



INSTITUTO POLITÉCNICO
DE VIANA DO CASTELO

Intervenção do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação em Mulheres com Incontinência Urinária, após o AVC



**INSTITUTO POLITÉCNICO
DE VIANA DO CASTELO**

Marta Soraia da Silva Braga

Estágio de Natureza Profissional com Relatório Final

**Intervenção do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de
Reabilitação em Mulheres com Incontinência Urinária, após o
AVC**

Mestrado em Enfermagem de Reabilitação

Relatório efetuado sob a orientação de:

Professora Doutora Maria Salomé Martins Ferreira

Coorientação:

Mestre Andreia Patrícia Azevedo Chiado

Junho 2022

RESUMO

Contexto e Objetivo: A incontinência urinária tem uma grande prevalência em utentes com AVC, principalmente em idades superiores aos 50 anos (Cândido *et al.*, 2017). A persistência desta disfunção, afeta de forma significativa a autoestima e qualidade de vida dos utentes (Thomé *et al.*, 2021; Farrés-Godayol *et al.*, 2022). Desta forma, compreende-se que o enfermeiro especialista em reabilitação, identifica diagnóstica, concebe, implementa e avalia, programas de reabilitação (Ordem dos Enfermeiros, 2019). Assim, a intervenção deste profissional é imprescindível para minimizar o impacto da incontinência urinária na pessoa com AVC. O presente estudo tem como finalidade contribuir para a visibilidade da intervenção do enfermeiro especialista em reabilitação, na gestão da incontinência urinária e tem como objetivo principal: Avaliar o efeito de um Programa de Reabilitação na Gestão da Incontinência Urinária na mulher após a ocorrência do AVC.

Método: Estudo de Casos Múltiplos, método quantitativo (Yin, 2018). A amostra foi constituída por (n=5) com idade compreendida entre os 53 e os 87 anos, com diagnóstico de incontinência urinária após a ocorrência de AVC. Foi aplicado um programa de reabilitação para a gestão da incontinência urinária desde a deteção da incontinência urinária, até ao momento da alta clínica. A avaliação foi realizada através da Escala de Autoeficácia de Broome e de Diário Miccional.

Resultados: Os resultados do estudo foram de encontro aos objetivos permitindo concluir que relativamente à urgência urinária das 5 (100%) utentes em estudo, 4 (80%) apresentavam urgência urinária no início do estudo e nenhuma apresentava no final. O mesmo aconteceu com as perdas de urina em que 5 (100%) apresentava perdas de urina e no final nenhuma apresentou perdas de urina. A variável frequência urinária mostrou ao longo do estudo um comportamento condicionado pela orientação das utentes em ir à casa de banho 10 vezes por dia. Foi possível estabelecer uma correlação Spearman mostrando haver relações entre as diferentes variáveis T-test para amostras emparelhadas, de forma a comparar os valores antes e depois da intervenção, foi possível constatar que há diferenças estatisticamente significativas antes e depois do programa relativamente à urgência urinária [$t(4)= 3,50$; $p=0,025$; $d=1,57$] e às perdas de urina [$t(4)= 4,47$; $p=0,011$; $d=2,00$], compreendendo-se que em ambos os casos há melhorias. Na aplicação da escala de autoeficácia de Broome, verificou-se que antes do programa de reabilitação tanto na parte A como na B todas as participantes apresentaram baixa autoeficácia na confiança de contração dos músculos pélvicos, exceto no Caso 8 que apresentou autoeficácia moderada na avaliação da parte B.

Na segunda avaliação todas as utentes apresentaram elevada autoeficácia na confiança de contração dos músculos do pavimento pélvico.

Conclusão: O programa de reabilitação para a gestão da incontinência urinária, composto por alterações comportamentais e sessões de exercícios de reabilitação específicos da musculatura do pavimento pélvico, teve um efeito positivo na diminuição da urgência urinária e quantidade de urina perdida, bem como no nível de confiança na realização das contrações dos músculos pélvicos, sem que ocorram perdas de urina e no nível de confiança nas contrações dos músculos pélvicos como prevenção de perdas involuntárias de urina. É imprescindível a produção de investigação nesta área, no intuito de comprovar a importância dos programas de enfermagem de reabilitação na resolução da incontinência urinária após o AVC.

Palavras-chave: Acidente Vascular Cerebral; Enfermagem em Reabilitação; Incontinência Urinária.

ABSTRACT

Context and Objective: Urinary incontinence has a high prevalence in patients who have experienced a stroke, especially those aged over 50 years (Cândido *et al.*, 2017). The persistence of this dysfunction significantly affects the self-esteem and quality of life of the patients (Thomé *et al.*, 2021; Farrés-Godayol *et al.*, 2022). As such, it is understood that the nurse specialist in rehabilitation, identifies, diagnoses, designs, implements and evaluates rehabilitation programs (Ordem dos Enfermeiros, 2019). Thus, the intervention of this professional is essential to minimize the impact of urinary incontinence in people who have experienced a stroke. The present study aims to contribute to outlining the importance of the role a rehabilitation nurse in the management of urinary incontinence and its main objective is to: Evaluate the effect of a Rehabilitation Program in the Management of Urinary Incontinence in women after the occurrence of a stroke.

Method: Multiple Case Study, quantitative method. The sample consisted of (n=5) aged between 53 and 87 years, diagnosed with urinary incontinence after a stroke. A rehabilitation program was applied for the management of urinary incontinence from the detection of urinary incontinence until the moment of clinical discharge. The evaluation was performed using the Broome Pelvic Muscle Exercise Self-Efficacy Scale and the Voiding Diary.

Results: The results of the study were in line with the objectives, allowing us to conclude that in relation to urinary urgency of the 5 (100%) users in the study, 4 (80%) had urinary urgency at the beginning of the study and none at the end. The same happened with urine leakage in which 5 (100%) had urine leakage and in the end none had urine leakage. Throughout the study, the urinary frequency variable was influenced by a behavior encouraged by the rehabilitation nurse to condition the users to go to the bathroom 10 times a day. It was possible to establish a Spearman correlation showing that there are relationships between the different T-test variables for paired samples. In order to compare the values before and after the intervention, it was possible to verify that there are statistically significant differences before and after the program regarding urinary urgency [$t(4)=3.50$; $p=0.025$; $d=1.57$] and urine leakage [$t(4)= 4.47$; $p=0.011$; $d=2.00$], concluding that in both cases there are improvements. In the application of the Broome Pelvic Muscle Exercise Self-Efficacy Scale, it was found that before the rehabilitation program, both in part A and B, all participants showed low self-efficacy in the confidence of the contraction of the pelvic muscles, except in Case 8, which showed moderate self-efficacy in the evaluation of part B.

In the second evaluation, all users showed high self-efficacy in the confidence of contraction of the pelvic floor muscles.

Conclusion: The rehabilitation program for the management of urinary incontinence, consisting of behavioral changes and sessions of specific rehabilitation exercises for the pelvic floor muscles had a positive effect on decreasing urinary urgency and the amount of urine lost. In addition to this, there was also a positive effect on the level of confidence in the performance of pelvic muscle contractions without leakage of urine and the level of confidence in pelvic muscle contractions to prevent involuntary leakage of urine. It is essential to produce research in this area, in order to prove the importance of rehabilitation nursing programs in the resolution of urinary incontinence after a stroke.

Keywords: Urinary Incontinence; Stroke; Rehabilitation Nursing.

AGRADECIMENTOS

Um agradecimento especial à minha família e em especial ao meu namorado, por todo o afeto, carinho e compreensão ao longo desta etapa tão importante da minha vida.

Agradeço também à minha Orientadora, Senhora Professora Doutora Salomé Ferreira e às minhas Orientadoras de estágio, Senhoras Enfermeiras Andreia Chiado e Sandra Franco, pelo acompanhamento, apoio, orientação, incentivo e pelos valiosos contributos durante todo o percurso.

Manifesto também a minha gratidão a todas as utentes participantes na investigação, por terem permitido a concretização deste estudo e, para além de possibilitarem a oportunidade de serem ajudadas, proporcionarem também que no futuro, outras utentes recebam uma ajuda especializada e mais adaptada as necessidades específicas de cada uma delas.

A todas as Senhoras Enfermeiras, minhas colegas e à Senhora Enfermeira Gestora do Serviço de Medicina 2, minha chefe, que muito contribuíram para a realização deste estudo – os meus agradecimentos!

Agradeço também, aos meus colegas de curso por tornarem todo este processo mais leve e divertido.

Um inevitável e incondicional agradecimento à minha amiga e companheira de sempre, Iva por todos os momentos de construção, diversão e apoio.

Dedico este estudo,

Às utentes que de uma forma inesperada contraíram um AVC e sequencialmente perderam a continência urinária, e neste contexto imprevisto de perdas confiaram em mim, no meu projeto e no meu trabalho, abraçando um desafio que teve um final feliz.

Bem hajam por partilharem os vossos valores e por fazerem cada segundo do nosso trabalho valer apenas.

A todos os utentes que se envolveram de forma direta ou indireta no percurso deste processo formativo do curso de mestrado de enfermagem de reabilitação e por serem quem são, pois os seus desafios e experiências possibilitaram criar múltiplas oportunidades de, juntamente com eles, aprender e crescer.

Às suas famílias – fico muito grata pelo papel de grande colaboração.

“A persistência é o melhor caminho para o êxito”

Charles Chaplin

SUMÁRIO

Resumo.....	ii
Abstract	iv
Agradecimentos.....	vi
Índice de Figuras	xii
Índice de Quadros.....	xiii
INTRODUÇÃO GERAL	15
CARATERIZAÇÃO DO CONTEXTO DA PRÁTICA CLÍNICA	17
CAPÍTULO I: TRABALHO DE INVESTIGAÇÃO	19
INTRODUÇÃO.....	20
1. ENQUADRAMENTO TEÓRICO.....	22
1.1. ACIDENTE VASCULAR CEREBRAL	22
1.2. INCONTINÊNCIA URINÁRIA	30
1.2.1. Anatomia e neurofisiologia da micção	31
1.2.2. Fisiopatologia da incontinência urinária.....	35
1.2.3. Fatores de risco da incontinência urinária	36
1.2.4. Tipos de incontinência urinaria	37
1.2.5. Tratamento da Incontinência Urinária.....	38
1.3. O PAPEL DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA EM ENFERMAGEM DE REABILITAÇÃO NA GESTÃO DA INCONTINÊNCIA URINÁRIA.....	42
2. METODOLOGIA	47
2.1. Da questão de investigação aos objetivos do estudo	48
2.2. Tipo de estudo	52
2.3. Caracterização do contexto do estudo	53
2.4. População e amostra	53
2.5. Variáveis.....	55
2.6. Procedimento de recolha e tratamento de dados	56

2.7.	Instrumentos de Recolha de Dados	60
2.7.1.	Questionário sociodemográfico.....	61
2.7.2.	Escala de autoeficácia de Broome para a musculatura do pavimento pélvico	61
2.7.3.	Diário Miccional.....	62
2.8.	Tratamento e análise dos dados.....	62
2.9.	Considerações éticas.....	63
3.	APRESENTAÇÃO, ANÁLISE E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS.....	65
3.1.	Caraterização da Amostra.....	65
3.2.	Avaliação da evolução da urgência urinária em mulheres após a ocorrência do AVC, ao longo das sessões do Programa de Reabilitação na Gestão da Incontinência Urinária;	67
3.3.	Avaliação da evolução da frequência urinária em mulheres após a ocorrência do AVC, ao longo das sessões do Programa de Reabilitação na Gestão da Incontinência Urinária;.....	69
3.4.	Avaliação da evolução das perdas de urina em mulheres após a ocorrência do AVC, ao longo das sessões do Programa de Reabilitação na Gestão da Incontinência Urinária; 71	
3.5.	Relação das variáveis clínicas (tipo de AVC, localização do AVC, presença de déficits, antecedentes pessoais) com as variáveis, urgência urinária, frequência urinária e perdas de urina, antes e depois do programa de reabilitação na gestão da incontinência urinária da mulher após a ocorrência do AVC;	72
3.6.	Avaliação da evolução do nível de autoconfiança na realização das atividades de vida diária sem ocorrência de perdas de urina, antes e depois do Programa de Reabilitação na Gestão da Incontinência Urinária em mulheres após a ocorrência do AVC;.....	78
3.7.	Avaliação da evolução do nível de autoconfiança na contração dos músculos do pavimento pélvico como prevenção de perdas de urina, antes e depois do Programa de Reabilitação na Gestão da Incontinência Urinária em mulheres após a ocorrência do AVC;.....	80
4.	CONTRIBUTOS PARA A PRÁTICA CLÍNICA, LIMITAÇÕES E SUGESTÕES PARA A PRÁTICA, INVESTIGAÇÃO, GESTÃO EM ENFERMAGEM E FORMAÇÃO	83
5.	CONCLUSÕES.....	85
	CAPÍTULO II: PROCESSO FORMATIVO E DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS COMUNS E ESPECÍFICAS	87

1.	Competências Comuns Desenvolvidas no Estágio de Natureza Profissional	88
1.1.	Competências do domínio da responsabilidade profissional, ética e legal	88
1.2.	Competências do domínio da melhoria contínua da qualidade	90
1.3.	Competências no domínio da gestão dos cuidados	90
1.4.	Competências do domínio do desenvolvimento das aprendizagens profissionais: 91	
2.	Competências Específicas Desenvolvidas no Estágio de Natureza Profissional	92
2.1.	Cuida de pessoas com necessidades especiais, ao longo do ciclo de vida, em todos os contextos da prática de cuidados.....	92
2.2.	Capacita a pessoa com deficiência, limitação da atividade e/ou restrição da participação para a reinserção e exercício da cidadania	93
2.3.	Maximiza a funcionalidade desenvolvendo as capacidades da pessoa	94
	CONCLUSÃO GERAL	96
	ANEXOS.....	109
	ANEXO I: PARECER DA COMISSÃO DE ÉTICA.....	110
	ANEXO II: PEDIDO DE AUTORIZAÇÃO PARA A UTILIZAÇÃO DA ESCALA DE AUTOEFICÁCIA DE BROOME PARA OS EXERCÍCIOS DA MUSCULATURA PÉLVICA, AOS RESPETIVOS AUTORES	113
	ANEXO III: ESCALA DE AUTOEFICÁCIA DE BROOME PARA OS EXERCÍCIOS DA MUSCULATURA PÉLVICA	116
	APÊNDICES	119
	APÊNDICE I: PROGRAMA DE REABILITAÇÃO NA GESTÃO DA INCONTINÊNCIA URINÁRIA.....	120
	APÊNDICE II: QUESTIONÁRIO SOCIODEMOGRÁFICO E CLÍNICO	124
	APÊNDICE III: DIÁRIO MICCIONAL	127
	APÊNDICE IV: DECLARAÇÃO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO ..	129
	APÊNDICE V: FORMAÇÃO SOBRE HIDRATAÇÃO.....	131
	APÊNDICE VI: FORMAÇÃO SOBRE O PREGIU.....	137

ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1 - Músculos do Pavimento Pélvico.....	32
Figura 2 - Neurofisiologia da Micção	33

ÍNDICE DE QUADROS

Quadro 1 - Valores da Hipertensão Arterial	26
Quadro 2 - Classificação da Obesidade em função do IMC.....	28
Quadro 3 - Objetivos e preposições do estudo	51
Quadro 4 - Critérios de Inclusão e Exclusão	55
Quadro 5 - Variáveis.....	56
Quadro 6 - Cronograma da participação das utentes no estudo	60
Quadro 7 - Critérios de inclusão e exclusão	65
Quadro 8 - Variáveis de caracterização da amostra ou variáveis atributo.....	65
Quadro 9 - Apresentação dos dados relativos à urgência urinária ao longo do programa	67
Quadro 10 - Apresentação dos dados relativos à frequência urinária ao longo do programa	69
Quadro 11 - Apresentação dos dados relativos às perdas de urina ao longo do programa	71
Quadro 12 - Relação entre as variáveis clínicas e os resultados do programa	73
Quadro 13 - Escala de Autoeficácia de Broome (Parte A).....	78
Quadro 14 - Escala de Autoeficácia de Broome (Parte B)	80

ABREVIATURA, ACRONIMOS E SIGLAS

Lista De Abreviaturas

Termo	Designação	Termo	Designação
AVC	Acidente Vascular Cerebral	IU	Incontinência Urinária
ALME	Alterações da Marcha e do Equilíbrio	M	Muita
AP	Antecedentes Pessoais	MG	Muitas Gotas
A-PREGIU	Antes do Programa de Reabilitação na Gestão da Incontinência Urinária	MPP	Músculos do Pavimento Pélvico
D-PREGIU	Depois do Programa De Reabilitação na Gestão da Incontinência Urinária	N	Nenhuma
DGS	Direção Geral De Saúde	P	Pouca
DL	Dislipidemia	PC	Patologia Cardíaca
DMII	Diabetes Mellitus Tipo II	PD	Presença de Déficits
DS	Disartria	PN	Partos Normais
EEER	Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação	PREGIU	Programa de Reabilitação na Gestão da Incontinência Urinária
Ex	exclusão	PU	Perdas de Urina
FU	Frequência Urinária	SNS	Sistema Nacional De Saúde
HE	Hábitos Etílicos	SP	Sem Perdas
HMP	Hemiplegia/Hemiparesia	STI	Sem Tradução Imagiológica
HTA	Hipertensão Arterial	T-AVC	Tipo de AVC
L-AVC	Localização do AVC	TA	Torneira Aberta
IMC	Índice de Massa Corporal	TAC	Tomografia Axial Computorizada
In	inclusão	UG	Uma Gota
		ULSAM	Unidade Local de Saúde do Alto Minho
		UU	Urgência Urinária

INTRODUÇÃO GERAL

O presente Relatório foi realizado no âmbito da Unidade Curricular: Estágio de Natureza Profissional com Relatório Final do 1.º semestre do 2.º ano do curso de Mestrado em Enfermagem de Reabilitação. De acordo com o regulamento dos ciclos de estudos conducentes ao grau de mestre do Instituto Politécnico de Viana do Castelo, esta unidade curricular vem completar a formação académica da componente de especialização do ciclo de estudos do 1º ano, através da integração do mestrado no exercício de uma atividade profissional. Desta forma, este relatório é constituído por um relato fundamentado e reflexivo das atividades desenvolvidas em contexto da prática no estágio, incluindo uma componente de investigação.

O Estágio de Natureza Profissional teve lugar no serviço de Medicina 2 Piso 4, mais especificamente na Unidade de AVC, tendo como objetivos:

- Desenvolver competências em enfermagem de reabilitação na área da prestação de cuidados à pessoa ao longo do ciclo de vida;
- Construir processos de aprendizagem no âmbito profissional, nomeadamente na identificação de necessidades na área da gestão de cuidados e da governação clínica;
- Estruturar processos de aprendizagem no âmbito profissional, nomeadamente, no diagnóstico de necessidades formação, gestão de programas formativos e intervenção como formador;
- Desenvolver um papel dinamizador na resposta da equipa de enfermagem e seus colaboradores e articulação na equipa multidisciplinar;
- Desenvolver competências na prática de investigação em enfermagem;
- Conceber/colaborar em programas de melhoria contínua na qualidade de cuidados;
- Promover o desenvolvimento de uma prática profissional, ética e legal, na sua área de intervenção.

Durante o percurso do estágio, pretendeu-se intervir nos utentes com AVC, mais especificamente nas mulheres com incontinência urinária, através da implementação de um programa de reabilitação, desenvolvendo desta forma a componente de investigação.

O presente relatório encontra-se dividido pela Caracterização do Contexto da Prática Clínica (onde se dá a conhecer o local onde foi desenvolvida a experiência prática relativa ao Estágio de Natureza Profissional), Trabalho de Investigação, com o tema: Intervenção do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação em Mulheres com Incontinência Urinária, após

o AVC (que se encontra dividido em: Introdução; Enquadramento Teórico; Metodologia; Apresentação de resultados, análise e discussão de resultados; Contributos para a prática clínica, limitações e sugestões para a prática, investigação, gestão em enfermagem e formação; e Conclusões); Processo Formativo e Desenvolvimento de Competências Comuns e Específicas (onde se explica como foram desenvolvidas as competências ao longo do Estágio); Conclusão Geral e Referências Bibliográficas.

Deste modo, sendo a intenção de registar os acontecimentos e os resultados mais relevantes da experiência do Estágio de Natureza Profissional, última experiência prática do curso de Mestrado em Enfermagem de Reabilitação, considera-se, através dos registos feitos ao longo do presente documento ter conseguido a meta que se pretendia alcançar.

A nível prático, esta última experiência permitiu desenvolver conhecimentos e procedimentos específicos de Enfermagem de Reabilitação, concebendo, implementando e monitorizando planos de Enfermagem de Reabilitação baseados nos problemas reais das pessoas que se encontravam internadas no local onde se desenvolveu este último percurso formativo, permitindo-lhes receber ajuda especializada de modo a promover a sua independência, autonomia, a máxima satisfação e qualidade de vida.

CARATERIZAÇÃO DO CONTEXTO DA PRÁTICA CLÍNICA

O Estágio de Natureza Profissional, teve lugar na unidade de AVC do Hospital Conde Bertiandos de Ponte de Lima.

As unidades de AVC surgiram como forma de dar resposta ao impacto desta patologia no nosso país, tendo em vista reduzir as taxas de mortalidade e morbidade por AVC. Trata-se de espaços físicos, destinados a intervir na fase aguda e dependem de uma equipa multidisciplinar especializada. Estas unidades têm como objetivos iniciar tratamentos e reabilitação precocemente, prevenir o agravamento do AVC, identificar fatores de risco, realizar educação para a saúde de forma a prevenir o AVC recorrente, prevenir complicações, evitar situações de morbidade e garantir a continuidade de cuidados pós alta (SPAVC, 2017).

A unidade de AVC do Hospital Conde Bertiandos de Ponte de Lima, como todas as unidades do país, é constituída por uma área física de atendimento ao utente com AVC, para a prestação de cuidados especializados realizados por uma equipa multidisciplinar, em que as práticas são sintonizadas entre todos os elementos e baseadas na evidencia. Assim sendo, considera-se importante compreender os recursos disponíveis na unidade de AVC onde foi desenvolvido o estágio.

Esta unidade de AVC, situa-se no serviço de Medicina 2, Piso 4 e encontra-se dividida em 2 enfermarias, cada uma com 4 camas, tendo uma capacidade total de internamento de 8 pessoas em simultâneo. Cada unidade individual está equipada com monitor, que permite avaliar a tensão arterial, a frequência e o ritmo cardíaco, e as saturações de oxigénio de forma constante durante 24 horas, encontrando-se conectada à sala de trabalho de enfermagem, no intuito de permitir uma vigilância mais apertada.

A equipa multidisciplinar é integrada por: Medicina Interna, Neurologia, Medicina Física e Reabilitação, Enfermeiros e Enfermeiros Especialistas em Reabilitação, Assistentes Operacionais, Terapeuta da Fala, Fisioterapeuta, Terapeuta Ocupacional, Nutricionista e Assistente Social.

Todos os utentes que ocupam a unidade de AVC ficam aos cuidados de enfermeiros especialistas em enfermagem de reabilitação durante as 24 horas.

Pretende-se com isto, que os utentes usufruam de cuidados o mais especializados possíveis, em continuidade nas 24 horas.

“Toda a pessoa interage com o ambiente: modifica-o e sofre influência dele durante o processo de procura incessante do equilíbrio e da harmonia.” (Ordem dos Enfermeiros, 2015). Dito isto, compreende-se que toda a equipa multidisciplinar, desempenha um papel fundamental durante o internamento e no processo de reabilitação dos utentes. Assim sendo, mostra-se imprescindível trabalhar em equipa procurando o equilíbrio no serviço, de forma a contribuir para a satisfação, reabilitação e qualidade de vida dos utentes e suas famílias.

A escolha do local de estágio deveu-se ao interesse em desenvolver mais competências na área da neurologia, podendo neste contexto, contribuir para o estudo e a reabilitação do utente com AVC que desenvolve incontinência urinária.

Entendendo esta experiência com um processo formativo exigente e complexo, pela sua singularidade, a nível profissional e pessoal, ela é encarada como uma exigência necessária ao crescimento contínuo enquanto enfermeiro – ser mais e melhor.

Cada desafio é um estímulo à observação, análise e organização, através da avaliação continua dos contextos físicos e humanos em se vão desenrolando os mais variados fenómenos, quer na perspetiva de quem cuida quer de quem é cuidado. A aptidão que é promotora da sedimentação de competências, passa por encarar cada novo obstáculo que surge, numa incitação a novas estratégias de ensino aprendizagem, pois a visão positiva do mundo que nos cerca poderá ser um incentivo à necessidade constante de pesquisar continuamente para melhor responder aos novos reptos.

CAPÍTULO I: TRABALHO DE INVESTIGAÇÃO

INTRODUÇÃO

O Acidente Vascular Cerebral (AVC) tem se revelado um grave problema de saúde pública (MELO, 2016). Em 2018, foi o principal responsável pela mortalidade em Portugal, representando 9,9%, o que corresponde a 11 235 óbitos, segundo o Instituto Nacional de Estatística (Instituto Nacional de Estatística, 2020).

A maioria das pessoas que sobrevive à fase aguda do AVC apresenta incapacidade neurológica, necessitando de reabilitação (Moraes *et al.*, 2022).

A esperança média de vida da população idosa tem vindo a aumentar, a nível mundial, cerca de 3% por ano, sendo notório um maior desenvolvimento de doenças crónicas e síndromes geriátricas, como é o caso da incontinência urinária. Esta perturbação está associada a diferentes causas, entre elas o AVC, que tem repercussão direta na independência e qualidade de vida (Freitas *et al.*, 2020; Guedes *et al.*, 2021). Considerando as alterações fisiológicas que acompanham o avanço da idade, é importante considerar estratégias orientadas para a manutenção da qualidade de vida (Guedes *et al.*, 2021).

O género feminino tem mais riscos de desenvolver disfunções miccionais, cerca de 25-45% desta população, desenvolve queixas de perda de urina ao longo da vida (Guedes *et al.*, 2021). Isto acontece, devido a fatores de risco intrínsecos como a anatomia do pavimento pélvico, a gravidez, partos e diminuição do estrogénio após a menopausa. Fatores, a ansiedade, depressão e obstipação intestinal também são considerados de risco e são mais prevalentes nas mulheres (Assis *et al.*, 2021).

Para além do impacto físico acometido pela incontinência urinária, os distúrbios na qualidade de vida estão amplamente documentados, sendo frequentemente associados a alterações psicoemocionais e ao isolamento social em todas as idades (Assis *et al.*, 2021; Farrés-Godayol *et al.*, 2022).

Assim, torna-se imprescindível a abordagem preventiva e o tratamento precoce da incontinência urinária. O tratamento conservador é o mais recomendado, pois envolve menor custo financeiro e baixo risco de efeitos colaterais (Freitas *et al.*, 2020). Este tratamento passa por modificações do estilo de vida, micções programadas, técnicas de controlo, treino muscular, biofeedback e pode ser conduzido por enfermeiros (Assis *et al.*, 2021).

Compreende-se que o processo de eliminação, é do foco de intervenção do ERRR, devendo este conduzir os programas de reabilitação para a gestão da incontinência urinária, com vista

a promover a autonomia e a qualidade de vida, que ficam condicionadas por esta disfunção (Ordem dos Enfermeiros, 2019).

Neste contexto surge a pergunta de partida: “Qual o impacto de um Programa de Reabilitação na Gestão da Incontinência Urinária na mulher após a ocorrência do AVC?”

No intuito de dar resposta a esta questão, definiu-se o seguinte objetivo geral: Avaliar o efeito de um Programa de Reabilitação na Gestão da Incontinência Urinária na mulher após a ocorrência do AVC.

Com o presente estudo, pretende-se contribuir para a gestão da incontinência urinária em mulheres após o AVC, através da implementação de um programa de reabilitação. Pois a motivação para o estudo surgiu porque houve um estímulo por parte dos colegas do serviço e da Sra. Enfermeira Gestora para que este projeto tivesse continuidade, com a colaboração de todos, no serviço. Este estímulo de continuidade seria uma finalidade muito importante, pois o intuito do programa é que não termine com este estudo, mas que se prolongue no serviço ao longo do tempo.

Desta forma, objetiva-se obter dados que traduzam ganhos em saúde, no intuito de futuramente, para além de dar continuidade ao desenvolvimento do projeto, realizar investigação sobre as práticas neste âmbito, com o intuito de alertar para a importância da implementação de programas de reabilitação, tendo a incontinência como foco.

Assim sendo, o Trabalho de Investigação encontra-se dividido: no Enquadramento teórico (procura-se dar a conhecer a literatura mais recente sobre a temática estudada); a Metodologia (são definidos e justificados todos os passos da investigação); Apresentação, análise e discussão dos resultados (onde são conhecidos os resultados do presente estudo e se confrontam com os resultados encontrados noutros estudos); Contributos, limitações e sugestões para a prática, investigação, gestão em enfermagem e formação; e Conclusões.

1. ENQUADRAMENTO TEÓRICO

Neste espaço de Enquadramento Teórico, tendo presente a vasta pesquisa que se realizou pretende registar os principais conteúdos científicos pesquisados durante o processo de investigação em relação ao problema em estudo: Efeito de um Programa de Reabilitação na Gestão da Incontinência Urinária na mulher após a ocorrência do AVC. Desta forma, seguidamente serão abordadas as grandes problemáticas da investigação: o AVC, a incontinência urinária e o papel do EEER.

1.1. ACIDENTE VASCULAR CEREBRAL

A nível mundial o AVC é a segunda principal causa de morte e a terceira principal causa de incapacidade. Uma em cada quatro pessoas corre o risco de vir a sofrer um AVC durante o seu período de vida (Singh, 2021).

Em Portugal, o AVC é considerado a principal causa de morte e morbilidade, apresentando as taxas mais elevadas do mundo (Menoita *et al.*, 2014).

Mourão *et al.* (2017) referem que os elevados números de mortalidade e morbilidade se dão não só, mas também, pelo desconhecimento da população em relação aos sinais indicativos de AVC, que levam ao atraso do tratamento, e ao pouco investimento na prevenção e tratamento desta doença.

Embora o número de mortes tenha vindo a diminuir significativamente, o AVC continua a ser um grande problema de saúde pública, devido não só ao número elevado de pessoas com fatores de risco, mas também às sequelas que esta patologia causa nas pessoas. A mortalidade e morbilidade resultantes desta doença, apresentam-se na proporção inversa, ou seja, como consequência da redução da mortalidade graças aos meios disponíveis atualmente, há um aumento do número de pessoas que sobrevivem, mas com um grau de dependência e incapacidade muito significativos (MELO, 2016).

O AVC ocorre com maior frequência na idade adulta e caracteriza-se por uma interrupção ou bloqueio da irrigação sanguínea, que destrói ou danifica parte do cérebro, resultando num conjunto de sintomas de deficiência neurológica (Ministério da Saúde, 2013).

Quando acontece um AVC, desenvolve-se rapidamente sinais clínicos referentes às alterações da função cerebral, com sintomas que perduram por um período superior a 24 horas, ou que conduzem à morte, sem outra causa de origem vascular aparente. Nos casos

em que os sinais neurológicos se agravam progressivamente ou se desencadeiam novos sinais focais, compreende-se como AVC em progressão (Menoita *et al.*, 2014).

Os sinais mais comuns são o desvio da comissura labial, parestesias, hemiplegias ou hemiparesias superiores e inferiores, confusão mental, alteração cognitiva, afasia e disartria, disfagia, défices e desequilíbrios na marcha, alterações na coordenação, cefaleias intensas, alterações da consciência e em casos graves a morte (Ministério da Saúde, 2013).

Existem várias classificações tipológicas do AVC, no entanto, as que se utilizam usualmente baseiam-se no critério etiológico (Menoita *et al.*, 2014).

Assim sendo, segundo Greenberg *et al.* (2014) o AVC agrupa-se em duas grandes classes: hemorrágico e isquémico.

O AVC hemorrágico é considerado o mais grave, com mortalidade de cerca de 50% nos 30 dias seguintes e por norma ocorre na população mais jovem. É definido como o extravasamento de sangue no tecido cerebral, devido a uma rutura vascular (Menoita *et al.*, 2014).

O AVC hemorrágico é causado por uma hemorragia que pode estar localizada em três locais diferentes (Martins, 2002; Santos *et al.*, 2016; Ministério da Saúde, 2020):

Hemorragia intracerebral – é a mais prevalente em pessoas com Hipertensão Arterial (HTA) e com aterosclerose cerebral. O início é frequentemente associado à atividade física ou a situações muito emocionantes. O seu prognóstico depende da área afetada e da extensão da lesão.

Hemorragia parenquimatosa – ocorre nos pequenos vasos, nomeadamente nos ramos das artérias cerebrais e nos paramedianos da artéria basilar. Assim sendo, os locais mais afetados são os da base, a protuberância e o cerebelo.

