REABILITAÇÃO DO INTESTINO NEUROGÊNICO

## OBJETIVOS

### **Objetivo Geral**

Subsidiar a tomada de decisão clínica para a reabilitação intestinal de pessoas com Intestino Neurogênico

### **Objetivos Específicos**

- Conhecer o funcionamento do Intestino Neurogênico
- Identificar a finalidade e as indicações das manobras de esvaziamento intestinal no contexto da reeducação intestinal
- Descrever as etapas das manobras de esvaziamento intestinal

## MARCO TEÓRICO

**CONSIDERANDO** o Parecer COREN-SP CAT nº 032/2010 que dispõe sobre o toque retal ser um procedimento **exclusivo do enfermeiro**, dentro da equipe de enfermagem, e com o consentimento prévio do paciente;

**CONSIDERANDO** o Parecer COREN-SP nº 049/2010 que dispõe sobre a realização do estímulo retal no paciente pediátrico **exclusivamente pelo enfermeiro**, não podendo esta atividade ser delegada a outro membro da equipe de enfermagem;

**CONSIDERANDO** que a assistência de enfermagem pode ser realizada sem intervenções desnecessárias e com condutas pautadas em evidências científicas, apresentamos um **Protocolo de Reabilitação do Intestino Neurogênico** para facilitar as eliminações intestinais destas pessoas.

Segundo a **Resolução COFEN nº 032/2010** a execução do enteroclisma, assim como o enema ou clister em situações específicas como pós-operatório de cirurgias anorretais, fissuras, fístulas, ostomias recentes, casos de pessoas com distúrbios cardiovasculares e/ou renais e com fecaloma é de competência **exclusiva do enfermeiro**



## INTESTINO NEUROGÊNICO

O **Intestino Neurogênico (IN)** é caracterizado pela interrupção de estímulos nervosos do cólon ao sistema nervoso central sobre a necessidade de evacuar, independentemente da presença de fezes no canal retal ou do próprio ato da defecação.

Dentre as principais **causas** estão: Lesão Medular, Acidente Vascular Encefálico, Esclerose Múltipla, Espinha Bífida e Doença de Parkinson

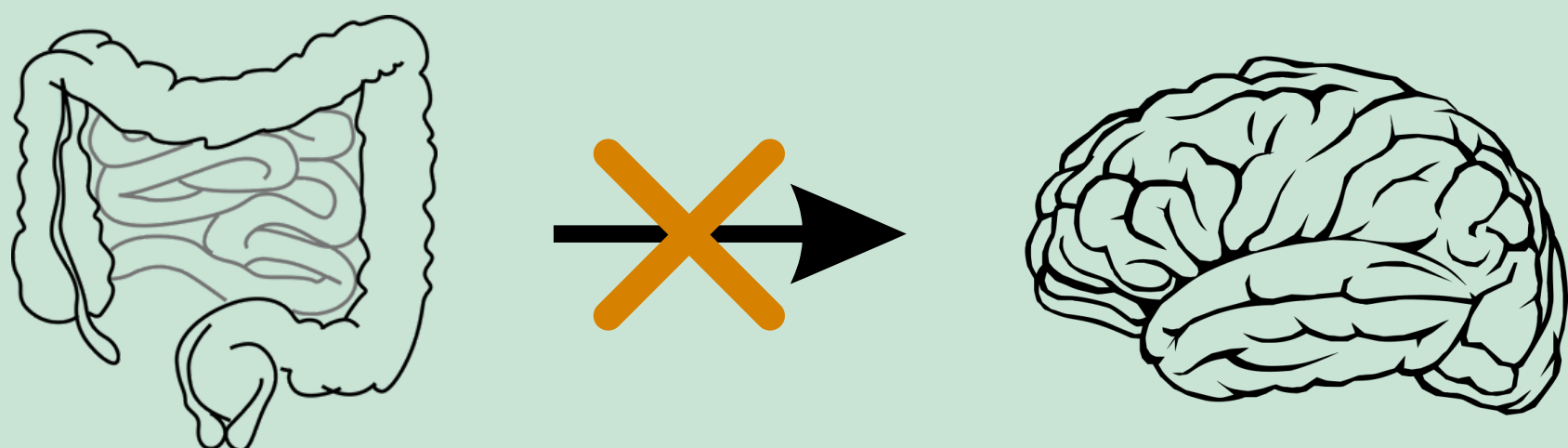
É a principal fonte de morbidade após Lesão Medular

### Sinais e sintomas

Desconforto abdominal, sensação de plenitude, dilatação intestinal e outras modificações podem comprometer o bem-estar físico, biológico e social do indivíduo acometido

### Principais complicações do IN

Mobilização intestinal falha até obstipação e paralização do bolo fecal no intestino afetando diretamente a qualidade de vida e o convívio social



# Intestino Neurogênico e a Teoria das Necessidades Humanas Básicas

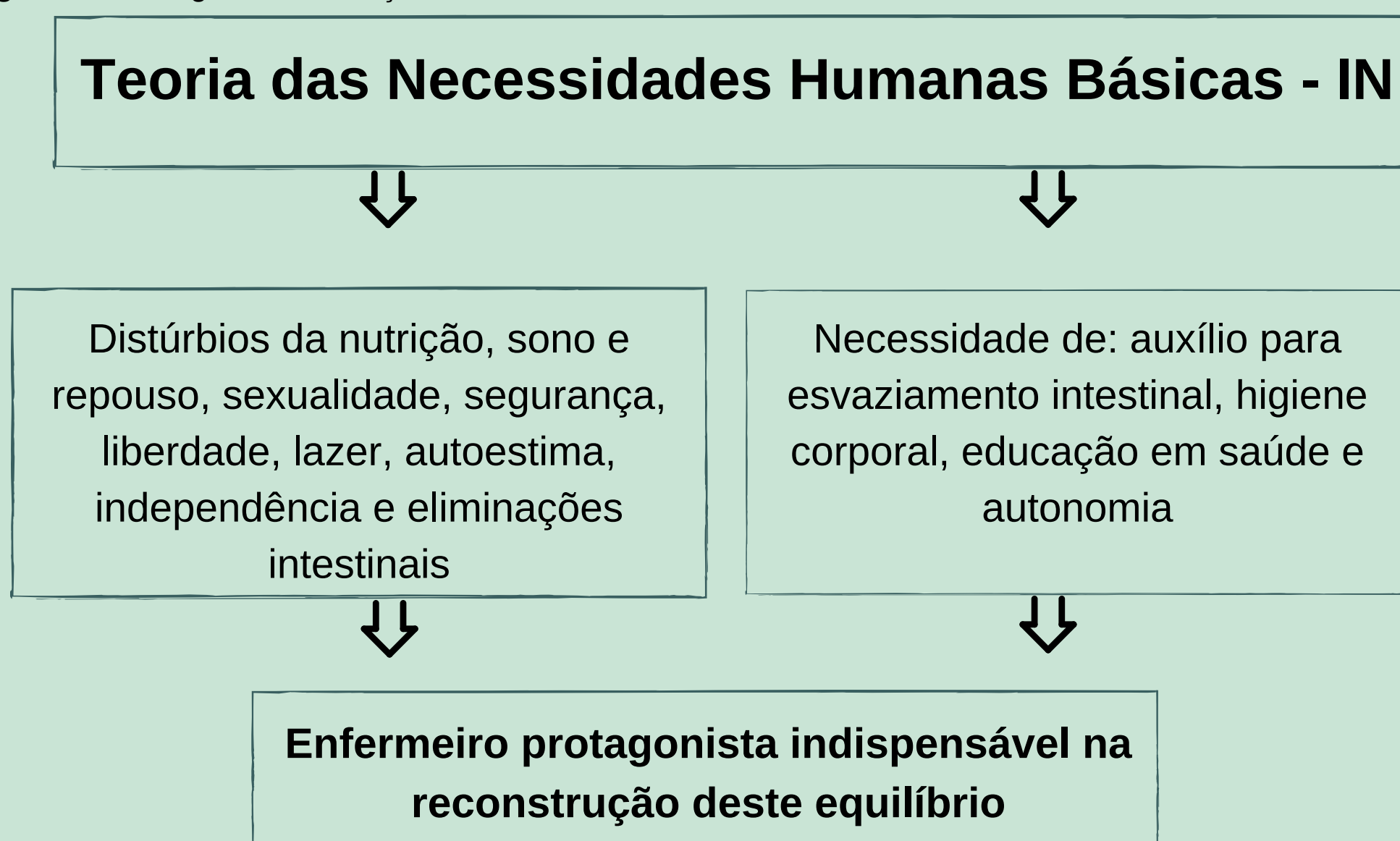


Figura 1 - Wanda Horta (1926 - 1981)  
Fonte: <https://goo.gl/NTRjyQ>

Partindo-se do pressuposto de que as pessoas com IN experimentam dificuldades para o processo de esvaziamento intestinal; desconforto pelo acúmulo de fezes endurecidas; sensações de medo, angústia e vergonha; diminuição da qualidade de vida; que a realização de técnicas de reabilitação intestinal com base em evidências científicas podem prevenir complicações biopsicossociais; e que o enfermeiro enquanto integrante da equipe de saúde pode intervir e proporcionar ações de promoção, prevenção e reabilitação intestinal.

