

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

Mestrado em Enfermagem

Área de especialização | Enfermagem de Reabilitação

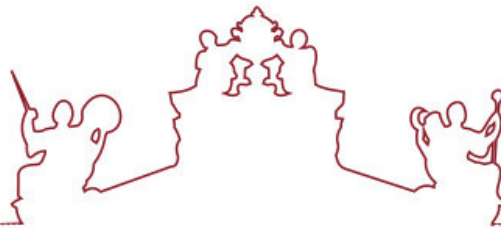
Relatório de Estágio

**Programa de Enfermagem de Reabilitação para a pessoa
com alteração da continência urinária**

Maria Carolina da Horta Cravosa

Orientador(es) | João Vítor da Silva Vieira

Évora 2022



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

Mestrado em Enfermagem

Área de especialização | Enfermagem de Reabilitação

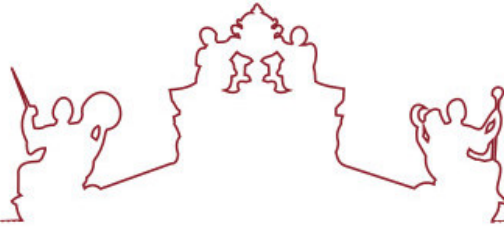
Relatório de Estágio

**Programa de Enfermagem de Reabilitação para a pessoa
com alteração da continência urinária**

Maria Carolina da Horta Cravosa

Orientador(es) | João Vítor da Silva Vieira

Évora 2022



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

Presidente | Adriano Pedro (Universidade de Évora)

Vogais | João Vítor da Silva Vieira (Instituto Politécnico de Beja - Escola Superior de Saúde) (Orientador)
Maria José Bule (Universidade de Évora) (Arguente)

Aos amores da minha vida, os meus filhos, Caetana, pelas horas que tive ausente e Xavier, que ainda está no meu ventre mas que já faz parte de mim.

Ao meu pai e às minhas avós que certamente estarão orgulhosos de mim.

Resumo

Este relatório visa a apresentação pormenorizada do processo de aquisição de competências de enfermagem especializada em contexto de prática clínica.

Apresenta um programa de Enfermagem de Reabilitação para a pessoa com alteração da continência urinária. A incontinência urinária é caracterizada pela perda involuntária de urina e tem uma significativa influência na qualidade de vida da pessoa. O objetivo principal deste estudo foi analisar os benefícios de um programa de reabilitação para a pessoa com alteração da continência urinária.

Conclui-se que o treino dos músculos pélvicos proporciona uma redução da frequência e da quantidade de perda de urina, que se traduz no aumento da autoconfiança para a realização das atividades de vida diárias e no aumento da qualidade de vida.

O presente relatório apresenta ainda uma análise reflexiva sobre a aquisição de competências comuns do enfermeiro especialista, competências específicas do enfermeiro especialista em enfermagem de reabilitação e competências de mestre.

Palavras-chave: enfermagem de reabilitação, incontinência urinária, promoção da continência urinária.

Abstract

Title: Rehabilitation nursing programme for patients with urinary continence disorder

This report aims at presenting the process of developing specialised skills in the context of clinical practice in detail.

It presents a rehabilitation nursing programme for patients with a disorder of urinary continence. Urinary incontinence is characterised by the involuntary loss of urine and has a significant impact in the quality of life of the individual. The main purpose of this study has been to analyse the benefits of a rehabilitation programme for patients with urinary incontinence.

It has been concluded that the training of the pelvic muscles enables a reduction of the frequency and amount of the loss of urine, which brings about a boost in self-confidence for the performance of daily activities and in the quality of life.

This report also presents a reflective analysis on the acquisition of common competences of the specialist nurse, specific competences of the nurse specialist in rehabilitation nursing and master's competences.

Key words: rehabilitation nursing, promotion of urinary continence, urinary incontinence.

Agradecimentos

A realização deste relatório representa o culminar de um longo e, por vezes, difícil caminho, que apenas consegui percorrer com o apoio de algumas pessoas, que partilharam comigo os momentos bons e menos bons.

Agradeço principalmente à minha família, mãe, irmão, cunhada e sobrinho, por todas as vezes que ficaram com a minha filha e por todo o carinho que lhe deram na minha ausência.

Ao António pelo esforço adicional que fez em conciliar a vida familiar e profissional.

Agradeço ao professor João Vitor Vieira, a sua disponibilidade e orientação, que me ajudou a encontrar o rumo certo.

O meu agradecimento vai também para as instituições académicas que fazem parte deste mestrado integrado, que fizeram a diferença pela sua dedicação e comprometimento.

Aos enfermeiros orientadores, agradeço a forma como fui recebida, a motivação, a transmissão de tanto conhecimento e a possibilidade que me deram de partilhar com eles o seu dia-a-dia.

Aos meus “doentes”, que tão generosamente colaboraram e com quem também aprendi o poder da resiliência.

Aos meus colegas, agradeço as mil e uma trocas que fizeram comigo e que só assim foi possível concretizar os ensinamentos clínicos.

Por todo este caminho, pelas experiências partilhadas e apreendidas, sinto que tudo valeu a pena. Muito, muito obrigada!

ÍNDICE

	Pág.
INTRODUÇÃO	13
1. INCONTINÊNCIA URINÁRIA	18
1.1. Neurofisiologia da micção	18
1.2. Fisiopatologia da incontinência urinária	21
1.3. Tipos de incontinência urinária	23
1.4. Avaliação da pessoa com alteração da continência urinária	26
2. ENQUADRAMENTO CONCEPTUAL	32
2.1. A pessoa com alteração da continência urinária	32
2.2. A intervenção do enfermeiro de reabilitação na pessoa com alteração da continência urinária	36
3. TEORIA DE DOROTHEA OREM	42
3.1. Enquadramento da teoria com o programa de reabilitação	47
4. PROGRAMA DE REABILITAÇÃO PARA A PESSOA COM ALTERAÇÃO DA CONTINÊNCIA URINÁRIA	51
4.1. Objetivos	51
4.2. Tipo de estudo	52
4.3. População e amostra	53
4.4. Procedimento para a recolha de dados	54
4.5. Instrumentos de recolha de dados	55
4.6. Tratamento e análise de dados	59
4.7. Discussão de resultados	67
4.8. Considerações finais relativas à implementação do programa	76
5. Análise reflexiva sobre as competências adquiridas	83
5.1. Competências comuns ao enfermeiro especialista	85
5.2. Competências específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação	95
5.3. Competências de mestre	99
CONCLUSÃO	103
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	105
APÊNDICES	CXVI
ANEXOS	CXXXV

ÍNDICE DE APÊNDICES

	Pág.
Apêndice A: Declaração de Consentimento Informado, Livre e Esclarecido	CXVII
Apêndice B: Caracterização do participante	CXX
Apêndice C: Registo de parâmetros biofisiológicos	CXXII
Apêndice D: História de enfermagem para a incontinência urinária	CXXIV
Apêndice E: Diário miccional	CXXVII
Apêndice F: Ensino ao participante dos exercícios de fortalecimento da musculatura do pavimento pélvico	CXXIX
Apêndice G: Escala de Níveis de Funcionamento Cognitivo Racho los Amigos	CXXXII

ÍNDICE DE ANEXOS

	Pág.
Anexo A: Declaração de aceitação da Conselho Científico da Universidade de Évora	CXXXVI
Anexo B: International Consultation on Incontinence Questionnaire – Short Form	CXXXVIII
Anexo C: Escala de auto-eficácia de Broome para os exercícios da musculatura pélvica	CXL

ÍNDICE DE FIGURAS

	Pág.
Figura nº 1: Esquema da neurofisiologia da micção	20
Figura nº 2: Teoria do Défice do Autocuidado	46

ÍNDICE DE QUADROS

	Pág.
Quadro nº 1: Tipos de incontinência urinária	24
Quadro nº 2: Caracterização da idade dos participantes	59
Quadro nº 3: Caracterização dos participantes	60
Quadro nº 4: Caracterização da avaliação dos parâmetros biofisiológicos	61
Quadro nº 5: Características da incontinência urinária	62
Quadro nº 6: História gênito-urinária	64
Quadro nº 7: Interferência da IU nas atividades de vida	64
Quadro nº 8: Impacto da IU na qualidade de vida	65
Quadro nº 9: Episódios de IU antes e após a aplicação do programa de reabilitação	65
Quadro nº 10: Resultados da aplicação da escala Rancho los Amigos	66
Quadro nº 11: Comparação dos valores de α Cronbach para o estudo de Tamanini et al. (2007) e do presente estudo para a escala ICIQ-SF	67
Quadro nº 12: Resultados da aplicação do ICIQ-SF	67
Quadro nº 13: Comparação dos valores de α Cronbach para o estudo de Branquinho et., (2007) e do presente estudo para a escala de Autoeficácia de Broome	68
Quadro nº 14: Resultados da aplicação da escala de Autoeficácia de Broome para a musculatura do pavimento pélvico	68

LISTAGEM DE SIGLAS E ABREVIATURAS

Aval. – avaliação

bpm – batimentos por minuto

cpm – ciclos por minuto

CR – Ciclo respiratório

EEER – Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação

ER – Enfermagem de Reabilitação

GC – glicemia capilar

ICIQ-SF – Internacional Consultation on Incontinence Questionnaire – Short Form

ICS – Internacional Continence Society

ICUD – International Consultation on Urological Diseases

IU – Incontinência urinária

mg/dl – miligrama por decilitro

mmHg – milímetros de mercúrio

NA – não aplicado

°C – graus Celsius

OE – Ordem dos Enfermeiros

OMS – Organização Mundial de Saúde

PQCR – Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem

SpO₂ – saturação periférica de oxigênio

TA – Tensão arterial

Temp. – Temperatura

INTRODUÇÃO

No âmbito do Curso de Mestrado em Enfermagem, na área de especialização de Enfermagem de Reabilitação (ER), pela Universidade de Évora e pelas Escolas Superiores de Saúde dos Institutos Politécnicos de Beja, Castelo Branco, Portalegre e Setúbal, foi desenvolvido um Relatório referente aos estágios empreendidos, no qual consta também o projeto de intervenção desenvolvido na unidade de cuidados que acolheu o estágio.

O Relatório inclui ainda uma análise reflexiva sobre a aquisição e desenvolvimento de competências, nomeadamente e especificamente as competências comuns ao enfermeiro especialista, as competências específicas ao enfermeiro especialista em enfermagem de reabilitação (EEER) e as competências de mestre, sendo relevante salientar, desde já, que o projeto de intervenção, conjuntamente com as intervenções desenvolvidas ao longo do Estágio em Enfermagem de Reabilitação e do Estágio Final, proporcionaram as condições consideradas ideais ao desenvolvimento das respetivas competências.

No presente documento expõe-se o desenvolvimento de um projeto de intervenção relacionado com uma problemática específica, a saber: a alteração da continência urinária. Trata-se de uma problemática diretamente relacionada com as intervenções do EEER, sendo que se intentou investigar e compreender se as intervenções do enfermeiro de reabilitação permitem reverter ou pelo menos minimizar a referida alteração, a qual está diretamente relacionada com a necessidade humana básica de eliminação e cuja incidência tende a interferir significativamente ao nível da autonomia e no domínio da interação social.

É de referir que a opção pela temática supracitada redonda não somente ao interesse pessoal, mas assentou na perceção – alicerçada na experiência – da necessidade de desenvolver competências no horizonte desta problemática que se revela bastante comum, com vista a colmatar algumas lacunas e, tanto quanto possível, premiar mecanismos e intervenções que favoreçam a minimização do problema da alteração da continência urinária.

Ora, a incontinência urinária (IU) é, para a Direção Geral da Saúde (2016), uma situação patológica em que existe incapacidade de armazenar e controlar a saída de urina. A sua grande

característica é a perda involuntária de urina, sendo que esta pode ser muito variada, desde pequenas e ocasionais perdas, até perdas graves e frequentes.

De acordo com a Internacional Continence Society (ICS), para além de ser um problema de saúde, a IU é encarada como um problema de higiene, sendo uma situação com reflexo tanto a nível pessoal, como social. Sendo uma problemática do foro íntimo, a IU é ainda muitas vezes vista como um assunto tabu, o que acaba por influenciar a vida da pessoa nos mais variados contextos: pessoal, familiar, social e laboral (ICS, 2004).

É de referir que, segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS), a IU é um problema que, em todo o mundo, afeta mais de 200 milhões de pessoas, sendo por isso considerado um problema de saúde pública (Serviço de Higiene e Epidemiologia da Faculdade de Medicina da Universidade do Porto, 2008).

Segundo a Associação Portuguesa de Urologia (2018), estima-se que em Portugal existam mais de 600 mil pessoas com IU, mas apenas cerca de 10% recorre a ajuda especializada.

Por sua vez, segundo o Instituto Nacional de Estatística (2016), no total da população residente em Portugal no ano de 2014 e com idade a partir dos 15 anos, verifica-se uma taxa de incidência de IU 7,3%. Os dados apontam ainda que a prevalência de IU aumenta com a idade e as comorbilidades, que muito embora a problemática também afete o sexo masculino, é especialmente predominante no sexo feminino, mostrando-se a situação urológica mais comum no idoso.

Segundo um estudo realizado pelo Serviço de Higiene e Epidemiologia da Faculdade de Medicina da Universidade do Porto (2008), um em cada cinco portugueses com mais de 40 anos sofre de algum tipo de IU. Este estudo revela ainda que esta problemática afeta sobretudo as mulheres, sendo que as mulheres apresentam uma taxa de prevalência de 21,4% e os homens uma taxa de 7,6%. Verifica-se que no sexo feminino a faixa etária mais afetada é entre os 60 e os 79 anos de idade. No estudo efetuado, verifica-se ainda que, contrariamente ao que se poderia presumir, 18 % das mulheres com idades entre os 40 e os 59 anos de idade também padecem deste problema. Por sua vez, no que diz respeito ao sexo masculino, os indivíduos mais afetados situam-se numa faixa etária superior aos 80 anos e a prevalência do problema ronda os 21,6%.

Ora, uma das ilações retiradas deste estudo que acabamos de referenciar é a tendencial atribuição de menor importância ao problema, nomeadamente decorrente do pressuposto de que tal problema será resultante da idade – uma visão que facilmente se dissemina tendo em conta que, no âmbito do estudo supracitado, apenas 4,9% dos indivíduos possuía declaração de diagnóstico; sendo ainda de realçar que o estudo permitiu aferir que a diferença entre a prevalência da incontinência e o número de diagnosticados se deve ao constrangimento em reportar a situação.

É de referir que a ER integra um conjunto de conhecimentos e procedimentos que permitem ajudar pessoas com doenças agudas, crónicas ou com sequelas – e pretende maximizar a sua funcionalidade e independência. Enquanto tal, a ER apresenta como objetivos gerais melhorar a função, promover a independência e a satisfação da pessoa, preservando a sua autoestima (Regulamento n.º 392/2019, 2019).

Pires (2011) apresenta os processos de eliminação como sendo algo que pertence ao domínio da ER. Segundo a prestação de cuidados de enfermagem de reabilitação a pessoas com alteração da continência urinária deve ser encarada como uma prioridade, sendo os resultados daí provenientes bastante promissores.

Por sua vez, o EEER tem a competência de conceber, implementar e monitorizar programas que tenham como objetivo desenvolver ações que permitam a manutenção das capacidades, que previnam complicações e ainda que ajudem a evitar a incapacidade. As intervenções do EEER têm ainda como objetivo manter as funções residuais, pretendendo-se a manutenção ou recuperação da independência e a redução do impacto das incapacidades adquiridas (Regulamento n.º 392/2019, 2019).

Importará mencionar que a Enfermagem de Reabilitação desempenha um papel primordial para a redução do impacto da IU. As estratégias desenvolvidas pelo EEER recaem essencialmente em estratégias do foro comportamental, ou seja, estratégias que privilegiem mudanças comportamentais, e ainda em estratégias que premeiem um treino dos músculos de pavimento pélvico e uma reeducação da bexiga (Dumoulin et al., 2018). Está demonstrado que, para além da redução da IU, o EEER também tem um papel fundamental na promoção da autoestima, da autoeficácia, do bem-estar e da qualidade de vida da pessoa. Entende-se por autoeficácia, a participação ativa da pessoa acometida por uma determinada situação (Branquinho et al, 2007).

Ora, o projeto de intervenção que nos ocupa teve como objetivo geral analisar os benefícios de um programa de reabilitação para a pessoa com alteração da continência urinária. Por sua vez, os objetivos específicos delineados para este programa foram os seguintes: Compreender as intervenções do EEER junto da pessoa com incontinência urinária e dos seus familiares/cuidadores; avaliar a pessoa com necessidade de implementação de um programa de reeducação funcional motora para a promoção do autocontrolo da continência urinária; planejar os cuidados de enfermagem de reabilitação, integrando-os numa perspetiva de individualidade, tendo em conta o diagnóstico clínico, os antecedentes pessoais, os diagnósticos de enfermagem de reabilitação definidos, as limitações e as contra-indicações da pessoa com necessidade de promoção do autocontrolo urinário; adequar e individualizar as técnicas de autocontrolo urinário para as necessidades e objetivos da pessoa; promover técnicas comportamentais para a reeducação da eliminação vesical; avaliar o impacto da implementação das técnicas comportamentais; prestar cuidados especializados de enfermagem de reabilitação à pessoa com incontinência urinária, tendo por base a evidência científica mais atual e utilizando a metodologia do processo de enfermagem; executar intervenções especializadas de enfermagem de reabilitação com vista à maximização da funcionalidade e das capacidades da pessoa/família/cuidador, contribuindo para a sua reintegração na comunidade; e, por fim, analisar o processo de aprendizagem realizado, com vista à aquisição e desenvolvimento de competências.

A aplicação deste projeto de intervenção pretendeu ainda, através da implementação de um programa de ER para a pessoa com alteração da continência urinária, obter dados que reflitam efetivos ganhos em termos de saúde, ao mesmo tempo que auspiciou alertar para a importância da realização de estudos no horizonte da temática que nos ocupa e chamar a atenção para a magnitude e relevância dos cuidados de enfermagem neste domínio.

Este projeto foi desenvolvido e aplicado a uma população que se encontrava no nível de cuidados terciários, ou seja, as intervenções visam são decorrentes de uma avaliação efetuada por uma equipa multidisciplinar e são centradas no processo de recuperação e da diminuição do défice do autocuidado, promovendo-se então a autonomia e melhorando a sua funcionalidade, através da reabilitação, readaptação e da reinserção a nível familiar e social.

O presente relatório encontra-se dividido em cinco capítulos, organizados e elaborados de forma a conseguir dar resposta às prerrogativas do estudo que a temática envolve: O primeiro capítulo faz referência à fisiopatologia da IU, propondo uma descrição dos vários tipos

de IU e dos tratamentos possíveis para os mesmos; no segundo capítulo, propõe-se um enquadramento conceptual, delineando uma abordagem à situação da pessoa com alteração da continência urinária e expondo as intervenções do ER à pessoa com alteração da continência urinária, nomeadamente as intervenções que visam alterações comportamentais; o terceiro capítulo esclarece o referencial teórico selecionado como suporte para este projeto de intervenção – a Teoria do Défice de Autocuidado de Enfermagem, de Dorothea Orem; o quarto capítulo fará referência ao desenvolvimento e aplicação do projeto, aos objetivos e ao tipo de estudo, à caracterização da população-alvo, às intervenções profissionais, aos instrumentos de avaliação utilizados, aos dados recolhidos e discussão dos mesmos, tendo por base a mais recente evidência científica; por fim, no quinto capítulo, propõe-se uma análise reflexiva das intervenções realizadas para a aquisição das competências comuns ao enfermeiro especialista, das competências específicas ao enfermeiro especialista em enfermagem de reabilitação e de mestre. Apresentar-se-á, no final, uma conclusão em forma de resumo de todo o itinerário do estudo e das principais ilações que este permitiu recolher e aferir.

Quanto aos objetivos do presente relatório delinearam-se os seguintes: analisar e refletir as competências do EEER adquiridas ao longo do ensino clínico, nos três contextos da prática profissional.

O presente relatório visa contribuir para a compreensão da problemática em questão – do ponto de vista da sua caracterização e da identificação das intervenções que premeiam o seu melhor acompanhamento, sendo que, nestes termos, pretende proceder à apresentação do enquadramento teórico e concetual que a temática envolve e garantir a descrição do método de investigação adotado, em benefício do esclarecimento das ilações que a pesquisa empreendida justificou.

O relatório foi redigido respeitando as normas da 7.^a edição da American Psychological Association (2020) para a referenciação bibliográfica e para a formatação do documento, com pontuais exceções relativas à formatação por orientação do professor orientador.

1. INCONTINÊNCIA URINÁRIA

1.1. Neurofisiologia da micção

A micção assume-se como um processo simples, espontâneo e que é efetuado quase inconscientemente, porém, importa referir que é um processo que envolve múltiplas interações neurológicas, sendo que a capacidade de urinar voluntariamente surge por volta dos 2-3 anos de idade, quando a influência provocada pela protuberância e pelo cérebro nos reflexos de micção começam a manifestar-se (Seeley et al., 2007).

Sabemos que a bexiga e a uretra têm entre si uma estreita ligação anatómica e funcional – condição basilar e primordial para que o sistema urinário funcione em plenitude, mas o pleno funcionamento do sistema urinário depende do perfeito equilíbrio e funcionamento entre a bexiga, a uretra, o sistema nervoso central, o sistema nervoso simpático, o sistema nervoso parassimpático e o sistema somático (Levy & Oliveira, 2004).

Ora, o sistema urinário é composto pelos rins, bexiga, ureteres e uretra. A função principal dos rins consiste em filtrar o sangue, conseqüentemente proceder à excreção de substâncias e efetuar a produção de urina que posteriormente é transferida pelos ureteres até um reservatório – a bexiga. A bexiga é um órgão reservatório, oco e é composto pelo corpo e pelo trígono. Do corpo da bexiga faz parte o detrusor e várias camadas de músculo liso. O trígono, como o próprio nome indica, assume uma forma triangular vizinha ao colo vesical, por onde passam os ureteres e a uretra. O colo vesical tem, em média, cerca de 2 a 3 centímetros de comprimento e faz parte da uretra posterior. O esfíncter interno é formado pelos músculos desta região e a uretra posterior transpõe os músculos perineais profundos e, conjuntamente com o urogenital, formam o esfíncter externo. Ora, o funcionamento do esfíncter externo dá-se de uma forma voluntária, contrariamente ao funcionamento do corpo e do colo vesical que se dá de forma involuntária; e é precisamente na natureza voluntária do funcionamento do esfíncter externo que radica o controlo do ato de urinar, sendo importante referir ainda que também os músculos do pavimento pélvico, que dão suporte à bexiga e a próstata, interferem no mecanismo da continência urinária (Potter et al., 2009).

O trato urinário inferior é inervado por fibras do sistema simpático, do sistema parassimpático e do sistema somático. Os nervos do sistema parassimpático, via nervos pélvicos, são os responsáveis pela inervação motora da bexiga e conseqüentemente interferem na sua contração. A origem destes ramos dá-se a nível de S2-S4, juntamente com os nervos pré-ganglionares, que têm origem na medula sagrada e possuem sinapses com os nervos pós-ganglionares na parede da bexiga. É pela libertação de acetilcolina que as fibras parassimpáticas atuam sobre os ureteres e a urina migra dos rins para a bexiga, causando a contração do detrusor e daí decorrendo o esvaziamento da bexiga e a abertura do esfíncter interno (Seeley et al., 2007; Pires, 2011).

O armazenamento de urina na bexiga é controlado pelos nervos simpáticos, que interferem na contração do colo vesical e da uretra. Por sua vez, estas fibras, via hipogastro, têm origem medular entre D12-L2. Os nervos pré-ganglionares sinapsam com os nervos pós-ganglionares a nível do mesentérico inferior e do hipogastro e dirigem-se para a uretra proximal e colo vesical. Quando estimulados, existe libertação de noradrenalina e, por conseguinte, os ureteres reduzem a velocidade de transporte de urina, o que conduz ao relaxamento de detrusor e contração do esfíncter interno (Pires, 2011).

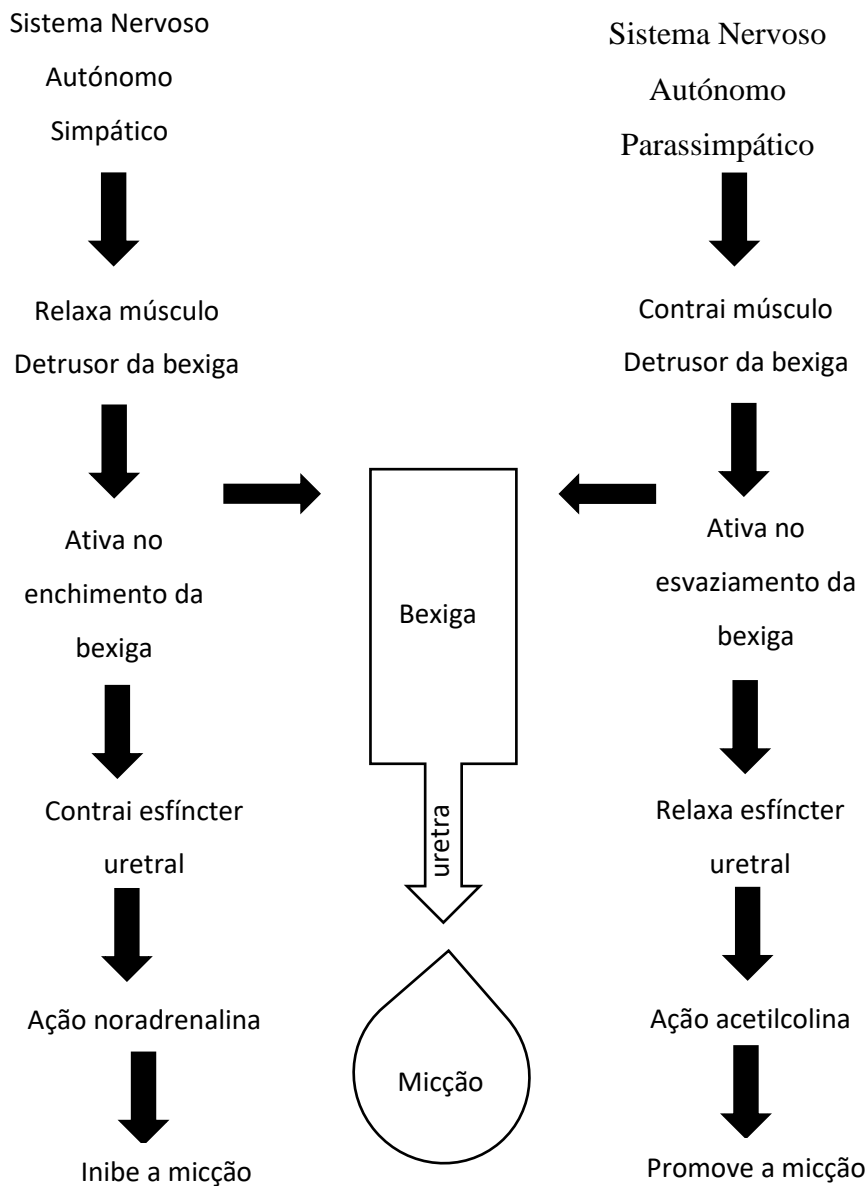
A inervação somática é realizada por fibras eferentes/motoras e aferentes/sensoriais. As fibras eferentes, responsáveis pela libertação de acetilcolina, prolongam-se pelo nervo podendo prolongar-se até ao esfíncter externo e até aos músculos pélvicos. As fibras aferentes têm origem na bexiga e recebem estímulos durante o enchimento da mesma, pelos mecanorreceptores que existem no detrusor, provocando impulsos que se dirigem ao centro sagrado da micção, sendo que outros estímulos são enviados ao cérebro através do feixe espinotalâmico (Potter et al., 2009; Pires, 2011).

O reflexo da micção é desencadeado por um arco reflexo completo, em que são enviados estímulos sensoriais, desde a bexiga até medula espinal. Através da ação voluntária do córtex frontal, a protuberância gere a relaxamento de esfíncter uretral e a contração do detrusor (Pires, 2011).

Durante o ato de micção, verifica-se a estimulação do sistema parassimpático e a inibição do sistema simpático, sendo que, quando ocorre a contração do detrusor e o relaxamento do corpo vesical, do esfíncter interno e externo, tal processo acontece graças ao controlo segmentar da micção, que inclui os arcos parassimpático, simpático e somático e o

controle supra-segmentar, que representa um papel crucial na coordenação da atividade muscular do corpo de bexiga e na abertura/relaxamentos dos esfíncteres. Enquanto tal, percebem-se reunidas as condições para que, aquando da contração do corpo da bexiga, ocorra simultaneamente o relaxamento dos esfíncteres e, por conseguinte, tenha lugar o ato de micção (Levy & Oliveira, 2004).

Figura 1: Esquema da neurofisiologia da micção



Durante o processo de enchimento da bexiga tem de se verificar uma pressão intra-uretral que supere a pressão intravesical e o inverso no processo de esvaziamento. Para que o

fenómeno de continência urinária ocorra, a pressão intra-uretral tem de ser superior à pressão intravesical (Pires, 2011).

A micção envolve as seguintes fases: enchimento, armazenamento, contração e esvaziamento (Potter et al, 2009). Na fase de enchimento, a pressão intravesical aumenta progressivamente, sendo que os esfíncteres uretrais e os músculos do pavimento pélvico mantêm a continência. O reflexo da micção vai ser desencadeado quando a parede vesical se encontra distendida, o que acontece por volta dos 200-300 ml de volume. A consciência da vontade de urinar deve-se, portanto, ao enchimento da bexiga e o início do ato de urinar comporta uma sincronização do sistema nervoso, dos músculos da bexiga, esfíncteres e pavimento pélvico (Seeley et al., 2007).

1.2. Fisiopatologia da incontinência urinária

Como já referido no âmbito da introdução, a IU causa fortes impactos e alterações a nível físico, sexual, psicológico, social e económico, não só na pessoa como também na família/cuidador.

