Fazer das tripas, coração!

Intestino Neurogénico na Lesão Medular

Uma abordagem multidisciplinar centrada na pessoa

EQUIPA MULTIDISCIPLINAR
Unidade de Reabilitação de Lesões Medulares
Centro de Reabilitação do Norte
Unidade Local de Saúde Gaia e Espinho

Versão Pdf

FICHA TÉCNICA

Título • Intestino Neurogénico na Lesão Medular

Subtítulo • Uma abordagem multidisciplinar centrada na pessoa
Coordenação científica • Maria Ribeiro da Cunha
Instituição • Unidade de Reabilitação de Lesões Medulares, Centro de Reabilitação do Norte, Unidade Local de Saúde Gaia e Espinho
Ano de edição • 2026
Direitos de autor • © Centro de Reabilitação do Norte, 2026
Todos os direitos reservados. Nenhuma parte desta publicação pode ser reproduzida sem autorização prévia, por qualquer meio, eletrónico ou mecânico, incluindo fotocópia e gravação.

Este livro destina-se prioritariamente a pessoas com lesão medular e respetivas famílias, incluindo, no final de cada capítulo, orientações complementares para profissionais de saúde. É um recurso educativo, não substitui avaliação clínica pela equipa que acompanha a pessoa com lesão medular. As orientações devem ser sempre individualizadas, tendo em conta determinantes como o nível neurológico da lesão, o tipo de intestino neurogénico, função vesical, mobilidade, medicação, risco de disreflexia autonómica, estado cutâneo, contexto sociofamiliar e preferências do doente.

INTRODUÇÃO

O intestino neurogénico é uma das consequências mais frequentes e condicionantes da lesão medular. Pode interferir com o conforto físico, a autonomia, a vida social, o trabalho, a intimidade, a autoestima e a confiança para sair de casa. Para muitas pessoas, o tempo utilizado na gestão do intestino, o receio de perdas intestinais e a necessidade de depender de terceiros para a eliminação intestinal pesam tanto ou mais do que outras limitações funcionais decorrentes da lesão.

Gerir o intestino neurogénico não significa apenas escolher um laxante ou fazer uma técnica. Significa construir, em equipa, uma rotina previsível, segura e compatível com a vida real. Significa também reconhecer que a gestão do intestino é condicionada por múltiplos fatores como a fisiologia, alimentação, mobilidade, contexto emocional, destreza manual, adaptações ambientais, deglutição e acesso a recursos sociais.
Tal como na edição do projeto anterior sobre "Reabilitação Sexual na Lesão Medular", este livro está organizado por áreas profissionais. O objetivo é mostrar ao doente e à família que a reabilitação intestinal não é tarefa de uma só pessoa: é um processo multidisciplinar, com contributos complementares.

Como usar os termos neste livro
Para garantir uma linguagem consistente, este livro utiliza os seguintes conceitos:
- **Programa intestinal:** plano individualizado que combina horário, alimentação, hidratação, medicação, técnicas de esvaziamento, posicionamento e recursos necessários para obter evacuação previsível e continência entre sessões.
- **Rotina ou sessão de cuidados intestinais:** execução prática do programa num determinado dia.
- **Treino intestinal:** processo de ensino e aprendizagem através do qual a pessoa e/ou cuidador adquire competência para executar, orientar e ajustar o programa dentro dos limites definidos pela equipa.

Princípios comuns do programa intestinal
Independentemente da área profissional envolvida, um programa intestinal seguro deve:
- Partir dos objetivos, preferências e contexto de vida da pessoa;
- Identificar o problema predominante e excluir impactação, obstrução, hemorragia, infeção ou disreflexia autonómica;
- Procurar fezes com consistência adequada e um esvaziamento suficientemente completo;
- Articular horário, refeições, hidratação, medicação, posicionamento e técnica;
- Ser treinado num contexto tão próximo quanto possível do domicílio;
- Incluir um plano de resgate, critérios de alarme e contactos de seguimento;
- Ser reavaliado sempre que aumentar o tempo da rotina, surgirem perdas, dor, distensão ou novas barreiras funcionais, emocionais ou sociais.

ÍNDICE

01 Médicos - Compreender, avaliar e tratar o intestino neurogénico 03

02 Nutrição - Gestão nutricional do intestino neurogénico . . 11

03 Enfermagem - Cuidar do intestino neurogénico com qualidade, segurança e autonomia progressiva 19

04 Psicologia - O impacto emocional e comportamental do intestino neurogénico 28

05 Fisioterapia - Do problema funcional à intervenção da reabilitação 34

06 Terapia Ocupacional - Estratégias, produtos de apoio e adaptação ambiental 40

07 Terapia da Fala - Disfagia, alimentação e articulação com o programa intestinal 48

08 Serviço Social - Recursos, direitos e continuidade de cuidados 52

09 Conclusão 59

10 Ferramentas práticas 62

11 Referências bibliográficas 66

01

Médicos

Compreender, avaliar e tratar o intestino neurogénico

Compreender, avaliar e tratar o intestino neurogénico

O intestino neurogénico corresponde à disfunção intestinal e anorretal resultante de lesão do sistema nervoso. Na lesão medular, podem coexistir aumento do tempo de trânsito intestinal, redução da sensibilidade anorretal, perda do controlo voluntário do esfíncter externo, alterações da coordenação evacuatória e maior vulnerabilidade a obstipação, perdas fecais, dor abdominal, flatulência e esvaziamento incompleto.
Embora muitas pessoas só procurem ajuda quando os sintomas se tornam incapacitantes, a avaliação deve ser precoce. A disfunção intestinal afeta a qualidade de vida, a autonomia, a reintegração social, o risco de infeções urinárias, o tempo necessário para os autocuidados e, em lesões acima de T6, pode desencadear episódios de disreflexia autonómica.

A literatura descreve dois padrões clínicos principais

Padrão	Características típicas	Estratégia-base
Intestino refléxico / “espástico”	Associado habitualmente a lesões acima do cone medular. Pode existir hipertonia do esfíncter anal externo, retenção fecal, obstipação, dissinergia anorretal e perdas por transbordamento. Os reflexos sagrados podem estar preservados.	Aproveitar a resposta reflexa: horário regular, utilização do reflexo gastrocólico, estímulo retal (químico ou digital) quando indicado e verificação do esvaziamento da ampola retal.
Intestino arrefléxico / “flácido”	Associado a lesões do cone medular ou cauda equina. Pode haver trânsito muito lento, fezes secas, hipotonia esfincteriana, incontinência fecal e dificuldade de esvaziamento completo.	Promover esvaziamento completo com rotina mais frequente, remoção digital quando necessária e estratégias para obter fezes mais moldadas e reduzir pequenas perdas entre sessões.

Síndrome 1º Neurónio
(lesão supra-conal)
Intestino Refléxico

Hiperreflexia intestinal
Defecação reflexa - **TI > 72h** → **perdas overflow, obstipação**

Pressão EAI repouso > 30 mmHg, ↑ tónus parede intestinal e anal - **N ou ↓ compliance retal (e cólon sigmóide)**

Hipertonia EAE
Dissinergia anorretal → **retenção fecal**

Perceção sensorial da defecação comprometida
Sensibilidade perianal alterada

ESTRATÉGIA Resposta reflexa aos estímulos anorretais preservados → **introdução de estímulo no reto (mecânico ou químico)**

Síndrome 2º Neurónio
(lesão do cone ou cauda)
Intestino Arrefléxico

Peristalse segmentar SNE - **TI > 6 dias, fezes secas e arredondadas** → **obstipação, soiling**

Pressão EAI repouso reduzida - **↑ compliance retal**

Hipotonia / Atonia EAE e PR → **incontinência fecal**

Perceção sensorial da defecação comprometida
Sensibilidade perianal alterada

ESTRATÉGIA Reflexo de dejeção ausente → **evacuação manual e manobras de facilitação**

Avaliação clínica

A anamnese deve incluir a função intestinal antes da lesão, frequência e consistência das fezes, tempo gasto no treino intestinal, episódios de incontinência, dor ou distensão, sintomas de impactação, ingestão alimentar e hídrica, função vesical, medicação com efeito gastrointestinal, mobilidade e capacidade para participar na técnica. A Escala de Bristol e o NBD Score ajudam a tornar a avaliação mais objetiva.

O exame objetivo deve integrar exame abdominal, avaliação neurológica, inspeção anorretal e toque retal quando indicado, incluindo tónus, sensibilidade e presença de fezes na ampola. Exames complementares podem ser úteis em situações selecionadas, por exemplo: radiografia abdominal, estudo de trânsito, manometria anorretal, endoscopia, EMG do

pavimento pélvico ou defecografia.
Perante obstipação, importa distinguir se predominam fezes excessivamente duras, trânsito colónico lento, esvaziamento retal incompleto, dissinergia anorretal ou impactação. Esta distinção orienta a escolha entre ajuste de fibra e líquidos, laxantes orais, agentes retais, técnicas de esvaziamento, biofeedback ou mudança de terapêutica.

Objetivos do tratamento

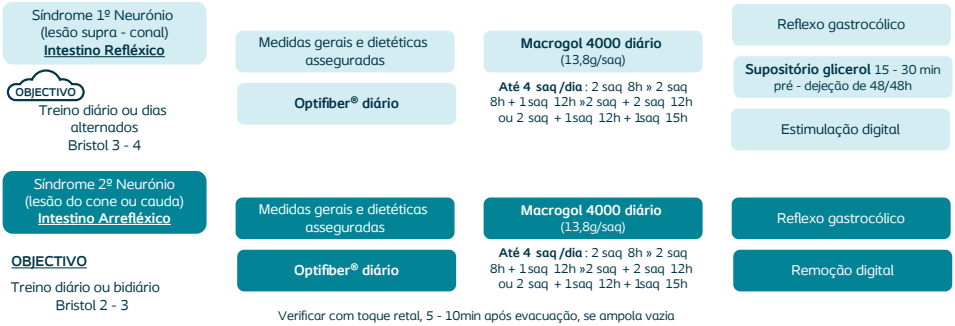
- Evacuação previsível, suficiente e em horário socialmente aceitável.
- Continência entre treinos intestinais.
- Tempo de treino intestinal compatível com a vida diária.
- Prevenção de impactação fecal, fissuras, doença hemorroidária, disreflexia autonómica e sofrimento psicossocial.
- Aumento da autonomia e redução da dependência do cuidador sempre que possível.

A pirâmide terapêutica

O tratamento segue uma lógica de escalada individualizada. Primeiro consolidam-se as medidas gerais: horário regular, posicionamento, alimentação, hidratação, educação e revisão da medicação. Quando necessário, associam-se agentes orais e/ou retais. Se o controlo continuar insuficiente, consideram-se técnicas como a irrigação transanal e, em casos selecionados, abordagens avançadas ou cirúrgicas. A colostomia e outras opções cirúrgicas não representam necessariamente uma “falência”: em algumas pessoas podem constituir uma escolha planeada para reduzir tempo de cuidados, complicações e dependência, após decisão partilhada (Johns et al., 2021; Kurze et al., 2022; Rodriguez & Gater, 2022).

Nível terapêutico	Exemplos práticos	Notas
Medidas gerais	Horário fixo, aproveitamento do reflexo gastrocólico, posicionamento em sanita/cadeira sanitária, massagem abdominal, fibra e hidratação individualizadas.	São a base de qualquer programa intestinal e devem manter-se mesmo quando há necessidade de tratamentos mais complexos.
Laxantes orais	Expansores de volume, osmóticos como macrogol ou lactulose e, se necessário, laxantes de contacto.	Devem ser escolhidos em função do tipo de fezes, resposta clínica e tolerância.
Agentes retais	Supositórios de glicerina ou bisacodilo, micro-enemas e estimulação digital.	Particularmente úteis quando se pretende aproveitar a via reflexa ou desencadear dejeção em horário programado.
Irrigação transanal	Sistemas de irrigação com água morna e treino específico	Indicada quando métodos conservadores não são suficientes ou quando o programa intestinal permanece demasiado demorado, imprevisível ou dependente.
Outras opções	Biofeedback em lesões incompletas selecionadas, neuromodulação em contextos específicos, colostomia ou estoma de Malone.	Opções para casos selecionados, após discussão individualizada de benefícios, limitações e objetivos de qualidade de vida. A cirurgia pode ser uma escolha planeada, e não apenas um último recurso.

EXEMPLOS DE PROTOCOLOS PARA GESTÃO DO INTESTINO NEUROGÉNICO



Estes padrões clínicos são orientadores e não devem ser atribuídos apenas com base no nível neurológico da lesão. A classificação deve resultar da história clínica, do exame neurológico e anorretal e da resposta às técnicas utilizadas. A figura anterior apresenta um exemplo de protocolo inicial da URLM, sujeito a adaptação clínica individual; as doses, horários e produtos não constituem uma prescrição universal (Johns et al., 2021; Kurze et al., 2022).

Complicações e sinais de alerta

- **Suspeitar de impactação fecal:** se distensão abdominal, dor, perdas líquidas paradoxais, náuseas, treino persistente sem dejeção ou fezes palpáveis na ampola.
- **Pensar em disreflexia autonómica:** se durante o programa surgirem cefaleia intensa, sudorese, rubor, subida da tensão arterial ou mal-estar em pessoas com lesão acima de T6. Interromper o estímulo, sentar a pessoa, medir a tensão arterial, procurar a causa e seguir o plano individual de disreflexia autonómica.
- **Reavaliar programa intestinal:** quando o tempo do treino aumenta progressivamente, surgem perdas entre treinos, há necessidade crescente de medicação de resgate ou o programa deixa de ser compatível com a vida diária.
- **Referenciar a outras especialidades se houver:** hemorragia anal persistente, dor intensa, suspeita de megacólon/obstrução, perda ponderal inexplicada, anemia ou sinais de neoplasia do cólon.

Algoritmo prático de decisão clínica

A gestão clínica deve começar por definir se o problema predominante é obstipação, incontinência, tempo excessivo de programa, dor/distensão ou imprevisibilidade. Em seguida, confirma-se se existe impactação, se a consistência das fezes é adequada e se a rotina está sincronizada com refeição, postura e medicação. Só depois faz sentido escalar tratamento.

1. Confirmar o problema predominante: obstipação, incontinência, demora, perdas entre sessões, distensão ou combinação destes.
2. Avaliar a consistência fecal com a Escala de Bristol e definir o objetivo individual.
3. Excluir causas corrigíveis ou urgentes: impactação, obstrução, infeção, medicação obstipante, baixa ingestão hídrica, dieta insuficiente, técnica inadequada ou ausência de horário.
4. Otimizar primeiro o programa de base: refeição, postura, atividade, agente oral/retal e técnica de esvaziamento.
5. Escalar apenas se o programa otimizado continuar ineficaz, demasiado longo, imprevisível ou socialmente incompatível.

Perfis clínicos e orientação dirigida

Perfil clínico	Hipótese provável	Resposta inicial
Treino longo, fezes duras, ampola cheia	Fezes demasiado secas, rotina insuficiente ou laxante mal ajustado	Aumentar hidratação se possível, titular laxante osmótico, rever fibra e técnica de esvaziamento.
Perdas líquidas entre treinos	Diarreia verdadeira, excesso de laxantes ou diarreia paradoxal por impactação	Reduzir estímulos se fezes líquidas; se distensão/ausência de dejeção, excluir impactação.
Ampola frequentemente vazia mas cólon carregado	Suspeita de trânsito colónico lento, retenção proximal ou esvaziamento retal pouco frequente	Rever padrão e medicação; considerar imagem simples apenas quando clinicamente indicada e ponderar ajuste terapêutico ou estudo funcional em casos persistentes.
Cefaleia/sudorese durante treino	Possível disreflexia autonómica	Interromper o estímulo, sentar, medir a tensão arterial, procurar a causa e aplicar o plano individual de disreflexia autonómica.
Programa tecnicamente eficaz mas inviável em casa	Barreira funcional, ambiental ou social	Articular com Enfermagem, TO e Serviço Social antes de escalar terapêutica.