Considerou-se a Teoria das Necessidades Humanas Básicas de Wanda Horta, (Figura 1), como guia para elucidar os cuidados de enfermagem ao indivíduo com IN. A seleção desta teoria foi motivada pela adequação à fase inicial desta condição intestinal, na qual as pessoas comumente dependem diretamente do auxílio de profissionais e familiares para realizar satisfatoriamente suas eliminações intestinais (Figura 2).

Figura 2 - Fluxograma da relação entre a Teoria das Necessidades Humanas Básicas e o Intestino Neurogênico





O IN pode ainda ser classificado em dois tipos: **Intestino Espático (Reflexo)** e **Intestino Flácido (Arreflexo)**.

Ambos estão apresentados na Tabela 1.

**Tabela 1** - Classificação do Intestino Neurogênico, Recife, Pernambuco, Brasil, 2022

<b>Classificação do Intestino Neurogênico</b>	
<b>Intestino Espático (Reflexo)</b>	<b>Intestino Flácido (Arreflexo)</b>
Resulta de lesões consideradas altas - acima de T12	Resulta de lesões abaixo de T12
Peristalse mantida	Peristalse e o controle esfinteriano reduzidos
A medula continua coordenando os reflexos de eliminações fecais, no entanto existe falha do relaxamento esfinteriano	Por vezes, o indivíduo não sente a necessidade de evacuar e as fezes podem sair espontaneamente, ou faz-se necessário a remoção manual das fezes, devido a resposta aos estímulos químicos serem incipientes
Reflexo anal positivo (piscadela anal), visível contração do ânus em resposta a picada de pele ao redor	Sem reflexo anal (piscadela anal)
Reflexo bulbo-anal positivo, contração do ânus em resposta à pressão sobre glande do pênis ou clitóris	Reflexo bulbo-anal ausente

Fonte: Construída e adaptada por Albuquerque, GPM, 2021. Baseado em BARDSLEY, Alison. Approaches to managing chronic constipation in older people within the community setting. British Journal of Community Nursing September 2015 Vol 20, nº 9.

## Programa de Reabilitação Intestinal

O Programa de Reabilitação Intestinal é o planejamento sistematizado elaborado com a finalidade de melhorar o controle da função intestinal após a lesão medular, com o objetivo de colaborar na melhoria da qualidade de vida do paciente, prevenindo ou reduzindo as evacuações imprevistas, eliminando fezes em quantidade satisfatória em intervalos regulares, previsíveis e dentro de um tempo razoável.

Inicialmente, para organizar o plano de cuidados, é necessário realizar a abordagem holística e individualizada do paciente com propostas de conhecer seus hábitos alimentares, fisiológicos e pessoais, sua condição clínica e socioeconômica, além dos seus medos e anseios.

Dentre as medidas utilizadas no programa destacam-se: como dieta adequada para o perfil do paciente, desimpactação fecal, toque retal, prensa abdominal, massagens abdominais, treino do vaso e medicamentos laxativos.

Por se tratar de uma atividade privativa e pessoal é imprescindível que se estabeleça uma relação de cooperação e vínculo entre o paciente, os cuidadores e a equipe de saúde.

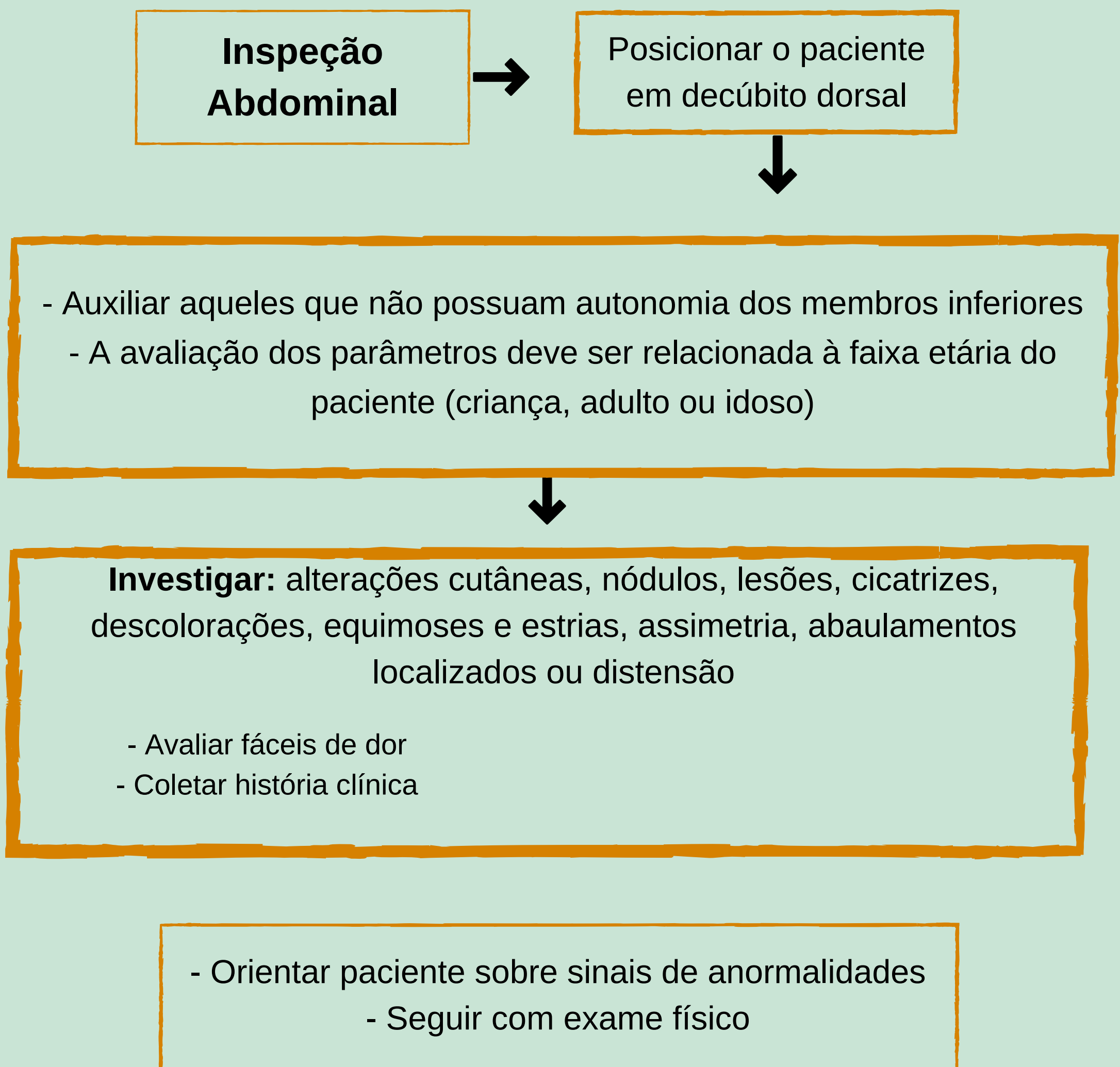
A orientação deve ser constituída de uma programação diária e sistemática, com horários reservados para a realização das manobras de esvaziamento intestinal, uma vez que essa organização contribuirá na reeducação dos reflexos essenciais para a evacuação.

**IMPORTANTE:** Os fluxogramas apresentados ao longo do presente protocolo foram baseados no conjunto de orientações averiguadas na literatura científica entre os anos de 2011 e 2021 apresentadas na sessão de referências.

Inicialmente solicite que o paciente esvazie a bexiga. Em indivíduos com Disfunção Neurogênica do Trato Urinário Inferior (DNTUI), deve-se realizar o cateterismo vesical intermitente limpo.