Múltiplos estudos estabelecem uma diferença entre IU transitória e instalada. A IU transitória refere-se a uma situação aguda e o seu início é súbito, estando normalmente relacionada com episódios cirúrgicos ou com alguma situação médica, estando em condições de ser solucionada quando a causa é resolvida. Por sua vez, a IU instalada refere-se a uma situação com início que pode ser súbito ou gradual e pode não se conseguir identificar a sua causa (Pires, 2011).

Para que possamos compreender e clarificar a problemática da incontinência (nomeadamente nas suas diversas modalidades), importará reconhecer os aspetos que concorrem para a continência urinária e descortinar fragilidades que poderão comprometer o processo. A continência urinária é o resultado de uma simbiose entre sistema neurológico e urinário, mas também está intimamente dependente da contração dos músculos pélvicos e das fibras estriadas peri-uretrais, conhecidas por músculos do pavimento pélvico (Seeley et al., 2007).

A cognição e o controlo motor estão profundamente relacionados. A falta mobilidade relaciona-se quase sempre com problemas motores ou neurológicos e não por falta de intenção. É por isso que os processos cognitivos são essenciais para o controle motor e desempenham um importante papel nas atividades de vida diárias e nas atividades instrumentais de vida diária (Kalsait et al., 2017).

Importa referir que o controlo miccional é diretamente influenciado por uma atividade neurológica normal, sendo que este controlo recebe ainda influência do que foi socialmente apreendido e do consciente, de tal forma que a pessoa irá efetuar o ato de urinar apenas em local próprio, através de mecanismos facilitadores e inibidores; sendo ainda de realçar que a sensação de distensão vesical é transmitida através da medula até ao córtex cerebral, tornando-se uma vontade consciente.

Existem, porém, determinadas alterações que impedem que o processo supracitado tenha lugar, como sucede no caso de algumas doenças neurológicas, que podem causar hiperreflexia do detrusor ou disfunções neuro-urodinâmicas (Stevens, 2011). Quando há disfunções neurológicas que interferem nas fibras sensitivas, motoras ou até na própria medula, verificamos um impacto no arco reflexo e a disfunção do esfíncter está intimamente relacionado com o nível da lesão (Stevens, 2011).

Para além das alterações de cariz neurológico, outros fatores surgem descritos como causadores de incontinência urinária, podendo destacar-se a idade e sexo. A este respeito, importará considerar, por exemplo, no que diz respeito às mulheres, que a influência de aspetos como sejam a idade, o peso, os antecedentes ginecológicos e obstétricos, a menopausa, podem provocar alguma flacidez dos músculos pélvicos e da vagina, comprometendo-se, eventualmente, o normal funcionamento da uretra, a propagação de informação neurológica que coordena o funcionamento vesico-esfincteriano, levando a que a bexiga fique instável durante a fase de enchimento e daí possa advir IU (Forte, 2011).

Por sua vez, e ainda relativamente à influência de fatores como a idade e o sexo, importará esclarecer que, muito embora o avançar da idade não seja, por si só, causador de IU, inevitavelmente acarreta uma maior probabilidade de surgirem comorbilidades causadores de IU. Com o envelhecimento surgem tendencialmente alterações como sejam a diminuição da capacidade de retardar o ato de urinar, o aumento da frequência urinária ao longo do dia, a redução da capacidade de contração do detrusor, o aumento do volume residual e o aumento

de produção de urina durante o período noturno (Doughty, 2006). Também diretamente relacionado com o envelhecimento – e especificamente no que diz respeito aos homens – verifica-se o aumento do volume prostático, levando a uma obstrução na passagem de urina, sendo que o não esvaziamento completo de urina, a cada micção, leva a que surja um aumento da frequência urinária e da sensação de esvaziamento vesical incompleto. Por outro lado, no que diz respeito às mulheres, verifica-se uma atrofia urológica e genital, que leva a um aumento da frequência e da urgência urinária, disúria, IU de esforço ou uma IU mista (Doughty, 2006).

Para além do que já foi exposto, importará ainda referir que os principais sintomas causados pelos transtornos do trato urinário inferior surgem essencialmente durante a fase de armazenamento, micção e pós-micção, sendo que tais sintomas são mais frequentes com o envelhecimento (Forte, 2011).

No decurso do que temos vindo a explicitar e no encaminhamento do que se pretende analisar de seguida, avista-se importante frisar que a continência urinária depende não só da plenitude do funcionamento da bexiga e uretra, como da integridade do sistema nervoso que controla toda a função voluntária.

1.3. Tipos de incontinência urinária

Ao longo da elaboração deste relatório e em busca da mais consistente e recente evidência científica, tornou-se evidente que os vários autores de renome na matéria em discussão concordam na diferenciação de tipos de IU, propondo a distinção entre a IU transitória e a IU instalada. Ora, como já explicitado anteriormente, a IU transitória refere-se a uma situação aguda e o seu início é súbito, estando normalmente relacionada com episódios cirúrgicos ou com alguma situação médica, caracterizando-se ainda pelo facto de estar em condições de ser erradicada quando a causa é tratada. Por sua vez, a IU instalada refere-se a uma situação com início que pode ser súbito ou gradual e pode não se conseguir identificar a causa da incontinência (Pires, 2011).

No âmbito do estudo que nos ocupa, iremos focar-nos na Incontinência Instalada e proceder à análise dos seus diferentes tipos, sendo que, enquanto tal, importará esclarecer, antes de mais, que esta modalidade da incontinência é caracterizada por se perpetuar ao longo do tempo, estando diretamente associada a algum fator neurológico, muscular ou ambos. Ora, a ICS refere três tipos de incontinência instalada: esforço/stress, urgência e mista (Abram et al., 2010). Outros autores referem ainda a incontinência funcional, postural, enurese noturna, incontinência urinária contínua, coital, insensível, multifactorial e associada a uma retenção crónica de urina.

Quadro 1: Tipos de incontinência

Tipo de incontinência	Características	Causa
Esforço/Stress	Perda involuntária de urina devido ao aumento da pressão intravesical, excedendo a pressão uretral. Ausência de contração do detrusor. Pequenas perdas de urina quando existe aumento da pressão intra-abdominal.	Tosse, espirros, levantamento de pesos, flexão do tronco.
Urgência	Perda involuntária de urina quando existe uma forte vontade de esvaziar a bexiga. Hiperatividade de contração do detrusor. A pessoa perde entre média e grandes quantidades de urina e não consegue controlar a perda de urina antes chegar a local próprio.	Causa motora: hiperatividade da função do detrusor. Causa sensitiva: associada a hipersensibilidade
Mista	Perda involuntária de urina associada a esforço, mas também ocorre aquando de	Consiste numa associação de incontinência de esforço e urgência urinária

	urgência urinária. Acontece pelo aumento da pressão intra-abdominal com a atividade do detrusor aumentada.	
--	--	--

Adaptado de: Abrams et al., 2010; Redol & Rocha, 2017

No âmbito da problemática que nos ocupa, importará ainda atender à possibilidade de IU de etiologia neurogénica que é resultante de lesões neuropatológicas ocorridas ao nível do sistema nervoso central, que de acordo com a localização da lesão dará origem a um tipo IU. A bexiga neurogénica surge quando se interrompe (ou existe um funcionamento deficiente) do feixe cortirregulador do centro supraespinal que regula a micção, sendo que, nesta situação, é comum a presença de contrações desinibidas, muito embora, normalmente, a bexiga esvazie completamente, sem que prevaleçam volumes de urina residual. Sucede que o reflexo de micção permanece intacto, sendo que a sensibilidade e o reflexo bulbocavernoso também não sofrem alterações (Pires, 2011).

A bexiga neurogénica reflexa constitui uma disfunção que sucede quando os feixes sensoriais e motores da medula espinal na região acima do cone medular – responsáveis pelo envio de informação entre a bexiga e o centro-espinal – são interrompidos. Sucede que deixa de existir a sensação de bexiga cheia e deixa de haver micção voluntária. O reflexo bulbocavernoso mostra-se hiperativo e se o arco reflexo for estimulado e se as contrações do detrusor e do esfíncter forem coordenadas, ocorre micção espontânea. É de referir que, se as contrações forem descoordenadas, a pressão que ocorre na parede da bexiga aumenta e, cada vez que o detrusor contrai, verifica-se o aumento da resistência ao fluxo de saída, existindo pressões intravesicais elevadas, grandes volumes residuais e esvaziamento vesical incompleto (Pires, 2011).

No que diz respeito à bexiga neurogénica autónoma, importará clarificar que esta se caracteriza por uma disfunção em que a sensibilidade e o controlo motor estão ausentes, sendo que o reflexo bulbocavernoso está ausente ou hipoativo. Sucede que se verifica uma lesão na causa equina que condiciona o arco reflexo, existindo uma descontinuidade das vias responsáveis pela transmissão de impulsos sensoriais da bexiga para a medula espinal, bem como dos impulsos motores da medula espinal para o detrusor e esfíncter externo. A micção

torna-se, então, involuntária e ocorre quando os volumes de urina ultrapassam a capacidade de reserva da bexiga. Nesta disfunção não existem contrações desinibidas, existe diminuição da pressão intravesical e surge a presença de urina residual (Pires, 2011).

1.4. Avaliação da pessoa com alteração da continência urinária

Importará referir que a avaliação da IU deve compreender as definições citadas anteriormente, sendo fundamental proceder à identificação de causas e sintomas, recorrer a uma anamnese, a um exame físico e a meios complementares de diagnóstico, de forma a que qualquer avaliação ou diagnóstico seja corroborado e confirmado objetivamente. Por sua vez, o tratamento vai depender de vários fatores, como sejam o tipo de IU, as causas e a definição de objetivos tangíveis.

Avista-se de suma importância perceber se se trata de uma condição aguda/transitória ou uma situação crónica/instalada – do ponto de vista do diagnóstico e com vista a garantir a terapêutica adequada.

Ora, convém realçar que a IU ainda está sujeita a estigma social, o que pode deixar a pessoa que sofre da patologia comprometida face à missiva de comunicar o assunto, o que inevitavelmente pode implicar uma dificuldade acrescida no diagnóstico e, por sua vez, posteriormente, interpor dificuldades no tratamento. Enquanto tal, torna-se fundamental uma sensibilidade acrescida no que diz respeito à abordagem dos problemas que envolvem toda esta temática, sendo fulcral desenvolver a capacidade de encontrar a terminologia que melhor se adapte a cada pessoa.

É essencial que, inicialmente, se comece por caracterizar a história da IU, se existem problemas referentes ao controlo dos esfíncteres, se a incontinência é um problema recente ou se, por outro lado, já existia, se é vivenciado como um problema secundário ou enquanto problema incapacitante. Importa ainda considerar que pode ser uma condição resultante de algum défice cognitivo ou resultante de modificação na mobilidade. Por exemplo, em pessoas que sofreram traumatismos neurológicos há pouco tempo é comum aparecer retenção ou incontinência urinária, devido à presença de algum tipo de bexiga neurogénica (Stevens, 2011).

É imprescindível saber quais os fatores precipitantes, nomeadamente quando foi o seu início, a duração e a frequência. Avista-se fundamental perceber se existem perdas associadas a esforço ou se as perdas são consistentes com a incapacidade da pessoa se dirigir a tempo a um local socialmente aceite para realizar o ato de micção. Nesta fase, à partida, já é possível fazer um diagnóstico diferencial entre incontinência de esforço e urgência urinária, muito embora importe referir que outros fatores relevantes que merecem ser estudados é a quantidade de urina perdida e se o episódio de perda foi súbito e breve ou persistente e prolongado, já que a avaliação dos aspetos em causa nos dá indicação se o detrusor está hiperativo (Pires, 2011).

Importa considerar que uma das formas de avaliar se a incontinência está associada ao esforço consiste em solicitar à pessoa que relaxe e que tussa com força, observando se há perda de urina pela uretra. Ora, nestes termos, se se verificar perda imediata de urina, estamos perante um caso de incontinência de esforço, ao passo que, se a perda de urina não for imediata ou se se prolongar, pode ser uma situação de urgência urinária ou de hiperatividade do detrusor (Stevens, 2011).

É de referir que efetuar o registo de quando se esvaziou a bexiga pode ser uma ferramenta importante, pois, assim, é possível precisar a frequência, o horário e o volume urinado. Poder-se-á perceber a necessidade deste registo ser realizado durante vários dias, podendo ainda perceber-se essencial a colaboração da família/cuidador (Stevens, 2011).

Por outro lado, importará advertir para a importância de avaliar a capacidade que a pessoa demonstra para gerir a sua incontinência, nomeadamente se utiliza e se consegue trocar pensos ou fraldas sozinho ou com ajuda, sendo também relevante perceber como a incontinência influencia a qualidade de vida da pessoa, se a história clínica já comportou algum tratamento dirigido para a incontinência e qual foi, não descurando a relevância de proceder a uma anamnese aprofundada comorbilidades, porquanto algumas patologias favorecem o surgimento de problemas relacionados com a disfunção da porção inferior do sistema urinário (Stevens, 2011).

Importa considerar que o exame físico constitui outra importante ferramenta que deve ser complementado com a história da pessoa. Na realização do exame físico é especialmente relevante proceder a uma avaliação de limitações físicas, garantindo um exame do abdómen, da região genital, pélvica e retal, sendo igualmente importante a realização de um exame cognitivo.

Na avaliação de possíveis limitações físicas, é importante verificar a mobilidade, nomeadamente a capacidade de se deslocar até à casa de banho e a capacidade que a pessoa tem para se despir e vestir (Stevens, 2011).

O exame ao abdómen, região pélvica, genital e retal são primordiais para o despiste de alguma eventual alteração anatómica, permitindo identificar a existência de alguma distensão abdominal, a presença de dor à palpação, a presença de alguma cicatriz ou de massas supra púbicas (Pires, 2011; Stevens, 2011). Especificamente o exame à região genital masculina, ajuda a identificar a presença de alguma alteração a nível do prepúcio, do pénis ou da pele da região perineal (Stevens, 2011). Já o exame físico à região genital externa da mulher permite verificar em que condições está a pele, verificar sinais de atrofia vaginal, verificar a possível existência de prolapso pélvicos e ainda a capacidade de contração dos músculos pélvicos (Stevens, 2011). É de referir que o número de partos e, especificamente, os partos por via vaginal, podem contribuir para a IU devido ao traumatismo imposto aos músculos do pavimento pélvico (Higa et al., 2008).

Por sua vez, o exame retal e o despiste de obstipação, permite perceber se pela presença de obstipação existe estiramento do reto, que influencia o trato urinário inferior, pois comprime a bexiga, contribuindo para o surgimento de retenção urinária e todas as condições que daí advém. A este respeito, importa mencionar que também a força efetuada na manobra de evacuação intestinal pode causar lesão e isquémia da musculatura da região pélvica (Møller et al., 2000).

Relativamente aos exames físicos, importará fazer referência ao teste de Marshall-Bonney, que é um exame físico em que é efetuada uma elevação da uretra através da tração na parede anterior da vagina, de cada lado da uretra, para não a comprimir diretamente. Neste contexto, solicita-se à pessoa que tussa ou efetue a manobra de Valsalva, sendo que a ausência de incontinência comprova a mobilidade uretral permitindo descartar a IU. É de referir que é um teste menos válido no idoso, pois a atrofia vaginal impede a sua realização sem ocluir a uretra (Mota et al., 2014).

Por sua vez, e relativamente à avaliação cognitiva, importará destacar que esta é essencial no sentido de se verificar se a pessoa consegue manifestar e perceber a necessidade de urinar e conseqüentemente proceder a todos os passos necessários para que tal se concretize (Pires, 2011; Stevens, 2011).

Outro fator a despistar é a existência concomitante de doenças crônicas como a diabetes mellitus, esclerose múltipla ou de acidentes vasculares cerebrais, que podem levar a bexiga neurogênica. Na suspeita de bexiga neurogênica, deve ser verificada a sensibilidade perianal, do tônus do esfíncter retal em repouso e contraído, sendo que, no caso específico do homem, deve ainda ser avaliado o tamanho e a consistência da próstata (Stevens, 2011).

É ainda de realçar que o consumo de determinadas substâncias, como seja a cafeína, tem um efeito diurético e pode levar a situações de incontinência, uma vez que pode gerar instabilidade do músculo detrusor e, conseqüentemente, conduzir à perda involuntária de urina (Arya et al., 2000).

Importa frisar que os exames de diagnóstico são outro importante meio de avaliação da pessoa com alteração da continência urinária. O exame sumário de urina permite detetar situações que podem levar a algum tipo de IU, como é o caso de infeções urinárias ou a glicosúria para o despiste de diabetes mellitus (Pires, 2011). Por sua vez, pode-se efetuar a avaliação do volume residual de urina que consiste em fazer uma comparação entre o volume urinado e o volume residual que fica na bexiga. A contabilização do volume residual pode ser feita através de um ecógrafo, mais conhecido por BladderScan, ou através de esvaziamento por cateterização vesical, sendo que os valores superiores a 200 ml são considerados excessivos, podendo requerer, neste caso, algum tipo de intervenção (Pires, 2011).

É de referir que o comportamento face ao esforço pode ser efetuado pela visualização direta da incontinência, solicitando à pessoa que, com a bexiga cheia e inicialmente em posição de deitado e depois de pé, tussa com força, de modo a verificar se há uma perda de urina imediata, o que indicia urgência de esforço, ou a perda é mais tardia e persistente, o que remete para hiperatividade do detrusor. Por sua vez, é ainda possível observar e avaliar a firmeza dos músculos do pavimento pélvico solicitando que seja interrompido o jato urinário (Pires, 2011).

Outro instrumento que poderá favorecer a avaliação da alteração da continência urinária é o diário miccional, que consiste em fazer o registo do número de micções, volume urinado e números de perdas de urina, devendo ser realizado durante pelo menos três dias seguidos (Stevens, 2011).

Por sua vez, o pad test consiste no estudo do aumento do peso dos pensos higiénicos utilizados durante um determinado tempo e no decorrer de uma atividade previamente

estabelecida. Trata-se de propor uma atividade que envolva esforço, como seja tossir ou fazer esforço abdominal, como é o caso da manobra de Valsalva, usando um penso absorvente; e após a atividade desenvolvida, procede-se à pesagem do penso de modo a determinar a quantidade de urina perdida. O método em causa mostra-se especialmente promissor na tarefa de quantificar a urina perdida, com especial evidência no caso dos indivíduos do sexo masculino (Abrams, 2013).

Importará ainda considerar os estudos urodinâmicos, com complexidade diversa, nos quais se incluem a urofluxometria, a cistometria, a eletromielografia, a perfilometria. O grande objetivo é precisar a causa dos sintomas que a pessoa apresenta, avaliar a função do detrusor e dos esfíncteres e nomear quais os fatores de risco para o comprometimento do trato urinário. É de referir que o estudo funcional do trato urinário baixo abrange as fases de enchimento e de esvaziamento vesical, sendo que se obtêm valores para as pressões vesical, uretral e abdominal (Mota & Tinoco, 2021).

Relativamente à urofluxometria, está em causa a avaliação do volume residual pós miccional, sendo que os exames que nos dão informação sobre a fase de esvaziamento. Consegue-se também avaliar o jato urinário, se neste existe alguma interrupção, e o volume e a existência de urina residual, identificando alguma anomalia ao nível do esvaziamento da bexiga, porém, os exames não permitem identificar problemas no detrusor ou a presença de algum obstáculo (Pires, 2011; Stevens, 2011).

No que se refere à cistometria, é um exame que avalia o desempenho, a sensibilidade, a capacidade e a elasticidade do detrusor, permitindo ainda avaliar as contrações voluntárias e involuntárias da bexiga, tal como o aumento da pressão intra-abdominal necessária para ocorrer o ato de urinar. É possível diferenciar a pressão a que se inicia a perda urinária, seja por esforço ou contração, percebendo a pressão miccional. Neste tipo de exame de diagnóstico, consegue-se perceber se o detrusor se encontra hiperativo ou se existe uma reduzida elasticidade do mesmo, se existe uma perceção sensorial alterada da bexiga ou incontinência da uretra. É possível ainda identificar em que volume de enchimento da bexiga começam a existir perdas urinárias, ou reconhecer se estas eventualmente têm lugar no momento em que a pessoa faz força para urinar (Pires, 2011; Stevens, 2011).

A citologia urinária, por sua vez, permite rastrear alguma malignidade nos casos em que está descartada alguma infecção do trato urinário, sendo um exame frequente a pessoas com disfunção da bexiga e que estão algaliadas permanentemente (Pires, 2011).

Já o perfil de uretra ou a perfilometria uretral, permite verificar quais as pressões dinâmicas e em repouso da uretra. As pressões obtidas em repouso/passivas possibilitam identificar alguma anomalia intrínseca do esfíncter, ao passo que as pressões dinâmicas permitem verificar qual o efeito do esforço sobre o mecanismo de encerramento do esfíncter (Pires, 2011).

Por sua vez, a eletromielografia é um estudo que nos fornece informação sobre a atividade do esfíncter externo e interno, do musculo estriado peri-uretral e sobre a atividade dos músculos pélvicos (Stevens, 2011).

Importa referir que também os exames imagiológicos, nomeadamente a pielografia ou a ecografia renal, são utilizados em pessoas com alterações do sistema urinário superior. Estes exames ajudam a identificar alterações dos ureteres, mais especificamente a sua dilatação. Já a sua aplicação no sistema urinário inferior, oferece informação a nível da anatomia da bexiga e da uretra (Stevens, 2011).

2. ENQUADRAMENTO CONCEPTUAL

2.1. A pessoa com alteração da continência urinária

Estima-se que em todo o mundo hajam cerca de 250 milhões de pessoas que padeçam de IU (Kiliç, 2016). À luz da literatura mais atual, a IU é caracterizada com a perda involuntária/não controlada de urina (Norma.º 013/2016). Por sua vez, o Padrão de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem (OE, 2001) introduz o termo continência urinária para referir a capacidade para armazenar urina na bexiga até que exista um local adequado para a realização do ato urinar, sendo que tal definição implica que não surjam perdas de urina entre as várias micções, mesmo que exista atividade física intensa ou uma forte vontade de urinar. Ora, a inexistência de perdas de urina comporta a salvaguarda de um sistema que garanta a integridade anatómica e funcional dos sistemas fisiológicos, sendo comum que tais sistemas fisiológicos se degradem com o avançar da idade.

Importa referir que a alteração verificada no autocuidado do autocontrolo urinário é algo frequente não somente como consequência do avançar da idade, como da gestação e da existência de lesões neurológicas, como é o caso de acidentes vasculares cerebrais, ou mesmo devido à existência de lesões medulares, sendo ainda de realçar, no contexto da problemática que nos ocupa, que a existência de IU leva as pessoas a modificar comportamentos, tais como diminuir a ingestão hídrica, a utilização de absorventes, a utilização de desodorizantes e a diminuição dos contatos sociais (Borba et al., 2008).

Relativamente ao termo autocuidado, importa frisar a amplitude e a complexidade do mesmo, porquanto se trata de nomear um horizonte que envolve características multidimensionais, sendo que pode ser entendido ora como um processo de saúde e de bem-estar inato, ora aprendido – e pode ser perspetivado enquanto capacidade de tomar uma iniciativa, responsabilidade e funcionar de uma forma eficaz, no desenvolvimento do potencial de saúde (Petronilho, 2012). Ora, nestes termos, a alteração da autonomia no autocuidado do autocontrolo urinário poderá representar alterações tanto a nível da qualidade de vida quanto a nível biológico, psicológico, social, laboral, físico, sexual, podendo mesmo conduzir ao isolamento e ao afastamento da vida social.

É de referir que a International Consultation on Urological Diseases (ICUD) refere que a prevalência IU é superior no sexo feminino, sendo que cerca de 10% das mulheres em idade adulta apresentam pelo menos um episódio de IU por semana, sendo que estes valores aumentam entre 25% e 45% se se considerarem as perdas involuntárias ocasionais. Quanto ao sexo masculino, Milsom et al (2013) certificam que a prevalência de IU desce para valores entre os 4,81% e os 32,12% nos homens em idade adulta, muito embora seja de mencionar que os dados que esta organização analisa incidam apenas nos casos referentes a indivíduos do sexo masculino que se encontram institucionalizados.

Ora, é importante referir que a influência determinada pela IU depende do sexo, da idade, do tipo de incontinência, do suporte familiar e social que os indivíduos possuem e também das estratégias de coping adotadas (Becher et al., 2013).

Digamos que a IU tende a ser encarada como uma das “epidemias” do século XXI, o que se percebe em larga medida relacionado com o facto de se verificar o aumento da esperança média de vida; porém, importará referir que é uma doença subdiagnosticada e subtratada, sendo muitas vezes avaliada e considerada de forma errada, como uma consequência natural da idade e para a qual não existe tratamento eficaz, tornando-se uma “epidemia silenciosa” (Yip & Cardozo, 2007).

É de referir que o impacto que a IU apresenta nos cuidados de saúde é elevado, muito embora muitos autores advirtam para o facto dos dados referentes à IU serem insuficientes e não retratarem a situação real, nomeadamente porque muitas pessoas que sofrem desta condição acabam por não procurar ajuda (Serviço de Higiene e Epidemiologia da Faculdade de Medicina da Universidade do Porto, 2008). A este respeito, convém esclarecer que alguns dos motivos que sustentam a opção de não procurar ajuda se prendem com a vergonha e a diminuição da autoestima (Serviço de Higiene e Epidemiologia da Faculdade de Medicina da Universidade do Porto, 2008), importando referir que se estima que 1 em cada 3 pessoas que sofrem desta condição não procura ajuda diferenciada (Valença et al., 2016).

Ora, a temática IU, nomeadamente pela sua evidente subnotificação, tem preocupado os investigadores, importando salientar que, dado o impacto imputado à IU, a sua abordagem deve ser multifatorial, requerendo a consideração das dimensões física, psicológica, cultural, social e económica (Faria et al., 2014). Não obstante, esta condição acaba por influenciar, não

somente a pessoa em si, que padece de IU, mas também a família/cuidador – o que não pode deixar de ser considerado.

Digamos que a IU é facilmente um problema invisível, que apenas se torna perceptível se a pessoa se deslocar várias vezes à casa de banho ou se, devido às perdas urinárias, surgir algum odor. Teunissen et al. (2006) referem que, apesar da prevalência ser superior nas mulheres, o impacto causado será maior nos homens. Em estudos realizados, os homens apresentavam comportamentos que demonstravam maior ansiedade e nervosismo, sendo que as mulheres apresentavam comportamentos mais consonantes com as medidas que deveriam ser tomadas para controlar a situação, muito embora as mulheres demonstrem maior esquivia ao contato sexual.

Por sua vez, verificou-se que o impacto da IU também se fazia sentir ao nível da família e contactos próximos, pois era evidente que as pessoas evitavam falar do assunto e sentiam necessidade de reduzir a atividade física, prevalecendo o receio de espirrar e de tossir em público (Avery et al., 2013). A este respeito, importará mencionar que algumas estratégias encontradas para dar resposta a este problema envolvem planejar saídas do domicílio, premiar a utilização de pensos ou fraldas absorventes, vestir roupas largas e escuras, verificar previamente se o local ou sítio aonde se vai tem uma casa de banho nas proximidades e, eventualmente, reduzir o tempo que se vai está fora do domicílio (Avery et al., 2013).

No contexto da problemática que nos ocupa e de modo a aprofundar a nossa análise da temática, importará referir que, para a Organização Mundial de Saúde (1995), a qualidade de vida está relacionada com a perceção que a pessoa tem sobre a sua posição de vida, tanto no contexto cultural, como no sistema de valores onde está inserido, estando ainda relacionada com os objetivos definidos por si, com as suas expetativas, padrões e preocupações. Ora, importa considerar que tal conceito ou significação do mesmo interpõe a consideração da dimensão física, psicológica, o nível de independência, o domínio das relações sociais e ainda o horizonte das crenças, bem aquele que diz respeito ao ambiente envolvente.

Importa ainda considerar que a IU implica consequências físicas, sendo que, de entre elas, será de referir as infeções e lesões cutâneas, causadas pela humidade e pela acidez da urina, as úlceras por pressão, a disfunção sexual, as quedas, as fraturas e o declínio funcional (Charalambous & Trantafylidis, 2009). Outra das consequências existentes é o sono e o repouso pouco reparador (Valença et al., 2016), sendo ainda de referir o risco de queda devido à urgência

urinária e pelo desconforto causado pela utilização de pensos e fraldas de proteção (Arco et al., 2017).

No que especificamente diz respeito às consequências psicológicas causadas pela IU, é de realçar o silêncio e a vergonha, em larga medida causados pela vivência numa sociedade que sanciona a IU e que, tendencialmente, lhe confere um carácter de sujidade e de falta de higiene – o que interpõe a repulsa – sendo que ainda se lhe atribui o epíteto do que é sexualmente indesejado (Avery et al., 2013). É ainda de salientar que, por vezes, a família/cuidadores, no horizonte da sua vivência e perceção da situação da pessoa com IU, acaba(m) por manifestar sentimentos de impaciência e até de alguma frustração.

Especificamente no que concerne a situações de internamento, Stevens (2011) esclarece que “a maior parte dos doentes internados nas unidades de reabilitação são admitidos com incontinência urinária ou com alterações funcionais que os colocam em risco”, muito embora importe referir, no contexto da análise que nos ocupa, que as pessoas em situação de institucionalização ou não, acabam por adotar medidas estratégicas para tentar reduzir esta situação, que podem passar pela redução da ingestão hídrica e mesmo evitar os contactos sociais (Faria et al., 2014).

Outro aspeto a considerar prende-se com o facto da IU se traduzir também no impacto sociocultural e económico causado. Teunissen et al. (2006) verificam, no âmbito dos seus estudos, que o impacto causado pela IU na atividade física, e conseqüentemente nas saídas para a realização de compras, nas viagens, passeios ou convívios, obrigavam à utilização de pensos ou fraldas absorventes e de contenção, muito embora, de acordo com estes autores, a utilização destes produtos não impedisse que se sentissem sujos e molhados, persistindo sempre o receio de que as pessoas à sua volta sentissem o cheiro relacionado com a perda de urina. Importará salientar que, nas demais deslocações, a maior parte de homens e mulheres dos estudos realizados, sentiam a necessidade de levar consigo pensos e fraldas para substituir em caso de necessidade (Teunissen et al., 2006; Avery et al., 2013; Faria et al., 2014), sendo que, no contexto do que temos vindo a expor, importará considerar, adicionalmente, os custos associados à compra dos produtos de contenção e material de higiene, tal como os custos inerentes à aquisição de roupas consideradas adequadas, bem como os custos inerentes aos métodos de diagnóstico e tratamento e também relacionados com a direta prestação de cuidados (Serviço de Higiene e Epidemiologia da Faculdade de Medicina do Porto, 2008; Avery et al., 2013).