Hemorragia subaracnoídea – é a menos frequente e por norma afeta pessoas com idade inferior a 35 anos. Num terço dos casos é desencadeada por: esforço físico, tosse, defecação, relações sexuais e exposição prolongada ao sol. É causada pela rutura de artérias superficiais, malformações vasculares intracranianas, aneurismas saculares, angiomas arteriovenosos ou traumatismos.

O AVC isquémico representa 85% dos AVC e pode-se subdividir em trombótico, embólico ou lacunar (Menoita *et al.*, 2014; Santos *et al.*, 2016; Ministério da Saúde, 2020).

O AVC trombótico define-se quando o processo patológico responsável pela obstrução do vaso se desencadeia no próprio local da oclusão. As trombozes ocorrem associação de dois fatores. Há endurecimento e espessamento das artérias, ficando mais rígidas e tortuosas, devido à perda da elasticidade. Nesta situação predomina o tecido fibroso, provocando uma maior resistência à circulação sanguínea. Paralelamente vai havendo um aumento de lípidos, que se vão acumulando gradual e lentamente, formando placas de ateroma, onde se agregam as plaquetas sanguíneas. Estas placas de ateroma tendencialmente formam-se nos vasos de maior calibre, particularmente em zonas de bifurcação ou na curvatura das artérias. Nesta sequência surge um processo de coagulação que origina a formação de trombos que irão obstruir, parcial ou totalmente, a passagem de sangue, interrompendo o aporte de oxigénio e glicose às células cerebrais (Menoita *et al.*, 2014).

O AVC embólico acontece quando existe uma oclusão arterial causada por um êmbolo em circulação que se desloca até às artérias cerebrais. Cerca de 34% dos êmbolos são de origem cardíaca, o que significa que estão vulgarmente associados à fibrilação auricular e outras arritmias cardíacas, enfarte do miocárdio, endocardite bacteriana e complicações de cirurgia vascular. Os êmbolos podem ser gasosos, gordos ou de origem tumoral (Menoita *et al.*, 2014).

O AVC lacunar que representa 10% dos AVC isquémicos, ocorre pela oclusão de pequenos vasos penetrantes no núcleo caudado, na cápsula interna, no tálamo, na ponte e na substância branca, produzindo pequenos enfartes que vão formando lacunas em várias localizações cerebrais, daí o nome de AVC lacunar (Menoita *et al.*, 2014).

O AVC isquémico pode ainda transformar-se em hemorrágico por aumento da pressão dentro dos vasos no local da isquemia, resultando no extravasamento de sangue no foco da lesão isquémica (Pêla, 2012).

A ocorrência do AVC resulta de uma complexa interação entre diversos tipos de fatores de risco (Kummer *et al.*, 2020; Silva *et al.*, 2020). Estes dividem-se em modificáveis e não modificáveis, consoante existam ou não intervenções eficazes para os controlar. Uma grande maioria das mortes relacionadas com o AVC são atribuídas a um mau controlo dos fatores modificáveis, sendo portanto, evitáveis (Ferro *et al.*, 2006; Murakami *et al.*, 2017; Neves *et al.*, 2021). Seguidamente são apresentados, segundo os mesmos autores, os fatores de risco do AVC:

Os fatores de risco não modificáveis mais estudados são a idade, o género e a etnia:

Idade – confirmado por dados estatísticos, compreende-se que a incidência do AVC aumenta com o avançar da idade, pois é ao longo do tempo que a pessoa vai cometendo erros de várias ordens, acentuando os fatores de risco de AVC ao longo da idade. Importa também referir o desgaste dos órgãos provocado pelo seu funcionamento ao longo da vida e por vezes a sua degradação, como por exemplo o endurecimento das artérias.

Género – a incidência é 1,3 vezes mais frequente nos homens do que nas mulheres. Entende-se que a mulher usufrui de uma proteção hormonal em idades jovens, aumentando a prevalência do AVC entre os 35 e 44 anos, provavelmente relacionada com a gravidez e o uso de contraceptivos orais. Na menopausa a mulher passa a estar mais vulnerável à doença.

Etnia – existem alguns grupos étnicos que tem maior risco de ter AVC. Pessoas da África Ocidental e das Caraíbas tem o dobro do risco de ter um AVC em relação a pessoas caucasianas.

Relativamente aos fatores de risco modificáveis, os mais relevantes são:

Hipertensão Arterial – é um dos fatores que está diretamente relacionado com a elevada incidência do AVC. Pessoas com HTA tem risco de AVC quatro a seis vezes superior em relação aquelas que mantêm a tensão arterial dentro dos valores aceitáveis. A HTA pode contribuir tanto para o AVC hemorrágico como para o isquémico. Ao longo do tempo a pressão alta do sangue vai danificando as paredes das artérias podendo ocorrer um aumento progressivo da fragilidade das mesmas, provocando rutura e conseqüentemente o AVC hemorrágico. A degradação das paredes das artérias provocadas pela HTA pode levar ao aumento da sua rigidez. Quando cumulativamente existe obstrução por trombos, a irrigação sanguínea fica comprometida, dando-se o AVC isquémico (Murakami *et al.*, 2017; Redação Saúde é Vital, 2016; Sociedade Portuguesa de Hipertensão, 2020).

A HTA é uma patologia com uma prevalência nacional estimada de 42% (Caldeira, 2014). Segundo a DGS a HTA é subdividida em Grau I, Grau II e Grau III, cujos valores de cada grau se encontram no quadro 1.

Graus	Valores da Hipertensão Arterial	
	Pressão Arterial Sistólica	Pressão Arterial Diastólica
Grau I	140 – 159	90 – 99
Grau II	160 – 179	100 – 109
Grau III	≥ 180	≥ 110

Quadro 1 - Valores da Hipertensão Arterial

Fonte: (DGS, 2013), Circular normativa n° 020 /2011 de 28/09/2011, atualizada a 19/03/2013

Diabetes Mellitus Tipo II – a pessoa com esta doença apresenta valores de glicemia em jejum igual ou superior a 126 mg/dl em duas ocasiões diferentes, ou 200 mg/dl em numa situação pós-prandial. Esta doença assume-se como um fator importante no desenvolvimento de AVC's isquémicos trombóticos, pois a glicose junta-se a outros produtos que o sangue transporta, como o colesterol, promovendo agregados tóxicos que se acumulam na parede interna das artérias, formando placas de ateroma (formações irregulares que consistem em depósitos focais de gordura, colesterol primário, na camada íntima das artérias, podendo propiciar uma resposta inflamatória, resultando em proliferação fibroblástica e incrustação de sais de cálcio, produzindo graus variáveis de calcificação distrófica no lúmen das artérias, provocando a sua redução contínua (Almeida, 2021).

As placas de ateroma provocam a obstrução parcial ou total das artérias, resultando no bloqueio do fluxo sanguíneo para órgãos vitais, como o cérebro, levando à ocorrência do AVC (Sociedade Portuguesa de Cardiologia, 2016).

A Diabetes Mellitus Tipo II (DMII), caracteriza-se pela existência de hiperglicemia resultante da diminuição da secreção da insulina, de alterações na sua ação periférica ou ambas as situações. Este distúrbio desenvolve-se devido a vários anos de hábitos de vida pouco saudáveis, especialmente o consumo excessivo de hidratos de carbono na alimentação e estilo de vida sedentário (Martins *et al.*, 2009). Esta situação agrava-se nos grupos etários dos idosos e, face à mudança demográfica que atualmente se vive a nível mundial – o envelhecimento global – condicionando a reorganização dos serviços de saúde (Brás *et al.*, 2019).

Hiperlipidémia – acontece quando os valores do colesterol são superiores a 240 mg/dl. As pessoas com estes valores têm o dobro de probabilidade de desenvolver AVC isquémico do que as pessoas com valores inferiores a este. Isto acontece, devido ao acumular contínuo de placas de gordura nas artérias, que provocam a sua obstrução, impedindo o fluxo sanguíneo até ao cérebro (Sociedade Portuguesa de Cardiologia, 2016).

Fibrilhação Auricular – esta alteração provoca o desenvolvimento de êmbolos de origem cardíaca juntamente com outros fatores modificáveis como HTA e diabetes, ao longo do tempo, tornando-se de maior risco na idade mais avançada. Quando estes migram para o cérebro provocam AVC's de origem embólica (Ferro *et al.*, 2006; Murakami *et al.*, 2017; Neves *et al.*, 2021).

Tabagismo – depois da HTA, este é a segunda causa de mortalidade associada a fatores modificáveis. O tabagismo aumenta o risco de AVC duas a quatro vezes, podendo contribuir para 12 a 14% das mortes. O seu consumo acelera o processo de aterosclerose, predispondo para eventos isquémicos (Ferro *et al.*, 2006; Murakami *et al.*, 2017; Neves *et al.*, 2021).

Alcoolismo – pessoas que consomem álcool de forma excessiva tem probabilidade três vezes superior de desenvolver AVC. O álcool provoca arritmias, HTA, favorece a aterosclerose e o desenvolvimento de doença coronária (Ferro *et al.*, 2006; Murakami *et al.*, 2017; Neves *et al.*, 2021).

Obesidade – definida em termos latos como excesso de peso para uma determinada altura, é avaliada frequentemente através do índice de Massa Corporal (IMC), pois embora não seja uma verdadeira medida da adiposidade, é simples de usar em rastreios de saúde e pesquisas epidemiológicas. A obesidade continua a ser uma preocupação de saúde global, uma vez que se associa ao aumento do risco de várias doenças crônicas, incluindo DMII, hipertensão e doença cardiovascular (DCV) (Gadde *et al.*, 2018). Está associada também a um maior risco de HTA, hiperlipidémia e de hiperglicemia, que por si só já são fatores de risco (Ferro *et al.*, 2006; Murakami *et al.*, 2017; Neves *et al.*, 2021).

O IMC é a fórmula mais amplamente utilizada para definir excesso de peso (IMC entre 25 e 29,9 kg/m²) e obesidade (IMC \geq 30 kg/ m²). Uma análise recente de 195 países revelou que a prevalência da obesidade duplicou em mais de 70 países desde 1980, e mais de 600 milhões de adultos eram obesos em 2015, com o IMC elevado, sendo responsável por 4 milhões de mortes globalmente. A patogénese da obesidade é complexa, envolvendo fatores ambientais, socioculturais, fisiológicos, médicos, comportamentais, genéticos e numerosos outros, contribuindo para sua causa e persistência (Gadde *et al.*, 2018).

O **IMC** é calculado através da razão entre o peso corporal e o quadrado da estatura, estimado em Kg/m². Este cálculo permite a classificação da Obesidade segundo as orientações da OMS e adotadas pela DGS para Portugal (Direção Geral de Saúde, 2013), conforme o Quadro 2.

Designação	IMC (Kg/m ²)	Classe de Baixo Peso
Magreza Severa	< 16,00	III
Magreza média	16,00 – 16,99	II
Magreza moderada	17 – 18,49	I
Normal	18,50 – 24,99	Peso normal
Pré-obesidade	25,00 – 29,99	Pré-obesidade
		Classes de Obesidade
Obesidade	30,00 – 34,99	I
Obesidade	35,00 – 39,99	II
Obesidade	> 40,00	III

Quadro 2 - Classificação da Obesidade em função do IMC

FONTE: DGS (2013)

Sedentarismo – compreende-se que a atividade física é benéfica na prevenção de AVC e na correção de muitos fatores de risco vasculares como a HTA, DMII e dislipidemia. Assim sendo, entende-se que pessoas fisicamente ativas tem menor risco de desenvolver AVC (Ferro *et al.*, 2006; Murakami *et al.*, 2017; Neves *et al.*, 2021).

Acidente Isquémico Transitório – é um fator de risco de extrema importância, pois cerca de 22 a 51% das pessoas, quando não tratadas, tendem a desenvolver um AVC num prazo de 5 anos.

Perante o exposto considera-se que o AVC é uma doença que pode ser altamente prevenida através do controlo dos fatores de risco, o que requer intervenções não só a nível individual, mas também a nível social, como acontece no caso do tabagismo. Embora a intervenção possa ser a nível individual, o tabagismo tem grandes repercussões sociais e ambientais, pois polui a atmosfera, tendo impacto negativo para toda a sociedade (SAFE, 2018).

Conclui-se ainda, que quanto maior for o número de fatores de risco identificados na pessoa, maior será a probabilidade de ocorrência de AVC (SAFE, 2018).

Os estilos de vida tem trazido problemas de saúde que são grandes fatores de risco em relação ao AVC, traduzindo-se em resultados alarmantes, considerando que a cada hora que passa, três portugueses sofrem um AVC, um dos quais não sobrevive, dos restantes, metade ficará com sequelas incapacitantes (SNS, 2017).

Perante estas constatações do Sistema Nacional de Saúde (2017), importa rever as práticas de atenção à pessoa com AVC, atendendo a que, se pessoa após a ocorrência de um AVC,

for tratada atempadamente e de forma adequada, alguns dos défices podem ser revertidos (Ferreira, 2014; SAFE, 2018).

Neste sentido deve ter-se presente que os utentes quando sofrem um AVC passam por um quadro de quatro etapas distintas e em alguns casos sobreponíveis. Inicia-se na fase aguda em que o AVC se instala até a estabilização dos sintomas; Segue-se a fase intermédia, que pode começar 24 horas após o AVC; Depois a fase da alta ou transferência; Por fim a fase da reintegração, que deve ser feita sempre que possível em sociedade e a nível laboral, sendo efetuadas as devidas adaptações (Ferreira, 2014).

A análise destas fases deve ser muito cuidadosa pois, as alterações decorrentes do AVC dependem da área afetada, da gravidade da lesão e do estado de saúde do utente. Estas sequelas podem ser motoras, como é o caso da hemiplegia, onde o hemicorpo afetado se apresenta flácido, com movimentos voluntários comprometidos e com alterações da sensibilidade. Podem também existir alterações da função sensorial, nomeadamente superficial, propriocetiva e visual; assim como alterações do comportamento e dificuldades na alimentação (Branco *et al.*, 2010).

Muitas das vezes o processo de eliminação também sofre alterações, após AVC. A pessoa pode apresentar bexiga neurogénica que é caracterizada pela diminuição do controlo voluntário da micção e do volume residual. Podem ainda apresentar incontinência urinária de urgência (Branco *et al.*, 2010).

Assim sendo, na fase aguda do AVC, é imprescindível assegurar cuidados específicos a cada caso, por ser singular, atingindo o equilíbrio global de uma pessoa que é única e irrepetível. Estas particularidades de análise devem estar presentes em todas as fases de atendimento e acompanhamento em que a equipa multidisciplinar se dedica a realizar cuidados à pessoa com AVC, desde o diagnóstico, tratamento, até à ao processo de reabilitação que deve ter início o mais precocemente possível de acordo com o diagnóstico, o quadro clínico, os déficits e as características de cada pessoa, não esquecendo nunca os objetivos dos utentes que se veem confrontados com mudanças no corpo e no seu estilo de vida de acordo com os seus padrões socioculturais. Muitos deles ficam com limitações físicas e cognitivas que os impede de serem independentes e autónomos nas AVD's (Branco *et al.*, 2010; Santos *et al.*, 2020).

É fundamental iniciar um programa de reabilitação precoce, no intuito de diminuir o agravamento das sequelas e capacitar os utentes para a independência funcional nos

autocuidados. Estes programas podem ser iniciados a partir do primeiro dia, dependendo de vários aspetos, entre eles o tipo de AVC, os sinais e sintomas, e as capacidades e limites individuais. Os procedimentos devem contemplar a estimulação sensorial, cognitiva e motora (Marques-Vieira *et al.*, 2016; Santos *et al.*, 2020). O programa de reabilitação global do doente, fundamentado no diagnóstico (tipo de AVC, devendo ter-se especial atenção nas situações de AVC hemorrágico pelo risco de estimular novos processos hemorrágicos), no prognóstico de recuperação funcional do doente e nas características individuais de cada pessoa, deve fundamentar-se nos objetivos definidos, que suportem a seleção das intervenções terapêuticas, fazendo-se acompanhar continuamente de esclarecimentos ao doente e sua família, relativamente às dificuldades e necessidades previsíveis a médio-longo prazo.

Cabe ao enfermeiro intervir no sentido de despertar no doente esta força, quer física quer psicológica, dotando-o também dos conhecimentos necessários, para que este possa retomar o mais rapidamente possível uma vida autónoma. É neste sentido que o Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação deve ser capaz de elaborar e implementar um programa de reabilitação, que se baseia um conjunto de intervenções em que estão programadas determinadas rotinas de exercícios, que devem ser implementados de modo progressivo e individualizado (Santos *et al.*, 2020).

1.2. INCONTINÊNCIA URINÁRIA

A incontinência urinária (IU) é caracterizada pela queixa de perda involuntária de urina (D'Ancona *et al.*, 2021).

A prevalência no sexo feminino deve-se ao facto de a mulher apresentar, além da uretra, duas falhas naturais no assoalho pélvico: o hiato vaginal e o hiato retal. Assim, as estruturas musculares que dão sustentação aos órgãos pélvicos e produzem a contração da uretra para evitar a perda de urina e o músculo que forma um pequeno anel em volta da uretra, têm uma dimensão mais reduzida, sendo mais frágeis nas mulheres (Ministério da Saúde, 2018). Estima-se que cerca de 50% da população feminina adulta sofre de IU, sendo que apenas 25 a 61% procura tratamento. Esta falta de procura dá-se muitas das vezes a vergonha, falta de conhecimento sobre as opções de tratamento ou pelo medo de uma eventual cirurgia (Sociedade Portuguesa de Uroginecologia, 2021).

Na faixa etária acima dos 60 anos, as mulheres têm probabilidade duas vezes superior aos homens de virem a desenvolver incontinência. Em populações de idosos institucionalizados,

os estudos apontam que a prevalência da incontinência possa ser de 40 a 80% (Júnior *et al.*, 2010).

A IU não está associada ao aumento da mortalidade, mas representa um profundo impacto no bem-estar, na autoestima e na qualidade de vida. As pessoas diagnosticadas com IU são suscetíveis de desenvolverem em associação, depressão, ansiedade, dificuldades laborais, conduzindo muitas vezes, ao isolamento social. Compreende-se também, que a incontinência coital (que pode afetar 1/3 destas utentes) pode contribuir para disfunção sexual (Sociedade Portuguesa de Uroginecologia, 2021).

As comorbilidades associadas à IU vão desde o prolongamento de internamentos, infeções do trato urinário, complicações relacionadas com o uso prolongado de cateteres uretrais e dermatites de contato. A IU é ainda um importante motivo para demissão de idosos em lares (Botelho *et al.*, 2007).

Esta condição acarreta custos económicos de grandes proporções, tanto para o sistema nacional de saúde como para cada indivíduo. Estes custos estão diretamente associados a gastos com o diagnóstico, produtos de higiene, tratamentos e gastos associados a comorbilidades. A nível dos custos indiretos estão descritos os ordenados perdidos, perda de produtividade e custos inestimáveis provocados pela dor e pelo sofrimento do próprio, devido à sua continua dificuldade de socialização. (Sociedade Portuguesa de Ginecologia, 2021; Ribeiro *et al.*, 2021).

Poucos estudos abordam esta questão, mas estima-se que a remissão da incontinência urinária varie entre 1,2 e 42%.(Sociedade Portuguesa de Ginecologia, 2021)

1.2.1. Anatomia e neurofisiologia da micção

Considerando que a ação do programa de reabilitação na gestão da incontinência urinária é dirigida especialmente ao aparelho urinário, considerou-se oportuno aprofundar a revisão da literatura neste âmbito.

O aparelho urinário é composto pelos rins, ureteres, bexiga e uretra. Os rins são responsáveis por filtrar do sangue produtos de excreção e produzirem continuamente urina. Os ureteres caracterizam-se por tubos musculares bilaterais que transportam a urina desde os rins até a bexiga, penetrando obliquamente a parede posterior desta, formando uma válvula anti refluxo (Hoeman, 2008).

A bexiga é um órgão muscular oco, revestido pelo urotélio. Esta tem a função de armazenar e eliminar periodicamente a urina. É constituída pelo corpo e pelo trígono. O corpo é composto pelo detrusor e o trígono, é uma zona triangular contínua ao colo vesical por onde passam os ureteres e a uretra. O colo vesical tem cerca de 2 a 3 cm de comprimento e faz parte da uretra posterior, os músculos desta zona formam o esfíncter interno. O esfíncter vesical externo é constituído pela uretra posterior, que atravessa os músculos perineais profundos e pelo diafragma urogenital. Este esfíncter por se encontrar sob controlo voluntário permite evitar a micção, mesmo quando os mecanismos involuntários tentam esvaziar a bexiga (Júnior *et al.*, 2010; Marques-Vieira *et al.*, 2016).

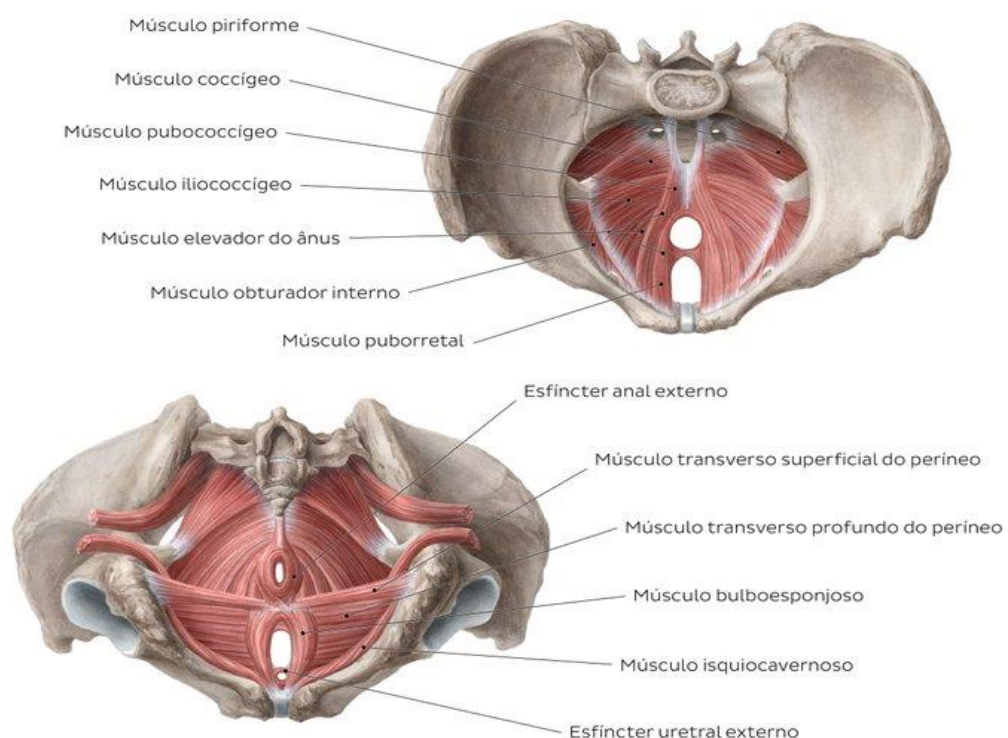


Figura 1 - Músculos do Pavimento Pélvico

Fonte: Linhares (2022)

Para além do exposto anteriormente, os músculos do pavimento pélvico (MPP), têm também um papel muito importante na continência, estando divididos em três compartimentos: anterior (bexiga e uretra), médio (vagina) e posterior (reto) (Viana *et al.*, 2021).

Estes conferem suporte à bexiga e aos órgãos abdominais, tendo também uma função esfíncteriana importante, tanto a nível da uretra como do ânus. São denominados de levantador do ânus, coccígeo, obturador interno, piriforme, superficial e músculos perineais profundos (que formam o diafragma urogenital). A correta funcionalidade dos MPP está

relacionada com a consciência, força e resistência, de forma a que a sua contração permita a compressão, o alongamento e a elevação da uretra (Hoeman, 2008; Palma, 2009; Batista *et al.*, 2017; Viana *et al.*, 2021); As fibras destes músculos são do tipo I e tipo II. As tipo I representam 70% e são de contração lenta, e as do tipo II representam 30% e são de contração rápida (Glisoi *et al.*, 2011)

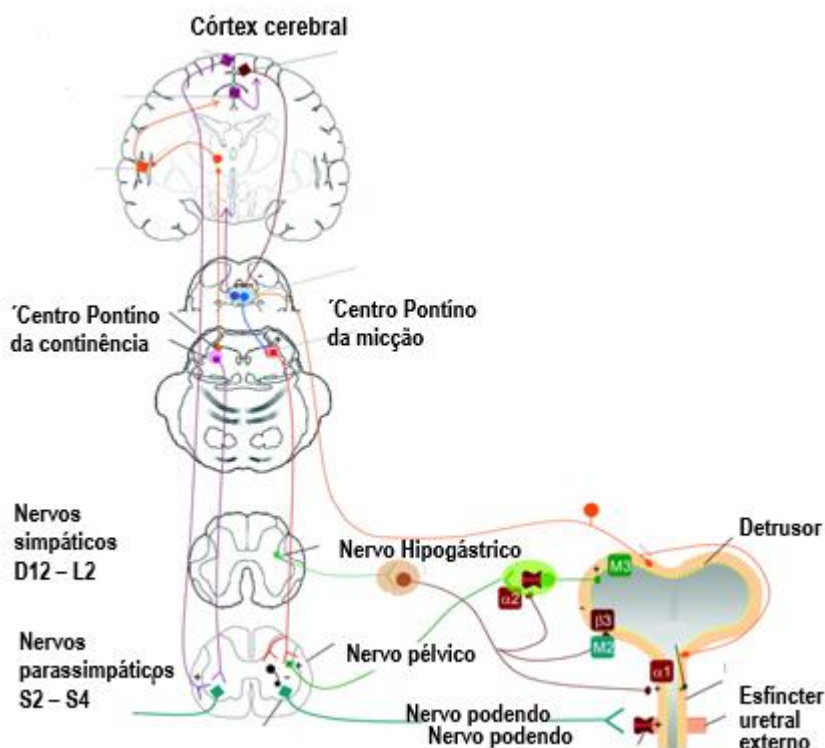


Figura 2 - Neurofisiologia da Micção

Adaptado: (Valagni *et al.*, 2013)

Relativamente à inervação da porção inferior do aparelho urinário, esta é feita por fibras simpáticas, parassimpáticas e somáticas (Hoeman, 2008). Os parassimpáticos, são responsáveis pela inervação motora da bexiga provocando a sua contração, através dos nervos pélvicos. Os nervos pélvicos são ramos da medula espinhal com origem a nível de S2-S4. Os nervos pré-ganglionares partem da medula sagrada e sinapsam com pequenos nervos pós-ganglionares dentro da parede da bexiga. através da libertação do neurotransmissor acetilcolina, as fibras parassimpáticas fazem com que os ureteres acelerem o transporte de urina dos rins para a bexiga, provocando a contração do detrusor, de forma que a bexiga esvazie, levando o esfíncter interno a abrir ligeiramente (Hoeman, 2008).

Os nervos simpáticos são responsáveis pelo armazenamento da urina na bexiga, para isso, estimulam o colo vesical e a uretra proximal a contraírem-se. As fibras simpáticas são raízes

toracolombares que tem origem na medula de D12-L2, através do nervo hipogástrico. Os nervos pré-ganglionares têm origem na medula toracolombar e sinapsam com as fibras pós-ganglionares nos plexos mesentérico inferior e hipogástrico, e dirigem-se para o colo vesical e para uretra proximal. Os nervos simpáticos libertam o neurotransmissor noradrenalina, levando os ureteres a diminuir a velocidade de transporte de urina, o músculo detrusor a relaxar (facilitando o processo de armazenamento de urina) e o esfíncter interno a contrair (Hoeman, 2008).

A inervação somática é constituída por fibras motoras (eferentes) e sensoriais (aferentes). As fibras motoras têm origem no corno anterior dos segmentos S2-S4, prolongando-se desde o nervo pudendo até ao esfíncter externo, estriado e aos MPP. Os nervos somáticos libertam o neurotransmissor acetilcolina. Compreende-se que o esfíncter externo em geral está contraído de forma que não haja perdas de urina, mas pode relaxar para que se dê a micção. As fibras aferentes têm origem na bexiga, e através dos nervos pélvicos e hipogástricos, seguem até ao Corno posterior da medula espinhal. Estas fibras são estimuladas durante o enchimento da bexiga por mecanorreceptores existentes no detrusor, que conduzem impulsos ao centro sagrado da micção estimulando o reflexo da micção, enquanto outros são transmitidos ao cérebro através do feixe e espínotalâmico, desta forma é permitido o controlo voluntário da bexiga (Hoeman, 2008).

Em relação à coordenação nervosa da micção, entende-se que o reflexo da micção é mediado por um arco reflexo completo, durante o qual são enviados impulsos sensoriais que são coordenados pela protuberância, desde a bexiga até a medula sagrada. A protuberância é controlada pelo córtex frontal de forma voluntária, sendo responsável por coordenar o relaxamento do esfíncter uretral com a contração do detrusor. Quando a pessoa não quer urinar, o centro frontal da micção envia mensagens inibitórias desde o córtex frontal até a protuberância, e desta, através do feixe retino-espinhal, até ao centro sagrado da micção, inibindo desta forma os impulsos motores para a contração do detrusor e relaxamento do esfíncter. Para que haja continência é necessário o envolvimento da inibição ativa do arco reflexo completo, o esfíncter externo é submetido ao controlo cortical direto, dão-se conexões corticoespinhais diretas entre o córtex frontal e os segmentos S2-S4, e em seguida, há um nervo pudendo, dando origem à contração e relaxamento voluntário do esfíncter vesical externo (Hoeman, 2008).

Esta capacidade de contração e relaxamento são fundamentais para a continência urinária que se define como a capacidade de adiar o ato de urinar tendo por base normas fisiológicas, sociais e culturais. Assim sendo, o indivíduo tem a capacidade de reter a urina, no mínimo, durante duas horas enquanto está acordado e, quando está a dormir pode levantar-se desde uma a duas vezes para urinar (em situações normais). Uma pessoa que seja continente desempenha atividade física sem perdas de urina e é capaz de adiar o ato de urinar mesmo que sinta uma vontade notória de o fazer (Gray *et al.*, 2009).

1.2.2. Fisiopatologia da incontinência urinária

A consciência do enchimento da bexiga e do início da micção estão dependentes da sincronização do sistema nervoso, do detrusor, dos esfíncteres e do pavimento pélvico como já descrito. Quando ocorre alguma alteração destes órgãos pode ocorrer a IU. O controlo da bexiga cheia depende de uma atividade neuronal e de órgãos pélvicos sãos (Gray *et al.*, 2009).

Em síntese, no período de enchimento da bexiga, a continência está assegurada pelo esfíncter uretral interno, externo e pelos músculos do pavimento pélvico. O esfíncter interno está sob controlo involuntário (autonómico) e o esfíncter externo sob controlo voluntário e involuntário. Os músculos elevadores do ânus comportam-se como uma rede de apoio, apresentando tanto reflexo como atividade voluntária. Quando surge o reflexo de micção estes esfíncteres relaxam e o músculo liso da bexiga contrai, permitindo a micção (Gray *et al.*, 2009). Deste modo, sempre que existe uma alteração do normal funcionamento de algum órgão que integra esta complexidade sistémica, pode ocorrer a IU.

A IU como uma das consequências do AVC, pode acontecer porque este, pode causar alterações estruturais do encéfalo, responsáveis pelo controle da micção, comprometendo o sistema urinário (Leandro *et al.*, 2015).

A Teoria Integrante da IU é atualmente a mais aceite para explicar a IU de esforço e de urgência. Esta teoria mostra que a continência é assegurada por três mecanismos: a contração do músculo pubo coccígeo, que eleva a parede anterior da vagina contra a uretra, encerrando-a; o encerramento do colo vesical pela tração ínfero-posterior exercida pela parede da vagina adjacente; e a contração da musculatura pélvica, que eleva “a cama de rede” suburetral levando ao encerramento da uretra (Gray *et al.*, 2009). Esta teoria é considerada integrante porque o sucesso da continência urinária só é conseguido através da integração destes três mecanismos.

Dependendo do grau, tamanho e local da lesão, o AVC, provoca em cerca 80% dos utentes, disfunções no sistema urinário inferior. Depois da sua ocorrência, pode dar-se retenção urinária por arreflexia detrusora. Após um curto período de tempo, a maioria dos utentes volta a urinar, mas com frequência aumentada, urgência e incontinência, geralmente decorrentes da hiperatividade detrusora (Júnior *et al.*, 2010).