## Exame Físico na pessoa com Intestino Neurogênico

Figura 3 - Fluxograma do Exame Físico no paciente com Intestino Neurogênico





## Ausculata Abdominal



Identificar timbre, frequência e intensidade dos movimentos hidroaéreos



Ruídos hidroaéreos diminuídos



- Atentar para: íleo paralítico
- Determinar o caráter, localização e frequência
  - Avaliar fáceis de dor
- Coletar história clínica o início das anormalidades
- Solicitar avaliação médica

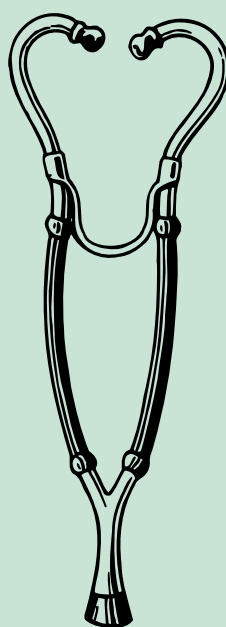
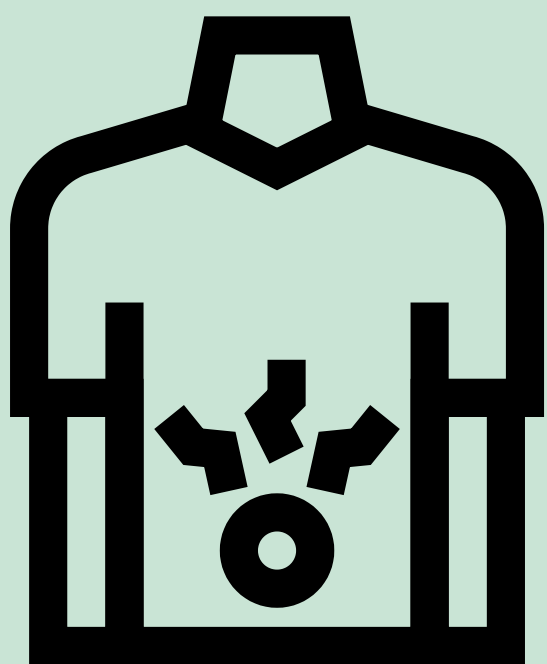
Ruídos hidroaéreos aumentados



- Atentar para: sopros vasculares, diarreias, hemorragias digestivas, suboclusão ou obstrução intestinal
- Determinar o caráter, localização e frequência
  - Avaliar fáceis de dor
- Coletar história clínica o início das anormalidades



- Orientar paciente sobre sinais de anormalidades
- Seguir com exame físico



## Exame Retal



1. Paramentação adequada com Equipamento de Proteção Individual: óculos, luvas, capote, touca, propé e máscara.
2. Posicionar o paciente em posição genitopeitoral e decúbito lateral esquerdo com os quadris e joelhos flexionados
3. Ou em pé com os quadris flexionados e a parte superior do corpo apoiada pela mesa do exame<sup>1</sup>
4. Aproveitar o banho como oportunidade de realizar a inspeção anal

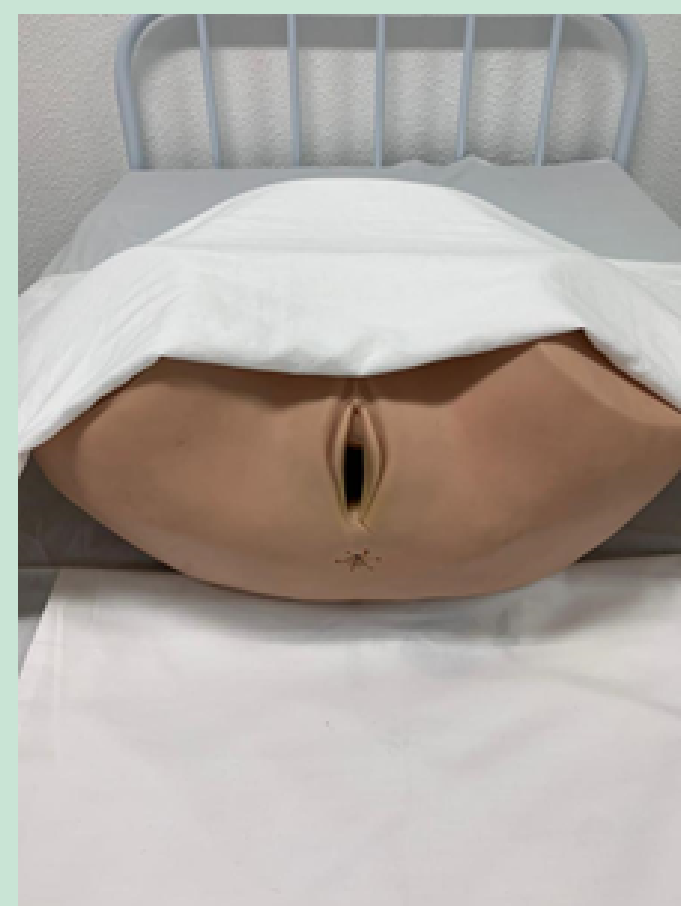
**Utilizar lubrificante hidrossolúvel, lanterna e campos**

## Exame Retal Externo

### Avaliar:

- Sensação externa (iniciar com o estímulo de leve sensação na região anal);
- Tônus;
- Presença de fezes endurecidas e/ou à volta do ânus e/ou nas roupas;
- Integridade da pele: Laceração, Fissura e/ou Hemorroidas;
- Pilificação e Eritema.

**Figura 4** – Exame retal externo



Fonte: Arquivo pessoal

## Exame retal Interno

Incentivar o paciente a realizar respirações profundas e visualizar ambientes agradáveis

Inserir o dedo indicador lubrificado no canal anal e solicitar que o paciente realize contração:

1. Controle da contração anal ou presença de sensibilidade: lesão incompleta
2. Ausência de contração anal e ausência de sensibilidade: lesão completa

**Verificar**



Presença de fezes impactadas na ampola retal  
Presença de nódulos ou irregularidades do anel anal

**Planejar cuidado  
intestinal**

Figura 5 – Exame retal interno



Fonte: Arquivo pessoal

## Manobras de Esvaziamento Intestinal Diário

As manobras de esvaziamento intestinal consistem em um conjunto de técnicas sistematizadas que objetivam o completo esvaziamento intestinal. Devem ser realizadas conforme a tolerância, o tipo de IN e o sucesso da técnica para o esvaziamento intestinal.



Com as manobras realizadas diariamente propõem-se obter fezes formadas, macias, que passem facilmente, com mínima estimulação retal e não acidentalmente entre as rotinas de cuidados com o intestino.

Para facilitar a compreensão das pessoas com IN e de seus cuidadores/familiares, o enfermeiro poderá fornecer **material educativo com imagens de fezes e recordatório intestinal** (Figura 6 e Tabela 1).

Figura 6 – Escala de Bristol

Tipo 1		Pequenas bolinhas duras separadas como coquinhos (difícil de sair)
Tipo 2		Formato de língua escarocada, com pequenas bolinhas grudadas
Tipo 3		Formato de língua com rachaduras na superfície
Tipo 4		Alongada com formato de salsicha ou cobra
Tipo 5		Pedaços macios e separados, com bordas bem definidas (fáceis de sair)
Tipo 6		Massa pastosa e fofo, com bordas irregulares
Tipo 7		Totalmente líquidas, sem pedaços sólidos

Fonte: Construída e adaptada por ALBUQUERQUE, G.P.M, 2021. Baseado em MARTINEZ, A.P; AZEVEDO, G.R. Tradução, adaptação cultural e validação da Bristol Stool Form Scale para a população brasileira. Rev. Latino-Am. Enfermagem. v. 20, n.3, p. [7 telas] maio-jun. 2012.

Na ausência de materiais com a Escala de Bristol impressa, pode-se ofertar papel e caneta para que o paciente desenhe o formato de suas fezes.

É fundamental envolver o paciente e a família no Programa de Reeducação Intestinal.



