



**INSTITUTO POLITÉCNICO DE PORTALEGRE**

**ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE**



**UNIVERSIDADE DE ÉVORA**

**ESCOLA SUPERIOR DE ENFERMAGEM DE SÃO JOÃO DE DEUS**



**IPBeja**  
INSTITUTO POLITÉCNICO  
DE BEJA

**INSTITUTO POLITÉCNICO DE BEJA**

**ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE**



**INSTITUTO POLITÉCNICO DE SETÚBAL**

**ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE**



Instituto Politécnico  
de Castelo Branco

**INSTITUTO POLITÉCNICO DE CASTELO BRANCO**

**ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE DR LOPES DIAS**

**Reabilitação da Pessoa com Alteração da  
Continência Urinária**

**Lucília do Carmo Viveiros Costa**

Orientação: João Vítor da Silva Vieira

**Mestrado em Enfermagem**

Área de especialização: *Enfermagem de Reabilitação*

Relatório de Estágio

Portalegre, 2024



**INSTITUTO POLITÉCNICO DE PORTALEGRE**

**ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE**



**UNIVERSIDADE DE ÉVORA**

**ESCOLA SUPERIOR DE ENFERMAGEM DE SÃO JOÃO DE DEUS**



**INSTITUTO POLITÉCNICO DE BEJA**

**ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE**



**INSTITUTO POLITÉCNICO DE SETÚBAL**

**ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE**



Instituto Politécnico  
de Castelo Branco

**INSTITUTO POLITÉCNICO DE CASTELO BRANCO**

**ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE DR LOPES DIAS**

**Reabilitação da Pessoa com Alteração da  
Continência Urinária**

**Lucília do Carmo Viveiros Costa**

Orientação: João Vítor da Silva Vieira

**Mestrado em Enfermagem**

Área de especialização: *Enfermagem de Reabilitação*

Relatório de Estágio

Portalegre, 2024

O relatório de estágio foi objeto de apreciação e discussão pública pelo seguinte júri nomeado pela Diretora da Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Portalegre:

Presidente | Professor Doutor Adriano de Jesus Dias Pedro (Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Portalegre)

Vogais | Professora Maria José Abrantes Bule (Escola Superior de Enfermagem São João de Deus da Universidade de Évora)

Professor João Vítor da Silva Vieira (Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Beja)

“Ajudar alguém a passar pela dificuldade é o ponto de partida da civilização”.

Margaret Mead, Antropóloga

(1901-1978)

## **AGRADECIMENTOS**

À minha família, pelo amor incondicional.

Aos professores pela inspiração. Em especial ao professor orientador.

Aos meus amigos, em especial ao R., pelo apoio.

## RESUMO

Com o aumento da esperança média de vida, torna-se um desafio viver mais anos com saúde e bem-estar num desejável envelhecimento ativo. A incontinência urinária surge neste panorama de longevidade como um constrangimento da qualidade de vida, ameaçando a integridade física, emocional e socioeconómica, devido à sua multifatorialidade. Apesar do seu impacto expressivo, ainda é uma realidade escondida sob a vergonha e o estigma a ela associado. A reabilitação vesical constitui assim um campo fértil para a atuação do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação, onde são mobilizados os conhecimentos e recursos necessários promotores de ambientes de saúde favoráveis à capacitação na gestão da continência urinária. Neste sentido, objetivou-se analisar em que medida as intervenções de enfermagem de reabilitação, contribuem para a reabilitação da pessoa com alteração da continência urinária.

O presente relatório pretende apresentar o processo de implementação de um programa de enfermagem de reabilitação para a pessoa com alteração da continência urinária, evidenciando o processo de aquisição de Competências Comuns do Enfermeiro Especialista, as Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação e das Competências de Mestre.

**Palavas Chave:** Incontinência Urinária; Enfermagem de Reabilitação; Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação; Reabilitação Vesical.

## **ABSTRACT**

With the increase in average life expectancy, it is becoming a challenge to live longer with health and well-being in a desirable form of active ageing. Urinary incontinence appears in this panorama of longevity as a constraint on quality of life, threatening physical, emotional, and socio-economic integrity, due to its multifactorial nature. Despite its significant impact, it is still a reality hidden under the shame and stigma associated with it. Bladder rehabilitation is therefore a fertile field for the Rehabilitation Nurse Specialist to work in, where the necessary knowledge and resources are mobilized to promote health environments that are favorable to training in the management of urinary continence. With this in mind, the aim was to analyze the extent to which rehabilitation nursing interventions contribute to the rehabilitation of people with altered urinary continence.

This report aims to present the process of implementing a rehabilitation nursing program for people with altered urinary continence, highlighting the process of acquiring the Common Competences of the Specialist Nurse, the Specific Competences of the Specialist Nurse in Rehabilitation Nursing and the Master's Competences.

**Keywords:** Urinary Incontinence; Rehabilitation Nursing; Rehabilitation Nurse Specialist; Bladder Rehabilitation.

## ÍNDICE DE FIGURAS

<b>Figura 1</b> – Músculos do pavimento pélvico feminino e masculino. ....	33
<b>Figura 2</b> – Neurofisiologia da micção.....	34
<b>Figura 3</b> – Teoria de Médio Alcance das Transições de Afaf Meleis.....	51

## ÍNDICE DE QUADROS

<b>Quadro 1</b> – Caracterização biográfica dos participantes .....	74
<b>Quadro 2</b> – Caracterização da avaliação dos parâmetros biofisiológicos.....	75
<b>Quadro 3</b> – Caracterização da história de saúde.....	76
<b>Quadro 4</b> – Caracterização da história de enfermagem para a IU.....	77
<b>Quadro 5</b> – Impacto da IU nas atividades de vida diária e na qualidade de vida .....	79
<b>Quadro 6</b> – Resultados da avaliação da Rancho Los Amigos – Levels of Cognitive Functioning Scale.	79
<b>Quadro 7</b> – Resultados da aplicação da Escala de Autoeficácia de Broome para exercícios da musculatura do pavimento pélvico .....	80
<b>Quadro 8</b> – Episódios de IU antes e após implementação do programa de ER.....	80

## **ABREVIATURAS, SIGLAS E SÍMBOLOS**

°C – Graus Celsius

ACES – Agrupamento de Centros de Saúde

AVD – Atividades de Vida Diária

bpm – Batimentos por minuto

cpm – Ciclos por minuto

DGS – Direção-Geral da Saúde

EAU – European Association of Urology

ECCI – Equipa de Cuidados Continuados Integrados

ER – Enfermagem de Reabilitação

EEER – Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação

ICI – International Consultation on Incontinence

ICN – International Council of Nurses

ICS – International Continence Society

IMC – Índice Massa Corporal

INE – Instituto Nacional de Estatística

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

IU – Incontinência Urinária

FC – Frequência Cardíaca

FR – Frequência Respiratória

mmHg – Milímetros de mercúrio

NICE – National Institute for Health and Care Excellence

OCDE – Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Económico

OE – Ordem dos Enfermeiros

OMS – Organização Mundial da Saúde

PNS – Plano Nacional de Saúde

SPO<sub>2</sub> – Saturação Periférica de Oxigénio

SPG – Sociedade Portuguesa de Ginecologia

T – Temperatura

TA – Tensão Arterial

UCC – Unidade de Cuidados Continuados

WHO – World Health Organization

## ÍNDICE

<b>INTRODUÇÃO</b> .....	14
<b>1 – APRECIÇÃO DO CONTEXTO</b> .....	17
1.1 – ANÁLISE DO ENVOLVIMENTO .....	17
1.1.1 – Caracterização do contexto institucional do estágio.....	17
1.1.2 – Caracterização do serviço de ortopedia .....	18
1.1.3 – Caracterização do serviço de medicina .....	19
1.1.4 – Caracterização da Unidade Cuidados Continuados - Equipa Cuidados Continuados Integrados [ECCI].....	20
1.2 – ANÁLISE DA PRODUÇÃO DE CUIDADOS .....	21
1.3 – ANÁLISE DA POPULAÇÃO-ALVO .....	25
<b>2 – PESSOA COM ALTERAÇÃO DA CONTINÊNCIA URINÁRIA</b> .....	28
2.1 – NEUROFISIOLOGIA DA MICÇÃO .....	32
2.2 – FISIOPATOLOGIA DA INCONTINÊNCIA URINÁRIA .....	36
2.3 – AVALIAÇÃO PESSOA COM ALTERAÇÃO DA CONTINÊNCIA URINÁRIA.....	40
2.4 – A INTERVENÇÃO DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA EM ENFERMAGEM DE REABILITAÇÃO NA PESSOA COM ALTERAÇÃO DA CONTINÊNCIA URINÁRIA .....	45
<b>3 – REFERENCIAL TEÓRICO DE ENFERMAGEM</b> .....	49
<b>4 – PROGRAMA DE ENFERMAGEM DE REABILITAÇÃO PARA A PESSOA COM ALTERAÇÃO DA CONTINÊNCIA URINÁRIA</b> .....	60
4.1 – OBJETIVOS.....	60
4.2 – METODOLOGIA .....	61
4.3 – AVALIAÇÃO DIAGNÓSTICA .....	64
4.4 – INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM DE REABILITAÇÃO .....	68
4.5 – RESULTADOS .....	73
4.6 – DISCUSSÃO DOS RESULTADOS .....	81
4.7 – CONSIDERAÇÕES FINAIS .....	97
<b>5 – ANÁLISE REFLEXIVA SOBRE AS COMPETÊNCIAS ADQUIRIDAS</b> .....	101
5.1 – COMPETÊNCIAS COMUNS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA.....	101

---

5.2 – COMPETÊNCIAS ESPECÍFICAS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA EM ENFERMAGEM DE REABILITAÇÃO.....	107
5.3 – COMPETÊNCIAS DE MESTRE .....	110
<b>CONCLUSÃO .....</b>	<b>113</b>
<b>REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....</b>	<b>115</b>
<b>ANEXOS</b>	
ANEXO I – Escala Rancho Los Amigos - Levels of Cognitive Functioning Scale .....	140
ANEXO II – Escala de Auto-eficácia de Broome para os exercícios dos músculos do pavimento pélvico .....	144
ANEXO III – Certificado de Participação no Webinar “Transição entre ambientes de prática Clínica: o Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação como Decisor, Interveniente e Formador” .....	147
ANEXO IV – Certificado de Participação na Sessão de Formação “Disfagia – como identificar sinais e sintomas – suplementos nutricionais” .....	149
<b>APÊNDICES</b>	
APÊNDICE I – Cuidados de Enfermagem de Reabilitação à Pessoa Submetida a Artroplastia Total da Anca por Coxartrose .....	151
APÊNDICE II – Cuidados de Enfermagem de Reabilitação à Pessoa com Asma em Contexto de Comunidade .....	192
APÊNDICE III – Parecer da Comissão de Ética da Instituição Hospitalar.....	245
APÊNDICE IV – Consentimento Informado, Livre e Esclarecido.....	247
APÊNDICE V – Instrumentos de Colheita de Dados.....	250

## INTRODUÇÃO

No âmbito da Unidade Curricular Relatório, integrada no VII Curso de Mestrado em Enfermagem com a Especialização em Enfermagem de Reabilitação [ER], a decorrer na Escola Superior de Saúde de Portalegre, em Associação com as Escolas Superiores de Saúde dos Institutos Politécnicos de Beja, Castelo Branco e Setúbal e da Escola Superior de Enfermagem São João de Deus da Universidade de Évora, foi elaborado o presente relatório como método de avaliação.

Este relatório comporta a exposição das atividades desenvolvidas no decorrer das Unidades Curriculares referentes ao Estágio em ER e Estágio Final e constitui-se como um elemento essencial para obtenção do título de Enfermeira Especialista e do grau de Mestre em Enfermagem. Todas as atividades desenvolvidas nos diferentes contextos de estágio foram promotoras da aquisição de competências, tal como a elaboração de um projeto de intervenção dirigido à temática da reabilitação vesical, os estudos de caso e as ações de formação realizadas nos serviços de acolhimento dos respetivos estágios. O processo reflexivo que acompanhou o decorrer da experiência na prática clínica de cuidados, nas áreas específicas de ortopedia/ortotraumatologia, neurologia e respiratória, encontra-se também descrito neste documento.

As alterações no trato urinário inferior podem manifestar-se por episódios de incontinência urinária [IU], que segundo a International Consultation on Incontinence [ICI] se define como uma perda involuntária de urina (Abrams et al., 2017). Consoante as situações em que ocorre, a IU pode classificar-se em vários subtipos: de esforço, de urgência, mista, associada a retenção crónica, enurese, contínua, sensível, coital, funcional e multifatorial (Sociedade Portuguesa de Uroginecologia, 2018).

Os episódios de IU são mais frequentes com o avançar de idade e prendem-se com a perda de eficácia dos mecanismos que permitem manter a continência urinária, sendo também prevalentes no sexo feminino associado a características funcionais do aparelho genito-urinário e condições naturais como a gravidez e o parto. Em ambos os sexos, são fatores predisponentes as alterações neurológicas, infeções, diabetes ou uso de fármacos como relaxantes musculares, diuréticos ou sedativos (Abrams et al., 2017).

A IU constitui um problema subdiagnosticado, habitualmente ocultado e para o qual a pessoa não procura aconselhamento de saúde, quer seja porque encara a incontinência como uma situação “normal” do envelhecimento, quer por possuir baixas expectativas em relação ao tratamento e acreditar que terá de ser a própria a lidar com a situação (Abrams et al., 2017). Com um impacto profundo na saúde física e na esfera económica e psicossocial, a incontinência urinária representa uma perda de autoestima para a pessoa que a vivencia, limitando a possibilidade de atingir ou manter a independência, reduzindo a sua interação social (Stevens, 2011).

O envelhecimento demográfico com o acréscimo gradual do número de idosos, que se verifica a nível nacional, é igualmente proporcional com a prevalência de alterações da continência urinária associados (Sociedade Portuguesa de Uroginecologia, 2018). O impacto na saúde e na qualidade de vida, bem como o elevado custo no campo económico, constituíram-se como critérios de seleção do tema do projeto de intervenção. Todas as consequências decorrentes da alteração da continência, sejam físicas ou emocionais/sociais estabelecem um tema de intervenção privilegiada para a ER, capaz de promover a capacitação da pessoa com vista à sua independência e melhoria da qualidade de vida. Uma vez que é uma temática transversal à maioria dos contextos da prática clínica de cuidados, ganhando especial destaque no serviço onde exerço, constitui-se também como uma necessidade profissional, com o objetivo de aprofundar conhecimentos e adquirir competências nesta área em específico.

A alteração da continência urinária representa para quem a experiencia, um “desmembrar” do que é a sua individualidade, da sua intimidade e da imagem que tem de si próprio (Avery et al., 2013). Imprime no quotidiano novas necessidades, uma nova abordagem e adaptação, processos em que o Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação [EEER] pode intervir, munido do que são os referenciais teóricos capazes de alicerçar todas as intervenções a implementar. Neste sentido e atendendo à temática em estudo, considerou-se pertinente apoiar a prática das intervenções de Enfermagem no Referencial Teórico de Afaf Meleis, especificamente, na Teoria das Transições.