Checklist médica antes da alta
Plano escrito: frequência, horário, medicação, agente retal, técnica e plano de resgate.
Critérios de reajuste: o que fazer se houver fezes duras, perdas, ausência de dejeção ou dor.
Risco autonómico: instruções específicas se lesão acima de T6.
Seguimento: consulta e contacto em caso de falência do plano.
Comunicação: o doente deve conseguir explicar o seu próprio programa intestinal.

> Ferramentas para profissionais de saúde

Definir alvos concretos: frequência de dejeção, consistência desejada das fezes e tempo máximo aceitável para o programa intestinal.
Rever medicação: opioides, anticolinérgicos, ferro oral, antidiarreicos e antidepressivos podem alterar o trânsito intestinal.
Prescrever por "camadas": manter medidas gerais, testar uma alteração de cada vez e documentar a resposta.
Articular com a equipa: enfermagem, nutrição, fisioterapia, terapia ocupacional, psicologia, terapia da fala e serviço social devem participar no plano.
Pensar para além do intestino: função vesical, pele, dor, espasticidade e contexto emocional influenciam o sucesso do programa.

02

Nutrição

Gestão nutricional do intestino neurogénico

A alimentação é uma das ferramentas mais concretas e quotidianas na gestão do intestino neurogénico. Não resolve, por si só, toda a disfunção, mas pode facilitar o trânsito, moldar a consistência das fezes, reduzir episódios de obstipação ou perdas e contribuir para o conforto abdominal e a previsibilidade da rotina.
Ao mesmo tempo, a intervenção nutricional no doente com lesão medular tem objetivos adicionais: preservar o estado nutricional, prevenir sarcopenia, apoiar a cicatrização, diminuir o risco de úlceras por pressão e reduzir a desidratação e as infeções urinárias. Por isso, o intestino nunca deve ser visto isoladamente do restante plano de reabilitação.

Objetivos da intervenção nutricional

- Promover evacuações regulares e previsíveis.
- Obter fezes moldadas, evitando tanto a secura excessiva como a liquefação.
- Prevenir obstipação, impactação fecal e episódios de incontinência.
- Reduzir desconforto abdominal, gases e distensão.
- Manter estado nutricional adequado e ingestão proteica suficiente.
- Apoiar a autonomia e a qualidade de vida.

Avaliação nutricional

Antes de ajustar a dieta, importa perceber o contexto real do doente: o que come, o que de facto consegue ingerir, se existe desperdício alimentar, que líquidos bebe, como são as fezes, que sintomas gastrointestinais tem, que fármacos toma e que limitações funcionais existem para preparar refeições em casa. Também importa conhecer horários da rotina intestinal, atividade física, estado de hidratação e eventual disfagia.

AVALIAÇÃO NUTRICONAL

Avaliação nutricional	Educação e Adesão	Articular e integrar com:	Monitorização
• História alimentar detalhada • Frequência de evacuação e consistência (Escala de Bristol) • Sintomas gastrointestinais • Ingestão hídrica e de líquidos • Mobilidade e nível de atividade física • Medicação em uso (opioides anticolinérgicos, laxantes)	• Educação alimentar e explicar objetivos na definição plano alimentar/ nutricional • Ensinar sinais de alerta: dor abdominal, ausência de evacuação prolongada, náuseas • Adaptar recomendações ao contexto funcional do doente • Envolver doente e cuidadores sempre que possível • Utilizar ferramentas simples: diários alimentares, diário intestinal, lembretes de hidratação	• Horário fixo de evacuação • Técnicas de estimulação (digital, supositórios, mini-enemas) • Atividade física adaptada (ex.: exercícios de tronco, vibração mecânica) • Adequação de medicação laxante ou antidiarreica	• Frequência e consistência das fezes (Escala de Bristol) • Ingestão alimentar e suplementação • Episódios de incontinência • Dor abdominal, distensão, náuseas • Peso, composição corporal e hidratação • Estado da pele e risco de úlceras por pressão

Fibra: mais do que quantidade, importa tolerância

As orientações clínicas são pouco específicas para a lesão medular, mas convergem na ideia de que a fibra deve ser introduzida gradualmente e ajustada à tolerância. Pode ser razoável iniciar com cerca de 15 g/dia e progredir de forma individualizada, tendo em conta a consistência das fezes, a ingestão de líquidos, a distensão abdominal e a resposta clínica; metas mais elevadas não são adequadas para todas as pessoas (Dimidi et al., 2025; Faber et al., 2025).

Caraterística da fibra	Onde se encontra	Comentários práticos
Solúvel	Aveia, cevada, algumas frutas, psílio.	Absorve água e ajuda a moldar fezes. É muitas vezes útil quando se pretende fezes mais macias e uniformes.
Insolúvel	Farelo, cereais integrais, cascas de legumes/fruta.	Aumenta o volume fecal e pode estimular o trânsito, mas também pode agravar gases em algumas pessoas.
Mais fermentável	Inulina, frutanos, galactooligossacarídeos e algumas leguminosas e hortícolas.	Pode ter benefícios metabólicos e microbiológicos, mas o aumento rápido ou em grande quantidade pode agravar flatulência e distensão.
Pouco fermentável	Psílio e algumas fibras gelificantes.	Tende a ser melhor tolerada e pode ajudar a regular a consistência das fezes, desde que exista ingestão hídrica adequada.

FODMAPs são hidratos de carbono de cadeia curta fermentáveis. Alguns são fibras ou prebióticos, mas outros, como a lactose, a frutose em excesso e os polióis, não são fibra. Por isso, não devem ser apresentados como um “tipo de fibra”.

Hidratação

Sem água suficiente, a fibra pode agravar a obstipação. A recomendação deve ser individualizada, equilibrando hidratação, consistência das fezes e gestão vesical. Como regra geral, podem usar-se referências como 1,5–2 L/dia, 30 mL/kg ou 1 mL/kcal, mas sempre adaptadas à função renal, cardíaca, sudorese, intercorrências clínicas e regime vesical.

Alimentos e estratégias de utilidade prática

- **Kiwi:** a literatura sugere benefício na obstipação e é uma opção prática para algumas pessoas; uma estratégia frequente é testar 1–2 kiwis por dia.
- **Ameixa:** pode facilitar o trânsito intestinal, mas deve ser introduzida conforme tolerância e risco de gases.
- **Iogurte ou leite fermentado:** pode integrar o plano alimentar quando bem tolerado e favorecer a aceitação alimentar, mas não deve ser apresentado como tratamento específico da disfunção intestinal; o efeito probiótico depende da estirpe e da dose.
- **Linhaça, aveia e preparações de fibra:** podem integrar o plano alimentar, desde que haja ingestão hídrica adequada.
- **Água rica em magnésio:** pode ser testada em casos selecionados, mas a evidência é menos robusta do que para a hidratação global e a fibra. Deve ser usada com prudência perante doença renal ou outras contraindicações.

Flatulência, distensão abdominal e FODMAPs

A flatulência e a distensão são queixas muito frequentes e podem comprometer a adesão ao plano. Em vez de proibições indiscriminadas, o mais útil é identificar desencadeantes individuais. Bebidas gaseificadas, algumas leguminosas, couves, brócolos, couve-flor e cebola crua podem piorar os sintomas em algumas pessoas. Uma abordagem com redução de FODMAPs pode ser útil em casos selecionados, sobretudo se já existirem sintomas prévios do tipo síndrome do intestino irritável, mas deve ser temporária e supervisionada.

Probióticos

A evidência específica em lesão medular é ainda limitada. Os probióticos não devem ser prescritos automaticamente a todos os doentes, mas podem ser considerados em contextos selecionados, como diarreia associada a antibióticos ou risco acrescido de infeção por Clostridioides difficile, escolhendo estirpe, dose e duração com critério.

O protocolo nutricional da URLM-CRN

As dietas da Unidade organizam-se por patamares energéticos de 1700, 1900 e 2100 kcal e fornecem, em média, 26–32 g de fibra/dia. Trata-se de um protocolo alimentar institucional, com objetivos nutricionais e metabólicos mais amplos, e não de uma dieta universal ou de uma terapêutica específica para o intestino neurogénico. Na prática, a eficácia depende da ingestão real. O desperdício alimentar, nomeadamente da sopa, lembra-nos que a intervenção nutricional não é apenas prescrever: é negociar, educar, adaptar e monitorizar.

As necessidades energéticas podem ser inferiores às da população geral, sobretudo perante menor massa muscular e atividade física. A prescrição deve equilibrar qualidade alimentar, fibra e proteína com prevenção de sobrealimentação, ganho ponderal e perda de massa magra.

PROTOCOLO NUTRICIONAL - UNIDADE DE REABILITAÇÃO DE LESÃO MEDULAR (CRN)

Refeição	Horário	Hipoglucídica LM 1700	Hipoglucídica LM 1900	Hipoglucídica LM 2100
Pequeno-Almoço	8h	Leite meio gordo (150 ml), Adoçante (DI); Pão integral (50g); Manteiga/Creme vegetal para barrar (10g - DI) Adoçante (DI)	Igual	Igual
Meio da manhã	10h	Iogurte sólido bifidus (125 g); 20g Optifiber (ou na sopa do almoço)	Igual	Igual
Almoço e Jantar	13h, 19h	SOPA: Produtos hortícolas (140g hortícolas e sem batata + 5ml azeite) PRATO: Carne/peixe (100g, 120g em cru) ou 2 ovos (L) Arroz/Massa/Batata (75g, 25 g em cru) Produtos horticolas frescos (90g) ou cozinhados (70g) Gordura para confeção (10g) SOBREMESA: Fruta fresca (160g)	Igual, exceto: Arroz/Massa/ Batata (150g, 50 em cru)	SOPA Arroz/Massa/ Batata (150g, 50 em cru)
Meio da tarde	16h	Leite meio gordo (150 ml), adoçante (DI) Pão integral (50 g) Queijo magro (20 g – DI)	Igual	Igual + fruta fresca (160g)
Ceia	22h	Infusão/Cevada (180 ml) + Adoçante (DI) Bolachas tipo Maria/ Água e sal (25 g – DI)	Igual	Igual + Iogurte sólido aromas magro (125 g)
Composição nutricional	Tabela da Composição de Alimentos (Instituto Nacional de Saúde Dr. Ricardo Jorge)	Valor energético total: 1677 kcal HC: 40% (162 g) P: 20% (89 g) G: 40% (72 g) GSat: 1% Colesterol: 186 mg Fibra total: 26 g Sódio: 1146 mg Cálcio: 948 mg	Valor energético total: 1917 kcal HC: 42% (200 g) P: 21% (101 g) G: 37% (78 g) G. saturada: 1% Colesterol: 208 mg Fibra total: 28 g Sódio: 1184 mg Cálcio: 970	Valor energético total: 2096 kcal HC: 44% (230 g) P: 21% (109 g) G: 35% (81 g) G. Saturada: 1,1% Colesterol: 215 mg Fibra total: 32 g Sódio: 1275 mg Cálcio: 1148 mg

Protocolo nutricional da Unidade de Lesão Medular: exemplo de estrutura de refeições e composição nutricional.

Plano alimentar na vida real

Uma recomendação nutricional só é útil se puder ser executada. Por isso, além de fibra e água, é necessário considerar preferências alimentares, apetite, capacidade de mastigação/deglutição, desperdício alimentar, orçamento, apoio familiar e facilidade de preparar refeições. A adaptação alimentar deve ser negociada e progressiva, não imposta como uma lista rígida de proibições.

Estratégias alimentares por problema predominante

Problema	Estratégia nutricional	Cuidados
Obstipação com fezes duras	Aumentar progressivamente fibra solúvel; garantir líquidos; introduzir kiwi/aveia/ linhaça se tolerado.	Evitar subir fibra sem água; monitorizar gases.
Flatulência e distensão	Identificar desencadeantes; reduzir bebidas gaseificadas; testar porções menores de leguminosas/ hortícolas fermentáveis.	Não excluir grupos alimentares sem necessidade; risco de dieta pobre em fibras.
Perdas fecais	Procurar fezes mais moldadas; rever excesso de laxantes, cafeína, gordura ou fibra fermentável.	Articular com equipa médica antes de suspender medicação.
Baixa ingestão alimentar	Adaptar textura, densidade energética e horários; envolver família e equipa de terapia da fala se disfagia.	Prevenir perda de massa muscular e défices nutricionais.
Antibioterapia	Monitorizar diarreia; ponderar probiótico específico se indicado.	Escolher estirpe e duração com critério; não usar de forma indiscriminada.

Educação alimentar: mensagens simples para o doente

- A fibra ajuda, mas deve ser aumentada gradualmente
- Beber água é parte do tratamento, desde que compatível com o regime vesical.
- O objetivo não é comer "perfeitamente"; é encontrar uma alimentação que funcione no seu corpo e na sua rotina.
- Gases não significam obrigatoriamente que um alimento é proibido para sempre; muitas vezes é uma questão de quantidade, preparação e horário.
- Registar durante alguns dias o que come, o que bebe e como funcionou o intestino ajuda a equipa a ajustar o plano.

Checklist nutricional de alta
O doente sabe: que alimentos aumentam fibra e quais lhe causam gases.
Está definido: quantidade aproximada de líquidos/dia compatível com função vesical.
Foi testado: kiwi, aveia, linhaça, fibra modular ou outra estratégia quando indicada.
Está articulado: plano alimentar com horário do treino intestinal.
Há plano B: o que fazer em caso de obstipação, diarreia ou baixa ingestão.

> Ferramentas para profissionais de saúde

Avaliar antes de recomendar: dieta habitual, líquidos, Bristol, sintomas, medicação, função vesical, mobilidade e eventual disfagia.
Subir a fibra devagar: introduções bruscas aumentam gases e pioram adesão.
Testar uma medida de cada vez: isto permite perceber o efeito real de um alimento ou suplemento.
Ligar dieta à rotina intestinal: os horários das refeições devem articular-se com o reflexo gastrocólico e com o treino de Enfermagem.
Monitorizar aceitação real: anotar desperdício alimentar, preferências, capacidade de confeção em casa e apoio familiar disponível.

03

Enfermagem

Cuidar do intestino neurogénico com qualidade, segurança e autonomia progressiva

Quando cuidar é promover autonomia

A lesão medular pode alterar a forma como o intestino funciona e interferir com a autoestima, a vida social, o trabalho, as viagens, a intimidade e a confiança no dia a dia. Por isso, cuidar do intestino não é apenas "ir à casa de banho": é recuperar segurança, previsibilidade, dignidade e autonomia.

Com ensino, treino e acompanhamento, é possível criar um programa intestinal mais regular, seguro e adaptado à vida de cada pessoa. Nos primeiros tempos após a lesão, muitas pessoas necessitam de ajuda para realizar os cuidados intestinais; isto é esperado e faz parte do processo de reabilitação. Com o tempo, a pessoa pode começar a participar mais ativamente: realizando o programa de forma independente, executando apenas algumas etapas, orientando o cuidador ou tomando decisões sobre a sua rotina.

A autonomia não significa obrigatoriamente "fazer tudo sozinho". Significa ter conhecimento, confiança e controlo sobre a própria condição. A Enfermagem tem aqui um papel essencial: ajudar a pessoa a passar progressivamente da dependência para a maior autonomia possível, respeitando capacidades, preferências, segurança e objetivos de vida.