Está ainda documentado o problema relacionado com as hospitalizações e institucionalização, uma vez que, nestes locais, a maioria das vezes as casas de banho são partilhadas, surgindo a falta de privacidade, sendo que muitas vezes é necessário chamar algum profissional de saúde para auxiliar na deslocação até à casa de banho, o que acaba por se tornar um problema para a pessoa (Thompson, 2004).

Avery et al. (2013), referem ainda a dificuldade que existe na comunicação das pessoas com os profissionais de saúde no que diz respeito a esta situação, principalmente nos casos em que o profissional de saúde e a pessoa com IU do sexo oposto, sendo de frisar que, como já mencionado anteriormente, ainda persiste um estigma negativo associado à IU na nossa sociedade.

No decurso dos múltiplos aspetos que temos vindo a enunciar, será evidente que a IU acarreta um enorme impacto negativo na qualidade de vida da pessoa, sendo que, enquanto tal, se avista especialmente urgente premiar a adoção de medidas que visem controlar a alteração do controlo urinário. Digamos que, sendo um problema que pode facilmente passar despercebido aos outros, constitui um problema capaz de gerar grande sofrimento psíquico e condicionar negativamente a vida das pessoas que padecem de IU, para além de que, do ponto de vista concreto, o caráter muitas vezes despercebido do problema aos olhos alheios, rapidamente se pode tornar evidente atendendo a fatores como seja a possibilidade de a roupa aparecer molhada, a eclosão do cheiro e também a circunstância comum de se multiplicarem as idas à casa de banho.

Importará frisar que a pessoa com IU tem frequentemente vergonha de expor e falar do seu problema, sendo tendencialmente e facilmente negligenciado pelos enfermeiros e restante equipa, muito embora, a este respeito, Sousa (2016) declare que se tem verificado uma procura gradual na busca de soluções para a IU, nomeadamente porque as pessoas procuram cada vez mais melhorar a sua qualidade de vida.

2.2. A intervenção do enfermeiro de reabilitação na pessoa com alteração da continência urinária

As intervenções implementadas pelos EEER a pessoas com alteração da continência urinária visam reduzir os défices do autocuidado. É imprescindível ter em conta que cada pessoa, deve ser encarada com um ser único, sendo fundamental que se tenha em conta os seus valores, crenças, as suas relações sociais e interpessoais, o ambiente que a rodeia, as suas expectativas, sendo que, enquanto tal, as intervenções devem ser individualizadas, importando ainda que sejam intervenções com ganhos tangíveis.

Segundo Pereira & Santos (2008), reabilitar tem como objetivo ajudar a pessoa a alcançar o seu próprio nível de saúde, seja recorrendo à otimização dos recursos externos, seja por intermédio da orientação prestada, na promoção e desenvolvimento de um potencial individual, que coopere para a concretização de um projeto de saúde.

Por sua vez, Hoeman (2011) refere que os EEER trabalham juntamente com as pessoas para que se consiga atingir o maior nível de independência funcional, nomeadamente em termos de reabilitação das atividades de vida diárias, promovendo não só o autocuidado, como fortalecendo comportamentos de adaptação.

Ora, tendo em conta todas as implicações acometidas pela IU, é essencial que se estabeleçam intervenções que tenham como alvo a promoção do autocuidado, sendo que, a este respeito, importará mencionar que, muito embora os enfermeiros estejam cientes da problemática, sucede frequentemente que a questão não seja tratada com a devida prioridade que lhe deveria caber, sucedendo que seja deixada para segundo plano, esquecida e/ou negligenciada – o que poderá dever-se a falta de conhecimento e compreensão dos motivos causadores da incontinência, advir do desconhecimento de quais as intervenções de enfermagem direcionadas para a incontinência e, inclusivamente, de quais os benefícios que delas podem resultar.

É essencial que as intervenções dirigidas para esta área sejam planeadas, desenvolvidas e articuladas com a restante equipa multidisciplinar, sendo que a prestação de cuidados especializados à pessoa com alteração do padrão de eliminação deve ser encarada como prioritária pelos EEER – o que se considera fundamental para que daí possam efetivamente advir resultados positivos (Redol & Rocha, 2017).

É de referir que as intervenções na IU podem ser cirúrgicas, farmacológicas ou comportamentais, muito embora conste que as intervenções desenvolvidas pelo EEER são

fundamentalmente intervenções do foro comportamental (Pires, 2011). A este respeito importará mencionar que a eleição de um determinado tipo de intervenção, em detrimento de outro, deve ter em conta o tipo de incontinência, sendo que as intervenções implementadas podem abarcar mais do que um tipo. Por sua vez, avista-se importante advertir para o facto de que, independentemente do tipo de intervenção adotada, esta carecer sempre do consentimento da pessoa, sendo que deverão ser seguidos todos os passos para que isto aconteça.

Como já referido anteriormente, por norma as intervenções inicialmente eleitas são as intervenções comportamentais e é neste tipo de intervenções que o EEER assume um papel mais relevante. Digamos que este tipo de intervenção é aquele que apresenta menos efeitos secundários e colaterais, muito embora a opção por tais intervenções não impeça que, no futuro, possam ser implementadas outras intervenções, como sejam medidas farmacológicas e/ou cirúrgicas.

Sucedo que, ao longo dos anos, têm sido desenvolvidos estudos sob a presidência de vários especialistas, incluindo enfermeiros, que procuram compreender quais as intervenções comportamentais mais eficazes, sendo que, independentemente da variedade de propostas, sobressai a concordância dos vários especialistas relativamente ao carater central do bom diagnóstico da situação baseado na identificação de sinais/sintomas. Enquanto tal, importa frisar a necessidade de perceber a sintomatologia: o número de micções, se apresenta nictúria, urgência urinária ou incontinência, as características do fluxo, a sensação de esvaziamento completo após a micção ou não, a perda de urina imediatamente após a micção e o esforço a urinar. Por sua vez, é fundamental identificar o tipo de incontinência, sendo que existem instrumentos que poderão ser utilizadas para categorizar o tipo incontinência (Pereira et al., 2011). Igualmente importante será a colheita de dados sociodemográficos e proceder à anamnese clínica, bem como a uma avaliação cognitiva. E somente após dispormos de todos estes dados, poderemos passar para a elaboração de um diagnóstico e respetivo plano de intervenção, importando que sejam considerados os demais fatores aquando da elaboração do plano de intervenção pois, certamente, estes terão um forte impacto nos resultados; sendo ainda importante frisar que o EEER deve recorrer à utilização de instrumentos validados para corroborar as suas avaliações, nomeadamente as escalas, o diário miccional e a utilização de ecógrafos que permitem verificar o volume de urina residual.

Importará esclarecer, porém, que as demais técnicas nem sempre têm resultados imediatos, pelo que os objetivos desenvolvidos pelo enfermeiro, em parceria com a pessoa/família/cuidados, devem ser graduais, realistas e tangíveis (Thompson, 2004).

Sendo um dos grandes referenciais da Enfermagem a dimensão holística da pessoa, as intervenções planejadas devem ter em conta não só o diagnóstico, como as condições físicas e psicológicas, as condições sociais e o ambiente em que a pessoa se encontra inserida, particularmente as características da sua habitação, o acesso a casa de banho, as condições económicas, o acesso a produtos de apoio e o meio familiar/cuidador (Nazarko, 2017).

Ora, a terapia comportamental inclui intervenções que o EEER tem autonomia para desenvolver e têm como objetivo a separação da percepção da necessidade de urinar, do ato de urinar, através da alteração dos hábitos miccionais, do aumento da capacidade funcional, da micção diferida e através da diminuição da ingestão hídrica após as 18 horas do dia (Redol & Rocha, 2017).

É de referir que, de todas as intervenções comportamentais, aquela que é mais descrita e evidenciada é o treino da musculatura pélvica, também conhecido como exercícios de Kegel. A sua prática origina contrações do músculo coccígeo, o que acaba por resultar no fortalecimento da uretra, promovendo não só o seu encerramento, como também favorece o treino da musculatura peri-uretral e pélvica (Redol & Rocha, 2017). A este respeito, salienta-se a importância de saber identificar quais os músculos a treinar, a forma como estes devem ser treinados e a regularidade do treino (Pires, 2011). Ora, uma das orientações basilares neste tipo de intervenção, independentemente da especificidade do treino, passa por dizer à pessoa que deve esvaziar a bexiga antes de iniciar o treino, dizer também que este tipo de treino pode ser efetuado em qualquer posição e que os resultados poderão demorar cerca de 4 a 6 semanas a aparecer (Pires, 2011). Os exercícios basilares em que este tipo de treino deve, inicialmente, incidir comportam contrações de 10 segundos e um período de relaxamento igual, repetindo o processo até perfazer 10 minutos e repetir todo o processo 3 vezes por dia (Pires, 2011). Por sua vez, a utilização de cones vaginais, a estimulação elétrica e o *biofeedback* durante este treino também produz resultados positivos (Redol & Rocha, 2017).

Por outro lado, o treino de hábitos ou a micção temporizada diz respeito à aplicação de horário pré-estabelecido para urinar voluntariamente, o qual deve ser definido de modo a que a bexiga não atinja o seu máximo de volume, sendo desejável que, após a micção, a pessoa refira

a sensação de plenitude. No âmbito deste tipo de treino, e inicialmente, o estabelecimento do horário deve estipular entre 2 a 3 horas, sendo que, depois, pode ser aumentado progressivamente, sendo ainda de referir que esta é uma das técnicas que pode depender mais do cuidador (Redol & Rocha, 2017).

Por sua vez, outra técnica comportamental amplamente implementada pelo EEER é o treino vesical, o qual implica a utilização de técnicas de distração e técnicas de relaxamento para adiar o ato de urinar (Redol & Rocha, 2017).

É ainda de referir, no âmbito da problemática que nos ocupa, que a intervenção mais comumente utilizada em instituições face a pessoas com alteração cognitiva é a micção imediata. Ora, esta intervenção implica que a pessoa se dirija à casa de banho sempre que tiver vontade de urinar, sendo que, neste registo de funcionamento, a pessoa acaba por ser orientada para assumir a responsabilidade caso surja algum episódio de incontinência, podendo ser necessário mudar de roupa caso de encontre molhada, ou mesmo face à necessidade de proceder à troca da fralda ou penso absorvente. Como em várias intervenções de enfermagem, o reforço positivo, sempre que não haja um episódio de incontinência, é uma mais-valia (Redol & Rocha, 2017).

Em relação à ingestão hídrica, esta deve ser estudada e adequada a cada pessoa e às suas rotinas, sendo que é comum ter de reduzir substancialmente o consumo de líquidos a partir das 18 horas (Mendonça, 2012; Redol & Rocha, 2017).

É ainda importante o EEER salientar a importância de alimentos ricos em fibras, de forma a regular o trânsito intestinal e evitar o consumo de café ou chás que contenham cafeína, pois podem provocar irritação vesical (Mendonça, 2012).

De entre as intervenções disponíveis no horizonte da problemática que nos ocupa, é ainda de referir a algaliação ou a cateterização intermitente, importando esclarecer que esta é uma técnica que pode ser aplicada pela pessoa ou pelo cuidador, sendo que carece de um ensino rigoroso sobre o procedimento, realizado pelo EEER. Nesta técnica é fundamental instituir a frequência da aplicação da técnica, sendo comum a sua realização entre 4 a 6 vezes, em cada 24 horas, muito embora possa perceber-se necessário aumentar a sua aplicação ou reajustar a ingestão hídrica, de modo que a bexiga nunca atinja um volume superior a 500 mililitros (Redol & Rocha, 2017).

Ora, no decurso das considerações avançadas até ao momento, sobressai a ideia de que a promoção da continência urinária deverá ter sempre em linha de conta os ensinamentos inerentes aos estudos e literatura sobre a matéria e, conseqüentemente, na linha dos aspetos evidenciados, privilegiar a promoção do autocuidado. É de realçar determinadas advertências basilares como sejam o cuidado ao nível da ingestão hídrica, no que se refere a evitar o consumo de produtos como o café e o chá, pois são causa de irritação vesical, incentivar o consumo de fibras, para a promoção do regular trânsito intestinal, tentar evitar o excesso de peso, realizar exercício físico e, sobretudo, exercitar os músculos do pavimento pélvico.

Considera-se que, pelo exposto, no decurso da linha de explicitação que temos vindo a seguir, se perceberá o caráter fundamental de uma abordagem multidimensional à problemática que nos ocupa. Valença et al. (2016), após a realização de uma revisão integrativa, resumiram as suas ilações em quatro categorias: a educação para a saúde; o suporte psicoemocional; o tratamento comportamental e a sistematização da assistência de enfermagem. Digamos que estas quatro categorias demonstram e consubstanciam a ideia de que as intervenções de enfermagem devem ter em conta todas as dimensões da pessoa e devem, sempre que possível, incluir a família/cuidador.

Digamos que, muito embora IU seja uma área que podemos declarar, de certo modo, subdiagnosticada e subtratada – não só pelo estigma e tabu a que está sujeita, como pela falta de formação ou perceção do problema pelo profissional da saúde, não podemos deixar de advertir para o facto desta problemática ter um forte impacto na qualidade de vida da pessoa/família/cuidador, sublinhando a efetiva possibilidade, mediante a aplicação das intervenções de enfermagem corretas, de melhorar ou até mesmo reverter a IU, sendo que, se a reversão do quadro clínico não se avistar possível, as intervenções deverão ter como objetivo principal a promoção da qualidade de vida – o que se considera ser sempre possível maximizar.

3. A TEORIA DE DOROTHEA OREM

Importará, antes de mais, esclarecer que as teorias e os modelos conceituais de enfermagem apresentam uma explicação metódica de um acontecimento no qual os componentes e os conceitos são identificados, os relacionamentos são previstos e as antevisões são efetuadas (Streubert-Speziale & Carpenter, 2003). É ainda de referir que, enquanto tal, as teorias e os modelos conceituais fornecem orientações a partir das quais os enfermeiros podem comunicar as suas convicções profissionais, oferecendo uma base moral e ética para organizar as intervenções e fomentando o pensamento sistemático sobre a enfermagem e a sua prática (Chinn & Kramer, 2004). Ora, neste contexto, as teorias de enfermagem constituem um dos temas dominantes nos últimos anos, pois são decisivas para o crescimento da enfermagem enquanto ciência e profissão.

De entre os inúmeros referenciais teóricos de enfermagem que estariam em condições de sustentar o presente relatório, elegemos a Teoria do Défice de Autocuidado de Enfermagem, de Dorothea Orem, a qual, tendo sido desenvolvida entre 1959 e 1985, se considera mobilizar pressupostos que fundamentam os objetivos definidos no âmbito do estudo que nos ocupa.

Dorothea Orem esclarece que o modelo do autocuidado é aplicável em múltiplos contextos institucionais, contribuindo eficazmente para a conceção e planeamento de atividades em que as pessoas colaborem no seu desempenho, em prol da manutenção da vida, da saúde e do bem-estar (Orem, 2001).

Orem apresenta a sua teoria como resultado da articulação de três teorias, a saber: *a teoria dos sistemas de enfermagem, a teoria do autocuidado e a teoria do défice do autocuidado* (Taylor, 2004). A este respeito, importará mencionar que, enquanto a *teoria do autocuidado* define as razões que levam ao autocuidado, *a teoria do défice do autocuidado* salienta as limitações da ação e, por conseguinte, a necessidade de ajuda, sendo que, por sua vez, *a teoria dos sistemas de enfermagem* conjetura o estabelecimento de relações com o(s) outro(s) (Taylor, 2004).

No que diz respeito à *Teoria do Autocuidado*, importará salientar que esta descreve o como e porquê de as pessoas cuidarem de si mesmas, propondo uma caracterização do autocuidado e explanando quer a atividade do autocuidado, quer a exigência terapêutica do

autocuidado. Enquanto tal, no âmbito desta teoria, o autocuidado pode ser considerado como uma função reguladora em que a pessoa age deliberadamente por si própria ou, então, envolver que alguém realize essa função pela pessoa, no sentido de preservar a vida, a saúde, o desenvolvimento e o bem-estar. Por sua vez, importará explicitar que, à luz desta teoria, a atividade do autocuidado diz respeito a uma atuação consciente, deliberada, controlada e efetiva, obtendo a autonomização. Neste contexto, a pessoa é considerada um agente de ação no sentido em que o autocuidado implica a intenção de fazer, ou seja, implica que a pessoa tome parte da decisão de agir (Taylor, 2004).

No âmbito da sua teoria, Dorothea Orem identifica três requisitos do autocuidado que são a sua universalidade, o desenvolvimento e o desvio de saúde, esclarecendo que estes requisitos devem ser garantidos através de ações de autocuidado levados a cabo pela pessoa ou por terceiros. No que concerne especificamente aos requisitos universais que a teoria propõe, é de salientar que os mesmos têm por base aquilo que é conhecido e estão intrinsecamente ligados ao que é validado, dependendo do ciclo de vida em que a pessoa se encontra; como o próprio nome indica, tais requisitos são, digamos assim, válidos para todas as pessoas, envolvendo aspetos como, por exemplo, o adequado consumo de água e comida, sendo que os mesmos se encontrarão comprometidos numa situação de défice de autocuidado (Taylor, 2004). Por sua vez, no que diz respeito aos requisitos de desenvolvimento propostos no âmbito da teoria, é de referir que os mesmos estão relacionados com os processos próprios da vida, da sua maturação e que acautelam situações prejudiciais que a possam colocar em risco (Taylor, 2004). Já os requisitos de desvio de saúde são inerentes às pessoas que, por algum motivo, sofreram alguma alteração no seu estado de saúde, apresentam alguma incapacidade ou estão a passar por algum tipo de tratamento, sendo de referir que, se a situação de desvio de saúde se demorar no tempo, tal circunstância vai ter implicações na determinação das efetivas necessidades a considerar. É ainda de referir que as intervenções que visam dar resposta aos desvios de saúde, estão consolidadas em intervenções que fazem parte da ação dos sistemas de autocuidado, sendo tão mais exigentes quanto mais complexo for o desvio de saúde; e a resposta a estes desvios de saúde está indiscutivelmente dependente do uso de agentes de autocuidado terapêutico (Taylor, 2004).

Importará referir que Orem (2001) apresenta o agente do autocuidado terapêutico como um adulto em maturação ou enquanto adulto que assente e satisfaz a responsabilidade que tem de conhecer e suprimir as necessidades terapêuticas de outros que o rodeiam e que estão dependentes, ou, então, que consente regular a execução de autocuidado destas pessoas.

É ainda de referir que estes agentes podem ser profissionais, como é o caso dos enfermeiros, ou cuidadores informais (Queirós, 2010).

No que diz respeito aos agentes profissionais, Meleis refere que as intervenções junto das pessoas em processo de transição constituem o aspeto mais relevante do exercício de enfermagem, pois trata-se de colaborar com a pessoa a reencontrar o seu bem-estar (Abreu, 2008). Já o cuidador informal, assume a responsabilidade de cuidar da pessoa que depende de cuidados normalmente por existir uma relação de proximidade, sendo que, regra geral, a sua ação não é remunerada (Abreu, 2008).

Para que possamos compreender a *Teoria do Défice do Autocuidado*, é necessário compreender a definição do termo *défice de autocuidado*, o qual se antevê em larga medida subjetivo e abstrato, porquanto se refere a uma limitação de ação; contudo, a compreensão do que está em causa avista-se essencial para entender o significado da ação da pessoa no autocuidado, sendo também crucial para dar orientações aos enfermeiros, de modo a que selecionem as melhores intervenções. A este respeito, importará clarificar que a teoria em causa alicerça a base para compreender as condições e as limitações que levam as pessoas a agir e a beneficiar das intervenções de enfermagem, sendo de destacar que, para Orem, a pessoa é capaz de se autocuidar uma vez que é detentora de habilidades, conhecimentos e experiências obtidas ao longo da vida – a que se dá o nome de agente de autocuidado (Taylor, 2004).

No contexto da análise que nos ocupa, será importante mencionar que, para Queirós (2010), a pessoa pode variar as suas necessidades para o autocuidado, as suas capacidades autónomas de satisfação e a necessidade de apoio em situações de transição, nomeadamente porque pode suceder que a pessoa não seja capaz de se adaptar favoravelmente.

Por sua vez, Soderhamn (2010) refere que a aquisição ou a recuperação do autocuidado, quer por ação da própria pessoa, quer por intervenção da pessoa do cuidador, acontece em três fases: a primeira, à qual se deu o nome de autocuidado estimativo, é a fase em que é definido o que é necessário para o restabelecimento do autocuidado; na segunda fase, nomeada autocuidado transitivo, são identificadas as diversas opções para que aconteça a recuperação do autocuidado e escolhe-se aquela que melhor se adequa; já a terceira fase, designada autocuidado produtivo, é aquela em que se confirma a capacidade para o autocuidado, ou seja, a pessoa demonstra que realmente tem a capacidade de cuidar de si. É ainda de referir que, a

pessoa demonstra autocuidado quando mantém, restabelece e melhora a sua saúde e bem-estar.

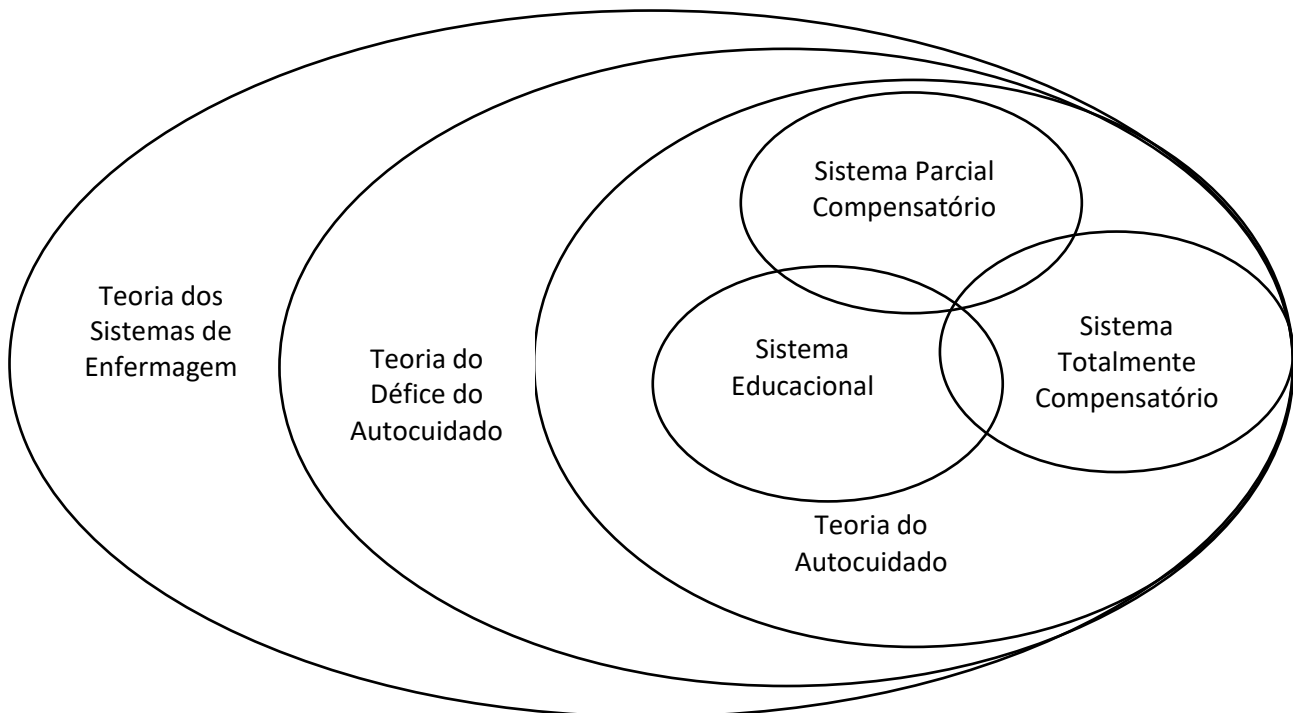
Diga-se que a visão que acabou de se expor encaixa-se no conceito de transição proposto por Afaf Meleis, que se percebe perspectivado como dizendo respeito a uma alteração da situação da pessoa quando esta é exposta a novos estímulos e conhecimentos, o que, inevitavelmente, leva a novos comportamentos ou uma nova definição de si mesmo (Abreu, 2008).

Considera-se importante referir, no contexto da temática que nos ocupa, que Orem identifica cinco métodos a que os enfermeiros podem recorrer aquando da prestação de cuidados, os quais podem ser empregues isoladamente ou em conjunto, consistindo em: executar ou agir, substituindo a pessoa no que não consegue realizar; orientar e encaminhar; dar apoio físico e psicológico; criar e manter uma atmosfera que seja favorável ao desenvolvimento; e, por fim, ensinar (Taylor, 2004).

Por sua vez, não poderíamos deixar de fazer referência à *Teoria dos Sistemas de Enfermagem*, que, frisando o facto da enfermagem constituir uma ação humana, realça o facto do exercício da mesma envolver sistemas idealizados e reproduzidos por enfermeiros no decorrer da sua prática profissional com a pessoa que sofreu limitações do seu autocuidado (Taylor, 2004).

Relativamente aos sistemas de enfermagem, Orem identificou três tipos de prática de enfermagem, a saber: o sistema totalmente compensatório, em que a pessoa não consegue desenvolver ações para o autocuidado, estando dependente da ação de terceiros; o sistema parcialmente compensatório, quando a pessoa necessita do enfermeiro para o compensar apenas no que é incapaz de realizar sozinho; e o apoio-educativo, que é quando a pessoa é capaz de concretizar o autocuidado, mas precisa que os enfermeiros o ensinem e orientem as suas ações (Taylor, 2004).

Figura 2: Teoria do Défice do Autocuidado



Adaptado de: Orem, D. (2001)

Importa referir que, segundo Dorothea Orem, o processo de enfermagem possibilita fazer o diagnóstico da necessidade de cuidados, fazer o planeamento das intervenções e realizar ou operacionalizar as intervenções. Porém, para que este processo efetivamente tenha lugar, é necessário que: se determinem os requisitos do autocuidado; se delimite a competência para o autocuidado; se demarque qual a competência para o autocuidado; se estabeleça qual a necessidade terapêutica; se identifiquem as condições de utilização das competências dos enfermeiros; e se proceda à planificação da assistência nos sistemas de enfermagem (Taylor, 2004).

Orem realça que a atividade humana integra aspetos físicos, psicológicos, sociais e interpessoais, sendo que a característica diferenciadora do ser humano é a sua capacidade para aprender e se desenvolver, sendo que, no âmbito da sua proposta, chama a atenção para a importância de proceder à elaboração de um plano de enfermagem, enquanto processo executado antes e depois do diagnóstico – e envolvendo prescrições de enfermagem, que possibilitam obter orientações sobre os resultados desejados (Taylor, 2004).

É de referir que a teoria de Orem se tem revelado muito útil na criação de currículos aquando da formação de enfermeiros, bem como na conceção de orientações para a gestão e administração em enfermagem (Taylor, 2004).

3.1. Enquadramento da Teoria com o Programa de Reabilitação

A *Teoria de Enfermagem do Défice do Autocuidado*, de Dorothea Orem, é composta por três sub-teorias inter-relacionadas, a saber: a *Teoria do Autocuidado*; a *Teoria do Défice do Autocuidado* e a *Teoria dos Sistemas de Enfermagem*.

No que concerne à *Teoria do Autocuidado*, importa esclarecer que o autocuidado é considerado uma ação aprendida e desenvolvida como forma de resposta às necessidades das pessoas, contemplando, enquanto tal, comportamentos aprendidos num determinado ambiente cultural e social; e assim no caso da IU, este aspeto deve ser levado em consideração sempre que se defina qualquer intervenção. Ora, o autocuidado na pessoa com incontinência, manifesta-se comprometido pela incapacidade da pessoa em controlar as micções e as atividades que lhe são complementares, de forma a poder ter qualidade de vida, sem que afete a participação social e não dependa de terceiros (Pêla, 2012).

Importará realçar que o autocuidado sofre alterações consoante a fase de desenvolvimento da pessoa, em função do seu estado de saúde e também por influência cultural. A este respeito, importa frisar que o ato de urinar está dependente não só de funções neurológicas, mas recebe influência do meio cultural e social em que a pessoa se encontra, nomeadamente no sentido em que o ato de urinar deverá ocorrer num local socialmente aceite para esse efeito.

É de referir que o conceito de autocuidado inclui as atividades básicas da vida, a promoção da saúde, consistindo numa ação em que a pessoa age por e para si e em próprio benefício. Já a situação que implica a necessidade de cuidados de enfermagem, comporta que a pessoa não dispõe da capacidade de manter o seu autocuidado em quantidade e qualidade suficientes para a manutenção da vida e saúde e/ou para garantir a recuperação da doença ou lesão (Petronilho, 2012), sendo que importará realçar que as intervenções desenvolvidas pelos

enfermeiros, como forma de dar resposta às necessidades do autocuidado, devem ser realizadas apenas enquanto meio de dar resposta às necessidades da pessoa.

Tendo como referência o exposto anteriormente, percebe-se essencial chamar a atenção para o facto da IU ter implicações com outros domínios como sejam a alimentação e hidratação, a qualidade do sono e descanso, bem como o horizonte referente à qualidade das relações sociais e familiares. Ora, importa considerar que os demais aspetos causam impactos nas pessoas com IU, podendo originar alterações físicas e psicológicas, agravadas pelas incapacidades que esta condição causa; e é de referir, no contexto da análise que temos vindo a delinear, que esta problemática do impacto em vários sistemas, está diretamente relacionado com os requisitos universais do autocuidado definidos por Orem (2001) – anteriormente explicitados.