De forma a ir ao encontro dos objetivos do curso de Mestrado em Enfermagem, definiu-se como objetivo geral para este relatório demonstrar detalhadamente o processo de aquisição de competências comuns do Enfermeiro Especialista, de competências específicas de EEER e de conhecimentos, aptidões e competências de Mestre desenvolvido ao longo das unidades curriculares Estágio em Enfermagem de Reabilitação e Estágio Final. Como tal, definiram-se os seguintes objetivos específicos:

apresentar os diferentes contextos da prática clínica de cuidados que acolheram os estágios anteriormente referidos; desenvolver um projeto de intervenção profissional de ER dirigido à pessoa com alteração da continência urinária; implementar o projeto de intervenção profissional de ER no contexto da prática de cuidados; produzir dados que demonstrem resultados sensíveis às intervenções do EEER; desenvolver as competências específicas de EEER para a prestação de cuidados à pessoa com alteração da continência urinária; identificar de competências comuns do Enfermeiro Especialista, competências específicas do EEER e competências de Mestre em Enfermagem; e refletir criticamente sobre o processo de aquisição de competências comuns do Enfermeiro Especialista, competências específicas do EEER e competências de Mestre em Enfermagem.

O relatório encontra-se dividido em cinco capítulos, organizados sequencialmente. Após a presente introdução, segue-se uma apreciação do contexto da prática de cuidados, onde são caracterizados os ambientes da prática e a instituição onde os mesmos decorreram e é realizada uma análise da produção dos cuidados e da população-alvo de que se constituiu o projeto de intervenção, bem como os problemas específicos identificados na mesma. Do segundo capítulo consta, a análise da problemática da pessoa com alteração da continência urinária, seguida de uma abordagem acerca da neurofisiologia da micção e da fisiopatologia da incontinência urinária, fazendo ainda referência à avaliação pessoa com alteração da continência urinária e qual a intervenção do EEER neste âmbito. No terceiro capítulo, é abordado o Referencial Teórico de Enfermagem e o seu contributo no projeto de intervenção, seguindo-se o programa de ER planeado e implementado, no quarto capítulo. No quinto capítulo encontra-se a análise reflexiva sobre as competências adquiridas e desenvolvidas, contemplando as estratégias delineadas para a sua aquisição. Segue-se uma conclusão e elementos pós-textuais, tal como as referências bibliográficas, os apêndices e os anexos do presente relatório.

Este documento foi redigido sob as normas de referência da 7ª edição da American Psychological Association (American Psychological Association, 2020) e encontra-se estruturado seguindo as normas de elaboração e apresentação de trabalhos escritos da Escola Superior de Saúde - Instituto Politécnico de Portalegre (Arco et al., 2018)

## **1 – APRECIÇÃO DO CONTEXTO**

### **1.1 – ANÁLISE DO ENVOLVIMENTO**

A seleção dos locais de estágio reveste-se de uma extrema importância, pois neles incide o foco prático do desenvolvimento de competências como EEER e Mestre em Enfermagem. Pretende-se que os ambientes da prática sejam propícios à aquisição de conhecimento em áreas diversificadas e específicas: no serviço de ortopedia foram adquiridas as competências relativas ao foro ortopédico/ortotraumatológico; no serviço de medicina foram adquiridas as competências na área neurológica e, numa unidade de cuidados continuados, foram adquiridas as competências na área respiratória. Os estágios foram realizados em instituições na região do Algarve.

A análise à posteriori, caracteriza os contextos da prática de cuidados onde decorreram os estágios.

#### **1.1.1 – Caracterização do contexto institucional do estágio**

A instituição selecionada para a realização dos dois primeiros estágios caracteriza-se como uma unidade hospitalar de referência e excelência no Serviço Nacional de Saúde, responsável pela prestação de cuidados de saúde diferenciados, conferindo impulso de grande relevo à formação graduada e contínua na área da saúde, articulando-se com a Universidade da região.

Compreende na sua composição, três unidades hospitalares, acrescidos de quatro serviços de urgência básica e um centro de medicina física e reabilitação. Reconhecida pelos recursos humanos e técnicos de que dispõe, fomenta e garante a equidade e universalidade do acesso a cuidados de saúde de excelência e rigor, promovendo a formação e investigação adotando boas práticas baseadas na evidência científica (Decreto-Lei n.º 69/2013, 2013).

Na sua missão assume a responsabilidade pela assistência a vários concelhos, garantindo cuidados de saúde seguros aos habitantes e a visitantes da região.

São valores norteadores da instituição, os cuidados dirigidos às necessidades do utente através do trabalho em equipa, apostando na inovação, numa gestão participativa, onde os profissionais possam realizar-se pessoal e profissionalmente (Decreto-Lei n.º 69/2013, 2013).

Todos os itens descritos anteriormente constituíram assim critérios preponderantes para a escolha desta instituição para a realização dos estágios.

O envolvimento do ambiente da prática de cuidados de enfermagem desempenha um papel fundamental na segurança e qualidade dos cuidados prestados. Características como a disponibilidade de recursos materiais e humanos, a participação dos Enfermeiros na gestão interna da organização, são condições que contribuem para um ambiente favorável na prática, garantindo uma maior satisfação dos profissionais e da pessoa alvo de cuidados (Lake, 2002).

### **1.1.2 – Caracterização do serviço de ortopedia**

No serviço de Ortopedia, são admitidas pessoas com problemas do foro ortopédico/ortotraumatológico e doenças de natureza osteoarticular degenerativa. São diagnósticos comuns as fraturas do fémur e tíbia, resultantes de queda ou acidentes, constatando-se uma crescente prevalência de luxações após artroplastia da anca.

A equipa multidisciplinar é constituída por Médicos, Enfermeiros, Assistentes Operacionais, Nutricionista, Fisioterapeutas, Terapeuta da Fala, Assistente Social e Administrativas, contando sempre que necessário com o apoio da Especialidade de Medicina Interna. A equipa de enfermagem integra a Enfermeira Gestora, 3 Enfermeiros com Especialidade em ER, e 24 Enfermeiros de Cuidados Gerais, sendo o método de trabalho adotado o método individual.

Todas as terças-feiras, é realizada uma reunião multidisciplinar onde estão presentes o Diretor de Serviço, os Médicos, Ortopedistas e de Medicina Interna, a Enfermeira Gestora, um EEER, um Fisioterapeuta, a Assistente Social e um Terapeuta Ocupacional. Esta reunião tem como objetivo, discutir a situação dos utentes internados, percebendo os ajustes terapêuticos necessários e diferentes contributos dos diversos profissionais.

Dado o nível de dependência após a alta e a falta de apoio no seio familiar, a referenciação para a rede nacional de cuidados continuados é muito frequente, garantindo uma continuidade de cuidados após o internamento, especialmente os de reabilitação.

Neste serviço, os EEER prestam cuidados na sua área de especialidade, estando distribuídos por diferentes áreas de atuação: dois nos cuidados diretos ao utente e uma exclusivamente para referenciação dos utentes para a Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados. O EEER destacado para a realização das referenciações é essencial, pois grande parte dos utentes é referenciado e a realização destes processos carece de tempo para os efetivar com qualidade, de modo que seja completamente perceptível o estado geral do utente.

No que diz respeito à organização física, o serviço abrange treze enfermarias com uma total de trinta e nove camas. Cada enfermaria possui casa de banho própria equipadas com barras de apoio no chuveiro e sanitário, sem barreiras arquitetónicas no piso. Apresentam cada uma, capacidade para duas, três e seis camas.

### **1.1.3 – Caracterização do serviço de medicina**

No serviço de internamento de medicina são admitidas maioritariamente pessoas idosas e com múltiplas comorbilidades associadas, sendo que das patologias mais comuns se destacam: acidentes vasculares cerebrais, lesão renal aguda, infeções respiratórias, insuficiência cardíaca descompensada, insuficiência respiratória, neoplasias e doenças crónicas agudizadas.

O serviço é constituído por dez enfermarias de duas, três e seis camas, num total de 30 camas disponíveis. Todas as enfermarias possuem casa de banho própria equipada com barras laterais no chuveiro e sanitário, e dispõem todas de banho-assistido.

A equipa multidisciplinar conta com Médicos Especialistas em Medicina Interna, Enfermeiros de Cuidados Gerais, EEER, Assistentes Operacionais, Terapeuta da Fala, Fisioterapeutas, Assistente Social e Administrativas. No que diz respeito à equipa de enfermagem, esta é constituída pelo Enfermeiro Gestor, dois Enfermeiros Especialistas de Enfermagem de Reabilitação e vinte e sete Enfermeiros de Cuidados Gerais. O método de trabalho adotado pela equipa na prestação e cuidados é o método individual.

No serviço de medicina, tal como acontece no de ortopedia, existe uma reunião multidisciplinar onde se concentram a Equipa Médica, o Enfermeiro Gestor, a Enfermeira Subchefe, a Assistente Social e a Nutricionista.

#### **1.1.4 – Caracterização da Unidade Cuidados Continuados - Equipa Cuidados Continuados Integrados [ECCI]**

Integrada na Agrupamento de Centros de Saúde [ACES] Algarve, desde 2010, encontra-se a funcionar a Unidade de Cuidados Continuados [UCC], que surge com o propósito de prestar cuidados de saúde, apoio social e psicológico no contexto comunitário de proximidade, e apoio domiciliário aos utentes mais vulneráveis que se encontrem em situação de risco (UCC, 2019).

Esta intervenção visa a melhoria da saúde da população com dependência física ou de doença que necessite de seguimento mais próximo, procurando em todos os setores a Melhoria Contínua da Qualidade dos cuidados prestados definidos pelos Padrões de Qualidade (UCC, 2019). Para tal os profissionais que integram esta unidade constituem uma base de gestores de cuidados de saúde, num esforço conjunto com o utente de forma que os mesmos alcancem os seus objetivos dentro do projeto de saúde individual.

A UCC não goza de autonomia financeira, o que não acontece em termos organizativos e técnicos nos quais é dotada de liberdade para se interligar com outras unidades funcionais do ACES. Um dos seus objetivos é o de promover a literacia em saúde, mediante a informação e decisão individual, fomentando a capacitação e participação de cada utente, tornando-os cada vez mais autónomos e responsáveis em relação à sua saúde (UCC, 2019).

Na sua estrutura de multidisciplinaridade, os recursos humanos contam com um Médico, treze Enfermeiros, duas Secretárias Clínicas e quatro Assistentes Operacionais. Fazem parte desta equipa ainda Técnicos Superiores de Saúde: dois Técnicos Superiores de Serviço Social e Técnicos Superiores de Diagnóstico e Terapêutica: Higiene Oral (1); Terapia Ocupacional (1), Nutrição e Dietética (1) e Fisioterapia (1).

Todos os profissionais estão organizados em áreas de intervenção por equipas que desenvolvem atividade e programas diversos: equipa de intervenção em saúde escolar, comissão de proteção de

crianças e jovens, equipa de intervenção precoce na infância, equipa de prevenção da violência em adultos e equipa de cuidados continuados integrados (UCC, 2019).

A pessoa admitida na ECCI, é encaminhada através da Equipa de Gestão de Altas do hospital, através do Médico de Família ou de uma Unidade de Medicina Física e Reabilitação, desde que cumpra os critérios de inclusão, tais como a perda da autonomia, ser portadora de diversos níveis de dependência com necessidades de saúde e apoio social (pessoas com dependência funcional, idosos com critérios de fragilidade, pessoas com doenças crónicas e /ou em situação terminal, pessoas com critérios de inclusão numa unidade de internamento da rede que recusem a mesma) entre outros. Em suma, tem de se verificar a necessidade de cuidados de enfermagem, cuidados médicos, de fisioterapia ou a nível social, podendo ser posteriormente referenciadas para outras vertentes da Rede Nacional de Cuidados Continuados, como as Unidades de Média e Longa Duração ou para descanso do cuidador.

Após a admissão, é efetuada um primeiro contato para contextualização da situação e detetar necessidades, sendo designado nesta altura, um enfermeiro que será o gestor de caso. É definido, com base nos problemas identificados, um plano com o número de visitas a efetuar, o qual é avaliado e reajustado consoante a evolução da situação da pessoa. Nos contactos domiciliários prevê-se os cuidados de enfermagem em todas as suas valências, com o objetivo primário de: capacitar o outro. Esta é porventura, a maior e mais poderosa intervenção do enfermeiro neste contexto: a possibilidade de, em cada momento procurar que a pessoa desenvolva o seu potencial máximo, promovendo o processo de readaptação à comunidade e ao meio envolvente, sendo o EEER o agente facilitador nesta fase de transição entre contextos de cuidados.

No contexto comunitário, na esfera do alcance da ECCI, o EEER constitui-se o elemento transversal a todos os planos tangentes à pessoa, disponibilizando os conhecimentos que possui dos recursos disponíveis e sendo o elo de ligação com os mesmos, estabelecendo a ligação com os outros profissionais e permitindo a continuidade dos cuidados necessários.

A Unidade tem capacidade para prestar cuidados até 20 pessoas, estando assim assegurado o rácio preconizado pelo regulamento de Dotações Seguras dos Cuidados de Enfermagem (UCC, 2019).

## 1.2 – ANÁLISE DA PRODUÇÃO DE CUIDADOS

A qualidade de cuidados em saúde exige uma reflexão acerca da prática, no sentido de promover os recursos e estruturas suficientes e adequados para garantir serviços que satisfaçam as necessidades

dos cidadãos, centro do processo do cuidado (Ordem dos Enfermeiros, 2012). No que respeita à dotação dos recursos humanos, nomeadamente enfermeiros, o seu ajuste em número e perfil de competências deve corresponder às necessidades da população alvo, sendo essencial para a qualidade e segurança dos cuidados de saúde prestados (Regulamento n.º 743/2019, 2019).

É objetivo desta análise da produção de cuidados abordar a organização dos cuidados de Enfermagem nos campos de estágio, bem como a gestão dos recursos disponíveis na implementação dos cuidados de ER. Neste sentido, será perceptível a contribuição dos resultados das intervenções realizadas.

De salientar que os profissionais em exercício profissional aquando da realização dos estágios, pautaram a sua prática respeitando o Código Deontológico dos Enfermeiros, o Regulamento do Exercício Profissional dos Enfermeiros, os Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem, o Regulamento do Perfil de Competências dos Enfermeiros de Cuidados Gerais, o Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista e o Regulamento das Competências Específicas do EEER.

A metodologia de trabalho adotada pela equipa de Enfermagem nos campos de estágio Ortopedia e Medicina, é o método individual de trabalho, sendo a responsabilidade dos cuidados prestados à pessoa, exclusiva do enfermeiro a quem está distribuído. Na ECCI a organização da prestação de cuidados de enfermagem baseia-se no método por responsável.

Por sua vez, os cuidados prestados encontram-se registados e planeados em plataforma informática, no programa SClinic, utilizando a linguagem prevista pela Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem, unificando a terminologia utilizada nos diagnósticos, intervenções e resultados dos cuidados de Enfermagem. Esta documentação mostra-se essencial tanto no registo efetivo bem como na análise dos cuidados prestados, permitindo uma avaliação para otimização dos resultados esperados. Este programa conjuga em si, outras funcionalidades que permitem uma avaliação global da pessoa, como o acesso ao processo de consultas/internamentos anteriores, acesso aos perfis de outros profissionais (nutrição, psicologia, serviço social, medicina física e reabilitação) e exames complementares de diagnóstico. Com os diagnósticos identificados é possível, delinear um plano de intervenções de enfermagem e avaliar os resultados desses cuidados. No que diz respeito ao serviço da UCC, os registos são realizados também no aplicativo GestCare. No que concerne aos cuidados de ER, este sistema de informação clínica parece encerrar ainda algumas lacunas, com diagnósticos e intervenções limitados, sendo necessário o registo de intervenções da especialidade em nota geral, bem como a sua avaliação.