Construir um programa intestinal

O programa intestinal é um plano estruturado que ajuda o intestino a funcionar de forma mais regular e previsível. Deve ser individualizado, revisto ao longo do tempo e articulado com Equipa médica, Nutrição, Fisioterapia, Terapia Ocupacional, Psicologia, Terapia da Fala e Serviço Social, sempre que necessário.
O programa tem por objetivo:

- promover evacuação regular;
- prevenir obstipação e impactação fecal;
- reduzir perdas fecais;
- diminuir o tempo necessário para evacuar;
- evitar complicações;
- promover autonomia e confiança;
- facilitar a participação social, familiar e profissional.

Passo 1 - Conhecer o funcionamento do intestino

O primeiro passo é observar como o intestino funciona depois da lesão medular. A avaliação de Enfermagem deve reunir dados clínicos, funcionais e contextuais, porque a mesma técnica pode ter resultados diferentes consoante o padrão intestinal, mobilidade, dieta, hidratação, medicação, pele

e apoio disponível.
Assim, importa avaliar:

- com que frequência ocorre a evacuação;
- qual a consistência das fezes, preferencialmente com apoio da Escala de Bristol;
- se existem perdas fecais e em que circunstâncias;
- quanto tempo demora o programa intestinal;
- se há dor, desconforto, náuseas, distensão abdominal ou sensação de esvaziamento incompleto;
- se existe necessidade de ajuda e em que etapas;
- se há sinais de complicações, incluindo disreflexia autonómica em lesões acima de T6.

O diário intestinal é uma ferramenta simples e muito útil. Nele podem ser registados horários, consistência das fezes, alimentos, líquidos ingeridos, perdas, medicamentos usados, técnica realizada e tempo necessário para evacuação. Este registo ajuda a pessoa, a família e a equipa a perceber o que está a funcionar e o que precisa de ser ajustado.

Passo 2 - Criar uma rotina

A regularidade é uma das bases do programa intestinal. Sempre que possível, o programa deve ser realizado no mesmo horário, num ambiente calmo, com privacidade, com tempo suficiente e, preferencialmente, após uma refeição. Após as refeições, o intestino tende a ficar mais ativo pelo reflexo gastrocólico, que pode ser aproveitado para facilitar a evacuação.

Passo 3 - Movimento e posicionamento

Sempre que possível, o movimento ajuda a estimular o intestino. O posicionamento também pode facilitar a evacuação: a posição sentada, numa sanita ou cadeira sanitária, favorece a ação da gravidade e facilita a realização das técnicas. Quando esta posição não é possível, recomenda-se o decúbito lateral esquerdo, com proteção da pele e apoio adequado.

- **O posicionamento deve respeitar:** segurança, equilíbrio, conforto, privacidade, prevenção de quedas e proteção da pele.
  - **Em sedestação:** garantir apoio dos pés, estabilidade da bacia e tronco, acesso seguro para higiene e vigilância de fadiga ou hipotensão.
  - **No leito:** decúbito lateral esquerdo, usar almofadas, proteger proeminências ósseas, manter privacidade e assegurar que o cuidador conhece a técnica.

Passo 4 - Técnicas de apoio à evacuação

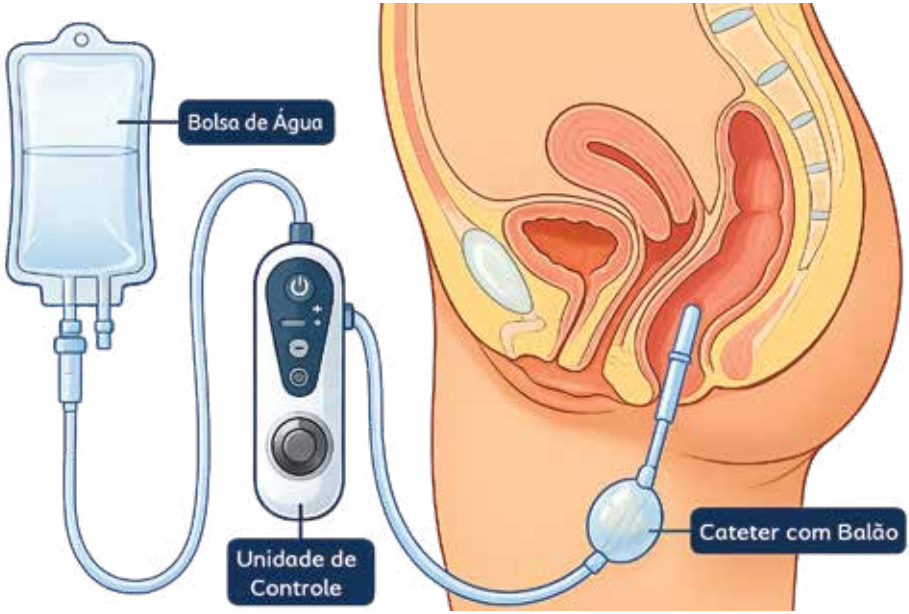
Algumas pessoas precisam de técnicas específicas para ajudar o intestino a esvaziar. A escolha depende do tipo de intestino, da resposta individual, da avaliação clínica e dos objetivos do plano. Estas técnicas devem ser ensinadas e acompanhadas por profissionais de saúde, respeitando sempre a privacidade e dignidade.

Técnica	Quando pode ser útil	O que é importante saber
Massagem abdominal	Como complemento do programa intestinal, sobretudo quando existe trânsito intestinal lento, distensão abdominal ou desconforto.	Deve ser realizada com movimentos suaves, no sentido dos ponteiros do relógio sem provocar dor. Não deve ser efetuada se existir dor abdominal intensa ou inexplicada, suspeita de obstrução intestinal ou outra contraindicação indicada pelo profissional de saúde.
Supositórios ou microclisteres	Quando é necessário estimular a evacuação numa hora programada.	Devem ser introduzidos suavemente e com lubrificação adequada. É importante aguardar o tempo recomendado para que façam efeito antes de tentar evacuar. Vigiar desconforto.
Estimulação digital	Indicada principalmente em pessoas com reflexos preservados, para desencadear o reflexo de evacuação.	Deve ser realizada apenas após ensino por um profissional de saúde, utilizando luva e lubrificante. Deve ser interrompida se causar dor intensa, hemorragia ou mal-estar.
Remoção digital de fezes	Mais frequente no intestino arrefléxico ou em esvaziamento incompleto da ampola.	Deve ser efetuada apenas quando indicada e, preferencialmente, após treino por um profissional de saúde, para reduzir o risco de lesões da mucosa retal.
Irrigação transanal	Quando medidas conservadoras não são suficientes para obstipação, perdas fecais ou tempo prolongado de evacuação.	Requer aprendizagem, treino e acompanhamento inicial por um profissional de saúde, sendo importante seguir corretamente as instruções relativas ao equipamento e à técnica.

Irrigação transanal: quando pode ser necessária?

A irrigação transanal utiliza água para ajudar o intestino a esvaziar de forma mais completa e previsível. Pode ser considerada quando as medidas conservadoras não são suficientes para controlar a obstipação, as perdas fecais ou o tempo prolongado de evacuação. Em pessoas adequadamente selecionadas, pode reduzir perdas, tempo de cuidados e dependência e melhorar a qualidade de vida (Christensen et al., 2006; Emmanuel et al., 2013).

A sua eficácia depende de seleção clínica, ensino, tempo e suporte. A pessoa e/ou cuidador devem conhecer o equipamento, o volume e a temperatura da água prescritos, o posicionamento, a sequência da técnica, a limpeza e os sinais de alerta. Antes do início, devem ser avaliadas contraindicações e precauções. Dor intensa, hemorragia, resistência anormal, sintomas de disreflexia autonómica ou mal-estar exigem interrupção e avaliação. A perfuração intestinal é rara, mas potencialmente grave, pelo que a técnica não deve ser iniciada sem treino supervisionado.



Passo 5 - Avaliar resultados e ajustar

O treino intestinal não é estático. Pode precisar de ajustes perante alterações de saúde, medicação, alimentação, hidratação, mobilidade, ambiente, cuidadores ou rotina diária. O objetivo é encontrar uma rotina segura, eficaz e compatível com a vida da pessoa.

Indicador	Pergunta prática	Como usar a informação
Regularidade	A evacuação ocorre no horário e frequência previstos?	Se não ocorrer, rever aspetos como o horário, a alimentação, a ingestão de líquidos e a medicação. Se a alteração persistir, contactar o profissional de saúde que o acompanha.
Consistência	As fezes estão demasiado duras, líquidas ou moldadas?	Alterações podem indicar necessidade de ajustar a ingestão de fibra, líquidos ou a medicação. Não faça alterações importantes sem orientação de um profissional de saúde.
Tempo	Quanto tempo demora o programa intestinal?	Se o tempo aumentar de forma persistente ou o programa deixar de ser eficaz, informe a equipa de saúde para reavaliar o plano.
Perdas fecais	Há episódios inesperados entre treinos?	Podem estar relacionados com alterações da consistência das fezes, esvaziamento incompleto ou necessidade de ajustar o programa intestinal. Procure aconselhamento profissional.
Conforto e segurança	Há dor, distensão, sangramento, ansiedade ou sinais autonómicos?	Interromper a técnica se surgir dor, hemorragia ou outros sintomas preocupantes e contacte um profissional de saúde para avaliação.

Passo 6 - Envolver a família e cuidadores

A família e os cuidadores podem ter um papel importante, sobretudo nas fases iniciais. Devem receber orientação para apoiar sem substituir totalmente a pessoa, respeitar a privacidade, preservar a dignidade, reconhecer sinais de alerta, organizar a rotina e promover autonomia progressiva. O apoio familiar pode facilitar a adaptação e aumentar a confiança, mas deve evitar a infantilização ou a hiperproteção.

Sinais de alerta

Deve ser procurada ajuda profissional se ocorrer ausência prolongada de evacuação, dor abdominal intensa, distensão marcada, náuseas ou vómitos, sangue nas fezes, perdas fecais frequentes ou inesperadas, febre, alteração súbita do padrão intestinal ou sinais de disreflexia autonómica.

- **Disreflexia autonómica:** em pessoas com lesão medular acima de T6, valorizar cefaleia intensa, sudorese, rubor, arrepios ou subida súbita da tensão arterial.
- **Sangramento ou dor intensa:** podem indicar fissura anal, hemorroida complicada, traumatismo ou outro problema a avaliar.
- **Diarreia paradoxal:** perdas líquidas podem esconder impactação fecal e não devem ser automaticamente interpretadas como "intestino solto".
- **Mudança súbita de padrão:** deve levar a rever medicação, infeção, dieta, hidratação e rotina.

Mensagem final para a pessoa e família

A gestão do intestino neurogénico é um processo de aprendizagem. No início pode parecer difícil ou desconfortável. Com orientação adequada, treino e acompanhamento, muitas pessoas conseguem criar uma rotina mais previsível e segura.

A reabilitação intestinal não é apenas um conjunto de técnicas. É uma forma de recuperar confiança, dignidade, participação social e controlo sobre a vida diária. O objetivo da Enfermagem é orientar a pessoa e a família neste processo, ajudando cada um a alcançar o maior nível possível de autonomia e qualidade de vida.

> Ferramentas para Profissionais de Saúde

Gestão do intestino neurogénico no plano de cuidados
Definir objetivos centrados em evacuação previsível, conforto, segurança, autonomia e qualidade de vida.
Valorizar o impacto na autoestima, participação social, rotina familiar e reintegração.
Criar ambiente seguro, privado e respeitoso para facilitar a partilha de dúvidas.
Articular com equipa multidisciplinar: médico, nutricionista, fisioterapeuta, psicólogo, terapeuta ocupacional, terapeuta da fala e serviço social.

Estratégias de comunicação
Usar linguagem simples, clara e acessível.
Evitar termos que causem vergonha, culpa ou constrangimento.
Validar sentimentos como medo, insegurança, frustração ou vergonha.
Promover escuta ativa e dar tempo para a pessoa expressar dúvidas.
Focar capacidades e incluir a pessoa nas decisões sobre a sua rotina intestinal.

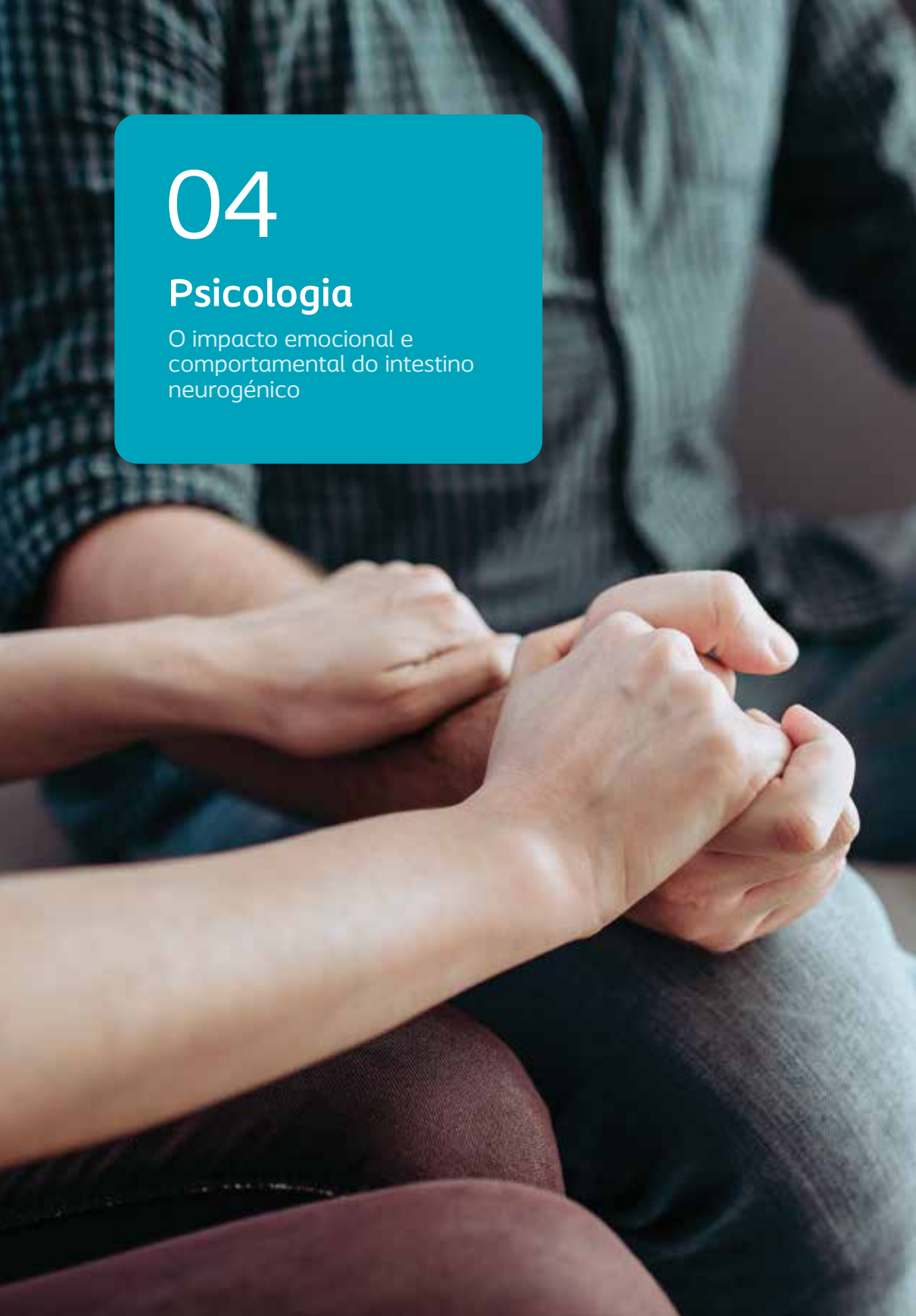
Avaliar a rotina intestinal
Conhecer o padrão intestinal antes da lesão.
Avaliar frequência, consistência das fezes e tempo necessário para evacuar.
Identificar obstipação, incontinência fecal, impactação ou sensação de esvaziamento incompleto.
Avaliar dor, distensão abdominal, desconforto e sinais de disreflexia autonómica.
Considerar apoio de terceiros, condições do domicílio, recursos disponíveis, barreiras e preferências da pessoa.