## FLUXOGRAMA

Deve-se posicionar o paciente no vaso, na cadeira de banho ou na cama (para aqueles com maiores limitações) e realizar as manobras a seguir de maneira sistematizada

Impactação fecal há 4 dias →

**Desimpactação fecal com supositório**

Microenema

**Prensa Abdominal**

Pode ser associado à Manobra de Valsalva

+

**Massagem abdominal**

Respeitar o Reflexo Gastrocólico

+

**Treino de vaso/ cadeira de Banho / cama**

↓

**Toque e remoção das fezes, se necessário**

### IMPORTANTE

Certificar-se de que o paciente está com a bexiga vazia

Realizar lavagem das mãos antes e após o manejo com o paciente

Não é indicada para pacientes com luxação de quadril, pois pode aumentar o quadro algico

Não realizar em paciente com Insuficiência Cardíaca

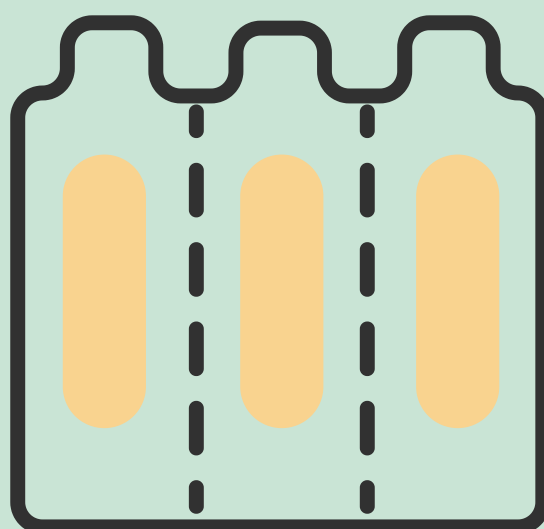
## Descrição das Manobras Sistematizadas

Paciente há mais de quatro dias sem evacuar

### Desimpactação fecal com supositórios

**Objetivo:** remover as fezes do canal retal e sigmoide podendo ser iniciada com o uso de supositórios até a completa eliminação fecal.

1. Primeira linha de escolha: Microenemas
2. Cobrir o supositório com lubrificante solúvel em água, inserir bem próximo à parede do reto e aguardar de 5 a 15 minutos
3. Deve-se introduzir o supositório de glicerina na região lateral do reto para que sua ação seja efetivada e evitar inseri-lo no meio das fezes
4. Observar e registrar característica do conteúdo eliminado e a presença de gases
5. Verificar se o esvaziamento intestinal foi concluído introduzindo o dedo enluvado e lubrificado no reto
6. Se após o uso de dois ou três supositórios não houver desimpactação das fezes, poderá ser realizado Fleet Enema - 250 ml, e persistindo o insucesso, o Clister – 500ml
7. A lavagem intestinal não deve fazer parte do Programa de Reeducação Intestinal, estando seu uso restrito em última instância, devido ao seu potencial agressivo



## Prensa Abdominal

**Objetivo:** associada a massagem, resulta em um “aumento da pressão abdominal” e, portanto, da pressão intrarretal, o que favorece um rápido início da evacuação.

1. Auxiliar o paciente a curvar o tronco para frente, com a cabeça em direção aos joelhos, pressionando a região abdominal
2. Pacientes acamados podem fazer a prensa abdominal flexionando os membros inferiores contra o abdome
3. Associar a técnica de treino do vaso e manobra de Valsalva\*\*\*\*

- Orientar sobre dieta laxante
  - Reforçar hidratação
- Caracterizar as fezes quanto à consistência e à coloração
- Preparar para terapia de manutenção



Figura 7 - Prensa Abdominal

Fonte: Arquivo pessoal



## Massagem abdominal

**Objetivo:** aumentar a motilidade do intestino, as secreções digestivas, o relaxamento dos esfíncteres gastrointestinais, reduz a necessidade de medicação laxante diminuindo a distensão abdominal e flatos.

1. Sentar o paciente no vaso, na cadeira de banho ou posicioná-lo no leito em decúbito dorsal, respeitando o Reflexo Gastrocólico (30 a 45 min após as refeições)
2. Iniciar a manobra com pressão das mãos na região abdominal realizando movimento circular no sentido horário, permeando os cólons ascendente, transverso e descendente
3. A orientação pode ser facilitada ao desenhar um relógio em papel e colocá-lo ao lado da região abdominal
4. Realizar diariamente, durante 5 a 10 minutos
5. Associar o uso de óleos lubrificantes e hidratantes corporais com a mão fechada ou as pontas dos dedos com o intuito de oferecer conforto ao paciente

**Figura 8 -** Massagem Abdominal



Fonte: Arquivo pessoal



## Treino do vaso

**Objetivo:** incentivar o paciente a sentar-se no vaso ou em cadeira no intuito de aumentar a pressão intrarretal

1. Lavar as mãos antes e após o procedimento
2. O paciente deve ser estimulado a sentar-se no vaso sanitário, com os pés devidamente apoiados em suporte adequado à sua altura
3. Realizar sempre em intervalos regulares
4. O paciente pode fazer de 5 a 10 minutos após as principais refeições, aproveitando-se da força da gravidade e do reflexo gastrocólico
5. Pode ser associado à Manobra de Valsalva visando à eliminação e ao condicionamento do hábito intestinal
6. Concomitantemente, mantendo o paciente na posição sentada, encorajá-lo a realizar a massagem e prensa abdominal