Nos serviços de Ortopedia e Medicina, a equipa de Enfermagem cumpre um horário em turnos rotativos de 8 horas, com turnos da manhã, tarde e noite, cumprindo o EEER nestes contextos o turno da manhã. Nestes campos de estágio, na ausência do enfermeiro chefe, o responsável de turno assume a responsabilidade, sendo este, um elemento com tempo de exercício profissional suficiente no serviço para assumir o cargo. Na UCC a escala varia entre dois turnos, o turno da manhã e o turno da tarde que decorre entre as 9:00 e as 20:00, todos os dias da semana, e das 9:00 às 16:00 aos fins-de-semana.

No que diz respeito à dotação de ER no serviço de Ortopedia, encontram-se na prática dois EEER, nos dias úteis da semana a cumprir o turno da manhã. No serviço de Medicina, apenas uma EEER se encontra na prática de cuidados, embora possua concomitantemente o papel de segundo elemento do serviço, cumprindo o turno da manhã, quatro dias/semana. Já a UCC, conta com dois EEER, embora efetivamente, apenas um esteja na prática de cuidados, visto o outro elemento exercer função de segundo elemento, passando à prática efetiva quando necessário.

Segundo o Regulamento nº 743/2019 (2019), a dotação adequada de enfermeiros, tal como o seu nível de qualificação, constituem elemento essencial na garantia do nível de segurança e qualidade dos cuidados prestados para a população e instituições. De acordo com o que está preconizado neste documento, em relação à UCC-ECCI, a equipa deve integrar 60% de EEER, sendo insuficiente o que acontece na prática. Também no serviço de Medicina e de Ortopedia, a norma em vigor não é seguida, pois deviam existir dois EEER na prática efetiva, por cada quinze utentes, garantindo a prestação diária de cuidados especializados de 12 horas, todos os dias da semana.

Tal como o capital humano, também os recursos materiais cumprem um papel preponderante na intervenção do EEER. Devido ao contexto e à população em causa, em cada campo de estágio a disponibilidade de materiais foi diversa. No serviço de Ortopedia, fazia parte do material disponível: superfícies de apoio, trapézios, cadeiras sanitárias, alteadores de sanita, andarilhos, um elevado número de cadeiras de rodas, canadianas e canadiana axilares, goniómetro, artomotor, cicloergómetro, estetoscópio, inspirómetro de incentivo, oxímetro, bastões, rolos de areia, elevador, tábua de transferência e cinto de transferência, tudo em número suficiente para a população de pessoas internadas.

No serviço de Medicina, verifica-se a disponibilidade de superfícies de apoio, trapézios, colchões de pressão alternada, cadeiras de rodas e cadeiras sanitárias, andarilhos, canadianas, tripé, cinto e tábuas de transferência, elevador de transferência, inspirómetro de incentivo, insuflador-exsuflador mecânico, cicloergómetro, bastões, bola terapêutica. Em ambos os campos de estágio, denotou-se

uma elevada diversidade de materiais, mas alguns em mau estado de conservação devido ao uso repetido e intensivo dos mesmos, existindo ainda uma carência em produtos específicos, como escovas de cabo longo, engrossadores de cabos e bandas elásticas.

Na UCC, devido às características da população que serve e dos cuidados prestados, no domicílio, o EEER tem disponível estetoscópio, oxímetro e bandas elásticas. Algum deste material vem do investimento dos EEER, que adequam e criam material consoante as necessidades que sentem na prestação de cuidados.

Apesar das necessidades detetadas, foi possível reconhecer em todos os contextos de cuidados experienciados, o compromisso dos EEER em manter as capacidades funcionais da pessoa, prevenindo complicações e evitando incapacidades, com o objetivo de recuperar a independência nas Atividades de Vida Diária [AVD] (Regulamento nº 392/2019). No respeito por estas premissas, o EEER planeia e intervém contando com a sua capacidade de gerir de forma eficiente os recursos disponíveis, respeitando o direito da pessoa a receber cuidados especializados, minimizando a carência de algum material necessário.

No contacto com os diferentes contextos de prática clínica, foi possível identificar diagnósticos de ER decorrentes da alteração da função motora e respiratória, gerando oportunidades de aquisição e desenvolvimento de competências inerentes à prática de ER. Para tal contribuíram, a elaboração de planos de cuidados concebidos com contributos do enfermeiro preceptor e do professor orientador, que se crê terem constituído um elemento válido para a prática de ER dos contextos envolvidos. Neste seguimento, são de salientar os estudos de caso elaborados no âmbito da prestação dos “Cuidados De Enfermagem De Reabilitação À Pessoa Submetida A Artroplastia Total Da Anca Por Coxartrose” (Apêndice I), no serviço de Ortopedia e dos “Cuidados De Enfermagem De Reabilitação À Pessoa Com Asma Em Contexto De Comunidade” (Apêndice II), na UCC. Os estudos de caso, tiveram como objetivo estruturar os diagnósticos identificados de forma a planear intervenções direcionadas e uma monitorização/avaliação das intervenções planeadas. Contribuíram ainda para uma prática de ER reflexiva, passível de discussão e sucessiva melhoria, na procura de cuidados de elevada qualidade.

O primeiro estudo de caso teve a finalidade de detetar os ganhos em saúde decorrentes de um programa de reeducação funcional motora e treino de Atividades de Vida Diária [AVD] à pessoa submetida a artroplastia total da anca. No final da implementação do programa de reabilitação, foi evidente a melhoria da funcionalidade da pessoa a quem foram prestados os cuidados, traduzindo-se na melhoria substancial do desempenho de todas as AVD e conseqüentemente na sua independência. Para o sucesso das intervenções, contribuiu em grande parte o contributo do suporte familiar que em

parceria com o ER e restante equipa de saúde, potenciou a reintegração da pessoa no seu meio, familiar e social.

No segundo estudo de caso, que incidiu nos ganhos em saúde após a implementação de um programa de reeducação funcional respiratória à pessoa com asma em contexto de comunidade, percebeu-se que as intervenções de ER produzem resultados efetivos, tanto no aumento de tolerância ao esforço, como no aumento da capacidade inspiratória com melhoria dos fluxos ventilatórios e redução da dispneia. Ficou evidenciado com grande destaque os ganhos inerentes à literacia em saúde, essencial nos cuidados prestados na comunidade. Os cuidados de ER centrados na pessoa cuidada e os planos de cuidados que refletem esta abordagem, foram primordiais nos resultados obtidos, por aumentarem os conhecimentos da pessoa em relação à sua saúde, capacitando a pessoa e família em todo o processo de recuperação, aumentando a sua autonomia e participação como cidadãos.

Em ambos os estudos de caso, foram identificadas as alterações da funcionalidade e respetiva avaliação diagnóstica. Seguiu-se um planeamento e implementação de intervenções e uma avaliação dos resultados obtidos, permitindo influir quais os ganhos em saúde que promoveram a melhoria da funcionalidade e da independência da pessoa. Poderão estes estudos ser alvo de análise comparativa com outros programas de ER levados a cabo.

Por tudo o que foi exposto, torna-se pertinente afirmar que os cuidados de ER constituem uma base sólida daquilo que é a profissão de Enfermagem, envergando competências para conceber, implementar e monitorizar planos de enfermagem especializados, baseados no que são os diagnósticos reais e potenciais da pessoa. Este processo revestido de conhecimento e experiência acrescidos, conduzem a uma tomada de decisão ponderada na promoção da saúde, prevenção de complicações e reabilitação da pessoa, maximizando o seu potencial de saúde e cidadania (Regulamento nº 392/2019, 2019).

### 1.3 – ANÁLISE DA POPULAÇÃO-ALVO

No final do ano de 2022, as estatísticas do Instituto Nacional de Estatísticas [INE] estimavam um aumento da população residente em Portugal na ordem das 46249 pessoas, relativamente a 2021, tendo o saldo migratório contribuído para este acréscimo (INE, 2023).

O envelhecimento demográfico é uma realidade com a qual o mundo se depara. Segundo o INE o índice de envelhecimento tem aumentado sucessivamente nos últimos anos e prevê-se que esta tendência se mantenha nas próximas décadas, contribuindo para tal, a baixa natalidade, o decréscimo do número de jovens (0-14 anos) e pessoas em idade ativa (15-64 anos) e aumento da longevidade com a faixa etária dos 65 ou mais anos a aumentar significativamente (INE, 2023).

Em Portugal, a par do avanço científico e tecnológico na área da saúde, a esperança média de vida continua a aumentar e igualando-se a outros países, embora os portugueses vivam esses anos com menos saúde (Lopes, 2021). Com um cenário transversal a todo o país, verifica-se no entanto na região do Algarve uma taxa de natalidade ligeiramente superior em relação ao resto do país, devendo-se esse fato à elevada taxa de imigração e população flutuante nesta zona do país (INE, 2023).

Ao aumento da esperança de vida somam-se um aumento das desigualdades sociais e em saúde, mudanças climáticas e uma nova geração de doenças infecciosas, verificando-se um aumento das doenças crónicas e multimorbidades com dependência associada, especialmente entre os mais idosos (Lourenço, 2021).

Segundo o INE (2023), as alterações na estrutura etária da população, têm grande influência no grau de dependência, tendo o índice de dependência dos idosos aumentado gradualmente de 33,8 em 2017 para 38,0 em 2022.

As circunstâncias acima descritas, foram verificadas e experienciadas nos campos de estágio. Uma população idosa, com carências sociais e económicas, com insuficiente suporte familiar, com comorbidades e na sua maioria a revelar dificuldade em gerir as questões relacionadas com a sua saúde.

No serviço de Ortopedia, que acolheu a unidade curricular Estágio em Enfermagem de Reabilitação, a média de idades das pessoas internadas situou-se entre os 68-70 anos de idade, com uma tendência crescente de episódios de fraturas peri-protésicas como motivo de internamento. Verifica-se ainda um grande número de episódios de fraturas e traumatismos relacionadas com acidentes, sendo a gonartrose e a coxartrose as principais causas de cirurgia eletiva do foro osteoarticular.

Uma faixa etária ligeiramente mais elevada, foi prevalente nas pessoas internadas no serviço de Medicina, com as patologias cerebrovasculares, infeções respiratórias, patologias cardíacas e desequilíbrios hidroeletrólíticos, a ocupar os lugares de topo nos motivos de internamento mais frequentes.

No que diz respeito à UCC, a idade média de pessoas integradas foi de 65-80 anos de idade com patologias do foro respiratório, em status pós-cirúrgico, com úlceras por pressão e com elevado grau de dependência com necessidade em treino de AVD e capacitação do próprio e/ou do cuidador.

Com o processo de envelhecimento surgem alterações funcionais, com compromissos da mobilidade e do sistema urinário, com deterioração cognitiva. Neste sentido, e analisando a população dos contextos de estágio, a pertinência deste projeto individual de intervenção torna-se de extrema relevância.

## 2 – PESSOA COM ALTERAÇÃO DA CONTINÊNCIA URINÁRIA

A palavra “continência” tem origem no latim “continentia” que significa, abstinência ou autocontrole e deriva do verbo continere, que significa conter ou habilidade de manter-se dentro dos limites (Academia de Ciências de Lisboa, 2001). Neste sentido, o seu contrário pressupõe uma perda desta capacidade, associada à função urinária. A incontinência urinária é caracterizada pela International Continence Society [ICS] por qualquer perda involuntária de urina (Abrams et al., 2017) e pode ser consequência de alteração no controlo neuronal ou de trauma direto da bexiga e dos músculos do pavimento pélvico (Glazener et al., 2017; Saraswat et al., 2020).

Em 1998, a IU passou a integrar a Classificação Internacional de Doenças, elaborada pela Organização Mundial de Saúde [OMS], deixando de ser apenas um sintoma e passando a ser considerada uma doença (OMS, 1998). Num plano global, pelo menos um quarto das mulheres sofre de incontinência urinária (Sandvik et al., 2000), aumentando este número com o avançar da idade e também entre as mulheres com outros problemas urogenitais (Morrill et al., 2007).

As taxas de prevalência podem diferir consoante a metodologia utilizada nos estudos, mas estima-se que, de uma forma geral, sejam superiores aos números relatados, devido à subnotificação e subdiagnóstico da IU. No relatório estatístico nacional, foram encontradas taxas de prevalência de IU de 9,6% no sexo feminino e 4,6% no sexo masculino (INE, 2016). Índices mais elevados foram revelados em estudos na população portuguesa entre 20-30% das mulheres com IU, subindo para 33% acima dos 40 anos (Carvalho et al., 2021; Silva et al., 2021). A relação entre idade e IU adensa-se, com 50-85% das pessoas internadas em lares, a referir que sofre de algum tipo de IU (Associação Portuguesa de Urologia / Associação Portuguesa de Neurologia e Uroginecologia, 2018).

No panorama internacional, estudos apontam para uma prevalência de 14% nos Estados Unidos da América, de 45,1 % na Ásia, 45,3% em África, 52% nos Países do Médio Oriente e uma taxa de 37% de mulheres idosas afetadas no continente Europeu (Batmani et al., 2021; Xue et al., 2020).

Embora prevalente na mulher, ambos os sexos podem ser afetados, verificando-se no homem uma associação à patologia de hipertrofia benigna e cirurgia prostática. Em Portugal, a IU atinge uma proporção de um homem para cada três mulheres entre os 45 e os 60 anos (Associação Portuguesa de

Urologia / Associação Portuguesa de Neurologia e Uroginecologia, 2018), embora alguns estudos mais recentes apontem para um aumento da prevalência da IU nos homens, com taxas entre 11 e 34% (Altman et al., 2017).

Comum a homens e mulheres, é a dificuldade em expor as suas queixas e a procurar tratamento, quer por razões culturais, como a dificuldade em discutir a incontinência com os membros da família, quer por dificuldade em aceder aos profissionais de saúde, especialmente, se o profissional não for do mesmo sexo (Parpio et al., 2022).

No encontro multidisciplinar anual em 2022 a World Health Organization, através do Council Consortium on Healthy Ageing, incluiu na sua agenda os cuidados na incontinência urinária, como um dos quatro pontos prioritários e fundamentais a abordar, apresentando as perspetivas na prevenção, diagnóstico e gestão da IU na população idosa (WHO, 2023).

A IU pode ser classificada quanto à sua etiologia e sintomas associados, estando descritos como mais comuns a incontinência de esforço, com 10-39%, a incontinência de urgência, com 1-7% e a incontinência mista, com 7,5-25%, entre outros menos prevalentes, podendo manifestar-se de uma forma ligeira, ocasional ou de uma forma mais persistente e grave (Altman et al., 2017; Sociedade Portuguesa de Uroginecologia, 2018).

Vários estudos apontam para uma diversidade de fatores de risco, estando divididos em dois grandes grupos, fatores não modificáveis e modificáveis, consoante sejam passíveis da intervenção da pessoa em função de os alterar, ou não. Os primeiros, incluem a idade, o sexo, história de parto vaginal, a menopausa, a etnia e fatores genéticos. A etnia caucasiana é apontada como fator de risco (Jerez-Roig et al., 2016) e em contraponto, a etnia negra como fator protetor de desenvolver IU (Grodstein et al., 2003). Os fatores genéticos surgem igualmente como fator de risco (Wennberg et al., 2011).

Constitui consenso entre os investigadores que a idade associada ao sexo feminino conduz a uma condição de risco, devido à diminuição da capacidade da bexiga, ao enfraquecimento muscular do aparelho genitourinário e aumento do volume residual de urina (Alpoim et al., 2013). Na gravidez, a maioria das vezes a mulher experiencia episódios de IU, sendo banalizada e reconhecida como condição natural, sendo esta a maior barreira na atuação de forma preventiva de eventos, tanto no decorrer da gravidez como a longo prazo (Parpio et al., 2022).