Importará frisar que a IU provoca desconforto e vergonha e, conseqüentemente, provoca insegurança, sendo muitas vezes encarada como uma situação de risco, dependendo do sistema de valores da pessoa, e, eventualmente, como uma ameaça no decurso da interação social – pelo que se entende ser absolutamente vital a promoção do autocuidado, devendo este ser devidamente centrado nas necessidades diagnosticadas.

A Teoria do Défice de Autocuidado, de Dorothea Orem, chama a atenção para a importância de atendermos às razões subjacentes que poderão explicar e justificar a necessidade de cuidados de enfermagem, esclarecendo que, quando a capacidade de resposta perante uma alteração do autocuidado é inferior à capacidade de resposta da pessoa, então surge um défice no autocuidado. Ora, neste contexto, em função da avaliação efetuada pelo enfermeiro relativamente ao défice do autocuidado, proceder-se-á à formulação das intervenções que se adequam à situação, sendo importante frisar que as atividades e intervenções de enfermagem diretamente relacionadas com a IU devem ter em contas as pré-condições existentes – e é aqui que as intervenções comportamentais se encaixam e assumem particular relevância.

Ora, o principal objetivo de toda e qualquer intervenção de enfermagem, de acordo com esta teórica, é capacitar a pessoa para o autocuidado, promovendo a sua saúde e bem-estar; e, neste sentido, o enfermeiro deve planear e desenvolver a sua intervenção tendo por base cinco pressupostos: agir ou fazer por outra pessoa; guiar e orientar; proporcionar apoio físico e

psicológicos; manter um ambiente de apoio ao desenvolvimento pessoal; e ensinar (Taylor, 2004).

Importará referir que a *Teoria dos Sistemas de Enfermagem* expõe as ações ou intervenções desenvolvidas por enfermeiros para dar resposta aos desvios e défices de autocuidado, advertindo para o facto de que, quaisquer que sejam os métodos empregados e a desenvolver, importa fundamentalmente que tenham sempre como objetivo a promoção da saúde e do bem-estar. Ora, atendendo a que os adultos são considerados capazes de se autocuidarem, importará premiar que, independentemente das debilidades que apresentem, estes estejam em condições de evoluir no seu processo de autocuidado. Neste sentido, e muito embora importe atender à variabilidade inerente à distinção entre sistemas – totalmente compensatório, parcialmente compensatório e educativo de apoio – o pressuposto nuclear deverá ser a prerrogativa de salvaguardar que a pessoa evolua na sua potencial capacidade de autocuidado.

É de referir que a IU está contemplada nos requisitos universais do autocuidado, anexa aos processos de eliminação, assim como aos requisitos de desenvolvimento e de desvio da saúde. Ora, como já referido, esta condição tem impacto nos sistemas como a alimentação e hidratação – nomeadamente porque, muitas vezes, a pessoa com IU evita certos alimentos e também reduz a ingestão hídrica para urinar menos vezes; também tem impacto nas relações sociais e nas atividades culturais – uma vez que a pessoa pode evitar sair de casa por todas as consequências inerentes à IU; e tende a interferir também na qualidade do descanso – no sentido em que a pessoa está sujeita a levantar-se mais vezes para evitar perdas de urina durante a noite. Os demais aspetos constituem consequências físicas e psicológicas que precisamente importará associar às demais incapacidades resultantes da IU.

Importa mencionar que a pessoa com IU poderá necessitar de cuidados de enfermagem que intercetam os três sistemas – dependendo do nível em que se encontra e das limitações provocadas; e, enquanto tal, atendendo à complexidade da problemática, importará garantir que os cuidados de enfermagem se desenvolvem a partir do delineamento de um programa de reabilitação que não apenas tenha como alvo a pessoa – na sua singularidade e na sua circunstância – mas tenha em atenção a família e o cuidador, numa perspetiva de promoção do autocuidado – em que deverá haver margem de manobra suficiente para mesclar as intervenções do sistema totalmente compensatório, parcialmente compensatório e de ensino. A este respeito, Orem defende que o enfermeiro, pelas capacidades que lhe são inerentes,

deverá proporcionar cuidados às pessoas de acordo com as necessidades que apresentam, sendo fundamental que se concentre no objetivo de compensar os seus défices. Na sua definição de autocuidado, Orem (2001) dá ênfase aos comportamentos aprendidos num determinado ambiente social e cultural, sendo que, enquanto tal, nomeadamente no horizonte da IU, qualquer intervenção delineada pelo enfermeiro deverá ter isso mesmo em conta.

A título sumário, é de salientar que as intervenções de enfermagem proporcionadas à pessoa com IU devem, portanto, ter em conta a sua circunstância física, psicológica, cultural, social e também económica. Neste contexto, a *Teoria do Défice de Autocuidado*, de Dorothea Orem, enquadra as inúmeras áreas de enfermagem a que importa atender num contexto de IU, contemplando a consideração, não somente da prestação de cuidados propriamente dita, mas a importância da investigação, alertando para a importância da prerrogativa de entender a pessoa e as suas múltiplas interações com o meio que a rodeia. Por sua vez, esta teoria oferece ainda a hipótese de planejar e definir quais as intervenções mais relevantes em cada situação – priorizando o objetivo de promover a saúde e o bem-estar.

4. PROGRAMA DE REABILITAÇÃO PARA A PESSOA COM ALTERAÇÃO DA CONTINÊNCIA URINÁRIA

4.1. Objetivos do estudo

É de referir, antes de mais, que, Segundo Carvalho (2009), a investigação surge pela explicitação do objeto e do objetivo, sendo que é a definição do objetivo que oferece uma linha orientadora do que deverá ser desenvolvido, de modo a que se consiga acrescentar algum valor à situação inicial.

Ora, o programa de reabilitação elaborado para a pessoa com alteração da continência urinária teve como objetivo geral analisar os benefícios de um programa de reabilitação para a pessoa com alteração da continência urinária. Já os objetivos específicos delineados incluíram:

- Compreender as intervenções do EEER junto da pessoa com incontinência urinária e dos seus familiares/cuidadores;
- Avaliar a pessoa com necessidade de implementação de um programa de reabilitação funcional motora para a promoção do autocontrolo da continência urinária;
- Planear os cuidados de enfermagem de reabilitação, integrando-os numa perspetiva de individualidade e tendo em conta o diagnóstico clínico, os antecedentes pessoais, os diagnósticos de enfermagem de reabilitação definidos, bem como as limitações e as contraindicações da pessoa com necessidade de promoção do autocontrolo urinário;
- Adequar e individualizar as técnicas de autocontrolo urinário atendendo às necessidades e objetivos da pessoa;
- Promover técnicas comportamentais para a reabilitação da eliminação vesical;
- Avaliar o impacto da implementação das técnicas comportamentais;
- Prestar cuidados especializados de enfermagem de reabilitação à pessoa com incontinência urinária, tendo por base a evidência científica mais atual e utilizando a metodologia do processo de enfermagem;
- Executar intervenções especializadas de enfermagem de reabilitação com vista à maximização da funcionalidade e das capacidades da pessoa/família/cuidador, contribuindo para a sua reintegração na comunidade;

- Analisar o processo de aprendizagem realizado, com vista à aquisição e desenvolvimento de competências.

4.2. Tipo de estudo

Importará referir, antes de mais, que se assume um conceito de enfermagem assente numa perspetiva holista, considerando que as experiências de vida têm um impacto bastante significativo, devendo a investigação produzida e desenvolvida acompanhar a prática onde os cuidados acontecem.

Considerando os objetivos definidos e previamente elencados, é de salientar que o programa de reabilitação desenvolvido surge da realização de um estudo de caso múltiplo não probabilísticos por conveniência. A este respeito, importará mencionar que a investigação suportada por estudos de caso tem vindo a ganhar cada vez maior credibilidade. Nomeadamente a investigação em educação e ciências sociais com base em estudos de caso tem sido desenvolvida por Yin (2010) e Stake (2012), que se têm empenhado em aprofundar, sistematizar e credibilizar este método, sendo ainda de referir que este tipo de estudo apresenta particular interesse em projetos de desenvolvimento curricular (Ponte, 2006).

Ora, importa esclarecer que o estudo de caso se orienta e desenvolve sob a presidência de sucessivas etapas de recolha, análise e interpretação da informação dos métodos qualitativos, com a singularidade de que o objetivo da investigação é o estudo intensivo de um ou poucos casos (Yin, 2010). Como referem Yin (2010) e Stake (2012), o estudo de caso possui um cariz descritivo, analítico e exploratório, que consiste numa modalidade de plano qualitativo; sendo importante acrescentar, em benefício da explicitação do que está em causa, que os estudos de casos múltiplos se baseiam no estudo de mais do que um caso (Yin, 2010; Stake, 2012).

4.3. População e amostra

Uma vez concretizada a escolha de um desenho de investigação, segue-se a definição da população junto da qual se pretende recolher a informação, o que constitui a primeira etapa do processo de amostragem; e, a este respeito, importa explicitar que a população diz respeito ao conjunto de elementos que têm ou representam características comuns (Fortin, 2009).

Ora, no que concerne à investigação que nos ocupa, para proceder à identificação da população-alvo, recorreu-se a uma amostragem não probabilística, tendo por base o princípio da conveniência, segundo o qual o investigador, tendo conhecimento da população-alvo, seleciona uma amostra com características típicas da população a ser estudada (Fortin, 2009); e, enquanto tal, a população-alvo foi constituída por pessoas com alteração da continência urinária admitidas no contexto da prática de cuidados durante o período de implementação do programa de reabilitação e com idade superior a 18 anos.

Considera-se importante salientar que, no âmbito de uma investigação, a escolha da amostra – enquanto eleição da parte da população sobre a qual irá recair o estudo – tem um carácter decisivo, sendo, por isso, fundamental que a amostra seja representativa da população em causa, o que envolve que a mesma possua características que devem estar presentes em todos os elementos da população (Fortin, 2009). Por sua vez, no que concerne à seleção do método de amostragem, importará garantir a presença dos seguintes fatores: objetivo do estudo; recursos disponíveis ou possíveis obstáculos que o terreno apresente e o acesso à população a estudar.

Ora, no âmbito do projeto de enfermagem de reabilitação desenvolvido, recorreremos ao método de amostragem não probabilística acidental ou de conveniência, ou seja, nem todos os elementos da população têm a mesma probabilidade de ser escolhidos para formar a amostra, acidental ou de conveniência (Fortin, 2009). A este respeito, e para que fique claro o que está em causa, é de referir que a amostragem por conveniência comporta uma amostra em que os sujeitos se encontram geograficamente acessíveis e respondem a critérios de inclusão precisos (Fortin, 2009).

4.4. Procedimento de recolha de dados

É de referir que, no âmbito do projeto de investigação que nos ocupa, o procedimento de recolha de dados foi efetuado no respeito pelos princípios científicos inerentes ao método de estudo de caso múltiplo por conveniência e tendo em conta os objetivos delineados.

Nesta linha de atuação, o estudo iniciou-se a partir de um pedido de autorização à Instituição para a realização do mesmo e de um pedido de parecer à comissão de ética e comissão científica da Universidade, sendo que, após concedidas as autorizações das comissões da Universidade e da Instituição de Saúde para efetuar o estudo, teve lugar uma reunião com o enfermeiro chefe do serviço e com a enfermeira orientadora, de forma a premiar a explicitação dos aspetos nucleares da investigação e dar a conhecer os objetivos da mesma, também num esforço de sensibilização para a importância do estudo e com vista a potenciar o envolvimento e colaboração de todos os elementos da Instituição.

Ora, a primeira fase do estudo centrou-se na identificação e seleção de participantes que estariam em condições de fazer parte da amostra, mediante a aplicação de critérios de inclusão e exclusão, consoante a sua aceitação em participar no estudo e a assinatura do consentimento informado (Apêndice A). Importará referir que o primeiro contacto com o participante envolveu explicitar em que consistia o programa e qual o seu objetivo, procedendo, posteriormente, a um levantamento de dados que comportava a apresentação de um conjunto de informações referentes a múltiplos domínios, como seja a idade, sexo, grau de escolaridade, estado civil, agregado familiar e profissão, aferindo ainda os parâmetros biofísicos e a história da incontinência urinária, a qual inclui aspetos como as características da incontinência, padrão de eliminação, sintomas génito-urinários associados. Para além de se pretender aferir a história génio-urinária, o levantamento de dados incidiu ainda em questões referentes à medicação relevante, à perceção da pessoa/cuidador da incontinência e a fatores ambientais; sendo ainda relevante destacar que, nesta primeira avaliação, se propôs também estabelecer um diário miccional, onde a pessoa registava se tinha tido algum episódio de perda urinária, apontava uma potencial causa para que isso pudesse ter acontecido e procedia também ao registo de líquidos ingeridos e eliminados. Por sua vez, ainda neste primeiro contacto, fez-se o ensino do treino dos músculos do pavimento pélvico, solicitando à pessoa que repetisse os exercícios pelo menos

três vezes por dia, sendo de referir que cada sessão de treino estava estimada em cerca de 10 minutos.

A duração do programa foi de quatro semanas, sendo que se fez sessões acompanhadas pelo duas vezes por semana e solicitou-se a colaboração da pessoa para manter estes exercícios, mesmo que não acompanhados. Tentou-se também estabelecer modificações comportamentais, tendo em consideração os seguintes aspetos: redução da ingestão hídrica a partir das 18 horas; treino de hábitos miccionais com programação de idas à casa de banho de 2/2 horas durante o dia e de 4/4 horas durante a noite; treino esfinteriano e contração simultânea dos músculos do pavimento pélvico.

No que diz respeito ao plano de treino dos músculos do pavimento pélvico, solicitava-se que a pessoa tivesse a bexiga vazia e que estivesse o mais relaxada possível, sendo que, para premiar o relaxamento pretendido, foram propostos exercícios de dissociação respiratória cerca de três minutos antes de se iniciar o treino dos músculos pélvicos propriamente dito. Depois, pedia-se à pessoa para comprimir a zona pélvica, como se quisesse parar uma micção. No que diz respeito especificamente às mulheres, pedia-se que puxassem o reto, a vagina e o útero para cima, sendo que, após a identificação da zona muscular a trabalhar, solicitava-se que contraíssem esta zona durante dez segundos e que relaxassem mais dez segundos, repetindo novamente a contração e o relaxamento durante dez segundos. É de referir que estes exercícios deviam ser repetidos dez vezes, três vezes por dia, cerca de dez minutos cada sessão, podendo ser realizados em qualquer sítio, em qualquer horário e em decúbito dorsal, sentado ou na posição ortostática.

Importará ainda mencionar que, quer na primeira sessão individual, quer nas restantes sessões acompanhadas, se aplicou a escala cognitiva Rancho los Amigos (Apêndice G), International Consultation on Incontinence Questionnaire - Short Form (Anexo B), a Escala de Autoeficácia de Broome para a musculatura do pavimento pélvico (Anexo C), além de se fazer o levantamento dos dados biofísicos.

4.5. Instrumentos de colheita de dados

É de referir, antes de mais, que os instrumentos de colheita de dados utilizados no âmbito da investigação que nos ocupa pretenderam dar resposta aos objetivos delineados, sendo que uma parte dos instrumentos foi criada para o efeito e a outra parte envolveu o recurso a escalas utilizadas em Portugal sobre questões similares.

Segundo Fortin (2009), na ausência de instrumentos de recolha de dados, deverá o investigador proceder à sua criação, para que, desse modo, possa responder às questões e aos objetivos de investigação em curso; e importará realçar que, precisamente no contexto do nosso estudo, se considerou necessário proceder à criação de instrumentos de colheita de dados referentes à caracterização do participante (Apêndice B), ao registo de parâmetros biofisiológicos (Apêndice C), à história de enfermagem para a incontinência urinária (Apêndice D) – assumindo os referenciais de Stevens (2011) e, ainda, ao diário miccional (Apêndice E).

Relativamente aos demais instrumentos de colheita de dados adotados, importará clarificar:

- **Caracterização do participante:** cada participante foi caracterizado em função de um conjunto de variáveis socio-demográficas, sendo de destacar, de entre as variáveis pré-definidas, a idade, sexo, escolaridade, estado civil, agregado familiar e profissão.

- **Registo de parâmetros biofísicos:** é de salientar que nos permitiu fazer uma avaliação da evolução dos sinais vitais, saturação periférica de oxigénio e dor glicémia capilar.

- **História de enfermagem para incontinência urinária:** o registo operacionalizado intentou perceber qual a história de incontinência urinária antes do internamento, aferir qual o atual padrão e características da incontinência, assim como a presença de eventuais componentes clínicos, veiculando ainda o acesso a informações referentes à existência de algum sintoma génito-urinário, antecedentes como o número de partos, cirurgias pélvicas, infeções urinárias, tratamentos anteriores para a IU, medicação atual, bem como a perceção da incontinência por parte da pessoa/cuidador e as condições inerentes aos fatores ambientais, como seja a questão do acesso a casa de banho, a distância à casa de banho e a utilização de fraldas/pensos.

É de referir que as questões efetuadas foram “fechadas”, permitindo respostas rápidas e assegurando, deste modo, a fidelidade do documento, ao mesmo tempo que se beneficia o delineamento de uma visão global do participante.

- **Diário miccional:** os registos referentes ao momento em que ocorreram as micções, permite-nos determinar a frequência, o horário e o volume de urina perdida ou eliminada através de micção.

Por sua vez, quanto aos instrumentos de colheita de dados que nos permitiram avaliar e evidenciar as intervenções efetuadas, procedeu-se à adoção da escala cognitiva Rancho los Amigos, International Consultation on Incontinence Questionnaire - Short Form, Escala de Autoeficácia de Broome para a musculatura do pavimento pélvico.

- **Escala Rancho los Amigos:** permite a avaliação cognitiva e comportamental, sendo uma escala que foi desenvolvida no *Rancho Los Amigos National Rehabilitation Center*, nos Estados Unidos da América e divulgada em 1972. Foi posteriormente revista, em 1974, e foram acrescentados 2 níveis de funcionamento cognitivo, passando de 8 para 10 níveis, muito embora seja possível optar pela aplicação dos originais 8 primeiros itens, tendo em conta que os 2 itens posteriormente acrescentados visam especificamente dar resposta a recuperações tardias de pessoas vítimas de traumatismos crânio-encefálicos.

É de referir que, em 1997, a escala foi novamente revista e republicada em 1998, tendo sido acrescentados três itens a três níveis (Pereira et al., 2021).

Importará explicitar que os níveis estão hierarquizados, de I a VIII, sendo que o nível I corresponde a um nível mais baixo de funcionamento cognitivo e o nível VIII corresponde ao nível mais alto. Por sua vez, a escala é formada por uma totalidade de 84 itens, distribuídos pelos 8 níveis, que visam dar resposta a uma avaliação dos comportamentos, respostas a estímulos, competências das funções cognitivas, resposta à interação social e ambiental e o desempenho na execução de atividades de vida (Pereira et al., 2021).

- **International Consultation on Incontinence Questionnaire - Short Form:** inicialmente desenvolvido por Avery et al., (2001), apresenta-se como um questionário simples, breve e autoadministrável, permitindo avaliar o impacto da incontinência urinária na qualidade de vida da pessoa e viabilizando a qualificação da perda urinária.

É de referir que Tamanini et al. (2004) traduziu e validou a escala em questão para a língua portuguesa, sendo a sua utilização recomendada pela Associação Portuguesa de Urologia.

Esta escala é formada por quatro questões que avaliam respetivamente a frequência das perdas urinárias, a quantidade da perda, o impacto provocado pela incontinência e, por último, as causas ou as situações concretas de perda urinária. Ora, na primeira questão é atribuída uma pontuação de 0 a 5 pontos, na segunda questão propõe-se um intervalo de 0 a 6 pontos, sendo a pontuação atribuída de 2/2 valores, na terceira questão propõe-se a variação de 0 a 10 pontos e, na última questão, que avalia as causas e as situações de perda urinária, não é solicitada a atribuição de qualquer valor.

É de referir que o resultado varia entre 0 e 21 valores e obtém-se pelo somatório dos valores obtidos nas primeiras três perguntas, sendo que, quanto maior o valor obtido, maior o impacto que a IU terá na qualidade de vida do paciente, muito embora o impacto que a IU tem na qualidade de vida seja, concreta e explicitamente, avaliado na questão número 3, em que, do ponto de vista do significado inerente à contabilização dos valores obtidos, 0 não representa qualquer impacto, entre 1-3 é um impacto leve, entre 4-6 é um impacto moderado, 7-9 é grave e 10 é considerado muito grave (Tamanini et al., 2004).

- Escala de Autoeficácia de Broome para a musculatura do pavimento pélvico: permite obter informação sobre a segurança da pessoa face ao seu próprio desempenho e o resultado conseguido pelo treino dos músculos do pavimento pélvico, sendo importante ter em consideração que o treino deste grupo muscular se destina ao tratamento e prevenção de perdas urinárias (Branquinho et al., 2007).

É de referir que a escala em questão foi validada e adaptada para a população portuguesa por Branquinho e os seus colaboradores em 2007.

A escala comporta um total de 23 questões, divididas em dois grupos, que tratam de situações diferentes, muito embora ambas relacionadas com a situação da IU. A primeira parte, definida como parte A, tem 14 questões, sendo que a segunda parte, designada parte B, é composta por 13 questões. As diversas questões inerentes quer ao grupo A, quer ao grupo B, premeiam a atribuição de uma pontuação que vai de 0 (que significa “nada confiante”) até 100 (que significa “muito confiante”), sendo de realçar que, na parte A, a pessoa marca o seu nível de confiança na realização das tarefas descritas e, na parte B, a pessoa deverá assinalar o nível

de confiança que sente aquando da realização de determinadas tarefas especificamente sob o efeito de contração dos músculos pélvicos com o intuito de evitar perdas urinárias (Broome, 2003).

Ora, em cada parte da escala é obtido um determinado valor, que é posteriormente dividido pelo número de itens de cada subescala, sendo que o valor final é obtido pelo somatório de todos os valores conseguidos, dividindo esse valor pelo número de itens da escala, o que significa que o valor final é a média de todos os itens. Neste contexto, quanto mais elevado for o valor conseguido, maior será o grau de eficácia, sendo que um valor inferior a 33 representa uma baixa autoeficácia; por sua vez, um valor entre 33 e 66, representa uma autoeficácia moderada e um valor superior a 66 representa uma autoeficácia elevada (Broome, 2003; Branquinho et al., 2007).

4.6. Tratamento e análise de dados

Avista-se importante proceder à apresentação dos dados recolhidos durante a aplicação do programa de enfermagem de reabilitação para a pessoa com alteração da continência urinária, de forma a dar respostas aos objetivos delineados.

É de referir que a apresentação dos resultados se inicia com a caracterização do participante; sendo que, conforme mostra o quadro que se apresenta de seguida, a amostra é composta por um total de 8 participantes, em que 5 participantes são do sexo feminino e 3 do sexo masculino. A média de idades é 60,13 anos, a mediana de 61,5 anos e o desvio padrão de $\pm 11,01$ anos.

Quadro 2: Caracterização da idade dos participantes

Idade	Amostra total (n=8)	Percentagem %	Média	Mediana	Desvio padrão
20-30 anos	0	0	60,125	61,5	
31-40 anos	0	0			

41-50 anos	2	25			±11,01
51-60 anos	2	25			
61-70 anos	2	25			
71-80 anos	2	25			

Por sua vez, no quadro que se segue, sintetizamos os restantes dados recolhidos do ponto de vista da caracterização do participante, sendo de salientar que, relativamente à escolaridade, verificamos uma predominância do ensino básico, em 50% dos participantes; é de referir que a totalidade dos participantes é casada ou vive em união de facto; no que concerne à composição do agregado familiar, verificamos que 50% da amostra possui um agregado composto por duas pessoas; e, por fim, como se pode constatar no quadro apresentado de seguida, verificamos que 50% dos participantes estão reformados.

Quadro 3: Caracterização dos participantes

Caracterização do Participante	Amostra total (n=8)	Percentagem %
Sexo		
Feminino	5	62,5%
Masculino	3	37,5%
Escolaridade		
Analfabeto	0	0%
Ensino primário	3	37,5%
Ensino básico	4	50%
Ensino superior	1	12,5%
Estado civil		
Casado/União de facto	8	100%
Divorciado/Separado	0	0%
Viúva	0	0%
Solteira	0	0%

Agregado familiar		
1 pessoa	0	0%
2 pessoas	5	62,5%
3 pessoas	2	25%
4 pessoas	1	12,5%
Profissão/ocupação		
Desempregado	1	12,5%
Reformado	5	62,5%
Eletricista	1	12,5%
Gestor	1	12,5%

De seguida, o quadro que se apresenta reflete a avaliação dos parâmetros biofisiológicos no âmbito da primeira (1ª aval) e última sessão (2ª aval). Procedeu-se à avaliação da tensão arterial (TA), frequência cardíaca (FC), ciclos respiratórios (CR), temperatura (Temp.), dor, saturação periférica de oxigénio (SpO₂) e glicémia (GC), sendo importante referir que este último parâmetro foi avaliado exclusivamente no caso do participante ter Diabetes mellitus; e nos casos em que não se procedeu à avaliação do respetivo parâmetro atribuiu-se a categoria *não aplicado* (NA).

Quadro 4: Caracterização da avaliação dos parâmetros biofisiológicos

Participante	Parâmetro biofisiológico													
	TA mm/Hg		FC bpm		CR cpm		Temp. °C		Dor		SpO ₂ %		GC mg/dl	
	1ª aval	2ª aval	1ª aval	2ª aval	1ª aval	2ª aval	1ª aval	2ª aval	1ª aval	2ª aval	1ª aval	2ª aval	1ª aval	2ª aval
1	134/ 76	123/ 64	102	85	19	18	37,2	36	0	0	96	95	109	128
2	131/ 67	127/ 65	87	75	18	18	36,4	35,9	0	0	98	96	NA	NA
3	124/ 72	123/ 68	109	87	18	17	36,9	36,1	0	0	97	95	NA	NA

4	125/ 70	131/ 69	86	77	18	17	36,7	36	0	0	99	97	239	198
5	167/ 87	166/ 91	91	83	17	18	36,8	37,1	0	0	96	95	NA	NA
6	142/ 85	140/ 78	77	86	19	16	35,9	36,6	0	0	99	97	NA	NA
7	154/ 76	131/ 76	88	80	17	16	36,6	35,7	0	0	94	96	NA	NA
8	125/ 71	132/ 68	98	85	18	16	36,1	35,8	0	0	96	97	150	97

Por sua vez, os quadros que apresentaremos de seguida refletem a avaliação efetuada quando aplicada a *História de enfermagem para a incontinência urinária*, sendo que a mesma teve lugar aquando do primeiro contato com o participante. Considera-se importante salientar que, relativamente aos sintomas génito-urinários, alguns participantes apresentam mais do que um sintoma associado.

Quadro 5: Características da incontinência urinária

Características da IU	Número e percentagem de participantes	
	n	%
Frequência		
1 vez dia	1	12,5
2 vezes dia	2	25
3 ou mais vezes dia	5	62,5
Fatores precipitantes		
Tosse/ Espirro/ Esforço	4	50
Nenhum	4	59
Padrão		
Frequência diurna	2	25
Frequência noturna	4	50
Ambos	2	25
Urgência urinária associada		
Sim	4	50

Não	4	50
Quantidade de perda		
Pouca	7	87,5
Moderada	1	12,5
Grande	0	0
Tipo de perda		
Esguicho	0	0
Gotejo	8	100
Fluxo	0	0
Número de fraldas/pensos utilizados por dia		
1	0	0
2	3	37,5
3 ou +	5	62,5
Sintomas génito-urinários associados		
Sensação de bexiga cheia	0	0
Incapacidade de atrasar a micção	8	100
Sensação de esvaziamento incompleto	1	12,5
Gotejo após a micção	5	62,5
Sintomas de obstrução (dificuldade de iniciar a micção, fluxo interrompido, esforço para urinar)	2	25
Sintomas de infeção urinária (disúria, hematúria)	0	0

Relativamente ao quadro que será apresentado de seguida, o mesmo expõe os resultados referentes a uma anamnese da história génito-urinária, a qual foi desenvolvida pelo facto de se considerar que a história génito-urinária poderia ter um impacto significativo na atual IU dos participantes. Destacamos que, de todos os participantes, apenas um (sexo feminino) já tinha realizado treino dos músculos do pavimento pélvico com vista ao tratamento da IU.

Quadro 6: História gênito-urinária

História gênito-urinária	Número e percentagem de participantes	
	n	%
Partos (apenas aplicável as participantes do sexo feminino)	5	83,3
Cirurgias prévias (pélvicas ou do sistema urinário inferior)	0	0
Infeções urinárias recorrentes	0	0
Tratamento anterior para a IU	1	16,7

Por sua vez, o quadro que se segue expõe o impacto que a IU tem no desempenho das atividades de vida diárias. Verifica-se que todos os participantes referem alguma interferência no desempenho das atividades de vida. Destaca-se que 6 no universo de 8 participantes refere moderada ou muita interferência.

Quadro 7: Interferência da IU nas atividades de vida

Interferência da IU nas atividades de vida	Número e percentagem de participantes	
	n	%
Nenhuma	0	0
Pouca	2	25
Moderada	3	37,5
Muita	3	37,5

O quadro que se apresenta de seguida reflete o impacto da IU na qualidade de vida, sendo que podemos verificar que, para 62,5% dos participantes, a IU tem um impacto moderado/grave na qualidade de vida.

Quadro 8: Impacto da IU na qualidade de vida

Impacto da IU na qualidade de vida	Número e percentagem de participantes	
	n	%
Baixo	3	37,5
Moderado	2	25
Grave	3	37,5

Propõe-se agora a apresentação de uma tabela referente à aplicação do diário miccional, importando esclarecer que se optou por proceder à aplicação do mesmo na primeira abordagem com a pessoa e na última sessão de treino do pavimento pélvico acompanhado. A tabela que se apresenta mostra, então, a evolução verificada após 4 semanas de exercícios, sendo de salientar que se verificou uma efetiva e significativa evolução na reaquisição do controlo da continência urinária. É ainda importante referir que, a par do treino dos músculos de pavimento pélvico, se deu o *input* para diminuição da ingestão de líquidos a partir das 18 horas.