Planear uma rotina individualizada
Definir horário, frequência, local e posicionamento mais adequados.
Aproveitar, sempre que possível, o reflexo gastrocólico após as refeições.
Ajustar dieta, hidratação, atividade e técnicas de apoio à evacuação.
Determinar grau de participação da pessoa e/ou cuidador.
Estabelecer critérios de sucesso: regularidade, menor tempo, menos perdas e maior conforto.

Educar, instruir e treinar
Explicar o funcionamento do intestino após a lesão medular.
Ensinar a importância da rotina, alimentação, hidratação, posicionamento e mobilidade.
Ensinar técnicas prescritas de forma gradual, segura e supervisionada.
Reforçar higiene, privacidade, proteção da pele e prevenção de complicações.
Ensinar sinais de alerta e quando contactar profissionais.
Adaptar ensinos à literacia, capacidade funcional e contexto familiar.
Repetir a informação e confirmar a compreensão através de teach-back: pedir à pessoa ou cuidador que explique e, quando aplicável, demonstre cada etapa do programa, incluindo o plano de resgate e os sinais de alarme.

Checklist de segurança
Garantir privacidade, conforto e segurança do ambiente.
Avaliar risco de disreflexia autonómica em lesões acima de T6.
Prevenir lesões da mucosa anal e da pele perianal.
Reavaliar se houver dor, sangramento, perdas frequentes ou ausência prolongada de evacuação.
Registar técnica, resposta, intercorrências e plano de seguimento.

Monitorizar e assegurar continuidade
Incentivar diário intestinal.
Registar horário, evacuação, consistência, perdas, técnicas utilizadas e tempo total.
Avaliar sintomas, complicações, conforto, satisfação e grau de autonomia.
Rever resultados com a pessoa e família/cuidador.
Ajustar plano perante alterações clínicas, funcionais ou de rotina.
Preparar alta desde o início e articular continuidade com a comunidade.



04

Psicologia

O impacto emocional e comportamental do intestino neurogénico

O intestino neurogénico não é apenas uma condição fisiológica. Para muitas pessoas, representa uma perda de controlo profundamente simbólica, por se tratar de uma função íntima, socialmente regulada e fortemente associada à autonomia e à dignidade. O impacto psicológico emerge não apenas dos sintomas físicos, mas do significado atribuído a esses sintomas (Budd et al., 2022; Roach et al., 2000).
A obstipação, a incontinência, o medo de perdas, a dependência de terceiros e o tempo consumido pelo programa intestinal podem desorganizar o dia a dia, restringir saídas, aumentar a autovigilância e alimentar sentimentos de vergonha, frustração e desesperança.

Reações psicológicas frequentes
Ansiedade antecipatória: medo de ter um acidente em público, de não encontrar uma casa de banho ou de depender de alguém no momento errado.
Humor depressivo e desesperança: sentimento de perda irreversível, luto funcional e dificuldade em imaginar uma vida reorganizada.
Vergonha e estigma: o intestino continua a ser um tema pouco falado; o silêncio aumenta o isolamento e o evitamento.
Irritabilidade e frustração: podem refletir sobrecarga, dependência funcional e sensação de injustiça.
Negação e expectativas irrealistas: por vezes dificultam a adesão a uma rotina intestinal consistente.
Ameaça à identidade pessoal: a dependência para cuidados íntimos pode afetar a autoimagem, o sentido de competência e a perceção do corpo.

Adaptação psicológica à condição

A adaptação à lesão medular e ao intestino neurogénico não segue uma sequência obrigatória nem termina num estado fixo. Processos como impacto emocional, luto funcional, reconstrução de rotinas, integração da imagem corporal, recuperação do sentido de agência e participação social podem coexistir, reaparecer e evoluir de forma diferente ao longo do tempo.

Avaliação psicológica

A avaliação deve ser integrada e funcional. Não basta perguntar se o doente está triste ou ansioso: importa perceber como interpreta o problema intestinal, que crenças tem sobre a sua condição e futuro, que estratégias usa para lidar com o desconforto, que grau de flexibilidade psicológica apresenta e que barreiras existem à adesão ao plano terapêutico.

- **Compreensão da condição:** como a pessoa explica o problema e até que ponto compreende a lógica do programa intestinal.
- **Crenças e expectativas**: ideias de cura, catastrofização, medo de dependência ou perceção de inutilidade do esforço.
- **Estratégias para lidar com a situação:** evitamento, humor, procura de informação, apoio social, negação ou confronto ativo.
- **Adesão comportamental prévia:** pistas sobre a forma como a pessoa lida com recomendações médicas e rotinas complexas.
- **Dinâmica familiar e suporte:** qualidade da ajuda, sobrecarga do cuidador e comunicação entre os membros da família.

Intervenção psicológica

O foco da psicologia não é apenas "fazer sentir melhor", mas facilitar adaptação funcional. A intervenção pode incluir psicoeducação, validação emocional, trabalho com vergonha e estigma, estratégias de regulação emocional, promoção de aceitação e flexibilidade psicológica, resolução de problemas, exposição gradual a situações evitadas e intervenção familiar.

- **Psicoeducação:** ajudar a compreender o intestino neurogénico e a normalizar dificuldades comuns reduz medo e culpa.
- **Trabalho com vergonha:** falar do tema de forma aberta e respeitosa diminui evitamento e aumenta adesão.
- **Intervenção cognitivo-comportamental:** útil para ansiedade antecipatória, catastrofização e evitamento social.
- **Aceitação e compromisso:** pode ajudar a reconstruir uma identidade funcional sem reduzir a pessoa à sua limitação.
- **Apoio à equipa e aos cuidadores:** a comunicação da equipa deve ser coerente, empática e livre de juízos.

Comunicação terapêutica: o que ajuda e o que atrapalha

A forma como a equipa fala sobre o intestino pode reduzir ou aumentar a vergonha. Expressões aparentemente neutras podem ser sentidas como crítica, infantilização ou culpabilização. Pelo contrário, uma linguagem clara, adulta e colaborativa aumenta a adesão e protege a dignidade.

Como devemos comunicar:
"Vamos perceber juntos como melhorar isto"
"Isto é esperado nesta fase do processo"
"Já houve progressos importantes"
"Compreendo que isto possa ser difícil; é uma reação natural."
"O que podemos ajustar para facilitar?"
"Não é uma questão de falta de esforço, é resultado da condição neurológica"

Expressões a evitar:
"Tem de fazer melhor"
"Isto não pode acontecer"
"Depende só de si"
"Todos os outros conseguem"
"Se não fizer isto, as coisas vão piorar"
"Já expliquei várias vezes"

Exemplos de perguntas clínicas úteis

- "O que é que mais o preocupa em relação ao intestino quando pensa em regressar a casa?"
- "Tem evitado alguma coisa por receio de perdas?"
- "O que o ajudaria a sentir-se mais seguro durante o treino?"
- "Como gostaria que a equipa falasse consigo sobre este tema?"
- "Quem em casa sabe o suficiente para o apoiar sem o fazer sentir infantilizado?"

Acompanhamento psicológico ao longo da reabilitação

Os momentos seguintes são referências clínicas, não fases rígidas. As necessidades podem sobrepor-se ou reaparecer.

Momento clínico	Desafio psicológico	Intervenção útil
Internamento inicial	Choque, desorganização, vergonha e excesso de informação	Validar emoções, dar informação breve e repetida, normalizar sem minimizar.
Treino intestinal	Exposição a cuidados íntimos, dependência, medo de falhar	Preparar a sessão, reforçar pequenos ganhos, promover sentido de controlo.
Pré-alta	Ansiedade antecipatória e medo de acidentes em casa ou na rua	Plano B, ensaio de situações, comunicação com família e exposição gradual.
Regresso à comunidade	Evitamento social, intimidade, trabalho e identidade	Retoma progressiva de papéis, valores pessoais, coping e suporte familiar.

Checklist psicológica de risco

Sinais de alerta: isolamento progressivo, recusa persistente do treino, desesperança, ansiedade intensa antes das sessões, vergonha incapacitante. Ideação suicida, intenção de autoagressão, desesperança grave ou deterioração marcada do funcionamento exigem avaliação clínica urgente.

Fatores protetores: suporte familiar, informação clara, participação ativa, objetivos realistas e comunicação respeitosa.

Intervenção: psicoeducação, estratégias de coping, exposição gradual, trabalho de aceitação e apoio à família.

Mensagem central: a dificuldade intestinal não é uma falha pessoal; é uma consequência neurológica que pode ser gerida.

> Ferramentas para Profissionais de Saúde

Perguntar diretamente: muitas pessoas não falam do intestino por vergonha; uma pergunta simples e respeitosa pode abrir espaço terapêutico.

Traduzir sofrimento em objetivos funcionais: sair de casa, voltar ao trabalho, dormir melhor, aceitar ajuda ou reduzir evitamento.

Vigiar adesão: a recusa persistente de rotina, a minimização do problema ou o evitamento podem sinalizar sofrimento emocional relevante.

Incluir a família: a gestão intestinal é frequentemente relacional; trabalhar comunicação e limites reduz conflito e sobrecarga. A linguagem utilizada pela equipa deve proteger a dignidade e evitar que a pessoa se defina apenas pelo problema intestinal.

05

Fisioterapia

Do problema funcional à intervenção da reabilitação

A Fisioterapia contribui sobretudo para tornar o programa intestinal fisicamente exequível: melhora posicionamento, mobilidade, controlo de tronco, capacidade de transferência e tolerância à sedestação. Algumas intervenções podem ainda influenciar sintomas intestinais, mas o grau de evidência varia (Krassioukov et al., 2010; Kurze et al., 2022).
Na prática, o fisioterapeuta ajuda a responder a perguntas muito concretas: qual a melhor postura para evacuar? O doente consegue inclinar-se em segurança? Tem função abdominal suficiente para aproveitar a expiração e a pressão intra-abdominal? O ortostatismo ou o treino locomotor podem contribuir para o trânsito?

Avaliação funcional intestinal

A avaliação fisioterapêutica deve incluir a mobilidade, controlo de tronco, tolerância à posição sentada, capacidade de transferências, sensibilidade, espasticidade, dor, integridade cutânea, risco autonómico, fadiga e objetivos do doente. Esta avaliação permite escolher estratégias realistas e seguras.

Intervenções segundo o contributo clínico e a evidência
Contributos diretos e funcionalmente consolidados: posicionamento em sedestação quando seguro, apoio dos pés, estabilidade do tronco, treino de transferências e tolerância à posição necessária para executar o programa.
Estratégias complementares: respiração diafragmática, coordenação da expiração com ativação abdominal suave, inclinação do tronco e massagem abdominal podem facilitar o esforço e o conforto em pessoas selecionadas.
Massagem abdominal: pode ser utilizada como complemento, com movimentos suaves no trajeto do cólon. A resposta é individual e a técnica deve ser evitada perante dor inexplicada, suspeita de obstrução ou contraindicação clínica.
Contributos indiretos: mobilidade geral, exercício, treino locomotor, cicloergómetro e ortostatismo têm benefícios funcionais, musculoesqueléticos e cardiorrespiratórios. Os efeitos específicos sobre motilidade ou continência são possíveis, mas ainda incertos e não devem ser prometidos (Hubscher et al., 2018; Kwok et al., 2015; van der Scheer et al., 2021).

Intervenções emergentes: FES-bike, estimulação neuromuscular abdominal e outras formas de neuromodulação podem ser consideradas em contextos especializados. A evidência sobre resultados intestinais é ainda preliminar e exige seleção e monitorização (Bersch et al., 2025; van der Scheer et al., 2021).

Ortostatismo: deve ser prescrito pelos seus objetivos globais e pela tolerância da pessoa; não deve ser apresentado isoladamente como tratamento comprovado da disfunção intestinal.

Pavimento pélvico e biofeedback: podem ser úteis em lesões incompletas com função voluntária e sensibilidade preservadas, sobretudo perante dissinergia da contração-relaxamento ou incontinência fecal.

MASSAGEM ABDOMINAL PARA ESTIMULAR DEFECAÇÃO

LESÃO MEDULAR

20 a 30 minutos após as refeições

Deite-se de barriga para cima
Ambiente tranquilo e confortável

Use óleo ou creme nas mãos

1 PREPARAÇÃO

Posicione-se de barriga para cima, joelhos levemente dobrados. Relaxe a barriga. Aqueça as mãos com óleo ou creme.

2 RESPIRAÇÃO

Inspire profundamente pelo nariz e expire lentamente pela boca. Repita 3 vezes para relaxar e diminuir a tensão abdominal.

3 DESLIZAMENTO INICIAL

Com a mão direita, faça deslizamentos suaves na lateral direita do abdómen, de baixo para cima, da coxa até abaixo das costelas. Repita 5 a 10 vezes.

4 TRAVESSIA DIREITA PARA ESQUERDA

Deslize a mão horizontalmente da direita para a esquerda, logo abaixo das costelas. Repita 5 a 10 vezes.

5 DESCIDA LADO ESQUERDO

Deslize a mão esquerda (ou direita) de cima para baixo na lateral esquerda do abdómen, do lado das costelas até à coxa. Repita 5 a 10 vezes.

6 TRAVESSIA ESQUERDA PARA DIREITA

Deslize a mão horizontalmente da esquerda para a direita, logo acima do umbigo. Repita 5 a 10 vezes.

7 SUBIDA LADO DIREITO

Deslize a mão direita (ou esquerda) de baixo para cima na lateral direita do abdómen, da coxa até abaixo das costelas. Repita 5 a 10 vezes.

8 MOVIMENTO EM "U" OU "C"

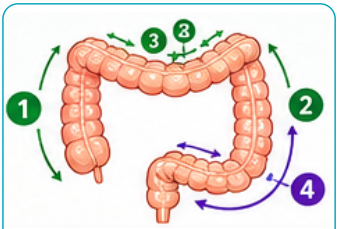
Com as pontas dos dedos, faça movimentos em "U" (ou "C") saindo da fossa ilíaca direita, suba, atravesse e desça até à fossa ilíaca esquerda. Repita 5 a 10 vezes.

9 CÍRCULOS NO QUADRANTE INFERIOR ESQUERDO

Faça círculos suaves no quadrante inferior esquerdo do abdómen (região do cólon sigmoide) no sentido horário. Repita por 1 a 2 minutos.

10 FINALIZAÇÃO

Descanse as mãos sobre o abdómen, respire fundo e relaxe. Permaneça nessa posição por alguns minutos antes de se levantar.



TRAJETO DO INTESTINO GROSSO

1. Ascendente (lado direito)
2. Transverso (direita para esquerda)
3. Descendente (lado esquerdo)
4. Sigmoide (inferior esquerdo)

DICAS IMPORTANTES

- Use movimentos lentos, firmes e contínuos, seguindo o trajeto do intestino grosso.
- A pressão deve ser confortável, nunca causar dor.
- A regularidade é fundamental: estabeleça um horário diário.
- Associe com ingestão adequada de líquidos, alimentação rica em fibras e prescrição profissional.
- Suspenda a massagem em caso de dor, náuseas, febre ou outras alterações e procurar orientações.

A eficácia destas intervenções é maior quando as estratégias são articuladas com o horário do treino intestinal, a dieta, os cuidados de enfermagem e o nível de autonomia.

Exemplos

- **Doente com tetraplegia e pobre controlo de tronco:** priorizar estabilidade em sedestação, apoio dos pés, treino de transferência para cadeira sanitária; melhoria da tolerância à posição de sedestação.
- **Doente paraplégico com boa função dos membros superiores:** treinar transferências de forma autónoma, inclinação anterior do tronco, coordenação com a respiração, ensino de massagem abdominal e autonomia no posicionamento, vestir/despir e higiene.