Estão identificadas as disfunções do sistema nervoso como a doença de Parkinson, esclerose múltipla e danos nos nervos espinais e pélvicos, como contextos comuns de disfunção neurológica onde se desenvolve a IU (Batmani et al., 2021).

Dentro do segundo grande grupo, o dos fatores modificáveis associados à IU, encontram-se descritos os estilos de vida, com hábitos tabágicos e etílicos, a obesidade, as doenças respiratórias com tosse crónica e os hábitos de eliminação (Zhou et al., 2018).

A evidência sugere que o impacto da IU no quotidiano da pessoa é bastante significativo, interferindo com a atividade física, bem-estar psicológico e social afetando a qualidade em saúde e a qualidade de vida geral (National Institute for Care Excellence, 2019).

O impacto que o estigma da IU tem sobre a pessoa, parece também variar consoante alguns fatores como: a causa da IU, o sexo, as diferenças culturais e o tipo e a severidade da IU (Murphy et al., 2022). Para tal contribuem condições de saúde física decorrentes da IU como as infeções do trato urinário, prurido e maceração perineal ou úlceras por pressão, aumentando o risco de internamentos hospitalares prolongados e a entrada precoce em lares de idosos (Hunskaar et al., 2003). A IU constitui ainda fator de risco major para quedas e consequentes fraturas, especialmente quando associado a idade avançada que habitualmente implica maior fragilidade funcional, diminuição da função sensitiva e cognitiva (Parpio et al., 2022).

Além da vertente física também a saúde mental pode ser afetada, estando a IU associada a episódios de ansiedade, depressão, isolamento social e condições de stress psicológico (Melville et al., 2009). O reverso também é observado e, segundo a European Association of Urology [EAU], a pessoa que sofre de depressão e ansiedade, também está sujeita a períodos de stress acumulado, e mais suscetível de desencadear episódios de perdas de urina (EAU, 2023). Além disso, a IU contribui de forma expressiva para uma pobre qualidade do sono e perturbação na vida afetiva e sexual; restringe a frequência a lugares públicos; interfere na atividade laboral, nas viagens de trabalho e lazer, no vestuário e na sua auto-imagem, condicionando significativamente o quotidiano da pessoa (Batmani et al., 2021; Braga et al., 2023).

A IU provoca um impacto profundo na esfera psicossocial da pessoa, representando uma perda de autoestima, limitando a possibilidade de atingir ou manter a independência, limitando a interação social com amigos e família (Stevens, 2011).

O impacto económico da IU é incontestável, com elevados custos associados, consoante a gravidade dos sintomas e dos tratamentos necessários. No geral, as despesas relativas às técnicas de

diagnóstico, dispositivos e cuidados de saúde constituem uma sobrecarga económica, tanto para a pessoa com IU como para o sistema de saúde. A perda de produtividade, desemprego, reforma antecipada e danos na saúde mental como a depressão, isolamento e falta de confiança decorrentes das perdas de urina sentidas contribuem para os gastos acrescidos na economia pessoal, familiar e da sociedade (Khan et al., 2017; Parpio et al., 2022).

Interfere seguramente na qualidade de vida, definida pela perceção que cada um tem sobre si, sobre os seus objetivos, expectativas e preocupações, enquanto parte integrante na sua cultura e valores (Hubanks & Kuyken, 1994), pelo impacto da IU no quotidiano, na alteração de rotinas e hábitos com redução ou mesmo supressão da atividade física (Pizzol et al., 2021).

Na população portuguesa, um estudo revela números bastante elevados na avaliação da qualidade de vida das mulheres com IU e, de uma forma geral, quase 7 em cada 10 mulheres referem um prejuízo significativo nas suas várias dimensões, incluindo a sexualidade (8,5 em 10), autoimagem (6,2 em 10) e impacto emocional (5,9 em 10) (Fernandes et al., 2015).

A European Federation of Psychologists Associations em conjunto com a EAU (2023), numa resposta consertada à promoção da saúde mental, evidenciam a importância da avaliação da qualidade de vida na pessoa com IU. Reforçam a urgência de mais investigação nesta área e a importância de perceber junto da pessoa, a qualidade de vida atual percebida e a expectável no futuro, como elemento primordial para avaliar o efeito de qualquer tratamento (EAU, 2023).

Apesar do seu alcance, a IU constitui um problema subdiagnosticado, habitualmente ocultado e para o qual a pessoa não procura aconselhamento de saúde, quer seja porque encara a incontinência como uma situação “normal” do envelhecimento, quer por possuir baixas expectativas em relação ao tratamento e acreditar que terá de ser o próprio a lidar com a situação (Milsom et al., 2019). Sentimentos como vergonha, receio pelo mau odor, constrangimento em partilhar os sintomas, custos do tratamento e considerar a situação pouco grave, são uma barreira para a procura de cuidados de saúde (Ahmed et al., 2013).

Outra barreira, mas desta vez por parte dos profissionais de saúde, consiste na perceção errada de que a IU é consequência natural do envelhecimento, contribuindo para que da totalidade das mulheres adultas com IU, somente 25 a 61% procurem tratamento profissional e apenas metade desta percentagem, o receba (Parpio et al., 2022; Pintos-Diaz et al., 2019).

Estudos conduzidos em lares, indicaram que os profissionais de saúde, entre eles enfermeiros, atribuíam à IU significados muito específicos, sendo sinónimo de velhice, dependência, impureza e

indignidade. Estas perceções são a base na sua gestão de cuidados e centram-se na limpeza, contenção e ocultação da incontinência, com o objetivo de respeitar e proteger a dignidade da pessoa, sendo, evidentemente, estes os princípios também partilhados por quem é cuidado (OstaszKiewicz, 2017).

Alguns organismos, como a EAU (2023) estimula a inovação e investigação, desenvolve e propicia formação profissional para aumentar o reconhecimento global da incontinência, de forma que grupos de trabalho promovam ações efetivas no terreno, junto da população. Tais factos, levam a que a população afetada não beneficie dos cuidados de saúde adequados e que interfira na contabilização dos casos existentes com viés na incidência e prevalência.

A IU é efetivamente uma alteração mais comum entre os idosos e mulheres, mas não é exclusiva dos mesmos nem deverá ser considerado o percurso natural do envelhecimento. Neste sentido, conhecer as particularidades da população em que intervimos, permite diagnósticos mais concretos e intervenções individualizadas, com a possibilidade de obter resultados e ganhos em saúde nos cuidados à pessoa com alteração da continência urinária.

## 2.1 – NEUROFISIOLOGIA DA MICÇÃO

A continência é um processo adquirido no desenvolvimento e amadurecimento do sistema nervoso central. O recém-nascido não controla voluntariamente a micção, e a mesma só ocorre em virtude do ciclo de impulsos nervosos do arco reflexo (Rocha & Redol, 2017). Por norma, por volta dos 2-3 anos, a expectativa social em conjunto com a capacidade mental e neuromuscular alcançada, permite à criança controlar voluntariamente a micção (Pires, 2011).

A nível estrutural, no aparelho urinário podemos considerar duas porções: a superior, onde se situam, os rins, responsáveis por filtrar o sangue e produção contínua de urina, e pelos ureteres, tubos musculares, em posição oblíqua que transportam a mesma até à bexiga: a inferior, onde se encontram a bexiga, os esfíncteres interno e externo, e a uretra (Potter et al., 2009).

As alterações urinárias podem estar relacionadas, quer com compromisso da função renal, quer com perturbações do trato inferior do aparelho urinário (Pires, 2011), e são as alterações decorrentes destas últimas, o foco de pesquisa do presente relatório.

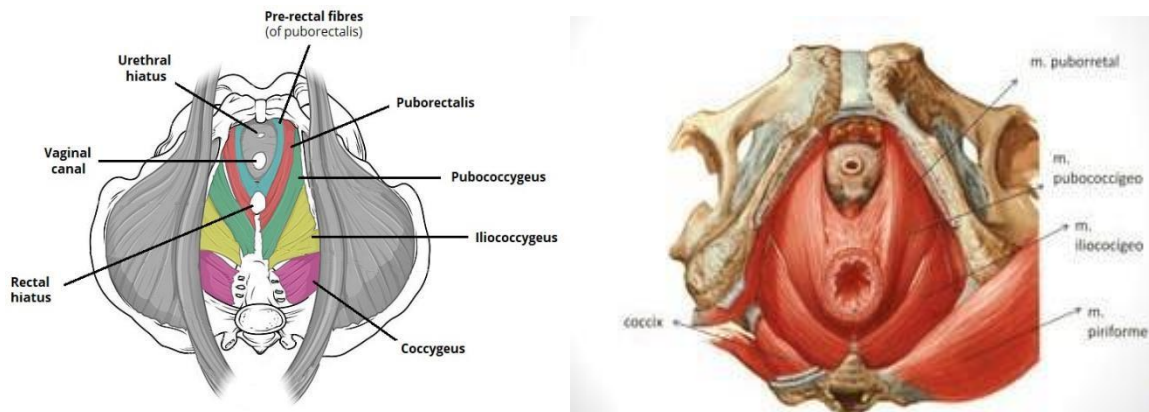
A localização anatômica da bexiga, é fator determinante na capacidade média de armazenamento, cerca de 700-800 ml, sendo menor nas mulheres, já que o útero ocupa o espaço anatômico superior à bexiga. Com função reservatória, a bexiga é um órgão muscular oco, composto por duas secções: o corpo, formado por músculo liso - o detrusor, situado acima dos orifícios uretrais; uma base constituída pelo trígono e o colo vesical, por onde passam os ureteres e a uretra (Pires, 2011).

O trígono consiste numa pequena zona triangular, na parede posterior da bexiga, adjacente a uma estrutura com 2 a 3 cm, o colo vesical. Os músculos desta região em conjunto formam o esfíncter interno que se contrai involuntariamente, prevenindo o esvaziamento da bexiga. Inferiormente, encontra-se o esfíncter externo, formado por músculo estriado, o rabdoesfíncter e pelo diafragma urogenital, este por sua vez com controlo voluntário, permitindo a resistência à necessidade do ato de urinar (Potter et al., 2009).

A uretra, tubo oco com aproximadamente 6mm de diâmetro, transporta a urina desde a bexiga até ao exterior, atravessa o assoalho desde a cavidade pélvica até ao períneo, diretamente para o exterior. Esta estrutura difere nos dois sexos, medindo na mulher cerca de 3,8 cm com localização anterior ao orifício vaginal, e mede 20 cm no homem atravessando a próstata, a qual desempenha um papel importante na continência e acompanha em todo o comprimento até à extremidade do pénis (Pires, 2011).

O pavimento pélvico (Figura 1: Músculos do pavimento pélvico feminino e masculino), estrutura que contribui para a continência, é constituído por músculos estriados e voluntários que separam a cavidade pélvica do períneo e servem de suporte à bexiga. Um par de músculos levantadores do ânus (músculo ilíococcígeo, músculo pubococcígeo e músculo puboretal) fixam-se às paredes da pelve e unem-se, medialmente numa faixa de tecido conjuntivo formando o diafragma pélvico, que apresenta uma falha em forma de “U” na região anterior associada a elementos do sistema urogenital e um orifício circular na região posterior por onde passa o canal anal (Drake et al., 2015).

O músculo levantador do ânus, o pubococcígeo, o obturador interno, o piriforme e os músculos superficiais e profundos do períneo são responsáveis pela compressão, alongamento e elevação da uretra, por meio da contração voluntária dos mesmos (Pires, 2011).



**Figura 1** – Músculos do pavimento pélvico feminino e masculino. Adaptado de: Mattos, 2019; França, 2016.

A capacidade de armazenamento e de eliminação pontual está dependente da atividade coordenada e integridade de duas unidades funcionais do trato urinário inferior: a bexiga como reservatório e uma saída de eliminação, que envolve o colo da bexiga, uretra, esfíncter uretral e pavimento pélvico (Fry et al., 2017) e, ao contrário de muitas outras estruturas que mantém atividade funcional após cessação do estímulo neuronal externo, esta encontra-se altamente dependente da ação do sistema nervoso central (Groat et al., 2015).

A coordenação entre estas duas estruturas é mediada por um sistema de controlo de complexo neuronal localizado no cérebro, na espinal medula e gânglios periféricos (Birder et al., 2010). Possui um padrão de atividade e organização dos mecanismos neuronais de controlo pouco comuns semelhantes a interruptores, apresentando dois modos de funcionamento: o de armazenamento e eliminação (Groat et al., 2015).

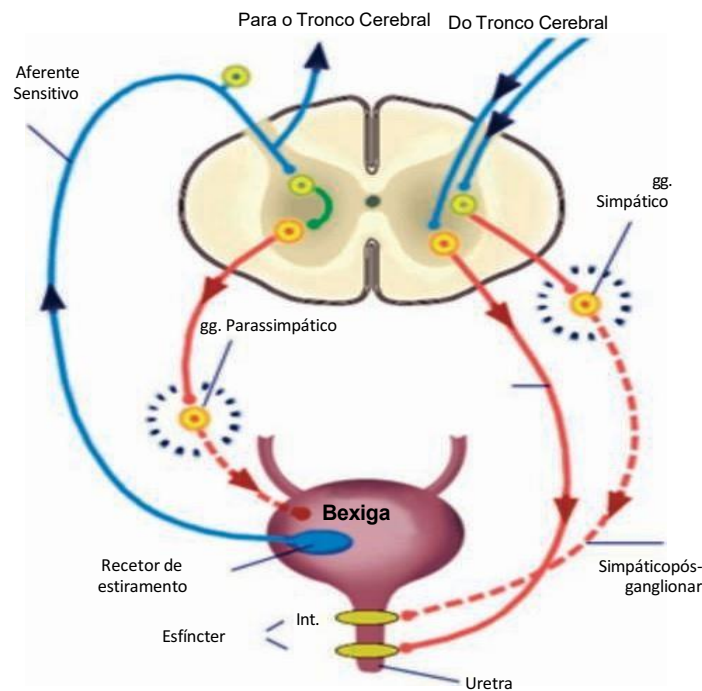
A micção encontra-se por sua vez sob um controlo voluntário e depende de comportamentos adquiridos na fase de maturação do sistema nervoso. Requer a integração de mecanismos eferentes autonómicos e somáticos de forma a coordenar a atividade da bexiga e uretra com a atividade dos músculos uretrais e do assoalho pélvico (Birder et al., 2010).

Devido à complexidade destes mecanismos neurológicos, a micção encontra-se exposta a uma variedade ampla de lesões, doenças e substâncias químicas que podem afetar o sistema nervoso (Groat et al., 2015), sendo o conhecimento do seu funcionamento uma chave fundamental para o diagnóstico e tratamento das alterações da continência urinária.

Os segmentos bilaterais, medulares lombo sacrados e torácicos, compõem a enervação eferente do trato urinário inferior. Os axónios aferentes são conduzidos em conjuntos de três nervos periféricos:

o parassimpático sacral (nervos pélvicos), o simpático toracolombar (nervo hipogástrico e cadeia simpática) e os nervos sacrais somáticos (nervos pudendos) (Birder et al., 2010). Os axónios pré-ganglionares transportam informação desde a medula até a bexiga e da uretra fazendo sinapse com os gânglios autonómicos distribuídos pelo sistema nervoso periférico: pelo plexo pélvico; gânglios simpáticos pré-vertebrais (gânglios mesentéricos inferiores); gânglios da cadeia simpática paravertebral e gânglios intramurais dos órgãos (Figura 2: neurofisiologia da micção) (Groat et al., 2015)

Os músculos estriados do esfíncter uretral externo (rabdoesfíncter) e do pavimento pélvico, são diretamente inervados por axónios com origem nos motoneurónios na medula espinal. A transmissão sináptica é mediada pela ação da acetilcolina que age sobre os recetores nicotínicos (Groat et al., 2015).