Quadro 9: Episódios de IU antes e após a aplicação do programa de reabilitação

Episódio de incontinência urinária	Número e percentagem de participantes			
	Primeira avaliação		Última avaliação	
	n	%	n	%
Número de episódios IU/dia				
0	0	0	0	0
1	0	0	2	25
2	3	37,5	4	50
3 ou +	5	62,5	2	25
Quantidade de perda				
Nenhuma	0	0	2	25
Pouca	7	87,5	5	62,5
Moderada	1	12,5	1	12,5
Grande	0	0	0	0

Padrão				
Nenhum	0	0	3	37,5
Diurno	2	25	3	37,5
Noturno	4	50	1	12,5
Ambos	4	25	1	12,5

Por sua vez, apresenta-se um quadro referente aos resultados da aplicação da escala Rancho Los Amigos, importando lembrar que se procedeu à aplicação da respetiva escala na primeira e na última avaliação levadas a cabo. É ainda de referir que os resultados se mantiveram iguais em ambas as avaliações.

Quadro 10: Resultados da aplicação da escala Rancho los Amigos

Nível/Denominação	Número e percentagem de participantes			
	Primeira avaliação		Última avaliação	
	n	%	n	%
I – Sem resposta	0	0	0	0
II – Resposta generalizada	0	0	0	0
III – Resposta localizada	0	0	0	0
IV – Confuso/agitado	0	0	0	0
V – Confuso/inadequado	0	0	0	0
VI – Confuso/apropriado	0	0	0	0
VII – Automático/apropriado	0	0	0	0
VIII - Intencional	8	100	8	100

A perceção da IU quanto à frequência, quantidade, impacto na vida diária e momentos em que ocorre, foi estudada a partir das respostas ao *International Consultation on Incontinence Questionnaire - Short Form* (ICIQ-SF) e, de seguida, apresentamos os resultados recolhidos pela sua aplicação. É de referir que esta escala foi aplicada durante a primeira avaliação e na última sessão de treino dos músculos do pavimento pélvico acompanhado.

Quadro 11: Comparação dos valores de α Cronbach para o estudo de Tamanini et al. (2007) e do presente estudo para a escala ICIQ-SF

Escala ICIQ-SF	Número de questões	α Cronbach (Tamanini et al., 2004)	Presente estudo
		3	0,88

Quadro 12: Resultados da aplicação do ICIQ-SF

Pontuação da ICIQ-SF	Número e percentagem de participantes			
	Primeira avaliação		Última avaliação	
	n	%	n	%
Impacto leve (0-3 pontos)	3	37,5	5	62,5
Impacto moderado (4-6 pontos)	2	25	3	37,5
Impacto grave (7-9 pontos)	3	37,5	1	12,5
Grave (10 pontos)	0	0	0	0

Destaca-se que as categorias referentes à *consciência dos participantes sobre o seu nível de confiança na execução de atividades de vida sem perdas de urina e ao nível de confiança que possuem ao desempenhar essa mesma atividade como forma de prevenção de perdas de urina* são avaliadas em função das respostas dadas à Escala de Autoeficácia de Broome para os Músculos do Pavimento Pélvico.

Ora, o quadro que se apresenta de seguida mostra os dados recolhidos pela implementação dessa mesma escala, a qual foi aplicada em dois momentos distintos: na primeira e na última avaliação. É ainda de referir que, de modo a validar a aplicação desta escala, foi aplicado o α Cronbach, com o propósito de determinar o nível de consistência do questionário.

Quadro 13: Comparação dos valores de α Cronbach para o estudo de Branquinho et., (2007) e do presente estudo para a escala de Autoeficácia de Broome

Escala de Autoeficácia de Broome	Número de itens	α Cronbach (Branquinho et al., 2007)	Presente estudo
Parte A	14	0,913	0,952
Parte B	9	0,903	0,970
Total	23	0,922	0,960

Quadro 14: Resultados da aplicação da escala de Autoeficácia de Broome para a musculatura do pavimento pélvico

Pontuação da escala de Autoeficácia de Broome para a musculatura do pavimento pélvico	Número e percentagem de participantes			
	Primeira avaliação		Última avaliação	
	n	%	n	%
Baixa autoeficácia (pontuação < 30)	5	62,5	1	12,5
Autoeficácia moderada (pontuação entre 33-66)	3	37,5	5	62,5
Autoeficácia elevada (pontuação > 66)	0	0	2	25

4.7. Discussão de resultados

Uma vez desenvolvida a apresentação dos resultados recolhidos durante a implementação do projeto, justifica-se avançar para a interpretação e discussão dos mesmos, procedendo à sua apreciação crítica e comparativa – que se pretende devidamente fundamentada com base na mais recente evidência científica.

Fará sentido que a nossa análise comece por proceder à apreciação das variáveis presentes na caracterização do participante, sendo que tentaremos perceber se estas variáveis têm alguma relevância na existência de IU.

Ora, neste contexto, em relação à idade, importa lembrar, antes de mais, que os dados recolhidos nos permitiram verificar que a média de idade dos participantes com IU é de 60,125 anos. A este respeito, e no sentido de proceder à interpretação dos resultados obtidos, podemos convocar os estudos desenvolvidos por Parker & Griebeling (2015), segundo os quais a IU afeta 17 a 24% das mulheres com idade superior a 65 anos e, aproximadamente, 75% com idade superior a 75 anos. Por sua vez, um outro estudo, desenvolvido por Foley et al. (2012), apurou que, em indivíduos com 65 anos ou mais, a prevalência de IU estimava-se entre 8-22%.

Ora, no contexto da problemática em discussão, é de salientar que, segundo os resultados obtidos no âmbito do estudo que nos ocupa, não existe evidência de uma correlação significativa entre a idade e a IU, muito embora, por outro lado, os resultados comprovem que a prevalência de IU é superior nas mulheres, comparativamente aos homens; e a este respeito, importará mencionar um estudo desenvolvido por DeMucha et al. (2013) que refere que 51 % das mulheres já tiveram, em algum momento da sua vida, algum episódio de IU, sendo ainda de referir que determinados estudos desenvolvidos em Portugal comprovaram a efetiva prevalência da IU no sexo feminino, nomeadamente o Inquérito Nacional de Saúde de 2014 que verificou que 7,3% dos inquiridos referiram IU e, em conformidade com vários estudos internacionais, esta incidência é maior no sexo feminino, com um resultado de 9,6% por parte das mulheres inquiridas, comparativamente a um resultado de 4,6% por parte dos indivíduos do sexo masculino (Instituto Nacional de Estatística, 2016). É, inclusivamente, possível que estas percentagens sejam superiores, uma vez que, devido ao estigma ainda associado à IU, muitas pessoas acabam por não procurar ajuda diferenciada; e, relativamente a esta questão, faz sentido referenciar o estudo realizado por DeMucha et al. (2013), segundo o qual apenas 38% das mulheres falaram com profissionais de saúde, de um total de 51% que já tinha experienciado algum episódio de IU.

Ainda no contexto da problemática em discussão, Teunissen et al. (2006) referem que o impacto da IU é maior nos homens, embora a prevalência de IU se mostre maior nas mulheres. Sucederá que o facto de os homens não conseguirem ter total controlo na perda de urina maximize a natureza e o teor do impacto da IU nas suas vidas, sendo ainda de realçar que os dados evidenciam que as mulheres dão maior importância às medidas que terão que mobilizar para controlar as perdas urinárias.

Por outro lado, mas ainda no horizonte da problemática até ao momento em discussão, importará mencionar que outro fator que poderá dar resposta à prevalência da IU nas mulheres,

comparativamente aos homens, tem a ver com a paridade, porquanto vários estudos clínicos comprovam que as mulheres que tiveram partos por via vaginal apresentam um maior risco de desenvolver IU, comparativamente às mulheres nulíparas ou às mulheres que foram submetidas a cesariana (Wesnes et al., 2009). Neste contexto, é importante referir que a gravidez, o parto, a episiotomia e determinadas intervenções cirúrgicas, como seja a histerectomia, podem levar a lesões de estruturas do pavimento pélvico (Wood & Anger, 2014). Por sua vez, a menopausa está relacionada com alguma fraqueza das estruturas de suporte do pavimento pélvico, principalmente pela alteração hormonal que causa, sendo de referir que a menopausa aumenta a prevalência de IU em cerca de 30 a 60% das mulheres (Hunnskaar et al., 2014).

Já no que concerne à variável referente às habilitações literárias, no âmbito do processo de caracterização do participante, é de referir que 50% da amostra apresenta predominância do ensino básico e 37,5% completou o ensino primário; e a este respeito importará referir que um estudo desenvolvido por Oliveira et al. (2009) refere que a IU revela maior incidência em pessoas com o ensino básico e em pessoas que se enquadram no analfabetismo, com 58,82% e 5,88% dos casos, respetivamente. Por sua vez, fará sentido mencionar que, aquando da validação da escala ICIQ-SF, elaborado por Tamanini et al. (2004), a amostra se revelou predominantemente analfabeta ou possuindo apenas a escolaridade mínima.

É de realçar que, no âmbito do estudo que nos ocupa, a literatura supracitada premiou que se optasse por ser o investigador a elaborar as questões referentes aos instrumentos de recolha de dados do respetivo campo, em detrimento do recurso a questionários disponíveis, de modo a suplantar eventuais dificuldades de interpretação das questões propostas devido a um eventual baixo nível de escolaridade. E a este respeito, nomeadamente no que concerne à elucidação dos fundamentos que estiveram na base da opção supracitada, fará sentido mencionar que Taminini et al. (2004) faz referência às limitações decorrentes do baixo nível de escolaridade dos participantes, declarando, inclusivamente, a necessidade de proceder à leitura das questões aos participantes, porquanto somente desse modo se mostrou viável integrar a totalidade dos elementos da amostra no seu estudo.

Por sua vez, em relação às restantes variáveis da caracterização do participante, não foram encontrados estudos que estatisticamente corroborem os dados apresentados, pelo que não procederemos ao aprofundamento do que já foi exposto, avançando, assim, para a consideração dos parâmetros biofisiológicos.

No que concerne a tal domínio, é de salientar que foi possível verificar a existência de valores referentes à tensão arterial tendencialmente elevados; e, a este respeito, muito embora alguns estudos, como sejam os desenvolvidos por Patel et al. (2001), não demonstrem uma significativa relação entre hipertensão arterial e IU, é possível encontrar literatura que estabelece tal correlação, nomeadamente um estudo efetuado por Quadros & Bezerra (2016), que precisamente indica a hipertensão arterial como um dos fatores predisponentes para a prevalência de IU, muito embora o mesmo estudo esclareça que não foi possível apresentar evidências do teor de uma eventual relação direta entre IU e hipertensão arterial.

Ainda a respeito do domínio dos parâmetros biofisiológicos, importará discutir a avaliação da glicémia capilar, a qual, como já referido, foi efetuada apenas aos participantes diabéticos; sendo que, a este respeito, importará mencionar que, muito embora no âmbito dos estudos desenvolvidos por Patel et al. (2001) não seja apresentada uma relação estatisticamente significativa entre os doentes diabéticos e a existência de IU, um estudo realizado por Vaughn (2009) menciona que a existência de fatores como a diabetes contribui para a existência de IU. Ora, a este respeito e no âmbito do estudo que nos ocupa, é de referir que não foram encontradas evidências que permitam sustentar a declaração de uma relação significativa entre IU e Diabetes mellitus, muito embora seja importante salientar, mais uma vez, que a avaliação da glicémia capilar foi levada a cabo somente aos participantes diabéticos, sendo que apenas três participantes de um universo de oito, eram diabéticos.

Por sua vez, relativamente aos restantes parâmetros biofisiológicos, é de referir que a pesquisa levada a cabo no âmbito da presente investigação não permitiu encontrar referências que sustentem a declaração de uma relação direta entre os demais parâmetros avaliados e a IU – ou mesmo a sua negação, pelo que não se procederá ao aprofundamento do anteriormente exposto.

Relativamente às características da IU, a investigação que nos ocupa permitiu verificar que, da totalidade do universo dos participantes, cinco referem três ou mais perdas de urina por dia; e a este respeito importará referir o estudo realizado por Quadros & Bezerra (2016) que precisamente menciona que a maioria das pessoas com IU apresenta vários episódios de perda urinária por dia. Ora, é de realçar que os resultados do nosso estudo corroboram os resultados apresentados pelos autores citados.

É ainda de referir que, de entre os participantes da investigação que nos ocupa, 50% refere a existência de algum fator precipitante como seja o espirro, a tosse e o esforço, sendo que os restantes 50% declaram não existir nenhum fator que associem ao episódio de perda urinária; e a este respeito importará referenciar o estudo realizado por Fernandes et al. (2015), no âmbito do qual a prevalência de IU de esforço foi de 71,9% e de urgência foi de 23,4%. Ora, apesar deste estudo ter sido aplicado apenas a mulheres, considera-se que o mesmo sustenta os dados recolhidos no âmbito do nosso estudo, o qual justifica que associemos fatores como a tosse e o espirro ao episódio de perda urinária.

Por sua vez, no âmbito da investigação que nos ocupa, também foi possível verificar que 100% dos participantes referem ter dificuldade em atrasar a micção; e, a este respeito, importará referenciar um estudo realizado por Nazarko (2017) que identifica que a medicação habitualmente prescrita em casos de IU, como diuréticos e sedativos, influenciam a capacidade de perceber e atrasar o ato de urinar, levando a um aumento da urgência urinária.

Se associarmos ambos os fatores supracitados – a incapacidade de atrasar o ato de micção e a perda de urina aquando do esforço, estamos em condições de declarar uma situação de IU mista; e, a este respeito, importará referenciar um estudo efetuado por Higa et al. (2008), segundo o qual, num universo de 164 mulheres com queixas de IU, se veio a verificar que 78,9% apresentavam sintomatologia condizente com IU mista. Neste contexto, é de salientar que, no âmbito do nosso estudo, também foi possível verificar que 50% da população apresentava sintomas perfeitamente enquadráveis na IU mista.

O estudo que desenvolvemos permitiu ainda registar um maior número de relatos de IU associados ao período noturno, sendo que este facto se considera poder ser justificado por um estudo realizado por Nazarko (2017), em que se refere que a toma de sedativos e de diuréticos interfere na capacidade de retenção urinária e estimulam a produção de urina.

Ainda no que diz respeito às características da IU, a investigação que nos ocupa permitiu verificar que, em relação à quantidade de urina perdida, 87,5% dos participantes refere perder pouca quantidade; e, a este respeito, importará mencionar que vários estudos demonstram que a grande maioria das pessoas que sofre de IU refere perder pequenas quantidades de urina. Poderemos referenciar, por exemplo, o estudo efetuado por Capela et al. (2017) que, relacionando as doenças de foro neurológico e IU, evidencia que a maioria dos doentes apresenta pequenas perdas de urina; sendo que podemos também fazer referência a um estudo

levado a cabo por Silva e D'Elboux (2012), o qual associa a IU em idosos com a existência de comorbilidades, como seja o caso de lesões cerebrais, relatando perdas de urina de pequena quantidade.

Ora, é de referir que o tipo de perda mais comum na nossa amostra é o gotejamento urinário; e, a este respeito, considera-se pertinente convocar um estudo randomizado realizado a 553 mulheres por Bump et al. (2003), o qual destaca que os principais sintomas de IU mista são a urgência em urinar, a necessidade frequente de urinar durante a noite, o gotejamento urinário constante, a sensação de esvaziamento vesical incompleto e o jato de urina fraco. Considera-se que este estudo concede consistência interpretativa aos resultados obtidos no âmbito da investigação que nos ocupa, nomeadamente e especificamente no que diz respeito a termos verificado que: a totalidade da amostra apresenta dificuldade em atrasar a micção; a forma mais frequente de perda de urina é por gotejamento; prevalece sintomatologia que se coaduna com obstrução urinária, como é o caso do fluxo fraco ou interrompido.

É ainda de referir a existência de estudos que relatam a presença frequente de gotejamento pós-urinário, sendo que, a este propósito, se considera relevante mencionar que, um dos participantes que mais referiu este tipo de perda urinária, foi um participante com graves queixas de lombalgia devido a uma hérnia localizada num disco intervertebral. Ora, a este respeito, avista-se pertinente referenciar um estudo de Smith et al. (2009) que, precisamente, esclarece a possibilidade de suceder uma compressão das raízes nervosas que conduz a disfunção neurogénica vesical, sendo que, tais alterações podem suceder, não apenas na fase de enchimento, como também na fase de esvaziamento.

Por sua vez, e ainda no que concerne às características da IU, a investigação que nos ocupa permitiu verificar que, relativamente ao número de fraldas /pensos absorventes utilizados – indicador que se considera poder estar, em larga medida, relacionado com o número de episódios e a quantidade de urina perdida, 62,5% da amostra refere utilizar mais do que três fraldas ou pensos por dia. Ora, a este respeito, importará realçar a existência de estudos que referem que são utilizadas mais fraldas/pensos quanto menor for o seu poder absorvível, podendo ainda suceder que o número de trocas possa dever-se também à presença de humidade e à própria degradação da fralda/penso (Beeckman et al., 2015).

Para além da necessária interpretação e/ou apreciação crítica dos aspetos supracitados, referentes aos domínios que foram indicados, importará passar à discussão dos resultados

obtidos no horizonte da aplicação de um conjunto de escalas selecionadas; e, desde já, neste contexto, e assumindo o roteiro expositivo das secções anteriores, importará mencionar um conjunto de resultados que a aplicação da escala Rancho los Amigos permitiu registrar, fazendo sentido salientar primeiramente o facto de se haver verificado que 100% da amostra obteve uma pontuação de nível *VIII – Intencional*. A este respeito, considera-se pertinente referenciar um estudo realizado por Dumoulin et al. (2018), com base no qual verificamos que, em pessoas cognitivamente íntegras, o treino dos músculos do pavimento pélvico contribui eficazmente para uma redução da IU. Por sua vez, um estudo de carácter descritivo, transversal e de natureza quantitativa, realizado por Santos et al. (2021), demonstra que os idosos com compromisso cognitivo apresentam maior incidência de IU. Ora, no contexto do exposto, considera-se que os dados facultados pelos estudos em causa permitem confirmar os resultados obtidos no presente estudo.

Por sua vez, no que concerne à aplicação da escala ICIQ-SF, é de referir que esta nos permitiu verificar uma evidente evolução – quanto à frequência das perdas urinárias, quantidade e impacto da IU – uma vez levada a cabo a análise comparativa da situação anterior e da situação posterior à aplicação do programa de reabilitação para a pessoa com alteração da continência urinária; e importará salientar que os resultados apurados se consideram comprovados por um conjunto de estudos, de entre os quais se poderá evidenciar um estudo desenvolvido por Oliveira et al. (2009), segundo o qual 50% da amostra estudada refere uma diminuição da frequência das perdas urinárias no decurso de programas de reabilitação para a pessoa com alteração da continência urinária. Por sua vez, no estudo desenvolvido por Capela et al. (2017) – que procurou avaliar o impacto da IU na qualidade de vida em doentes neurológicos – verifica-se que, após a aplicação de um programa de treino dos músculos do pavimento pélvico, não somente diminuem a frequência e a quantidade das perdas urinárias dos participantes no estudo, como sobressai a melhoria da qualidade de vida. Ainda Pires et al. (2019) efetuaram um estudo quasi-experimental em que um dos instrumentos utilizados foi o ICIQ-SF, sendo de realçar que este estudo foi aplicado a uma população idosa, sobressaindo a particularidade de envolver o treino da musculatura do assoalho pélvico; e é de realçar que os resultados do estudo referem que, após a aplicação do treino, verificou-se um aumento da competência dos músculos do pavimento pélvico e, por conseguinte, um aumento da percepção da qualidade de vida. De referir ainda, por fim, um outro estudo desenvolvido por Arkan et al. (2019) que atesta a evolução positiva de um grupo de participantes que foi sujeito a um programa de reabilitação de treino do pavimento pélvico, comparativamente a um grupo de

controle que não beneficiou de tal programa, sendo de realçar uma significativa evolução no parâmetro referente à frequência urinária.

No que diz respeito aos resultados obtidos no âmbito da aplicação da escala de autoeficácia de Broome para a musculatura do pavimento pélvico, é de salientar que se verificou uma evolução favorável após a aplicação do programa de treinamento anteriormente mencionado – o que se considera especialmente significativo no que concerne a aferir a eficácia do programa, porquanto, como já explicitado, a escala de autoeficácia de Broome permite ter uma percepção do nível de confiança dos músculos do pavimento pélvico na realização de atividades do dia-a-dia; e, enquanto tal, a constatação de uma evolução positiva do ponto de vista dos resultados obtidos pela aplicação da escala de autoeficácia de Broome favorece o reconhecimento da efetiva mais valia do programa no que se refere à promoção da reabilitação em casos de IU.

Ora, a propósito dos resultados obtidos e das apreciações que acabamos de propor, faz sentido referenciar um estudo realizado por Roza (2011), segundo o qual quanto maior for a confiança no uso dos músculos do pavimento pélvico na concretização de atividades do dia-a-dia, sem a existência de perdas de urina, maior será o estímulo e a motivação da pessoa para progredir no programa de reabilitação. Por sua vez, um outro estudo, realizado por Macedo (2017), conclui que, após um programa de reabilitação para a musculatura do pavimento pélvico de 10 semanas, o grupo de intervenção apresentou uma melhoria na percepção da confiança dos músculos pélvicos durante a execução de tarefas diárias, sem que surjam perdas urinárias. E ainda a este respeito, Dumoulin et al. (2018) demonstraram, no seu estudo, que o treino dos músculos do pavimento pélvico reduz o número de episódios de perda urinária.

Por sua vez, considera-se ainda pertinente referenciar um estudo realizado por Gomes et al. (2017), o qual, com uma amostra composta apenas por elementos do sexo masculino, recorreu à utilização do método de pilates clínico para promover o incremento de força nos músculos pélvicos, sendo que os resultados apurados, após 12 semanas de programa, foram muito positivos – o que nos induz a concluir que o recurso ao método de pilates clínico traz benefícios equiparáveis àqueles que são promovidos através do treino dos músculos pélvicos convencional.

Já Wikander et al. (1998) realizaram um estudo prospetivo e randomizado com dois grupos e conseguiram concluir que a autoconfiança da pessoa na realização das atividades de

vida diária era influenciada pela existência de IU, sendo que, com base nos resultados apurados no âmbito da investigação que nos ocupa e atendendo às conclusões apuradas no contexto da literatura científica revista e citada, cabe-nos atestar a significativa diferença estatística quando comparamos o antes e o após a aplicação do programa do ponto de vista da autoeficácia dos músculos do pavimento pélvico – o que se considera ter tradução no nível de autoconfiança da pessoa na realização das atividades de vida diária.

É ainda de referir que os estudos analisados e considerados, no âmbito do processo de desenvolvimento da investigação que nos ocupa, favoreceram o delineamento da margem temporal mais oportuna à aplicação de programas de reabilitação para a pessoa com alteração da continência urinária, que visem o incremento de força nos músculos do pavimento pélvico: quatro a doze semanas; e, face ao exposto, importará clarificar que o estudo levado a cabo no contexto da presente investigação envolveu a aplicação do programa de reabilitação durante quatro semanas, com treinos três vezes por dia.

4.8. Considerações finais relativas à implementação do programa

Após a análise e discussão dos resultados recolhidos durante a implementação do programa de enfermagem de reabilitação para a pessoa com alteração da continência urinária, parece-nos existir uma clara diminuição a nível das perdas urinárias, que tem reflexos no aumento da qualidade de vida.

Em relação ao objetivo geral definido - analisar os benefícios de um programa de reabilitação para a pessoa com alteração da continência urinária – verificamos que após a sua implementação os participantes apresentaram uma redução quanto à frequência e quantidade de perdas urinárias, com diminuição do seu impacto na vida diária. Alguns autores realizaram estudos em que comprovaram que o aumento da força muscular dos músculos do pavimento pélvico, tem um efeito positivo na perda de urina, levando a uma diminuição da sua gravidade e isso traduz-se no aumento da autoestima e da confiança, que se espelha no aumento da qualidade de vida e do bem-estar (Ferreira & Santos, 2009; Dumoulin et al., 2018). O conseqüente aumento do nível de autoeficácia, reflete-se na diminuição do pudor e o desconforto associados às perdas de urina, levando a um conseqüente aumento do nível de

autoconfiança e, inevitavelmente, a uma maior satisfação com a qualidade de vida (Dumoulin et al. 2018).

Quanto ao objetivo específico - compreender as intervenções do EEER junto da pessoa com incontinência urinária e dos seus familiares/cuidadores – com base na fundamentação teórica utilizada, considera-se que se pode afirmar que a intervenção do EEER é potenciadora da diferença neste processo, indo ao encontro do referido pela OE (2011), em que o EEER previne, recupera e habilita, recorrendo à maximização das capacidades funcionais, potenciando o seu rendimento e desenvolvimento. Pudemos também verificar que o EEER fundamenta a sua avaliação de IU e a sua tomada de decisão sobre as estratégias de intervenção comportamentais, na observação e na informação transmitida pelas pessoas acometidas pela condição de IU. A informação fornecida pelas pessoas deve ser valorizada pelos enfermeiros, pois revela-se indispensável na avaliação da IU e é crucial para o levantamento de necessidades, entender quais as intervenções a implementar, principalmente no que se refere a intervenções comportamentais, que visem a promoção da continência urinária. Verificamos que inexistência regular de instrumentos específicos para a recolha de dados para a avaliação da IU pode levar-nos a situações de subavaliação e, inerentemente, ao subtratamento da mesma.

Matthews & Mitchell (2010) mencionam no seu estudo que a promoção da continência urinária e também a gestão de problemas relacionados com esta temática, consistem numa parte integrante do papel do EEER. Para maximizar a recuperação da pessoa com alteração da continência vesical, o EEER implementa planos, que têm em conta a pessoa como ser único, e programas de reabilitação que orientam e encaminham para a independência e para o aumento da qualidade de vida da pessoa promover a participação e a capacitação da pessoa, tendo em conta a sua individualidade e os seus objetivos, é a base da intervenção do EEER.

Outro dos objetivos específicos delineados - avaliar a pessoa com necessidade de implementação de um programa de reabilitação funcional motora para a promoção do autocontrolo da continência urinária –foi atingido na medida em que foi aplicado o processo de enfermagem e as intervenções tem em conta a avaliação da pessoa, para se adaptarem à sua individualidade.

Quanto ao objetivo - planejar os cuidados de enfermagem de reabilitação, integrando-os numa perspetiva de individualidade, tendo em conta o diagnóstico clínico, os antecedentes

peçoais, os diagnósticos de enfermagem de reabilitação definidos, as limitações e as contraindicações da pessoa com necessidade de promoção do autocontrolo urinário – podemos afirmar que foi atingido na medida em que este programa foi aplicado apenas a pessoas que não apresentavam qualquer tipo de contraindicação e os participantes incluídos apresentavam diagnósticos que se adequavam à participação no programa. Os diagnósticos e intervenções de enfermagem formulados tiveram em conta a individualidade da pessoa, o que se justifica pela liberdade que se deu à pessoa para realizar os exercícios de fortalecimento da musculatura pélvica em posição ortostática, sentado ou deitado, conforme melhor lhe conviesse. Outro exemplo consistiu na adequação das questões e da aplicação dos instrumentos de colheita de dados à pessoa, pois só assim era possível incluir a pessoa na amostra.

Relativamente ao objetivo - adequar e individualizar as técnicas de autocontrolo urinário para as necessidades e objetivos da pessoa – considera-se que foram desenvolvidas estratégias como, por exemplo, a redução da ingestão de líquidos a partir das 18 horas e técnicas de relaxamento. Nazarko (2017), aludem para a importância de uma abordagem holística à pessoa com IU, para as condições físicas, psicológicas e a envolvimento ambiental. Estas foram, permanentemente, tidas em conta e a pessoa teve a possibilidade de aplicar os exercícios de treinos dos músculos do pavimento pélvico em ortostatismo, sentada ou deitada e no horário que melhor lhe conviesse.

Quanto aos objetivos - promover técnicas comportamentais para a reabilitação da eliminação vesical - e - avaliar o impacto da implementação das técnicas comportamentais - podemos referir que foram atingidos, uma vez que o programa teve como base a implementação de técnicas comportamentais. Os objetivos dos cuidados de enfermagem foram centralizados na pessoa e conseqüentemente na expectativa de obtenção de resultados positivos. As alterações verificadas no estado da pessoa, em resposta aos cuidados de enfermagem são, por norma mensuráveis, e estas alterações não devem satisfazer apenas as necessidades imediatas, mas devem também fazer a diferença tanto na prevenção, como na reabilitação (Potter & Perry, 2006). Este é caso das estratégias comportamentais promotoras da continência urinária. Os enfermeiros assumem um papel importante tanto na promoção, como na manutenção da saúde. A avaliação da implementação das técnicas/intervenções comportamentais foi efetuada pela aplicação do ICIQ – SF e da Escala de autoeficácia de Broome para a musculatura do pavimento pélvico. Apesar desta última escala não fazer parte do documento Instrumentos de recolha de dados para a documentação dos Cuidados Especializados em Enfermagem de Reabilitação (2016), consideramos a sua aplicação uma mais

valia para avaliar a evolução da pessoa face ao desempenho e o resultado conseguido pelo treino dos músculos do pavimento pélvico.

Tal como nos dois objetivos anteriores, o objetivo - prestar cuidados especializados de enfermagem de reabilitação à pessoa com incontinência urinária, tendo por base a evidência científica mais atual e utilizando a metodologia do processo de enfermagem – foi conseguido, na medida em que as intervenções comportamentais, são intervenções inerentes ao EEER. Quanto às etapas do processo de enfermagem: avaliação inicial, diagnóstico, planeamento, intervenção e avaliação, todas elas foram cumpridas. A avaliação inicial aconteceu no primeiro contacto com o participante e foi nesta etapa que se colheram informações relativas à sua condição. A partir daqui conseguimos a identificação de diagnósticos de enfermagem, aplicando os instrumentos de avaliação selecionados, chegando ao diagnóstico de alteração do autocontrolo: continência urinária. Durante o planeamento, foram traçados os objetivos e o respetivo programa de reabilitação. A fase de implementação contempla a aplicação das intervenções propriamente ditas e por último a fase de avaliação, refere-se à última aplicação dos instrumentos de colheita de dados e respetiva avaliação dos resultados obtidos.