## Desimpactação fecal mecânica

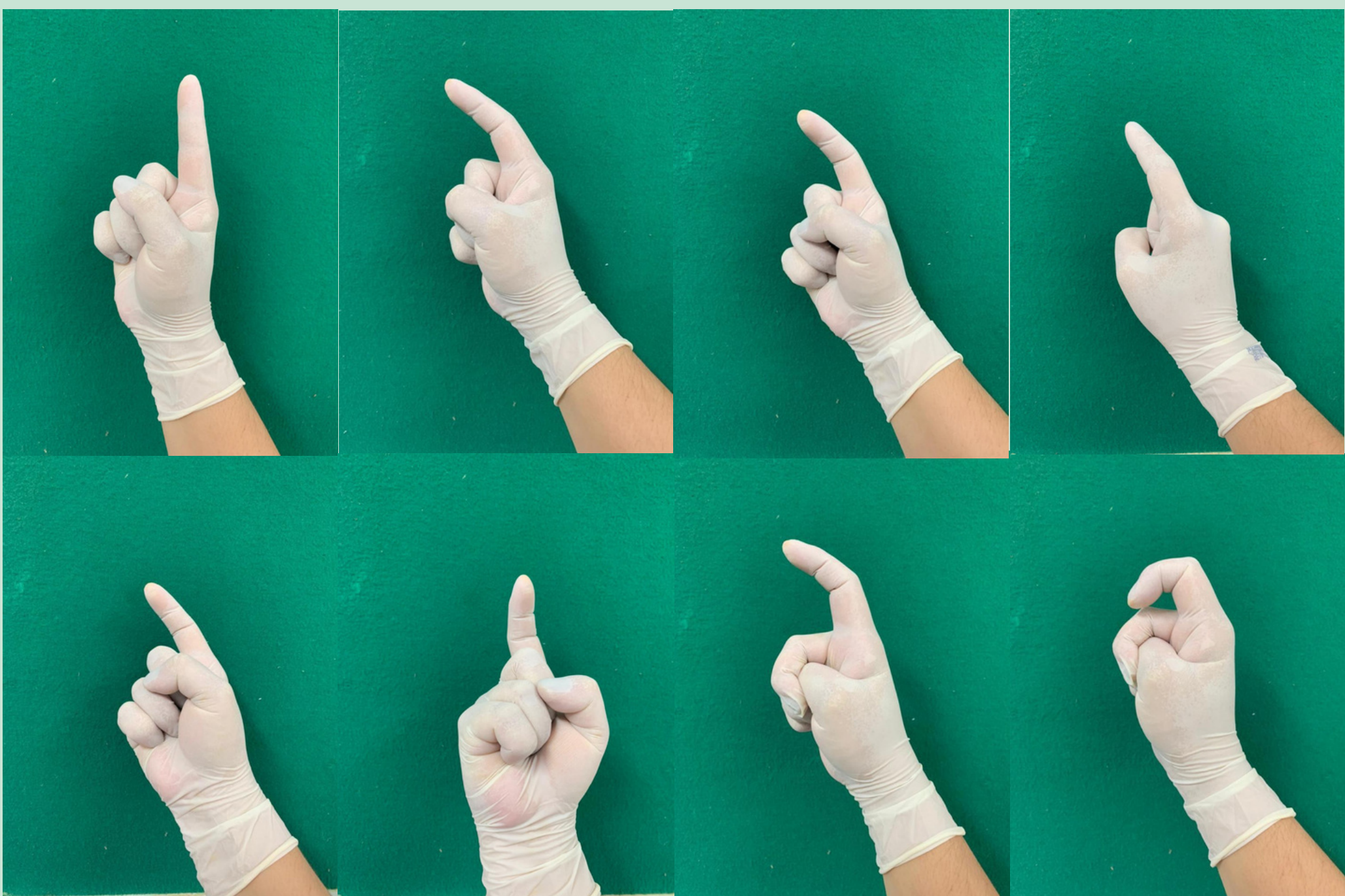


**Objetivo:** provocar reflexo de contração do cólon/reto e relaxamento do esfíncter anal externo

1. Convidar um segundo profissional da equipe de saúde para o local onde será realizado o procedimento, no intuito de evitar possíveis transtornos
2. Utilizando duas luvas em cada mão inserir delicadamente o dedo enluvado e lubrificado no reto de modo a mantê-lo em contato com a parede retal, durante 20-30 segundos
3. Se não houver resultado no intervalo de cinco minutos, pode repetir o processo e ainda com o dedo lubrificado fazer a remoção manual das fezes
4. Fazer um movimento de gancho (dirigir o dedo estimulante para frente, em direção ao umbigo)
5. Evitar introduzir ou rodar o dedo bruscamente para não irritar ou lacerar a parede do reto ou o ânus e desencadear a disreflexia autonômica
6. Após a eliminação intestinal, caracterizar as fezes quanto à consistência e coloração

## Touch anal digit 'for manual stool extraction

Ring Sequence - Anal Digit

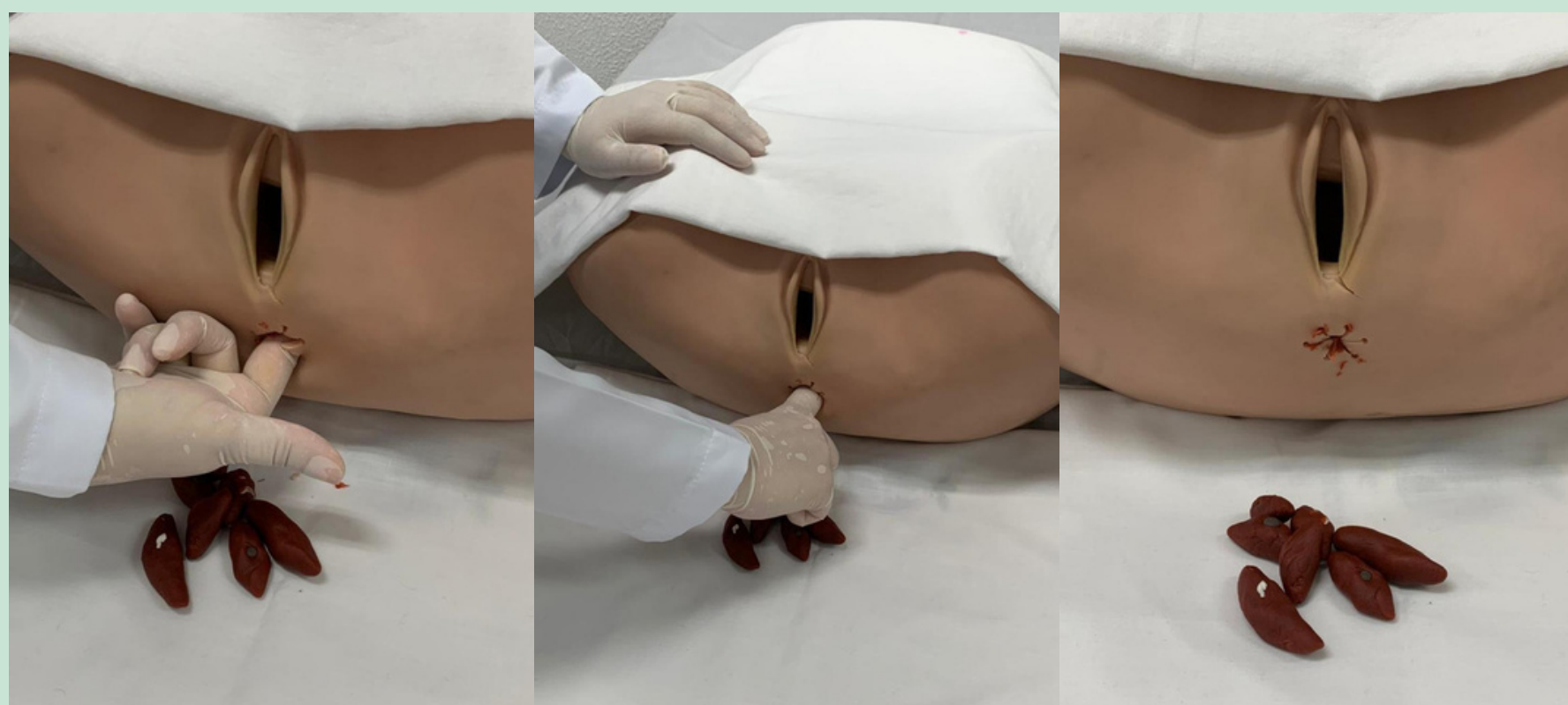


Source: personal archive



## Toque – Dígitos Anal para extração manual das fezes

Figura 10 - Extração Manual das Fezes



Fonte: Arquivo pessoal

### IMPORTANTE

As manobras podem ser realizadas pelo enfermeiro em diversos ambientes, desde o hospitalar até o domiciliar, por isso é importante o suporte educacional voltado para capacitação da pessoa com IN e seus cuidadores, visando uma adesão efetiva e à melhora na qualidade de vida



## Orientações complementares de Enfermagem

1. Ofertar material com orientações e uma tabela para recordatório da função intestinal, para a avaliação padrão de função intestinal por 3-14 dias (Tabela 2)
2. Orientar o paciente sobre a Terapia de Manutenção para esvaziamento intestinal:
  - Manter as manobras sistemáticas de esvaziamento intestinal em sua residência
  - Ir diminuindo gradativamente o uso diário de enemas e supositórios conforme as manobras comecem a surtir efeitos (cerca de 4 a 6 semanas de treinos diários e regulares)
3. Procurar o serviço de saúde em caso de piora do quadro de eliminação

**Tabela 2:** Recordatório da Função Intestinal

Paciente				Prontuário	
Data	Frequência da evacuação	Consistência das fezes	Perdas de fezes na fralda	Treino de Vaso	Observações

Consistência das fezes: L= líquidas, P= pastosas, M= macias, R= ressecadas, C= cíbalos (bolinhas pequenas e médias duras), F= fecalomas (bolas grandes e duras). Fonte: Construída e adaptada por Albuquerque, GPM, 2021. Baseado em FALEIROS, Fabiana; PAULA Elenice D. R. de. Paralisia cerebral tetraplégica e constipação intestinal: avaliação da reeducação intestinal com uso de massagens e dieta laxante.

A Irrigação Transanal (IT) e a Lavagem Intestinal são técnicas que não devem ser realizadas rotineiramente. Diante da necessidade de IT, a prescrição deve ser realizada por profissional médico ou enfermeiro capacitado.

A IT pode desencadear complicações como: intensificar a incontinência fecal, cólica abdominal, vazamento dos fluidos irrigados ocasionando sujidade e desconforto, expulsão do cateter retal, discreto sangramento retal ou anal e perfuração intestinal (apesar de considerada rara).