**Figura 2** – Neurofisiologia da micção. Adaptado de: Temido & Borges, 2012.

A bexiga distende até atingir volume capaz de provocar desconforto, ou seja, são estimulados recetores de estiramento e os impulsos são conduzidos pelos neurónios sensoriais para os segmentos na região sacral da medula espinal, através dos nervos pélvicos. Como resposta, os impulsos nervosos são transportados pelas fibras parassimpáticas através dos nervos pélvicos até à bexiga, onde o

músculo detrusor é contraído. De seguida o sistema nervoso somático relaxa o esfíncter urinário externo e a urina é forçada a sair pela elevada pressão intravesical (Seeley et al., 2007).

A micção envolve quatro fases coordenadas e interligadas: enchimento e armazenamento, contração e esvaziamento. Na fase de enchimento, o volume e a pressão intravesical aumentam lentamente até aos 200-300ml, é ativado então o reflexo de micção, aumentando o estímulo simpático com a contração do esfíncter interno. Simultaneamente, é inibida a ação do detrusor com o seu relaxamento e dá-se a contração do esfíncter externo, devido à ação do nervo pudendo, o que permite o controlo voluntário da micção (Pires, 2011).

A distensão da bexiga contribui para o controlo da micção, pois atua estimulando as fibras sensoriais aferentes. A mensagem recebida pelo centro sagrado da micção aciona o reflexo do esvaziamento. Na fase de esvaziamento é inibido o estímulo somático, relaxando o colo vesical e esfíncter externo, com simultânea contração da bexiga e esfíncter interno e ocorre a saída de urina para o exterior (Pires, 2011).

A conclusão deste arco reflexo pode ser inibida e a micção adiada devido a impulsos inibidores enviados pelo centro cortical, contraindo voluntariamente o esfíncter externo (Potter et al., 2009; Seeley et al., 2007)

Na maioria das situações de incontinência urinária está presente uma disfunção uretral ou vesical, com uma alteração em qualquer dos segmentos do sistema de controlo (Seeley et al., 2007).

## 2.2 – FISIOPATOLOGIA DA INCONTINÊNCIA URINÁRIA

Os sintomas associados à incontinência provocam desconforto e incómodo seja qual for a fase do ciclo de vida, interferindo em todas as esferas da vida da pessoa. Como já abordado, a criança é naturalmente incontinente até aos 2-3 anos, idade em que adquire o controlo voluntário da micção (Pires, 2011). Durante a puberdade, em ambos os sexos, existe um amadurecimento das estruturas urogenitais, conferindo maior tónus muscular e resistência. No homem, a partir dos 45 anos a próstata sofre um crescimento, geralmente ocorrendo uma hipertrofia fisiológica, que se não for tratada pode resultar em retenção urinária e insuficiência renal (Rocha & Redol, 2017; Seeley et al., 2007).

A mulher, principalmente em consequência do parto, pode apresentar traumatismo da estrutura do pavimento pélvico e da uretra e, na menopausa, período de grandes alterações hormonais, torna-se mais vulnerável a sofrer de IU. O enfraquecimento muscular fisiológico decorrente do envelhecimento, aliados a estes fatores, incorre num compromisso evidente nas estruturas de suporte e na contratilidade dos órgãos pélvicos e urinários (Stevens, 2011; Tähtinen et al., 2016) contribuindo para o aparecimento da IU.

É consensual entre alguns autores que a partir dos 65 anos os problemas na preservação da continência são mais comuns, com uma percentagem de 15% a apresentar risco de IU, aumentando de forma exponencial a partir dos 85 anos. Nos lares, contextos com uma população maioritariamente idosa, que pode constituir amostra fiel da população geral, entre 43-77% apresentam problemas de continência urinária (Nazarko, 2012).

Com o avançar da idade, devido à diminuição da função dos nervos aferentes e eferentes e à consequente redução da sensibilidade surgem regularmente o aumento de contrações involuntárias da bexiga e o atraso na sensação de vontade de urinar, que conduzem ao aumento do volume residual de urina e levam a manifestações de urgência, incontinência e sintomas de infeção urinária (Stevens, 2011; Groat et al., 2015).

Também a diminuição da capacidade funcional, aliada às alterações da visão, mobilidade e destreza, influenciam negativamente a capacidade de localizar e deslocar-se à casa de banho, bem como despir-se em tempo útil. A multiplicidade terapêutica para tratamento das patologias que mais acometem esta faixa etária, que contemplam frequentemente diuréticos e benzodiazepinas, comprometem ou agravam a mobilidade, destreza e o estado cognitivo (Pires, 2011; Troko et al., 2016). Dados mais concretos revelam que a probabilidade da pessoa com dificuldade na marcha ter sintomas do trato urinário inferior, é muito expressiva, de quase 100% (Gupta & Fowler, 2002).

O controlo da micção é resultado de uma atividade neurológica dita normal, pelo que qualquer distúrbio compromete esta capacidade consciente e socialmente adquirida. Nos casos em que ocorrem patologias neurológicas, é frequente a presença de bexiga neurogénica ou hiperativa, em que a pessoa não consegue adiar nem inibir a micção para que a consiga finalizar em local adequado. Processo semelhante ocorre na doença de Parkinson, onde as alterações neurodegenerativas podem ser responsáveis pela hiperreflexia do músculo detrusor (Stevens, 2011).

Na pessoa com esclerose múltipla a hiperatividade do detrusor surge associada a uma disfunção vesico-esfincteriana, que se caracteriza por uma contração involuntária da bexiga e do esfíncter

externo, causada por descoordenação entre as duas estruturas. Isto pode promover o aumento de pressões intravesicais, a diminuição do jato urinário, a inexistência de um esvaziamento completo da bexiga, havendo mais propensão a sintomas de infeção do trato urinário e alterações da continência (Coelho, 2009).

A multifactoriedade da IU dificulta a sua abordagem, assim como o estigma social e constrangimento que acompanha esta problemática, resulta numa condição subvalorizada e subdiagnosticada. Na identificação da causa subjacente da IU e de um correto diagnóstico, assenta a possibilidade de um tratamento adequado e individualizado de forma a prevenir complicações decorrentes da IU e promover a qualidade de vida da pessoa (Abrams et al., 2017).

A caracterização da IU facilita em grande medida o diagnóstico por parte dos profissionais de saúde. Previamente à definição da sua tipologia, é pertinente distinguir entre IU Transitória, Neurogénica e Instalada. A IU Transitória tem por norma um início abrupto associado a uma condição médica ou cirúrgica, como infeções do trato urinário, estados confusionais, imobilidade, efeitos secundários de medicamentos, entre outros. Quando a situação clínica é resolvida, também as perdas de urina tendem a desaparecer. A IU Neurogénica é o transtorno vesical mais comum em serviços de reabilitação da comunidade. A classificação dos tipos de bexiga neurogénica, segundo Lapidès e Diorkno (1976) como citado por Pires (2011), é feita consoante o processo patológico que está na sua origem: desinibida, reflexa, autónoma, parálitica sensorial e parálitica motora. Na bexiga desinibida, ocorre uma lesão no sistema nervoso (que pode afetar diferentes níveis) e desse modo, com o reflexo de micção e sensibilidade intactos, dão-se contrações desinibidas da bexiga. Mesmo quando se verifica o controlo parcial da micção e a contração do esfíncter vesical externo, a pressão intravesical é tão elevada que resulta numa micção involuntária, quase concomitante com a vontade de urinar (Pires, 2011).

Os sintomas mais frequentes incluem a urgência urinária, a polaquiúria e a noctúria. Importa referir uma condição particular, no contexto de lesão medular, onde se desenvolve uma paralisia flácida temporária, com ausência de perceção de bexiga cheia, ausência de contractilidade vesical e pressão intravesical reduzida, com duração variável, entre semanas a meses. A bexiga reflexa, por sua vez, caracteriza-se por uma interrupção na transmissão dos impulsos nervosos entre a bexiga e o centro supraespinhal. Assim, embora o arco reflexo se mantenha íntegro, a micção é involuntária e por vezes incompleta devido à descoordenação da contratilidade da bexiga. A pessoa é incapaz de sentir a bexiga cheia e de urinar voluntariamente, provocando elevadas pressões intravesicais, grandes volumes residuais e esvaziamento vesical fraco. A bexiga autónoma tem lugar quando existe uma lesão

na cauda equina, interrompendo o fluxo de impulsos sensoriais da bexiga para a medula, e dos impulsos motores da medula para a bexiga. Constata-se uma capacidade vesical muito aumentada e uma diminuição da pressão intravesical com presença de urina residual. A pessoa tem a sensação de bexiga cheia, no entanto, não consegue iniciar ou suspender voluntariamente a micção. A bexiga parálitica sensorial, frequente em pessoas diabéticas, ocorre quando o lado sensorial do arco reflexo da micção se encontra afetado. Quando o lado afetado é o motor, estamos perante uma bexiga parálitica motora, com queixas de dificuldade em iniciar a micção, diminuição da força do jato urinário e necessidade de esforço para urinar. Todos os aspetos descritos podem prolongar-se no tempo e tornar-se persistentes e crónicos, contemplando uma IU Instalada (Pires, 2011).

Segundo o exposto pela ICS podemos subdividir a IU instalada em três grandes tipologias, tendo em conta a forma como se apresenta, de urgência, de esforço e mista, e podem estar relacionadas com fatores neurológicos e/ou musculares (Abrams et al., 2017).

A IU de urgência caracteriza-se por uma incapacidade de adiar a micção após sentir vontade súbita de urinar, assim como sintomas como polaquiúria e noctúria. Constata-se uma bexiga desinibida por hiperatividade do detrusor com perdas de médio ou grande volume de urina, não conseguindo a pessoa gerir a deslocação a local próprio em tempo útil. A IU de esforço caracteriza-se pela perda de urina quando há aumento de pressão intra-abdominal devido a esforços, tais como tossir, espirrar, saltar, correr, pegar em pesos, sendo mais frequente nas mulheres em período pós-menopausa e nos homens submetidos a cirurgia prostática. Quando ocorre a combinação de sintomas da IU de esforço e urgência estamos na presença de uma IU mista, que cursa com aumento da pressão intrabdominal e aumento da atividade do músculo detrusor (Abrams et al., 2017; Sociedade Portuguesa de Uroginecologia, 2018).

A IU de refluxo apresenta-se com um quadro de distensão vesical devido a uma pressão intravesical superior à pressão intrauretral, resultando em micções frequentes com perdas de pequenas quantidades de urina, seja por compromisso da contratilidade da bexiga ou por obstrução, sendo a hipertrofia prostática a causa mais frequente no homem. Na IU funcional surgem em quadros de compromisso da função cognitiva ou física, estando a função vesico-uretral mantida nesta condição (Pires, 2011).

Existem ainda, segundo outros autores, tipos menos frequentes de IU, como a incontinença por extravasamento, situacional (surge em situações específicas), enurese (ocorre durante o sono), psicogénica entre outras (Silva et al., 2013).

A natureza multifactorial complexa da IU, requer assim uma abordagem multidisciplinar, com promoção de ações de sensibilização e informação da população em geral, e capacitação da pessoa com alteração da continência urinária. Reduzir o estigma social associado, permitindo também a abordagem da IU nos diferentes contextos de cuidados de enfermagem com intervenções especializadas baseadas na evidência científica, engloba uma das principais estratégias na gestão da incontinência urinária (Abrams et al., 2017; OstaszKiewicz et al., 2020).

### 2.3 – AVALIAÇÃO PESSOA COM ALTERAÇÃO DA CONTINÊNCIA URINÁRIA

A IU foi, erradamente, abordada de forma unilateral, muito centrada na dimensão clínica/médica, sem considerar os fatores psicológicos e psicossociais associados, no impacto e sobrecarga que acarretam no quotidiano da pessoa (Avery et al., 2013).

Na avaliação da pessoa com alteração com continência urinária é importante ter em linha de conta o processo da IU na sua globalidade, percebendo o incómodo provocado pelas perdas de urina e a dificuldade da pessoa em expressá-lo diante de um profissional de saúde. Este conhecimento e sensibilização é fundamental na avaliação e no planeamento de intervenções da pessoa com alteração da continência.

Sendo um sintoma, é necessário numa primeira abordagem objetivar os fatores e consequências da IU, recolhendo dados sobre a história da pessoa. Assente na evidência, deve ser realizada uma entrevista, e um exame físico detalhado com recurso e instrumentos de diagnóstico específicos (Abrams et al., 2017; EAU, 2023).

A recolha de dados deverá, primeiramente, ser focada nas características da eliminação vesical recente e passada, clarificando se estamos perante uma IU aguda ou crónica e como isso é percecionado e gerido pela pessoa. Deve ser complementado, pela descrição daquilo que são elementos essenciais da história clínica neste âmbito: início, duração, frequência e fatores desencadeantes dos episódios de perda de urina. Se existe causa explícita para a IU, como desordem cognitiva ou neurológica ou secundário a compromisso na mobilidade, seja na atualidade ou no passado (Stevens, 2011).

A história neurológica recolhida permite conhecer se existe alguma condição neurológica adquirida ou hereditária, o estado cognitivo e de compreensão e a mobilidade das mãos (EAU, 2023).

Torna-se importante distinguir se a IU surge em situações de esforço como tosse, espirro, flexão de tronco ou atividade física (IU esforço) e/ou se após vontade iminente de urinar não consegue chegar em tempo útil à casa de banho (IU urgência). A quantidade de urina perdida (pequena e súbita ou em jato persistente e prolongado), o momento do dia em que ocorre (diurna ou noturna) e se consegue adiar a micção após sentir vontade de urinar, são informações essenciais na caracterização da IU. A pessoa pode apresentar alteração na sensação de plenitude, antes e depois de urinar e experienciar sintomas urinários específicos como hematúria, hesitação urinária ou disúria (Pires, 2011).

Para melhor adequar o tratamento e dirigir as intervenções, a capacidade de gestão da pessoa em relação à IU deverá ser aferida quanto ao uso de absorventes ou à adoção de estratégias preventivas, como ir à casa de banho antes de sentir vontade de urinar (Pires, 2011).

Nas mais recentes guidelines que foram consultadas, a questão da qualidade de vida no presente e a expectável no futuro, ocupa um item de grande relevância na gestão da IU, evidenciando-se vários questionários de perceção de qualidade de vida adaptados às diferentes necessidades detetadas (EAU, 2023).

A avaliação do impacto físico e psicossocial tem interesse, no que diz respeito a perceber a verdadeira perceção da importância da qualidade de vida para a pessoa com alteração da continência urinária, não só pelo diagnóstico inicial mas também para perspetivar as intervenções de enfermagem a implementar, identificando as áreas a incidir. Segundo a Sociedade Portuguesa de Ginecologia [SPG], tal permite a monitorização de resposta ao tratamento implementado, aferindo através dos resultados obtidos, a necessidade de reajustes (SPG, 2021).

Outras questões pertinentes para a caracterização da IU em causa incluem a recolha de dados sobre a medicação habitual, cirurgias prévias ou tratamentos anteriores e seu resultado, doenças associadas, especialmente as que envolvem o sistema nervoso central, história de diabetes, infeções urinárias de repetição, hábitos tabágicos ou etílicos, sintomas de disfunção sexual, hábitos intestinais e especificamente nas mulheres, e história obstétrica deverão constar também na recolha de informação clínica (EAU, 2023).