O objetivo - executar intervenções especializadas de enfermagem de reabilitação com vista à maximização da funcionalidade e das capacidades da pessoa/família/cuidador contribuindo para a sua reintegração na comunidade – foi atingido na medida em que, foram planeadas intervenções como a integração mais precoce possível e tendo sempre em consideração as preferências, objetivos e decisões da pessoa, da pessoa/família/cuidador na prestação de cuidados, potenciando a autonomia e o autocuidado. Também abordamos com a pessoa as possíveis alterações a fazer no domicílio, que facilitem os processos de eliminação e consequentemente, promovam a autonomia e efetuei uma validação das intervenções através da aplicação dos instrumentos de colheita de dados.

O último objetivo delineado - analisar o processo de aprendizagem realizado, com vista à aquisição desenvolvimento de competências – foi alcançado graças, sobretudo, à revisão da literatura realizada, com enfoque na mais recente evidência científica disponível sobre o tema em estudo, como base de sustentação teórica para este programa de reabilitação. Também o alcance deste objetivo está espelhado na análise reflexiva elaborada e incluída neste relatório.

A escolha deste tema, deveu-se não só a uma questão de interesse pessoal, mas também por reconhecer que é um tema pouco estudado e com pouca valorização por parte dos

profissionais de saúde, apesar do forte impacto que tem na qualidade de vida das pessoas. Após a conclusão do estudo, conseguimos afirmar, que o EEER desempenha e assume um papel de superior relevância na implementação de programas de reabilitação para as pessoas com alteração da continência urinária.

Um dos motivos para a importância do papel desenvolvido pelos enfermeiros deve-se ao facto de estarem junto da pessoa com alteração do autocuidado, 24 horas por dia e estar presente na transição da sua situação saúde-doença.

A intervenção do enfermeiro faz-se não só aquando da doença, mas também a nível preventivo e de reabilitação, assim sendo a diminuição dos impactos causados pela IU, torna-se um papel significativo para os enfermeiros. É ainda crucial que o enfermeiro adapte as suas intervenções à individualidade da pessoa, aos seus objetivos e à esfera social e afetiva que a rodeia.

Ainda no que concerne aos resultados obtidos pela implementação do programa, verificamos que das intervenções implementadas pelo EEER, obtêm-se ganhos de saúde no que respeita à área da alteração da continência urinária, que se refletem na diminuição do impacto na IU e um aumento da autoeficácia dos músculos do pavimento pélvico, que está diretamente relacionado com um aumento do nível de qualidade de vida e de autoestima.

Pela investigação efetuada verificamos que, apesar dos enfermeiros estarem cientes desta problemática, ainda existe alguma desvalorização do problema e existe também algum desconhecimento nas intervenções que poderão ser implementadas.

A Teoria de Enfermagem do Déficit do Autocuidado de Dorothea Orem, assumiu-se como uma base de sustentação teórica bastante válida para este estudo. Seguindo os seus princípios, a pessoa apresentou um papel ativo no decorrer do seu processo de cuidados, assim como, foi valorizada a sua individualidade e esfera envolvente.

Orem (2001), suporta o propósito da enfermagem como a capacidade de poder compensar ou ajudar a superar os problemas de saúde da pessoa com o objetivo da promoção do autocuidado. Esta teórica refere que os enfermeiros possuem capacidades de comunicação que se adequam à idade, desenvolvimento da pessoa, às suas práticas culturais e aos seus problemas de saúde, com a intenção de se formar um sistema de cuidados que poderá ir de

totalmente compensatório ao ensino. Assim pelo conhecimento que possuímos, tentamos mobilizar a pessoa como nossa parceira de cuidados, aplicando intervenções que se adaptavam à pessoa e que elas poderiam realizar sozinhas no seu processo de reabilitação.

Na Teoria dos Sistemas de Enfermagem, verificámos que a construção de um processo de cuidados tem de ter conta quais as necessidades de autocuidado e quais as limitações da pessoa, pois necessitam de auto-manutenção e auto-regulação, ou seja, de autocuidado. Esta teoria sustentou a nossa pesquisa, e integra o défice de autocuidado, dentro da teoria dos sistemas de enfermagem. A ação de enfermagem e a necessidade de autocuidado da pessoa com IU, estão unidas num só (Orem, 2001). Para Dorothea Orem (2001), o enfermeiro deve orientar os cuidados às pessoas de acordo com as suas necessidades e deve criar e manter uma atmosfera capaz de compensar os seus défices.

Quanto às limitações encontradas, mencionamos o tempo em que decorreu a aplicação do programa. Apesar dos estudos consultados referirem que os programas de reabilitação para a pessoa com alteração da continência urinária devem ter uma duração de quatro a doze semanas e que os treinos devem ser realizados três vezes por dia, durante cerca de 10 minutos, acreditamos que se os resultados seriam ainda mais consistentes se tivéssemos tido a possibilidade de prolongar a aplicação do programa por mais algumas semanas.

Outra limitação encontrada refere-se ao tamanho da amostra. Pensamos que se a amostra fosse mais representativa os resultados obtidos seriam, seguramente, mais consistentes e mais fidedignos. Também as características sociodemográficas poderão ter algum impacto pois o baixo nível de escolaridade – e apesar, de se terem encontrado estratégias para ultrapassar esta questão - poderá ter tido alguma influência na compreensão de algumas questões. Ainda o facto de não serem realizadas todas as sessões com acompanhamento de enfermeiro, poderá ter influenciado alguns resultados.

Através da pesquisa efetuada, pensamos que existem outros fatores com forte influência na IU que não foram estudados, entre eles atribuímos especial importância ao índice de massa corporal e a alteração da mobilidade.

Apesar das limitações encontradas, os resultados obtidos foram positivos e acreditamos que este estudo possa contribuir para o desenvolvimento e para o estímulo de mais estudos sobre esta temática pelos Enfermeiros Especialistas em Enfermagem de Reabilitação.

Após a pesquisa efetuada, constatou-se a carência de estudos sobre as intervenções do EEER e respectivos resultados junto de pessoas com IU. A grande maioria dos estudos encontrados nesta área focam as intervenções e os resultados em pessoas com patologias como o acidente vascular cerebral ou a esclerose múltipla ou então estudos realizados à população idosa ou no período de pós-parto. Os estudos que abarcam múltiplas patologias, que incluam uma população com faixa etárias mais baixas e que incluam ambos os sexos, são claramente insuficientes.

Consideramos que o desenvolvimento de mais trabalhos científicos nesta área, seja uma das formas deste tipo de intervenções chegar a uma população mais extensa e que inclua não só o internamento, mas também os cuidados em ambulatório ou domicílio.

5. ANÁLISE REFLEXIVA SOBRE AS COMPETÊNCIAS ADQUIRIDAS

Atendendo à natureza da investigação que nos ocupa e atentando aos objetivos delineados, importaria dar espaço à reflexão sobre as competências adquiridas, considerando-se fundamental proceder à descrição do processo de aquisição de competências comuns do enfermeiro especialista – específicas do enfermeiro especialista em enfermagem de reabilitação e de mestre – que teve lugar no decurso dos estágios realizados no âmbito do 5º Curso de Mestrado em Enfermagem - Especialização em Enfermagem de Reabilitação, envolvendo a associação entre a Escola Superior de Enfermagem São João de Deus da Universidade de Évora, a Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Beja, a Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Portalegre, a Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Setúbal e a Escola Superior de Saúde Dr. Lopes Dias do Instituto Politécnico de Castelo Branco.

No contexto supracitado, importará referir, antes de mais, e quase a título de pressuposto de referências posteriores, que o termo competência, muito embora não sendo um termo novo, é, atualmente, amplamente utilizado, de uma forma bastante vasta, ampla e diversificada, nomeadamente nas mais dissemelhantes áreas; importando mencionar que, de acordo com acordo com Bradshaw (1997), relativamente à área da enfermagem, o início da década de 80 marcou a tentativa de implementar a prática de uma enfermagem por competências, muito embora tal movimento tenha gerado controvérsia, persistindo a dificuldade de se encontrar um consenso entre os especialistas (Bradshaw, 1997).

Importará referir que a palavra competência invoca um conjunto de termos associados como sejam os termos qualificação, aptidões e habilidades; e muito embora a dificuldade que possa existir na definição do termo competência, considera-se que o mesmo evoca a mobilização e a aplicação de saberes/conhecimentos.

Segundo Le Boterf (2005), a competência define-se em termos de saber agir e reagir, sendo que ser competente é, então, “saber o que fazer” e “quando”. Neste sentido, declara o autor que *“a competência de um indivíduo resulta de um movimento dinâmico entre a sua qualificação e a sua situação de trabalho, tendo em conta que o posto de trabalho por retorno modifica a sua competência”*. Já para Boyatzis (2008), a competência é entendida como

capacidade ou habilidade, envolvendo um conjunto de comportamentos relacionados, mas diferenciados, estruturados por uma combinação de vários elementos, a que se dá o nome de “intento”.

Independentemente das nuances do termo ou da significação do conceito, em função da perspectiva proposta por diferentes autores, assume-se que a competência é um conceito inerente ao ato da enfermagem, envolvendo múltiplos fatores, tanto de ordem contextual, como pessoal. Considera-se que a competência redundará a um processo ativo que envolve a articulação dos mais recentes conhecimentos técnicos e científicos e a atuação eficaz no problema com que nos deparamos; sendo que, neste sentido, se defende que a competência não seja encarada com algo estático, mas antes seja antevista como algo sujeito a ajustes, adaptações e evoluções. Neste contexto, considera-se que o EEER deve deter um alto nível de conhecimentos específicos, tal como deve suceder que o seu conhecimento prático esteja em condições de favorecer e premiar a tomada de decisão mais eficaz em benefício da promoção da saúde, da prevenção de complicações e no enalce dos tratamentos e do processo de reabilitação mais capazes de potencializar o horizonte e a circunstância de cada pessoa.

Importará referir que as demais propostas de consideração que têm sido avançadas resultam da interceção entre a revisão literária e a reflexão sobre as práticas decorrentes do estágio desenvolvido, cuja oportunidade e circunstância merece especial destaque. Importa frisar que o estágio é um momento de inestimável riqueza, constituindo uma ocasião privilegiada do estudante contactar com a equipa de saúde e com a pessoa alvo de cuidados, procedendo ao planeamento, aplicação e avaliação dos cuidados operacionalizados com base nos conhecimentos e competências adquiridas.

Ora, importará realçar que, no âmbito da investigação que nos ocupa, os estágios desenvolvidos concederam o privilégio de acompanhar a intervenção de enfermeiros especialistas em enfermagem de reabilitação na área da reabilitação ortotraumatológica, neurológica e respiratória – sendo de salientar que o itinerário percorrido foi indiscutivelmente ocasião de inestimáveis aprendizagens, com grande impacto e valor do ponto de vista do desenvolvimento de competências – nos termos anteriormente propostos.

Pelo exposto, considera-se essencial realçar que os estágios inclusos no Mestrado em Enfermagem – Especialização em Enfermagem de Reabilitação efetivamente premeiam o desenvolvimento e aperfeiçoamento das competências contempladas no Regulamento das

Competências Comuns do Enfermeiro Especialista, no Regulamento de Competências Específicas do EEER (Regulamento n.º 140/2019) e das Competências de Mestre (Decreto-Lei n.º 63/2016, 2016).

5.1. Competências comuns do enfermeiro especialista

Considera-se essencial referir, antes de mais, que, independentemente da especialidade em Enfermagem, todos os enfermeiros especialistas comungam de um conjunto de competências, podendo dizer-se que as mesmas são aplicáveis em todos os contextos dos cuidados de saúde, sejam eles primários, secundários ou terciários (OE, 2011). Digamos que as competências comuns são competências que todos os enfermeiros especialistas partilham, seja qual for a sua área de especialidade; e estas competências são evidenciadas pela capacidade de conceção, gestão, pela formação, investigação, assessoria e ainda pela supervisão de cuidados (OE, 2011).

No contexto do que acabamos de enunciar, considera-se pertinente proceder à análise das demais competências comuns do enfermeiro especialista, inspecionando quais as intervenções que concretamente desenvolvem e/ou potenciam as respetivas competências.

Domínio da Responsabilidade Profissional, Ética e Legal.

Neste domínio, considera-se relevante abordar as competências alcançadas através da promoção de uma prática de cuidados assente no princípio do respeito pela pessoa como um ser único e multidimensional, honrando o direito ao esclarecimento do doente e família e tendo em conta as suas expectativas, vontade e direito de escolha; e assegurando, nomeadamente, o consentimento informado do doente, seja ele implícito, presumido ou explícito.

Importará realçar que, independentemente do serviço em que o enfermeiro assuma o exercício das suas funções, inevitavelmente deparar-se-á com ocorrências e circunstâncias que interpõem questões ou problemas éticos, requerendo tomadas de decisão complexas e que envolvem a capacidade de eleger em consonância e/ou adequação com um conjunto de

princípios e valores éticos, em geral, e específicos da profissão, em particular; importando frisar que, sendo o enfermeiro autónomo nas suas intervenções, o exercício profissional acarreta a capacidade de assumir a responsabilidade na resolução dos múltiplos conflitos éticos com que se possa deparar.

Do ponto de vista dos problemas éticos concretamente identificados no âmbito dos estágios desenvolvidos no contexto da investigação em curso, importará salientar, antes de mais, a sua amplitude e diversidade, referindo que o reconhecimento dos mesmos foi ocasião de perscrutar as mais recentes leis e princípios orientadores que regem a profissão de Enfermagem; sendo ainda de referir que, face à eclosão de questões de índole ética, foram favorecidas as decisões que nos coube considerar consonantes com os princípios deontológicos e éticos da profissão, dando primazia e prioridade ao respeito pela Pessoa e à proteção dos seus direitos.

Um dos problemas éticos que podemos salientar no âmbito dos estágios desenvolvidos, no contexto da investigação em curso, diz respeito à prerrogativa de proporcionar e assegurar uma equidade dos cuidados concedidos; e, a este respeito, importará referir que, no decorrer do estágio final, o défice de recursos humanos envolveu a necessidade de redefinir estratégias de cuidados, de modo a minimizar os danos inerentes à circunstância deficitária em causa, maximizando, tanto quanto possível, a equidade dos cuidados concedidos. Neste contexto, uma das estratégias adotadas passou pela definição de intervenções de acordo com os dias da semana, atendendo a que se tinha percebido ser completamente inviável assegurar a totalidade das intervenções à totalidade das Pessoas no mesmo dia.

Outro problema diagnosticado, relativamente ao qual se interpôs a necessidade de premiar tomadas de decisão inspiradas nos princípios deontológicos e éticos da profissão, diz respeito à prerrogativa de garantir a continuidade dos cuidados pelo cuidador/família. Importará mencionar, a este respeito, que a atual situação de pandemia decretou a impossibilidade de as famílias acompanharem a evolução do seu ente querido *in loco*, sendo que, face a tal circunstância, se optou por premiar uma estratégia que ajudou a colmatar as fragilidades inerentes à situação, a saber: promoveram-se reuniões da família com a equipa multidisciplinar, transmitido a atual situação da pessoa, o seu potencial de reabilitação e esclarecendo quais serão as ajudas técnicas necessárias após a alta hospitalar. É ainda de referir que, pontualmente, era permitido à família aceder ao serviço de internamento para viabilizar determinados ensinamentos, como sejam os referentes ao cateterismo vesical intermitente.

Por sua vez, a missiva de lidar com as expectativas da família e da pessoa relativamente à reabilitação, também interpôs, de certo modo, questões éticas, no sentido em que, face a eventuais contraindicações no processo de reabilitação e ante ideias preconcebidas muitas vezes demasiado otimistas, sobressai a importância de esclarecer convenientemente a situação real, nomeadamente não deixando de expor eventuais fragilidades e/adversidades que possam existir, ao mesmo tempo que se avista fundamental não defraudar expectativas de recuperação, nem por parte da família nem da pessoa, garantindo uma abordagem que seja promotora da autoestima.

Ainda no âmbito desta reflexão em torno do domínio da responsabilidade profissional, ética e legal, inerente ao ato da enfermagem, considera-se relevante salientar que, no contexto dos estágios desenvolvidos e no que diz respeito ao terreno concreto das práticas sedimentadas, se procurou sempre optar por intervenções baseadas no Código Deontológico do Enfermeiro, na Convenção sobre os direitos do Homem e da Biomedicina e na legislação vigente em Portugal; e, enquanto tal, assumiu-se o compromisso de privilegiar um conjunto de princípios deontológicos e éticos da profissão, beneficiando valores como seja o direito ao consentimento informado, o qual diz respeito à autorização que a pessoa confere para que lhe sejam prestados os cuidados propostos, havendo-se assegurado que tal consentimento tem por base o conhecimento do que está em causa no procedimento ou intervenção a que a pessoa vai ser exposta.

Importará frisar, no que diz respeito ao consentimento informado, que os cuidados que a pessoa autoriza devem ter sido devidamente explicitados, sendo essencial que o profissional de saúde se certifique de que a pessoa efetivamente compreendeu o que se pretende fazer, o método para o fazer, o porquê da opção terapêutica e qual o resultado esperado; e, neste contexto, é possível reconhecer que os princípios inerentes ao consentimento informado versam o respeito pela pessoa e a promoção da sua autonomia.

Salienta-se que o consentimento informado foi aplicado nos estudos de caso realizados, tanto no estágio da vertente ortotraumatológica, como na vertente da reeducação funcional respiratória, sendo que, em ambos os estudos de caso, o consentimento informado foi apresentado de forma oral e na presença do enfermeiro orientador. Importará referir que o consentimento informado aplicado durante a projeto de estágio consistiu num consentimento informado assinado pela pessoa submetida às sessões, onde surgem explanadas todas as considerações acerca do tipo de estudo efetuado, decorrendo da aprovação do Conselho de

Ética da Universidade de Évora a que foi submetido; importando ainda mencionar que foi solicitada autorização ao Conselho de Ética da Unidade de Saúde onde decorreu o Estágio Final, tendo prevalecido o parecer positivo. Por fim, será pertinente referir que, durante a implementação das sessões do projeto de estágio, se alertou a Pessoa para a possibilidade de abdicar, a qualquer momento, da sua participação do estudo.

Por fim, mas ainda no âmbito da reflexão em torno do domínio da responsabilidade profissional, ética e legal, inerente ao ato da enfermagem, considera-se relevante salientar que se privilegiou, nas demais ocasiões e momentos, a manutenção da privacidade dos doentes – o que, atendendo ao facto de existirem mais doentes e outros profissionais de saúde nos quartos, requereu manobras de atuação em benefício da salvaguarda do valor da privacidade. Deste modo, é de referir que se optou por puxar sempre as cortinas durante a prestação dos cuidados de higiene no leito, sendo que, ainda assim, se privilegiou que somente fosse exposta a zona do corpo a cuidar – e, sempre que possível, eram fechadas as portas dos quartos. Especificamente no que concerne ao estágio final, é de salientar que, durante o treino de vestuário, o corpo era exposto progressivamente e consoante a peça de roupa a vestir; sendo que se procurou, tanto quanto possível, durante a aplicação das sessões do projeto de estágio, aplicar as intervenções em horas que tendencialmente garantiam um menor número de doentes no quarto.

Ora, na continuidade dos demais aspetos supracitado, nomeadamente no que concerne aos procedimentos e modalidades de intervenção privilegiados – conforme descrito – concretamente em prol da salvaguarda de um conjunto de princípios éticos e deontológicos assumidos como prioritários, cabe-nos concluir a apresentação deste tópico de análise – orientado para a reflexão em torno do domínio da responsabilidade profissional, ética e legal, inerente ao ato da enfermagem – declarando e sublinhando a convicção de que os procedimentos e intervenções desenvolvidos efetivamente foram ao encontro dos pressupostos éticos, deontológicos e jurídicos nos quais assenta – ou deve assentar – o ato da enfermagem ou a profissão que o congratula.

Domínio da Melhoria da Qualidade dos Cuidados

É de salientar que a melhoria contínua da qualidade dos cuidados de saúde é uma das prioridades mencionada no Plano Nacional de Saúde 2016-2020 (Direção Geral de Saúde, 2015), a qual acarreta um esforço diário para que os cuidados sejam efetivos e seguros; importando referir que esta melhoria comporta uma eficiente aplicação de recursos, a equitativa prestação

de cuidados, envolvendo que estes mesmos cuidados sejam realizados no momento certo e que satisfaçam os cidadãos, no sentido de corresponderem às suas necessidades e expectativas – e, ainda, de forma a premiarem a melhoria da igualdade no acesso aos cuidados de saúde; sendo que, neste contexto, o Conselho de Enfermagem da Ordem dos Enfermeiros desenvolveu um programa de melhoria contínua da qualidade dos cuidados.

Importa considerar que apostar na qualidade é apostar numa melhoria contínua no sistema de saúde, com ganhos a vários níveis e extensíveis a todos – quer estejamos a falar de utilizadores, de unidades de saúde, de entidades financiadoras, de profissionais de saúde ou mesmo do próprio sistema de saúde como um todo.

É ainda de referir que este domínio implica – relativamente ao ato da enfermagem especificamente e propriamente dito – que o enfermeiro exerça as suas atividades com vista a uma maximização da qualidade e da segurança dos cuidados, importando salientar, neste contexto, que os enfermeiros devem desenvolver a sua prática de acordo com o mais elevado padrão de cuidados.

A respeito dos aspetos supracitados, cabe-nos salientar que, no âmbito dos serviços em que os estágios foram desenvolvidos, se perceberam valorizadas e privilegiadas as intervenções baseadas na mais recente investigação científica, sendo que, enquanto tal, os serviços em causa dispunham de protocolos baseados precisamente nos conhecimentos científicos mais recentes, que serviam de princípios orientadores e base de sustentação da prática dos cuidados. É ainda de referir que este domínio implica – relativamente ao ato da enfermagem especificamente e propriamente dito – que o enfermeiro exerça as suas atividades com vista a uma maximização da qualidade e da segurança dos cuidados, importando salientar, neste contexto, que os enfermeiros devem desenvolver a sua prática de acordo com o mais elevado padrão de cuidados.

Ora, a respeito dos aspetos supracitados, cabe-nos salientar que, no âmbito dos serviços em que os estágios foram desenvolvidos, se perceberam valorizadas e privilegiadas as intervenções baseadas na mais recente investigação científica, sendo que, enquanto tal, os serviços em causa dispunham de protocolos baseados precisamente nos conhecimentos científicos mais recentes, que serviam de princípios orientadores e base de sustentação da prática dos cuidados.

É ainda de referir, a propósito da prerrogativa que exalta e se compromete com a melhoria dos cuidados, que as demais sessões do projeto de intervenção, orientadas para intervenções comportamentais que podem ter relevância na continência urinária, demonstraram efetivamente ter um impacto positivo, tanto ao nível da autoestima da pessoa, como no que concerne à interação social. Verificou-se especificamente um impacto positivo no horizonte das interações sexuais, sendo de referir uma melhoria no padrão intestinal, pela regulação hídrica e alimentar, e uma evidente melhoria do padrão dos cuidados. Por sua vez, é de salientar ainda o apuramento de um impacto positivo a nível institucional, porquanto se revelou possível a redução do número de absorventes, o que influenciou na redução de custos.

Por fim, considera-se relevante esclarecer que as sessões foram implementadas e desenvolvidas sob o compromisso de implementação de um ambiente terapêutico de confiança, sendo que a construção de tal ambiente se mostrou crucial sob várias perspetivas, nomeadamente viabilizando que os participantes realizassem os exercícios em dias e em turnos em que a investigadora não estava presente, sob orientação da enfermeira perceptora. De referir ainda, e já em modo de conclusão no âmbito da nossa reflexão em torno do domínio da melhoria da qualidade dos cuidados, que se intentou implementar e sedimentar um conjunto de intervenções capazes de premiar a efetiva qualidade dos cuidados fornecidos e, ao mesmo tempo, servir de base a futuros empreendimentos e projetos orientados para a prerrogativa da melhoria da qualidade dos cuidados; sendo de salientar ainda que, com vista a garantir a consistência e a pertinência das propostas avançadas, assumiu-se o recurso a instrumentos e escalas de avaliação com o propósito de testar a eficácia das intervenções inerentes ao plano de cuidados elaborado e ministrado.

Domínio da Gestão dos Cuidados

Importará esclarecer que as intervenções de enfermagem são, na sua grande maioria, interdependentes, sendo, por isso, necessária uma gestão eficiente dessas intervenções. Ora, neste contexto, a incontornável verdade referente à circunstância dos enfermeiros serem os profissionais de saúde presentes 24 horas por dia, todos os dias do ano, sendo aqueles que acompanham de modo constante os doentes, acaba por decretar uma responsabilidade acrescida por parte destes profissionais de saúde relativamente à gestão dos cuidados no âmbito de uma equipa multidisciplinar.

Ainda no contexto supracitado, é possível verificar que, do ponto de vista da gestão dos cuidados, o enquadramento que favorece que o Enfermeiro Chefe determine e invista funções nos enfermeiros responsáveis de turno e de equipa, contribui claramente para a promoção da melhoria dos cuidados, porquanto tal orgânica atribui aos enfermeiros responsáveis de turno e de equipa o papel de líderes intermédios – o que beneficia a gestão dos cuidados.

Importará mencionar que, do ponto de vista concreto dos estágios desenvolvidos e descritos no âmbito da investigação que nos ocupa, verificou-se que os enfermeiros orientadores assumiram várias vezes o papel de responsável de turno, o que premiou a ativa participação na supervisão dos cuidados, nomeadamente no que concerne a tomar parte na atualização do plano de trabalho dos enfermeiros e dos assistentes operacionais nas diversas valências.

Ainda no que concerne às oportunidades de intervenção premiadas no âmbito dos estágios desenvolvidos, considera-se importante acrescentar que foi possível desenvolver um conjunto de tarefas ou atividades, a saber: executar pedidos de reparações de avarias; comunicar ao enfermeiro chefe, por escrito, as intercorrências dos turnos em que este esteve ausente, nomeadamente no que diz respeito a avarias detetadas, faltas de material de consumo clínico e farmacêutico, decisões tomadas relativamente a situações de emergência e segurança de pessoas – com especial ênfase nesta altura de pandemia, em que todos os dias os serviços precisam de se reinventar relativamente às decisões a tomar quanto às visitas, quanto à abstenção de pessoal por razões de isolamento e ainda no que diz respeito à deteção de casos suspeitos nos doentes internados.

Importará referir que o método de trabalho, no âmbito da prestação de cuidados, nos serviços onde os estágios foram realizados, consistiu no método individual; sendo relevante esclarecer que, neste tipo de metodologia, o enfermeiro assume a responsabilidade de todo o processo de cuidados, individualizando-o. Digamos que o método em causa interpõe um acréscimo de responsabilidade e de conhecimento, que acaba por traduzir-se numa mais valia no sentido em que tal metodologia se mostra capaz de garantir a continuidade e a qualidade nos cuidados prestados, gerando maior contentamento no doente e nos profissionais.

Considera-se importante salientar que o facto da enfermeira orientadora do Estágio Final dispor de uma pós-graduação em Gestão e Administração de Serviços de Saúde influenciou significativamente na promoção de oportunidades teórico-práticas, como seja a possibilidade

da investigadora não somente participar diretamente na prestação de cuidados, mas assumir também, por diversas vezes, a função de responsável de turno.

Ainda no que diz respeito às oportunidades de aquisição de conhecimento e experiência, fará sentido realçar que a investigadora teve ocasião de desempenhar um papel ativo no que diz respeito a conceber estratégias de sensibilização e incentivo da equipa para a necessidade de uma gestão equilibrada de consumíveis – questão intrinsecamente ligada à prerrogativa de uma adequada e responsável gestão de custos/eficácia no âmbito da prestação de cuidados de saúde, que indiscutivelmente merece a nossa atenção e zelo.

Por sua vez, considera-se ainda relevante mencionar que o plano de desenvolvimento profissional da investigadora foi concebido e efetuado com vista à gestão e prestação de cuidados, enquanto domínio específico no horizonte geral do processo de enfermagem – poderemos dizê-lo deste modo. Neste contexto, importará lembrar, antes de mais, que o processo de enfermagem – e a implementação dos planos de cuidados de enfermagem – são elementos essenciais na aplicação das intervenções dos enfermeiros em geral e, em especial, nos EEER – enquanto enfermeiros qualificados e com um campo de atuação muito próprio. Ora, enquanto tal, será de referir que a investigadora procurou desenvolver, em ambos os domínios ou horizontes do seu estágio, uma relação de parceria, interajuda e coesão, que potenciou positivamente o seu percurso de desenvolvimento, para o qual também contribuiu, de modo decisivo, a existência de uma boa relação entre a equipa multidisciplinar – a qual, por sua vez, se revelou essencial para assegurar uma boa gestão de cuidados; importando, por fim, explicitar que a investigadora teve a ocasião de colaborar na liderança da equipa, concretamente na gestão de conflitos, no apelo à produtividade, empenho e brio profissional, na motivação e satisfação dos profissionais da equipa multidisciplinar e na valorização dos cuidados de qualidade.

Domínio do desenvolvimento das aprendizagens profissionais

Considera-se relevante começarmos por salientar que, segundo Hesbeen (2001), o caminho da aprendizagem e da experiência estão intimamente ligados, dado que a perícia na prática de cuidados é fruto de um longo processo; e, segundo este enquadramento, fará sentido realçar que o EEER está chamado a desenvolver o seu conhecimento e as suas práticas de modo a fornecer uma resposta adequada em tempo útil e de forma holística – desenvolvendo as competências que poderão premiar que esteja à altura da complexidade das situações de saúde

com que se depara, estando em condições de atender e acompanhar adequadamente as necessidades da pessoa e da família/cuidador. Neste sentido, podemos sublinhar a necessidade – premente e permanente – de constantes atualizações que possam assegurar um exercício de cuidados que se caracterize pela qualidade, mas também pela segurança; o que consideramos sugerir a importância do desenvolvimento de aprendizagens profissionais, com vista a atingir a excelência do cuidar.