Cuidados e limites

Nem todas as abordagens têm o mesmo nível de evidência e a resposta é individual. A segurança vem em primeiro lugar: qualquer técnica deve considerar integridade cutânea, dor, osteoporose e risco de fratura, hipotensão ortostática, tolerância cardiorrespiratória e possibilidade de disreflexia autonómica.

Precauções fisioterapêuticas
Autonómicas: vigiar hipotensão ortostática e disreflexia autonómica.
Cutâneas: verificar zonas de apoio, fricção e cisalhamento.
Músculo-esqueléticas: considerar osteoporose, dor, espasticidade e limitações articulares.
Cardiorrespiratórias: adaptar duração e intensidade à tolerância.
Evidência: não prometer resultados intestinais garantidos; monitorizar caso a caso.

Como perceber se a Fisioterapia está a ajudar

O impacto da Fisioterapia deve ser monitorizado com indicadores concretos, nomeadamente: se a intervenção reduz esforço, melhora a postura, aumenta autonomia e facilita o programa intestinal.

Melhoria Clínica

- Tempo total da rotina intestinal
- Tempo de trânsito intestinal, apenas quando formalmente avaliado em contexto clínico especializado ou de investigação
- Frequência de evacuação
- Consistência das fezes
- Número de episódios de perdas
- Necessidade de ajuste terapêutico
- Distensão abdominal, desconforto abdominal

Melhoria funcional

- Capacidade de posicionamento e transferências
- Tolerância ao ortostatismo e ao exercício
- Menor fadiga durante a rotina
- Participação segura nos autocuidados
- Satisfação, qualidade de vida e confiança para sair

> Ferramentas para Profissionais de Saúde

Perguntar "o que impede a técnica?", "o que tem dificultado a realização autónoma do treino intestinal?": frequentemente o problema não é o intestino em si, mas o défice de tronco, o medo de cair ou a dificuldade em assumir uma postura funcional.

Treinar para a vida real: transferências, equilíbrio de tronco e preservação ou ganho de amplitudes articulares são mais relevantes do que exercícios sem tradução funcional.

Usar estratégias simples: apoio dos pés, inclinação do tronco e respiração coordenada podem ter impacto imediato.

Integrar com Enfermagem e Terapia Ocupacional: a técnica deve ser exequível na sessão, no internamento e no domicílio e ser ensinada de forma coerente por todos os elementos da equipa.

Reavaliar: se a estratégia não se traduz em melhor tolerância, menor tempo ou maior autonomia, deve ser reajustada.

06

Terapia Ocupacional

Estratégias, produtos de apoio e adaptação ambiental

Depois de uma lesão medular, a ida à casa de banho deixa de ser uma rotina automática e passa a ser uma atividade complexa, que exige planeamento, postura, destreza manual, segurança, equipamentos e, muitas vezes, ajuda de terceiros. É aqui que a Terapia Ocupacional se torna particularmente relevante: ajuda a transformar uma tarefa íntima e difícil numa rotina mais segura, eficiente e digna.

O terapeuta ocupacional trabalha a autonomia nas atividades de higiene, a construção de rotinas intestinais sustentáveis, a adaptação do ambiente, a escolha de produtos de apoio, o posicionamento, o equilíbrio e a coordenação motora necessários para realizar o treino intestinal com o maior grau de independência possível.

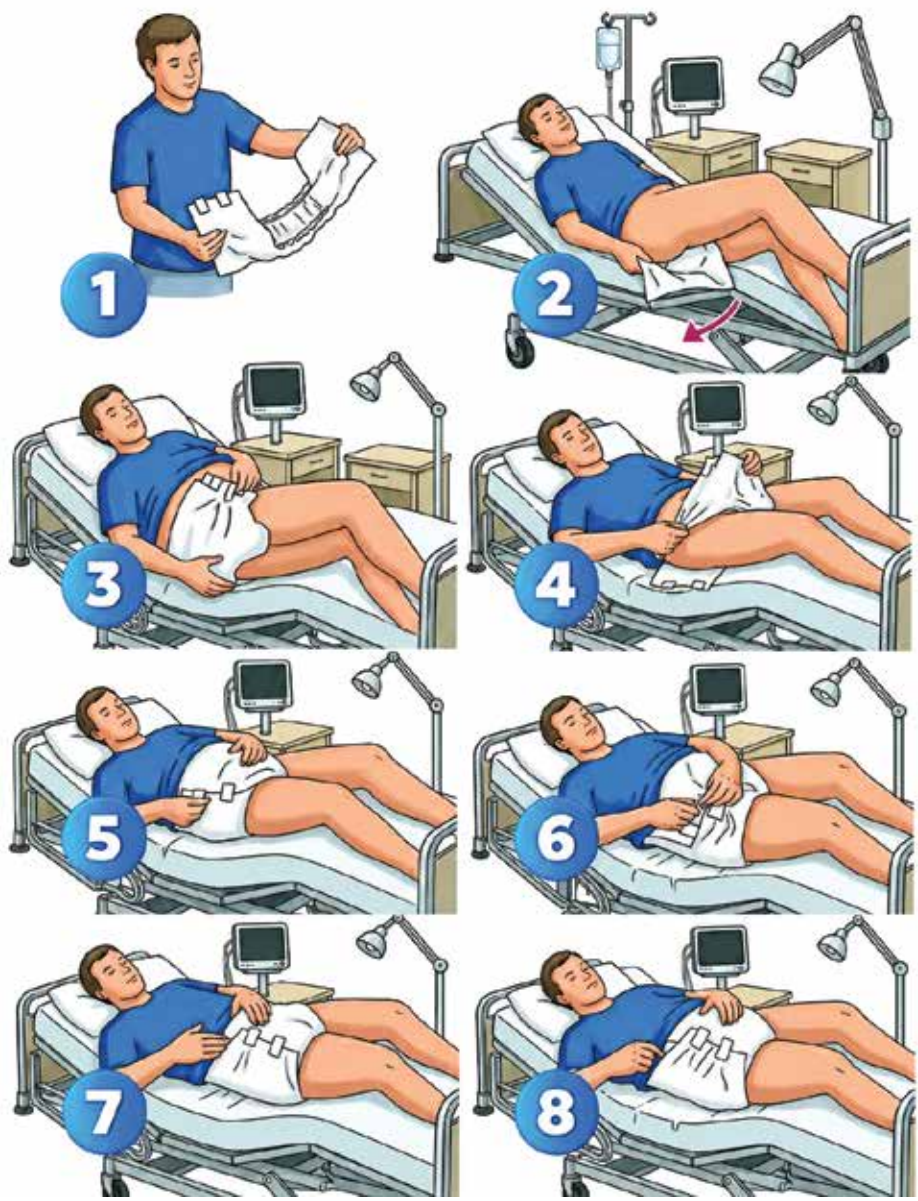
Posicionamento e transferência

Uma boa postura usa a gravidade a favor da evacuação. Sempre que possível, a posição sentada é preferível, com apoio lombar se o controlo de tronco for reduzido, joelhos ao nível ou ligeiramente acima das ancas e pés bem apoiados. Quando o equilíbrio é precário, podem ser necessários cintos pélvicos ou torácicos, barras laterais, apoio frontal e cadeiras com ligeira basculação.

O momento de higiene começa na transferência. Preparar a roupa, garantir a proximidade e travão da cadeira de rodas e escolher a superfície correta (sanita, cadeira sanitária, cadeira de banho, tábua de transferência ou elevador) poupam energia e reduzem risco de acidentes.

Estratégias de movimento e técnica

- **Inclinação do tronco e controlo postural:** podem facilitar a evacuação e permitir alcance para higiene.
- **Massagem abdominal e manobras facilitadoras:** quando ensinadas pela equipa, integram-se na rotina funcional.
- **Alternativa em leito:** quando a pessoa não tolera posição sentada, o treino pode ser feito em decúbito lateral esquerdo, com almofadas e organização do espaço.
- **Planeamento da tarefa:** ter todo o material disponível antes da transferência evita inclinações perigosas e interrupções.


1
2
3
4
5
6
7
8

As mãos como ferramenta do processo

Desde abrir um supositório até limpar a região perianal, a força, a preensão, a motricidade fina e o alcance são constantemente testados. A terapia ocupacional ajuda a encontrar soluções quando a função manual é limitada, incluindo estratégias de tenodese, uso da palma quando os dedos não têm força suficiente e seleção de produtos de apoio apropriados.

Sensibilidade: sentir para cuidar do corpo

As alterações de sensibilidade na região perineal são frequentes após a lesão medular e podem incluir diminuição ou ausência de sensibilidade, dor neuropática, hipersensibilidade e dificuldade em reconhecer sinais da bexiga e do intestino. A intervenção deve privilegiar inspeção da pele, estratégias compensatórias, educação para prevenção de lesão e adaptação funcional.

Em situações selecionadas, o terapeuta ocupacional pode trabalhar consciência corporal, tolerância ao toque e estratégias compensatórias. Qualquer intervenção direta na região perineal deve ser individualmente avaliada e supervisionada, nunca realizada sobre pele lesionada e interrompida perante dor, alteração cutânea, hemorragia ou sintomas autonómicos.

Kit de estimulação sensorial perineal

O kit de estimulação sensorial perineal pode ser utilizado como complemento da intervenção terapêutica após lesão medular, com o objetivo de promover consciência corporal, reconhecimento sensorial, tolerância ao toque e autonomia nos cuidados íntimos. A sua utilização deve ser orientada pelo terapeuta ocupacional, respeitando os limites, a segurança e o conforto da pessoa.

Estimular discriminação tátil e dessensibilização progressiva
Tecido macio (algodão, veludo)
Tecido rugoso (toalha turca)
Esponja macia
Escova de cerdas suaves
Esponjas com contraste (macia/rugosa)
Penas

Estimular perceção térmica e consciência sensorial
Compressa morna
Compressa fria

Estimular recetores profundos e consciência corporal
Massajador vibratório
Bola de massagem de picos
Rolo de espuma pequeno

Lubrificante íntimo à base de água
Pode ser utilizado durante exercícios de toque terapêutico ou higiene, promovendo maior conforto e reduzindo atrito/fricção

Produtos de apoio

O terapeuta ocupacional desempenha um papel fundamental na avaliação, adaptação e treino do uso de dispositivos e produtos de apoio. Estes recursos devem ser testados, sempre que possível, antes da aquisição, no contexto mais próximo do domicílio e com a pessoa e/ou cuidador que os irá utilizar.

- **Inserção e estimulação:** inseridores de supositórios, estimuladores digitais e sistemas de irrigação transanal.
- **Higiene e limpeza:** auxiliares de cabo longo para higiene perianal, bidés portáteis/chuveiros de mão e escovas/esponjas de cabo longo.
- **Visibilidade:** espelhos telescópicos, de inspeção mãos livres e espelhos adaptados para tetraplegia.
- **Posicionamento:** cadeiras de banho 3 em 1, alteadores de sanita e bancos de apoio para os pés.

Critérios para escolher produtos de apoio

Pergunta	Porque importa
O produto resolve que problema concreto?	Evita compras inúteis ou equipamentos que não melhoram autonomia.
O doente consegue usá-lo com a função manual que tem?	Preensão, força, alcance e sensibilidade determinam utilidade real.
Cabe na casa de banho?	Um bom produto pode ser impraticável se o espaço for insuficiente.
É confortável e seguro para a pele?	Assentos e apoios inadequados aumentam risco de úlceras de pressão.
Pode ser limpo e mantido facilmente?	A manutenção influencia adesão, higiene e durabilidade.

Adaptação do ambiente

A casa de banho precisa de funcionar para a tarefa e para a pessoa. Espaço de manobra, solução de porta que não reduza a área útil e permita assistência em emergência, barras de apoio, espaço lateral junto à sanita, superfícies ao alcance e boa iluminação podem ser decisivos. A adaptação deve ser individualizada e compatível com o utilizador, o cuidador e a estrutura da habitação.

Espaço de manobra

- Espaço livre para rodar a cadeira de rodas no WC
- A porta deve abrir de forma a não bloquear o espaço útil nem impedir assistência em emergência; podem ser adequadas soluções de abertura para fora ou de correr.

Sanita

- Deve existir espaço suficiente num dos lados para posicionar a cadeira de rodas e transferir com segurança
- As barras de apoio devem ser selecionadas e instaladas de acordo com a técnica de transferência, resistência da parede e necessidades da pessoa; podem combinar soluções fixas e rebatíveis.
- O botão de descarga deve ser adaptado ao nível de funcionalidade

Superfícies de apoio

- Prateleiras e superfícies de apoio devem ficar ao alcance do braço para evitar inclinações perigosas ao tentar alcançar objetos.

Iluminação

- Uma boa iluminação é fundamental para inspecionar a pele e as fezes e identificar possíveis perigos no ambiente.

Da técnica à ocupação: o treino intestinal na vida diária

A Terapia Ocupacional ajuda a transformar um plano clínico numa rotina ocupacional. Isto implica escolher o melhor horário, organizar o material, reduzir o número de transferências, adaptar roupa, garantir privacidade e simplificar a sequência de passos. Quanto menos barreiras existirem, maior a probabilidade de adesão.

A prática regular reduz o tempo de execução, aumenta a segurança e torna a rotina mais previsível. Para muitas pessoas, a chave do sucesso é a combinação entre técnica adequada, treino repetido e ambiente organizado. Isto não elimina a dificuldade, mas reduz a imprevisibilidade e devolve controlo.

Sequência funcional recomendada para treino de autonomia

- Preparar o ambiente: temperatura, privacidade, iluminação e material ao alcance.
- Preparar o corpo: roupa adequada, posição da cadeira, travões e apoios.
- Realizar transferência com técnica segura.
- Posicionar-se com estabilidade e apoio dos pés.
- Executar ou orientar a técnica intestinal prescrita.
- Realizar higiene e inspeção da pele.
- Regressar à cadeira/leito em segurança.
- Registar dificuldades para ajustar produtos de apoio ou ambiente.

> Ferramentas para profissionais de saúde

Observar a tarefa completa: transferência, posicionamento, manipulação do material e higiene final – não apenas uma etapa isolada.

Prescrever com objetivo funcional: cada produto de apoio deve responder a uma barreira concreta.

Treinar no contexto mais real possível: cadeira, sanita e materiais semelhantes aos que a pessoa terá em casa. A pessoa e o cuidador devem testar o apoio, os produtos e a compatibilidade com a casa de banho antes da alta.

07

Terapia da Fala

Disfagia, alimentação e articulação com o programa intestinal

À primeira vista, a Terapia da Fala pode parecer distante da gestão do intestino neurogénico. O seu contributo é sobretudo indireto: identificar e tratar disfagia (alteração da deglutição), favorecer uma ingestão oral segura quando possível, apoiar mastigação e higiene oral e articular texturas e horários alimentares com Nutrição e Enfermagem.

A Terapia da Fala não trata diretamente o intestino neurogénico. Torna-se particularmente relevante quando disfagia, mastigação ineficaz, texturas modificadas, fadiga durante as refeições ou alimentação entérica interferem com a ingestão, hidratação e organização do programa intestinal.

Qual é o contributo da via oral?

Mastigação, paladar e deglutição participam na fase cefálica da digestão e podem modular respostas gastrointestinais. Contudo, a evidência específica de que a intervenção da Terapia da Fala melhora o intestino neurogénico após lesão medular é limitada e predominantemente indireta. Estes mecanismos devem ser apresentados como racional fisiológico e área de investigação, não como efeito terapêutico estabelecido (Kumar et al., 2023; Yaoita et al., 2022).