Em conjunto com a história clínica, o exame físico é imprescindível para detetar alterações anatómicas ou fisiopatológicas passíveis de interferir na eliminação vesical, e inclui a avaliação da funcionalidade física e cognitiva (Pires, 2011).

No que diz respeito à funcionalidade física, deverá ser realizada palpação abdominal, com vista a despiste de dor, desconforto ou distensão vesical, deteção de cicatrizes ou massas na região do

abdómen. Importa também avaliar a capacidade de esvaziamento, sendo essencial no despiste da retenção urinária em lesões do sistema nervoso com arreflexia e nesse sentido a sensibilidade e reflexos da área urogenital, deverão ser testados. Durante o exame, procede-se ao teste de observação direta, pedindo à pessoa para tossir e simultaneamente é observado o meato de forma a perceber as características da perda, volume, consistência de fluxo, sendo indicador de hiperatividade do detrusor ou de obstrução vesical (Stevens, 2011).

Na suspeita de bexiga neurogénica, o desempenho do esfíncter anal é avaliado pelo toque retal, verificando o seu tónus, sensibilidade, massas ou presença de fecalomas, recorrendo no homem à palpação prostática para completar o estudo, já que o aumento da próstata constitui causa de obstrução vesical (Stevens, 2011),

O exame urogenital, com a avaliação dos músculos do pavimento pélvico para identificação de disfunção dos próprios músculos e possível prolapso de órgãos pélvicos nas mulheres, permite um diagnóstico precoce e prevenção de alterações irreversíveis da IU (EAU, 2023).

A nível cognitivo, importa perceber se está mantida a capacidade de compreensão ou de outra função que interfira com a manutenção da continência urinária, podendo para tal recorrer a testes de funcionalidade cognitiva (Stevens, 2011).

Existem à disposição uma variedade de exames de diagnóstico que complementam o estudo da pessoa com alteração da continência urinária: determinação do volume residual análise sumária de urina, exame urodinâmico e exames imagiológicos (Abrams et al., 2017).

Através de controlo ecográfico com recurso ao Bladder Scan ou com colocação de sonda vesical, é possível determinar o volume residual, ou seja, a diferença entre o volume da micção e o volume que permanece na bexiga após a micção. Considera-se o volume de 50 ml aceitável para volume residual, pelo que valores superiores configuram uma alteração passível de estudo e intervenção. A análise sumária da urina, consiste num método de rastreio, para identificar situações que podem contribuir para a IU, como a hematuria ou bacteriúria que podem ocorrer na infeção urinária e glicosúria que pode estar presente em caso de diabetes (Abrams et al., 2017).

Análises sanguíneas, com mensuração da creatinina podem ser pertinentes para avaliar a função renal, no despiste de possível obstrução vesical e na monitorização de pessoas com bexiga neurogénica (Pires, 2011).

Apesar de ser um exame regular relativamente simples, em contexto hospitalar constitui-se como uma rotina diária, sendo a monitorização da função renal essencial na vigilância clínica. Demonstra ser particularmente útil em condições onde se desenvolve uma elevada pressão do músculo detrusor de forma progressiva, exemplo da doença de Parkinson e esclerose múltipla (EAU, 2023).

Para obter uma avaliação mais objetiva dos sintomas, o diário miccional funciona como instrumento de intervenção terapêutica, onde a pessoa regista por pelo menos três dias seguidos os líquidos ingeridos, o número de micções, o volume e número de perdas de urina. É um instrumento acessível e de fácil consulta, podendo integrar ainda as atividades realizadas, tal como o número de absorventes trocados, auxiliando na classificação da alteração da continência em causa (Stevens, 2011). A sua utilização é fortemente recomendada, possibilitando à pessoa a compreensão mais exata da sua função vesical, assim como a monitorização da eficácia do tratamento (SPG, 2021).

Exames mais especializados que permitem um diagnóstico diferencial, contemplam o exame urodinâmico, a endoscopia e imagiologia (Stevens, 2011). Os estudos urodinâmicos, são os únicos métodos de avaliação objetiva dos fatores que contribuem para a disfunção do trato urinário inferior (EAU, 2023). São exames relativamente inócuos com benefícios demonstrados em relação à ocorrência de algum desconforto ou complicação (SPG, 2021). Destes fazem parte, a urofluxometria, a cistometria, a perfilometria uretral e a eletromiografia, e têm como propósito a avaliação da função do detrusor e dos esfíncteres, através de medição das pressões destas estruturas (Mota & Tinoco, 2021).

A urofluxometria permite conhecer a velocidade do fluxo urinário e os padrões de esvaziamento, não sendo específica o suficiente para distinguir a causa subjacente, se estamos perante uma obstrução ou se diante de um problema do detrusor (Stevens, 2011).

A cistometria é o único método que permite a quantificação da função de enchimento da bexiga, avaliando a capacidade de armazenamento, sensibilidade e elasticidade da mesma e determinando a presença de contrações voluntárias e involuntárias, e qual a pressão intra-abdominal necessária para que se inicie a micção, (EAU, 2023; Stevens, 2011). Este exame viabiliza ainda que se avalie em que ponto (de pressão e volume) começam as perdas urinárias e é, simultaneamente, um exame diagnóstico e uma ferramenta terapêutica, utilizada como elemento no treino vesical (Pires, 2011).

Outro tipo de cistometria, consiste no estudo pressão-fluxo, que avalia a coordenação entre o músculo detrusor e a uretra ou os músculos do pavimento pélvico, durante a fase de esvaziamento,

sendo útil na deteção de hiporreatividade e hipocontractilidade da bexiga, de elevada resistência uretral e urina residual (EAU, 2023).

A perfilometria uretral avalia a pressão uretral, dinâmica e em repouso, sendo possível avaliar o mecanismo de encerramento do esfíncter sob esforço e na sua ausência, traduzindo possíveis deficiências inerentes ao músculo esfíncteriano (Pires, 2011).

De forma a analisar a atividade do esfíncter uretral externo, do músculo estriado peri-uretral e do pavimento pélvico, do esfíncter anal, pode recorrer-se à electromiografia que se constitui como um estudo fiável como indicador de incapacidade de controlo do pavimento pélvico, característico da dissinergias detrusor-esfíncterianas (EAU, 2023).

A nível endoscópico, a cistouretroscopia evidencia-se como método útil na identificação de lesões da bexiga ou disfunção intrínseca do esfíncter, não sendo um exame de primeira linha no diagnóstico de IU, pode ser utilizada quando a cistometria não produz resultados úteis, ou em caso de dor vesical ou novos sintomas de irritação miccional (Stevens, 2011).

Por consistir num método não invasivo o pad test, em que após a realização de uma atividade que envolva esforço, previamente determinada, como o tossir ou esforço abdominal adicional, recolhe-se e é pesado posteriormente o penso utilizado, determinando a quantidade de urina perdida (Abrams et al., 2017). Este método pode ser útil como elemento de avaliação alternativo ao exame físico inicial, em que não se consiga objetivar perdas. Possibilita também perceber se os sintomas estão presentes em atividades do quotidiano, já que o intervalo de observação poderá ser maior: pode ser realizado o pad test de 1h (imediatamente na observação) ou o pad test de 24h no domicílio (em ambulatório). Tal como o diário miccional, o pad test tem elevado valor diagnóstico e como instrumento de avaliação de resposta ao tratamento (SPG, 2021).

A ecografia tem utilidade na identificação das estruturas anatómicas, constituindo-se como uma técnica não invasiva de referência na determinação do volume vesical e volume residual pós-miccional (SPG, 2021).

A avaliação holística da pessoa com alteração da continência urinária, bem como dos meios de diagnóstico disponíveis compreende uma etapa crucial para compreender plenamente as suas necessidades. Tal permite ao EEER identificar os objetivos e a planear intervenções específicas, maximizando os resultados da reabilitação.

## 2.4 – A INTERVENÇÃO DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA EM ENFERMAGEM DE REABILITAÇÃO NA PESSOA COM ALTERAÇÃO DA CONTINÊNCIA URINÁRIA

O foco da prática de cuidados de ER na pessoa com alteração da continência urinária não é recente, mas enquadra-se cada vez mais no seu âmbito de interesse, dado o crescente envelhecimento da população e aumento da prevalência da IU, constituindo assim uma prioridade para a ER (Rocha & Redol, 2017). A intervenção do EEER neste contexto, visa potenciar a funcionalidade para a sua independência física, social e emocional, reduzindo as incapacidades, através da atuação na doença aguda ou crónica e na promoção da saúde.

Pela abrangência e impacto da problemática, já amplamente explanada, o EEER promove processos de readaptação da pessoa de forma a preservar ou readquirir as capacidades funcionais e a minimizar o impacto das incapacidades já instaladas ao nível da função da eliminação, contribuindo para otimizar a qualidade de vida da pessoa, família e comunidade (Regulamento n.º 392/2019, 2019). Para tal, este profissional integra conhecimentos científicos que permitem ser facilitadores no processo de transição que a pessoa enfrenta com a alteração da continência urinária, orientando-a e capacitando-a no seu meio privilegiando o desenvolvimento pessoal. Deste modo é expectável que o EEER intervenha alicerçado numa prática baseada na evidência, agregando os resultados da investigação e do conhecimento produzido pelos pares de forma a proporcionar cuidados seguros, humanos e de qualidade (Regulamento n.º 392/2019).

Ter em conta a pluralidade e dimensão do problema é imprescindível para não perder de vista a singularidade da pessoa. Identificar as suas necessidades individuais quando esta lida com a mudança e com os novos desafios, de modo que enquanto EEER, se possa planear, desenvolver e articular as suas intervenções com a equipa multidisciplinar, perspetivando e assegurando os cuidados centrados na pessoa (Redol & Rocha, 2017).

A avaliação da qualidade de vida é imperativa numa avaliação inicial, permitindo um melhor entendimento do impacto da alteração da continência na vida da pessoa, assim como a mesma é percebida nos vários domínios do quotidiano. Identificar as preferências e os objetivos da pessoa em relação ao seu tratamento, permite traçar intervenções individualizadas e com maior probabilidade de sucesso (Cunha et al., 2021).

O EEER possui na sua esfera de ação várias estratégias que implicam o planeamento e implementação de uma abordagem terapêutica com o intuito de reduzir ou minimizar o número e a

intensidade da ocorrência de episódios de IU, sendo a vertente conservadora uma opção de primeira linha consensual (Abrams et al., 2017; National Institute for Health and Care Excellence, 2019; Sociedade Portuguesa de Uroginecologia, 2021).

A seleção do tipo de intervenção relaciona-se com as particularidades apresentadas por cada pessoa e de acordo com a sua sintomatologia, isto é, o tipo de incontinência presente, os fatores precipitantes e condições de saúde associadas. Igualmente decisiva é a escolha individual, que deve ser sempre incluída no plano de tratamento demonstrando ser crucial nos resultados obtidos (Todhunter-Brown et al., 2022).

Consideram-se duas grandes vertentes de tratamento: a conservadora e a fármaco-cirúrgica, englobando a primeira todas as intervenções que não envolvam abordagens farmacológicas ou de carácter cirúrgico (Abrams, 2017). A terapêutica farmacológica deverá ser sempre equacionada e a cirurgia está reservada para as formas mais graves de IU, sendo utilizadas de forma individual, embora, o seu uso em associação apresente resultados mais efetivos (Carvalho et al., 2018).

O tratamento conservador é por excelência a área de intervenção do EEER e pauta-se essencialmente por terapias comportamentais e por treino muscular do pavimento pélvico (SPG, 2021), dependendo diretamente da participação da pessoa (Abrams et al., 2017). A primazia concedida a estas intervenções prende-se com o facto de constituírem abordagens minimamente invasivas, com efeitos secundários reduzidos ou nulos, sem necessidade de recursos técnicos de alta complexidade, apresentando uma relação custo-efetividade bastante satisfatória, e por isso uma mais-valia na melhoria da qualidade de vida da pessoa (EAU, 2023).

A abordagem dirigida às técnicas comportamentais e reabilitação dos músculos do pavimento pélvico como mecanismos de reeducação da eliminação vesical, recaem assim nas intervenções independentes e competências do EEER, consistindo nas eleitas por excelência nos cuidados à pessoa com alteração da continência urinária (Stevens, 2011).

Neste sentido as intervenções do EEER acompanham as mais recentes recomendações e desempenham um papel fundamental no alcance de metas primárias da reabilitação da continência vesical, quer no aumento da resistência muscular do pavimento pélvico, redução da frequência da doença ou agravamento, quer na possibilidade de adiar a necessidade de uma cirurgia (Oliveira & Garcia, 2011).

A evidência produzida apoia, não só na perspetiva de tratamento, mas também de prevenção, a promoção dos estilos de vida favoráveis à continência urinária, mais concretamente, a perda de peso

em mulheres com sobrepeso ou obesidade, a realização de atividade física regular, o aumento da ingestão de líquidos, a cessação tabágica e de consumo de cafeína parecem melhorar a continência (Abrams et al., 2017).

As técnicas comportamentais têm como propósito, a diminuição do número de episódios de perdas urinárias, e incluem a terapia comportamental, exercícios do pavimento pélvico, a estimulação elétrica, educação da pessoa e cuidador e reforço positivo pelos progressos alcançados. Com a terapia comportamental preconiza-se o treino vesical, ou seja, a distinção da percepção da necessidade de urinar do ato de urinar em si, através da alteração dos hábitos miccionais, da redução em 20 a 30% na ingestão de líquidos a partir das 18 horas e de aumento da capacidade funcional vesical pela micção temporizada e pela micção diferida (Rocha & Redol, 2017).

Na micção diferida, recorre-se a técnicas de relaxamento para suprimir a vontade de urinar após o desejo miccional, capacitando a pessoa para resistir à sensação de vontade urinar, adiando a micção, constituindo uma abordagem válida na IU de urgência (Rocha & Redol, 2017).

A micção temporizada ou por horário implica que a pessoa adquira um padrão horário de esvaziamento da bexiga, com intervalos que podem ir de duas a três horas. É assim induzida a micção na pessoa antes de atingir o seu volume vesical limite, de forma a aumentar a capacidade funcional vesical e evitar um episódio de IU (Stevens, 2011).

Aliados à terapia comportamental ou de forma independente, os exercícios da musculatura pélvica, permitem que a pessoa localize corretamente os músculos, principalmente o coccígeo, que os exercite ativa e regularmente, promovendo a resistência uretral e o suporte muscular das estruturas pélvicas de forma a controlar a continência (Stevens, 2011).

Previamente à implementação de intervenções deverá ser executada uma avaliação funcional do pavimento pélvico, que traduz a capacidade de contração dos músculos em causa, permitindo a monitorização da evolução da força muscular e da eficácia do treino de exercícios. Os resultados deste programa deverão surgir por volta da quarta/sexta semana, pelo que se recomenda uma reavaliação na sexta e décima-segunda sessões após o início da intervenção (Cunha et al., 2021).

No esclarecimento inicial, o EEER deve utilizar linguagem acessível e descrever brevemente as estruturas anatómicas envolvidas e algumas noções fisiopatológicas pertinentes, consciencializando a pessoa da importância e promovendo a sua adesão ao programa (Cunha et al., 2021). O procedimento de exercícios perineais deverá decorrer com a bexiga vazia e a pessoa será instruída no conteúdo do programa (descrito em pormenor nas “Intervenções de Enfermagem de Reabilitação”). Em conjunto é

realizado um treino funcional dos músculos do pavimento pélvico que consiste na contração muscular antes dos esforços associados ao tossir, espirrar ou levantamento de pesos, mantendo essa contração até ao final do esforço. O tratamento decorre durante cerca de doze semanas, com sessões individuais de 60 minutos e com uma sessão semanal acompanhada pelo EEER (Cunha et al., 2021).