Ora, no contexto do que acabamos de expor e no horizonte de um compromisso assumido com um itinerário de formação capaz de premiar o desenvolvimento de aprendizagens profissionais, a investigadora planeou e gerenciou a implementação de cuidados começando por inteirar-se das normas vigentes e preconizadas pelos serviços integrados; por sua vez, a partir da observação dos restantes enfermeiros, com especial foco nas intervenções dos enfermeiros orientadores, intentou delinear boas práticas, priorizando simultaneamente a pesquisa bibliográfica no horizonte das publicações científicas mais recentes, bem como a discussão com os pares e superiores hierárquicos acerca da prestação de cuidados – em prol do esclarecimento de dúvidas, da clarificação de perspetivas e abordagens, da suplantação de dificuldades, sempre no encalce do crescimento profissional e do aprimoramento de competências.

Considera-se que a reflexão em torno do domínio do desenvolvimento de aprendizagens profissionais também comporta elucidar um conjunto de aspetos referentes à mundividência – e, digamos assim, à mundivivência – do investigador no que diz respeito à sua experiência concreta em termos das condições encontradas nos serviços integrados; e a este respeito, importará referir que os enfermeiros orientadores optaram sempre por uma atitude pedagógica, sustentada na mais recente evidência científica, propondo abordagens no âmbito das mais diversas intervenções, o que se fez sentir como uma mais valia do ponto de vista do desenvolvimento da prática profissional – quer no que concerne à experiência adquirida em termos de contacto com diferentes abordagens ou modalidades de intervenção, quer no que diz respeito à oportunidade de treinar intervenções sob supervisão e com um acompanhamento de inegável qualidade.

Relativamente ao domínio das competências adquiridas, em termos de desenvolvimento profissional, considera-se que, muito embora as competências técnicas assumam um papel primordial e de suma importância, também as competências comunicacionais e relacionais são relevantes no domínio do desenvolvimento das aprendizagens profissionais; e a este respeito,

importará referir que os estágios desenvolvidos constituíram uma importante e decisiva ocasião do ponto de vista do desenvolvimento de competências comunicativas e relacionais, não somente no campo concreto dos serviços integrados, mas também a propósito da colheita de informação para os estudos de caso e em benefício da reunião de informação para a redação do relatório de estágio. É ainda de salientar, relativamente à questão do desenvolvimento de competências comunicacionais e relacionais, a oportunidade premiada, no decorrer do Estágio Final, pelas reuniões de família realizadas – no âmbito das quais era explicado à família/cuidadores a evolução da pessoa, quais os produtos de apoio que, de futuro, seriam necessários no regresso ao domicílio, bem como quais seriam os recursos necessários na comunidade. A propósito destas reuniões de família, importará salientar a ocorrência de situações delicadas que inevitavelmente requerem o esforço de desenvolvimento de competências comunicacionais e relacionais que premeiem uma resposta à altura dos eventuais desafios – quer do ponto de vista científico, quer do ponto de vista humano; e a este respeito poder-se-á relatar uma situação concreta em que foi necessário comunicar a um familiar a situação de paraplegia do seu ente-querido, esclarecendo que se tratava de uma situação irreversível, muito embora a expectativa da família, que considerava que a admissão num centro de reabilitação seria a resposta de recuperação para a situação.

Ora, na continuidade do que temos vindo a explicitar, e já a título de conclusão da nossa reflexão em torno do domínio referente ao desenvolvimento das aprendizagens profissionais, cabe-nos declarar que se considera que o itinerário percorrido, quer do ponto de vista da componente teórica, quer do ponto de vista da componente prática, contribuiu de forma decisiva e inequívoca para a aquisição de um conjunto de competências, tendo sido ocasião de crescimento e evolução profissional. A este respeito, e para além dos aspetos supracitados, considera-se pertinente salientar que os demais desafios interpostos no âmbito dos diversos domínios inerentes aos projetos assumidos e desenvolvidos, potenciaram um conjunto de empreendimentos que, por sua vez, direta ou indiretamente, acabaram por premiar o desenvolvimento de competências. Poder-se-á destacar, entre outros aspetos, a necessidade de atualização no campo da literatura científica, enquanto motor de revisão dos mais recentes estudos, em prol do aprimoramento profissional, com indiscutíveis implicações do ponto de vista da evolução pessoal e profissional; também de referir que, face à necessidade prática de elaborar e desenvolver planos de cuidados – no âmbito do projeto de estágio e com vista à elaboração do relatório em curso – foi possível identificar lacunas e premiar oportunidades de aquisição e desenvolvimento de competências, o que inevitavelmente favoreceu um processo evolutivo; de frisar ainda a participação em formações e colóquios enquanto ocasião de

crescimento e de desenvolvimento, sendo de destacar assistência ao I Colóquio de Enfermagem de Reabilitação promovido pelo Centro Hospitalar do Tâmega e Sousa e ao Congresso de Enfermagem de Reabilitação desenvolvido pela Associação Portuguesa de Enfermagem de Reabilitação.

Face ao exposto, e atendendo às demais evidências que consideramos terem sido apresentadas, é de referir que se considera haverem sido desenvolvidas e/ou atingidas as competências comuns do enfermeiro especialista.

5.2. Competências específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação

É de realçar que os estágios desenvolvidos foram ocasião de desenvolvimento das competências específicas do enfermeiro especialista em Enfermagem de Reabilitação, entendendo-se, neste contexto, ser fundamental premiar a reflexão acerca das práticas e das atividades que concretamente viabilizaram o desenvolvimento de tais competências.

No contexto supracitado, é de referir que os estágios foram momentos cruciais para efetuar a avaliação da funcionalidade e realizar o diagnóstico de alterações que levam a limitações da atividade e incapacidade, sendo que, em função do levantamento dos respetivos dados, foi possível implementar programas de treino motor, que tentaram proporcionar a adaptação às limitações vigentes, premiando a maximização da autonomia e, por conseguinte, da qualidade de vida.

Ora, as intervenções desenvolvidas durante os estágios incidiram principalmente na área da especialidade em Enfermagem de Reabilitação; e importa clarificar que os cuidados de enfermagem, mais propriamente os cuidados de Enfermagem de Reabilitação, visam a manutenção e promoção do bem-estar e da qualidade de vida, a recuperação da funcionalidade e a maximização das capacidades (Regulamento nº. 392/2019). Neste contexto, o EEER concebe, implementa, monitoriza e avalia planos de reabilitação, baseados na identificação das

necessidades específicas da pessoa ou grupo, no âmbito da funcionalidade (Regulamento nº. 392/2019), nos termos que passamos a explicitar de seguida.

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

No que concerne a tal competência, importará referir que, no decorrer dos estágios desenvolvidos, foi possível acompanhar pessoas com necessidades especiais – tanto oriundas do processo de doença, como do envelhecimento e/ou provenientes das comorbilidades. Neste contexto e tendo em conta a prestação de cuidados de enfermagem à pessoa com alteração ortopédica, neurológica e respiratória, podemos declarar a obtenção de tal competência, importando acrescentar que tais cuidados requerem ou envolvem uma visão holística da pessoa, pressupondo a adequação das intervenções à individualidade de cada um e da família.

Assumindo as premissas supracitadas, importará referir que se intentou privilegiar a recolha dos dados significativos precisamente em função da singularidade de cada circunstância ou caso concreto, submetendo-os posteriormente às escalas e instrumentos de avaliação selecionados; sendo no decurso de tal processo que foi possível identificar alterações ou possíveis futuras alterações da funcionalidade, perspetivando precisamente quais os aspetos que podem colocar em causa a funcionalidade e o autocuidado, podendo, enquanto tal, colocar em risco o processo de reabilitação.

É de salientar, por fim, que se considera que o recurso a escalas e a instrumentos de avaliação permitiu inferir a eficácia das intervenções operadas, muito embora se aviste importante advertir que, apesar dos cuidados de enfermagem decorrerem em todo o ciclo da vida, os estágios desenvolvidos dirigiram-se apenas para a pessoa adulta.

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

A respetiva competência foi adquirida através da aplicação de intervenções que capacitam a pessoa para a maximização da autonomia e independência, com o propósito de potenciar a sua reinserção na comunidade; e a este respeito, importará esclarecer que tais intervenções foram avaliadas através da aplicação de instrumentos de recolha de dados, nomeadamente a aplicação de escalas – porquanto tal procedimento constitui uma das formas

privilegiadas de avaliar, quantificar e até provar os resultados obtidos das nossas intervenções – sendo de referir que o recurso a tais instrumentos de avaliação viabilizou que se aferisse a eficácia das intervenções privilegiadas, permitindo identificar os aspetos em que poderiam ser benéficas readaptações.

Ainda a respeito da capacitação da pessoa com deficiência, limitação da atividade e/ou restrição da participação para a reinserção e exercícios da cidadania, importará fazer referência à necessidade identificada de conhecer a dinâmica e os contornos do ambiente em que a pessoa se insere, nomeadamente no que diz respeito ao tipo de habitação em que vive, a saber se a habitação tem escadas, elevador ou até qual o tipo de casa de banho de que dispõe – porquanto se considera que, somente assim, conhecendo a circunstância da pessoa, será possível adaptar as intervenções à sua realidade e premiar uma ajuda eficaz, nomeadamente no que diz respeito às orientações e conselhos que se possam conceder relativamente aos demais aspetos, como seja a escolha dos produtos de apoio, entre outros.

Considera-se relevante salientar que a passagem pelo serviço de Atividades de Vida Diárias do Centro de Medicina de Reabilitação de Alcoitão foi essencial para a aquisição da competência que nos ocupa, uma vez que concedeu a oportunidade de conhecer uma panóplia de produtos de apoio, favorecendo ainda a observação e a participação nos treinos das atividades de vida diárias das pessoas internadas no Centro; sendo ainda de referir que, uma das práticas que se considerou especialmente inspiradora, do ponto de vista das missivas inerentes à competência que nos ocupa, foi a solicitação dos dados referentes às dimensões da casa de banho, bem como a solicitação de fotografias, às famílias e cuidadores, no propósito de reunir os dados relevantes à tarefa de eleger os produtos de apoio que melhor se adaptam à situação.

Do ponto de vista do desenvolvimento da competência referente à capacitação da pessoa com deficiência, limitação da atividade e/ou restrição da participação para a reinserção e exercícios da cidadania, importará ainda fazer referência à observação e participação nas reuniões da equipa multidisciplinar com as famílias/cuidadores, no âmbito do Estágio Final, com vista a premiar que, conjuntamente, se percebessem as necessidades existentes, procedendo à avaliação dos recursos existentes na comunidade e das potencialidades e fragilidades inerentes às famílias.

Por fim, considera-se relevante referir que, ainda no decorrer do Estágio Final, foi possível dar a conhecer o desporto paralímpico e favorecer a sua oportunidade a quem quisesse de experimentar.

A título conclusivo – e com base nos demais aspetos evidenciados, importará declarar que se considera que a competência que temos vindo a tratar foi adquirida.

Maximizar a funcionalidade desenvolvendo as capacidades da pessoa

Relativamente à competência em causa, considera-se que esta foi desenvolvida através da implementação de práticas de qualidade, importando sublinhar que o foco de tais práticas – e das intervenções que lhe estão associadas – consiste na evolução da funcionalidade da pessoa.

É de referir, neste contexto, que ao longo dos estágios desenvolvidos, foram favorecidas e praticadas intervenções de enfermagem de reabilitação que tiveram em linha de conta a avaliação e a reabilitação funcional motora, a avaliação neurológica e também a reeducação funcional respiratória, sendo que foram sempre privilegiadas as necessidades individuais de cada pessoa; e a este respeito, importará ainda salientar que foi possível reunir evidências de que tais intervenções específicas da enfermagem de reabilitação, permitiram efetivamente potenciar e maximizar as múltiplas capacidades da Pessoa.

Importa salientar que o EEER tem a responsabilidade de conseguir desenvolver as capacidades que ainda subsistem e ser um elemento essencial na promoção das ajudas técnicas, de modo a reduzir a dependência (Menoita et al., 2012); muito embora, a este respeito, se perceba importante esclarecer que, devido ao atual contexto de pandemia, alguns recursos se encontram comprometidos, sendo de salientar, no âmbito da experiência que inspira esta reflexão, que não foi possível recorrer à colaboração e participação da família tanto quanto seria desejável. Contudo, e face às inevitáveis adversidades interpostas pelo quadro pandémico, a constante monitorização das intervenções através das escalas e instrumentos de colheita de dados proporcionou o *feedback* dos cuidados – e sempre que se considerou pertinente, procedeu-se às reformulações e/ou ajustamentos que se entenderam adequados.

Ainda no que concerne às condições de desenvolvimento da competência referente a maximizar a funcionalidade desenvolvendo as capacidades da pessoa, considera-se essencial sublinhar o contributo das demais intervenções desenvolvidas no contexto do projeto de

intervenção integrado, a saber: um programa de enfermagem de reabilitação para a pessoa com alteração da continência urinária; e, neste contexto, importará sublinhar que a implementação do respetivo programa foi ocasião de efetuar um conjunto de intervenções especificamente direcionadas para Pessoas com alteração da continência urinária, o que envolveu desenvolver conhecimento sobre técnicas comportamentais que possibilitem maximizar a autonomia e a funcionalidade.

A título de conclusão – e com base nos demais aspetos evidenciados, nomeadamente e especificamente no que concerne ao desenvolvimento de competências específicas no âmbito da Enfermagem de Reabilitação, importará declarar que se considera que a competência que temos vindo a tratar foi adquirida.

5.3. Competências de mestre

É de referir que, segundo o Decreto-Lei nº. 63/2016 de 13 de setembro do Ministério da Ciência, Tecnologia e Ensino Superior, o mestrando deve possuir conhecimentos e demonstrar uma capacidade avançada de compreensão, sendo que estas competências particulares devem ser cimentadas pelos conhecimentos adquiridos na licenciatura e possibilitar o desenvolvimento de aplicações originais na sua área de especialização.

Ora, consta ainda no Decreto-Lei nº 115/2013, de 7 de agosto, do Ministério da Educação e Ciência acerca dos graus académicos e dos diplomas do ensino superior, que o grau de mestre é conferido numa determinada área de especialidade a quem:

- (1) possua conhecimentos e capacidade de compreensão;
- (2) consiga aplicar conhecimentos, compreender e resolver problemas;
- (3) consiga integrar conhecimentos, lidar com questões complexas, desenvolver soluções ou emitir juízos em situações de informação limitada ou incompleta;

(4) consiga comunicar conclusões, conhecimentos e raciocínios a elas subjacentes, quer a especialistas, quer a não especialistas, de uma forma clara e sem ambiguidades;

(5) detenha competências que permitam uma aprendizagem ao longo da vida, de um modo fundamentalmente auto-orientado ou autónomo.

Ora, no decurso do levantamento das competências consagradas para a atribuição do grau de mestre, avistar-se-á pertinente premiar uma reflexão capaz de elucidar as condições de aquisição dos requisitos enunciados no horizonte das atividades que a presente investigação visa relatar.

Neste contexto, importará salientar, antes de mais, que os conhecimentos adquiridos ao longo do primeiro ciclo se revelaram uma base fundamental de sustentação para o exercício de atividades alicerçadas na evidência científica, muito embora, em vários momentos, tenha sobressaído a necessidade de premiar investigações suplementares, nomeadamente no que concerne a empreender revisões bibliográficas aptas a identificar modalidades de intervenção sustentadas na mais recente evidência científica – principalmente na área específica da Enfermagem de Reabilitação.

Por sua vez, e ainda do ponto de vista da aquisição das competências inerentes ao grau de mestre, sobressai o desenvolvimento do projeto de intervenção, a sua aplicação e a análise dos resultados obtidos, sendo que, para além dos demais aspetos referenciados, expostos e refletidos em seções anteriores, se considera relevante salientar o próprio ato de expor os resultados dos cuidados prestados e a natureza dos planos de cuidados e dos projetos de intervenção elaborados e desenvolvidos; e no caso concreto da investigação que nos ocupa, será de destacar especialmente a exposição das intervenções – e aspetos associados – no âmbito da Enfermagem de Reabilitação. Ora, neste contexto, e no que diz respeito ao requisito da exposição – nomeadamente face à diretriz segundo a qual o mestre é capaz de desenvolver produções autónomas dos seus conhecimentos e raciocínios, apresentando-as a todos os colegas, independentemente do seu grau de especialização. Segundo o Decreto de Lei nº. Decreto-Lei no 63/2016 de 13 de setembro do Ministério da Ciência, Tecnologia e Ensino Superior, pretende-se garantir a divulgação pública da presente investigação, especificamente em benefício da divulgação dos resultados recolhidos aquando da aplicação do projeto de intervenção aplicado durante o Estágio Final.

É ainda de referir, no horizonte da reflexão em torno das condições de aquisição das competências de mestre, que também a participação em atividades como Colóquios ou Congressos da área de especialização foram fundamentais do ponto de vista da aquisição desta competência.

Por sua vez, ainda segundo o Decreto de Lei nº. Decreto-Lei no 63/2016 de 13 de setembro do Ministério da Ciência, Tecnologia e Ensino Superior, o mestre deve aplicar os seus conhecimentos e habilidades com a intenção de resolução de problemas, que poderão não ser comuns, mas que estão diretamente relacionados com a sua área de intervenção; e a propósito desta missiva, especificamente no que concerne à realidade da Enfermagem, é de referir que o mestre deve adotar uma atitude proactiva, assumir-se como elemento fundamental na equipa multidisciplinar e ser encarado como um elemento que estimula as equipas na participação de grupos de trabalho, projetos e formações; o mestre em Enfermagem deve ainda ser capaz de tomar decisões que resolvem problemas que são surgem da prática do dia-a-dia, privilegiando sempre uma atitude ética. A este respeito, considera-se que os requisitos enunciados, do ponto de vista das práticas desenvolvidas no âmbito das demais atividades que temos vindo a notificar, foram alcançados, prevalecendo intervenções baseadas no conhecimento e na responsabilidade ética e deontológica.

Por último, importará mencionar que uma das características fundamentais do mestre está relacionada com a autonomia e a competência profissional (Decreto de Lei nº. Decreto-Lei no 63/2016 de 13 de setembro do Ministério da Ciência, Tecnologia e Ensino Superior); e a este respeito, salienta-se que, do ponto de vistas das demais atividades desenvolvidas, mas especificamente no que concerne ao desempenho no âmbito dos estágios desenvolvidos, prevaleceu uma atitude reveladora da detenção de conhecimentos que precisamente sustentou a autonomia das intervenções. perante isto considero que ao longo dos estágios assumi uma postura que possibilitou a demonstração de conhecimentos e que me permitiu autonomia nas minhas intervenções.

A título de conclusão – e com base nos demais aspetos evidenciados, importará declarar que se considera que a competência que temos vindo a tratar foi em larga medida atingida, muito embora a apresentação e a discussão da prova pública, referente à presente investigação, se perceba determinante e decisiva para efeitos de declaração conclusiva da aquisição do grau de Mestre – porquanto se tratará de apresentar oralmente e publicamente o trabalho

desenvolvido, dispondo da oportunidade de expressar e manifestar as demais competências adquiridas.

CONCLUSÃO

A realização deste trabalho proporcionou conhecimentos e experiências que vão muito além das expostas neste documento.

Chegados ao final, não poderíamos terminar sem apresentar uma síntese reflexiva do percurso desenvolvido no decorrer das unidades curriculares estágio em enfermagem de reabilitação e estágio final. Durante os estágios fui apoiando as minhas intervenções nos conhecimentos teóricos e científicos, que foram adquiridos ao longo das unidades curriculares e também com a pesquisa bibliográfica efetuada, no sentido de colmatar algumas lacunas no conhecimento aquando da prestação de cuidados.

O presente relatório salientou as intervenções do EEER na pessoa com alteração da continência urinária, particularmente, na condição de IU, como também pretendeu descrever, analisar e refletir o percurso realizado para o desenvolvimento e aquisição de competências comuns do enfermeiro especialista, específicas do EEER e de mestre.

Quanto aos objetivos do relatório - analisar e refletir as competências do EEER, adquiridas ao longo dos ensinamentos clínicos, nos três contextos da prática profissional – surge dizer que a conclusão deste relatório espelha o alcance desses objetivos. A diversidade de experiências vivenciadas nos ensinamentos clínicos permitiu o desenvolvimento e a aquisição de competências comuns e específicas ao EEER. As atividades desenvolvidas tiveram em consideração os padrões de qualidade dos cuidados especializados em enfermagem de reabilitação (OE, 2011).

De forma a conseguir o desenvolvimento de competências de EEER foi imprescindível a realização de três períodos de estágio em contextos distintos, nas áreas ortotraumatológica, neurológica e respiratória. Todas as intervenções efetuadas e implementadas perspetivaram o respeito ético e deontológico de cada pessoa e família, bem como a garantia da sua dignidade e qualidade de vida.

Considero que o percurso académico efetuado uma pedra basilar na minha construção enquanto EEER. Destaco a importância das intervenções fundamentadas na mais recente evidência científica e aliadas à sistemática prática reflexiva, assim como a sua promoção no seio

da equipa de enfermagem, tendo como objetivo a excelência do cuidar e a melhoria contínua da qualidade dos cuidados de enfermagem ao longo de todo ciclo de vida.

Os conhecimentos desenvolvidos permitem abarcar os pressupostos da enfermagem de reabilitação e sinto-me com competência para prestar estes cuidados específicos no decorrer da minha prática. Este processo é apenas o início de um processo de desenvolvimento pessoal e profissional, pois deverá ser continuado e atualizado.

Concluída esta longa etapa, faz-se sentir o cansaço, mas sobrepõe-se a satisfação, gratificação e o orgulho de a ver finalizada. Deste processo destacamos os resultados tais como a aprendizagem, evolução profissional e pessoal. Estes resultados foram essenciais na interiorização de processos facilitadores para gerir dificuldades que compreendam questões complexas e decisões de natureza delicadas.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Abrams, P., Andersson K., Birder L., Brubaker, L., Cardozo, L., Chapple, C., Cottenden, A., Davila, W., Ridder, D., Dmochowski, R., Drake, M., DuBeau, C., Fry, C., Smith, J., Herschorn, D., Hosker, G., Kelleher, C., Koelbl, H., Khoury, S., Madoff, R., Milsom, I., Moore, K., Newman, D., Nitti, V., Norton, C., Nygaard, I., Payne, C., Smith, A., Staskin, D., Tekgul, S., Thuroff, J., Tubaro, A., Vodusek, D., Wein, A. & Wyndaele, J. (2010). 4th international consultation on incontinence recommendations of the International Scientific Committee: evaluation and treatment of urinary incontinence, pelvic organ prolapse, and fecal incontinence. *Neurourol Urodyn*, 9(1), 213-240. <http://doi.org/10.1002/nau.20870>

Abrams, P., Cardozo, L., Khoury, S. & Wein, A. (2013). *Incontinence: 5rd International Consultation on Incontinence*. International Consultation of Urologic Diseases (ICUD). European Association of Urology. https://www.ics.org/Publications/ICI_5/INCONTINENCE.pdf

Abreu, W.C. (2008). *Transições e contextos multiculturais*. Formasau.

American Psychological Association. (2020). *Publication manual of the American psychological association: The official guide to APA style* (7th ed.). APA.

Arco, H., Costa, A. & Mestrinho, N. (2017). Incontinência urinária e quedas no idoso: Contributos para uma revisão da literatura. *Revista Hospitalidade*, 81 (315), 34-40.

Arkan, G., Beser, A., Ozturk, V., Bozkunt, O. & Gulbahar, S. (2019). 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. *Top Stroke Rehabil*, 26(2), 128-135. <http://doi.org/10.1080/10749357.2018.1552741>

Arya L., Myers, D. & Jackson, N. (2000). Dietary caffeine intake and the risk detrusor instability: a case-control study. *Obstet Gynecol*, 96(1), 85-89. [http://doi.org/10.1016/s0029-7844\(00\)00808-5](http://doi.org/10.1016/s0029-7844(00)00808-5)

Associação Portuguesa de Urologia / Associação Portuguesa de Neurologia e Uroginecologia. (2018). *Semana da incontinência urinária*. http://www.apurologia.pt/incontinencia/incontinencia2018/Dossier_Imprensa_Semana_Incontinencia_Urinaria.pdf

Avery, J., Braunack-Mayer, A., Stocks, N., Taylor, A. & Duggan, P. (2013). Psychological perspectives in urinary incontinence: A metasynthesis. *OA Women's Health*, 1 (1), 1-10. <https://ro.uow.edu.au/cgi/viewcontent.cgi?article=4800&context=sspapers>

Becher K, Oelke M, Grass-Kapanke B, Flohr J, Mueller EA, Papenkordt U, Schulte-Frei B, Steinwachs KC, Süss S. & Wehling M. (2013). Improving the health care of geriatric patients: management of urinary incontinence: a position paper. *Z Gerontol Geriatr*, 46, 456-464. <http://doi.org/10.1007/s00391-013-0491-y>.

Beeckman, D., Campbell, J. & Campbell, K. (2015). *Proceedings of the Global IAD Expert Panel. Incontinence-Associated Dermatitis: Moving Prevention Forward*. <https://www.woundsinternational.com/resources/details/incontinence-associated-dermatitis-moving-prevention-forward>

Borba A., Lelis M. & Brêtas A., (2008). Significado de ter incontinência urinária e ser incontinente na visão das mulheres. *Texto e Contexto Enferm*, 17(3), 527-535. <https://repositorio.unifesp.br/bitstream/handle/11600/4522/S0104-07072008000300014.pdf?sequence=1&isAllowed=y>

Boyatzis, R. (2008). Competencies in the 21st Century. *Journal of Management Development*, 27 (1), 5-12. <http://dx.doi.org/10.1108/02621710810840730>

Bradshaw, A. (1997). Defining "competency" in nursing (part I): a policy review. *J Clin Nurs*, 6 (5), 347-354. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/9355468/>

Branquinho, N., Marques, A. & Robalo, L., (2007). Contributo para a Adaptação e Validação do Instrumento de Medida "Escala de Auto-Eficácia de Broome para Exercícios da Musculatura do Pavimento Pélvico", *EssFisiOnline*, 3(4), 3-13. <http://www.ifisionline.ips.pt/media/essfisionline/vol3n4.pdf>

Broome, B. (2003). The impact of urinary incontinence on self-efficacy and quality of life. *Health and Quality of Life Outcomes*, 1(1), 1-3. <https://dx.doi.org/10.1186%2F1477-7525-1-3>

Bump, R., Norton, P., Zinner, N. & Yalcin, I. (2003). Mixed urinary incontinence symptoms: urodynamic findings, incontinence severity, and treatment response. *Obstet Gynecol*, 102(1), 76-83. [https://doi.org/10.1016/s0029-7844\(03\)00376-4](https://doi.org/10.1016/s0029-7844(03)00376-4)

Capela, I., Moraes, M., Glória, L., Costa, B. & Sarges, E. (2017). *Impacto da Incontinência urinária na qualidade de vida de pacientes neurológicos de um ambulatório – relato de experiência*. Anais do VI Congresso de Educação em Saúde da Amazônia (COESA), Universidade Federal do Pará. https://www.coesa.ufpa.br/arquivos/2017/expandidos/retrato_de_experiencias/outra/REL214.pdf

Carvalho, J. (2009). *Metodologia do Trabalho Científico. «Saber-Fazer» da investigação para dissertações e teses* (2ª edição). Escolar Editora.

Charalambous, S. & Trantafylidis, A. (2009). Impact of urinary incontinence on quality of life. *Pelvipерineology*, 28, 51-53. https://cms.galenos.com.tr/Uploads/Article_37131/Pelvipерineology-28-51-En.pdf

Chinn, P.L., & Kramer, M.K. (2004). *Theory and nursing: Integrated knowledge development* (6th ed.). Mosby.

Direção Geral de Saúde (2016). Norma no 013/2016 de 28 de Outubro de 2016. *Regras de Prescrição de Dispositivos Médicos na Retenção/Incontinência em Idade Pediátrica e no Adulto*. Direção Geral de Saúde. https://normas.dgs.min-saude.pt/wp-content/uploads/2019/09/Regras-de-Pre-scricao-de-Dispositivos-Medicos-na-Retencao_Incontinencia-em-Idade-Pediatrica-e-no-Adulto.pdf

Decreto-Lei nº. 115/2013 do Ministério da Educação e Ciência. (2013). I série, n.º 151. <https://dre.pt/dre/detalhe/decreto-lei/115-2013-498487>

Decreto-Lei n.º 63/2016 do Ministério da Ciência, Tecnologia e Ensino Superior. (2016). Diário da República: I série, n.º 177. <https://dre.pt/application/conteudo/75319452>

DeMucha, C., Heintz, P., Deguzman, M., Softa, R. (2013). Stigma and microaggressions experienced by older women with urinary incontinence: A literature review. *Urol Nurs*, 33 (6), 299-305. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/24592523>

Direção Geral de Saúde (2015). *Plano Nacional de Segurança dos Doentes 2015-2020*. Direção Geral de Saúde. Lisboa. <https://dre.pt/application/conteudo/66463212>

Doughty, D. (2006). *Urinary & Fecal Incontinence. Current Management Concepts* (3th ed.). Mosby Elsevier.

Dumoulin, C., Cacciari, L. & Hay-Smith J. (2018). Pelvic floor muscle training versus no treatment, or inactive control treatments, for urinary incontinence in women. *Cochrane Database Syst Rev*, 10(10). <https://doi.org/10.1002/14651858.cd005654.pub4>

Faria, C., Menezes, A., Rodrigues, A., Ferreira A. & Bolsas, C. (2014). Incontinência urinária e noctúria: Prevalência e impacto sobre qualidade de vida em idosas numa Unidade Básica de Saúde. *Rev Bras Geriatr Gerontol*, 17 (1), 17-25. <https://doi.org/10.1590/S1809-98232014000100003>

Fernandes, S., Coutinho, E., Duarte, J., Nelas, P., Chaves, C. & Amaral, O. (2015). Qualidade de vida em mulheres com Incontinência Urinária. *Revista de Enfermagem Referência*. 4(5), 93-99.