Quando a pessoa realiza refeições em horários consistentes, pode ser mais fácil articular a alimentação com a rotina intestinal e aproveitar a resposta do intestino após a refeição. O benefício depende da ingestão efetiva, da composição e do volume da refeição, da medicação e do padrão intestinal; não depende exclusivamente da mastigação.

Disfagia na lesão medular

Na lesão medular, sobretudo cervical, a disfagia pode relacionar-se com cirurgia por via anterior, traqueostomia, imobilização cervical, fraqueza respiratória e orofaríngea, fadiga ou alterações neurológicas. A disfagia pode reduzir a ingestão de líquidos, fibra, energia e proteína e obrigar a texturas modificadas ou nutrição entérica, condicionando indiretamente a consistência das fezes e a organização dos horários. A nutrição entérica continua, contudo, a produzir estímulos gastrointestinais; ausência de alimentação oral não significa ausência completa de reflexo gastrocólico.

Avaliação e intervenção do terapeuta da fala
Avaliação da deglutição: segurança e eficiência da fase orofaríngea, tosse, fadiga, risco de aspiração e tolerância a diferentes texturas e volumes.
Avaliação instrumental quando indicada: videofluoroscopia ou FEES para melhor caracterização da disfagia.
Transição progressiva para a via oral: apenas quando clinicamente segura, com adaptação de textura e volume, progressão monitorizada e objetivos partilhados com a pessoa.
Intervenção terapêutica dirigida: exercícios e estratégias devem responder ao défice identificado e não ser prescritos de forma genérica.
Articulação com Nutrição e Enfermagem: garantir que a textura segura mantém densidade nutricional, fibra e hidratação adequadas e que os horários são compatíveis com o programa intestinal.

Quando a alimentação oral não é possível

Nos doentes com disfagia grave, a segurança da via aérea e a adequação nutricional são prioritárias. Mesmo sem alimentação oral, devem manter-se higiene oral rigorosa, intervenção terapêutica indicada e uma organização da nutrição entérica que respeite tolerância, necessidades nutricionais e, quando clinicamente possível, horários previsíveis. A decisão entre administração contínua ou intermitente compete à equipa clínica e não deve ser condicionada apenas pelo programa intestinal.

Coordenação Terapia da Fala - Nutrição - Enfermagem

Situação	Papel da TF	Articulação necessária
Disfagia com sonda nasogástrica ou PEG	Avaliar deglutição, assegurar higiene oral e preparar transição apenas quando clinicamente indicada.	Nutrição define necessidades e regime; Enfermagem administra, observa tolerância e articula horários.
Texturas modificadas	Definir consistência segura e estratégias de deglutição.	Nutrição adapta fibra, proteína, energia e líquidos; Enfermagem observa ingestão e rotina intestinal.

Situação	Papel da TF	Articulação necessária
Progressão para dieta normal	Treinar mastigação, coordenação e gestão da fadiga quando indicado.	A equipa monitoriza ingestão real, hidratação, segurança e impacto na organização diária.
Refeições muito longas ou fatigantes	Adaptar volume, textura, ritmo e pausas.	Prevenir baixa ingestão e evitar que a rotina intestinal comprometa a segurança ou a nutrição.

Mensagens-chave

- A via oral tem valor para nutrição, prazer, comunicação e autonomia, mas só deve ser promovida quando é segura.
- A mastigação e a fase oral da mastigação podem modular respostas gastrointestinais; o efeito clínico sobre o intestino neurogénico após lesão medular não está demonstrado.
- A progressão para a via oral deve ser guiada pela segurança e eficiência da deglutição.
- Os horários das refeições ou da nutrição entérica podem ajudar a organizar o programa intestinal, mas devem respeitar tolerância e necessidades clínicas.
- A saúde e a higiene oral devem ser valorizadas também nas pessoas alimentadas por sonda (McRae et al., 2023).

> Ferramentas para profissionais de saúde

Considerar e sinalizar o impacto funcional da disfagia: ingestão, hidratação, duração das refeições, fadiga e texturas modificadas podem condicionar o programa intestinal; devem ser tratadas causas modificáveis e prevenidas a desidratação e baixa ingestão.

Articular horários e texturas com Nutrição e Enfermagem: a consistência deve ser segura, nutricionalmente adequada e aceitável, e os horários não devem comprometer tolerância ou cuidados intestinais. Nenhum potencial benefício intestinal justifica risco de aspiração ou ingestão insuficiente.

08

Serviço Social

Recursos, direitos e continuidade de cuidados

O intestino neurogénico tem um impacto que ultrapassa o domínio orgânico e fisiológico. Pode implicar a utilização de produtos de apoio, reorganização da casa, ajuda de terceiros, maior disponibilidade horária, articulação de consultas, acesso a transportes, adaptação laboral e custos acrescidos. O Serviço Social funciona como ponte entre o doente, a família e os recursos disponíveis na comunidade, contribuindo para uma rede de suporte sólida e para a reintegração plena da pessoa no seu meio e na comunidade.

Na gestão do intestino neurogénico, o apoio social não é um complemento tardio - faz parte do plano de reabilitação. Um programa intestinal pode estar clinicamente bem desenhado e estruturado, mas falhar caso a pessoa não tenha uma casa de banho acessível, produtos de apoio, cuidador treinado, transporte para consultas ou informação clara sobre os seus direitos.

O que o Serviço Social acrescenta ao programa intestinal
Traduz necessidades clínicas em respostas sociais: produtos de apoio, adaptações do domicílio, transportes, apoio domiciliário, benefícios e articulação comunitária.
Ajuda a antecipar a alta: identifica barreiras que podem comprometer a rotina intestinal fora do regime de internamento.
Protege a continuidade: faz a ponte entre o plano hospitalar e o centro de saúde, comunidade, família, cuidadores e instituições locais.
Reduz desigualdades de acesso: clarifica direitos, circuitos e documentação, evitando que a pessoa dependa apenas da sua capacidade individual para navegar o sistema.
Apoia o cuidador: reconhece sobrecarga, necessidade de treino e apoio emocional, e procura respostas formais quando necessário.

Nota:
Informação legal e administrativa verificada em julho de 2026. Os critérios, valores e procedimentos podem ser alterados. A informação deve ser confirmada nos portais oficiais ou junto do Serviço Social antes de qualquer decisão.

Atestado Médico de Incapacidade Multiuso (AMIM)

O Atestado Médico de Incapacidade Multiuso é um documento oficial que comprova o grau de incapacidade física, mental ou sensorial, temporária ou permanente. No contexto da lesão medular, pode ser determinante para aceder a benefícios sociais, fiscais, laborais, de mobilidade e a produtos de apoio.

O AMIM é habitualmente requerido na Unidade de Saúde Pública da área de residência, com informação clínica e avaliação em Junta Médica de Avaliação de Incapacidade. A legislação prevê também emissão sem junta médica em situações e patologias especificamente definidas, através de médico do SNS habilitado para o efeito. Esta via não é uma alternativa universal e deve ser confirmada caso a caso.

Via de obtenção	O que implica	Nota prática
Unidade de Saúde Pública / JMAI	Requerimento, informação clínica e avaliação em Junta Médica de Avaliação de Incapacidade.	A incapacidade é calculada segundo a tabela legal aplicável. A equipa deve fornecer informação clínica funcionalmente relevante.
Emissão sem JMAI, quando legalmente prevista	Emissão por médico do SNS habilitado, através das ferramentas digitais da SPMS, apenas nas situações previstas na legislação.	A elegibilidade depende da patologia e dos critérios legais; deve ser confirmada antes de orientar esta via.
Renovação ou recurso	Procedimentos próprios quando termina a validade, há alteração clínica relevante ou se pretende contestar a avaliação.	Confirmar documentação, prazo e custo aplicável junto da Unidade de Saúde Pública.

Custos referidos pela equipa de Serviço Social

- 12,50 € quando a emissão resulta de Junta Médica de Avaliação de Incapacidade.
- 5 € em situações de renovação.
- 25 € se se tratar de junta de recurso.
- Gratuito quando emitido por médico do SNS, nos casos aplicáveis.

Produtos de apoio: transformar autonomia em algo possível

Os produtos de apoio são essenciais para promover segurança, autonomia e qualidade de vida. No doente com intestino neurogénico podem incluir equipamentos de higiene, cadeiras de banho, alteadores de sanita, barras, materiais de irrigação, dispositivos de posicionamento, ajudas técnicas para autocuidado e adaptações ambientais.

Circuito possível	Como pode apoiar	Exemplos de articulação
Serviço Nacional de Saúde	Prescrição eletrónica médica, quando aplicável.	Articular com equipa médica e terapêutica para descrever a necessidade funcional.
Segurança Social / SAPA	Possibilidade de financiamento de produtos de apoio através de centro prescritor, mediante avaliação, prescrição, documentação e disponibilidade do respetivo circuito.	Orientar para centro prescritor e apoiar a organização dos orçamentos e documentos exigidos no circuito aplicável.
IEFP	Apoios relacionados com formação, emprego, adaptação do posto de trabalho ou integração profissional.	Articular quando a gestão intestinal interfere com retorno ao trabalho, acessibilidade ou horários laborais.

Benefícios associados a incapacidade igual ou superior a 60%

Quando é atribuído grau de incapacidade igual ou superior a 60%, podem existir benefícios relevantes. A elegibilidade concreta depende da legislação em vigor, da situação fiscal, familiar, laboral, económica e clínica da pessoa. O papel do Serviço Social é orientar, esclarecer e encaminhar, evitando prometer benefícios sem verificação individual.

Área	Benefícios/apoios	Porque pode importar no intestino neurogénico
Produtos de apoio	Possibilidade de financiamento ou comparticipação através dos circuitos aplicáveis (SNS, Segurança Social/SAPA ou IEFP), mediante avaliação, prescrição e verificação das condições de elegibilidade.	Permite executar a rotina intestinal com maior segurança e autonomia.
Fiscalidade	Benefícios em IRS, menor retenção na fonte e deduções em despesas de educação, reabilitação ou seguros, quando aplicável.	Pode aliviar custos associados a cuidados, materiais e reabilitação.
Mobilidade	Isenção de IUC para incapacidade igual ou superior a 60%, relativamente a um veículo por beneficiário e por ano, dentro das categorias, emissões e limite de 240 € previstos na lei. Podem ainda aplicar-se benefícios em ISV e cartão de estacionamento, sujeitos a critérios próprios.	Facilita deslocações a consultas, trabalho, formação e vida social.
Saúde e cuidados	Alguns atos e episódios podem continuar sujeitos a taxa moderadora; a eventual isenção depende do enquadramento aplicável. Podem ainda existir apoios para fraldas e transporte não urgente quando se verificam requisitos clínicos e socioeconómicos.	Ajuda a reduzir barreiras ao seguimento e aos cuidados necessários.
Emprego e educação	Quota de emprego na Administração Pública, incentivos IEFP à contratação no setor privado e contingente especial para ensino superior.	A gestão intestinal pode exigir adaptação de horários, ambientes e apoio à reintegração.
Comunidade e vida diária	Prioridade no atendimento e outros benefícios que podem resultar da lei ou de decisões de entidades públicas ou privadas. Descontos comerciais, telecomunicações ou entradas em equipamentos culturais devem ser confirmados caso a caso.	Contribui para participação social e redução de encargos.

Área	Benefícios/apoios	Porque pode importar no intestino neurogénico
Habitação e proteção social	Bonificação da taxa de juro do crédito à habitação, eventual acionamento de seguro de vida e Prestação Social para a Inclusão (PSI), quando cumpridos os respetivos critérios. A componente base da PSI pode, em regra, abranger incapacidade igual ou superior a 60%; valores e acumulações dependem do grau de incapacidade, rendimentos e outras prestações.	Pode ser relevante quando há necessidade de obras, adaptação habitacional ou redução de rendimento.

Prestação Social para a Inclusão

A componente base da Prestação Social para a Inclusão pode, em regra, ser requerida por pessoas com incapacidade igual ou superior a 60%. O valor e as regras de acumulação dependem, entre outros fatores, do grau de incapacidade, dos rendimentos, da idade de certificação e de outras prestações recebidas. Deve ser feita avaliação individual junto da Segurança Social.

Cartão de estacionamento

O Decreto-Lei n.º 128/2017 enquadra o cartão de estacionamento para pessoas com deficiência. A elegibilidade depende do tipo e grau de incapacidade e do impacto permanente na mobilidade, bem como dos restantes grupos previstos na lei. O pedido exige documentação que comprove os critérios aplicáveis; o Serviço Social deve confirmar o procedimento atualizado e evitar assumir que um grau de incapacidade de 60% confere automaticamente direito ao cartão.

Serviço de Apoio Domiciliário e cuidadores

O Serviço de Apoio Domiciliário pode ser uma mais-valia para o doente com intestino neurogénico, ajudando na gestão de sintomas, cuidados de higiene, organização de rotinas e adaptação às necessidades específicas da pessoa. Também pode apoiar familiares e cuidadores, que frequentemente enfrentam exigência física, emocional e logística significativa.

A prestação de cuidados intestinais pode provocar sobrecarga, stress e desgaste psicológico. O Serviço Social deve, por isso, avaliar não apenas o doente, mas também a capacidade e limites do cuidador. O objetivo é evitar que a alta dependa de uma rede informal frágil, sem treino ou sem recursos.

Plano social de alta: checklist prática
Confirmar se a pessoa compreende o seu programa intestinal e sabe pedir ajuda.
Identificar cuidador principal, disponibilidade real, consentimento e necessidade de treino.
Verificar se a casa de banho permite a rotina planeada: espaço, produtos de apoio, duche, iluminação e privacidade.
Antecipar produtos de apoio e respetivo circuito de avaliação, prescrição e financiamento.
Orientar o pedido de AMIM quando indicado e reunir informação clínica funcionalmente relevante.
Avaliar necessidade de transporte não urgente, consultas de seguimento, cuidados domiciliários ou apoio de IPSS.
Articular com IEFP, escola, entidade empregadora ou autarquia quando o regresso à participação exige adaptações.
Registar contactos úteis e responsabilidades de cada serviço após a alta.

> Ferramentas para profissionais de saúde

Perguntar cedo: "O que vai acontecer em casa quando este plano intestinal tiver de ser feito?"

Mapear rede real: quem vive com o doente, quem ajuda, durante quanto tempo e com que competências.

Antecipar documentos: AMIM, produtos de apoio, prescrições, orçamentos e relatórios podem demorar.

Organizar por necessidades: incapacidade/documentação, produtos de apoio, mobilidade, habitação, cuidador, rendimento, emprego e comunidade.

Evitar promessas genéricas: confirmar sempre elegibilidade e legislação aplicável.

Reforçar dignidade: o apoio social deve facilitar autonomia, não substituir desnecessariamente a pessoa.

09

Conclusão

Quando o intestino deixa de ser um tema invisível

Falar de intestino neurogénico é falar de fisiologia, mas também de tempo, dignidade, autonomia, nutrição, mobilidade, deglutição, adaptação da casa e direitos sociais. É por isso que a sua gestão exige um olhar multidisciplinar e centrado na pessoa.

Ao longo deste livro, a mesma ideia surgiu sob diferentes formas: um programa intestinal bem-sucedido não nasce de uma única prescrição, mas de uma abordagem interdisciplinar que combina avaliação rigorosa, rotina consistente, técnica adequada, ensino à pessoa e aos cuidadores, treino funcional e continuidade de cuidados.

Se a gestão do intestino for trabalhada com clareza, respeito e coordenação, torna-se menos imprevisível e menos limitador. Não deixa de exigir atenção, mas pode deixar de comandar toda a vida da pessoa. Esse é, no fundo, o grande objetivo da reabilitação intestinal: devolver qualidade de vida, liberdade e dignidade à pessoa com lesão medular.

Guia rápido para usar este livro na prática

Este livro pode ser usado em consulta, internamento, sessões de educação ao doente, formação de cuidadores ou reuniões de equipa. Abaixo fica uma síntese operacional para transformar os capítulos num plano de cuidados.