Outras soluções como o cateterismo intermitente ou permanente não são isentas de riscos e surgem como resposta à retenção urinária, tendo como objetivo o esvaziamento da bexiga (Stevens, 2011).

Encontra-se descrita a vantagem do uso de dispositivos de recolha de urina, permitindo à pessoa manter-se seca, diminuindo o risco de constrangimento pela perda de urina. O uso de absorventes e cateter de preservativo (específico no caso do homem) consiste numa estratégia válida na gestão da continência (EAU, 2023), sendo um dos objetivos na intervenção do EEER a redução progressiva do seu uso, procurando minimizar a frequência e volume das perdas, a diminuição do risco de dermatites associadas, a gestão do odor provocado pela permanência da urina no exterior, a diminuição dos gastos económicos e aumento dos ganhos em saúde (Stevens, 2011).

O reconhecimento do problema da IU representa uma oportunidade para o EEER permitindo alargar o seu espectro de atenção e intervenção, participando em programas que promovam a continência e a melhoria da qualidade de vida das pessoas afetadas por esta problemática (Stevens, 2011).

### **3 – REFERENCIAL TEÓRICO DE ENFERMAGEM**

Florence Nightingale marcou a enfermagem com a criação da primeira escola e numa perspetiva visionária considera as enfermeiras, que não possuíam nenhum grau de escolaridade, mulheres escolarizadas (Alligood, 2014). Desde então, a profissão de enfermagem, desenvolveu-se como disciplina devido ao corpo de conhecimentos em que baseia a sua prática, numa crescente exigência associada ao crescimento da profissão. Este corpo de conhecimentos personifica aquilo que são as teorias de enfermagem, fornecendo orientação e estrutura e materializa-se na prática de cuidados, no ensino e na investigação contribuindo para o desenvolvimento da enfermagem como ciência. É reconhecida assim, a teoria como ferramenta que conduz a prática e esta por sua vez, é percebida como central nos cuidados, sendo fundamental no desenvolvimento do conhecimento (Alligood, 2014).

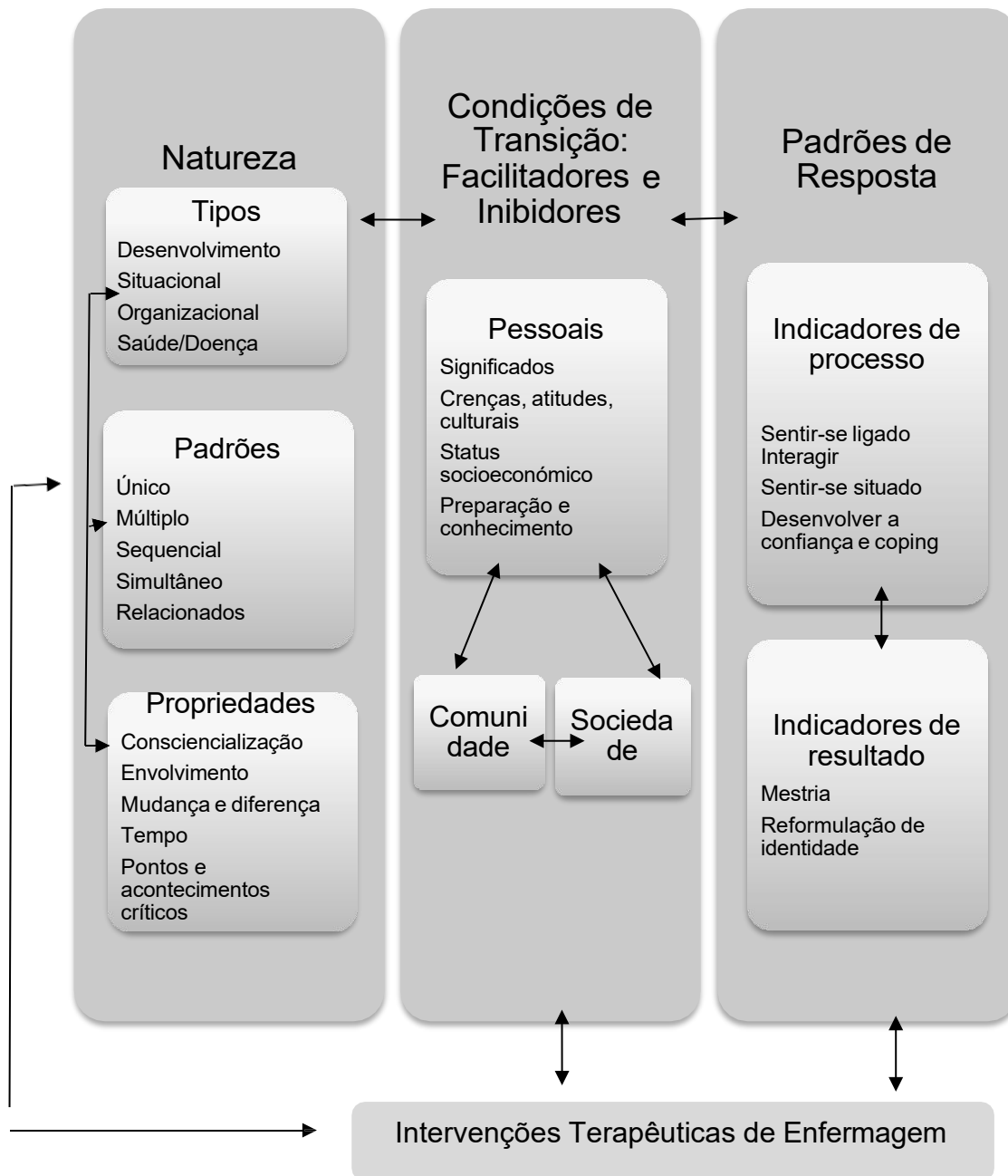
Importa distinguir entre as várias terminologias associadas à estrutura do conhecimento, de forma a facilitar a compreensão das obras teóricas de enfermagem. De um nível mais abstrato para estruturas mais concretas, os modelos conceptuais ou paradigmas de enfermagem concedem diferentes perspetivas da enfermagem, sobre como observar e interpretar um fenómeno de interesse para a disciplina, de acordo com as particularidades do modelo a que dizem respeito. A teoria de enfermagem encerra, por sua vez, um conjunto de conceitos testáveis e interligados provenientes dos modelos de enfermagem ou de outras disciplinas, como por exemplo a filosofia. O conhecimento teórico permite uma melhoria da prática, descreve e antevê os fenómenos, orientando o pensamento crítico e tomada de decisão. No nível menos abstrato do conhecimento teórico, encontram-se as teorias de médio alcance, que incidem de uma forma mais limitada e concisa na situação de saúde, na população e nas intervenções de enfermagem propriamente ditas (Alligood, 2014). Neste sentido, e dada a natureza da problemática e o contexto que a envolve, considera-se pertinente enquadrar o presente trabalho na Teoria das Transições de Afaf Meleis.

Várias são as disciplinas, que exercem forte influência no que é a estrutura conceptual refletida na Teoria das Transições, proveniente da base de formação da teórica, em enfermagem e sociologia (Im, 2014). Em 1986 Afaf Meleis e Norma Chick, desenvolveram a análise do conceito de transição, com o propósito de escrutinar o conhecimento, até à data, numa mistura bastante homogénea com a

prática clínica. Segundo as autoras, a transição é um processo que decorre entre períodos de tempo, pelos quais a pessoa se move, de uma situação ou estado para outro, procurando o desenvolvimento do seu próprio potencial para atingir o equilíbrio. Nesta reflexão as teóricas apontam o processo, a percepção e a rutura como propriedades universais da transição, estando organizada numa sequência de diversas fases em movimento num determinado sentido ao longo do tempo, culminado com a rutura com a vida anterior tal como era percebida (Chick & Meleis, 1986).

Segundo a teoria elaborada por estas autoras, a duração (tempo que decorre entre a antecipação, a necessidade de mudança e a estabilidade na nova condição) e as consequências da rutura são variáveis, mas a sequência de fases é inalterável. A percepção da transição relaciona-se com o significado da mesma para a pessoa que a experiência, com as características da pessoa e do ambiente onde está inserida, determinando o resultado da transição. A rutura, característica que representa o corte nas relações consideradas seguras, é considerada geradora de sentimentos de insegurança por perda de referências no mundo tal como o conhecia (Chick & Meleis, 1986).

Após várias revisões de estudos de investigação, no ano 2000, foi proposta uma Teoria de Médio Alcance das Transições, onde são descritos os principais conceitos teóricos: os tipos e padrões de transição; as propriedades das experiências de transição; as condições de transição e os padrões de resposta e as terapêuticas de enfermagem (Meleis et al., 2000). Na Figura 3 (Teoria de Médio Alcance das Transições de Afaf Meleis) encontra-se um esquema representativo destas variáveis, que sendo independentes umas das outras, têm entre si um efeito interativo.



**Figura 3** – Teoria de Médio Alcance das Transições de Afaf Meleis. Adaptado de: Meleis et al., 2000.

No que concerne aos tipos de transição, existem quatro: desenvolvimento, situacional, organizacional e de saúde/doença. A transição devido ao desenvolvimento diz respeito a eventos do desenvolvimento da pessoa, como o nascimento, a passagem da infância para a adolescência, a menopausa e o envelhecimento. A transição situacional diz respeito aos eventos que exigem uma definição ou redefinição dos papéis desempenhados pela pessoa ou família, como por exemplo na parentalidade, nascimento ou perda de um membro da família ou a necessidade de assumir o papel

de prestador de cuidados. As transições organizacionais estão associadas à mudança das condições do ambiente, seja social, político, económico ou na alteração estrutural ou dinâmica das organizações. As transições de saúde/doença prendem-se com a mudança provocada por alterações na condição de saúde, passagem de um estado saudável para o diagnóstico de doença, agravamento do estado de saúde, o processo de recuperação e a alta hospitalar (Meleis & Transgenstein, 1994, Meleis et al., 2000).

Os diferentes tipos de transição podem ser vivenciados em simultâneo e de forma profunda, descrevendo padrões com complexidade e multiplicidade características. Encerram também em si propriedades que se encontram organizadas em cinco subcategorias: consciencialização, envolvimento, mudança e diferença, o período de tempo e pontos e eventos críticos (Meleis et al., 2000).

A consciencialização, descrita como atributo essencial no processo de transição, envolve a perceção e reconhecimento da experiência, podendo ser constatada a sua aquisição na comparação entre as respostas da pessoa com as de um conjunto de indivíduos que experienciam situações de transição similares. É necessário que a pessoa consiga reconhecer a rutura com anteriores padrões de vida, que a mesma findou e que, se tal não suceder, a realidade atual estará em risco. Num processo saudável, a pessoa encontra congruência nos acontecimentos, adapta-se e reorganiza-se numa nova forma de estar. Nos estudos de Meleis em 1986, a ideia de que a consciencialização era condição imprescindível para se considerar a transição, acabou por ser contraposta mais tarde por Meleis et al. (2000), que concluíram que a inconsciência sobre a mudança, não é sinónimo de não se ter iniciado uma transição (Chick & Meleis, 1986; Meleis et al., 2000).

Intrinsecamente ligado, o envolvimento descreve o grau de comprometimento ativo no processo de transição, e decorre em relação proporcional ao nível de auto-consciencialização, assim estará mais ou menos envolvido consoante o nível de consciência que tem da mudança. Pode ser despoletado por eventos externos à pessoa ou pela própria, ou ainda envolver mais do que uma pessoa no processo, sofrendo influência do contexto, da condição de saúde da pessoa, dos recursos disponíveis e do suporte social. Constituem exemplos de envolvimento no processo, uma procura ativa de informação ou dos recursos existentes, uma atitude preventiva com preparação de como lidar com a evento crítico e adoção de novas formas de ser e de viver a realidade (Chick & Meleis, 1986; Meleis & Transgenstein, 1994).

A mudança aponta para episódios desafiadores que ocorrem ao longo do tempo e que requerem um ajuste à realidade, sendo simultaneamente, o construto e o resultado, isto é, a transição é

resultado de uma mudança e resulta em mudança. Todo o processo de transição implica uma mudança, mas o contrário não é condição obrigatória, podendo ocorrer uma mudança (situação) sem processo de transição (vivência da situação) associado. A mudança, seja forçada ou desejada, diz respeito ao que é externo ao indivíduo, e implica por vezes, num plano saudável e bem sucedido, um processo interno de transição (Canaval et al., 2007; Chick & Meleis, 1986).

Características inerentes à mudança devem ser consideradas, como a sua natureza, se a dimensão afetada diz respeito à saúde física ou mental, condição social ou económica, nas expectativas ou rede de suporte. A temporalidade, refere-se ao momento em que a pessoa ou familiares reconhecem a necessidade de mudança e a perceção dos mesmos em relação à sua severidade e como a mesma irá interferir na sua vida. Torna-se pertinente entender se a mudança era expectável e confrontá-la com as normas da sociedade (Meleis et al., 2000). Outra das características das transições é o tempo, através do qual as mesmas decorrem, com intervalo definido entre a rutura e a estabilidade; a quebra com o anterior modo de vida, sendo o primeiro sinal de demonstração de mudança com a perceção e tomada de consciência, passando por períodos de incerteza e até de angústia (pontos de viragem), até um final que coincidirá com um período de estabilidade (Meleis et al., 2000).

O conceito de diferença, segundo a teoria, manifesta-se em confronto com a realidade, referindo a pessoa uma perceção diferente dos outros e do mundo. Importa no processo de transição perceber as expectativas e o nível de conforto na relação com o evento crítico, bem como a capacidade da pessoa para lidar com a mudança e diferença (Meleis et al., 2000).

Por fim, certos eventos, embora nem sempre identificados de forma evidente, como o diagnóstico de uma doença ou a morte, desencadeiam respostas na pessoa e a sua gestão está habitualmente relacionada com um nível mais elevado de consciencialização e envolvimento mais ativo no processo de transição (Im, 2014; Meleis et al., 2000). Para tal é necessário que a pessoa consiga identificar e descrever os eventos, sendo estes dois pontos fulcrais para o planeamento e implementação das intervenções terapêuticas de enfermagem, com o intuito de promover a facilitação no processo de transição. O Enfermeiro deverá estar alerta para eventos potenciadores de vulnerabilidade, se possível antecipando-os, e para os indicadores de resolução, como o equilíbrio na adoção de novas rotinas, estilos de vida e atividades de autocuidado (Meleis et al., 2000).

Com o conhecimento de que o EEER é detentor, acerca de possíveis eventos críticos na vida da pessoa, é possível antecipar as necessidades de transição que favoreçam a adaptação favorável a novas situações.

A conjuntura de fatores que podem potenciar ou inibir o desenvolvimento para uma transição, podem ser de natureza pessoal, comunitária ou social. As condições pessoais referem-se aos significados, às atitudes e crenças culturais, estatuto social e económico e conhecimentos. Os significados relacionam-se intimamente com aquilo que é interpretado da realidade por cada pessoa (Meleis et al., 2000), construindo-se ao longo da vida, com base na sua perceção, a sua forma de agir e de ser em relação ao mundo que o rodeia e que lhe é significativo (Brito, 2012).