Alguns utentes após o AVC podem notar contração involuntária do detrusor e sensação de urgência miccional, perdendo, muitos deles, a capacidade de contrair voluntariamente o esfíncter externo, apresentando perdas se não urinarem rapidamente; outros perdem completamente a capacidade de contração do esfíncter. Sabe-se que a hiperatividade detrusora é uma das sequelas da lesão cortical. Existem diversas teorias que tentam explicar a hiperatividade do detrusor, isto é, a causa de contrações vesicais involuntárias durante a fase de enchimento vesical, como a diminuição da resposta inibitória do sistema nervoso central, que se dá em doenças neurológicas como o AVC, reduzindo o controlo inibitório suprapontino e impulsos aferentes de baixa intensidade, gerando contrações vesicais involuntárias, que levam à incontinência urinária (Júnior *et al.*, 2010).

1.2.3. Fatores de risco da incontinência urinária

Sabe-se que a IU aumenta com o avançar da idade devido ao comprometimento dos sistemas que asseguram a continência urinária, afetando predominantemente o género feminino (Melo *et al.*, 2017). Sabe-se ainda, que há uma relação entre a prevalência da IU e a menopausa (Sociedade Portuguesa de Uroginecologia, 2021).

A obesidade constitui o fator de risco de mais fácil associação à IU. As mulheres obesas têm um risco três vezes superior de desenvolver esta condição quando comparadas a mulheres não obesas (Ministério da Saúde, 2018; Sociedade Portuguesa de Uroginecologia, 2021; Viana *et al.*, 2021).

O aumento de partos também constitui um fator de risco, assim como prolapso dos órgãos pélvicos. As mulheres submetidas a cesariana tem menor risco do que mulheres com parto vaginal, estando também, comprovada a associação entre uso de fórceps e a incontinência. Quando submetidas a histerectomia, as mulheres ficam mais suscetíveis ao aparecimento da IU, visto que o suporte do pavimento pélvico na altura da cirurgia pode ser um mecanismo implicado (Ministério da Saúde, 2018; Sociedade Portuguesa de Uroginecologia, 2021; Viana *et al.*, 2021).

As comorbilidades como a diabetes, o AVC, a depressão, a incontinência fecal, a demência e a radioterapia também foram associadas a um risco acrescido de desenvolver IU. O nível socioeconómico está relacionado com fatores associados à IU, como a paridade, a diabetes, o índice de massa corporal, a depressão e o tabaco; pelo que, a prevalência de IU é superior em mulheres com o nível socioeconómico mais elevado, pois este grupo procura com mais frequência ajuda. No que diz respeito ao exercício físico, as atividades de grande impacto, como correr ou saltar mostram-se prejudiciais, já o exercício de baixo impacto tem vindo a ser considerado protetor relativamente à IU (Ministério da Saúde, 2018; Sociedade Portuguesa de Uroginecologia, 2021; Viana *et al.*, 2021).

Relativamente à etnia vários estudos não comprovam qualquer diferença, pelo que os fatores culturais e ambientais poderão justificar melhor a diferença da prevalência de IU (Sociedade Portuguesa de Uroginecologia, 2021).

1.2.4. Tipos de incontinência urinaria

Segundo (Gray *et al.*, 2009) a IU encontra-se subdividida em aguda ou transitória e crónica ou estabelecida. Ao longo do tempo têm sido apresentados vários sistemas de classificação, mas o considerado mais útil para a avaliação e tratamento inicial continua a ser o que é baseado nos sintomas. Deste modo, a IU pode ser classificada da seguinte forma:

IU aguda/transitória – pode ocorrer em doentes previamente continentemente ou ser exacerbada por diversas doenças agudas ou transitórias tratáveis (Gray *et al.*, 2009).

IU crónica/estabelecida – este tipo de incontinência é insidiosa e pode existir durante meses ou anos até a pessoa procurar ajuda. As formas de IU estabelecida mais comuns são a de esforço, urgência e mista (Gray *et al.*, 2009).

Assim sendo, a IU de esforço ocorre aquando da atividade física, tossir, espirrar, levantar um objeto pesado, subir escadas, correr ou caminhar, levando a um aumento da pressão abdominal e incompetência transitória do mecanismo do esfíncter uretral. Esta caracteriza-se pela perda de urina e ausência de urgência urinária. Este tipo de incontinência pode ser revelado durante o exame objetivo, quando se pede ao utente que faça a manobra de Valsalva, que tussa ou durante o exame pélvico. Este tipo de incontinência é atribuída a dois fatores: descida pélvica e incompetência do esfíncter (Gray *et al.*, 2009; Sociedade Portuguesa de Ginecologia, 2021; Viana *et al.*, 2021).

Relativamente à IU de urgência, compreende-se que esta se define pela perda urinária associada a um desejo urgente de urinar causado por uma contração imperativa do detrusor (Gray *et al.*, 2009; Ministério da Saúde, 2018; Sociedade Portuguesa de Uroginecologia, 2021).

A IU mista é uma combinação entre a de esforço e a de urgência, ou seja, a pessoa apresenta perdas de urina devido a urgência urinária, ou quando executa um esforço físico (Gray *et al.*, 2009; Ministério da Saúde, 2018; Sociedade Portuguesa de Uroginecologia, 2021).

A Sociedade Portuguesa de Ginecologia (2021), para melhor compreensão da IU, definiu critérios que para além da classificação de aguda ou crónica, permite uma organização dos seguintes tipos:

Postural - perda involuntária de urina quando se muda a posição corporal;

Associada à retenção crónica de urina – perda involuntária de urina associada ao esvaziamento vesical incompleto, indicando um resíduo pós miccional elevado;

Enurese – perda involuntária de urina que ocorre durante o sono;

Continua – perda voluntária de urina contínua;

Insensível – perda involuntária de urina sem que utente se aperceba;

Coital – perda involuntária de urina durante a penetração ou o orgasmo;

Funcional – resultante da impossibilidade de chegar a tempo a casa de banho, por défice cognitivo, funcional ou de mobilidade, apesar do trato urinário inferior se encontrar íntegro;

Multifatorial – provocada pela interação de variados fatores de risco, como comorbidades, medicação, alterações fisiológicas inerentes ao envelhecimento e fatores ambientais;

1.2.5. Tratamento da Incontinência Urinária

Para um tratamento eficaz da incontinência urinária é importante que haja cooperação entre enfermeiro, médico, doente, fisioterapeutas, terapeutas ocupacionais e cuidadores informais. (Gray *et al.*, 2009). A abordagem da IU varia desde tratamentos menos invasivos, como o conservador e o farmacológico, a tratamentos mais invasivos, como recurso a cirurgia. A abordagem conservadora é recomendada como de primeira linha, incluindo meios físicos, comportamentais e psicológicos, muitas vezes utilizados de forma combinada. Tem a vantagem de não apresentar efeitos colaterais, ser de baixo custo e ter pouca complexidade (Ribeiro *et al.*, 2021).

Antes de iniciar o tratamento é imprescindível conhecer a história clínica no intuito de compreender de que forma a IU interfere na vida da pessoa. É importante também, realizar

um exame objetivo que começa com uma avaliação da destreza, mobilidade e cognição do doente. A avaliação neurológica também deve ser realizada no intuito de compreender como se encontra a função sensorial e motora dos MPP, isto inclui o reflexo bulbo-cavernoso, capacidade de distinguir o toque profundo e o superficial (Gray *et al.*, 2009).

No intuito de esclarecer o diagnóstico, podem ainda ser realizados exames laboratoriais incluindo o exame sumário de urina, medição do volume residual pós miccional, teste urodinâmico ou estudos imagiológicos, como a cistouretrografia ou ecografia reno-vesical (Gray *et al.*, 2009).

O tratamento da IU irá depender de diversos fatores como o tipo de incontinência e as causas, assim como os objetivos realistas da pessoa a tratar. Algumas mulheres poderão ficar satisfeitas com a utilização de produtos absorventes, enquanto outras poderão desejar alcançar totalmente a continência (Reis, 2016; Ribeiro *et al.*, 2021).

O diário miccional, é um instrumento utilizado para avaliar a gravidade da IU e proporciona um registo de padrões de eliminação de urina podendo indicar a frequência, as perdas urinárias, o volume eliminado, a quantidade e o tipo de fluído consumido e a avaliação da pessoa quanto às razões para a perda de urina (sendo que por vezes se encontra relacionada com a atividade ou a urgência). Este permite ter um registo dos padrões de eliminação de urina, constituindo ainda um objeto de autoaprendizagem que permite uma maior introspeção sobre a função da bexiga e os antecedentes comportamentais da IU (Gray *et al.*, 2009; Freire *et al.*, 2017; Ribeiro *et al.*, 2021).

A nível das intervenções comportamentais, estas são incorporadas na rotina diária, no intuito de melhorar ou aliviar os sintomas provocados pela IU. As intervenções mais comuns são o ajuste de fluídos e dieta, cessação tabágica, perda de peso, correção de hábitos intestinais, ajuste da frequência de micção e reabilitação dos MPP (Gray *et al.*, 2009).

No que diz respeito ao treino vesical, esvaziamento vesical programado e sugerido, este realiza-se através de uma técnica em que se aumenta gradualmente o espaço de tempo entre as micções através de um horário diário pré-definido. Este treino é baseado em 3 componentes: educação do doente, micção programada e reforço positivo. É importante que as idas à casa de banho sejam geralmente a cada 2 a 3 horas (Gray *et al.*, 2009).

A restrição de líquidos é uma estratégia muito utilizada para aliviar os sintomas. Os utentes com ingestão de líquidos anormalmente alta produzem excesso de urina. Quando há uma

ingestão anormalmente baixa de líquidos, esta resulta em pequenas quantidades de urina concentrada que podem irritar a bexiga. Assim, os utentes devem ser aconselhados a planejar a ingestão de líquidos de uma forma adequada. Portanto, é recomendada uma ingestão de pelo menos 1,5 a 2 L de líquidos por dia, devendo ser cessada 3 horas antes do utente se deitar (Reis *et al.*, 2003; Silva *et al.*, 2017).

Relativamente à reabilitação do pavimento pélvico este é um tratamento comportamental essencial para eliminação da IU, que se mostra ser eficaz em utentes com IU de esforço, de urgência ou mista. Está demonstrado que os benefícios desta intervenção podem perdurar até 5 anos. Inicialmente, o utente deve aprender a identificar, isolar, contrair e relaxar o pavimento pélvico, sendo posteriormente, iniciado um programa de exercícios no intuito de melhorar a função do pavimento pélvico incluindo a força e a resistência. A força é alcançada através de pequenas contrações (1 a 2 segundos) e a resistência é atingida através de contrações mantidas por períodos mais longos (10 segundos), seguidas de um período de relaxamento com duração duas vezes superior. O programa de exercícios deve aumentar gradualmente a capacidade e a força dos MPP, por isso, o utente deve iniciar o programa com menos repetições e aumentar progressivamente. Estes devem ser feitos nas posições em pé, sentado e deitado (Gray *et al.*, 2009; Ribeiro, Néné *et al.*, 2021).

De acordo com Balsem, (2018); Damilano *et al.*, (2005); Raul *et al.*, (2010) as técnicas de reeducação neuromuscular também são um forte aliado na melhoria da IU. Só estimulando as estruturas neuronais se torna possível ter sucesso na participação ativa das utentes.

A informação do meio externo é utilizada para:

- 1) as sensações e as perceções;
- 2) a regulação da função dos órgãos internos;
- 3) a manutenção da vigília;
- 4) o controle dos movimentos.

A sensibilidade corporal tem função de servir de alarme, proteção ou vigília, explorar as formas e adaptar os gestos voluntários ao organismo.

Ainda segundo os mesmos autores, as respostas positivas aos estímulos externos emitidos durante o treino são conseguidas através da consciência da posição estática e da capacidade de comandar os movimentos para a concretização dos exercícios, portanto a reabilitação concretiza-se de uma forma global.

Na IU de esforço, recomenda-se a contração do pavimento pélvico antes de tossir, subir escadas ao levantar objetos pesados e na IU de urgência, quando o utente sente uma vontade muito forte de urinar, é aconselhado a parar e contrair o pavimento pélvico rapidamente durante um período de 2 a 3 segundos seguido de um período de relaxamento até a urgência acalmar, posteriormente, é aconselhado a ir à casa de banho em passo lento e a urinar (Gray *et al.*, 2009).

No que diz respeito ao tratamento farmacológico, este difere de acordo com o tipo de IU. A terapia de reposição hormonal com estrogénios tem vindo a ser descrita como uma terapêutica eficaz no controlo da IU em mulheres pós-menopausa. Os agonistas α -adrenérgicos também são utilizados para controlar a sintomatologia da IU. Estes estimulam a contração da musculatura da uretra e aumentam a pressão do seu encerramento, o que impede as perdas involuntárias de urina. Por vezes também são utilizados antidepressivos 3 cíclicos, porque se acredita que estes inibem a recaptção da noradrenalina nas terminações nervosas adrenérgicas da uretra, potenciando os seus efeitos contráteis sobre a musculatura. No entanto, a eficácia real destes tratamentos ainda não foi nitidamente esclarecida. (Legendre *et al.*, 2013; Castro *et al.*, 2015) Nos casos mais complexos, pode ser utilizada a toxina botulínica para inibição pré-sináptica de acetilcolina na placa motora, inibindo de forma parcial a contração do detrusor (Hersh *et al.*, 2013).

A nível do tratamento cirúrgico, este é utilizado como tratamento de última linha, ou seja, quando os tratamentos anteriormente referenciados não permitem alcançar os objetivos pretendidos. Assim, este tratamento visa restabelecer a anatomia do trato urinário impedindo as perdas de urina. Considera-se que este tipo de tratamento é o que apresenta maior taxa de sucesso a longo prazo, sendo minimamente invasivo, fácil de executar e de rápida recuperação (Reis, 2016; Castro *et al.*, 2020).

1.3.O PAPEL DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA EM ENFERMAGEM DE REABILITAÇÃO NA GESTÃO DA INCONTINÊNCIA URINÁRIA

A reabilitação é definida pela OMS (2021) por um conjunto de intervenções que se destina a otimizar a funcionalidade e reduzir a incapacidade entre os indivíduos em reabilitação e o seu ambiente, sendo uma parte imprescindível do sistema de saúde, em qualquer fase de vida, visando tornar a pessoa o mais independente e autónoma possível nas atividades quotidianas, permitindo desta forma a sua participação na educação, trabalho, atividades de lazer e papeis significativos na vida, como cuidar da família (OMS, 2021).

A nível mundial, estima-se que 2.4 bilhões de pessoas vivam com condições de saúde que beneficiam da reabilitação. Devido às alterações das características da população, sabe-se que atualmente as pessoas vivem mais, mas com doenças crónicas e deficiências, pelo que se prevê que a necessidade de reabilitação aumente globalmente (OMS, 2021).

Isto é possível através da intervenção do enfermeiro especialista em enfermagem de reabilitação (EEER), que tem como função promover o diagnóstico precoce e ações preventivas, no intuito de assegurar a manutenção das capacidades funcionais da pessoa, prevenir complicações e evitar incapacidades, proporcionar intervenções terapêuticas que visem melhorar as funções residuais, manter ou recuperar a independência nas atividades de vida, e minimizar o impacto das incapacidades já instaladas, nomeadamente, ao nível das funções motoras, sensoriais, cognitivas, respiratórias, cardíaca, ortopédica, da alimentação, da eliminação e da sexualidade (Ordem dos Enfermeiros, 2019; OMS, 2021).

O EEER, possui um conjunto de conhecimentos que o conduzem a procedimentos específicos, visando ajudar as pessoas com doenças agudas, crónicas ou com sequelas, no intuito de maximizar o seu potencial e promover a sua independência, de forma a potencializar a satisfação da pessoa e preservar a sua autoestima. Desta forma, espera-se que o EEER desenvolva uma prática baseada na evidência, incorpore novas descobertas de investigação na sua prática, e participe em projetos de investigação que visem aumentar o conhecimento e desenvolvimento das suas competências (Ordem dos Enfermeiros, 2019). Espera-se ainda que este tenha o cuidado de dinamizar a partilha de saberes a todos os níveis, para assegurar a excelência dos cuidados nas 24 horas, só possível se todos os cuidadores estiverem alinhados nos seus saberes, proporcionando atitudes e comportamentos sintonizados.

Assim sendo, este concebe, implementa e monitoriza planos de enfermagem de reabilitação diferenciados, baseados nos problemas da pessoa e no seu potencial individual (Ordem dos Enfermeiros, 2019).

Como referido anteriormente, grande parte das pessoas que sofrem um AVC ficam com limitações e dependentes de outros para realizar as suas atividades de vida diária, o que acarreta consequências emocionais e socioeconómicas não só para o utente, mas também para os seus familiares.

O EEER, tem um papel imprescindível junto dos utentes que desenvolvem esta patologia, no intuito de elaborar e implementar e avaliar continuamente um programa de treino de AVD's. Este programa, deve ter início após a avaliação da funcionalidade e o diagnóstico das alterações que determinam as limitações e as incapacidades. Seguidamente deve ser concebido um plano de intervenção: tendo em vista a promoção das capacidades adaptativas para o autocontrolo e autocuidado nos processos de transição saúde/doença e incapacidade; e a implementação de um programa de treino de AVD's com o objetivo de reeducar para a qualidade de vida e a participação social (Ordem dos Enfermeiros, 2019).

A implementação dos programas de reabilitação tem como objetivo a prestação de cuidados de enfermagem de reabilitação de forma sistematizada e segura; traduzindo-se em ganhos de saúde para a pessoa, mais especificamente, pela diminuição da incapacidade, aumento da independência funcional, diminuição do número de dias de internamento, diminuição do número de reinternamentos, favorecimento da reintegração familiar e social, e maior satisfação (Ferreira *et al.*, 2020).

A enfermagem desde o seu início é considerada uma área social vinculada à arte de cuidar, pelo que responde à necessidade de ajudar as pessoas quando estas não têm capacidade suficiente (Hernández *et al.*, 2017). Tem por base teorias que auxiliam na prestação de cuidados, através do respeito à sua singularidade (Silva *et al.*, 2021). As teorias contribuem para a afirmação da enfermagem como produtora e reprodutora de conhecimento científico. Desta forma considerou-se importante relacionar as teorias de Orem e de Meleis com a prestação de cuidados diferenciados de enfermagem de reabilitação.

Dorothea Orem, desenvolveu a teoria da enfermagem do défice de auto cuidado, que engloba três teorias correlacionadas: teoria do autocuidado, défice do autocuidado e sistemas de enfermagem (Silva *et al.*, 2021).

Ourem refere que o autocuidado é uma função deliberada, que é realizada para garantir o fornecimento de requisitos necessários à vida, para o crescimento, desenvolvimento e manutenção da integridade humana (Marques-Vieira *et al.*, 2016). O termo autocuidado é utilizado quando os indivíduos são capazes e cuidam de si próprios, estando este conceito presente na teoria do autocuidado. Na teoria do déficit do autocuidado, é definida a importância da enfermagem no auxílio ao indivíduo incapaz de se autocuidar, sendo o enfermeiro responsável por identificar e providenciar a assistência necessária. Por fim, a teoria dos sistemas de enfermagem relata como é que as lacunas no autocuidado são preenchidas pela equipa, pelo utente e pelos cuidadores (Silva *et al.*, 2021). A autonomia ou dependência do utente varia como consequência das atividades que assume o enfermeiro (Hernández *et al.*, 2017). Contudo, o estímulo do autocuidado deve ser realizado consoante as limitações de cada indivíduo, compreendendo-se quais as funções que podem ser desenvolvidas por ele unicamente e quais aquelas que o enfermeiro deve intervir com base na prática baseada na evidência, compensando a sua incapacidade através do apoio, estimulando o restabelecimento da sua autonomia e da capacidade de cuidar de si próprio – desenvolvimento da independência (Silva *et al.*, 2020; 2021).

Desta forma, o utente é obrigado a passar pela vivência de uma transição, que é definida pela capacidade que a pessoa tem para determinar e gerir as suas necessidades e construir respostas adaptativas que podem estar alteradas, pelo que é necessário um período de instabilidade para a adaptação e ajustamento (Santos *et al.*, 2017).

A Teoria das Transições, compreende que o utente passe por uma situação de mudança de vida, como por exemplo a nível da saúde. Este passa de um estado de bem-estar, para um estado de doença. Para que seja capaz de transitar deste evento crítico, como é a descoberta de uma doença, torna-se importante que este se consciencialize das mudanças físicas e emocionais. Durante este período, os utentes podem sentir-se diferentes, e passarem a ver os outros e o mundo de outra forma. Por vezes, podem passar por períodos de instabilidade, confusão e stress, até que eventualmente voltem a atingir a estabilidade. O enfermeiro tem um papel fundamental durante este período de maior vulnerabilidade, devendo ser da sua prioridade preparar e fornecer conhecimento ao utente de forma a contribuir para uma transição saudável (Guimarães *et al.*, 2016).

Quando o utente sofre um AVC e fica com sequelas, a sua capacidade para executar as AVD's, pode ficar comprometida, o que conseqüentemente pode ter um impacto negativo

através das alterações de humor, privação da interação social e interferência na atividade laboral. Quando na sequência do AVC o utente fica a sofrer de incontinência urinária, considerando-se esta perturbação a perda da capacidade do utente em controlar as micções, condicionando outras atividades que lhe são inerentes, limitando a qualidade de vida e prejudicando a sua atividade social, levando por vezes a ter que depender dos outros que o rodeiam (Pêla, 2012).

Assim sendo, a associação destas duas teóricas (Orem e Meleis), torna-se muito importante, pois o utente não é visto como dependente de cuidados, mas sim, como principal contribuinte para a sua própria reabilitação. Ele aprende que a transição de pessoa doente para voltar a ser saudável, depende de si próprio, estando desperto para colaborar nos seus próprios cuidados. Todo este processo pode ser experienciado de forma positiva ou negativa, dependendo da forma como o indivíduo o vivencia (Silva *et al.*, 2020).

O papel do EEER é fundamental na identificação das necessidades do autocuidado e como facilitador do processo de transição. Assim, este tem o papel de: orientar, ensinar, proporcionar apoio físico e psicológico e manter um meio propício ao desenvolvimento pessoal. De acordo com Orem, o EEER tem ainda um papel imprescindível em iniciar e manter a relação com o utente e família até que não necessite de cuidados de enfermagem; determinar como é que o utente pode ser ajudado através dos cuidados de enfermagem; responder às necessidades deste através do contacto e assistência; prescrever e proporcionar ajuda ao utente e à sua família, coordenando e integrando os cuidados de enfermagem na vida diária do mesmo (Santos *et al.*, 2017).

A (Ordem dos Enfermeiros, 2010) apresenta os processos de eliminação como sendo do domínio da intervenção do EEER.

Os cuidados à pessoa com alterações do padrão de eliminação vesical é uma prioridade das intervenções de enfermagem de reabilitação, com resultados muito positivos. O EEER tem à sua disposição várias estratégias de intervenção, no entanto, este deve incidir sobre os procedimentos menos invasivos e mais seguros, tendo em consideração a incapacidade do utente, a relação custo/eficácia, a complexidade técnica e as possíveis complicações (Marques-Vieira *et al.*, 2016; Ribeiro *et al.*, 2021).

Desta forma, compreende-se que as técnicas comportamentais fazem parte das intervenções independentes de enfermagem de reabilitação e enquadram-se na primeira linha de tratamentos à pessoa com incontinência urinária. Estas têm como objetivo diminuir o número

de ocorrências de perdas de urina, normalizar a frequência urinária, melhorar o controle sobre a urgência, aumentar a capacidade vesical e devolver à pessoa a confiança no controle da bexiga. Englobam a terapia comportamental, exercícios do pavimento pélvico com ou sem biofeedback, retenção do cone vaginal, estimulação elétrica e educação da pessoa e cuidadores, com reforço positivo pelos esforços e progressos alcançados (Marques-Vieira *et al.*, 2016; Ribeiro *et al.*, 2021).

Com a terapia comportamental pretende-se que a pessoa se consciencialize da diferença entre a percepção da necessidade de urinar e o ato de urinar. Para tal é importante que haja alteração dos hábitos miccionais, através da redução da ingestão hídrica, da supressão, através da programação das micções e pelo aumento da capacidade funcional através da micção diferida. A micção diferida consiste na utilização de técnicas de distração ou relaxamento para inibir conscientemente a vontade de urinar após o desejo miccional. O objetivo é capacitar a pessoa para resistir ao inibir a sensação de vontade de urinar e adiar a micção. Na micção programada devem ser estabelecidos horários com intervalo ideal de 2 a 3 horas (pois desta forma consegue-se antecipar a micção, reduzindo os episódios de perdas de urina), exceto durante o sono, pois a micção é induzida voluntariamente antes de atingido o volume vesical propício para a micção (Marques-Vieira *et al.*, 2016; Ribeiro, Néné *et al.*, 2021).

Em associação à terapia comportamental, considera-se importante a elaboração do diário miccional que permite avaliar e compreender os hábitos diários da pessoa, no intuito de traçar o seu perfil miccional e assim compreender a melhor forma de reeducar a função vesical. (Marques-Vieira *et al.*, 2016; Ribeiro *et al.*, 2021).

Os exercícios da MPP, são um forte coadjuvante às terapias comportamentais, pois melhoram a resistência da uretra através da sua contração, ajudando ao encerramento da uretra e a um aumento gradual do suporte muscular das estruturas pélvicas. Pretende-se com estes exercícios que a pessoa seja capaz de localizar e identificar corretamente os músculos, os realize de forma regular e ativa e os utilize para controlar a continência (Marques-Vieira *et al.*, 2016; Ribeiro *et al.*, 2021).

Como já referido anteriormente os exercícios devem ser realizados de forma progressiva, evitando a fadiga. É importante que sejam realizados através de pequenas contrações, no intuito de treinar a força e através de contrações mais longas de forma atingir uma maior resistência (Marques-Vieira *et al.*, 2016; Ribeiro *et al.*, 2021).

Assim sendo, compreende-se que todas estas intervenções contribuem para que pessoas com IU após o AVC retomem as suas atividades habituais, melhorando a sua autoestima e qualidade de vida (Santos, 2016). Neste sentido considera-se que a reabilitação desta função é para a vida toda, pois sem exercício os músculos relaxam, perdem o seu tónus e tornam-se incapazes de exercer a sua função.

Portanto, a longo prazo, o sucesso de qualquer programa de reabilitação está diretamente relacionado com a adesão do utente e da sua família. A utilização de técnicas de educação em saúde pode ser uma boa estratégia para a motivação, proporcionando bons resultados na reeducação da continência vesical (Santos, 2016).

É da competência do EEER planear e implementar estratégias de motivação, no intuito de estimular o envolvimento, ou interesse e adesão do utente durante todo o processo. Este é um papel importante e que permite ao EEER conhecer e compreender os hábitos, os recursos e os projetos de vida do utente, ajudando-o a alcançar o seu próprio nível de saúde, quer pela otimização dos recursos exteriores, como pela ajuda prestada na descoberta, e pela promoção e desenvolvimento de todo o potencial individual capaz de contribuir para o utente encontrar o seu projeto de saúde, acompanhando nas fases de re aquisição da autonomia, neste caso no que diz respeito à continência urinária (Santos, 2016).

Por vezes é necessário que a pessoa com IU após o AVC, redefina o seu percurso da vida, reencontrando uma nova forma de viver. O prestador de cuidados é “alguém que oferece àquele de quem cuida, um mapa das estradas. Este mapa não indica o caminho por onde deve seguir, mas mostra os diferentes locais onde se pode ir e inúmeros caminhos para lá chegar” (Hesbeen cit in Santos, 2016) . Dito isto, o EEER deve orientar a pessoa, de forma a que esta reencontre um novo percurso de vida, que tenha significado (Santos, 2016).

O enfermeiro de reabilitação deve privilegiar a qualidade do tempo partilhado com os utentes, pois este pode “contribuir para o bem-estar, para a sua serenidade, mesmo em situações mais desesperadas. porque os cuidados de enfermagem são assim, (...) uma imensidão de pequenas coisas” (Hesbeen cit in Santos, 2016).

2. METODOLOGIA

Recentemente, tem havido uma evolução positiva no processo de compreensão de que a componente científica deva ser ampliada, na expectativa de que as decisões contenham um maior grau de certeza, atingindo os objetivos propostos e, como consequência, resulte, em

última instância, em melhorias efetivas das condições de saúde das populações, como defende (Barreto, 2004). Deste modo, avalia-se que, assim procedendo, aumentam as oportunidades de se tomar decisões mais efetivas, trazendo maiores benefícios à saúde da população, com menos custos económicos ou sociais.

Como em todas as áreas, na saúde é imprescindível desenvolver o conhecimento científico, pois tal como é referido por Sampieri, Collado, e Lucio (2013), quanto mais pesquisa for realizada, mais progressos irão existir, permitindo desta forma a prática baseada na evidência, que por sua vez leva à melhoria da qualidade na prestação de cuidados (Pereira *et al.*, 2015).

A prática de enfermagem baseada na evidência é definida como o processo em que os enfermeiros tomam decisões clínicas utilizando a melhor evidência científica disponível, recorrendo à sua experiência clínica e às preferências do paciente, no contexto dos recursos disponíveis (Pereira *et al.*, 2015).

Segundo (Fortin, 2009), a fase metodológica consiste em definir os meios para a realização da investigação.

Neste capítulo, pretende-se dar a conhecer os procedimentos metodológicos utilizados durante o processo de investigação, englobando todas as etapas que foram percorridas desde as primeiras decisões tomadas, em que se desenvolveram múltiplas ideias, tentando analisar e ter em conta as diversas condicionantes que se apresentavam face ao contexto em que esta investigação se iniciou e se desenvolveu.

2.1. Da questão de investigação aos objetivos do estudo

A pergunta de partida ou a primeira questão de investigação, surge como o fio condutor inicial da investigação e assim sendo, deve ser clara, exequível e pertinente (Quivy *et al.*, 2008).

Bryman (2012) chama a atenção para a importância das questões de investigação, referindo que elas são cruciais por poderem e deverem orientar: a pesquisa bibliográfica de fundamentação teórica; as principais decisões sobre o Desenho da Pesquisa a adotar; na definição dos dados, na sua recolha e na identificação das fontes; a análise dos dados recolhidos; a apresentação dos resultados; no sentido e na direção da investigação, evitando a dispersão e sobre o que deverá ser exposto e discutido no estudo (Bryman, 2012).

Segundo Yin a definição da questão de investigação permite projetar os procedimentos metodológicos para a comprovação das preposições em estudo.

No presente estudo, a questão de investigação foi construída a partir da observação e análise do contexto onde o próprio estudo foi realizado, coincidindo com o local onde se concretizou a Unidade Curricular, Estágio de Natureza Profissional, último ensino clínico do Mestrado de Enfermagem de Reabilitação. Este estágio teve lugar numa Unidade de AVC do Norte de outubro de 2021 a março de 2022. Deste modo, no início do estágio, após dialogar com a Sr.^a enfermeira gestora e identificadas as principais necessidades do serviço e dos utentes de modo global e informal, constatou-se que a reabilitação das utentes com incontinência urinária carecia de novos procedimentos de concretização e avaliação.

A partir de uma análise mais consistente e objetiva desta situação concreta, incitada por vários enfermeiros do próprio Serviço, e de uma forma especial pela Sr.^a enfermeira gestora, desenvolveram-se motivações comuns, tanto do serviço como do investigador, estimulando à construção conjunta de estratégias que poderiam servir de elementos à construção de um projeto de investigação válido, exequível e de grande pertinência, pois finalidade seria dar continuidade da ação no Serviço, caso os resultados fossem positivos para as utentes. Este trabalho de análise constituiu a base de sustentação da escolha desta temática, sendo muito motivador saber que o trabalho ganharia mais sentido pelo facto de se poder desenvolver protocolos de reabilitação da musculatura do pavimento pélvico e técnicas de treino vesical, no sentido de os implementar no Serviço.

Desta forma, estabeleceu-se a seguinte questão de investigação: “Qual o impacto de um Programa de Reabilitação na Gestão da Incontinência Urinária na mulher após a ocorrência do AVC?”

Marconi *et al.* (2007) consideram que todas as pesquisas devem ter um objetivo determinado de forma a se compreender o que se vai procurar e o que se pretende alcançar, dito isto, definiu-se com objetivo geral:

Avaliar o efeito de um Programa de Reabilitação na Gestão da Incontinência Urinária na mulher após a ocorrência do AVC.

No intuito de sustentar o objetivo geral e responder à questão de investigação determinaram-se os objetivos específicos. Assim como a definição dos objetivos específicos de investigação permite ao investigador definir quais são as metas a atingir, por ser um processo

que deve prender a sua atenção, uma vez que estes serão instrumentais para o conhecimento e para a avaliação do sucesso da investigação (Santos *et al.*, 2019), também as proposições nos estudos de caso direcionam a atenção para o propósito do que se tenciona investigar (Yin, 2018). O percurso do projeto de investigação segundo Yin (2018), passa pela questão de investigação, a definição das preposições e das unidades de análise para a apreciação dos dados ligando-os às proposições, de modo a facilitar a compreensão das intenções concretas do investigador, proporcionando a simplificação da interpretação dos resultados obtidos nos estudos de caso. Assim sendo, foram definidos os objetivos específicos e as proposições do estudo, de forma alinhada, como se apresenta no Quadro 3.