Pergunta	Capítulos a consultar primeiro
Como classificar o tipo de intestino e escolher tratamento?	Médicos + Enfermagem
O que comer e beber para melhorar consistência das fezes?	Nutrição + Médicos
Como ensinar a técnica e preparar alta?	Enfermagem + Terapia Ocupacional + Serviço Social
O doente evita o treino por vergonha ou ansiedade?	Psicologia + Enfermagem
Como melhorar postura, tronco e transferência?	Fisioterapia + Terapia Ocupacional
Há disfagia, sonda ou texturas modificadas?	Terapia da Fala + Nutrição + Enfermagem
Faltam produtos de apoio, adaptações ou direitos sociais?	Serviço Social + Terapia Ocupacional

Checklist multidisciplinar final
Plano intestinal escrito: sim/não.
Objetivo de fezes definido: Bristol e frequência.
Técnica treinada: doente/cuidador executa ou orienta.
Dieta e hidratação ajustadas: compatíveis com função vesical e tolerância.
Produtos de apoio identificados: incluindo casa de banho.
Risco emocional avaliado: vergonha, evitamento, ansiedade, adesão.
Recursos sociais ativados: AMIM, apoios, transportes, domicílio.
Seguimento planeado: consulta, contactos e critérios de alarme.

10

Ferramentas práticas

Do plano multidisciplinar à alta

Percurso multidisciplinar de decisão

Este percurso não substitui a avaliação clínica; organiza a sequência de perguntas a que a equipa deve responder:

- Definir o problema predominante e o objetivo da pessoa: obstipação, perdas, demora, dor, distensão, dependência ou imprevisibilidade.
- Excluir impactação, obstrução, hemorragia, infeção, alteração metabólica e disreflexia autonómica.
- Avaliar frequência, consistência das fezes, grau de esvaziamento e tempo total da rotina.
- Rever alimentação, líquidos, medicação, refeições e horário do programa.
- Rever técnica, agente oral/retal, posicionamento, transferências e proteção da pele.
- Avaliar capacidade manual, produtos de apoio, acessibilidade da casa de banho e competência do cuidador.
- Identificar vergonha, ansiedade, evitamento, sobrecarga familiar e barreiras sociais ou económicas.
- Alterar uma variável de cada vez, registar a resposta e escalar apenas quando o programa otimizado continua inadequado.
- Entregar um plano escrito, plano de resgate, sinais de alarme e contactos de seguimento.

Diário intestinal

O diário deve ser preenchido durante alguns dias sempre que se inicia ou altera o programa. Ajuda a distinguir efeito da alimentação, líquidos, medicação, técnica e contexto.

Data e hora	Refeição e líquidos	Fezes	Programa realizado	Perdas, sintomas e observações
	Horário; alimentos; quantidade aproximada de líquidos	Bristol; quantidade; esvaziamento completo/ incompleto	Medicação; agente retal; técnica; posição; tempo total	Perdas; dor; distensão; sangue; sintomas autonómicos; intercorrências

Plano individual de alta

O plano deve ser preenchido e revisto com a pessoa e/ou cuidador antes da alta, utilizando linguagem compreensível.

Elemento do plano	Definição individual
Objetivo principal	
Padrão intestinal e consistência-alvo	
Frequência e horário	
Alimentação e líquidos	
Medicação oral e horário	
Agente retal e tempo de espera	
Técnica de esvaziamento e posicionamento	
Produtos de apoio e local de execução	
Quem executa/orienta	
Plano de resgate	
Sinais de alarme e plano de disreflexia	
Seguimento e contactos	

Glossário essencial

Termo	Significado
Intestino neurogénico	Alteração da função intestinal e anorretal causada por lesão do sistema nervoso.
Intestino refléxico	Padrão em que os reflexos sagrados podem estar preservados e ser aproveitados para desencadear evacuação.
Intestino arrefléxico	Padrão com redução ou ausência da resposta reflexa, frequentemente associado a dificuldade de esvaziamento e hipotonia esfincteriana.
Reflexo gastrocólico	Aumento da atividade do cólon após uma refeição.
Impactação fecal	Acumulação de fezes endurecidas que impede ou dificulta o esvaziamento e pode causar perdas líquidas paradoxais.
Disreflexia autonómica	Resposta autonómica potencialmente grave, geralmente em lesões acima de T6, com subida da tensão arterial e outros sintomas perante um estímulo abaixo da lesão.
Irrigação transanal	Introdução controlada de água pelo reto para promover esvaziamento intestinal.
Biofeedback	Técnica que fornece informação visual ou sonora sobre atividade muscular para facilitar aprendizagem e coordenação.
FODMAPs	Hidratos de carbono de cadeia curta fermentáveis que podem agravar gases e distensão em algumas pessoas.
AMIM / SAPA	Atestado Médico de Incapacidade Multiuso / Sistema de Atribuição de Produtos de Apoio.

11

Referências bibliográficas

Capítulo 01

- Coggrave, M., & Norton, C. (2013). Neurogenic bowel. *Handbook of Clinical Neurology, 110*, 221–228. https://doi.org/10.1016/B978-0-444-52901-5.00018-6
- Cotterill, N., Madersbacher, H., Wyndaele, J. J., Apostolidis, A., Drake, M. J., Gajewski, J., Heesakkers, J., Panicker, J., Radziszewski, P., Sakakibara, R., Sievert, K., Hamid, R., Kessler, T. M., & Emmanuel, A. (2018). Neurogenic bowel dysfunction: Clinical management recommendations of the Neurologic Incontinence Committee of the Fifth International Consultation on Incontinence 2013. *Neurourology and Urodynamics, 37(1)*, 46–53. https://doi.org/10.1002/nau.23289
- Durney, P., Stillman, M., Montero, W., & Goetz, L. (2020). A primary care provider's guide to neurogenic bowel dysfunction in spinal cord injury. *Topics in Spinal Cord Injury Rehabilitation, 26*(3), 172–176. https://doi.org/10.46292/sci2603-172
- Kurze, I., Geng, V., & Böthig, R. (2022). Guideline for the management of neurogenic bowel dysfunction in spinal cord injury/disease. *Spinal Cord*, 60(5), 435–443. https://doi.org/10.1038/s41393-022-00786-x
- Stoffel, J. T., Van der Aa, F., Wittmann, D., Yande, S., & Elliott, S. (2018). Neurogenic bowel management for the adult spinal cord injury patient. *World Journal of Urology, 36*(10), 1587–1592. https://doi.org/10.1007/s00345-018-2388-2

Capítulo 02

- Consortium for Spinal Cord Medicine. (2020). *Neurogenic bowel management in adults with spinal cord injury: Clinical practice guideline for health care providers.* Paralyzed Veterans of America. https://pva.org/research-resources/publications/clinical-practice-guidelines/
- Dimidi, E., van der Schoot, A., Barrett, K., Farmer, A. D., Lomer, M. C. E., Scott, S. M., & Whelan, K. (2025). British Dietetic Association guidelines for the dietary management of chronic constipation in adults. *Journal of Human Nutrition and Dietetics, 38*(5), Article e70133. https://doi.org/10.1111/jhn.70133
- Faber, W. X. M., Nachtegaal, J., Stolwijk, J., Witteman, B. J. M., & Winkels, R. (2025). Influence of dietary quality on neurogenic bowel dysfunction in individuals with spinal cord injury. *Topics in Spinal Cord Injury Rehabilitation, 31*(1), 42–51. https://doi.org/10.46292/sci24-00055
- Kurze, I., Geng, V., & Böthig, R. (2022). Guideline for the management of neurogenic bowel dysfunction in spinal cord injury/disease. *Spinal Cord, 60*(5), 435–443. https://doi.org/10.1038/s41393-022-00786-x
- Wong, S., Jamous, A., O'Driscoll, J., Sekhar, R., Weldon, M., Yau, C. Y., Hirani, S. P., Grimble, G., & Forbes, A. (2014). A *Lactobacillus casei* Shirota probiotic drink reduces antibiotic-associated diarrhoea in patients with spinal cord injuries: A randomised controlled trial. *British Journal of Nutrition, 111*(4), 672–678. https://doi.org/10.1017/S0007114513002973

Capítulo 03

- Albuquerque, G. P. M. de, Faleiros, F., França, I. S. X. de, Carneiro, T. T. A., Lima, M. A. M. de, & Coura, A. S. (2023). Cuidados de enfermagem em programas de reeducação intestinal para pacientes com intestino neurogênico. *Cogitare Enfermagem, 28*, Article e83080. https://doi.org/10.1590/ce.v28i0.83080
- Centro Catarinense de Reabilitação. (s.d.). *Manual de orientações: Reeducação intestinal.* Secretaria de Estado da Saúde de Santa Catarina. https://antigo.saude.sc.gov.br/index.php/informacoes-gerais-documentos/unidades-de-saude/ccr-centro-catarinense-de-reabilitacao/folders-e-banners/8597-folder-reeducacao-intestinal/file
- Christensen, P., Bazzocchi, G., Coggrave, M., Abel, R., Hultling, C., Krogh, K., & Emmanuel, A. (2006). A randomized controlled trial of transanal irrigation versus conservative bowel management in spinal cord-injured patients. *Gastroenterology, 131*(3), 738–747. https://doi.org/10.1053/j.gastro.2006.06.004
- Coggrave, M., & Norton, C. (2010). The need for manual evacuation and oral laxatives in the management of neurogenic bowel dysfunction after spinal cord injury: A randomized controlled trial of a stepwise protocol. *Spinal Cord, 48*(6), 504–510. https://doi.org/10.1038/sc.2009.166
- Consortium for Spinal Cord Medicine. (2020). *Neurogenic bowel management in adults with spinal cord injury: Clinical practice guideline for health care providers.* Paralyzed Veterans of America. https://pva.org/research-resources/publications/clinical-practice-guidelines/
- Correia, S. R., Couto, A. C., Silva, A. C., Pedroto, I., & Castro-Poças, F. (s.d.). *Desafios na terapêutica no doente com intestino neurogénico: A propósito de um caso clínico* [Resumo

de comunicação em congresso]. Sociedade Portuguesa de Coloproctologia. https://www.spcoloproctologia.pt
- Direção-Geral da Saúde. (s.d.). *Normas de orientação clínica sobre gestão da eliminação intestinal.* https://www.dgs.pt
- Emmanuel, A., Krogh, K., Bazzocchi, G., Leroi, A. M., Bremers, A., Leder, D., van Kuppevelt, D., & Christensen, P. (2013). Consensus review of best practice of transanal irrigation in adults. *Spinal Cord, 51*(10), 732–738. https://doi.org/10.1038/sc.2013.86
- Krassioukov, A., Eng, J. J., Claxton, G., Sakakibara, B. M., & Shum, S. (2010). Neurogenic bowel management after spinal cord injury: A systematic review of the evidence. *Spinal Cord, 48*(10), 718–733. https://doi.org/10.1038/sc.2010.14
- Pereira Melo de Albuquerque, G., Corbo, L. N., Faleiros, F., Sousa, L., Severino, S., & Coura, A. (2025). Desenvolvimento de inovação tecnológica em reabilitação do intestino neurogénico para o processo de ensino-aprendizagem em enfermagem. *Revista Portuguesa de Enfermagem de Reabilitação, 8*(1), Article e39983. https://doi.org/10.33194/rper.2025.39983

Capítulo 04

- Arango-Lasprilla, J. C., Plaza, S. L. O., Drew, A., Romero, J. L., Pizarro, J. A. A., Francis, K., & Kreutzer, J. (2010). Family needs and psychosocial functioning of caregivers of individuals with spinal cord injury from Colombia, South America. *NeuroRehabilitation, 27*(1), 83–93. https://doi.org/10.3233/NRE-2010-0583
- Budd, M. A., Gater, D. R., Jr., & Channell, I. (2022). Psychosocial consequences of spinal cord injury: *A narrative review. Journal of Personalized Medicine, 12*(7), Article 1178. https://doi.org/10.3390/jpm12071178
- Choukou, M. A., Best, K. L., Craven, B. C., & Hitzig, S. L. (2019). Identifying and classifying quality of life tools for assessing neurogenic bowel dysfunction after spinal cord injury. *Topics in Spinal Cord Injury Rehabilitation, 25*(1), 1–22. https://doi.org/10.1310/sci18-00019
- Craig, A., Nicholson Perry, K., Guest, R., Tran, Y., & Middleton, J. (2015a). Adjustment following chronic spinal cord injury: Determining factors that contribute to social participation. *British Journal of Health Psychology, 20*(4), 807–823. https://doi.org/10.1111/bjhp.12143
- Craig, A., Nicholson Perry, K., Guest, R., Tran, Y., Dezarnaulds, A., Hales, A., Ephraums, C., & Middleton, J. (2015b). Prospective study of the occurrence of psychological disorders and comorbidities after spinal cord injury. *Archives of Physical Medicine and Rehabilitation, 96*(8), 1426–1434. https://doi.org/10.1016/j.apmr.2015.02.027
- Dorenkamp, M. A., Waldron-Perrine, B., & Hanks, R. (2023). Influence of acceptance and commitment therapy core processes on anxiety and stress in persons with spinal cord injury: A cross-sectional study. *Archives of Physical Medicine and Rehabilitation, 104*(4), 612–618. https://doi.org/10.1016/j.apmr.2022.11.004
- Dorstyn, D., Mathias, J., & Denson, L. (2011). Efficacy of cognitive behavior therapy for the management of psychological outcomes following spinal cord injury: A meta-analysis. *Journal of Health Psychology, 16*(2), 374–391. https://doi.org/10.1177/1359105310379063
- Earle, S., O'Dell, L., Davies, A., & Rixon, A. (2020). Views and experiences of sex, sexuality and relationships following spinal cord injury: A systematic review and narrative synthesis of the qualitative literature. *Sexuality and Disability, 38*(4), 567–595. https://doi.org/10.1007/s11195-020-09653-0
- Geyh, S., Nick, E., Stirnimann, D., Ehrat, S., Michel, F., Peter, C., & Lude, P. (2012). Self-efficacy and self-esteem as predictors of participation in spinal cord injury-An ICF-based study. *Spinal Cord, 50*(9), 699–706. https://doi.org/10.1038/sc.2012.18
- Huang, G., Lin, B. L., Hu, J. H., Qiu, F. H., Zhang, W. Y., Zhang, Z. L., Fan, H., Lu, M., & Li, J. B. (2021). Effect of acceptance and commitment therapy on rehabilitation patients with spinal cord injury. *Contemporary Clinical Trials Communications, 24*, Article 100778. https://doi.org/10.1016/j.conctc.2021.100778
- Johns, J., Krogh, K., Rodriguez, G. M., Eng, J., Haller, E., Heinen, M., Laredo, R., Longo, W., Montero-Colon, W., Wilson, C., & Korsten, M. (2021). Management of neurogenic bowel dysfunction in adults after spinal cord injury: Clinical practice guideline for health care providers. *Topics in Spinal Cord Injury Rehabilitation, 27*(2), 75–151. https://doi.org/10.46292/sci2702-75
- Kennedy, P., Duff, J., Evans, M., & Beedie, A. (2003). Coping effectiveness training reduces depression and anxiety following traumatic spinal cord injury. *British Journal of Clinical Psychology, 42*(1), 41–52. https://doi.org/10.1348/014466503762842002
- Le, J., & Dorstyn, D. (2016). Anxiety prevalence following spinal cord injury: A meta-analysis.