## ORIENTAÇÃO SOBRE A DIETA

### **Ingesta hídrica**

Adequar a ingesta hídrica para 30ml/kg/dia, desde que tolerável pelo paciente

**Aumentar a ingestão de:** água, sucos, chás e coquetéis de frutas laxantes (ameixa, mamão e aveia)

**Reduzir a ingestão de:** refrigerantes e água de coco

### **Alimentos**

**Aumentar a ingestão de:** abacate, ameixa, manga e mamão (mínimo três ao dia); verduras folhosas – ora-pro-nóbis, couve, alface, rúcula, agrião; legumes (ao menos duas ao dia – almoço/jantar); óleos vegetais - azeite, óleo de soja, milho, canola (colocados crus sobre as principais refeições)

**Alimentos integrais podem ser consumidos desde que aumente paralelamente a ingesta de água**

**Reduzir a ingestão de:** alimentos constipantes: caju, limão, jaboticaba, goiaba, farináceos, gelatina e tubérculos

Fracionar a dieta em 6 refeições diárias – café da manhã, lanche, almoço, lanche, jantar e lanche

Realizar refeições compostas por pelo menos cinco elementos:

1 carboidrato - arroz, batata, mandioca ou macarrão

1 leguminosa – feijão, ervilha ou soja

1 legume – chuchu ou abóbora

1 fruta laxante – abacate, ameixa, manga e mamão

1 óleo vegetal – azeite de oliva, rícino, soja

Suspender medicações laxantes – oral ou retal

Orientar dieta sem lactose ou em caso de necessidade ingerir o alimento junto com a enzima lactase

Orientar dieta sem glúten

Solicitar avaliação médica e nutricional, se necessário

## IMPORTANTE

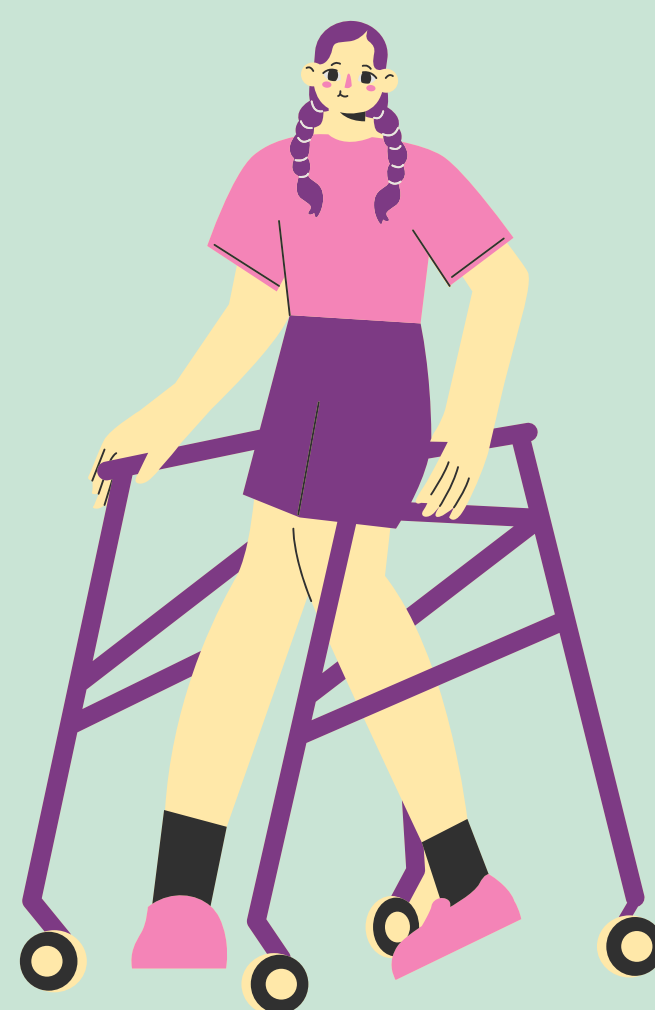
1. Priorizar a inserção dos alimentos laxantes na dieta conforme as preferências, disponibilidade e condições econômicas do paciente e familiares
2. Oferecer material didático contendo informações sobre as dietas laxantes e constipantes
3. Atentar para a presença de disfagia no paciente. Diante deste evento, pode-se orientar dieta pastosa, com alimentos sólidos liquidificados
4. Solicitar avaliação da equipe interdisciplinar sempre que necessário





## Orientações sobre atividade física

- A atividade física regular pode contribuir para o bom funcionamento do intestino
- Exercícios aeróbicos aumentam a propulsão das fezes e reduzem as chances do câncer no intestino
- A melhora da capacidade funcional é um preditor de melhora na frequência do hábito intestinal



## Diagnósticos e Intervenções de Enfermagem para a pessoa com IN mapeados à luz da Teoria das Necessidades Humanas Básicas de Wanda Horta

**Tabela 3** - Diagnósticos de Enfermagem (DE) mapeados à luz das Necessidades Psicobiológicas, Recife, Pernambuco, Brasil, 2021

DE	Características definidoras	Fatores relacionados	Intervenções
<b>Constipação</b>	Fezes duras e formadas	Lesão neurológica	Orientar a pessoa com IN/ família sobre o aumento da ingestão hídrica
	Redução na frequência e volume das fezes	Fraqueza dos músculos abdominais	Monitorar o aparecimento de sinais e sintomas de constipação
	Ruídos intestinais hipoativos	Motilidade gastrintestinal diminuída	Monitorar os movimentos intestinais, incluindo frequência, consistência, formato, volume e cor das fezes, conforme apropriado
		Intestino Neurogênico	Capacitar a pessoa com IN e seus familiares/ acompanhantes para o programa de reabilitação intestinal
			Instruir um horário para o uso do vaso sanitário
			Orientar a pessoa com IN/ família sobre dieta com elevado teor de fibras, conforme apropriado
			Utilizar uma abordagem multidisciplinar
<b>Risco de Infecção</b>		Alteração nos Sinais Vitais	Identificar possíveis causas de mudanças nos sinais vitais
		Constipação	Monitorar a pressão sanguínea, pulso, temperatura e padrão respiratório, conforme apropriado
			Oferecer hidratação
			Oferecer dieta laxante



DE	Características definidoras	Fatores relacionados	Intervenções
<b>Dor</b>	Autorrelato de intensidade usando escala padronizada de dor	Lesão neurológica	Avaliar local, características início/duração, frequência, qualidade, intensidade, gravidade e fatores precipitadores da dor
		Motilidade gastrointestinal diminuída	Administrar analgésicos prescritos  Determinar o impacto da experiência da dor na qualidade de vida  Investigar fatores que aliviam/ pioram a dor  Reduzir ou eliminar fatores que precipitam ou aumentam a experiência de dor  Encorajar a pessoa com IN a monitorar a própria dor e a intervir de forma adequada  Encorajar a pessoa com IN a usar medicamento adequado para a dor  Avaliar a eficácia das medidas de controle da dor por meio de avaliação contínua
<b>Risco de Integridade da Pele Prejudicada</b>		Hemorroida	Examinar a pele e as mucosas quanto à vermelhidão, calor exagerado, edema e drenagem  Documentar mudanças na pele e nas mucosas  Monitorar a pele quanto a ressecamento e umidade excessivos  Monitorar o aparecimento de fontes de pressão e atrito

## **Risco de disreflexia autonômica**

<b>DE</b>	<b>Características definidoras</b>	<b>Fatores relacionados</b>	<b>Intervenções</b>
		Constipação	Identificar e minimizar os estímulos capazes de precipitar disreflexia
		Hemorroida	
		Espasmo de bexiga	Orientar o paciente e a família sobre causa, sintomas, tratamento e prevenção da disreflexia
		Distensão da bexiga	Investigar e remover a causa desencadeante da lesão
			Oferecer dieta laxante
			Monitorar a ocorrência de sinais e sintomas de disreflexia autonômica

## **Déficit no autocuidado para alimentação**

Capacidade prejudicada de realizar a higiene íntima

Prejuízo neuromuscular

Proporcionar dispositivos de adaptação para facilitar que o paciente se alimente sozinho, se necessário

Encorajar o paciente a comer na sala de refeições, se possível

Oferecer assistência física, se necessário

DE	Características definidoras	Fatores relacionados	Intervenções
<b>Incontinência Intestinal</b>	Diminuição ou ausência do desejo de evacuar	Prejuízo neuromuscular	Monitorar os movimentos intestinais, inclusive a frequência, a consistência, a forma, o volume e a cor das fezes, se apropriado
	Perda involuntária de fezes amolecidas ou sólidas		<p>Educação dos familiares e cuidadores</p> <p>Encorajar a prática de atividades físicas, quando permitidas</p> <p>Orientar sobre a necessidade de instalar uma porta larga no banheiro</p> <p>Registrar problemas intestinais preexistentes e o uso de laxantes</p>
<b>Déficit no autocuidado para higiene íntima</b>	Capacidade prejudicada de levar alimentos à boca	Prejuízo neuromuscular	Determinar quantidade e tipo de assistência necessários
			<p>Facilitar a higiene íntima ao final da eliminação</p> <p>Oferecer assistência até que a pessoa com IN fique totalmente capaz de assumir o autocuidado</p>

## Quer aprofundar mais sobre a temática de Reabilitação do IN?



### Dica de vídeo

<https://demaisinformacao.com.br/video-para-aprender-as-manobras-de-esvaziamento-intestinal/>



### Dica de *site*

Acesse o Portal D+ Informações e fique por dentro de notícias, grupos de pesquisa e estudos na temática.