Apresentação dos objetivos específicos e das proposições inerentes às variáveis do estudo

Objetivos específicos (livro do Instituto Universitário Militar 2019)	Proposições (Yin, 2018)
1 – Caraterizar a mulher com incontinência urinária após a ocorrência do AVC → variáveis sociodemográficas (idade, estado civil, habilitações literárias)	
2 – Analisar a evolução da urgência urinária em mulheres após a ocorrência do AVC, ao longo das sessões do Programa de Reabilitação na Gestão da Incontinência Urinária;	A urgência urinária em mulheres após a ocorrência do AVC, diminui ao longo das sessões do Programa de Reabilitação na Gestão da Incontinência Urinária;
3 – Analisar a evolução da frequência urinária em mulheres após a ocorrência do AVC, ao longo das sessões do Programa de Reabilitação na Gestão da Incontinência Urinária;	A frequência urinária em mulheres após a ocorrência do AVC, diminui ao longo das sessões do Programa de Reabilitação na Gestão da Incontinência Urinária;
4 – Analisar a evolução das perdas de urina em mulheres após a ocorrência do AVC, ao longo das sessões do Programa de Reabilitação na Gestão da Incontinência Urinária;	A quantidade das perdas de urina em mulheres após a ocorrência do AVC, diminui ao longo das sessões do Programa de Reabilitação na Gestão da Incontinência Urinária;
5 – Relacionar as variáveis clínicas (tipo de AVC, localização do AVC, presença de déficits, antecedentes pessoais) com as variáveis, urgência urinária, frequência urinária e perdas de urina, antes de depois do programa de reabilitação na gestão da incontinência urinária da mulher após a ocorrência do AVC;	Existe relação entre as variáveis clínicas (tipo de AVC, localização do AVC, presença de déficits, antecedentes pessoais) e as variáveis, urgência urinária, frequência urinária e perdas de urina, antes de depois do programa de reabilitação na gestão da incontinência urinária da mulher após a ocorrência do AVC;
6 – Analisar a evolução do nível de autoconfiança na realização das atividades de vida diária sem ocorrência de perdas de urina, antes e depois do Programa de Reabilitação na Gestão da Incontinência Urinária em mulheres após a ocorrência do AVC;	O Programa de Reabilitação na Gestão da Incontinência Urinária aumenta o nível de autoconfiança na realização de atividades de vida diária em mulheres após a ocorrência do AVC;
7 – Analisar a evolução do nível de autoconfiança na contração dos músculos do pavimento pélvico como prevenção de perdas de urina, antes e depois do Programa de Reabilitação na Gestão da Incontinência Urinária em mulheres após a ocorrência do AVC;	O Programa de Reabilitação na Gestão da Incontinência Urinária aumenta o nível de autoconfiança na contração dos músculos do pavimento pélvico como prevenção de perdas involuntárias de urina em mulheres após a ocorrência do AVC;

Quadro 3 - Objetivos e preposições do estudo

2.2. Tipo de estudo

Cada vez mais, a investigação científica suportada por estudos de caso, tem vindo a fortalecer-se e auferir maior reputação (Navarro, 2014).

O estudo de caso é uma das diferentes maneiras de realizar pesquisa nas ciências sociais. As últimas duas décadas têm testemunhado a profusão de projetos, reunindo cientistas sociais e cientistas do campo da saúde com o objetivo de estudar e recomendar soluções para uma ampla gama de problemas de saúde (Serapioni *et al.*, 2014). De acordo com o exposto, este tipo de estudo, investiga um fenómeno contemporâneo, no seu contexto no mundo real, definindo-se como sendo um método abrangente que contempla desde o planeamento do projeto de pesquisa, definindo os seus componentes: questão de investigação, preposições, unidade de análise, vinculação dos dados às proposições, os critérios para a interpretação dos resultados, as técnicas de colheita de dados e as abordagens específicas para análise de dados (Yin, 2018).

De acordo com Yin (2018), os estudos de caso podem ser retratados como combinações de métodos qualitativos e quantitativos, aplicados em diversas situações, que permitem ao investigador, focar-se num caso segundo uma perspetiva holística e num contexto real. Ainda segundo o mesmo autor, os estudos de caso podem ser limitados a evidências quantitativas, se assim for desejado.

Estes estudos são classificados como estudos de caso únicos ou múltiplos, ou seja, um estudo pode conter apenas um caso único ou mais do que um caso (casos múltiplos). A última classificação tem sido cada vez mais utilizada nos últimos anos, já que a evidência dos casos múltiplos é considerada mais vigorosa, e o estudo em geral, por esse motivo, acaba por ser visto como mais robusto (Yin, 2018).

Perante o exposto, considera-se que a presente investigação se enquadra no tipo de estudo de casos múltiplos, com aplicação de métodos quantitativos no tratamento e análise dos dados. Neste enquadramento, para a construção das etapas deste estudo de casos múltiplos, foram tidas como base as orientações de Yin (2018) e as orientações metodológicas da Escola Superior de Saúde de Viana do Castelo para a realização do projeto de investigação.

Na primeira etapa, foi delineada a proposição do estudo e os procedimentos utilizados durante a colheita de dados. Na segunda etapa, foram colhidos os dados através do

procedimento proposto e realizado o relatório individual de cada caso, no intuito de posteriormente, na terceira etapa, analisar os dados e tecer conclusões.

O uso deste método possibilita uma estratégia de investigação científica, pois permite a investigação de fenômenos no contexto real da enfermagem, com inúmeras fontes de evidência que permitem a reflexão e a busca de alternativas para a solução dos problemas, contribuindo, desta forma, para o avanço do conhecimento (Silva *et al.*, 2018)

2.3. Caracterização do contexto do estudo

Quando se apresentou o contexto em que se construiu a pergunta de partida ficou explícito que a razão da escolha do contexto e do problema de investigação prendeu-se com a oportunidade de efetuar a colheita de dados durante a realização do estágio no Serviço onde o investigador desenvolve também a sua atividade profissional. Deste modo o investigador precisou o meio em que será conduzido o estudo e justificou a sua escolha (Fortin, 2009).

Assim, o meio do presente estudo é um meio natural onde a investigação foi realizada e onde se realizou a experimentação através do PREGIU em que manipulou a musculatura do pavimento pélvico, para o desenvolvimento da sua tonificação e capacidade de contração, orientando as utentes na realização dos exercícios inerentes ao programa de reabilitação na gestão da incontinência urinária na mulher após a ocorrência do AVC.

Esta experiência referente ao PREGIU, pretende controlar o comportamento de algumas das variáveis em estudo, tais como: Urgência urinária, frequência urinária, perdas de urina e os níveis de autoconfiança das utentes, quer na realização das contrações dos músculos pélvicos sem que ocorram perdas de urina, quer nas contrações dos músculos pélvicos como prevenção de perdas involuntárias de urina. A tentativa de controlo destas variáveis realizou-se através da manipulação dos músculos pélvicos aquando dos exercícios realizados no âmbito do PREGIU.

2.4. População e amostra

A unidade de análise é um dos componentes dos estudos de caso, ou seja, os participantes da pesquisa, que podem ser um único indivíduo, um grupo de indivíduos, um evento ou entidade, programas ou organizações (Yin, 2018).

No intuito de dar resposta aos objetivos propostos e responder à questão de investigação, como unidade de análise este estudo contou com mulheres com incontinência após a ocorrência do AVC, admitidas numa Unidade de AVC.

Os casos foram selecionados de forma não probabilística, por conveniência, pois os investigadores podem selecionar indivíduos que atendem aos critérios de entrada e sejam de fácil acesso, num determinado local e num preciso momento (Hulley *et al.*, 2008); Fortin, 2009).

Assim sendo, foram criados os seguintes critérios de inclusão:

- 1 - ser mulher (1-in);
- 2 - ter idade igual ou superior a 50 anos (2-in);
- 3 – estar internada na Unidade de AVC durante o período de colheita de dados (3-in);
- 4 - apresentar incontinência urinária após o diagnóstico de AVC (4-in);
- 5 - obedecer a ordens simples (5-in);
- 6 - compreender o que lhe é dito (6-in);
- 7 - ser capaz de cumprir o plano de hidratação (7-in);
- 8 - ter capacidade de realizar os exercícios de fortalecimento da musculatura pélvica propostos (8-in);

Como critérios de exclusão foram definidos:

- 1 – ter incontinência urinária prévia ao AVC (1-ex);
- 2 – ter infeções urinárias de repetição (2-ex);
- 3 - histórico de alterações urológicas (3-ex);
- 4 - estar algaliada (4-ex);
- 5 - apresentar prótese da anca (5-ex), (pelo impedimento de realização de exercícios previstos no PREGIU).

Estes critérios foram aplicados a 9 utentes e obtiveram-se os seguintes resultados apresentados no quadro 4.

Aplicação dos critérios de inclusão e exclusão														
	Critérios de inclusão								Critérios de exclusão					
Casos	1-in	2-in	3-in	4-in	5-in	6-in	7-in	8-in	1-ex	2-ex	3-ex	4-ex	5-ex	
Caso 1	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓						
Caso 2	✓	✓	✓	✓			✓	✓						
Caso 3	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓							
Caso 4	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓					✓		
Caso 5	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓						
Caso 6	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓					✓		
Caso 7	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓						
Caso 8	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓						
Caso 9	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓						

Quadro 4 - Critérios de Inclusão e Exclusão

Mediante os resultados acima, foram selecionadas 5 utentes para participarem no estudo que cumpriam todos os critérios de inclusão (casos, 1, 5, 7, 8 e 9).

2.5. Variáveis

Num estudo, as variáveis devem ser definidas com clareza, objetividade e de forma operacional. Todas as variáveis que possam interferir com o objeto em estudo devem ser devidamente controladas de forma a não comprometerem a pesquisa (Marconi *et al.*, 2007).

As variáveis são qualidades, propriedades ou características de pessoas, definindo-se como uma propriedade que pode oscilar e em que a variação pode ser medida ou observada (Fortin, 2009; Sampieri *et al.*, 2013).

Tendo em consideração o quadro teórico, as variáveis deste estudo foram agrupadas em: variáveis atributo, variáveis independentes, variáveis dependentes.

As variáveis atributo são características pré existentes nos participantes em estudo e são normalmente constituídas pelos dados sociodemográficos (Fortin, 2009).

A variável independente é um elemento introduzido e manipulado numa situação de investigação com vista a exercer um efeito sobre a variável dependente, esta última é o resultado pretendido pelo investigador.

De acordo com os objetivos e o desenho do estudo, as variáveis independentes em duas dimensões: as variáveis não manipuladas que são os dados clínicos (antecedentes pessoais, localização, tipo de AVC e a presença de défices, IMC) e as variáveis manipuladas que são os músculos do pavimento pélvico. A ação de manipulação que se usou neste estudo foram os exercícios do PREGIU com a finalidade de fortalecer esta musculatura e com isso resolver o problema de IU. As variáveis dependentes são os resultados obtidos através do PREGIU relacionados com a incontinência urinária: urgência urinária, frequência urinária, a quantidade de urina perdida; nível de confiança na realização das contrações dos MPP para prevenir a perda involuntária de urina e nível de autoconfiança na realização de atividades de vida diária em mulheres com incontinência urinária após a ocorrência do AVC. As variáveis do estudo estão esquematizadas no quadro 5.

Variáveis Atributo	Variáveis Independentes		Variáveis Dependentes
Idade, estado civil, nível de escolaridade, IMC, antecedentes pessoais, localização, tipo de AVC e a presença de défices	Não manipuladas	Manipuladas	Urgência urinária, frequência urinária, a quantidade de urina perdida; eficácia de contração dos músculos pélvicos
	Variáveis clínicas: antecedentes pessoais, localização, tipo de AVC e a presença de défices, IMC	Músculos do pavimento pélvico.	

Quadro 5 - Variáveis

2.6. Procedimento de recolha e tratamento de dados

A colheita de dados foi realizada no período de dezembro de 2021 a fevereiro de 2022.

Após a escolha da temática procedeu-se a uma série de etapas, desde uma extensa revisão da literatura, reflexão e questionamentos sobre aspetos concretos que direcionaram para o problema de investigação concreto, até à construção de um projeto síntese para a submissão do pedido de autorização à Comissão de Ética da Unidade Local de Saúde do Alto Minho (ULSAM) (Anexo I). A partir do momento em que a colheita de dados foi autorizada, realizou-se uma reunião, estando presentes, o investigador, a equipa de enfermagem de reabilitação da unidade de AVC e a Sr.^a Enfermeira Gestora do Serviço. Esta reunião teve como intuito explicar em pormenor o estudo, dando a conhecer os objetivos e explanando o desenho de investigação, com o propósito de sensibilizar a equipa para esta problemática e envolvê-la durante todo o processo. Foram ainda apresentados e explicados: o PREGIU funcional e os instrumentos de recolha de dados selecionados, assim como os métodos de aplicação de ambos.

No início de estágio, ao longo dos turnos, a equipa de assistentes operacionais foi também sensibilizada, de forma a garantir a sua compreensão acerca da problemática antes de começar a experiência, para que todos os elementos estivessem aptos a colaborar conjuntamente com a equipa de enfermagem na mudança comportamental, nomeadamente na programação das idas à casa de banho, no reforço da hidratação durante o dia e na diminuição da ingestão hídrica no final do dia.

Toda a equipa envolvida, quer dos enfermeiros de reabilitação, quer dos assistentes operacionais do Serviço, se mostrou disponível para colaborar no estudo, pelo que se realizou o pré teste com os instrumentos de recolha de dados, aplicados a 3 utentes durante um turno, no intuito de compreender se estes eram de fácil compreensão, se apresentavam algum erro, de modo a fazer a sua eventual correção, e possibilitar também a verificação da sua adequação ao objetivo geral do estudo ao qual se pretendia responder. Como os resultados do pré teste foram positivos, iniciou-se a identificação dos participantes que preenchiam os critérios de inclusão e de exclusão. Para o efeito, após a identificação das utentes com incontinência após o AVC, foram selecionadas para o estudo as utentes que cumpriam os critérios de exclusão e inclusão. Estas participantes eram informadas sobre o estudo que estava a ser realizado, os seus objetivos e finalidade, sendo-lhes respondidas todas as questões que colocaram durante a apresentação do estudo. Após esta fase foi-lhes questionado se teriam interesse em participar. Seguidamente à sua aceitação, foi-lhes fornecida a informação por escrito sobre o estudo e o consentimento informado para que estas assinassem e, deste modo, foram cumpridos os princípios éticos propostos para o estudo.

A colheita de dados era iniciada assim que a utente se encontrasse suficientemente estável para iniciar o PREGIU. Inicialmente estava previsto que o estudo contemplasse 2 grupos distintos: um grupo que realizava treinos da musculatura pélvica e todas as intervenções de treino da incontinência urinária e outro grupo que por diversas patologias ou condições estivesse impossibilitado de realizar treinos da musculatura pélvica, mas fosse capaz de cumprir o restante programa para treino da incontinência urinária. Nos primeiros casos que foram selecionados para o estudo, compreendeu-se que existia uma discrepância muito grande entre o número de elementos dos dois grupos, pelo que o segundo grupo foi anulado, ficando apenas com o grupo que demonstrou ter a capacidade para realizar o treino dos MPP e todas as restantes intervenções de treino da IU.

No primeiro dia de colheita de dados eram aplicados os instrumentos para o efeito, nomeadamente o questionário socio demográfico e clínico e a escala de autoeficácia para os exercícios dos MPP de Broome (Broome Pelvic Muscle Exercise Self-Efficacy Scale), com o objetivo de compreender qual o nível de confiança que sentiam em contrair os MPP, como prevenção de perdas involuntárias de urina, antes de iniciar o PREGIU. Também foi utilizado um diário miccional, que permitia registar a hidratação, o volume de urina, a frequência urinária, a quantidade de perdas de urina e a urgência urinária, desde o primeiro dia, durante 24 horas, até ao momento de alta. Apesar dos instrumentos serem autoadministráveis, optou-se por administrá-los de forma indireta com leitura das questões, tendo a intenção de garantir a compreensão dos itens das escalas por parte das participantes no estudo. Foi tomada esta decisão, considerando a faixa etária de algumas participantes, o baixo nível de escolaridade que apresentavam e a presença de défices como a hemiparesia e a hemiplegia que dificultavam o preenchimento.

O PREGIU foi implementado tendo em consideração alguns aspetos que garantissem a segurança das participantes, como: estabilidade clínica, sem risco de descompensação cardiopulmonar, capacidade de aprender e memorizar o PREGIU, capacidade física para participar nos exercícios do PREGIU de forma ativa e ausência de complicações clínicas (Francisco *et al.*, 2011). Para tal, foi tida em consideração a avaliação clínica da parte médica e de enfermagem diária, visualizada a Tomografia Axial Computorizada (TAC), de controlo, para garantir que não havia agravamento da lesão cerebral e avaliação de sinais vitais antes da realização dos treinos da musculatura do pavimento pélvico. Foram também avaliadas as alterações do comportamento, pois a incapacidade de ter um comportamento intelectual adequado e de controlar as próprias ações, caracterizadas pela ausência de iniciativa, diminuição do interesse e negativismo, podem comprometer o plano de reabilitação (Branco *et al.*, 2010).

Este programa foi constituído pelo plano de exercícios de fortalecimento da musculatura do pavimento pélvico e por modificações comportamentais como: reforço da ingestão hídrica durante o dia e redução a partir da hora do jantar (19h); treino miccional através da programação das idas à casa de banho 2/2 horas durante o dia e 4/4 horas durante a noite. Deste modo as participantes no estudo eram estimuladas 10 vezes por dia, mas nem sempre conseguiam estabelecer micções, variando assim a sua frequência urinária.

O plano de exercícios de fortalecimento da MPP tinha duração de aproximadamente 20 minutos, tendo sido executadas pelos enfermeiros de reabilitação da equipa, 2 vezes por dia, uma no período da manhã e outra no período da tarde.

Como referido anteriormente, os exercícios de treino da MPP, eram realizados na posição deitada, sentada e ortostática. Seguidamente, serão descritos os exercícios e a forma como eram realizados:

1º – Foi-lhes ensinado durante as primeiras sessões a dissociação dos tempos respiratórios, no intuito de proporcionar a consciencialização e capacidade de controlo da respiração, diminuindo o gasto energético.

2º – Seguidamente foram ensinadas e incentivadas adotar a posição de relaxamento em decúbito dorsal, colocando uma almofada na cabeça e de baixo dos membros inferiores. Pretendeu-se com este exercício proporcionar a diminuição da tensão muscular e psíquica, levando ao relaxamento, num intuito de facilitar a capacidade das participantes de controlarem a respiração e reduzir a sobrecarga muscular.

3º – Eram iniciados os exercícios em decúbito dorsal. O primeiro exercício consistia em realizar a extensão, contrair os MPP, abdominais e os glúteos, fazendo pressão sobre a superfície da cama. O segundo exercício consistia em realizar o exercício da ponte no momento da expiração. No terceiro exercício realizava-se novamente a ponte, mas desta vez com contração dos MPP no momento da expiração. O quarto exercício era mais complexo e exigia a flexão da anca e dos joelhos, no intuito de realizar adução dos membros inferiores pressionando uma bola/almofada no momento da expiração, contraindo simultaneamente os músculos abdominais e os glúteos. O quinto e último exercício na posição deitada era realizado com uma bola de pilates, debaixo dos gêmeos e os joelhos em flexão a 90°. No momento da inspiração a utente deve contrair os glúteos e elevar a região da anca.

4º – Seguidamente pedia-se às utentes para adotarem a posição sentada. No primeiro exercício nesta posição pedia-se para cruzarem os membros inferiores e contraírem os MPP no momento da expiração. O segundo exercício consistia em sentar-se numa bola de pilates e contrair o pavimento pélvico.

5º – Os últimos exercícios eram realizados na posição ortostática. O primeiro exercício consistia na contração dos MPP nesta posição. O segundo exercício consistia na contração

dos mesmos músculos, mas colocando a anca em anteversão no momento da expiração. O terceiro exercício consistia no mesmo procedimento, mas com retroversão da anca.

6º – Todos estes exercícios eram realizados 10 vezes com contração de 2 segundos e 10 vezes com contrações de 10 segundos, no intuito de trabalhar os diferentes tipos de fibras musculares (tipo I e tipo II), 2 vezes ao dia, uma no turno da manhã e outra no turno da tarde, para promover o seu fortalecimento (Marques-Vieira *et al.*, 2016).

No momento da alta, foi aplicada novamente a escala de autoeficácia de Broome para os MPP, com a finalidade de avaliar os resultados do PREGIU implementado.

A colheita de dados decorreu desde o momento em que as participantes se encontravam estáveis o suficiente para iniciar a reabilitação até ao momento da alta.

Unidades de Análise \ Datas	Dezembro 2021		Janeiro 2022		Fevereiro 2022	
	1 a 15	16 a 31	1 a 15	16 a 31	1 a 15	16 a 28
Caso 1 30 sessões	Início- 6	Fim – 20				
Caso 5 32 sessões		Início – 20	Fim – 9			
Caso 7 14 sessões			Início - 3 Fim – 9			
Caso 8 22 sessões			Início - 3 Fim - 13			
Caso 9 20 sessões				Início – 27	Fim – 5	

Quadro 6 - Cronograma da participação das utentes no estudo

O percurso de participação das utentes está presente no cronograma acima e as datas dependeram do momento em cada uma das utentes foi avaliada e considerada apta para participar no estudo.

2.7. Instrumentos de Recolha de Dados

“Como a investigação se aplica a uma variedade de fenómenos, ela necessita do emprego de diversos métodos de colheita de dados. A escolha dos métodos de colheita de dados depende das variáveis estudadas e da sua operacionalização.” (Fortin, 2009)

Segundo a mesma autora, os instrumentos servem para colher os dados, que permitem responder às questões de investigação (Fortin, 2009).

Tendo em conta as características do grupo em estudo, serão utilizados os seguintes instrumentos de recolha de dados:

- Questionário sociodemográfico e clínico;
- Escala de Autoeficácia de Broome para a musculatura do pavimento pélvico;
- Diário Miccional.

2.7.1. Questionário sociodemográfico

Os questionários são a forma mais eficiente e uniforme de se colocar uma questão simples. São menos dispendiosos do que os outros tipos de instrumentos, não obrigam o investigador a despende de muito tempo e são mais fáceis de padronizar. As questões utilizadas no questionário do estudo são do tipo “fechadas”, de forma a assegurar a fidelidade do instrumento e o anonimato (Hulley *et al.*, 2008).

O questionário (Apêndice II) utilizado está dividido em duas partes: uma com dados sociodemográficos (idade, estado civil, habilitações literárias) e uma segunda parte relacionada com dados clínicos (IMC, antecedentes pessoais, localização, tipo de AVC e a presença de défices).

2.7.2. Escala de autoeficácia de Broome para a musculatura do pavimento pélvico

A Escala de Autoeficácia de Broome para a Musculatura do Pavimento Pélvico (Anexo III) é um instrumento de medida que permite aos profissionais de saúde conhecer a crença do utente sobre o seu próprio desempenho e aos resultados obtidos através dos treinos da musculatura do pavimento pélvico, no intuito de prevenir episódios de incontinência urinárias (Branquinho *et al.*, 2007).

Este instrumento divide-se em duas partes e é constituído por 23 itens. Em cada item de 1 a 14 da parte A os utentes transmitem o nível de confiança que sentem ao realizar determinada atividade sem a ocorrência de perdas de urina. Na parte B, constituída por 9 itens os utentes indicam o nível de confiança que sentem quando contraem os MPP numa determinada tarefa, no intuito de prevenirem perdas de urina (Branquinho *et al.*, 2007).

A escala varia, em ambas as partes, entre 0 (nada confiante) e 100 (muito confiante). Assim sendo, a pontuação final é obtida através da soma de todos os itens das duas partes e dividida pelo número total de itens. Quanto maior for o número obtido, maior é o nível de autoeficácia dos indivíduos. Assim sendo, uma média a baixo dos 33 pontos indica uma baixa

autoeficácia; de 33 a 66 pontos assinala uma autoeficácia moderada e acima de 66 pontos aponta para uma elevada autoeficácia (Branquinho *et al.*, 2007).

Esta escala foi adaptada e validada para a população portuguesa por Branquinho e os seus colaboradores. Relativamente à fidedignidade do instrumento, a escala global apresenta um alto nível de consistência interna (Alfa de Cronbach = 0,92) (Branquinho *et al.*, 2007).

2.7.3. Diário Miccional

A diário miccional (Apêndice III), apresenta uma coluna para o controlo da hidratação, onde deverá ser registada a hora e os mililitros administrados.; três colunas para registo do volume de urina no WC, para a quantidade e urina perdida (através de imagem que classifica a perda em gota, gotas ou o equivalente a uma torneira de água aberta) e outra coluna para a classificação da urgência miccional. Na última coluna terá lugar o registo dos exercícios da musculatura do pélvica (onde se irá registar a sua realização ou não no turno da manhã e no turno da tarde).

2.8. Tratamento e análise dos dados

O conjunto de dados recolhidas foi analisado numa primeira fase, de acordo com a metodologia estatística descritiva.

Para facilitar a compreensão das opções metodológicas relativas à análise dos resultados inerentes às variáveis em estudo, de modo a cumprir os objetivos propostos, apresenta-se a descrição resumida dos principais métodos estatísticos utilizados na análise. Para além da estatística descritiva foram usados dois testes distintos:

O teste paramétrico o “t” de Student e o teste não paramétrico, coeficiente de correlação de Spearman, de acordo com as características da amostra. De facto, na estatística Paramétrica, para aplicação de teste como o “t” de Student, a variável em análise precisa de ser numérica e é aplicável a amostras de dimensão inferior a 30 elementos (Moreno *et al.*, 2019; Morcillo, 2021).

Segundo Hunter *et al.*, (1993) quando a concordância dos resultados entre dois procedimentos estatísticos é suspeito pelo tamanho da amostra ser pequeno, então neste caso deve ser realizado um teste não paramétrico (coeficiente de correlação de Spearman).

Segundo Pontes, (2010), o coeficiente de correlação de Spearman é simples de calcular e de fácil compreensão, especialmente quando o número de pares de dados (ou indivíduos) é pequeno.

O *Software* utilizado foi o Microsoft Office Excel 2007, IBM SPSS Estatística 22 (Maroco, 2011; Wayne, 2014).

Os dados analisados são apresentados através de quadros para melhor visualização do seu tratamento, facilitando deste modo a sua análise e interpretação dos resultados.

2.9. Considerações éticas

“As pesquisas envolvendo seres humanos geram preocupações éticas, pois os voluntários aceitam riscos e inconveniências com objetivo de fazer avançar o conhecimento científico e beneficiar os outros.” (Hulley *et al.*, 2008).

Com isto, Hulley *et al.*, (2008) fundamenta três princípios éticos,

O princípio do respeito à pessoa, exige que os investigadores apliquem o consentimento informado, garantindo aos participantes a capacidade de decisão e a confidencialidade. Ainda baseado neste princípio, os participantes destas pesquisas não são fontes passivas de dados, mas sim, indivíduos cujos direitos e bem-estar devem ser mantidos e garantidos.

Ainda segundo o mesmo autor,

“O princípio da beneficência exige o delineamento da pesquisa seja fundamentado cientificamente e que seja possível aceitar os riscos considerando-se os prováveis benefícios. Os riscos aos participantes incluem não somente danos físicos, mas também psicológicos, tais como quebra de confidencialidade, estigmatização e discriminação.”

“O princípio da justiça requer que os benefícios e os ônus da pesquisa sejam distribuídos de forma justa. (...) também exige acesso equitativo aos benefícios da pesquisa.”

Para cumprir estes três princípios, os participantes serão inicialmente informados à cerca do estudo e será garantida a confidencialidade dos mesmos, não sendo utilizado o nome das utentes, sendo atribuído um número de forma a não haver identificação, no intuito de cumprir o princípio de respeito à pessoa. De seguida os participantes terão o direito de decidirem se querem ou não participar no estudo, cumprindo-se assim o princípio da beneficência. Por

fim, de forma a cumprir o princípio da justiça, o utente será informado sobre a finalidade dos dados recolhidos e ser-lhe-á entregue o consentimento informado para assinar caso decida participar no estudo (Apêndice IV). A nível da proteção de dados, apenas a investigadora e as orientadoras terão acesso aos mesmos. Os dados colhidos serão só e unicamente utilizados para fins académicos

3. APRESENTAÇÃO, ANÁLISE E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

Este capítulo destina-se a apresentação e discussão dos resultados referentes aos dados que foram colhidos e tratados, no intuito de dar resposta à questão de investigação, aos objetivos do estudo e sequencialmente às proposições do estudo. Segundo Yin, as preposições que surgem como pressupostos iniciais do estudo com algum fundamento lógico, dirigem a atenção em relação aos aspetos que se pretendem tratar para posteriormente serem ou não confirmados e comprovados, através da análise dos resultados obtidos, orientando deste modo a direção do estudo (Yin, 2018).

3.1. Caraterização da Amostra

Esta caracterização da amostra, ou seja, das mulheres com incontinência urinária após a ocorrência do AVC, correspondendo ao objetivo 1 do estudo, é composta por 5 elementos (n=5), tem por base os dados colhidos no questionário sociodemográfico e clínico. A composição da amostra total é de 5 elementos tal como se expõe no Quadro 5, ocorreu após a exclusão de 4 elementos que não cumpriam os critérios definidos para o estudo.

Exclusão de casos por não cumprimento dos critérios definidos para o estudo		
	Não cumprimento dos critérios de inclusão	Não cumprimento dos critérios de exclusão
Caso 2	- Obedecer a ordens simples - Compreender o que lhe é dito	
Caso 3	- Ter capacidade de realizar os exercícios de fortalecimento da musculatura pélvica propostos	
Caso 4	- Ter capacidade de realizar os exercícios de fortalecimento da musculatura pélvica propostos	- Estar algaliada
Caso 6	- Ter capacidade de realizar os exercícios de fortalecimento da musculatura pélvica propostos	- Estar algaliada

Quadro 7 - Critérios de inclusão e exclusão

Após a identificação dos casos que integram da amostra, constituindo as unidades de análise neste estudo de casos múltiplos, seguiu-se a sua caraterização no Quadro 6.

Unidades de análise	Caso 1	Caso 5	Caso 7	Caso 8	Caso 9
Variáveis					
Idade	62	87	54	53	77
Estado civil	Viúva	Viúva	Casada	Casada	Solteira
Habilitações Literárias	1º ciclo	1º ciclo	2º ciclo	1º ciclo	1º ciclo

Quadro 8 - Variáveis de caracterização da amostra ou variáveis atributo

A amostra consiste em 5 participantes do género feminino. Relativamente ao Estado civil 1 é solteira (20%), 2 são casadas (40%) e as outras 2 (40%) são viúvas. No que diz respeito à escolaridade 4 (80%) completaram o 1º ciclo e 1 (20%) terminou o segundo ciclo.

Em relação à idade, todas as participantes apresentam idades superiores a 53 anos. Cândido *et al.* (2017) compreendem que os principais fatores de risco da IU se encontram ligados a mulheres com idade superior a 50 anos, devido à relação com a menopausa, onde ocorre redução de estrogénio, que provoca atrofia da musculatura uretral e consequente desenvolvimento de IU.

Como foi apresentado, as utentes que participaram no estudo tem um nível de escolaridade baixo, sendo que a maioria tinha o 1º ciclo. Este resultado vai de encontro a um estudo de (Thomé *et al.*, 2021) sobre a histórica gestacional das mulheres com IU, uma amostra de 227 mulheres. em que uma grande percentagem tinha uma baixa instrução (60,8%), considerando que o nível sócio educacional da amostra, demonstrado pela baixa escolaridade, pode ser um fator dificultador na gestão da condição de saúde, uma vez que o tratamento de primeira linha da IU são as medidas comportamentais, que exigem uma grande capacidade cognitiva para compreensão da necessidade e seguimento das metas formadas entre o profissional e o utente. Segundo Thomé *et al.*, (2021) existem autores que defendem que estas condições socio educacionais seriam fatores que podem apresentar um grande impacto no desenvolvimento da IU.

Outro estudo com resultados idênticos foi o de Pereira *et al.*, (2022), no estudo sobre a incontinência urinária, cuja amostra de 419 idosos apresentava uma percentagem de analfabetismo de 13,6% e de escolaridade de 1 a 4 anos de 58,2%. Referem ainda que a presença de IU se correlaciona com a diminuição do nível de escolaridade das comunidades entre os idosos. Revelou ainda uma correlação entre o maior nível de escolaridade dos idosos e maior senso de controlo/autonomia. A escolaridade amplia o acesso a informações, oportunidades, assim como beneficia os níveis de confiança nas próprias capacidades. O nível educacional é considerado como um dos componentes desenvolvimento pessoal e social e exerce um papel central nas desigualdades e iniquidades em saúde e qualidade de vida (Pereira *et al.*, 2022).