Spinal Cord, 54(8), 570–578. https://doi.org/10.1038/sc.2016.15
- Ma, T. W., Yuen, A. S., & Yang, Z. (2023). The efficacy of acceptance and commitment therapy for chronic pain: A systematic review and meta-analysis. *The Clinical Journal of Pain, 39*(3), 147–157. https://doi.org/10.1097/AJP.0000000000001096
- Mehta, S., Orenczuk, S., Hansen, K. T., Aubut, J.-A., Hitzig, S. L., Legassic, M., Teasell, R. W., & Spinal Cord Injury Rehabilitation Evidence Research Team. (2011). An evidence-based review of the effectiveness of cognitive behavioral therapy for psychosocial issues post-spinal cord injury. *Rehabilitation Psychology, 56*(1), 15–25. https://doi.org/10.1037/a0022743
- Nash, A., Kaiser, S., & Ledwith, S. (2024). Individuals' experiences of adjusting to changes in body image after spinal cord injury: A literature review and thematic synthesis. *Disability and Rehabilitation, 46*(9), 1685–1698. https://doi.org/10.1080/09638288.2023.2202926
- Osborne, J. B., Rocchi, M. A., McBride, C. B., McKay, R., Gainforth, H. L., Upper, R., & Sweet, S. N. (2023). Couples' experiences with sexuality after spinal cord injury. Disability and Rehabilitation, 45(4), 664–672. https://doi.org/10.1080/09638288.2022.2040611
- Roach, M. J., Frost, F. S., & Creasey, G. (2000). Social and personal consequences of acquired bowel dysfunction for persons with spinal cord injury. *The Journal of Spinal Cord Medicine, 23*(4), 263–269. https://doi.org/10.1080/10790268.2000.11753535
- Rodriguez, G. M., & Gater, D. R. (2022). Neurogenic bowel and management after spinal cord injury: A narrative review. *Journal of Personalized Medicine, 12*(7), Article 1141. https://doi.org/10.3390/jpm12071141
- Sakakibara, B. M., Miller, W. C., Orenczuk, S. G., Wolfe, D. L., & SCIRE Research Team. (2009). A systematic review of depression and anxiety measures used with individuals with spinal cord injury. *Spinal Cord, 47*(12), 841–851. https://doi.org/10.1038/sc.2009.93
- Schultz, K. R., Mona, L. R., & Cameron, R. P. (2022). Mental health and spinal cord injury: Clinical considerations for rehabilitation providers. Current Physical Medicine and Rehabilitation Reports, 10(3), 131–139. https://doi.org/10.1007/s40141-022-00349-4
- Ture, S. D., Ozkaya, G., & Sivrioglu, K. (2023). Relationship between neurogenic bowel dysfunction severity and functional status, depression, and quality of life in individuals with spinal cord injury. *The Journal of Spinal Cord Medicine, 46*(3), 424–432. https://doi.org/10.1080/10790268.2021.2021043
- Williams, R., & Murray, A. (2015). Prevalence of depression after spinal cord injury: A meta-analysis. *Archives of Physical Medicine and Rehabilitation, 96*(1), 133–140. https://doi.org/10.1016/j.apmr.2014.08.016

Capítulo 05

- Bersch, I., Schafer, K., Limacher, A., Sonntag, U., Baumberger, M., & Alberty, M. (2025). The effect of neuromuscular electrical stimulation on bowel management in people with chronic spinal cord injury—An IDEAL 2a pilot study. *Colorectal Disease, 27*(11), Article e70276. https://doi.org/10.1111/codi.70276
- Coggrave, M., Norton, C., & Cody, J. D. (2014). Management of faecal incontinence and constipation in adults with central neurological diseases. *Cochrane Database of Systematic Reviews, 2014*(1), Article CD002115. https://doi.org/10.1002/14651858.CD002115.pub5
- Hubscher, C. H., Herrity, A. N., Williams, C. S., Montgomery, L. R., Willhite, A. M., Angeli, C. A., & Harkema, S. J. (2018). Improvements in bladder, bowel and sexual outcomes following task-specific locomotor training in human spinal cord injury. *PLOS ONE, 13*(1), Article e0190998. https://doi.org/10.1371/journal.pone.0190998
- Johns, J., Krogh, K., Rodriguez, G. M., Eng, J., Haller, E., Heinen, M., Laredo, R., Longo, W., Montero-Colon, W., & Korsten, M. (2021). Management of neurogenic bowel dysfunction in adults after spinal cord injury: Clinical practice guideline for health care providers. *The Journal of Spinal Cord Medicine, 44*(3), 442–510. https://doi.org/10.1080/10790268.2021.1883385
- Krassioukov, A., Eng, J. J., Claxton, G., Sakakibara, B. M., & Shum, S. (2010). Neurogenic bowel management after spinal cord injury: A systematic review of the evidence. *Spinal Cord, 48*(10), 718–733. https://doi.org/10.1038/sc.2010.14
- Kurze, I., Geng, V., & Böthig, R. (2022). Guideline for the management of neurogenic bowel dysfunction in spinal cord injury/disease. *Spinal Cord, 60*(5), 435–443. https://doi.org/10.1038/s41393-022-00786-x
- Kwok, S., Harvey, L., Glinsky, J., Bowden, J. L., Coggrave, M., & Tussler, D. (2015). Does regular standing improve bowel function in people with spinal cord injury? A randomised crossover trial. *Spinal Cord, 53*(1), 36–41. https://doi.org/10.1038/sc.2014.189

- Rodriguez, G. M., & Gater, D. R. (2022). Neurogenic bowel and management after spinal cord injury: *A narrative review. Journal of Personalized Medicine, 12*(7), Article 1141. https://doi.org/10.3390/jpm12071141
- van der Scheer, J. W., Goosey-Tolfrey, V. L., Valentino, S. E., Davis, G. M., & Ho, C. H. (2021). Functional electrical stimulation cycling exercise after spinal cord injury: A systematic review of health and fitness-related outcomes. *Journal of NeuroEngineering and Rehabilitation, 18, Article 99.* https://doi.org/10.1186/s12984-021-00882-8

Capítulo 06

- Benedicto, A. J., Foresti, A. G., Fernandes, M. V. F., Miri, A. L., Lopes, E. L., & De Souza, R. B. (2022). Functional independence analysis in persons with spinal cord injury. *Fisioterapia em Movimento, 35*, Article e35146. https://doi.org/10.1590/fm.2022.35146
- Borsh, S., Sikka, S., Callender, L., Bennett, M., Reynolds, M., & Driver, S. (2019). Implementation of a neurogenic bowel program for spinal cord injury in the acute care setting: Perceptions of patients and staff. Occupational *Therapy in Health Care, 33*(3), 306–322. https://doi.org/10.1080/07380577.2019.1633586
- Cotterill, N., Madersbacher, H., Wyndaele, J. J., Apostolidis, A., Drake, M. J., Gajewski, J., Heesakkers, J., Panicker, J., Radziszewski, P., Sakakibara, R., Sievert, K., Hamid, R., Kessler, T. M., & Emmanuel, A. (2018). Neurogenic bowel dysfunction: Clinical management recommendations of the Neurologic Incontinence Committee of the Fifth International Consultation on Incontinence 2013. *Neurourology and Urodynamics, 37*(1), 46–53. https://doi.org/10.1002/nau.23289
- Ethans, K., Smith, K., Casay, A., Christie, C., Chu, T., Querée, M., Willms, R., & Eng, J. J. (2024). Bowel dysfunction and management following spinal cord injury. In J. J. Eng, R. W. Teasell, W. C. Miller, D. L. Wolfe, A. F. Townson, J. T. C. Hsieh, V. K. Noonan, E. Loh, S. Sproule, & M. Querée (Eds.), *Spinal Cord Injury Research Evidence.* SCIRE Project. https://scireproject.com/evidence/bowel-dysfunction-and-management/
- Harder, S., Jörger, A. K., Nagel, A., Schmidt, R., & Waldner-Nilsson, B. (2023). Toilettenstuhlversorgung bei Querschnittlähmung. *Die Rehabilitation, 62*(3), 191–196. https://doi.org/10.1055/a-2061-1169
- Johns, J., Krogh, K., Rodriguez, G. M., Eng, J., Haller, E., Heinen, M., Laredo, R., Longo, W., Montero-Colon, W., Wilson, C., & Korsten, M. (2021). Management of neurogenic bowel dysfunction in adults after spinal cord injury: Clinical practice guideline for health care providers. *Topics in Spinal Cord Injury Rehabilitation, 27*(2), 75–151. https://doi.org/10.46292/sci2702-75
- Lili, L., Jun, M., Yanru, L., & Fucun, L. (2023). Independence and upper extremity functioning after spinal cord injury: A cross-sectional study. *Scientific Reports, 13*, Article 3148. https://doi.org/10.1038/s41598-023-30083-9
- Lysack, C., Zafonte, C., Neufeld, S., & Dijkers, M. (2001). Self-care independence after spinal cord injury: Patient and therapist expectations and real life performance. *Journal of Spinal Cord Medicine, 24*(4), 257–265. https://doi.org/10.1080/10790268.2001.11753585
- Martini, M., Chia, M., Gasparrini, M. A., Iosa, M., Pierelli, F., & Paolucci, S. (2020). Balance and postural control in patients with spinal cord injury: A narrative review. *Brain Sciences, 10*(8), Article 477. https://doi.org/10.3390/brainsci10080477
- Maynard, F. M., Jr., Bracken, M. B., Creasey, G., Ditunno, J. F., Jr., Donovan, W. H., Ducker, T. B., Garber, S. L., Marino, R. J., Stover, S. L., Tator, C. H., Waters, R. L., Wilberger, J. E., & Young, W. (1997). International standards for neurological and functional classification of spinal cord injury. *Spinal Cord, 35*(5), 266–274. https://doi.org/10.1038/sj.sc.3100432
- McDonald, J. W., & Sadowsky, C. (2002). Spinal-cord injury. *The Lancet, 359*(9304), 417–425. https://doi.org/10.1016/S0140-6736(02)07603-1
- North Coast Medical, Inc. (s.d.). *Bath hygiene.* Consultado em 20 de janeiro de 2026, em https://www.ncmedical.com/categories/ADL/Bath-Hygiene.html
- Ozisler, Z., Koklu, K., Ozel, S., & Unsal-Delialioglu, S. (2015). Outcomes of bowel program in spinal cord injury patients with neurogenic bowel dysfunction. *Neural Regeneration Research, 10*(7), 1153–1158. https://doi.org/10.4103/1673-5374.160112
- Rodriguez, G. M., & Gater, D. R. (2022). Neurogenic bowel and management after spinal cord injury: A narrative review. *Journal of Personalized Medicine, 12*(7), Article 1141. https://doi.org/10.3390/jpm12071141
- Ryan, J. (2025). *The role of occupational therapy in bladder and bowel management for individuals with spinal cord injuries: An educational video series* [Projeto final de doutoramento,

University of St. Augustine for Health Sciences]. SOAR @ USA. https://doi.org/10.46409/sr.WLOA1023
- Sober-Williams, E. K. (2024). Effectiveness of physical rehabilitation methods for bowel and bladder function in patients with spinal cord injury: A systematic review. *International Journal of Health Sciences, 8*(2), 1–12. https://doi.org/10.47941/ijhs.1835

Capítulo 07

- Dorfman, L., El-Chammas, K., Mansi, S., & Kaul, A. (2022). Gastrocolonic response. *Current Gastroenterology Reports, 24*(11), 137–144. https://doi.org/10.1007/s11894-022-00849-2
- Katschinski, M. (2000). Nutritional implications of cephalic phase gastrointestinal responses. *Appetite, 34*(2), 189–196. https://doi.org/10.1006/appe.1999.0280
- Kumar, A., Almotairy, N., Merzo, J. J., Wendin, K., Rothenberg, E., Grigoriadis, A., Sandborgh-Englund, G., & Trulsson, M. (2023). Chewing and its influence on swallowing, gastrointestinal and nutrition-related factors: A systematic review. *Critical Reviews in Food Science and Nutrition, 63*(33), 11987–12017. https://doi.org/10.1080/10408398.2022.2098245
- McRae, J., Morgan, S., Wallace, E., & Miles, A. (2023). The state of oral health in people with dysphagia: A systematic review. *Dysphagia, 38*(4), 1025–1038. https://doi.org/10.1007/s00455-022-10535-0
- Yaoita, F., Watanabe, K., Kimura, I., Miyazawa, M., Tsuchiya, S., Kanzaki, M., Tsuchiya, M., & Tan-No, K. (2022). Impact of habitual chewing on gut motility via microbiota transition. *Scientific Reports, 12*, Article 13819. https://doi.org/10.1038/s41598-022-18095-x

Capítulo 08

- Decreto-Lei n.º 15/2024, de 17 de janeiro. (2024). [Alteração do regime de avaliação de incapacidade das pessoas com deficiência]. *Diário da República, 1.ª série.*
- Decreto-Lei n.º 22-A/2007, de 29 de junho. (2007). [Isenção do imposto único de circulação e do imposto sobre veículos]. *Diário da República, 1.ª série.*
- Decreto-Lei n.º 29/2001, de 3 de fevereiro. (2001). [Sistema de quotas de emprego para pessoas com deficiência na Administração Pública]. *Diário da República, 1.ª série-A.*
- Decreto-Lei n.º 58/2016, de 29 de agosto. (2016). [Atendimento prioritário nos serviços públicos e noutros estabelecimentos]. *Diário da República, 1.ª série.*
- Decreto-Lei n.º 64/2014, de 26 de agosto. (2014). [Bonificação da taxa de juro do crédito à habitação para pessoas com deficiência]. *Diário da República, 1.ª série.*
- Decreto-Lei n.º 128/2017, de 9 de outubro. (2017). [Alteração do regime de atribuição do cartão de estacionamento para pessoas com deficiência]. *Diário da República, 1.ª série.*
- Decreto-Lei n.º 290/2009, de 12 de outubro. (2009). [Programa de emprego e apoio à qualificação das pessoas com deficiência e incapacidade]. *Diário da República, 1.ª série.*
- Decreto-Lei n.º 291/2009, de 12 de outubro. (2009). [Regime de avaliação de incapacidade das pessoas com deficiência]. *Diário da República, 1.ª série.*
- Decreto-Lei n.º 352/2007, de 23 de outubro. (2007). [Aprovação da Tabela Nacional de Incapacidades por Acidentes de Trabalho e Doenças Profissionais]. *Diário da República, 1.ª série.*
- Despacho n.º 2027/2010, de 29 de janeiro. (2010). [Sistema de atribuição de produtos de apoio a pessoas com deficiência e incapacidade]. *Diário da República, 2.ª série.*
- Portaria n.º 171/2025/1, de 10 de abril. (2025). [Desmaterialização das juntas médicas de avaliação de incapacidade e lista de patologias elegíveis para emissão de atestado médico de incapacidade multiuso sem junta médica]. *Diário da República, 1.ª série.*
- Portaria n.º 478/2010, de 9 de julho. (2010). [Regulamento do contingente especial de acesso ao ensino superior para candidatos com deficiência]. *Diário da República, 1.ª série.*
- Autoridade Tributária e Aduaneira. (2026). Código do Imposto Único de Circulação: Artigo 5.º - Isenções. https://info.portaldasfinancas.gov.pt/pt/informacao_fiscal/codigos_tributarios/iuc/Pages/iuc5.aspx
- Instituto da Segurança Social, I. P. (2026). Guia prático: Prestação Social para a Inclusão. https://www.seg-social.pt/
- SNS 24. (2026). Atestado multiuso. https://www.sns24.gov.pt/servico/atestado-multiuso/
- SNS 24. (2026). Taxas moderadoras. https://www.sns24.gov.pt/servico/taxas-moderadoras/

Coloplast II Portugal, Unipessoal, Lda. - Rua Tierno Galvan 10, Torre 3 - Piso 13,
Torres das Amoreiras, 1070-274 Lisboa, Portugal - www.coloplast.pt
The Coloplast logo is a registered trademark of Coloplast A/S. © [2026-09]
All rights reserved Coloplast A/S.

Coloplast