<https://demaisinformacao.com.br/>

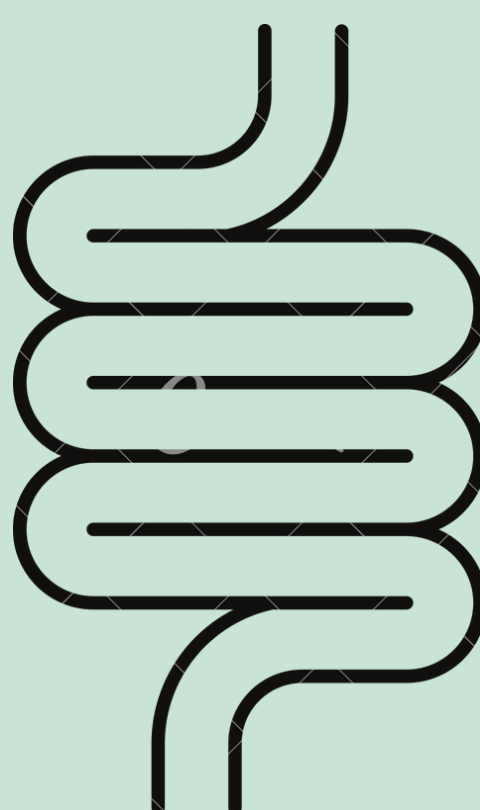
## CONCLUSÃO

A avaliação do enfermeiro e o conjunto de medidas adotadas pela equipe interdisciplinar irão favorecer a implementação de um cronograma intestinal sistematizado e orientado por evidências científicas.

O planejamento de cuidados intestinais elaborado juntamente com os pacientes e cuidadores resultará na inserção do Programa de Reeducação Intestinal de maneira individual contando com técnicas de adequação na dieta, atividade física e manobras de esvaziamento intestinal.

Orientados pela Teoria das Necessidades Humanas Básicas, os enfermeiros serão capazes de identificar os Diagnósticos de Enfermagem, traçar as Intervenções e avaliar se o Programa de Reeducação Intestinal estará apresentando bons resultados na frequência de eliminação, consistência das fezes, adesão ao programa, satisfação e melhora na qualidade de vida dos pacientes.

Salienta-se que o presente Protocolo poderá ser utilizado pelo enfermeiro no atendimento aos pacientes nos mais diversos ambientes, desde o domiciliar ao hospitalar. Enfatiza-se, por fim, que as manobras apresentadas neste Protocolo, quanto mais precocemente forem implementadas, maiores serão as chances de sucesso.





## REFERÊNCIAS

ALENCAR, D; ANDRADE, E; RABEH, S; ARAÚJO, T. Efetividade da educação a distância no conhecimento de enfermeiros sobre estomias intestinais de eliminação. **Rev Gaucha Enferm.** Porto Alegre, v. 39, 2018. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rngenf/a/FtxntjDNJRWfmPyHYn44B3s/?lang=pt>. Acesso em: 12 de mai. de 2021.

ANDRADE, L.T; FAVORETTO, N. B; SOUZA, D. R. P; GIMENES, F. R.E; FALEIROS, F. Diagnósticos, resultados e intervenções de enfermagem para indivíduos com lesão medular. In: **PRONANDA: Programa de Atualização em Diagnósticos de Enfermagem, ciclo 6**[S.l: s.n.], 2018.

BARDSLEY, A. Approaches to managing chronic constipation in older people with in the community setting. **JCN.** Inglaterra, v. 20, n. 9, p. 444-450, set. 2015. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/26322992/>. Acesso em: 14 de jul. de 2021.

CAMPOY, L.T; RABEH, S.A.N; FALEIROS, F; NOGUEIRA, P.C; TERÇA RIO L, C.A.S. Reabilitação intestinal de indivíduos com lesão medular: produção de vídeo. **Rev Bras Enferm.** Brasília, v. 71, n. 5, p. 2518-25, 2018. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/reben/a/C6nH7PfFYnTrBXvw6R9qhNm/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 17 de jul. de 2021.

CLARES, J; FERNANDES, B; GUEDES, M; FREITAS, M. Terminologia especializada de enfermagem para o cuidado à pessoa com lesão medular. **Rev Esc Enferm USP.** São Paulo, v. 53, p. 1-6, 2019. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/reeusp/a/n7mDp8XNRc69W5ZSLJkhxhH/?lang=pt>. Acesso em 21 de mai. de 2021.

COGGRAVE, M; NORTON, C; CODY, J.D. Manejo da incontinência fecal e constipação em adultos com doenças neurológicas centrais. **Cochrane Data base of Syst. Rev.**, n. 1, 2014. Disponível em: [https://www.cochrane.org/pt/CD002115/INCONT\\_manejo-da-incontinencia-fecal-e-da-constipacao-intestinal-em-adultos-com-doencas-do-sistema-nervoso](https://www.cochrane.org/pt/CD002115/INCONT_manejo-da-incontinencia-fecal-e-da-constipacao-intestinal-em-adultos-com-doencas-do-sistema-nervoso). Acesso em: 22 de mai. de 2021.

ESPEJO, A; VILLÉN, R. Revisión narrativa sobre estrategias de control intestinal en pacientes lesionados medulares. **Rev Mex Med Fis Rehab.** México, v. 31, n. 3-4, p. 51-59, mai. 2020. Disponível em: [https://www.medigraphic.com/pdfs/fisica/mf-2019/mf193\\_4e.pdf](https://www.medigraphic.com/pdfs/fisica/mf-2019/mf193_4e.pdf). Acesso em: 23 de jul. de 2021.

FALEIROS, F; CAMPOY, L. T; RABEH, S. A. N; FAVORETTO, N. B. Assistência de enfermagem para o manejo da eliminação intestinal. IN: BRAGA, F. T. M. M; FONSECA, L. M. M; FERREIRA, M.V.F; XELEGATI, R, GODOY, S; ROSSI, L. A; et. al. Aprender para cuidar em enfermagem: situações específicas de aprendizagem. Ribeirão Preto - SP: EERP/USP, 2019. p. 83-91.

FALEIROS, F; PAULA, E, D, R. Paralisia cerebral tetraplégica e constipação intestinal: avaliação da reeducação intestinal com uso de massagens e dieta laxante. **Rev Esc Enferm USP.** São Paulo, v. 47, n. 4, p. 836-842, fev. 2013. Disponível em: <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/lil-695301>. Acesso em: 25 de jun. de 2021.

FALEIROS, F; SANTOS, L. M; BIMBATTI, K; KÄPPLER, C. Bowel Emptying Methods Used by German Residents Living With Spina Bifida. **J Wound Ostomy Continence Nurs.** St. Louis, v. 48, n. 2, p. 149-152, 2021. Available from: [https://journals.lww.com/jwocnonline/Abstract/2021/03000/Bowel\\_Emptying\\_Methods\\_Used\\_by\\_German\\_Residents.8.aspx](https://journals.lww.com/jwocnonline/Abstract/2021/03000/Bowel_Emptying_Methods_Used_by_German_Residents.8.aspx). Acesso em: 27 de jul. de 2021.

FALEIROS, F; SILVA, J; CORDEIRO, A; THOLL, A; FUMINCELLI, L; TATE, D. Qualidade de vida e lesão medular traumática: um estudo com uso de data sets internacionais. **Rev Eletr Enferm.** Goiás, v. 22, n. 56256, p. 1-6, set. 2020. Disponível em: <https://revistas.ufg.br/fen/article/view/56256/35525>. Acesso em: 22 de jul. de 2021.

FREITAS, G; FALEIROS, F; FAVORETTO, N; LOPES, F; MANZO, B; DUARTE, E. O cotidiano do cuidado no domicílio: a realidade de crianças e adolescentes com mielomeningocele. **Rev. Ciênc. Méd. Biol. (Impr.)**, Salvador, v. 19, n. 2, p. 318-24, 2020. Disponível em: <https://periodicos.ufba.br/index.php/cmbio/article/view/33625/23200>. Acesso em: 29 de jun. de 2021.

FREITAS, G; SENA, R; SILVA, J; FALEIROS, F. Reabilitação de crianças e adolescentes com mielomeningocele: o cotidiano de mães cuidadoras. **Rev Gaucha Enferm.** Porto Alegre, v. 37, n. 4, p. 1-8, dez. 2016. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rngenf/a/6nqV3hJTXKsscFyHm7Rqz7n/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 01 de ago. de 2021.