3.2. Avaliação da evolução da urgência urinária em mulheres após a ocorrência do AVC, ao longo das sessões do Programa de Reabilitação na Gestão da IU;

As avaliações relativas à urgência urinária, pretendem cumprir o objetivo 2 e estão apresentadas no Quadro 7.

Dias	Avaliações	Urgência Urinária				
		Caso 1	Caso 5	Caso 7	Caso 8	Caso 9
1	Av1 (Noite)					1
	Av2 (Manhã)	2	2	2	0	0
	Av3 (Tarde)	2	0	1	0	0
2	Av1 (Noite)	2	0	1	0	0
	Av2 (Manhã)	2	1	0	0	0
	Av3 (Tarde)	1	0	0	0	0
3	Av1 (Noite)	2	2	1	0	0
	Av2 (Manhã)	1	1	0	0	0
	Av3 (Tarde)	0	0	0	2	0
4	Av1 (Noite)	2	0	0	0	0
	Av2 (Manhã)	0	0	0	0	0
	Av3 (Tarde)	0	0	0	0	0
5	Av1 (Noite)	1	0	0	0	0
	Av2 (Manhã)	0	0	0	0	0
	Av3 (Tarde)	0	0	0	0	0
6	Av1 (Noite)	1	0	0	0	0
	Av2 (Manhã)	0	0	0	0	0
	Av3 (Tarde)	0	0	0	0	0
7	Av1 (Noite)	2	2	0	0	0
	Av2 (Manhã)	2	0	0	0	0
	Av3 (Tarde)	1	0	0	0	0
8	Av1 (Noite)	2	0	0	0	0
	Av2 (Manhã)	1	0		0	0
	Av3 (Tarde)	1	0		0	0
9	Av1 (Noite)	0	0		0	0
	Av2 (Manhã)	1	0		0	0
	Av3 (Tarde)	0	0		0	0
10	Av1 (Noite)	0	0		0	0
	Av2 (Manhã)	0	1		0	0
	Av3 (Tarde)	0	0		0	0
11	Av1 (Noite)	1	1		0	
	Av2 (Manhã)	1	0		0	
	Av3 (Tarde)	0	0		0	
12	Av1 (Noite)	1	0			
	Av2 (Manhã)	0	0			
	Av3 (Tarde)	0	0			
13	Av1 (Noite)	0	0			
	Av2 (Manhã)	0	0			
	Av3 (Tarde)	0	0			
14	Av1 (Noite)	0	0			
	Av2 (Manhã)	1	0			
	Av3 (Tarde)	0	0			
15	Av1 (Noite)	2	1			
	Av2 (Manhã)	0	0			
	Av3 (Tarde)	0	0			

Dias	Avaliações	Urgência Urinária				
		Caso 1	Caso 5	Caso 7	Caso 8	Caso 9
16	Av1 (Noite)		0			
	Av2 (Manhã)		0			
	Av3 (Tarde)		0			
17	Av1 (Noite)		1			
	Av2 (Manhã)		0			
	Av3 (Tarde)		0			
18	Av1 (Noite)		0			
	Av2 (Manhã)		0			
	Av3 (Tarde)		0			
19	Av1 (Noite)		0			
	Av2 (Manhã)		0			
	Av3 (Tarde)		0			
20	Av1 (Noite)		0			
	Av2 (Manhã)		0			
	Av3 (Tarde)		0			
21	Av1 (Noite)		0			
	Av2 (Manhã)		0			
	Av3 (Tarde)		0			
22	Av1 (Noite)		0			
	Av2 (Manhã)		0			
	Av3 (Tarde)		0			

Legenda	
Não	0
Pouca	1
Muita	2

Quadro 9 - Apresentação dos dados relativos à urgência urinária ao longo do programa

No que diz respeito à urgência urinária, os casos em estudo foram avaliados durante a sua participação na experiência, por períodos diferentes: o caso 1 durante 15 dias, o caso 5 durante 22 dias, o caso 7 durante 7 dias, o caso 8 durante 11 dias e o caso 9 durante 10 dias. Todos os casos foram avaliados em 3 turnos por dia, exceto no 1º dia em que só foram avaliados apenas em 2 turnos, com a exceção do caso 9 que foi avaliado sempre em 3 turnos por dia.

Relativamente à urgência urinária (UU), antes do PREGIU, 3 (60%) participantes apresentavam muita (M), 1 (20%) apresentava pouca (P) e 1 (20%) não apresentava nenhuma (N). Após concluírem o PREGIU nenhuma participante apresentava urgência urinária. Perante estes resultados verifica-se que os 4 elementos da amostra que apresentavam urgência urinária evoluíram positivamente, não apresentando urgência urinária no final do PREGIU. Neste sentido considera-se que os procedimentos relativos ao PREGIU foram eficazes, comprovando-se a proposição em estudo inerente a este objetivo, referindo que a urgência urinária em mulheres após a ocorrência de AVC diminuiu ao longo das sessões do PREGIU.

Estas avaliações foram codificadas da seguinte forma: não houve urgência urinária (N/0); houve pouca urgência urinária (P/1); e houve muita urgência urinária (M/2).

Assim sendo, foi calculada a média da evolução da urgência urinária durante a experiência, para cada caso: o caso 1 apresenta uma média de $(0,73 \pm 0,82)$ o caso 5 apresenta uma média de $(0,18 \pm 0,50)$; o caso 7 apresenta uma média de $(0,14 \pm 0,37)$; o caso 8 apresenta uma média de $(0,06 \pm 0,35)$ e o caso 9 apresenta uma média de $(0,03 \pm 0,18)$.

Em suma, o caso 1 indicou apresentou a maior média de valores de urgência urinária e o caso 9 foi o que expressou menor média de valores da urgência urinária ao longo da aplicação do PREGIU.

Num estudo transversal de Leandro *et al* (2015), sobre o diagnóstico de enfermagem de IU em pacientes com AVC, realizado em ambulatório de neurologia de um hospital público, no período de setembro a novembro de 2013, com uma amostra de 156 pacientes com diagnóstico médico de AVC, selecionados por conveniência, de forma consecutiva, identificaram-se relatos de urgência urinária em 90,6% dos participantes.

No estudo quantitativo de Oliveira *et al.*, (2015) sobre a prevalência de IU e fatores associados, verificou-se que 33,3% das participantes apresentavam urgência urinária indo de encontro ao presente estudo.

3.3. Avaliação da evolução da frequência urinária em mulheres após a ocorrência do AVC, ao longo das sessões do Programa de Reabilitação na Gestão da Incontinência Urinária;

As avaliações relativas à frequência urinária pretendem responder ao objetivo 3, estão apresentadas no Quadro 8.

Dia	Número de Micções				
	Caso 1	Caso 5	Caso 7	Caso 8	Caso 9
1	4	6	4	6	7
2	6	8	7	7	8
3	6	7	6	6	8
4	6	9	6	9	6
5	7	8	8	7	8
6	7	8	7	8	7
7	7	6	6	5	7
8	7	5		6	8
9	9	8		7	8
10	7	6		9	8
11	6	6		8	
12	10	6			
13	10	6			
14	11	6			
15	10	6			
16		5			
17		5			
18		6			
19		6			
20		6			
21		6			
22		6			

Quadro 10 - Apresentação dos dados relativos à frequência urinária ao longo do programa

No que diz respeito a frequência urinária (FU), conclui-se que esta aumentou em todos os casos, 4 (80%), exceto no Caso 5, 1 (20%), que se manteve.

Relativamente ao número de micções de cada caso, compreende-se que: o caso 1 apresenta uma média de $(7,53 \pm 2,00)$ micções; o caso 5 apresenta uma média de $(6,41 \pm 1,10)$; o caso 7 apresenta uma média de $(6,29 \pm 1,25)$; o caso 8 apresenta uma média de $(7,09 \pm 1,30)$; o caso 9 apresenta uma média de $(7,5 \pm 0,71)$ micções por dia.

Ao longo do PREGIU o Caso 1 foi o que teve um maior aumento de número de micções, sendo que no dia 1 apresentou 4 micções e no último dia de internamento apresentou 10 micções. O Caso 5 foi o que teve menor variação do número de micções, embora inicialmente tenha aumentado, iniciou o PREGIU com 6 micções por dia, tendo esta frequência acontecido na maior parte dos dias, incluindo no último dia de internamento.

Em resumo, o caso 1 é o que apresenta uma média mais elevada de micções e o caso 7 uma média mais baixa de micções o que significa que o caso 7, apesar de ser estimulado 10 vezes, houve em média cerca de 4 estímulos que não foram respondidos com micção.

Em termos gerais pode concluir-se que a maioria dos casos aumentou a frequência urinária, não validando a preposição do estudo inerente ao presente objetivo, indicando que a frequência urinária em mulheres após a ocorrência de AVC diminui ao longo das sessões do PREGIU. Estes resultados podem ter tido como influência, os procedimentos referidos anteriormente na metodologia, porque fez parte do tratamento comportamental, educar as utentes a irem à casa de banho estabelecer a micção através da sua programação, que acontecia de 2/2h durante o dia e 4/4 horas no período noturno, contabilizando-se o incentivo de 10 micções por dia. Desta forma, compreende-se que a principal preocupação durante a implementação do PREGIU foi evitar que as utentes apresentassem urgência urinária e perdas de urina.

Estes resultados vão de encontro ao estudo quase experimental com exercícios do MPP, de Arkan *et al.*, (2019), realizado em dois grupos utentes com IU após o AVC, revelando que a frequência urinária diária dos participantes no grupo experimental foi de $(7,39 \pm 4,29)$ e o grupo controlo $(8,23 \pm 3,81)$ micções por dia.

Outro estudo concordante com este foi realizado por de Zanetti *et al.*, (2007). Os autores que realizaram um estudo randomizado em 44 mulheres, dividindo-as em dois grupos e realizando exercícios dos MPP para o tratamento de mulheres com IU. Neste estudo compreende-se então, que no grupo experimental a frequência urinária foi de 7,00 antes do programa e de 1,00 micções depois do programa; enquanto no grupo controlo a frequência urinária antes do programa foi de 11 e depois do programa foi de 10 micções por dia.

Assim, compreende-se que os resultados de ambos os estudos referidos não vão de encontro aos resultados obtidos no presente estudo, pois neste caso a variável foi condicionada pelo número de vezes de idas à casa de banho.

3.4. Avaliação da evolução das perdas de urina em mulheres após a ocorrência do AVC, ao longo das sessões do Programa de Reabilitação na Gestão da Incontinência Urinária;

As avaliações relativas às perdas de urina, que se realizaram para cumprir o objetivo 4, estão apresentadas no Quadro 9.

Dias	Perdas de Urinada										Dias	Perdas de Urina										
	Caso 1		Caso 5		Caso 7		Caso 8		Caso 9			Caso 1		Caso 5		Caso 7		Caso 8		Caso 9		
	H	Qt	H	Qt	H	Qt	H	Qt	H	Qt		H	Qt	H	Qt	H	Qt	H	Qt	H	Qt	
1	10	3	9	1	9	3	10	2	9	1	13	0	0									
	12	3			12	2			18	1												
	16	3																				
2	2	3	9	1	6	2		0	9	1	14	0	0									
	6	3			12	1																
	9	3																				
3	2	3	6	2	6	1	21	2		0	15	0	3	2								
	6	2	9	1																		
4	1	3	9	1		0		0	9	2	16		0									
	9	2																				
	18	1											0									
	22	3																				
5	2	3		0		0	9	1		0	17											
	6	2											0									
	12	2																				
6	16	1									18											
	2	3		0		0	14	1		0												
	6	3																				
	10	2																				
7	12	1									19											
	14	1																				
	2	3	2	3		0		0		0												
8	6	2									20											
	6	3		0				0		0												
9											21											
		0		0				0		0												
10											22											
		0		0				0														
	2	2		0				0		0												
11	6	2																				
	14	1																				
12																						
		0		0																		

Legenda	
1	Uma Gota
2	Muitas Gotas
3	Torneira Aberta
H	Horário
Qt	Quantidade

Quadro 11 - Apresentação dos dados relativos às perdas de urina ao longo do programa

Em relação às perdas de urina, antes do PREGIU, 2 (40%) participantes apresentavam perdas de urina tipo torneira aberta (TA), 1 (20%) apresentava perdas de muitas gotas de urina (MG) e 2 (40%) apresentavam perda de uma gota de urina (UG). Depois de concluírem o PREGIU nenhuma utente apresentava perdas de urina, o que torna evidente que os procedimentos relativos ao programa foram completamente eficazes, pois os resultados corresponderam integralmente ao objetivo, validando a preposição que lhe é inerente, referindo que a quantidade de perdas de urina em mulheres após a ocorrência de AVC, diminui ao longo do PREGIU.

Em relação às perdas de urina, estas foram classificadas da seguinte forma: sem perdas de urina (SP/0); uma gota (UG/1); muitas gotas (MG/2); e uma torneira aberta (TA/3).

O caso 1 apresenta uma média de $(1,91 \pm 1,15)$; o caso 5 apresenta uma média de $(0,48 \pm 0,85)$; o caso 7 apresenta uma média de $(1 \pm 1,12)$; o caso 8 apresenta uma média $(0,55 \pm 0,82)$ e o caso 9 apresenta uma média de $(0,45 \pm 0,69)$.

Assim sendo, compreende-se que o caso 1 foi o que apresentou uma média de perdas de urina mais elevadas, e o caso 9 foi o que apresentou uma média de perdas de urina mais baixa, no entanto ambos os casos terminaram o PREGIU sem perdas de urina, significando que o programa atingiu a finalidade proposta, a continência urinária.

Também no estudo de Leandro *et al.*, (2015) identificou-se que 41,5% dos participantes apresentaram perdas involuntárias de pequenos volumes de urina. Também no estudo de Xu *et al.*, (2015) realizado com população feminina incontinente, os resultados indicaram que 74,3% das mulheres apresentavam perdas de urina em pequena quantidade. As restantes 22,5% apresentaram perdas moderadas de urina e 3,2% relataram perdas de urina em grande quantidade. Segundo os resultados do estudo de Oliveira *et al.*, (2009), 11,76% das participantes apresentaram “um pouco” de urgência urinária, 20,59% apresentaram “mais ou menos” e 17,65% apresentaram muita urgência, sendo que no geral, 50,00% das participantes apresentaram urgência urinária.

3.5. Relação das variáveis clínicas (tipo de AVC, localização do AVC, presença de déficits, antecedentes pessoais) com as variáveis, urgência urinária, frequência urinária e perdas de urina, antes de depois do programa de reabilitação na gestão da incontinência urinária da mulher após a ocorrência do AVC;

Em resposta ao objetivo que está alinhado com a preposição que, segundo o Yin (2018) refere que existe relação entre as variáveis clínicas (tipo de AVC, localização do AVC, presença de déficits, antecedentes pessoais) e as variáveis, urgência urinária, frequência urinária e perdas de urina, antes de depois do programa de reabilitação na gestão da incontinência urinária da mulher após a ocorrência do AVC, apresenta-se o quadro seguinte:

CASOS	Variáveis Clínicas		Resultados do PREGIU					
			UU		FU		PU	
			A- PREGIU	D- PREGIU	A- PREGIU	D- PREGIU	A- PREGIU	D- PREGIU
Caso 1	T-AVC	Isquémico	M	N	4	10	TA	SP
	L-AVC	STI						
	PD	HMP, ALME, DS						
	AP	DM, HTA, PC, HE, PN						
	IMC	Normal						
Caso 5	T-AVC	Isquémico	M	N	6	6	UG	SP
	L-AVC	STI						
	PD	HMP, ALME						
	AP	DM, HTA, DL, PN						
	IMC	Obesidade grau I						
Caso 7	T-AVC	Isquémico	M	N	4	6	TA	SP
	L-AVC	STI						
	PD	HMP, ALME, Afasia						
	AP	HTA, PN						
	IMC	Normal						
Caso 8	T-AVC	Hemorrágico	N	N	6	8	MG	SP
	L-AVC	Tronco cerebral						
	PD	HMP, ALME						
	AP	HTA						
	IMC	Obesidade grau III						
Caso 9	T-AVC	Isquémico	P	N	7	8	UG	SP
	L-AVC	STI						
	PD	Afasia						
	AP	HTA, DL						
	IMC	Obesidade grau I						
ALME – Alterações da marcha e do equilíbrio		DM – Diabetes Mellitus tipo II	PC – Patologia Cardíaca		PD – Presença de déficits PN – Partos normais PU – Perdas de urina STI - sem tradução imagiológica SP – sem perdas T-AVC – Tipo de AVC TA – Torneira aberta UG – uma gota UU – Urgência urinária			
AP – Antecedentes pessoais		DS – Disartria	PD – Presença de déficits					
A-PREGIU – Antes do Programa de Reabilitação na Gestão da Incontinência Urinária		FU – frequência urinária	PN – Partos normais					
D-PREGIU – Depois do Programa de Reabilitação na Gestão da Incontinência Urinária		HE – Hábitos etílicos	PU – Perdas de urina					
DL – Dislipidemia		HMP – Hemiplegia/Hemiparesia	STI - sem tradução imagiológica					
		L-AVC – Localização do AVC	SP – sem perdas					
		M – Muita	T-AVC – Tipo de AVC					
		MG – Muitas gotas	TA – Torneira aberta					
		N – Nenhuma	UG – uma gota					
		P – Pouca	UU – Urgência urinária					

Quadro 12 - Relação entre as variáveis clínicas e os resultados do programa

Os resultados do estudo referem que das 5 participantes, 4 (80%) apresentaram AVC isquémico sem tradução imagiológica e 1 (20%) apresentou AVC Hemorrágico do Tronco Cerebral.

Num estudo de Banaszkeski *et al.* (2018), referem que dos utentes estudados, 80,3% sofreram de AVC isquémico e 19,7% de AVC hemorrágico. O mesmo estudo, indicou que na fase aguda do AVC, os utentes apresentam com maior frequência IU. Estes resultados vão de encontro aos resultados do presente estudo.

Considera-se compreensível a situação da IU na fase aguda do AVC quando existe um hemicorpo hemiparético ou hemiplégico, porque supostamente poderá haver uma grande área do pavimento pélvico que poderá estar pouco ou nada funcionante, por falta de condução nervosa, tal como todos os órgãos do hemicorpo paralisado. Esta situação é recuperável através dos estímulos realizados pelo EEER durante a fase aguda.

Relativamente à presença de défices, 1 apresentou disartria, 2 afasia, 4 desenvolveram alterações na marcha e no equilíbrio e 4 ficaram com hemiparesia/hemiplegia.

Em relação aos antecedentes pessoais apenas 1 participante tinha hábitos etílicos, 1 apresentava problemas cardíacos, 2 tinham dislipidemia, 2 mostraram ter DM tipo II, 3 tiveram partos normais e todas apresentavam hipertensão arterial.

Relativamente à DM tipo II, Casarin *et al.* (2015), realizaram um estudo de revisão da literatura com artigos de 2000 a 2011 nos idiomas português e inglês, indexados nas bases de dados Scielo, Pubmed, Medline e Lilacs, no período de junho a outubro de 2012 em que foi possível observar que o DM está associado com a IU e com as disfunções do pavimento pélvico feminino e é um problema que tem afetado consideravelmente essa população, causando graves alterações urológicas que interferem significativamente na qualidade de vida das mesmas. Segundo as pesquisas referenciadas, o DM causa IU e consequente disfunção sexual, pela diminuição da vascularização local, hipotrofia pela mudança dos componentes teciduais do pavimento pélvico, todos ocasionados por esta patologia sistémica.

Considerando que todas as participantes deste estudo tinham HTA e não se encontrou relação desta variável com os resultados do PREGIU, foram investigados vários estudos, sendo que Oliveira *et al.*, (2015), refere que as alterações miccionais provavelmente estão relacionadas com a HTA, não tendo também encontrado associação desta da variável com a IU.

Os valores do quadro acima, no que diz respeito ao IMC, 2 participantes eram normais, 2 apresentavam obesidade grau I e 1 tinha obesidade em grau III.

Num estudo de Mazo *et al.*, (2018), sobre os efeitos do treino da MPP em mulheres idosas com IU, conclui-se que nos dois grupos estudados 41,7% do grupo 1 e 35,7% do grupo 2 apresentavam obesidade.

Num estudo realizado por Oliveira *et al.*, (2010), refere que obesidade é considerada um fator de risco significativo e independente para a IU em mulheres. Quando comparado com outros fatores de risco, a obesidade é a que está mais relacionada à perda de urina. Estima-se que 46 a 67% de mulheres com obesidade apresentem IU. O mesmo autor afirma que o excesso de peso aumenta a pressão abdominal durante as atividades diárias, o que promove a elevação na pressão vesical e maior mobilidade da uretra e do colo vesical, resultando na IU.

Um estudo revisão integrativa da literatura, em que foram selecionados artigos científicos indexados nas bases de dados Scielo, Pubmed e Lilacs, de outubro a novembro de 2016, concluíram que as mulheres com obesidade têm mais probabilidade de desenvolver IU. Os estudos observados apontam que a perda de peso leva a uma melhora significativa da IU, bem como da qualidade de vida (Guedes *et al.*, 2018). No mesmo estudo foi realizada nova pesquisa sendo utilizadas as palavras-chave: obesidade, qualidade de vida e incontinência urinária, sendo encontrados 138 artigos nas bases de dados já citadas que chegaram à conclusão de que atualmente a obesidade é um problema de saúde pública, devido às repercussões na qualidade de vida das participantes com sobrepeso ou obesidade, por agravamento também dos sintomas de IU. Deste modo, sugerem que a diminuição do IMC está diretamente relacionada com a melhora dos sintomas de IU e da qualidade de vida (Guedes *et al.*, 2018).

Analisando os valores do quadro acima, referentes à variação do comportamento das variáveis manipuladas pelo PREGIU, entre o primeiro e o último dia do programa, pode constatar-se que:

Após a realização de uma correlação Spearman para estabelecer relações entre as diferentes variáveis T-test para amostras emparelhadas, de forma a comparar os valores antes e depois da intervenção, foi possível constatar que há diferenças estatisticamente significativas antes e depois do programa relativamente à urgência urinária [$t(4)= 3,50$; $p=0,025$; $d=1,57$] e às perdas de urina [$t(4)= 4,47$; $p=0,011$; $d=2,00$], compreendendo-se que em ambos os casos

há melhorias: a média da urgência urinária antes do programa era de $1,40 \pm 0,89$, depois do PREGIU era de $(0,00 \pm 0,00)$; em relação às perdas de urina antes do PREGIU a média era de $(2,00 \pm 1,00)$ e depois do PREGIU a média era de $(0,00 \pm 0,00)$.

Em relação à variável frequência urinária, como já descrito na fase metodológica, esta foi condicionada pelas práticas inerentes ao PREGIU, porque a experiência condicionou as micções das utentes em estudo, pelo facto do treino miccional estabelecer 10 idas à casa de banho durante as 24 horas: de 2/2 horas durante o dia e 4/4 horas durante a noite. Atendendo a que as utentes não estabeleciam a sua micção em todas as idas à casa de banho, fez com que se verificasse a variação da frequência urinária apresentada no Quadro 8. O atrás descrito poderá ter condicionado também a evolução natural da frequência urinária se esta não tivesse sofrido o efeito do treino miccional (10 idas à casa de banho por dia). Deste modo, como a frequência urinária foi condicionada pelas idas à casa de banho, os resultados de uma possível evolução normal, ficam comprometidos devido aos 10 estímulos diários, podendo também levar à alteração dos resultados em relação à não verificação da sua relação com as variáveis clínicas e com os restantes resultados do programa.

No estudo, a urgência urinária antes do PREGIU correlaciona-se significativamente com o antecedente pessoal, parto do normal ($r= 0,97$; $p= 0,007$), sendo que este resultado vai de encontro a vários estudos realizados até ao momento, como por exemplo um estudo realizado por Borges *et al.*, (2010), sobre a relação entre a IU e os partos, definindo os vários tipos de incontinência urinária em mulheres, sendo a mais frequente a perda involuntária de urina no esforço físico, espirro ou tosse. A segunda causa mais frequente decorre de hiperatividade detrusora, traduzida, na maior parte das vezes, pela urgência-incontinência que se traduz na perda involuntária associada a forte desejo miccional. Muitas vezes, pode encontrar-se a associação dos dois tipos de queixa, caracterizando a incontinência urinária como mista. Este estudo indica também que a IU tem como principais fatores de risco a gravidez e o parto, principalmente durante os anos de vida reprodutiva da mulher. Especialmente o parto vaginal, em virtude dos danos que pode provocar à integridade dos MPP (Borges *et al.*, 2010). Outro estudo que corrobora este resultado encontrado foi realizado Thomé *et al.*, (2021), constatando que um trabalho de parto vaginal tem sido relatado como a principal variável associada à presença de IU e estas questões seriam então causadas pelo estiramento e enfraquecimento dos músculos do pavimento pélvico decorrente do trabalho de parto e da passagem da cabeça fetal pelo canal vaginal (Thomé *et al.*, 2021).

Várias pesquisas procuram observar a influencia do tipo de parto sobre a IU, sendo a cesariana seria um possível fator protetivo em relação ao surgimento da IU após o parto. Porém, estas evidências ainda não apresentam força suficiente, principalmente se a cesariana for procedida de trabalho de parto, quando as condições de pressão sobre as estruturas de todos os MPP ocorreriam da mesma forma. Então a situação menos agressiva para a MPP aconteceria através de uma cesariana planeada, evitando, portanto, do trabalho de parto (Tomé, 2021).

Compreende-se também, que o caso 1 é o que apresenta uma urgência urinária mais elevada, bem como uma frequência urinária mais elevada e maiores perdas de urina, o que parece sugerir uma associação entre estas três variáveis. O caso 9 é o que apresenta menor urgência urinária, bem como as menores perdas urinárias; contudo isso não se traduz na frequência urinária que se mostra ser uma das mais elevadas. Esta constatação pode estar ligada ao facto das utentes serem orientadas para irem 10 vezes por dia à casa de banho.

3.6. Avaliação da evolução do nível de autoconfiança na realização das atividades de vida diária sem ocorrência de perdas de urina, antes e depois do Programa de Reabilitação na Gestão da Incontinência Urinária em mulheres após a ocorrência do AVC;

Foi avaliado o nível de confiança das participantes na capacidade em realizar contrações dos músculos pélvicos, em diferentes atividades antes e depois do programa, como se apresenta no quadro 13.

1ª Parte– Questões	Avaliações	Nível de confiança na realização das contrações dos músculos pélvicos, sem que ocorram perdas de urina				
		Caso 1	Caso 5	Caso 7	Caso 8	Caso 9
Que nível de confiança sente na sua capacidade de:						
1. contrair os seus músculos pélvicos?	Av Inicial Av Final	0,00 100,00	0,00 100,00	0,00 100,00	0,00 100,00	0,00 100,00
2. contrair os seus músculos pélvicos três vezes por dia?	Av Inicial Av Final	0,00 100,00	0,00 100,00	0,00 80,00	0,00 100,00	0,00 90,00
3. contrair os músculos pélvicos quando está deitada?	Av Inicial Av Final	0,00 100,00	0,00 100,00	0,00 100,00	0,00 100,00	0,00 90,00
4. contrair os seus músculos pélvicos quando está de pé?	Av Inicial Av Final	0,00 100,00	0,00 100,00	0,00 100,00	0,00 100,00	0,00 90,00
5. contrair os seus músculos pélvicos quando está sentada?	Av Inicial Av Final	0,00 100,00	0,00 100,00	0,00 100,00	0,00 100,00	0,00 90,00
6. contrair os seus músculos pélvicos sem contrair os seus músculos abdominais?	Av Inicial Av Final	0,00 100,00	0,00 80,00	0,00 90,00	0,00 100,00	0,00 70,00
9. contrair os seus músculos pélvicos quando está de pé a lavar os dentes no lavatório?	Av Inicial Av Final	0,00 50,00	0,00 90,00	0,00 90,00	0,00 100,00	0,00 80,00
10. contrair os seus músculos pélvicos rapidamente?	Av Inicial Av Final	0,00 60,00	0,00 90,00	0,00 90,00	0,00 100,00	0,00 60,00
11. contrair os seus músculos pélvicos quando está triste?	Av Inicial Av Final	0,00 100,00	0,00 60,00	0,00 80,00	0,00 90,00	0,00 80,00
12. contrair os seus músculos pélvicos enquanto toma duche, após um dia cansativo e muito ocupado?	Av Inicial Av Final	0,00 100,00	0,00 90,00	0,00 80,00	0,00 90,00	0,00 80,00
13. contrair os seus músculos pélvicos quando está cansada?	Av Inicial Av Final	0,00 100,00	0,00 90,00	0,00 90,00	0,00 90,00	0,00 80,00
14. contrair os seus músculos pélvicos quando acorda de noite com uma forte vontade de urinar?	Av Inicial Av Final	0,00 100,00	0,00 90,00	0,00 90,00	0,00 90,00	0,00 80,00
Score final	Av Inicial Av Final	0,00 92,50	0,00 90,83	0,00 90,83	0,00 96,67	0,00 82,50

Quadro 13 - Escala de Autoeficácia de Broome (Parte A)

O nível de confiança foi avaliado numa escala de 0 a 100 através de 12 questões. Estas questões foram colocadas antes e depois do PREGIU através da Escala de Brome nível de confiança em realizar contrações dos músculos pélvicos.

Na avaliação inicial, todas as participantes pontuaram 0 ± 0 (<33 significa baixa autoeficácia). Contudo, na avaliação final, as pontuações oscilam entre $(82,50 \pm 10,55)$ e $(96,67 \pm 4,92)$ (>66 significa elevada autoeficácia), sendo que o caso 1 apresenta uma média de $(92,50 \pm 17,65)$; o caso 5 uma média de $(90,83 \pm 11,65)$, o caso 7 uma média de $(90,83 \pm 7,93)$; o caso 8 uma média de $(96,67 \pm 4,92)$ e o caso 9 uma média de $(82,50 \pm 10,55)$.

Numa análise item a item, verificou-se que o item que apresenta globalmente uma média mais elevada é o item 1 (contrair os músculos pélvicos); pelo contrário, o item 10 (contrair os músculos pélvicos rapidamente), o item 9 (contrair os músculos pélvicos quando está de pé a lavar os dentes) e o item 11 (contrair os músculos pélvicos quando está triste), são os itens que apresentam a média mais baixa.

Relativamente à avaliação do nível de confiança na realização das contrações dos músculos pélvicos, sem que ocorram perdas de urina, na avaliação final o caso 9 é o que apresenta o valor mais baixo.

No presente estudo todas as utentes apresentaram score superior a 66, a média das 5 participantes na segunda avaliação, ou seja, após a implementação do PREGIU, é de $(90,67 \pm 5,15)$. Segundo Branquinho *et al.* (2007) um score superior a 66 na broome pelvic muscle exercise self efficacy scale significa elevada autoeficácia. Embora no estudo de Sánchez *et al.*, (2013), a amostra estudada apresenta-se apenas um score de 61,42 o que traduz uma autoeficácia moderada, compreende-se que ambos os estudos apresentaram resultados positivos, na confiança de contração da MPP sem que ocorram perdas de urina.

3.7. Avaliação da evolução do nível de autoconfiança na contração dos músculos do pavimento pélvico como prevenção de perdas de urina, antes e depois do Programa de Reabilitação na Gestão da Incontinência Urinária em mulheres após a ocorrência do AVC;

Foi avaliada a evolução do nível de autoconfiança na contração dos músculos pélvicos como prevenção de perdas de urina, antes e depois do programa de reabilitação na gestão da incontinência urinária em mulheres após o AVC, cujo os valores se apresentam no quadro 14.

2ª parte – Questões	Avaliações	Nível de confiança nas contrações dos músculos pélvicos como prevenção de perdas involuntárias de urina				
		Caso 1	Caso 5	Caso 7	Caso 8	Caso 9
Qual o seu nível de confiança nas contrações dos músculos pélvicos como prevenção de perdas involuntárias de urina,						
1. quando sente uma vontade muito forte de urinar?	Av Inicial	0,00	0,00	0,00	50,00	0,00
	Av Final	100,00	100,00	100,00	100,00	90,00
2. quando espirra?	Av Inicial	0,00	0,00	0,00	50,00	0,00
	Av Final	20,00	100,00	70,00	100,00	80,00
3. quando ri?	Av Inicial	0,00	0,00	0,00	50,00	0,00
	Av Final	100,00	100,00	90,00	100,00	80,00
4. enquanto espera 2 minutos para entrar numa casa de banho?	Av Inicial	0,00	0,00	0,00	50,00	0,00
	Av Final	100,00	100,00	90,00	100,00	90,00
5. enquanto espera 5 minutos para entrar numa casa de banho?	Av Inicial	0,00	0,00	0,00	50,00	0,00
	Av Final	70,00	90,00	80,00	100,00	80,00
6. quando acorda de noite com uma vontade muito forte de urinar?	Av Inicial	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
	Av Final	100,00	90,00	90,00	90,00	80,00
8. quando tosse?	Av Inicial	0,00	0,00	0,00	50,00	0,00
	Av Final	30,00	100,00	90,00	100,00	70,00
Score final	Av Inicial	0,00	0,00	0,00	42,86	0,00
	Av Final	74,29	97,14	87,14	98,57	81,43

Quadro 14 - Escala de Autoeficácia de Broome (Parte B)

O nível de confiança nas contrações dos músculos pélvicos como prevenção de perdas involuntárias de urina, foi avaliado numa escala de 0 a 100, através de 7 questões. Estas questões foram colocadas antes e depois do PREGIU.