Foley, A., Loharuka, S., Barrett, J., Mathews, R., Williams, K., Mcgrother, C. & Roe, B. (2012). Association between the Geriatric Giants of urinary incontinence and falls in older people using data from the Leicestershire MRC Incontinence Study. *Age and Ageing*, 41 (1), 35-40. <https://doi.org/10.1093/ageing/afr125>

Forte, C. (2011). *Incontinência urinária de Esforço na Mulher* (Master's thesis, Instituto Abel Salazar, Universidade do Porto, Porto). <https://repositorio-aberto.up.pt/bitstream/10216/63593/2/Tese%20de%20Mestrado%20%20Cristina%20Brao%20Forte.pdf>

Fortin, M. (2009). *Fundamentos e etapas no processo de investigação* (3ª edição). Lusociência.

Gomes, C., Pedriali, F., Urbano, M., Moreira, E., Averbek, M. & Almeida, S. (2017). The effects of Pilates method on pelvic floor muscle strength in patients with post-prostatectomy urinary

incontinence: A randomized clinical trial. *Neurorol Urodyna*, 37(1), 346-353.
<https://doi.org/10.1002/nau.23300>

Higa, R., Lopes, M. & Reis, M. (2008). Fatores de Risco na Incontinência Urinária na mulher. *Rev esc enferm USP*, 42 (1), 187-192. <https://doi.org/10.1590/S0080-62342008000100025>

Hoeman, S. P. (2011). *Enfermagem de Reabilitação: Prevenção, intervenção e resultados esperados*. Lusodidacta

Hunskar, S., Lose, G., Sykes, D. & Voss, S. (2004). The prevalence of urinary incontinence in women in four European countries. *BJU Internacional*, 93(3), 324-330.
<https://doi.org/10.1111/j.1464-410X.2003.04609.x>

Instituto Nacional de Estatística (2016). *Inquérito Nacional de Saúde 2014*.
https://www.ine.pt/xportal/xmain?xpid=INE&xpgid=ine_publicacoes&PUBLICACOEspub_boui=263714091&PUBLICACOESmodo=2

Kalsait, A., Lakshmiprabha, R., Iyyar, S. & Mehta, A. (2017). Correlation of Cognitive Impairment with functional mobility & risk of fall in elderly individuals. *Indian J Physiother Occup Ther*, 11(2), 7-11. <http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=ccm&AN=122825628&lang=pt-br&site=ehost-live>

Kılıç, M. (2016). Incidence and risk factors of urinary incontinence in women visiting Family Health Centers. *SpringerPlus*, 5(1), 1–9. <https://doi.org/10.1186/s40064-016-2965-z>

Le Boterf, G. (2005). *Construir as competências individuais e colectivas*. ASA.

Levy, J., Oliveira, A. (2004). *Reabilitação em Doenças Neurológicas: Guia Terapêutico Prático*. Atheneu Editora.

Macedo, C. (2017). *Envelhecimento e incontinência urinária – estudo de intervenção com Método Pilates Clínico*. (Master's Thesis, Instituto Politécnico de Viana do Castelo).
http://repositorio.ipvc.pt/bitstream/20.500.11960/2014/1/Carla_Macedo.pdf

Martins, J. (2008). Investigação em Enfermagem: Alguns apontamentos sobre a dimensão ética. *Pensar enfermagem*, 12 (2), 62-68.
https://comum.rcaap.pt/bitstream/10400.26/23998/1/2008_12_2_62-66.pdf

Matthews, M. & Mitchell, E. (2010). Causes and rehabilitation of urinary incontinence after stroke: A literature review. *British Journal Neuroscience Nursing*, 6(1), 37-41.
<https://www.magonlineibrary.com/doi/abs/10.12968/bjnn.2010.6.1.46057>

Mendonça, T.M. (2012). Disfunções Miccionais. Uropatia Obstrutiva Baixa. In Silva M., Duarte A., Galo J. & Domingues N. (Eds.), *Enfermagem em Urologia* (1ª edição, pp.36-50). Lidel.

Menoita, E. (2012). Reabilitar a pessoa idosa com AVC: Contributos para um envelhecer resiliente. *Lusociência*.

Milsom, I., Altman, D., Cartwright, R., Lapitan, M.C., Nelson, R., Sillén, U. & Tikkinen, K. (2013). Epidemiology of Urinary Incontinence (UI) and other Lower Urinary Tract Symptoms (LUTS), Pelvic Organ Prolapse (POP) and Anal Incontinence In Abrams P., Cardozo L., Khoury S., Wein A., *Incontinence. 5th International Consultation on Incontinence*, 15-108.
https://www.ics.org/Publications/ICI_5/INCONTINENCE.pdf

Møller, L., Lose, G. & Jorgensen T. (2000). Risk Factors for Lower Urinary Tract Symptoms in Women 40 to 60 Years of Age. *Obstet Gynecol*, 96(3), 446-451.
https://www.researchgate.net/publication/279717534_Risk_factors_for_lower_urinary_tract_symptoms_in_women_aged_40-60_years

Mota A., Figueiredo A., Ferreira C., Castelo D., Parada B., Nunes P. & Rolo F. (2014). Patologia urológica e envelhecimento. In: Veríssimo, Manuel (Ed.), *Geriatría fundamental* (1ªed., pp. 210-216). Lidel.

Mota P. & Tinoco C. (2021). Estudo urodinâmico no homem. *Urologia actual*, 41(1), 8-10. https://apurologia.pt/jornal/APU_41.pdf

Nazarko, L. (2017). Beyond the bladder: Holistic care for urinary incontinence. *Br J Community Nurs*, 22 (1), 662-666. <https://doi.org/10.12968/bjcn.2017.22.1.662>

Oliveira, S., Battisti, B., Secco, V. & Polese, J. (2009). Avaliação da qualidade de vida de portadores de incontinência urinária. *Revista Brasileira de Ciências do Envelhecimento Humano*, 6(1), 34-41. <https://doi.org/10.5335/rbceh.2012.251>

Ordem dos Enfermeiros (2001). *Padrões de qualidade dos cuidados de enfermagem, enquadramento conceptual, enunciados descritivos*. <https://www.ordemenfermeiros.pt/media/8903/divulgar-padroes-de-qualidade-dos-cuidados.pdf>

Ordem dos Enfermeiros (2016). *Instrumentos de colheita de dados para a documentação dos Cuidados Especializados em Enfermagem de Reabilitação*. https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/colegios/Documents/2017/InstRecolhaDadosDocumentacaoCuidEnfReabilitacao_Final_2017.pdf

Ordem dos Enfermeiros, (2015). *Deontologia Profissional de Enfermagem*. https://www.ordemenfermeiros.pt/media/8887/livrocj_deontologia_2015_web.pdf

Ordem dos Enfermeiros, O. (2015). *Estatuto da ordem dos enfermeiros e REPE*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros. https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/publicacoes/Documents/nEstatuto_REPE_29102015_VF_site.pdf

Orem, D. (2001). *Nursing: Concepts of practice*. Mosby.

Organização Mundial da Saúde (1995). Quality of life assessment: position paper from the World Health Organization. *Soc Sci Med*, 41(10), 1403-1409. [https://doi.org/10.1016/0277-9536\(95\)00112-k](https://doi.org/10.1016/0277-9536(95)00112-k)

Parker, W., & Griebing, T. (2015). Nonsurgical Treatment of Urinary Incontinence in Elderly Women. *Clin Geriatr Med*, 31(4), 471–485. <https://doi.org/10.1016/j.cger.2015.07.003>

Patel, M., Coshall, C., Rudd, A. & Wolfe, C. (2001). Natural History and Effects on 2-Year Outcomes of Urinary Incontinence After Stroke. *Stroke. Journal of the American Heart Association*, 32(1), 122-127. <https://doi.org/10.1161/01.str.32.1.122>

- Pêla, J. (2012). *Quais as intervenções dos Enfermeiros no tratamento/reabilitação das alterações da eliminação vesical dos doentes com AVC*. (Master's Thesis, Escola Superior de Enfermagem de Lisboa).
<https://comum.rcaap.pt/bitstream/10400.26/16137/1/Tese%20de%20Mestrado%20Enfermagem%20de%20Reabilitação%20João%20luis%20Marques%20Pêla.pdf>
- Pereira, T. & Santos, R. (2008). Ser enfermeiro especialista em enfermagem de reabilitação. *Enformação*, 10, 6-9. <https://repositorio.hff.min-saude.pt/bitstream/10400.10/302/1/Artigo%200001.pdf>
- Pereira, V., Polaco, R., Coelho, P. & Morgado, T. (2021). Tradução e adaptação transcultural da Rancho Los Amigos Levels of Cognitive Functioning Scale para português europeu. *Revista Portuguesa de Enfermagem de Reabilitação*, 4(2), 38-46.
<https://doi.org/10.33194/rper.2021.174>
- Pereira, V., Santos, J., Correia, G. & Driusso, P. (2011). Tradução e validação para a língua portuguesa de um questionário para avaliação da gravidade da incontinência urinária. *Rev Bras Ginecol Obstet*, 33 (4), 182-187. <https://doi.org/10.1590/S0100-72032011000400006>
- Petronilho, F. (2012). *Autocuidado: Conceito central da Enfermagem*. Formasau.
- Pires, M. (2011). Eliminação e continência vesical. In Hoeman, S. (Ed.), *Enfermagem de Reabilitação: Aplicação e processo* (4ª edição, pp.453-487). Lusociência.
- Pires, R., Martins, M., Gomes, B., Monteiro, C. & Ribeiro, O. (2019). Intervenção do enfermeiro especialista em reabilitação na mobilidade da pessoa idosa institucionalizada – programa TEIA. *Revista Portuguesa de Enfermagem de Reabilitação*, 2(1), 90-101.
<https://rper.aper.pt/index.php/rper/article/view/130/84>
- Ponte, J. (2006). Estudos de caso em educação matemática. *Bolema*, 19(25), 105-132.
<https://www.periodicos.rc.biblioteca.unesp.br/index.php/bolema/article/view/1880>
- Potter C., Weigel, K., & Green C. (2009). Problemas dos Rins e do Aparelho Urinário In. Marek, J., Monahan, F., Neighbors, M., Sands, J. (Eds.), *Enfermagem Médico-cirúrgica: perspectivas de saúde e doença* (8ª edição, pp. 989.1030). Lusodidacta.
- Potter, P. & Perry, A. (2006). *Fundamentos de enfermagem*. Lusociência.

Quadros, L. & Bezerra, P. (2016). Acidente Vascular Encefálico como fator de risco para incontinência urinária em idosos institucionalizados. *Saúde e Pesqui*, 9(3), 557-566. <http://dx.doi.org/10.177651/1983-1870.2016v9n3p557-566>

Queirós, P. (2010). Autocuidado, transições e bem-estar. *Revista Investigação em Enfermagem*, 21, 5-7. https://www.researchgate.net/publication/267328377_Autocuidado_transicoes_e_bem-estar/link/544ac0080cf2bcc9b1d30a18/download

Redol, F. & Rocha, C. (2017). Intervenção de enfermagem com a pessoa com alterações da eliminação vesical e intestinal. In Marques-Vieira C. & Sousa L. (Eds), *Cuidados de enfermagem de reabilitação à pessoa ao longo da vida* (1ª edição, 189-2017). Lusodidacta.

Regulamento n.º 392/2019 (2019). Regulamento das Competência Especificas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação. Ordem dos Enfermeiros. Diário a República: II série, n.º 85/2019. <https://dre.pt/dre/detalhe/regulamento/392-2019-122216893>

Regulamento n.º 140/2019 (2019). Regulamento das Competência Comuns do Enfermeiro Especialista. Ordem dos Enfermeiros. Diário a República: II série, n.º 26/2019. <https://dre.pt/application/conteudo/119236195>

Roza, T., Araújo, M., Mascarenhas, T., Loureiro, J., Parente, M. & Natal, R. (2011). Analysis of the contraction of the pubovisceral muscle based on a computational model. *Portuguese Journal of Sport Sciences*, 11(2), 797- 800.

Santos, K., Barbosa, P. & Nunes, K. (2021). Avaliação da capacidade cognitiva e incidência da incontinência urinaria em idoso institucionalizados e não institucionalizados. *Revista educação, saúde e meio ambiente*, 1(9), 304 – 318.

Seeley, R., Stephens, T. & Tate, P. (2007). *Anatomia e Fisiologia* (6ª edição). Lusociência

Serviço de Higiene e Epidemiologia da Faculdade de Medicina da Universidade do Porto (2008). *Prevalência e Tratamento da Incontinência Urinária na População Portuguesa não Institucionalizada*. Faculdade de Medicina da Universidade do Porto. <http://www.apurologia.pt/pdfs/estud-epidem-incont-08.pdf>.

Silva, V. & D'Elboux (2012). Atuação do enfermeiro no manejo da incontinência urinária do idoso: uma revisão integrativa. *Rev Esc Enferm USP*, 46(5), 1218-1223. <https://doi.org/10.1590/S0080-62342012000500026>

Smith, M., Russel A. & Hodges P. (2009), Do incontinence, breathing difficulties, and gastrointestinal symptoms increase the risk of future back pain? *J pain*, 10(8), 876-886. <https://doi.org/10.1016/j.jpain.2009.03.003>

Soderhamn, O. (2010). Self-care activity as a structure: A phenomenological approach. *Scand J Occup Ther*, 7(4), 183-189. <https://www.tandfonline.com/doi/abs/10.1080/110381200300008724>

Sousa, E. (2016). *Estudo da eficácia e qualidade de vida em doentes com incontinência urinária de esforço pós-prostatectomia submetidos à colocação de sling trans-obturador ajustável*. (Master's thesis, Faculdade de Medicina da Universidade de Lisboa). <https://repositorio.ul.pt/bitstream/10451/26552/1/EduardoFFSousa.pdf>

Stake, R. (2012). *A arte da investigação com estudos de caso* (3ª edição.). Fundação Calouste Gulbenkian.

Stevens, K. (2011). Eliminação e Continência Urinária. In Hoeman S.P. (Ed.), *Enfermagem de Reabilitação – Prevenção, Intervenção e Resultados Esperados* (4ª edição, pp.351-385). Lusodidacta.

Streubert-Speziale, H. & Carpenter, D. (2003). *Qualitative research in nursing: Advancing the humanistic imperative* (3rd ed). Lippincott Williams & Wilkins

Tamanini, J., Dambros, M., D'Ancona, C., Palma, P. & Junior, N. (2004). Validação para o português do "International Consultation on Incontinence Questionnaire – Short Form" (ICIQ-SF). *Rev Saúde Pública*, 38(3), 438-444. <https://doi.org/10.1590/S0034-89102004000300015>

Taylor, S. (2004). Dorothea E. Orem: Teoria do Déficit de Autocuidado de Enfermagem. In Tomey A.M. & Alligood M.R. (Eds.), *Teóricas de Enfermagem e Sua Obra* (5ª edição, pp. 211-236). Lusociência.

Teunissen, D., Van Den Bosch, W., Van Weel, C. & Lagro-Janssen, T. (2006). "It can always happen": The impact of urinary incontinence on elderly men and women. *Scandinavian Journal of Primary Health Care*, 24 (3), 166-173. <https://doi.org/10.1080/02813430600739371>

Thompson, D. (2004). Geriatric Incontinence: The Long-Term Care Challenge. *Urol Nurs*, 24(4), 305-314. Geriatric Incontinence: The Long-Term Care Challenge. *Urologic Nursing*,

Valença, M., Albuquerque, A., Rocha, G. & Aguiar, A. (2016). Cuidados de enfermagem na incontinência urinária: Um estudo de revisão integrativa. *Revista Estima*, 14 (1), 43-49. <http://dx.doi.org/10.5327/Z1806-3144201600010007>

Vaughn S. (2009). Efficacy of urinary guidelines in the management of pos-stroke incontinence. *International Journal of Urological Nursing*, 3(1), 4-12. <http://ehis.ebscohost.com/ehost/detail?hid=103&sid=8495b083-2261-4052-9559-f7fc98b81923%40sessionmgr111&vid=21&bdata=jNnpdGU9ZWvhc3QtbGl2ZQ%3d%3d#db=rzh&AN=2010253276>

Wesnes, S., Hunskaar, S. & Rortveit, G. (2009). The effect of urinary incontinence status during pregnancy and delivery mode on incontinence postpartum. A cohort study. *BJOG*, 116(5), 700-707. <https://dx.doi.org/10.1111%2Fj.1471-0528.2008.02107.x>

Wikander, B., Ekelund, P. & Milson, I. (1998). An evaluation of multidisciplinary intervention governed by functional independence measure (FIM) in incontinent stroke patients. *Scand J Rehabil Med*, 30(1), 15-21. <https://doi.org/10.1080/003655098444273>

Wood, L. & Anger, J. (2014). Urinary incontinence in women. *BMJ*, 349(15), 4531-4542. <https://doi.org/10.1136/bmj.g4531>

Yin, R. (2010). *Estudo de caso: planejamento e métodos* (4ª edição). Bookman

Yip, S. & Cardozo, L. (2007). Psychological morbidity and female urinary incontinence. *Best Pract Res Clin Obstet Gynaecol*, 21(2), 21-29. <https://doi.org/10.1016/j>.

APÊNDICES

Apêndice A: Declaração de Consentimento Informado, Livre e Esclarecido

Declaração de Consentimento Informado, Livre e Esclarecido

Eu, Maria Carolina da Horta Cravosa, estudante do Curso de Mestrado de Enfermagem na área de Especialização de Enfermagem de Reabilitação, estou a implementar um projeto de intervenção que visa a realização de um programa de reabilitação funcional motora para o autocontrolo urinário. Venho por este meio pedir-lhe o consentimento para incluir a sua participação no presente estudo, que se realiza de acordo com o decretado pela Declaração de Helsínquia e pela Convenção de Oviedo, onde a proteção do interesse e bem-estar do ser humano surge como prioridade, garantindo-lhe o cumprimento dos princípios da confidencialidade e proteção de dados. Os dados colhidos serão exclusivamente utilizados para este estudo e respetivas divulgações, não havendo a identificação de nenhum dos participantes. A qualquer momento pode desistir da sua participação, sem necessidade de apresentar qualquer justificação e sem sofrer qualquer consequência.

Seguidamente são apresentadas as características gerais do projeto a implementar, não hesite em pedir esclarecimentos.

Enquadramento: Projeto de intervenção realizado no âmbito do Curso de Mestrado em Enfermagem, em Associação entre a Escola Superior de Enfermagem São João de Deus da Universidade de Évora e as Escolas Superiores de Saúde dos Institutos Politécnicos de Beja, Castelo Branco, Portalegre e Setúbal, com a orientação do Professor João Vítor da Silva Vieira e do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação a desempenhar funções no serviço de [REDACTED]

Título: Programa de enfermagem de reabilitação para a pessoa com alteração da continência urinária.

Objetivos: Analisar os benefícios da implementação de um programa de reabilitação para a pessoa com alteração da continência urinária.

Intervenções: Implementar exercícios e intervenções que contribuam para o controlo urinário.

Agradeço a sua disponibilidade para a participação neste projeto, contribuindo para o desenvolvimento do conhecimento científico.

Investigador: Maria Carolina Cravosa; Contacto: [REDACTED]

Declaração de Consentimento Informado, Livre e Esclarecido

Por favor leia e assinale com uma cruz (X) os quadrados seguintes:

1. Eu confirmo que percebi a informação que me foi dada e tive a oportunidade de questionar e de me esclarecer.
2. Eu percebo que a minha participação é voluntária e que sou livre de desistir, em qualquer altura, sem dar nenhuma explicação.
3. Eu compreendo que os dados recolhidos durante a investigação são confidenciais e que só o investigador tem acesso a eles. Portanto, dou autorização para que este tenha acesso a esses dados.
4. Eu compreendo que os resultados do estudo podem ser publicados em Revistas Científicas e usados noutras investigações, sem que haja qualquer quebra de confidencialidade. Portanto, autorizo a utilização dos dados para esses fins.
5. Eu concordo em participar no estudo.
6. Eu autorizo a consulta do meu processo clínico, no sentido de obter dados para o projeto em questão.

██████████, _____ de _____ de 2021

Assinatura do participante

Se não for o próprio a assinar por incapacidade, indicar o grau de relação com o participante

Assinatura do investigador

Maria Carolina da Horta Cravosa

Este documento é constituído por duas páginas, sendo um exemplar para o investigador e o outro para o participante ou seu representante.

Apêndice B: Caracterização do participante

Caracterização do participante

Nº participante	
Idade	
Sexo	
Escolaridade	
Estado civil	
Agregado familiar	
Profissão/ocupação	

Apêndice C: Registo parâmetros biofisiológicos

Registro de parâmetros biofisiológicos

Nº. de participante: _____

	Data de avaliação					
Tensão arterial						
Frequência cardíaca						
Ciclos respiratórios						
Temperatura						
Dor						
SPO2						
Glicémia (se aplicável)						

Apêndice D: História de enfermagem para a incontinência urinária

História de Enfermagem para a Incontinência Urinária

Nº. de participante:

Características da incontinência

- Início e duração
- Frequência
- Horário (dia, noite ou ambos).
- Fatores precipitantes (tosse, espirro, gargalhadas, exercício, mudanças de posição, lavagem das mãos, outros)
- Urgência associada
- Quantidade das perdas.
- Tipo de perdas (esguicho, fluxo ou gotejo constante)
- Uso de pensos/cuecas protetoras (número de pensos ou mudanças de roupa por dia)

Padrão de eliminação

- Frequência diurna
- Frequência noturna

Sintomas gênito-urinários associados

- Sensação de bexiga cheia
- Capacidade de atrasar o esvaziamento
- Sensação de esvaziamento incompleto da bexiga
- Gotejo após a micção
- Sintomas de obstrução (dificuldade em iniciar a micção, fluxo interrompido ou mais lento, esforço para urinar)
- Sintomas de infecção urinária (disúria, hematúria)

História gênito-urinária

- Partos
- Cirurgias (pélvica ou do aparelho urinário inferior)

- Infecções urinárias recorrentes
- Infecções urinárias recorrentes
- Tratamento anterior para a incontinência e resultados obtidos (medicação, exercícios do pavimento pélvico, cirurgia, dilatações)

História médica relevante

- Doença aguda
- Depressão
- Diabetes Mellitus
- Doença cardiovascular
- Doença renal.
- Distúrbios da eliminação fecal
- Distúrbios psicológicos
- Medicação

Percepção do Doente/cuidador acerca da incontinência

- Percepção da causa e gravidade
- Interferência nas atividades diárias
- Expectativas de cura

Fatores ambientais

- Acessibilidade à casa de banho
- Distância até à casa de banho
- Uso de ajudas à eliminação

Fonte: Stevens (2011, p. 358).

Apêndice E: Diário miccional

Diário miccional

Nº. de participante: _____

Data: _____

Intervalo de tempo	Urinou na casa de banho	Teve um pequeno episódio de incontinência	Teve um grande episódio de incontinência	Causas do episódio de incontinência	Tipo e quantidade de líquidos ingeridos
6 – 8 h					
8 – 10 h					
10 – 12 h					
12 – 14 h					
14 – 16 h					
16 – 18 h					
18 – 20 h					
20 – 22 h					
22 – 24 h					

Nº. da fralda utilizadas: _____

Nº. de episódios: _____

Comentários:

Adaptado: Stevens (2011, p. 359)

Apêndice F: Ensino ao participante dos exercícios de fortalecimento da musculatura do pavimento pélvico

Ensino ao Doente: Exercícios dos Músculos Pélvicos

Como encontrar os músculos pélvicos

Para encontrar o músculo, imagine que está numa festa e que a boa comida que acabou de consumir causa-lhe gases. O músculo que usa para impedir a saída desse gás é o que precisa de exercitar. Algumas pessoas encontram este músculo fazendo parar voluntariamente o jato de urina. Se for mulher, outra forma de encontrar o músculo é puxando para cima o reto, a vagina e a uretra. Tente pensar na área em volta à vagina.

Exercitar o músculo

Comece por esvaziar a bexiga e depois tente relaxar completamente. Contraia esse músculo e mantenha assim enquanto conta até 10 ou durante 10 segundos, depois relaxe o músculo completamente enquanto conta até 10. Deve sentir o encerramento entre as pernas e o levantamento da área à volta da vagina (na mulher).

Quando fazer os exercícios

Faça 10 exercícios de manhã, 10 de tarde e 15 à noite – ou durante 10 minutos, 3 vezes ao dia. Marque um cronómetro para 10 minutos, 3 vezes ao dia. Inicialmente, pode não ser capaz de manter a contração enquanto conta até 1; contudo você conseguirá ir subindo, ao longo do tempo, até uma contração de 10 segundos. O músculo pode ficar cansado após 6 a 8 exercícios. Se isto acontecer, pare e volte a exercitar mais tarde.

Onde praticar os exercícios

Estes exercícios podem ser feitos em qualquer sítio e a qualquer hora. A maior parte das pessoas preferem exercitar-se deitada na cama ou sentada numa cadeira. As mulheres podem tentar fazê-lo durante as relações sexuais. Contraia os músculos pélvicos apertando o pénis do seu companheiro e depois relaxe. O seu companheiro tem que sentir o aumento da pressão.

Erros comuns

Nunca use os músculos do estômago, das pernas ou as nádegas. Para perceber se está a contrair os músculos do seu estômago, coloque a mão no abdómen enquanto mantém a contração dos músculos pélvicos. Se sentir o abdómen a mexer, é porque também está a usar estes músculos. Com o tempo irá aprender a praticar com menor esforço. Finalmente, faça os exercícios como parte do seu estilo de vida; contraia os músculos, enquanto anda, quando espirra ou quando se desloca à casa de banho.

Quando darei por uma mudança?

Depois de 4 a 6 semanas de exercícios diários continuados começará a notar que tem menos acidentes urinários e depois de 3 meses verá uma diferença ainda maior.

Estes exercícios podem magoar-me?

Não. Estes exercícios não lhe farão mal de maneira nenhuma. A maior parte dos clientes acham-nos relaxantes e fáceis. Se tiver dores nas costas ou no estômago, depois dos exercícios, provavelmente está a fazer demasiado esforço ou a usar os músculos do estômago. Volte atrás e descubra os músculos pélvicos e lembre-se que este exercício deve fazê-lo sentir-se bem. Se

tiver cefaleias, então também está a contrair os músculos torácicos e, provavelmente, a sustentar a respiração.

Fonte: Stevens (2011, p. 374)

Apêndice G: Escala de Níveis de Funcionamento Cognitivo Racho los Amigos

Escala de Níveis de Funcionamento Cognitivo Racho los Amigos

Nível / Denominação	Comportamento	Avaliação inicial _/_/_	Avaliação intermédia _/_/_	Avaliação final _/_/_
I-Sem resposta	Em coma; não responde a sons, sinais, luzes, toque ou movimento.			
II-Resposta Generalizada	Reage inconsciente, despropositada e inespecificamente a estímulos; respostas limitadas, frequentemente as mesmas independentemente do estímulo.			
III-Resposta Localizada	Reage especificamente, mas inconscientemente aos estímulos; pode seguir comandos simples num modo inconsciente e retardado, como fechar os olhos ou apertar a mão.			
IV-Confuso / Agitado	Estado intensificado de atividade; comportamento bizarro, despropositado relativamente ao ambiente imediato; incapaz de cooperar com esforços do tratamento; frequentemente as verbalizações são incoerentes e/ou inadequadas; amnésia a curto ou longo prazo.			
V-Confuso / Inadequado	Incapaz de responder a comandos simples de modo consistente; atenção geral ao ambiente; muito desatento e sem capacidade de focar a atenção numa tarefa específica; concentra-se em atividades básicas (comer, alívio da dor, regressar a cama, ir ao wc, regressar a casa); incapaz de aprender novas informações.			
VI-Confuso / Apropriado	Comportamento dirigido para as metas, mas dependente de informações ou orientações externas; presta atenção por um período de cerca de 30 min, com comportamento adequado mas dificuldade em concentrar-se em ambiente barulhento ou quando a atividade requer etapas diferentes; maior profundidade e detalhe nas			

	memórias passadas que nas recentes.			
VII- Automático / Apropriado	Parece apropriado e orientado no hospital e no domicílio; passa pela rotina diária automaticamente, com confusão mínima ou ausente, tem recordações superficiais das atividades; necessita de supervisão devido às noções de segurança e julgamento diminuídos; não compreende completamente o impacto dos seus problemas físicos e mentais.			
VIII- Intencional / Apropriado	Capaz de lembrar-se e integrar eventos passados e recentes, percebe e reage ao ambiente; exibe transferência para novas aprendizagens, não necessita de supervisão uma vez aprendidas as atividades; pode continuar a exibir uma capacidade diminuída de: raciocínio abstrato, tolerância ao stress e julgamento em emergência ou circunstâncias peculiares			

Adaptado: Hoeman (2011)

ANEXOS

Anexo A: Declaração de aceitação da Conselho Científico da Universidade de Évora

Notificação: Deliberação de aprovação de Relatório de Estágio



SIUE

para para mim, amgdsc

11/01 [Detalhes](#)



Caro(a) Aluno(a),

Vimos por este meio informar que foi aprovado em 09/01/2022 pelo Conselho Científico da UO o Relatório de Estágio com o título "Programa de Enfermagem de Reabilitação para a pessoa com alteração da continência urinária". Poderá no SIUE consultar outros dados relativos ao projeto aprovado, sendo que qualquer alteração aos dados constante no projeto aprovado, será sujeito a proposta de alteração nos prazos estipulados no RAuÉ.

Para mais informações agradecemos consulta do [Portal UÉ](#) ou do [Balcão SAC ONLINE](#) onde poderá colocar as suas dúvidas.

Enviado automaticamente pelo SIUE em 11/01/2022 às 10:48.

Por favor não responda diretamente a este email.

Anexo B: International Consultation on Incontinence Questionnaire – Short Form

Anexo C: Escala de auto-eficácia 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 contrações dos músculos pélvicos para prevenir perda involuntária de urina.

Vamos supor que se sente 80% confiante na sua capacidade de executar as contrações 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. Contrair os seus músculos pélvicos enquanto lava frutas e vegetais em água corrente?	0 10 20 30 40 50 60 70 80 90 100
8. Contrair os seus músculos pélvicos quando carrega um saco de compras de supermercado?	0 10 20 30 40 50 60 70 80 90 100
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

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. Quando levanta sacos pesados?	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. Enquanto lava frutas e vegetais?	0 10 20 30 40 50 60 70 80 90 100

(Fonte: Branquinho et al., 2007)