GOLDSTINE, J; KNOX, K; BEEKMAN, J; COBUSSEN-BOEKHORST, H; CONTI, A; GRAY, M. A Patient-Centric Tool to Facilitate Goal Attainment Scaling in Neurogenic Bladder and Bowel Dysfunction: Path to Individualization. *Value Heal.* v. 24, n. 3, p 413-420, 2021. Available from: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1098301520345046>. Acesso em: 04 de ago. de 2021.

HERDMAN, T. Heather; KAMITSURU, Shigemi; TAKÁO Camila. Diagnósticos de enfermagem da NANDA - 1: Definições e Classificações 2021-2023. 12. ed. Brasil: Artmed, 2021.

LI, Q; SHEN, Y.L; JIANG, Y.L; LI, D. S; SONG JIN. The effect of the therapy of “combination 3 methods progression” in patients with neurogenic bowel dysfunction (constipated type). *Medicine Open.* v. 100, jan. 2021. Available from: [https://journals.lww.com/md-journal/Fulltext/2021/02190/The\\_effect\\_of\\_the\\_therapy\\_of\\_\\_combination\\_3.42.aspx](https://journals.lww.com/md-journal/Fulltext/2021/02190/The_effect_of_the_therapy_of__combination_3.42.aspx). Acesso em: 10 de ago. de 2021.

MARTINEZ, AP; AZEVEDO, G.R. Tradução, adaptação cultural e validação da Bristol Stool Form Scale para a população brasileira. *Rev. Latino-Am. Enfermagem.* v. 20, n. 3, [7 telas]. Disponível em: <https://www.revistas.usp.br/rlae/article/view/48582/52549> Acesso em: 21 jun 2021.

MIRANDA, F; HENRIQUES, S; ABRAHÃO, C; GONÇALVES, N; TANNURE, M. Diagnoses and nursing interventions identified in patients with spinal cord injury: literature systematic review. *Rev enferm UFPE on line*, v. 4, n. 3, p. 1101-9, maio, 2010. Available from: <https://periodicos.ufpe.br/revistas/revistaenfermagem/article/view/6265>. Acesso em: 15 de ago. de 2021.

NIELSEN, S.D; FAABORG, P.M; FINNERUP, N.B; CHRISTENSEN, P; KROGH, K. Ageing with neurogenic bowel dysfunction. *Spinal Cord.* England, v.55, n. 8, p. 769-773, aug. 2017. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/28290468/>. Acesso em: 18 de jul. de 2021.

OZISLER, Z; KOKLU, K; OZEL, S; UNSAL-DELIALIOGLU. Outcomes of bowel program in spinal cord injury patients with neurogenic bowel dysfunction. *Neural Regen Res.* v. 10, n. 7, p. 1153-1158, jul. 2015. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4541250/>. Acesso em: 17 de ago. de 2021.

RODRIGUES, B. D. S; BUZATTI, K. C. L. R; QUINTÃO, N. P. D; OLIVEIRA, G. M; PINHEIRO, M. M; RODRIGUES, F. P; et al. Standardization of the technique to perform the transanal therapeutic irrigation. *J coloproctol.* Rio de Janeiro, v. 38, n. 4, p. 351–355, 2018. Available from: <https://www.scielo.br/j/jcol/a/4NZC9Pr5yt66pVz68qDtBKS/?lang=en&format=pdf>. Acesso em 18 de ago. de 2021.

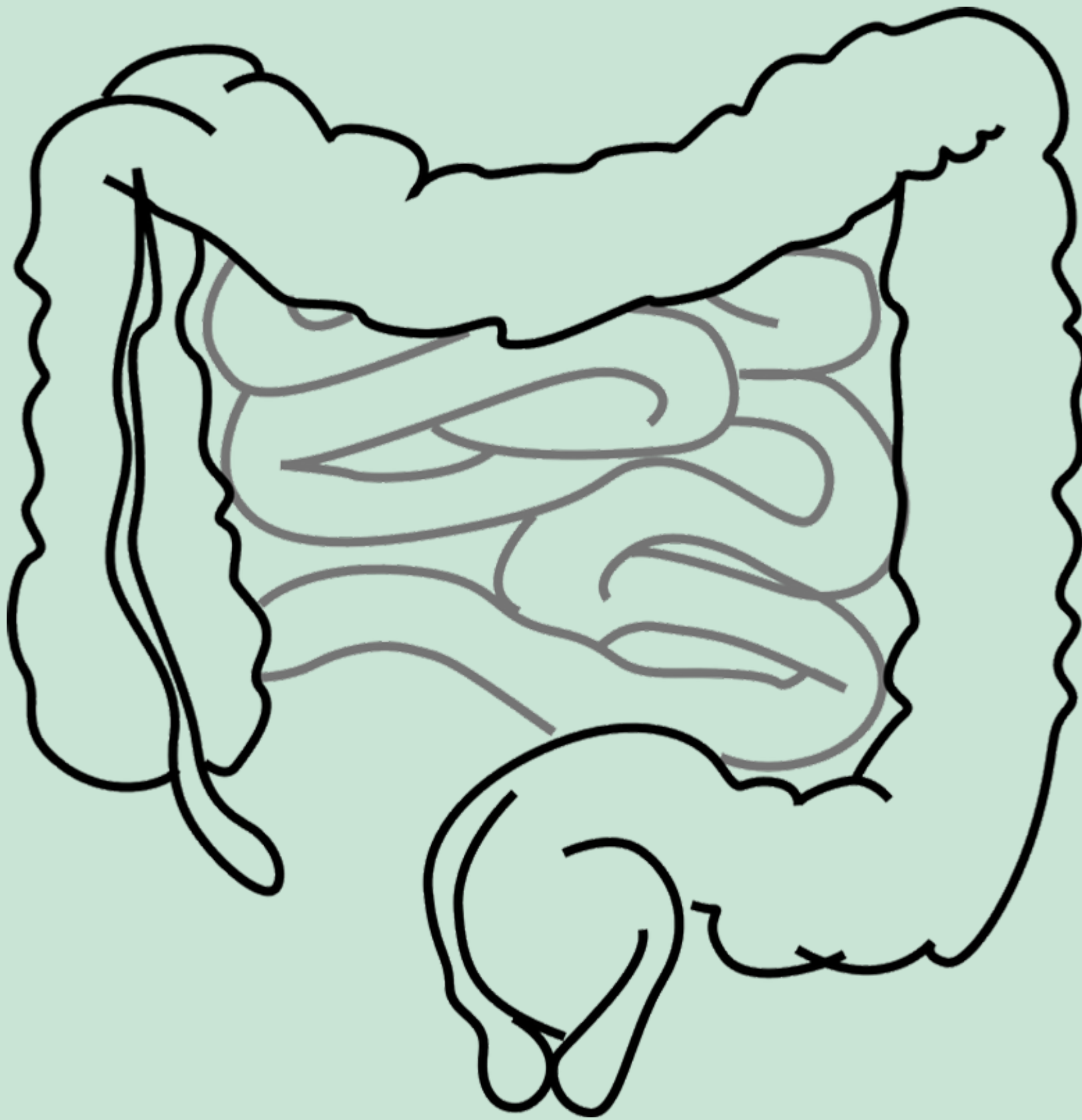
SANTOS, A. C.L; LEITE, N. L; GOMES, E. T; CAVALVANTI, A. T. A; VIEIRA, J.C. M. Elaboração de um protocolo hospitalar para cuidados de enfermagem aos pacientes com estomas intestinais. *Rev Enferm UFPI.* Piauí, v. 8, n. 4, p. 34-40, out/dez. 2019. Disponível em: <https://ojs.ufpi.br/index.php/reufpi/article/view/9562>. Acesso em: 20 de ago. de 2021.

YIN, Q; WANG, C; YU, J; ZHANG, Q. Quantitative assessment-based nursing intervention improves bowel function in patients with neurogenic bowel dysfunction after spinal cord injury. *Medicine (Baltimore).* United States, v. 99, n. 51, p. 1-3, dez. 2020. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/33371066/>. Acesso em: 20 de jul. de 2021.



Cuidando da

# SAÚDE INTESTINAL



FACULDADE DE ENFERMAGEM NOSSA SENHORA DAS GRAÇAS / UNIVERSIDADE DE  
PERNAMBUCO - FENSG/ UPE  
DEPARTAMENTO DE ENFERMAGEM / UNIVERSIDADE ESTADUAL DA PARÁIBA - UEPB  
ESCOLA DE ENFERMAGEM DE RIBEIRÃO PRETO / UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO - EERP/ USP