Em relação à avaliação inicial, a pontuação foi maioritariamente de $(0,00 \pm 0,00)$ (>33 significa menor autoeficácia); contudo o caso 8 apresentou uma média de $(42,86 \pm 18,90)$ na avaliação inicial (33-66 significa uma autoeficácia moderada). No que diz respeito à avaliação final, todas as participantes apresentam uma elevada autoeficácia (>66 que significa elevada autoeficácia), sendo que o caso 1 apresenta um valor médio de $(74,29 \pm 35,52)$; o caso 5 uma média de $(97,14 \pm 4,88)$; o caso 7 uma média $(87,14 \pm 9,51)$; o caso 8 uma média de $(98,57 \pm 3,78)$ e o caso 9 uma média de $(81,43 \pm 6,90)$.

Numa análise item a item, compreende-se que o item em que a média se apresenta mais elevada foi o item 1 (quando sente uma vontade muito forte de urinar). Os itens que apresentam uma média mais baixa foram o item 2 (quando espirra) e o item 8 (quando tosse).

O anteriormente mencionado vai de encontro ao estudo (Leandro *et al.*, 2015), que verificou que na sua amostra existiam relatos de pequenas quantidades de urina ao espirrar (64,4%) e ao tossir (61,0%).

Assim, compreende-se que estas duas atividades são as mais referidas em estudos quando se fala nos momentos das perdas involuntárias de urina, o que vai de encontro com os resultados obtidos no presente estudo, quando as utentes referem menor confiança em contrair a MPP de forma a evitarem perdas involuntárias de urina quando e espirram e tosse.

Em relação à avaliação do nível de confiança na realização das contrações dos músculos pélvicos, sem que ocorram perdas de urina a pontuação do caso 1 na avaliação final é a segunda com melhores resultados. No entanto, no que diz respeito à avaliação do nível de confiança nas contrações dos músculos pélvicos como prevenção de perdas involuntárias de urina a pontuação final do caso 1 é a mais baixa.

Relativamente à avaliação do nível de confiança na realização das contrações dos músculos pélvicos, sem que ocorram perdas de urina, na avaliação final o caso 9 é o que apresenta o valor mais baixo. Compreende-se também, que na avaliação do nível de confiança nas contrações dos músculos pélvicos como prevenção de perdas involuntárias de urina o caso 9 é o que apresenta o segundo valor mais baixo. Esta observação tem por base o objetivo

anterior e o atual, mas considerando que a análise deve global, a apreciação fica apenas descrita neste objetivo.

No presente estudo, compreende-se através das médias obtidas na segunda parte da escala, na avaliação realizada após a aplicação do PREGIU, que todas as utentes apresentaram score superior a 66, o que indica que todas apresentaram uma elevada autoeficácia. Assim, a média de score das 5 participantes do presente estudo é de $(87,71 \pm 10,33)$, o que vai se encontro aos resultados do estudo obtidos por Sánchez *et al.*, (2013), em que a média de score da segunda parte da escala, na amostra estudada foi de 66,19 pontos, apresentado também uma elevada autoeficácia.

Sacomori *et al.*, (2013) compreende que a autoeficácia se define como as crenças que cada pessoa possui em relação à capacidade de exercer controle sobre o próprio funcionamento. Assim sendo, as expectativas de eficácia das pessoas acabam por afetar o seu comportamento.

Dito isto, mostra-se ser importante a criação de programas de reabilitação do pavimento pélvico, no intuito de tratar as disfunções, reabilitando a MPP através de exercícios específicos, de forma a fortalecê-la para que esta recupere a sua funcionalidade, devolvendo a normalidade do tónus e a resposta reflexa, melhorando a qualidade de vida, a autoestima e a vida pessoal da pessoa (Squinello *et al.*, 2022).

Conclui-se portanto, que o aumento da autoeficácia da contração da MPP, traduz a potencialização do desempenho dos exercícios, que por sua vez permitem a realização da sua vida quotidiana com mais confiança (Branquinho *et al.*, 2007).

4. CONTRIBUTOS PARA A PRÁTICA CLÍNICA, LIMITAÇÕES E SUGESTÕES PARA A PRÁTICA, INVESTIGAÇÃO, GESTÃO EM ENFERMAGEM E FORMAÇÃO

O presente estudo proporcionou diversos momentos de aprendizagem, nomeadamente no desenvolvimento dos conhecimentos a nível da investigação. Foi possível planear, criar e concretizar toda a investigação durante o decorrer do estágio de natureza profissional, o que por sua vez permitiu um contacto mais próximo com as participantes do estudo, permitindo analisar de perto a sua evolução e os ganhos resultantes do PREGIU.

A investigação no campo de desenvolvimento do estágio permitiu também o desenvolvimento de diversas competências a nível da reabilitação, pois, embora o foco fosse trabalhar a incontinência no utente com AVC, o utente é sempre visto como um todo, pelo que durante este percurso, as capacidades das participantes foram trabalhadas de forma geral, tendo em vista o seu desenvolvimento global e a melhoria continua.

Para que este estudo se concretizasse foi também importante contar com a colaboração de toda a equipa, desde os enfermeiros aos assistentes operacionais, pelo que surgiu a necessidade de realizar formação em serviço (Apêndice V e VI). Desta forma, foi permitido o desenvolvimento de competências neste âmbito, promovendo ensinamentos mútuos através da partilha de conhecimentos entre a equipa e o investigador.

Para que toda a equipa trabalhasse em sintonia e de forma análoga, foi imprescindível assegurar que todas as intervenções fossem realizadas de acordo com a literatura mais recente, pelo que existiu a preocupação de promover à vontade para o esclarecimento de dúvidas e incentivo positivo a toda a equipa pela constante colaboração na colheita de dados e aplicação do PREGIU.

Uma das limitações existentes no estudo, foi a limitação temporal, pois considera-se que o prolongamento da colheita de dados, possibilitaria uma amostra mais consistente e robusta. Para um tratamento efetivo da MPP, também se mostraria importante aumentar o tempo do PREGIU de forma a restabelecer a funcionalidade dos mesmos. A idade de algumas das participantes e as comorbidades dificultaram a realização de alguns dos exercícios.

Relativamente à pesquisa bibliográfica, que fundamentou todo o processo de investigação, compreende-se facilmente que existe uma carência muito grave de estudos na área da

incontinência no utente com AVC, tanto a nível geral, como em particular na enfermagem de reabilitação.

A escassez de estudos sobre programas de reabilitação direccionados à IU em utentes com AVC, dificulta a comparação com os resultados obtidos no presente estudo. Grande parte dos estudos encontrados sobre a temática, descrevem o impacto que a IU tem em diversas situações, mas raramente descrevem e correlacionam a evolução de um programa de reabilitação. A nível da população portuguesa, não foi encontrado nenhum estudo que avaliasse a intervenção do EEER através de um PREGIU em mulheres com IU após o AVC, o que dificultou a discussão de resultados.

Desta forma, sugere-se e enfatiza-se a importância de se produzir investigação nesta área ainda tão pouco estudada.

5. CONCLUSÕES

A reabilitação tem como objetivos gerais melhorar a função, promover a independência e maximizar a satisfação da pessoa, no intuito de preservar a autoestima (Ordem dos Enfermeiros, 2019).

Desta forma, visto o contexto de estágio de natureza profissional se desenvolver numa unidade de AVC, surgiu a escolha da problemática, que visou a implementação do PREGIU, sendo a IU um assunto pouco desenvolvido. Esta temática acarreta um impacto negativo na vida diária dos utentes e traz com ela um enorme peso a nível da interação social. Assim sendo, pretendeu-se atrair a atenção para este problema, procurando consciencializar os EEER para a importância da implementação do PREGIU nas mulheres com IU após o AVC.

O EEER deve ser responsável por identificar a IU e planear intervenções de enfermagem tendo em vista a melhoria contínua e a promoção da qualidade de vida, ajudando o utente na fase de transição da doença, procurando que esta aconteça de forma positiva.

Escolheu-se realizar um estudo de casos múltiplos, devido ao tamanho da amostra colhida, possibilitando desta forma um acompanhamento das participantes de forma mais minuciosa.

No presente estudo, a amostra foi constituída por 5 mulheres, a dispersão da idade variou dos 53 aos 87 anos, sendo 2 (40%) casadas, 2 (40%) viúvas e 1 (20%) solteira, apresentando baixa escolaridade, 4 (80%) tinham o 1º ciclo e 1 (20%) o 2º ciclo.

O AVC isquémico sem tradução imagiológica apresentou-se como dominante 4 (80%), sendo que 1 (20%) apresentou AVC hemorrágico do tronco cerebral.

A urgência urinária antes do PREGIU correlaciona-se significativamente com o antecedente pessoal, parto do normal.

Através da análise de resultados, quando se compara o primeiro dia do programa e o último, compreende-se que através do PREGIU se obtiveram resultados positivos na diminuição da quantidade de urina perdida, na diminuição da urgência urinária, bem como no nível de confiança na realização das contrações dos músculos pélvicos, sem que ocorram perdas de urina e no nível de confiança nas contrações dos músculos pélvicos como prevenção de perdas involuntárias de urina. A nível da frequência urinária, esperava-se que esta diminui-

se ao longo do tempo de implementação do PREGIU, no entanto, como fazia parte da terapia comportamental o planeamento das micções de 2/2h durante o dia e de 4/4h durante a noite, as utentes acabavam por fazer o esvaziamento vesical de forma mais constante no intuito de evitar as perdas de urina.

A título de conclusão, consegue-se compreender que a intervenção do ERRR através de um PREGIU em utentes com AVC, traduz-se em ganhos de saúde, que por sua vez melhoram a qualidade de vida dos utentes através do aumento da autoconfiança na contração da MPP.

**CAPÍTULO II: PROCESSO FORMATIVO E DESENVOLVIMENTO DE
COMPETÊNCIAS COMUNS E ESPECÍFICAS**

1. COMPETÊNCIAS COMUNS DESENVOLVIDAS NO ESTÁGIO DE NATUREZA PROFISSIONAL

As competências comuns desenvolvidas no estágio de natureza profissional serão apresentadas em quatro dimensões distintas: as competências do domínio da responsabilidade profissional, ética e legal; as competências do domínio da melhoria contínua da qualidade; as competências no domínio da gestão dos cuidados e as competências do domínio do desenvolvimento das aprendizagens profissionais.

1.1. Competências do domínio da responsabilidade profissional, ética e legal

Em todos os contextos de enfermagem, nos deparamos diariamente com situações éticas e não éticas, onde, enquanto enfermeiros, encaramos a necessidade de refletir acerca de como agir. Quando há uma tomada de decisão, é importante encontrarmos os nossos valores e princípios que fundamentam as nossas decisões e os nossos atos, devendo esta ser sustentada na ciência e na ética, no intuito de tomarmos a melhor decisão para o bem-estar do utente (Marques-Vieira *et al.*, 2016; Ribeiro, 2021).

No caso da enfermagem de reabilitação, a ética incita a uma reflexão constante sobre a forma de como se deve assistir a pessoa que se encontra ao cuidado do enfermeiro de reabilitação. Em causa está o respeito integral pelo utente, pela sua dignidade e pelos seus direitos. Da mesma forma, o enfermeiro especialista, deve fazer uma reflexão sobre si próprio e sobre a forma como exerce a sua profissão (Marques-Vieira *et al.*, 2016; Ribeiro *et al.*, 2021).

Nesta área da enfermagem, o profissional depara-se com pessoas em condições particulares, que maioritariamente resultam de processos saúde-doença, mas que continuam a ser pessoas, dotadas de dignidade, com a sua singularidade e com iguais direitos (Marques-Vieira *et al.*, 2016; Ribeiro *et al.*, 2021).

Compreende-se ainda, que enfermagem de reabilitação, lida com pessoas que podem ter alterações da funcionalidade, das suas capacidades para prestar o autocuidado e até deficiência. Trata-se de pessoas com dificuldade em assumirem a sua autonomia funcional, que ficam limitadas nas suas atividades de vida diária, sobretudo em relação à capacidade de agir, mas não tanto na sua capacidade de decisão. Em casos mais graves de incapacidade, podem existir também perturbações da consciência, havendo assim incapacidade para decidir e para agir (Marques-Vieira *et al.*, 2016; Ribeiro *et al.*, 2021).

O EEER presta cuidado profissional em ambas as situações. Ajuda ou substitui, na medida em que a pessoa em causa necessita. Para isso o enfermeiro deve planejar os cuidados tendo em conta a vontade manifestada, as crianças, os costumes, os valores, os projetos de vida e os direitos do utente. O enfermeiro deve prestar os cuidados não se focando apenas pela necessidade destes, mas agindo fundamentalmente no respeito pela pessoa. O respeito à pessoa, implica o respeito à liberdade, isto é, perante o planeamento dos cuidados de enfermagem, o profissional têm de respeitar a aceitação ou não dos cuidados que propõe. Na ausência da capacidade de decidir, os familiares devem ser incluídos, e o enfermeiro assume uma responsabilidade redobrada na procura do melhor cuidado em defesa do melhor interesse para o utente, não descurando dos interesses deste, dos seus valores, das suas crianças e das vontades que lhe são conhecidas (Marques-Vieira *et al.*, 2016; Ribeiro *et al.*, 2021).

Assim sendo, durante o desenvolvimento do estágio e da investigação, foi tida a preocupação e o cuidado de corresponder sempre aos desejos do utente e dos seus familiares. Antes de qualquer intervenção era lhes explicado o que era pretendido desenvolver e as suas vontades foram sempre tidas em conta. Em todas as intervenções de reabilitação, foi dado conhecimento ao utente que o intuito destas era para seu benefício, no entanto, sempre que este não concordava em algum aspeto, fossem esses os exercícios propostos ou o tempo dos mesmos, as intervenções eram adaptadas, respeitando o utente.

Na colheita de dados para o estudo, estes princípios também foram tidos em conta através da informação verbal e escrita dos objetivos e finalidade do mesmo. Foram ainda entregues os consentimentos livres e esclarecidos, de forma a assegurar a confidencialidade e a registar a aceitação dos utentes em participar.

É ainda notório referir, que todas as atividades foram desenvolvidas com responsabilidade profissional, assegurando sempre o bem-estar físico e psicológico do utente. Como previamente descrito, antes de iniciar a reabilitação, era discutida a sua pertinência com a restante equipa multidisciplinar, garantida a estabilidade do utente através da consulta dos exames de controlo, agindo de acordo com os protocolos e avaliando sempre previamente o estado físico, psicológico e os sinais vitais do utente.

1.2. Competências do domínio da melhoria contínua da qualidade

A enfermagem de reabilitação, contribui fortemente para a obtenção de ganhos de saúde, respondendo às necessidades da população, bem como às novas exigências em cuidados de enfermagem (Marques-Vieira *et al.*, 2016; Ribeiro *et al.*, 2021).

Este domínio foi a base para todo o desenvolvimento do estágio. Na fase inicial do estágio, compreendeu-se que existia uma carência muito grande de intervenções na área da incontinência. Após uma extensa revisão da literatura e tendo em conta todas as sugestões da equipa de enfermagem de reabilitação, foi criado o programa de reabilitação para a IU e foi aplicado no serviço duas vezes por dia, em todas as utentes que sofriam de incontinência após o AVC.

Como se constatou anteriormente, os resultados obtidos nas participantes do estudo foram muito positivos, pelo que com isto, nasceu um novo projeto dentro do serviço: a reabilitação da IU nas mulheres. Pretende-se dar continuidade a este projeto no dia a dia e estender todas as intervenções, não só às mulheres após AVC, mas a todos os utentes de ambos os géneros tanto da Unidade de AVC como da restante medicina.

Todas as intervenções realizadas, como referido anteriormente, foram desenvolvidas com base na literatura científica mais recente, no intuito de promover uma prática segura, sem que acarrete riscos para o utente.

1.3. Competências no domínio da gestão dos cuidados

Neste domínio, espera-se que o enfermeiro gestor crie medidas e condições para que o EEER possa desempenhar o seu papel como enfermeiro de referência nos doentes com necessidades no âmbito do autocuidado, como gestor dos cuidados de enfermagem especializados em reabilitação, promovendo a formação sobre técnicas e atividades que proporcionem a continuidade e qualidade dos cuidados prestados (Marques-Vieira *et al.*, 2016).

Escolhida a principal área de intervenção para o desenvolvimento da investigação e do estágio, foi tido o cuidado de englobar todos os membros da equipa neste processo. Toda a equipa foi ouvida e foi permitido que todos transmitissem o seu parecer e dessem sugestões para a criação e implementação do programa de reabilitação para a IU no serviço. Desta forma, assegurou-se que toda a equipa fizesse parte do estudo e se sentisse motivada para colaborar.

Durante o decorrer do estágio também se assegurou que todas as dúvidas existentes eram esclarecidas, procurando uma implementação do PREGIU de forma homogênea. Existiu um acompanhamento constante da colheita de dados e da implementação do PREGIU no intuito de assegurar que todos os critérios previamente estabelecidos eram cumpridos.

1.4. Competências do domínio do desenvolvimento das aprendizagens profissionais:

Em enfermagem de reabilitação o desenvolvimento de competências tem como objetivo a melhoria na qualidade dos cuidados prestados tendo em vista a sua tradução em resultados que quantificam a melhoria da qualidade de vida das pessoas. Desta forma compreende-se que praticar enfermagem exige um percurso em que a formação, a prática e a sua reflexão, e o treino devem ser contínuos (Marques-Vieira *et al.*, 2016).

Tendo em consideração que a área da incontinência era pouco trabalhada no serviço, surgiu a necessidade de se realizar uma extensa revisão da literatura, no intuito de partilhar com a equipa a evidência científica mais recente.

Assim, no decorrer do estágio a enfermeira gestora proporcionou a oportunidade de colaborar na formação em serviço. Foram planeadas formações na área da IU, dos exercícios da musculatura pélvica, do treino vesical e da hidratação, no intuito de atualizar e promover conhecimentos na equipa, tendo em vista objetivos comuns: a melhoria da qualidade dos cuidados e a introdução de novas práticas no serviço.

Os exercícios ensinados através de fotografias e vídeos, que permitissem a todos os elementos compreender a sua correta execução.

Posteriormente foi ainda transmitida a nossa experiência no plano da hidratação e ajudada as colegas de enfermagem a aplicá-lo noutra unidade de AVC da instituição.

Mostra-se importante garantir as práticas clínicas baseadas na evidência com um objetivo de obter ganhos em saúde. Desta forma, mostrou-se imprescindível produzir investigação, no intuito de compreender os ganhos obtidos.

2. COMPETÊNCIAS ESPECÍFICAS DESENVOLVIDAS NO ESTÁGIO DE NATUREZA PROFISSIONAL

As competências específicas desenvolvidas no estágio de natureza profissional serão expostas em três diferentes dimensões: cuida de pessoas com necessidades especiais, ao longo do ciclo de vida, em todos os contextos da prática de cuidados; capacita a pessoa com deficiência, limitação da atividade e/ou restrição da participação para a reinserção e exercício da cidadania e maximiza a funcionalidade desenvolvendo as capacidades da pessoa.

2.1. Cuida de pessoas com necessidades especiais, ao longo do ciclo de vida, em todos os contextos da prática de cuidados

No que diz respeito aos utentes com AVC, sempre que estes dão entrada na unidade, uma das prioridades é realizar o exame neurológico de forma a identificar os défices. Desta forma, o EEER é capaz de determinar as limitações e incapacidades do utente para o autocuidado. Assim, concebe e implementa programas de reabilitação, com o intuito de promover a melhoria contínua e a independência.

Na reabilitação, utente é visto como um todo, isto é, devemos otimizar e reeducar todas as funções que estão comprometidas.

Durante o decorrer deste estágio foi dado ênfase a IU, mas isto não implica que os outros sistemas não sejam trabalhados.

para o cumprimento do plano da hidratação, mostrou-se importante avaliar o reflexo de deglutição, percebendo se o utente tinha ou não disfagia. Caso o utente tivesse comprometimento da deglutição, a dieta tinha de ser adequada e os líquidos e espessados. Desta forma era essencial realizar ensinamentos, tanto ao utente como à sua família sobre disfagia, as consistências e o uso da espessante nos líquidos. Nesta situação também se mostra importante treinar a disfagia. A paresia facial está muitas vezes relacionada com a disfagia, sendo essencial ensinar, treinar e incentivar os exercícios orofaciais.

Para o cumprimento do programa de reabilitação em causa, mostrou-se importante trabalhar as funções cognitivas, depois as participantes tinham de ter capacidade para compreender o programa, comprometendo-se com o mesmo. Era necessário interiorizarem o treino vesical, no intuito de serem capazes de realizar os exercícios, terem consciência da vontade de urinar, respeitarem o horário miccional e serem capazes de gerir a hidratação. Todas estas

intervenções tinham o acompanhamento do EEER, no entanto, a autonomia das utentes era importante de ser estimulada no intuito de darem continuidade ao treino vesical no domicílio.

Na realização dos exercícios da musculatura do pavimento pélvico, trabalhou-se as funções sensoriais, motoras, cardíacas e respiratórias. Os exercícios exigem coordenação, equilíbrio, resistência e força. Implicavam também técnicas de conservação de energia, no intuito de não atingir o ponto de fadiga. Também foram ensinadas a dissociação dos tempos respiratórios, de forma a suprimir a urgência urinária e de controlar a respiração durante a realização dos exercícios.

Com a colheita de dados e posterior tratamento, pretende-se compreender e dar a conhecer os resultados obtidos após a implementação do programa de reabilitação na IU.

2.2. Capacita a pessoa com deficiência, limitação da atividade e/ou restrição da participação para a reinserção e exercício da cidadania

Um EEER é responsável por elaborar e implementar programas de treino de AVD's no intuito de promover a adaptação às limitações da mobilidade e a maximização da autonomia e da qualidade da vida, permitindo acessibilidade e a participação social.

Os reflexos negativos na IU relativamente à participação social constituem uma barreira na promoção do envolvimento e manutenção da participação social. no caso dos idosos, os que apresentam IU realizam menos atividades sociais fora de casa como sair para fazer compras ou frequentar serviços religiosos (Pereira *et al.*, 2022).

As repercussões psicológicas resultantes de constrangimentos sociais face a episódios de IU que podem contribuir para a redução da probabilidade de envolvimento em atividades sociais de lazer, exercícios físicos, festividades e trabalhos voluntários em situação de falta de continência, leva à tomada de consciência da perda de controlo e autonomia sobre a própria vida conduzindo à dependência, fragilidade e isolamento social (Pereira *et al.*, 2022).

Compreende-se por isso, que todas estas utentes passam por um processo de transição: O antes e o após AVC, de onde resultou a IU. Assim cabe ao enfermeiro da reabilitação dar particular atenção ao modo como a pessoa se posiciona em relação a esta nova condição de saúde física, ou seja a forma como se consciencializaram acerca da situação, da mudança e diferença imposta pela mesma. Nesta perspetiva é fundamental que os utentes se consciencializem da mesma para que a transição ocorra da forma mais saudável possível e

no caso de estar comprometida o EEER deve intervir por que o semente (Ribeiro *et al.*, 2021).

Desta forma o programa de reabilitação aplicado, foi concebido a pensar na fase pós internamento. Todos os exercícios e os treinos vesicais podem ser realizados em domicílio de forma autónoma. Ao longo do internamento das participantes, existia uma preocupação de a cada dia que passava as tornar mais autónomas possível. Todas elas se mostraram colaborantes e capazes de dar continuidade ao programa no combate à IU. Visto os resultados do programa terem sido positivos, mostra-se importante esta continuidade, para que haja diminuição da quantidade e frequências das perdas de urina, ou até supressão das mesmas. Isto permite ao utente uma transição saudável e positiva, permitindo que este não se sinta excluído e impedido de realizar as atividades que desejar em sociedade.

2.3. Maximiza a funcionalidade desenvolvendo as capacidades da pessoa

O EEER tem o papel de interagir com os utentes no sentido de desenvolver atividades que permitam maximizar as suas capacidades funcionais e desta forma permitir o seu desempenho motor, cardíaco e respiratório, potenciando o seu rendimento e desenvolvimento.

Como já referido anteriormente, a pessoa deve ser tratada como um todo, e para tratar a incontinência é imprescindível que haja treino motor, cardíaco e respiratório. Os exercícios realizados, implicavam a adoção das posições: deitada, sentada e ortostática. Estas posições tem uma grande implicação a nível do treino do equilíbrio estático e dinâmico (dificultado com a bola de pilatos e com a retroversão e anteversão da anca), da força dos membros inferiores e dos músculos dorsais (no exercício da ponte), dos músculos abdominais e do pavimento pélvico, a nível dos membros superiores para realizar o levante e a alternância de posições.

A nível respiratório, compreende-se que o controlo da respiração é de extrema importância para a execução de um programa de sucesso. Foi importante tanto para a realização dos exercícios como para a supressão da vontade de urinar, no intuito de conseguir chegar à casa de banho sem perdas de urina. Numa fase inicial também foram ensinadas e reforçadas ao longo do tempo as técnicas de conservação de energia, como forma de aumentar a resistência à realização dos exercícios, sem submeter o utente à fadiga (Chalegre *et al.*, 2018).

Gomes *et al.*, (2022), compreende que a atividade física é uma ferramenta de extrema importância para o coração. Entre os seus benefícios estão a melhoria da circulação, controle dos batimentos cardíacos e da pressão arterial, níveis de colesterol, além da sensação de bem-estar físico, melhoria da flexibilidade, tônus, força muscular.

Desta forma, pode concluir-se, que embora o foco do estágio e da investigação resultante, fosse a incontinência, as restantes funções: motoras, cardíacas e respiratórias foram também trabalhadas, maximizando e desenvolvendo as capacidades funcionais dos utentes.

CONCLUSÃO GERAL

Os enfermeiros são os profissionais de saúde que e estão presentes durante todo o ciclo de vida das pessoas, desde o nascimento, prevenção de doenças e durante o processo de transição das situações de doença, até à morte. Por isso, o EEER, tem um papel insubstituível na vida dos utentes, pois é responsável não só por cuidar, como por maximizar as funções e promover a independência dos utentes. Para que isto aconteça, é importante que este identifique as necessidades de cada utente e intervenha.

Dito isto, é importante compreender que as necessidades da pessoa com AVC tem levado ao desenvolvimento de vários estudos os quais procuram identificar diferentes tipos de diagnósticos de enfermagem no intuito de constituir o foco para o planeamento dos cuidados. Pesquisas sobre a prevalência de incontinência urinária em pacientes com AVC são necessárias, pois só a partir destas manifestações de respostas humanas apresentadas por esta população é que os enfermeiros são capazes de implementar uma assistência de enfermagem voltada para melhorar o padrão de eliminação, direcionando assim intervenções mais específicas e de qualidade. No entanto, os problemas de IU ainda não tem o mesmo foco de atenção que outras áreas como: a mobilidade, a deglutição, o risco de aspiração; embora representem uma alteração frequentemente observada empiricamente na prática clínica.

Os resultados obtidos nesta investigação demonstrarão a importância da pesquisa, uma vez que se evidenciaram bons resultados quando aplicado o PREGIU nas utentes com IU após um AVC. Portanto, os EEER não devem ignorar na sua prática clínica a ocorrência deste fenómeno, devendo identificar a presença de IU, de forma a que o seu diagnóstico e esteja na base da escolha de intervenções específicas que visem a melhoria contínua para a autonomia dos utentes.

Espera-se que o conhecimento produzido no estudo possa ampliar a fundamentação teórica utilizada pelos enfermeiros na determinação dos diagnósticos de enfermagem de incontinência urinária.

A oportunidade de desenvolver o estágio de natureza profissional em sintonia com o desenvolvimento da investigação mostrou-se muito produtivo e enriquecedor, pois para além de permitir um acompanhamento mais de perto, permitiu também tratar o utente de forma global, não negligenciando nenhuma das funções comprometidas.

Foi também permitido desenvolver competências na área da gestão, formação o que permitiu uma troca de conhecimentos constante em equipa.

Tendo em conta que a aplicação do PREGIU trouxe resultados positivos, pois todas as utentes deixaram de ter perdas durante o período em que foi trabalhado a IU, pretende-se dar continuidade a este trabalho que foi desenvolvido, procedendo-se à realização de protocolos para a gestão da IU na Unidade de AVC em causa e implementar o PREGIU diariamente nesta tipologia de utentes.

Apesar de todas as limitações encontradas e anteriormente referidas, esta modalidade de Estágio de Natureza Profissional com Relatório, permitiu ao futuro ERRR desenvolver todas as competências que a Ordem dos Enfermeiros propõe e cumprir todos os objetivos sugeridos, tornando este trajeto académico extremamente enriquecedor nas diferentes vertentes que contempla.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ARKAN, Gulcihan *et al.* - Effects on urinary outcome of patients and caregivers' burden of pelvic floor muscle exercises based on the health belief model done at home by post-stroke patients. **Topics in Stroke Rehabilitation**. . ISSN 19455119. 26:2 (2019) 128–135. doi: 10.1080/10749357.2018.1552741.

ASSIS, Gisela Maria *et al.* - Proposta de protocolo de avaliação e treinamento da musculatura do assoalho pélvico para atendimento à mulher com incontinência urinária. 2021) 1–9. doi: <https://doi.org/10.1590/S1980-220X2019033503705>.

BALSEM, Edmundo - Sequencialidade do Sentido e Formas Cognitivas. 2018).

BANASZESKI, Viliane Lourdes; CHRISTO, Paulo Pereira - Análise da relação entre sintomas urinários e topografia da lesão cerebral em pacientes com acidente vascular cerebral. **Ciência & Saúde**. 11:1 (2018) 7. doi: 10.15448/1983-652x.2018.1.26335.

BARRETO, Maurício L. - O conhecimento científico e tecnológico como evidência para políticas e atividades regulatórias em saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**. 9:2 (2004) 329–338. doi: 10.1590/s1413-81232004000200010.

BÁRTOLO, Mafalda - SNS [Em linha], atual. 2019. [Consult. 17 set. 2021]. Disponível em WWW:<URL:<https://www.chleiria.pt/saude/saude-em-toda-a-vida/-/dia-mundial-da-incontinencia-urinaria-144/>>.

BATISTA, Nina Morena Teixeira De Luccas *et al.* - Força E Coordenação Motora Da Musculatura Do Assoalho Pélvico E a Função Sexual Feminina. **Interdisciplinary Journal of Health Education**. 2:1 (2017) 10–15. doi: 10.4322/ijhe.2016.013.

BORGES, João Bosco Ramos *et al.* - Incontinência urinária após parto vaginal ou cesáreo. **Einstein (São Paulo)**. . ISSN 2317-6385. 8:2 (2010) 192–196.

BOTELHO, Francisco *et al.* - Incontinência Urinária Feminina Definição e Epidemiologia Tipos de incontinência. **Acta Urológica**. 24:2007) 79–82.

BRANCO, Teresa; SANTOS, Rui - **Reabilitação da Pessoa com AVC**. 1ª ed. Coimbra : Formasau - Formação e Saúde, Ld, 2010. ISBN 978-989-8269-09-6.

BRANQUINHO, Nélia; MARQUES, Ana; ROBALO, Lina - Contributo para a Adaptação e Validação do Instrumento de Medida “Escala de Auto-Eficácia de Broome para Exercícios da Musculatura do Pavimento Pélvico”. **EssFisionline**. Setubal. 2007).

BRÁS, Manuel *et al.* - Diabetes mellitus: Um problema de saúde global. **Revista Portuguesa de Cardiologia**. . ISSN 08702551. 2019).

BRYMAN, Alan - **Social Research methods**. 4th. ed. New York : Oxford University, 2012. ISBN 978–0–19–958805–3.

CÂNDIDO, Fernando José Leopoldino Fernandes *et al.* - Incontinência Urinária Em

Mulheres: Breve Revisão De Fisiopatologia, Avaliação E Tratamento. **Visão Acadêmica**. . ISSN 1518-5192. 18:3 (2017) 67–80. doi: 10.5380/acd.v18i3.54506.

CASARIN, Naiára; FRIGO, Leticia Fernandez; GASPARETTO, Andriele - O diabetes mellitus nas disfunções pélvicas femininas. **Fisioterapia Brasil**. 16:2015) 68–76.

CASTRO, Maria Geraldina; ALEGRA, Sofia; CANDOSO, Bercina - Documento de consenso sobre o uso de fitas sintéticas (slings) suburetrais na correção cirúrgica da Incontinência Urinária de Esforço. 14:4 (2020) 270–272.

CASTRO, R. A.; ARRUDA, R. M.; BORTOLINI, M. A. T. - Female urinary incontinence: Effective treatment strategies. **Climacteric**. . ISSN 14730804. 18:2 (2015) 135–141. doi: 10.3109/13697137.2014.947257.

CHALEGRE, Casiana Tertuliano; MEDEIROS, Bruno Canuto De - **Técnicas de Conservação de Energia para Pacientes Cardiopatas: Orientações para Pacientes e Familiares/Cuidadores**. Recife : EDUPE, 2018. ISBN 978-85-7856-197-0.

CHIADO, Andreia Patrícia Azevedo - **INCONTINÊNCIA URINÁRIA APÓS AVC: CONTRIBUTOS DA ENFERMAGEM DE REABILITAÇÃO**. [S.l.] : IPVC ESS, 2019

D’ANCONA, Carlos Arturo Levi *et al.* - Tradução para a língua portuguesa do artigo original em inglês “ The International Continence Society (ICS) report on the terminology for adult male lower urinary tract and pelvic floor symptoms and dysfunction”. **Einstein (São Paulo)**. . ISSN 1679-4508. 19:2021) 1–44. doi: 10.31744/einstein_journal/2021ae5694.

DAMILANO, José Luiz Padilha; HERMES, Simoni Timm - **FUNDAMENTOS NEUROPSICOLÓGICOS DA APRENDIZAGEM**. 1ª ed. Santa Maria : Universidade Federal de Santa Maria, 2005

DGS - Abordagem Terapêutica da Hipertensão Arterial. **Norma Nº: 026/2011**. 026/2011:2013) 1–14.

FARRÉS-GODAYOL, Pau *et al.* - Urinary Incontinence and Its Association with Physical and Psycho-Cognitive Factors: A Cross-Sectional Study in Older People Living in Nursing Homes. **International Journal of Environmental Research and Public Health**. . ISSN 16604601. 19:3 (2022) 1–24. doi: 10.3390/ijerph19031500.

FERREIRA, Maria De Fátima Alves Pereira; PERES, Mariado Rosário - Implementação de um programa de reabilitação: intervenção do enfermeiro especialista de reabilitação numa UCI. **Revista Portuguesa de Enfermagem de Reabilitação**. . ISSN 2184-3023. 3:2 (2020) 68–75. doi: 10.33194/rper.2020.v3.s2.10.5828.

FERREIRA, Mariline Patrícia Fernandes - **DOENTE COM AVC: GANHOS NA**

QUALIDADE DE VIDA APÓS INTERVENÇÃO DO ENFERMEIRO DE REABILITAÇÃO. [S.l.] : Instituto Politécnico de Viana do Castelo, 2014

FERRO, José; PIMENTEL, José - **Neurologia: Princípios, Diagnóstico e Tratamento.** 1^a ed. Lisboa : Lidel, 2006. ISBN 978-972-757-368-4.

FORTIN, Marie Fabienne - **Fundamentos e Etapas do Processo de Investigação.** Montreal : Lusodidacta, 2009

FRANCISCO; HENRIQUE; GEORGE, Moura - Acidente vascular cerebral: Prescrição de medicina física e de reabilitação. **Direção-Geral de Saúde.** 054/2011:2011) 1–19.

FREIRE, Ariane Bôlla *et al.* - Efeitos da bandagem funcional sobre a perda urinária e qualidade de vida de mulheres incontinentes. **Fisioterapia Brasil.** . ISSN 1518-9740. 17:6 (2017) 526–533. doi: 10.33233/fb.v17i6.693.

FREITAS, Crislainy Vieira *et al.* - Abordagem fisioterapêutica da incontinência urinária em idosos na atenção primária em saúde. **Fisioterapia e Pesquisa.** . ISSN 1809-2950. 27:3 (2020) 264–270. doi: 10.1590/1809-2950/19015527032020.

GADDE, Kishore M. *et al.* - Fisiopatologia e Manejo da Obesidade. **Journal of the American College of Cardiology.** 71:1 (2018) 1–16.

GLISOI, Soraia; GIRELLI, Paola - Importância da fisioterapia na conscientização e aprendizagem da contração da musculatura do assoalho pélvico em mulheres com incontinência urinária. **Revista da Sociedade Brasileira de Clínica Médica.** 9:6 (2011) 408–413.

GOMES, Lucas Ortiz De Moraes *et al.* - Os benefícios da atividade física na reabilitação cardíaca em pessoas pós-infarto agudo do miocárdio / The benefits of physical activity in cardiac rehabilitation in people post acute myocardial infarction. **Brazilian Journal of Development.** 8:1 (2022) 2879–2893. doi: 10.34117/bjdv8n1-190.

GRAY, Mikel; N.MOORE, Katherine - **Cuidados de Enfermagem em Urologia: No adulto e na criança.** Loures : Lusociência, 2009. ISBN 978-972-8930-74-5.

GREENBERG, David A.; AMINOFF, Michael J.; SIMON, Roger P. - **Neurologia Clínica.** 8^a ed. Porto Alegre : Artmed, 2014. ISBN 978-85-8055-355-0.

GUEDES, Priscilla Fonseca *et al.* - SOBREPESO E OBESIDADE EM MULHERES COM INCONTINÊNCIA URINÁRIA E A REPERCUSSÃO NA QUALIDADE DE VIDA. **Disciplinarum Scientia.** 18:2018) 539–550.

GUEDES, Thais Sousa Rodrigues *et al.* - Urinary incontinence in physically active older women of Northeast Brazil. **International Journal of Environmental Research and Public Health.** . ISSN 16604601. 18:11 (2021) 1–12. doi: 10.3390/ijerph18115878.

GUIMARÃES, Marcelle Sampaio De Freitas; SILVA, Leila Rangel Da - Conhecendo a Teoria das Transições e sua aplicabilidade para enfermagem. 2016).

HERNÁNDE, Dr. C. Ydalsys Naranjo *et al.* - La teoría Déficit de autocuidado: Dorothea Elizabeth Orem. **Gaceta Médica Espirituana**. 19:3 (2017). doi: 1608 - 8921.

HERSH, Lauren; SALZMAN, Brooke - Clinical management of urinary incontinence in women. **American Family Physician**. . ISSN 15320650. 87:9 (2013) 634–640. doi: 10.1002/9781119129875.ch40.

HOEMAN, Shirley P. - **Enfermagem de Reabilitação: Prevenção, Intervenção e Resultados Esperados**. 4^a ed. Loures : Lusodidacta, 2008. ISBN 978-0-323-04555-1.

HULLEY, Stephen B. *et al.* - **Delineando a Pesquisa Clínica**. 3^a ed. Porto Alegre : Artmed, 2008. ISBN 978-85-363-1361-0.

HUNTER, Michael A.; MAY, Richard B. - Some myths concerning parametric and nonparametric tests. **Canadian Psychology/Psychologie canadienne**. . ISSN 0708-5591. 34:4 (1993) 384–389. doi: 10.1037/h0078860.

INSTITUTO NACIONAL DE ESTATÍSTICA - Causas de Morte em 2018. **Destaque informação à comunicação social**. 2020) 1–10.

JÚNIOR, Archimedes Nardoza; FILHO, Miguel Zerati; REIS, Rodolfo Borges Dos - **Urologia Fundamental**. São Paulo : Planmark, 2010. ISBN 978-85-60566-17-4.

KUMMER, Benjamin R. *et al.* - A Multilevel Analysis of Surgical Category and Individual Patient-Level Risk Factors for Postoperative Stroke. **Neurohospitalist**. . ISSN 19418752. 10:1 (2020) 22–28. doi: 10.1177/1941874419848590.

LEANDRO, Telma Alteniza *et al.* - Urinary incontinence nursing diagnoses in patients with stroke. **Revista da Escola de Enfermagem**. . ISSN 00806234. 49:6 (2015) 923–930. doi: 10.1590/S0080-623420150000600007.

LEGENDRE, Guillaume *et al.* - Menopause, Hormone Treatment and Urinary Incontinence at Midlife. **Maturitas**. 2013). doi: <https://doi.org/10.1016/j.maturitas.2012.10.005>.

LINHARES, Rafaela - **Ken Hub** [Em linha], atual. 2022. [Consult. 10 jun. 2022]. Disponível em WWW:<URL:<https://www.kenhub.com/pt/library/anatomia/musculos-do-assoalho-pelvico>>.

MARCONI, M. D.; LAKATOS, E. M. - **Técnicas de Pesquisa**. São Paulo : Editora Atlas S.A., 2007

MAROCO, João - **Análise Estatística com o SPSS Statistics**. 5^a ed. Pero Pinheiro : R. Number, Ed., 2011

MARQUES-VIEIRA, Cristina; SOUSA, Luís - **Cuidados de Enfermagem de Reabilitação**

à Pessoa ao Longo da Vida. 1ª Edição ed. Loures : Lusodidacta, 2016. ISBN 978-989-8075-73-4.

MARTINS, Maria Manuela Ferreira Pereira Da Silva - **Uma Crise Acidental na Família: O Doente com AVC.** 1ª ed. Coimbra : Formasau - Formação e Saúde, Ld, 2002. ISBN 972-8485-30-1.

MARTINS, V.; PAIVA, I.; CAVALHEIRO, M. - Rastreamento de Diabetes de Diabetes. **Revista Portuguesa de Diabetes.** 4:4 (2009) 156–162.

MAZO, Giovana Zarpellon *et al.* - Efeitos do treinamento muscular do assoalho pélvico associado à musculação na perda urinária e nos aspectos psicológicos em mulheres idosas: ensaio clínico randomizado. 19:6 (2018) 830–838. doi: <https://doi.org/10.33233/fb.v19i6.2401>.

MELO, ALDA MARIA CAVALEIRO DE - INTERVENÇÃO DE ENFERMAGEM JUNTO DA PESSOA COM AVC E SUA FAMÍLIA. **Sinais Vitais: A Enfermagem em Revista.** Coimbra. 123:2016) 46–55.

MELO, Laís Samara De *et al.* - Infecção do trato urinário : uma coorte de idosos com incontinência urinária. **Revista Brasileira de Enfermagem.** 70:4 (2017) 873–880.

MENOITA, Elsa Carvela *et al.* - **Reabilitar a Pessoa Idosa com AVC: Contributos para um envelhecer resiliente.** Loures : [s.n.]. ISBN 978-972-8930-78-3.

MINISTÉRIO DA SAÚDE - **Diretrizes de Atenção à Reabilitação da Pessoa com Acidente Vascular Cerebral** [Em linha]. Brasília : Editora MS, 2013 Disponível em WWW:<URL:www.saude.gov.br/bvs>. ISBN 978-85-334-2083-0.

MINISTÉRIO DA SAÚDE - **Incontinência urinária** [Em linha], atual. 2018. [Consult. 6 jun. 2022]. Disponível em WWW:<URL:https://bvsmms.saude.gov.br/incontinencia-urinaria/>.

MINISTÉRIO DA SAÚDE - **Linha de Cuidado do Acidente Vascular Cerebral (AVC) no adulto** [Em linha]. 1ª ed. Brasília : [s.n.] Disponível em WWW:<URL:http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/linha_cuidado_acidente_vascular_cerebral_adulto.pdf>. ISBN 9788533428591.

MORAES, Mariana De Almeida *et al.* - Caracterização clínica , incapacidade e mortalidade de pessoas com acidente vascular cerebral isquêmico em 90 dias. 75:2 (2022) 1–9. doi: doi.org/10.1590/0034-7167-2020-1383.

MORCILLO, André Moreno - TAMANHO DA AMOSTRA E PODER DO TESTE T DE STUDENT PARA AMOSTRAS. December (2021). doi: 10.13140/RG.2.2.26990.13123.

MORENO, Luisa Zanolli; MORCILLO, André Moreno - Comparação de duas Médias:

Teste t de Student. September (2019). doi: 10.13140/RG.2.2.30657.51045.

MOURÃO, Aline Mansueto *et al.* - Perfil dos pacientes com diagnóstico de AVC atendidos em um hospital de Minas Gerais credenciado na Linha de Cuidados. **Revista Brasileira de Neurologia**. 53:4 (2017) 12–16.

MURAKAMI, Keiko *et al.* - Risk factors for stroke among young-old and old-old community-dwelling adults in Japan: The Ohasama study. **Journal of Atherosclerosis and Thrombosis**. . ISSN 18803873. 24:3 (2017) 290–300. doi: 10.5551/jat.35766.

NAVARRO MONTAÑO, María José - El estudio de casos como estrategia de investigación en educación = Case study as research strategy in education. **REOP - Revista Española de Orientación y Psicopedagogía**. . ISSN 1139-7853. 21:3 (2014) 669. doi: 10.5944/reop.vol.21.num.3.2010.11551.

NEVES, Adriano Figueredo *et al.* - Fatores de risco que predisõem ao acidente vascular encefálico em idosos no Município de Augustinópolis. **Brazilian Journal of Development**. 7:8 (2021) 78033–78047. doi: 10.34117/bjdv7n8-157.

OLIVEIRA, Emerson *et al.* - Influência do índice de massa corporal na incontinência urinária feminina. **Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia**. . ISSN 0100-7203. 32:9 (2010) 454–458. doi: 10.1590/s0100-72032010000900007.

OLIVEIRA, Sheila *et al.* - Avaliação da qualidade de vida de portadores de incontinência urinária. **Avaliação da qualidade de vida de portadores de incontinência urinária**. . ISSN 2317-6695. 6:1 (2009) 34–41.

OLIVEIRA, Ticiania Mesquita De *et al.* - Prevalência de incontinência urinária e fatores associados em mulheres no climatério em uma unidade de atenção primária à saúde. **Revista Brasileira em Promoção da Saúde**. . ISSN 18061222. 28:4 (2015) 606–612. doi: 10.5020/18061230.2015.p606.

OMS - **Rehabilitation** [Em linha], atual. 2021. [Consult. 11 jun. 2022]. Disponível em WWW:<URL:https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/rehabilitation>.

ORDEM DOS ENFERMEIROS - Ordem dos Enfermeiros. (2010). Regulamento das Competências Específicas do EEER. Ordem Dos Enfermeiros, 5. <https://doi.org/10.1007/s00192-015-2783-9> Regulamento das Competências Específicas do EEER. **Ordem dos Enfermeiros**. . ISSN 14333023 09373462. 2010) 5. doi: 10.1007/s00192-015-2783-9.

ORDEM DOS ENFERMEIROS - Core de Indicadores por categoria de Enunciados Descritivos dos Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem de Reabilitação. Porto. 2015).

ORDEM DOS ENFERMEIROS - Regulamento n.º 392/2019 - Regulamento das Competências específicas do enfermeiro especialista em Enfermagem de Reabilitação. **Diário da República, 2.ª série - n.º 85 - 3 de maio de 2019.** 2019) 13565–13568.

Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista- Reg. n.º 140/2019. **Diário da República, 2.ª série** (19- 4744–4750).

PALMA, Paulo - **Urofisioterapia: Aplicações Clínicas das Técnicas Fisioterapêuticas nas Disfunções Miccionais e do Assoalho Pélvico.** 1ª ed. Campinas : PERSONAL LINK Comunicações Ltda, 2009. ISBN 978-85-62974-00-7.

PÊLA, João Luis Marques - Quais as intervenções dos Enfermeiros no tratamento/reabilitação das alterações da eliminação vesical dos doentes com AVC Escola Superior de Enfermagem de Lisboa, 2012.

PEREIRA, Ediane *et al.* - Incontinência urinária , senso de controle e autonomia , e participação social em idosos residentes na comunidade. 25:5 (2022).

PEREIRA, Rui Pedro Gomes *et al.* - Validation of the Portuguese version of the evidence-based practice questionnaire. **Revista Latino-Americana de Enfermagem.** . ISSN 15188345. 23:2 (2015) 345–351. doi: 10.1590/0104-1169.0367.2561.

PONTES, Antonio Carlos Fonseca - Ensino Da Correlação De Postos No Ensino Médio. **Universidade Federal do Acre.** 2010) 8.

QUIVY, R.; CAMPENHOUDT, L. V - **Manual de Investigação em Ciências Sociais.** 5ª ed. Lisboa : Gradiva, 2008

RAUL, Prof; WAZLAWICK, Sidnei - Visão Geral do Sistema. 2010) 1–38.

REDAÇÃO SAÚDE É VITAL - **Por que hipertensos correm risco de derrame?** [Em linha], atual. 2016. [Consult. 7 jun. 2021]. Disponível em WWW:<URL:https://saude.abril.com.br/medicina/por-que-hipertensos-correm-risco-de-derrame/>.

REIS, Carolina - **Incontinência urinária no idoso.** [S.l.] : Faculdade de Medicina de Coimbra, 2016

REIS, Rodolfo Borges Dos *et al.* - Incontinência urinária no idoso. **Acta Cirurgica Brasileira.** 18:suppl 5 (2003) 47–51. doi: 10.1590/s0102-86502003001200018.

RIBEIRO, Olga; NÉNÉ, Manuela; SEQUEIRA, Carlos - **Enfermagem de Reabilitação: Conceções e Práticas.** 1ª ed. Lisboa : Lidel, 2021. ISBN 978-989-752-723-4.

ROSA, Luciana *et al.* - Impacto no cotidiano de mulheres com incontinência urinária. **Revista Estima.** . ISSN 18063144. 15:2 (2017) 132–138. doi: 10.5327/z1806-3144201700030003.

SACOMORI, Cinara *et al.* - The development and psychometric evaluation of a self-efficacy scale for practicing pelvic floor exercises. **Brazilian Journal of Physical Therapy**. . ISSN 18099246. 17:4 (2013) 336–342. doi: 10.1590/S1413-35552013005000104.

SAFE - Plano de ação para o AVC na Europa. Bruxelas. 2018).

SAMPIERI, Roberto Hernández; COLLADO, Carlos Fernández; LUCIO, María Del Pilar Baptista - **Metodologia de Pesquisa**. 5ª ed. São Paulo : Penso, 2013. ISBN 978607150219.

SÁNCHEZ, Esther M. Medran. *et al.* - Spanish version of the Broome pelvic muscle self-efficacy scale: Validity and reliability. **Physical Therapy**. . ISSN 00319023. 93:12 (2013) 1696–1706. doi: 10.2522/ptj.20120128.

SANTOS, Bruno; RAMOS, Ana - Da formação à prática: Importância das Teorias do Autocuidado no Processo de Enfermagem para a melhoria dos cuidados. **Jornal of aging and innovation**. 6:2017) 51–54. doi: 2182-696X.

SANTOS, Catarina - **Benefícios da intervenção do enfermeiro de reabilitação na promoção da incontinência urinária após AVC**. [S.l.] : Instituto Politécnico de Santarém, 2016

SANTOS, Graziela Roberta Dos *et al.* - Resumo Clínico -AVC. **Universidade Federal do Rio Grande do Sul**. . ISSN 1387-2877. Quadro 1 (2016).

SANTOS, Jéssica Teixeira; CAMPOS, Célia Maria Silva; MARTINS, Maria Manuela - A pessoa com AVC em processo de reabilitação: ganhos com a intervenção dos enfermeiros de reabilitação. **Revista Portuguesa de Enfermagem de Reabilitação**. . ISSN 2184-3023. 3:2 (2020) 36–43. doi: 10.33194/rper.2020.v3.n2.6.5799.

SANTOS, Jéssica Teixeira; CAMPOS, Célia Maria Silva; MARTINS, Maria Manuela - 2020 - A pessoa com AVC em processo de reabilitação_ ganhos com a intervenção dos enfermeiros de reabilitação _ Revista Portuguesa de Enfermagem de Reabilitação (1).pdf. Porto. 2020). doi: 10.33194/rper.2020.v3.n2.6.5799.

SANTOS, Lúcio Agostinho Barreiros Dos *et al.* - **ORIENTAÇÕES METODOLÓGICAS PARA A ELABORAÇÃO DE TRABALHOS DE INVESTIGAÇÃO (2ª edição, revista e atualizada)**. 2ª ed. Lisboa : Instituto Universitário Militar, 2019. ISBN 978-989-54293-5-6.

SERAPIONI, Mauro; MATOS, Ana Raquel - **Saúde, participação e cidadania: experiências do Sul da Europa**. Coimbra : [s.n.]. ISBN 978-972-40-5538-1.

SILVA, Erisonval Saraiva *et al.* - Prevalence and risk factors associated with stroke in hypertensive patients: A hierarchical analysis. **Revista de Enfermagem Referencia**. . ISSN 21822883. 2020:3 (2020) 1–8. doi: 10.12707/RV20014.

SILVA, Gleice Kely Santos *et al.* - Aplicabilidade da teoria do autocuidado na sistematização da assistência de enfermagem à pessoa com doença renal crônica / Applicability of self-care theory in the systematization of nursing care to people with chronic kidney disease. **Brazilian Journal of Development**. 7:6 (2021) 56446–56461. doi: 10.34117/bjdv7n6-178.

SILVA, Lara Adrienne Garcia Paiano Da; MERCÊS, Nen Nalú Alves Das - Multiple case study applied in nursing research: a case report. **Revista brasileira de enfermagem**. . ISSN 00347167. 71:3 (2018) 1194–1197. doi: 10.1590/0034-7167-2017-0066.

SILVA, Roger Rodrigues Da *et al.* - As Teorias De Enfermagem De Roy E Orem Intrínsecas À Sistematização Da Assistência De Enfermagem Para Promoção Da Saúde. **Brazilian Journal of Development**. . ISSN 25258761. 6:7 (2020). doi: 10.34117/bjdv6n7-741.

SILVA, Vera *et al.* - BEXIGA HIPERATIVA Plano de Cuidados Integrados (ICP) Evidência Científica e Guia do Utilizador. 2017).

SINGH, Poonam Khetrapal - **Dia Mundial do AVC** [Em linha], atual. 2021. [Consult. 8 jun. 2022]. Disponível em WWW:<URL:https://www.who.int/southeastasia/news/detail/28-10-2021-world-stroke-day>.

SNS - **DIA NACIONAL DO DOENTE COM ACIDENTE VASCULAR CEREBRAL** [Em linha], atual. 2017. [Consult. 7 jun. 2022]. Disponível em WWW:<URL:https://www.chmt.min-saude.pt/noticias/dia-nacional-do-doente-com-acidente-vascular-cerebral/>.

SOCIEDADE PORTUGUESA DE CARDIOLOGIA - Saiba Mais Diabetes e Doenças Vasculares. Setubal. [Em linha]2016). Disponível em WWW:<URL:https://www.chs.min-saude.pt/wp-content/uploads/sites/5/2018/04/Diabetes-e-Doencas-Vasculares.pdf>.

SOCIEDADE PORTUGUESA DE HIPERTENSÃO - 15º CONGRESSO PORTUGUÊS DE HIPERTENSÃO E RISCO CARDIOVASCULAR GLOBAL. Lisboa. [Em linha] 79:2020). Disponível em WWW:<URL:https://www.sphta.org.pt/files/sphta_79_2020_0910.pdf>.

SOCIEDADE PORTUGUESA DE UROGINECOLOGIA - Consenso Nacional sobre Uroginecologia 2021. **Secção Portuguesa de Uroginecologia**. 2021) 1–331.

SPAVC - Guia das Unidades de AVC. **Guia das Unidades de AVC**. 2017) 1–60.

SQUINELLO, Leonardo; NOGUEIRA, Veneziano; JARDIM, Adriana - Disfunções do assoalho pélvico : o caso específico dos problemas urinários Pelvic floor dysfunctions : the specific case of urinary problems. 2022) 44679–44690. doi: 10.34117/bjdv8n6-137.

THOMÉ, Bruna Isadora *et al.* - HISTÓRICO GESTACIONAL DE MULHERES COM INCONTINÊNCIA URINÁRIA. **Cogitare Enfermagem**. 26:2021) 1–10. doi:

dx.doi.org/10.5380/ce.v26i0.75803.

VALAGNI, Gabriel *et al.* - **Incontinência Urinária, Bexiga Neurogênica e Neuroplasticidade** [Em linha], atual. 2013. [Consult. 30 jun. 2022]. Disponível em WWW:<URL:<http://cienciasecognicao.org/neuroemdebate/arquivos/647>>.

VIANA, Elizabel De Souza Ramalho; MICUSSI, Maria Thereza Albuquerque Barbosa Cabral - **Incontinência urinária feminina: da avaliação à reabilitação**. 1^a ed. Natal : edufrn, 2021. ISBN 978-65-5569-005-7.

WAYNE, Daniel - **Biostatistics: Basic Concepts and Methodology for the Health Sciences**. Hoboken : John Wiley and Sons, 2014


XU, Dongjuan *et al.* - The mediating effect of «bothersome» urinary incontinence on help-seeking intentions among community-dwelling women. **Journal of Advanced Nursing**. . ISSN 13652648. 71:2 (2015) 315–325. doi: 10.1111/jan.12514.

YIN, Robert K. - **Case Study Research and Applications: Design and Methods**. 6^a ed. India : SAGE, 2018. ISBN 9781506336169.

ZANETTI, Míriam Raquel Diniz *et al.* - Impact of supervised physiotherapeutic pelvic floor exercises for treating female stress urinary incontinence. **Sao Paulo Medical Journal**. . ISSN 15163180. 125:5 (2007) 265–269. doi: 10.1590/s1516-31802007000500003.

ANEXOS

ANEXO I: PARECER DA COMISSÃO DE ÉTICA

	Realização de Projeto de Investigação Clínica Parecer nº 76/2021 -CES	Pág. 1 de 2
---	--	-------------

Comissão de Ética para a Saúde (CES)

<p>Data de Entrada no Secretariado da CES: Nº 75 - 08/11-2021_</p> <p style="text-align: center;">Assunto:</p> <p>Estudo de investigação subordinado ao tema "Intervenção do Enfermeiro de Reabilitação em mulheres com incontinência urinária, após AVC",</p>	<p>Solicitado pelo Conselho de Administração</p> <p style="text-align: center;">Em nome do(s) investigador(es):</p> <p>"Marta Soraia da Silva Braga, enfermeira, aluna do VI Curso de Mestrado em Enfermagem de Reabilitação, da Escola Superior de Saúde do IPVC"</p>
--	--

1. A(s) questão(ões) colocada(s)

Trata-se de um estudo segundo o método quantitativo, sendo o tipo de estudo definido como quase experimental. Tem como objetivo "Avaliar o efeito de um programa de reabilitação na gestão da incontinência urinária na mulher após a ocorrência de AVC". A população alvo remete-se a mulheres com incontinência urinária após a ocorrência de Acidente Vascular Cerebral (AVC) e são critérios de inclusão ser mulher, apresentar incontinência urinária após o diagnóstico de AVC, obedecer a ordens simples, compreender o que lhe é dito, seja capaz de cumprir o plano de hidratação, com idade igual ou superior a 60 anos, internada na Unidade de AVC do Hospital Conde de Bertiandos durante o período de colheita de dados, que termina para cada doente, no momento da alta desta unidade.

Solicitam autorização para aplicar como instrumentos de colheita de dados, um questionário sociodemográfico e a Escala de Autoeficácia de Broome, no intuito de compreender o estado prévio da pessoa em relação à sua funcionalidade. De seguida será implementado um programa de reabilitação funcional. Ao longo do internamento serão feitas colheitas de dados de modo a monitorizar diferentes parâmetros, segundo uma grelha de observação. Nos casos em que as doentes não reúnem condições para exercer o seu direito de autonomia o consentimento informado será solicitado ao familiar de referência da respetiva senhora."

2. Fundamentação

" O AVC, caracteriza-se por uma interrupção ou bloqueio de irrigação sanguínea, que destrói ou danifica parte do cérebro, resultando num conjunto de sintomas de deficiência neurológica. No AVC há um desenvolvimento rápido dos sinais clínicos da função cerebral, com sintomas que perduram por um período superior a 24 h, ou que conduzem à morte, sem outra causa de origem vascular aparente. Nos casos em que os sinais neurológicos agravam progressivamente ou se desencadeiam novos sinais focais, compreende-se como AVC em progressão (Menoita et al., 2014). A incontinência urinária (IU), é uma das consequências do AVC, pois este pode causar alterações estruturais do encéfalo responsáveis pelo controlo da micção, comprometendo o sistema urinário (Leandro et al., 2015).

De acordo com a associação portuguesa de urologia (2008) cit in (Ribeiro, Néné e Sequeira, 2021), sabe-se que em Portugal existem mais de 600 mil pessoas com IU, sendo que apenas 10% procura ajuda.

A Ordem dos Enfermeiros considera o processo de eliminação como sendo do domínio do enfermeiro especialista em Enfermagem de Reabilitação (Ordem dos Enfermeiros, 2010). Desta forma os programas de reabilitação para a IU devem ser orientados por profissionais de saúde da área de reabilitação, nomeadamente pelo enfermeiro de reabilitação, usando exercícios específicos para recuperar ou melhorar o controlo e função dos músculos do pavimento pélvico. O treino desses músculos envolve a contração e relaxamento voluntário e seletivo dos músculos do pavimento pélvico, melhorando a força, a resistência e a coordenação destes (Robeiro, Néné e Sequeira, 2012).”

3. Conclusão/parecer

Dado que o estudo apresentado cumpre os requisitos exigidos pela CES da ULSAM, no Mod. Q741, emitimos parecer favorável ao solicitado. O tempo de autorização para a colheita de dados é da data desta autorização até ao dia 31 de março de 2022.

Nota: Referências bibliográficas:

Relator(es)	Rosa Olívia Mimoso
Ratificado em reunião do dia	15-12-2021
Enviado parecer: ___/___/___	

15/12/2021

O Presidente da CES


ANTÓNIO RODRIGUES, DR
PRESIDENTE DA CES

Nota: 


Rosa Olívia Mimoso
01.02.2022

ANEXO II: PEDIDO DE AUTORIZAÇÃO PARA A UTILIZAÇÃO DA ESCALA DE
AUTOEFICÁCIA DE BROOME PARA OS EXERCÍCIOS DA MUSCULATURA
PÉLVICA, AOS RESPETIVOS AUTORES

Pedido de autorização da utilização da escala >



Soraia Braga <[redacted]>

ter., 2 de nov. de 2021 22:38



Ex.ma Senhora:

Eu, Marta Soraia da Silva Braga, Enfermeira e Aluna do Mestrado em Enfermagem de Reabilitação, no Instituto Politécnico de Viana do Castelo, venho por este meio, solicitar a autorização para a utilização da Escala de Auto Eficácia de Broome para Exercícios da Musculatura do Pavimento Pélvico, de forma a ser usada no meu estudo de investigação.

Este estudo tem como finalidade contribuir para a gestão da incontinência urinária em doentes pós AVC, através da implementação de um programa de reabilitação.

É meu objetivo obter dados que traduzam ganhos em saúde, no intuito de alertar para a importância da realização destes cuidados na prática continua.

Os dados colhidos serão utilizados para fins académicos e científicos.

Para mais esclarecimentos ou dúvidas, agradeço que me contacte através do meu telefone: [redacted] ou e-mail: [redacted]

Atenciosamente,
Soraia Braga



Your email was read by [one of the recipients](#) 4 meses ago.

[Open in activity dashboard](#)

qua., 19 de jan. 21:21

Pedido de autorização da utilização da escala ▶ Caixa de entrada x



Soraia Braga

Ex.ma Senhora:

Eu, Marta Soraia da Silva Braga, Enfermeira e Aluna do Mestrado em Enfermagem de Reabilitação, no Instituto Politécnico de Viana do Castelo, venho por este meio, solicitar a autorização para a utilização da Escala de Auto Eficácia de Broome para Exercícios da Musculatura do Pavimento Pélvico, de forma a ser usada no meu estudo de investigação.

Este estudo tem como finalidade contribuir para a gestão da incontinência urinária em doentes pós AVC, através da implementação de um programa de reabilitação.

É meu objetivo obter dados que traduzam ganhos em saúde, no intuito de alertar para a importância da realização destes cuidados na prática continua.

Os dados colhidos serão utilizados para fins académicos e científicos.

Reenvio e-mail novamente, por não ter obtido resposta ao e-mail de dia 2 de novembro de 2021. Por questões de tempo, tenho alguma urgência na resposta, pelo que se no prazo de 10 dias não obtiver resposta, irei considerar o meu pedido como aceite.

Para mais esclarecimentos ou dúvidas, agradeço que me contacte através do meu telefone

Atenciosamente,

Soraia Braga



Sender notified by

[Mailtrack](#)

**ANEXO III: ESCALA DE AUTOEFICÁCIA DE BROOME PARA OS EXERCÍCIOS
DA MUSCULATURA PÉLVICA**

**Escala de Auto-Eficácia
de Broome para os Exercícios da Musculatura Pélvica**

Instruções

Este questionário contém duas partes que descrevem diferentes situações relacionadas com a perda involuntária de urina (incontinência). Após cada frase na Parte A, indique o seu nível de confiança relativamente à sua capacidade de execução da actividade. Na Parte B, indique o seu nível de confiança na actividade como medida preventiva da perda involuntária de urina.

Exemplos

Por favor, leia cada frase e pense na situação proposta. Coloque um círculo no número da escala situada na parte lateral da página, que melhor indique o seu nível de confiança na realização de cada uma das seguintes actividades.

Na escala, o zero (0) significa que não se sente minimamente confiante na sua capacidade de executar a actividade, o 100 significa que se sente muito confiante na sua capacidade de executar a actividade (100% de hipóteses de conseguir executar o que lhe é pedido).

Exemplo (Parte A)

Para cada frase, por favor, indique o seu nível de confiança na realização das contracções dos músculos pélvicos para prevenir perda involuntária de urina.

Vamos supor que se sente 80% confiante na sua capacidade de executar as contracções dos músculos pélvicos.

Deste modo, a sua resposta seria 80, pelo que deveria colocar um círculo no número 80.

Qual o seu nível de confiança na sua capacidade de contrair os seus músculos pélvicos 15 vezes como foi ensinado (a)?

Nível de confiança

0 10 20 30 40 50 60 70 **80** 90 100

Seleccione o número da escala que melhor indique o seu nível de confiança

Que nível de confiança sente na sua capacidade de:	Nível de confiança
1. Contrair os seus músculos pélvicos?	0 10 20 30 40 50 60 70 80 90 100
2. Contrair os seus músculos pélvicos três vezes por dia?	0 10 20 30 40 50 60 70 80 90 100
3. Contrair os seus músculos pélvicos quando está deitado(a)?	0 10 20 30 40 50 60 70 80 90 100
4. Contrair os seus músculos pélvicos quando está de pé?	0 10 20 30 40 50 60 70 80 90 100
5. Contrair os seus músculos pélvicos quando está sentado(a)?	0 10 20 30 40 50 60 70 80 90 100
6. Contrair os seus músculos pélvicos sem contrair os seus músculos abdominais?	0 10 20 30 40 50 60 70 80 90 100
7.	
8.	
9. Contrair os seus músculos pélvicos quando está de pé a lavar os dentes no lavatório?	0 10 20 30 40 50 60 70 80 90 100
10. Contrair os seus músculos pélvicos rapidamente?	0 10 20 30 40 50 60 70 80 90 100
11. Contrair os seus músculos pélvicos quando está triste?	0 10 20 30 40 50 60 70 80 90 100
12. Contrair os seus músculos pélvicos enquanto toma duche, após um dia cansativo e muito ocupado?	0 10 20 30 40 50 60 70 80 90 100
13. Contrair os seus músculos pélvicos quando está cansado(a)?	0 10 20 30 40 50 60 70 80 90 100
14. Contrair os seus músculos pélvicos quando acorda de noite com uma forte vontade de urinar?	0 10 20 30 40 50 60 70 80 90 100

Adaptado e validado para a população portuguesa por Ana Marques; Nélia Branquinho; Lina Robalo

Área Disciplinar de Fisioterapia (2006).

Original: BROOME, Barbara. - Development and Testing of a Scale to measure Self-Efficacy for pelvic Muscle Exercises in Women with Urinary Incontinence. Urologic Nursing. Vol. 19, nº 4. (1999), 258-268.

Exemplos

Por favor, leia cada frase e pense na situação proposta. Coloque um círculo no número da escala situada na parte lateral da página, que melhor indique o seu nível de confiança na actividade como sendo medida preventiva da perda involuntária de urina.

Na escala, o zero (0) significa que não se sente minimamente confiante nas actividades como prevenção de perdas involuntárias de urina, o 100 significa que se sente muito confiante na actividade como prevenção de perdas involuntárias de urina.

Exemplo 1 (Parte B)

Parte B: Leia cada frase e pense na situação. Assuma que tem contracções muito eficazes dos músculos pélvicos quando responder a cada questão.

Vamos supor que está 50% confiante em como consegue prevenir perdas involuntárias de urina. Neste caso, a sua resposta seria 50, pelo que deveria colocar um círculo no número 50.

Qual o seu nível de confiança para as contracções dos músculos pélvicos como prevenção de perdas involuntárias de urina?

Nível de confiança

0 10 20 30 40 50 60 70 80 90 100

O zero (0) significa que não se sente confiante nas contracções dos músculos pélvicos como prevenção de perdas involuntárias de urina, o cem (100) significa que se sente muito confiante nas contracções dos músculos pélvicos na prevenção de perdas involuntárias de urina

Qual o seu nível de confiança nas contracções dos músculos pélvicos como prevenção de perdas involuntárias de urina:	Nível de confiança
1. Quando sente uma vontade muito forte de urinar?	0 10 20 30 40 50 60 70 80 90 100
2. Quando espirra?	0 10 20 30 40 50 60 70 80 90 100
3. Quando ri?	0 10 20 30 40 50 60 70 80 90 100
4. Enquanto espera 2 minutos para entrar numa casa de banho?	0 10 20 30 40 50 60 70 80 90 100
5. Enquanto espera 5 minutos para entrar numa casa de banho?	0 10 20 30 40 50 60 70 80 90 100
6. Quando acorda de noite com uma vontade muito forte de urinar?	0 10 20 30 40 50 60 70 80 90 100
7. _____	0 10 20 30 40 50 60 70 80 90 100
8. Quando tosse?	0 10 20 30 40 50 60 70 80 90 100
9. _____	0 10 20 30 40 50 60 70 80 90 100

Nome: _____

Data: _____

Adaptado e Validado para a População Portuguesa por: Ana Marques; Nélia Branquinho; Lina Robalo
Área Disciplinar de Fisioterapia (2006).

Original: BROOME, Barbara. - Development and Testing of a Scale to measure Self-Efficacy for pelvic Muscle Exercises in Women with Urinary Incontinence. Urologic Nursing. Vol. 19, nº 4, (1999), 258-268.

APÊNDICES

APÊNDICE I: PROGRAMA DE REABILITAÇÃO NA GESTÃO DA
INCONTINÊNCIA URINÁRIA

PROGRAMA DE REABILITAÇÃO NA GESTÃO DA INCONTINÊNCIA URINÁRIA

Alterações Comportamentais (24h/dia)		
Gestão hídrica	Reforço da hidratação, cumprindo pelo menos os ml diários recomendados (1,5L)	Diminuição da ingestão hídrica após as 19h
Programação das idas à casa de banho	2/2 horas durante o período diurno: 8h, 10h, 12h, 14h, 16h, 18h, 20h, 22h	4/4 horas durante o período noturno: 2h e 6h (durante as rondas noturnas, de forma a não prejudicar o restauro do sono)

Sessões de exercícios de fortalecimento da musculatura do pavimento pélvico	
<ul style="list-style-type: none">- 1 Sessão de cerca de 20 minutos no turno da manhã;- 1 Sessão de cerca de 20 minutos no turno da tarde;- Incentivo à realização dos exercícios de forma autónoma durante o decorrer do dia.	Realização dos exercícios pela ordem estipulada (deitado, sentado, em posição ortostática), de acordo com a tolerância individual, no intuito de atingir 10 contrações de 10 segundos e 10 contrações de 2 segundos em todos os exercícios.

Número de Repetições	Intervenções	Justificação
Decúbito Dorsal		
-	1) Ensinar, instruir e treinar a dissociação dos tempos respiratórios	Consciencialização e capacidade de controlo da respiração, diminuindo o gasto energético.
-	2) Ensinar e incentivar a adoção da posição de relaxamento	Diminuição da tensão muscular e psíquica, proporcionando relaxamento, no intuito de facilitar a capacidade da utente de controlar a respiração, reduzindo a sobrecarga muscular.
10 x 2'' e 10''	3) Em extensão, contrair os músculos do pavimento pélvico, abdómen e glúteos, fazendo pressão sobre a superfície	Fortalecimento dos músculos do pavimento pélvico, adutores, isquiotibiais e glúteos.
10 x 2'' e 10''	4) Realizar o exercício da ponte no momento da expiração	Fortalecimento dos músculos abdominais transversos, isquiotibiais e glúteos.
10 x 2'' e 10''	5) Realizar o exercício da ponte com contração dos músculos do pavimento pélvico no momento da expiração	Fortalecimento dos músculos abdominais transversos, isquiotibiais e glúteos.
10 x 2'' e 10''	6) Com flexão da anca e do joelho, realizar adução dos membros inferiores pressionando a almofada no momento da expiração, contraindo simultaneamente o abdómen e os glúteos.	Fortalecimento dos músculos do pavimento pélvico, adutores, isquiotibiais e glúteos.

10 x 2'' e 10''	7) Com uma bola de pilates, debaixo dos gêmeos e os joelhos em flexão a 90°. No momento da inspiração a utente deve contrair os glúteos e elevar a região da anca.	Fortalecimento dos músculos abdominais transversos, isquiotibiais, glúteos, adutores da anca e pavimento pélvico.
Sentada		
10 x 2'' e 10''	8) Cruzar os membros inferiores e contrair o pavimento pélvico no momento da expiração.	Fortalecimento do pavimento pélvico, adutores e glúteos.
10 x 2'' e 10''	9) Sentar numa bola de pilates e contrair o pavimento pélvico (se utente com capacidade)	Fortalecimento do pavimento pélvico, adutores e glúteos.
Posição Ortostática		
10 x 2'' e 10''	10) Contração dos músculos do pavimento pélvico em posição ortostática	Fortalecimento do pavimento pélvico e abdominal transversos.
10 x 2'' e 10''	11) Contração do músculo do pavimento pélvico em anteversão da anca no momento da expiração	Fortalecimento do pavimento pélvico e abdominal transversos.
10 x 2'' e 10''	12) Contração do músculo do pavimento pélvico em retroversão da anca no momento da expiração	Fortalecimento do pavimento pélvico e abdominal transversos.

Adaptado: (Chiado, 2019)

APÊNDICE II: QUESTIONÁRIO SOCIODEMOGRÁFICO E CLÍNICO

Participante n° _____

Questionário Sociodemográfico

IDADE _____

ESTADO CIVIL

Casada ou união de facto	
Divorciada ou separada	

Viúva	
Solteira	

Nível de escolaridade

Analfabeta	
1º Ciclo	
2º Ciclo	

3º Ciclo	
Enino Secundário	
Ensino Superior	

Questionário Clínico

IMC

Magreza severa (<16)	
Magreza média (16-16,99)	
Magreza moderada (17,00-18,49)	
Normal (18,50-24,99)	
Pré-obesidade (25,00-29,99)	
Obesidade I (30,00-34,99)	
Obesidade II (35,00-39,99)	
Obesidade III (\geq 40,00)	

TIPO DE AVC

Isquémico	
Isquémico com tradução hemorrágica	
Hemorrágico	

LOCALIZAÇÃO DO AVC

Lobo Frontal	
Lobo Parietal	
Lobo Temporal	
Lobo occipital	

Tronco Cerebral	
Cerebelo	
Sem tradução imagiológica	







PRESENÇA DE DÉFICES

Hemiparesia/ Hemiplegia	
Disartria	
Afasia	
Alterações na marcha e/ou equilíbrio	

ANTECEDENTES PESSOAIS

Diabetes Mellitus Tipo II	
Hipertensão Arterial	
Patologias Cardíacas	
Dislipidemia	
Hábitos Etílicos	
Partos normais	
Cesarianas	

APÊNDICE III: DIÁRIO MICCIONAL

		Hidratação	Volume urina wc	Perdas de urina			Sentiu urgência para urinar?		
Data		Mililitros	Mililitros	1 	2 	3 	1-Não 	2-Pouca 	3-Muita 
	Hora								
	Avaliação								
	Hora								
	Avaliação								
	Hora								
	Avaliação								

Adaptado: (Bártolo, 2019)

Realização de Treinos da Musculatura do Pavimento Pélvico	
Turno	1- Sim 2- Não
Manhã	
Tarde	
Manhã	
Tarde	
Manhã	
Tarde	

APÊNDICE IV: DECLARAÇÃO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Estudo de investigação: “Intervenção do Enfermeiro Especialista em Reabilitação em mulheres com incontinência urinária, após AVC”.

Investigador: Marta Soraia da Silva Braga

Orientação: Professora Doutora Salomé Ferreira

Eu declaro, que compreendi a informação que me foi fornecida, acerca da minha participação nesta investigação. Foi-me dada a oportunidade de fazer questões, a qualquer momento ou sempre que julgue necessário.

Tomei conhecimento dos objetivos, métodos e benefícios previstos. Além disso, foi-me explicado que tenho o direito a desistir a qualquer momento, da minha participação no estudo, sem qualquer tipo de prejuízo.

Foi-me explicado que todos os dados são confidenciais e garantido o anonimato, desta forma aceito participar neste estudo, de forma voluntária, autorizando o uso dos dados recolhidos durante a investigação, permitindo que o investigador tenha acesso a estes.

Compreendo, que os resultados do estudo podem ser publicados em revistas científicas e usados noutras investigações, sem que haja qualquer quebra de confidencialidade.

Desta forma, concordo participar no estudo.

_____ Data ____/____/____

(Assinatura do participante)

_____ Data ____/____/____

(Assinatura da investigadora)

APÊNDICE V: FORMAÇÃO SOBRE HIDRATAÇÃO

PROTÓCOLO DE HIDRATAÇÃO

Medicina 2 Piso 4
9 de Novembro de 2021



Objetivo

- Promover a hidratação como procedimento terapêutico, no intuito de a incluir na rotina diária dos utentes de forma a prevenir a desidratação.

Definições



Hidratação: Reposição de água no organismo, sendo este constituído por 75%. Esta proporção diminui com o avançar da idade;

Desidratação: Quando há uma perda de água superior à sua ingestão. Considera-se estado de desidratação quando o utente apresenta uma perda igual ou superior a 3% do seu peso corporal;

Definições



Balanço Hídrico: Equilíbrio de fluidos no organismo, correspondente à diferença entre a soma de todos os líquidos ingeridos e dos eliminados (incluindo perdas através da respiração e da pele).

O balanço é **positivo**, se as perdas forem inferiores aos líquidos ingeridos; **negativo**, se as perdas forem superiores; e **nulo**, se o volume ingerido e eliminado for igual.

Funções da Água no Organismo

Principal componente do sangue e da linfa.

Participa ativamente nas reações metabólicas e contribui para a eliminação dos resíduos resultantes, através da urina.

É um componente do suco digestivo, participando no processo de digestão e absorção.

Desempenha um papel fundamental na manutenção da temperatura corporal através da sudorese, havendo evaporação da água através da pele, levando ao arrefecimento.

Sinais Clínicos de Desidratação



Complicações



Situações Agravantes

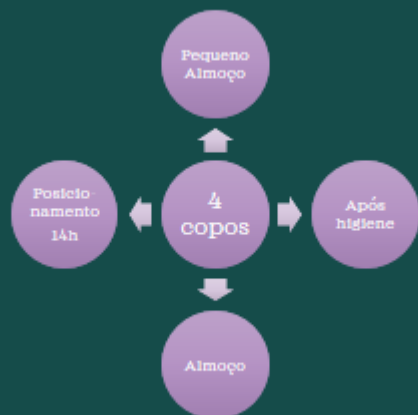


Febre: aumenta a perda de fluidos corporais pela hiper sudorese. Recomenda-se o aumento de 500ml de água por cada grau de febre a cima dos 38°C.

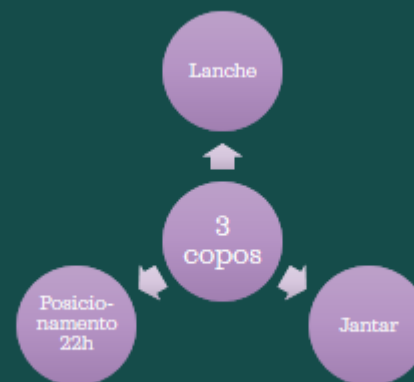
Vômitos e diarreia: a hidratação deve ser feita preferencialmente por via intravenosa.

Doenças neurológicas: no caso de haver alterações na percepção da sede, alterações da mobilidade ou distúrbio, a hidratação deve ser assegurada pelos cuidadores e profissionais de saúde.

Turno da Manhã



Turno da Tarde



Turno da Noite



Hidratação por SNG

Bolus	Contínua
<ul style="list-style-type: none">Seguir as mesmas recomendações para via oral.	<ul style="list-style-type: none">Segundo prescrição clínica.



Momento da Admissão

Avaliar risco de desidratação a todos os utentes;

Condições de Risco de Desidratação	
Febre	Sim Não
Sintomas Intestinais	Sim Não
Diarreia	Sim Não
Vómitos frequentes	Sim Não
Aumento do débito urinário	Sim Não
Baixa ingestão de líquidos	Sim Não

Momento da Admissão

Score ≥ 2 , associar o fenómeno "Risco de Desidratação";

Associar intervenções que visem a resolução da desidratação como: "Gerir Ingestão de líquidos" e associar nota com a quantidade de copos de água administrados ao utente em cada turno;

Associar o fenómeno: "Conhecimento do prestador de cuidados sobre prevenção da desidratação"

Reavaliar o risco de desidratação de 2/2 dias, no turno da manhã, nos utentes que apresentem risco e em SOS para os que não apresentam.

Momento da Admissão

Avaliar a "Desidratação" nos utentes que apresentem um dos seguintes sinais clínicos:

Sinais de Desidratação	
Diminuição da elasticidade da pele	Sim Não
Mucosas secas	Sim Não
Sensação de sede	Sim Não
Diminuição do débito urinário	Sim Não
Urina Concentrada	Sim Não
Abrandamento das membranas	Sim Não

Não aplicável a adultos: seleccionar sempre "Não"

Momento da Admissão

Se o utente apresentar **por menos um destes sinais**, associar fenómeno "Desidratação".

Associar intervenções que visem a resolução da desidratação como: "Administrar líquidos" e "Gerir ingestão de líquidos" e associar uma nota com a quantidade de copos de água administrados;

Associar o fenómeno: "Conhecimento do prestador de cuidados sobre prevenção da desidratação"

Reavaliar a desidratação 1x dia no turno da manhã, nos utentes que apresentem desidratação;

Registar em Notas o aporte de líquidos recomendado, segundo protocolo ou prescrição médica.

Momento da Alta

Se utente apresenta o diagnóstico de enfermagem "Desidratação" no plano de cuidados, reavaliar "Sinais de Desidratação";

Se mantém "Desidratação", manter o diagnóstico e as intervenções inerentes;

Mesmo que demonstrado, manter associado o fenómeno "Conhecimento do prestador de cuidados sobre prevenção da desidratação";

Entregar folheto informativo.

Exceção: Incontinência Urinária



Reduzir a ingestão hídrica 3 horas antes de deitar

Ao Jantar deve ser hidratado apenas até 100ml

APÊNDICE VI: FORMAÇÃO SOBRE O PREGIU



IPVC - ESS
Medicina e Físio

Intervenção do Enfermeiro de Reabilitação em mulheres com incontinência urinária pós AVC



AVC e IU



AVC e IU

Em Portugal, o AVC é considerado a principal causa de morte, apresentando as taxas mais elevadas do mundo. Sendo o número de mortes 129/100.000 habitantes nos homens, e nas mulheres 107/100.000 habitantes (Menotta et al., 2014).

A Incontinência urinária (IU), é uma das consequências do AVC, pois este, pode causar alterações estruturais do cérebro responsáveis pelo controle da micção, comprometendo o sistema urinário (Leandro et al., 2015).

De acordo com a associação portuguesa de urologia (2008) cit in (Ribeiro, Nêné e Sequeira, 2021), sabe-se que em Portugal existem mais de 600 mil pessoas com IU, sendo que apenas 10% procura ajuda.

IU

A IU é caracterizada pela perda involuntária de urina (D'Arcosa et al., 2019) cit in (Ribeiro, Nêné e Sequeira, 2021)

Esta condição afeta as pessoas mais idosas e compromete a sua condição de saúde e qualidade de vida (Falcão, 2013), levando frequentemente a depressão, isolamento social, ansiedade e dificuldades laborais.

Segundo a sociedade Portuguesa de Ginecologia (2018) cit in (Ribeiro, Nêné e Sequeira, 2021) a IU pode ser caracterizada em: esforço, urgência, mista, postural, associada a retenção crónica, oncoses, contínuas, enumerável, social, funcional e multifatorial.

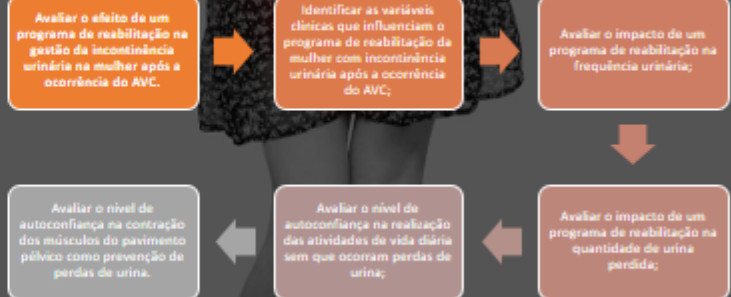
O Papel do Enfermeiro de Reabilitação

A Ordem dos Enfermeiros considera o processo de eliminação como sendo do domínio da intervenção do enfermeiro especialista em enfermagem de reabilitação (Ordem dos Enfermeiros, 2010).

Os programas de reabilitação para a IU devem orientados pelo enfermeiro de reabilitação, usando exercícios específicos para recuperar ou melhorar o controlo e função dos músculos do pavimento pélvico.

O treino destes músculos envolve a contração e relaxamento voluntário repetitivo e seletivo dos músculos do pavimento pélvico, melhorando a força e resistência e a coordenação destes (Ribeiro, Nêlé e Sequeira, 2021).

Objetivos do Estudo



População Alvo: Critérios de inclusão e exclusão

Grupo Experimental II

Realizam exercícios de fortalecimento da musculatura pélvica.

Inclusão

Ser mulher, apresentar incontinência urinária após o diagnóstico de AVC, obedecer a ordens simples, compreender o que lhe é dito, ser capaz de cumprir o plano de hidratação, ter capacidade de realizar os exercícios de fortalecimento da musculatura pélvica propostos.

Exclusão

Incontinência urinária prévia ao AVC, infeções urinárias de repetição, histórico de alterações urológicas, estar alérgica, apresentar prótese de anca.

Intervenções Iniciais

A colheita de dados deve ser iniciada no momento em que o utente acabe o protocolo ou se encontre suficientemente estável para iniciar reabilitação. Deverá cumprir os critérios.

Primeiro deverá ser entregue o consentimento informado para o utente assinar e a informação sobre o estudo.

Deverão ser aplicados os instrumentos: Questionário Sociodemográfico e Clínico e a Escala de Autoeficácia de Broome.

Intervenções Durante o Internamento



Data	retenção	volume urina em	temperatura de urina	Sentiu urgência para urinar?	Realização de Técnica de Mobilização do Músculo Pélvico	
	mililitros	mililitros	1 2 3	1-Não 2-Pouco 3-Muito	Tempo	2-2m 3-10m
18/04/2024						
19/04/2024						
20/04/2024						
21/04/2024						
22/04/2024						

Exercícios

Número de repetições	Intervenção	Justificação
Músculos básicos		
-	1) Orar, respirar e relaxar a duração do tempo estipulado	Consciencialização e aquisição de controlo de respiração, relaxamento global orgânico
-	2) Orar e manter o estado de posição de relaxamento	Propriedade de tensão "relaxar" e sigla proporcionando relaxamento, ao nível de facilitar a aquisição do estado de calma e respiração, relaxando e alongando muscular
10x*	3) Deitar e realizar o exercício de pavimento pélvico, manter o glúteo, fender pouco para cima e respirar	Fortalecimento dos músculos do pavimento pélvico, abdómen, equilíbrio e glúteos
10x*	4) Realizar o exercício de joelho no momento de inspiração	Fortalecimento dos músculos abdominais transversos, quadrilhas e glúteos
10x*	5) Realizar o exercício de joelho com contração do músculo do pavimento pélvico no momento de expiração	Fortalecimento dos músculos abdominais transversos, quadrilhas e glúteos
10x*	6) Contrair o pavimento pélvico, manter sigla de respiração profunda procedendo a umidade no momento de expiração, contrair simultaneamente e abduzir a coxa para cima	Fortalecimento dos músculos do pavimento pélvico, abdómen, equilíbrio e glúteos
10x*	7) Tomar a posição de joelho de glúteos, contrair os músculos abdominais e ar, no momento de expiração, manter fender de joelho (criar o arco)	Fortalecimento dos músculos abdominais transversos, quadrilhas, glúteos, abdómen e coxa (pavimento pélvico)



Exercícios

20x*	
10x*	
5x*	
3x*	
20x*	



Registo dos Exercícios

Data Exercício																				
Defeito	10																			
Atividade	10																			
10 pt	10																			

Escala de Autoeficácia de Broome

Escala de Autoeficácia de Broome para os Exercícios de Fisioterapia Física

Exercícios:
 Este questionário avalia duas partes que descrevem diferentes situações relacionadas com a prática de exercícios de fisioterapia física. Após cada item de item 1 a 10, indique o seu nível de confiança ou capacidade de executar a atividade de maneira adequada. No item 11, indique o seu nível de confiança ou capacidade de executar a atividade de maneira adequada no geral.

Exemplo:
 No item 1, você sabe fazer a parte de atividade proposta. Imagine que você se encontra em uma situação de teste onde se pede para fazer a parte que você sabe fazer e em um nível de confiança ou capacidade de executar a atividade de maneira adequada.

No item 11, você não sabe fazer a parte de atividade proposta. Imagine que você se encontra em uma situação de teste onde se pede para fazer a parte que você sabe fazer e em um nível de confiança ou capacidade de executar a atividade de maneira adequada.

Exemplo 1 (Item 1):
 Você sabe fazer a parte de atividade proposta. Imagine que você se encontra em uma situação de teste onde se pede para fazer a parte que você sabe fazer e em um nível de confiança ou capacidade de executar a atividade de maneira adequada.

Exemplo 2 (Item 11):
 Você não sabe fazer a parte de atividade proposta. Imagine que você se encontra em uma situação de teste onde se pede para fazer a parte que você sabe fazer e em um nível de confiança ou capacidade de executar a atividade de maneira adequada.

Nível de confiança:
 1 = 100% de confiança
 2 = 90% de confiança
 3 = 80% de confiança
 4 = 70% de confiança
 5 = 60% de confiança
 6 = 50% de confiança
 7 = 40% de confiança
 8 = 30% de confiança
 9 = 20% de confiança
 10 = 10% de confiança
 11 = 0% de confiança

Atividade e o nível de confiança que você tem para fazer a atividade:

Item	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11
1. Você sabe fazer a parte de atividade proposta?	100	90	80	70	60	50	40	30	20	10	0
2. Você sabe fazer a parte de atividade proposta que você sabe fazer?	100	90	80	70	60	50	40	30	20	10	0
3. Você sabe fazer a parte de atividade proposta que você não sabe fazer?	100	90	80	70	60	50	40	30	20	10	0
4. Você sabe fazer a parte de atividade proposta que você não sabe fazer?	100	90	80	70	60	50	40	30	20	10	0
5. Você sabe fazer a parte de atividade proposta que você não sabe fazer?	100	90	80	70	60	50	40	30	20	10	0
6. Você sabe fazer a parte de atividade proposta que você não sabe fazer?	100	90	80	70	60	50	40	30	20	10	0
7. Você sabe fazer a parte de atividade proposta que você não sabe fazer?	100	90	80	70	60	50	40	30	20	10	0
8. Você sabe fazer a parte de atividade proposta que você não sabe fazer?	100	90	80	70	60	50	40	30	20	10	0
9. Você sabe fazer a parte de atividade proposta que você não sabe fazer?	100	90	80	70	60	50	40	30	20	10	0
10. Você sabe fazer a parte de atividade proposta que você não sabe fazer?	100	90	80	70	60	50	40	30	20	10	0
11. Você sabe fazer a parte de atividade proposta que você não sabe fazer?	100	90	80	70	60	50	40	30	20	10	0

**Adaptado e validado para a população portuguesa por Ana Marques, Nélia Rodrigues e Ana Rita
 (Instituto de Saúde e Estudos Avançados de Coimbra, ISEC)**
 Original: BROOME, Barbara. "Development and Testing of a Scale to Measure Self-Efficacy for Public Health Exercises in Physical Activity Interventions." *Diabetes Care*, 1994, 17, 10, 1171-1176.

Escala de Autoeficácia de Broome

Exercícios:
 Este questionário avalia duas partes que descrevem diferentes situações relacionadas com a prática de exercícios de fisioterapia física. Após cada item de item 1 a 10, indique o seu nível de confiança ou capacidade de executar a atividade de maneira adequada. No item 11, indique o seu nível de confiança ou capacidade de executar a atividade de maneira adequada no geral.

Exemplo:
 No item 1, você sabe fazer a parte de atividade proposta. Imagine que você se encontra em uma situação de teste onde se pede para fazer a parte que você sabe fazer e em um nível de confiança ou capacidade de executar a atividade de maneira adequada.

No item 11, você não sabe fazer a parte de atividade proposta. Imagine que você se encontra em uma situação de teste onde se pede para fazer a parte que você sabe fazer e em um nível de confiança ou capacidade de executar a atividade de maneira adequada.

Exemplo 1 (Item 1):
 Você sabe fazer a parte de atividade proposta. Imagine que você se encontra em uma situação de teste onde se pede para fazer a parte que você sabe fazer e em um nível de confiança ou capacidade de executar a atividade de maneira adequada.

Exemplo 2 (Item 11):
 Você não sabe fazer a parte de atividade proposta. Imagine que você se encontra em uma situação de teste onde se pede para fazer a parte que você sabe fazer e em um nível de confiança ou capacidade de executar a atividade de maneira adequada.

Nível de confiança:
 1 = 100% de confiança
 2 = 90% de confiança
 3 = 80% de confiança
 4 = 70% de confiança
 5 = 60% de confiança
 6 = 50% de confiança
 7 = 40% de confiança
 8 = 30% de confiança
 9 = 20% de confiança
 10 = 10% de confiança
 11 = 0% de confiança

Atividade e o nível de confiança que você tem para fazer a atividade:

Item	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11
1. Você sabe fazer a parte de atividade proposta?	100	90	80	70	60	50	40	30	20	10	0
2. Você sabe fazer a parte de atividade proposta que você sabe fazer?	100	90	80	70	60	50	40	30	20	10	0
3. Você sabe fazer a parte de atividade proposta que você não sabe fazer?	100	90	80	70	60	50	40	30	20	10	0
4. Você sabe fazer a parte de atividade proposta que você não sabe fazer?	100	90	80	70	60	50	40	30	20	10	0
5. Você sabe fazer a parte de atividade proposta que você não sabe fazer?	100	90	80	70	60	50	40	30	20	10	0
6. Você sabe fazer a parte de atividade proposta que você não sabe fazer?	100	90	80	70	60	50	40	30	20	10	0
7. Você sabe fazer a parte de atividade proposta que você não sabe fazer?	100	90	80	70	60	50	40	30	20	10	0
8. Você sabe fazer a parte de atividade proposta que você não sabe fazer?	100	90	80	70	60	50	40	30	20	10	0
9. Você sabe fazer a parte de atividade proposta que você não sabe fazer?	100	90	80	70	60	50	40	30	20	10	0
10. Você sabe fazer a parte de atividade proposta que você não sabe fazer?	100	90	80	70	60	50	40	30	20	10	0
11. Você sabe fazer a parte de atividade proposta que você não sabe fazer?	100	90	80	70	60	50	40	30	20	10	0

**Adaptado e validado para a população portuguesa por Ana Marques, Nélia Rodrigues e Ana Rita
 (Instituto de Saúde e Estudos Avançados de Coimbra, ISEC)**
 Original: BROOME, Barbara. "Development and Testing of a Scale to Measure Self-Efficacy for Public Health Exercises in Physical Activity Interventions." *Diabetes Care*, 1994, 17, 10, 1171-1176.

Registos SCLínico

Avallar a Incontinência Urinária (1x dia no turno da Manhã)

Associar as intervenções de enfermagem: **Planejar o padrão de eliminação urinária** (2-2 horas durante o dia e de 4-4h durante a noite); **Planejar a ingestão hídrica**; **Providenciar dispositivos**; **Vigiar a eliminação urinária** e **Monitorizar a eliminação urinária**.

Assinalar no quadro as utentes em estudo, mantendo-se no mesmo, se passarem para a medicina.

Intervenções no Momento da Alta

Deverá ser aplicada novamente a Escala de Autoeficácia de Broome.