Uma vez que os significados podem ser percecionados como positivos, neutros ou negativos, assim constituem, respetivamente, fatores facilitadores ou inibidores da transição. Os fatores facilitadores promovem o envolvimento e a consciencialização para a adaptação a nova realidade, o mesmo não acontece quando o significado atribuído é negativo, apresentando a pessoa resistência à mudança (Meleis et al., 2000). Isto quer dizer que as atitudes também estão sob a influência dos significados atribuídos, imprimindo nas suas ações as suas preferências ou repulsa. Fruto da cultura, do ambiente e da educação, as crenças interferem quer positiva, quer negativamente, pois representam princípios pré-formatados que conferem sentido à vida, facilitando a sua organização (Brito, 2012).

O estatuto socioeconómico pode definir o processo de transição, pois a posição da pessoa na hierarquia social e económica que ocupa, determina o acesso a recursos na comunidade. Uma posição num escalão inferior desta hierarquia pode ser fator inibidor de uma transição saudável, pois será sinónimo de dificuldade no acesso a recursos de saúde, no acesso à informação e na capacidade de implementar as ações necessárias na nova condição de saúde (Meleis et al., 2000).

Como anteriormente referido, para integrar novas experiências e suceder a reformulação de identidade é necessária a aquisição de habilidades para desenvolver novas competências. Tanto o conhecimento como a preparação para a mudança, parecem ter peso no processo de transição; quanto melhor construído for o conhecimento e a antecipação do evento, melhor serão delineadas as estratégias para potenciar uma transição saudável (Brito, 2012; Mezirow, 2000).

As condições comunitárias e da sociedade estão associadas a recursos da comunidade ou condições sociais. Assim os significados e expectativas que a pessoa associa a certo acontecimento podem facilitar ou impedir uma transição saudável (por exemplo o estigma). Neste âmbito, consideram-se fatores facilitadores da transição a relação e suporte familiar, a informação disponível, o aconselhamento acerca da disponibilidade de opções e apoio na tomada de decisão, o encaminhamento para os recursos disponíveis e respostas adequadas às questões colocadas. Algumas ideias ou valores vigentes na sociedade podem constituir fatores inibidores, como os estigmas e os

estereótipos, na medida em que moldam a percepção sobre alguns fenómenos e o significado a eles atribuído (Meleis et al., 2000).

Numa relação simbiótica, todos os conceitos são interdependentes e se interrelacionam num processo de transição que podem ser definidos, através dos seus padrões de resposta, como saudáveis ou não saudáveis (Meleis et al., 2000).

Quando comprovada a competência nas atitudes e nos sentimentos relacionados com a nova identidade, demonstrados por bem-estar emocional, pela qualidade de vida, pela adaptação, pelo maior nível de consciencialização, capacidade funcional e transformação pessoal, então podemos considerar a transição como saudável. Pelo contrário, uma disfunção do desempenho de um papel e das funções associadas caracteriza uma transição não saudável (Meleis et al., 2000).

Os indicadores de processo traduzem as respostas que permitem uma interpretação precoce para agilizar uma transição saudável, ou seja, se a pessoa se encontra na direção certa. Caracterizam-se pelo sentimento de sentir-se ligado nas suas relações, novas e antigas, inclusive a relação com o profissional de saúde que constitui um fator facilitador da transição, pela disponibilidade da informação, recursos e suporte. Na relação com os outros, o interagir ocupa um indicador de reorganização necessária aquando de uma mudança, por exemplo se por doença necessita de colaboração de terceiros, a natureza dessa interação traduz uma boa adaptação ou não. Para além das relações também os significados sofrem alterações e precisam de ser redefinidos, numa comparação da realidade anterior com a vida atual, no que diz respeito ao sentir-se situado, no espaço, no tempo e na aceitação do estado de saúde, sendo assim perceptível, a consciencialização da própria condição e da forma como está a lidar com o evento novo (Meleis et al., 2000).

O desenvolvimento de confiança para lidar com a nova condição, caracteriza-se pelo grau de entendimento das particularidades a ela associadas. O enfermeiro deve monitorizar estes aspetos, do nível de compreensão em relação ao diagnóstico, tratamento, recuperação e viver com limitações e pela capacidade de utilizar os recursos, pela crescente e constante capacidade de integrar novos conhecimentos, tendo a habilidade de reutilizá-los em situações novas e repetidas, gerindo as emoções (Meleis et al., 2000).

O International Council of Nurses [ICN] descreve o último indicador de processo, o coping, caracterizado pela disposição de controlar as emoções de forma a diminuir o stress, verbalizando a aceitação e aumentando o bem-estar psicológico (ICN, 2019).

Os indicadores de resultados, revelam se os resultados correspondem ao que seria esperado. Assim sendo, de acordo com a teoria, a conclusão de uma transição é assim mais facilmente identificada, consoante o nível de domínio das competências demonstrado perante novas situações ou ambientes e também pela reformulação da identidade. A mestria e uma nova identidade são considerados dois indicadores de resultados. Se na transição a pessoa desenvolve competências e novos padrões de pensar e agir face à nova realidade, incorporando uma nova identidade com a qual se sente confortável, está determinado o fim da transição (Im, 2014; Meleis et al., 2000).

A mestria implica habilidade e integração de componentes, que segundo Canaval et al. (2007), podem estar relacionadas com a dimensão cognitiva, na iniciativa, destreza psicomotora, na auto-confiança e na capacidade de tomar decisões e empreender ações, desempenhando um papel com satisfação e perícia. Esta perícia não é imediata, é um processo evolutivo que quando evidente, reflete o equilíbrio expetável na conclusão de uma transição.

Também nesta fase final, é expetável um reajuste de papéis e relações perante o novo contexto, num processo dinâmico de reformulação da identidade (Meleis et al., 2000).

Na experiência de transição é então expectável, que a pessoa integre novos conhecimentos, traduzidos na aquisição de novos comportamentos associados à redefinição dos significados atribuídos aos eventos e que a definição de si mesmo seja redimensionada no contexto social (Chick & Meleis 1986; Meleis et al., 2000).

Nesta abordagem teórica, surgem as terapêuticas de enfermagem, que englobam todas as intervenções implementadas de forma deliberada, com três critérios aplicáveis durante o processo de transição. Em primeira instância, surge a avaliação da prontidão, com avaliação completa interdisciplinar, em segundo a preparação para a transição tendo como principal pressuposto a educação como facilitador da transição; e, em terceiro lugar, surge a suplementação de papéis com os seguintes pressupostos: enfermagem, pessoa, saúde e ambiente (Meleis et al., 2000).

As definições conceptuais da Teoria têm ainda inerentes características globais, como a clareza, simplicidade, acessibilidade e importância, com possibilidade de ser generalizada a outras populações (Im, 2014).

A Teoria das Transições é aplicada a muitos fenómenos de interesse para a prática de enfermagem devido ao seu alcance e aplicabilidade, focando-se no processo que envolve eventos, como o diagnóstico de doenças e processo de doença propriamente dito, de recuperação, e situação de perda. Assim o Enfermeiro deverá antecipar, avaliar, diagnosticar e intervir junto da pessoa na conceção de

novas visões acerca do mundo, na forma de pensar e agir, promovendo a saúde, sempre que as mesmas se deparam com novos desafios de saúde (Meleis & Trangenstein, 1994; Meleis et al., 2000).

Das mais variadas condições, mesmo as que não se relacionam diretamente ao domínio da saúde, com muita probabilidade, o processo transicional terá repercussões na saúde individual da pessoa (Hanna et al., 2018), pelo que o enfermeiro, como profissional de saúde terá um papel essencial na dinâmica transicional.

As alterações da continência urinária constituem um romper com uma condição de total controlo, tanto da função urinária como de aspetos psicossociais, com necessidade de ajuste em novas rotinas e na readaptação das relações interpessoais. Nesta experiência transicional clara, o desafio é entender o processo, de forma a desenvolver intervenções terapêuticas de enfermagem que permitam promover a saúde e recuperar o bem-estar da pessoa. E neste sentido, dada a ampla aplicabilidade da Teoria da Transições, constitui-se como estrutura relevante na conceção e cuidados de enfermagem na alteração da continência urinária, pois a congruência existente entre os conceitos definidos pelo modelo teórico e o contexto abordado, permitem a fundamentação das intervenções, o seu planeamento e implementação (Ribeiro et al., 2018).

Apresentando-se a IU de forma súbita ou de desenvolvimento prolongado, constitui um evento crítico significativo que irá gerar respostas por parte da pessoa. Estas exigem um processo de reformulação, desenvolvidas em parceria entre enfermeiro e pessoa, no âmbito do seu processo de transição. A abordagem neste processo, em parceria de saúde, pressupõe, por parte do EEER, um conhecimento profundo do quadro conceptual em que se apoia, bem como de todos os fatores inerentes ao processo da pessoa que enfrenta uma alteração da continência urinária (Pires, 2011).

De entre as dimensões afetadas na condição de alteração da continência urinária, a esfera emocional e social são das mais devastadas e para tal contribui o estigma social associado à IU. Esse estigma está relacionado com os significados que a pessoa percebe de acordo com os seus valores, atitudes e crenças e serão fatores importantes de aferir de forma que o enfermeiro possa ser agente potenciador de uma transição saudável (Tavares et al., 2022).

Devido ao mecanismo pelo qual se adquire o controlo da micção e a fase do desenvolvimento do indivíduo em que acontece, é percebido quando surge na idade adulta, com sentimento de perda de autonomia, adquirida em criança e na altura, sinónimo de controlo. A instabilidade que por isso acarreta, constitui um gatilho para uma transição, pelo impacto na vida quotidiana deixa a pessoa

particularmente vulnerável, com necessidade de desenvolver novas habilidades e competências face à mudança (Ludin et al., 2013; Meleis, 2019).

Como já explorado, a transição poderá ser múltipla. A pessoa que se encontra num processo de alteração da continência urinária, vivencia não só uma alteração do seu estado de saúde, como também uma alteração do papel que desempenha na sociedade, podendo haver quebra na atividade laboral e oscilações no seu papel com familiares e amigos. Reúnem-se assim as transformações de vários sistemas interdependentes, para os quais a pessoa terá de procurar reorganizar-se (Cunha et al., 2021).

A identificação de eventos críticos é essencial na compreensão das fases e o rumo da transição, de forma a identificar momentos pertinentes de avaliação e intervenção (Silva et al., 2017). A transição associada à mudança de ambiente, implica mais do que uma mudança de espaço físico. Encontram-se descritos na literatura, sentimentos de ameaça de identidade e pertença, quando acontece uma alteração do ambiente envolvente, sendo o ambiente familiar do lar, essencial na promoção da recuperação, bem-estar e qualidade de vida (Böckerman et al., 2012). Ora, ao associar a transição do processo de continência para uma condição de incontinência, com um internamento hospitalar ou noutras instituições, prevêem-se processos multifatoriais duradouros e significativos (Ostaszkiwicz et al., 2023).

O EEER ao conhecer, compreender e interpretar o que a pessoa experiencia, percebendo as suas habilidades e as suas fragilidades, o seu grau de conhecimento, quais as suas necessidades, os recursos que dispõe e o suporte que tem, aumenta a possibilidade do sucesso no processo de desenvolvimento, assegurando individualidade e qualidade nas intervenções implementadas e nos ganhos em saúde obtidos (Meleis, 2019).

Embora tenha em todo o processo um papel preponderante, é nas terapêuticas de enfermagem que as intervenções comportamentais terão maior visibilidade no alcance de uma transição saudável (Eyimaya & Tezel, 2021). De acordo com a Teoria das Transições, as intervenções terapêuticas de enfermagem, dentro daquilo que são as competências autónomas, mas também das interdependentes, deverão ser suportadas pela evidência obtida em estudos baseados eles próprios, em modelos teóricos (Chick & Meleis, 1986; Meleis et al., 2000).

As intervenções cumprem o propósito de permitir que a pessoa com alteração da continência urinária lide de forma positiva com as mudanças que ocorrem. Consoante o tipo de incontinência identificado, assim é, em conjunto com a pessoa, delineado um programa de reabilitação que promova

uma atitude positiva em relação a este problema de saúde. Neste sentido, antecipando e adotando estratégias de coping, há uma redução da severidade dos sintomas, resultando num maior bem-estar, estabilidade e qualidade de vida (Eyimaya & Tezel, 2021).

Considerando as necessidades da pessoa com alteração da continência urinária, o EEER deverá capacitar a pessoa no desenvolvimento de estratégias, habilidades e competências necessárias para gerir as mudanças decorrentes da nova condição, assumindo e desempenhando um papel facilitador da transição.

#### **4 – PROGRAMA DE ENFERMAGEM DE REABILITAÇÃO PARA A PESSOA COM ALTERAÇÃO DA CONTINÊNCIA URINÁRIA**

A importância da evidência científica na tomada de decisão na disciplina de enfermagem é inquestionável, sendo fonte e base de partilha de conhecimento estruturado e seguro, centralizado na investigação, na procura de maiores ganhos em saúde e qualidade de vida das pessoas (Sequeira & Néné, 2022).

Na condução de um estudo científico e no processo de produção de conhecimento devem ser delineadas etapas obrigatórias de forma a construir um plano de estudo organizado e conciso. Podem resumir-se três fases: planeamento, recolha de dados e a fase da análise e comunicação dos resultados. Na primeira fase de planeamento pretende-se a conceção de questão de interesse com a formulação de objetivos, seguida de um planeamento metodológico onde se descortina o desenho de estudo abordado, seguindo-se um planeamento operacional com descrição da população de estudo, e os instrumentos a utilizar, o processo de análise e posterior apresentação dos resultados (Duarte et al., 2022).

Esta estrutura metodológica organizada permite a discussão das fases de estudo, a definição do problema de investigação e do desenho de estudo de forma exequível, garantindo que o estudo decorra da forma como foi planeado (Sampieri et al., 2013).

##### **4.1 – OBJETIVOS**

Na sequência da exposição temática abordada em capítulos anteriores e de forma a dar resposta ao que a pesquisa pretende, torna-se pertinente a formulação de objetivos precisos e concisos. Define-se como objetivo geral para este programa de intervenção: “Analisar os benefícios da implementação de um programa de ER para a promoção da continência urinária da pessoa com alteração da continência urinária”.

Para alcançar este objetivo, foram traçados objetivos específicos, claros, atingíveis e congruentes (Sampieri et al., 2013) nomeadamente:

- Avaliar a funcionalidade da pessoa com compromisso da continência urinária, com recurso a colheita de dados e utilização de instrumentos de avaliação;
- Planear aos cuidados de ER em consonância com os diagnósticos de identificados;
- Individualizar as técnicas de autocontrolo da continência urinária com vista à maximização da funcionalidade e das capacidades da pessoa/família/cuidador;
- Implementar intervenções de ER que promovam a maximização da funcionalidade e a capacitação da pessoa/família/cuidador;
- Promover a implementação de técnicas comportamentais na gestão da IU;
- Avaliar o impacto da implementação das técnicas comportamentais;
- Prestar cuidados especializados de ER assentes na evidência científica utilizando a metodologia do processo de enfermagem;
- Realizar uma análise do processo de aprendizagem com vista a aquisição e desenvolvimento de competências do EEER.

#### 4.2 – METODOLOGIA

A abordagem metodológica, pretende ser a etapa onde se definem os métodos e técnicas de pesquisa na qual se suporta o estudo e através dos quais se procura responder ao objetivo de pesquisa (Duarte et al., 2022).

Através da recolha, análise e interpretação de dados procedentes de fontes de evidência, interpretação e discussão dos resultados, para validação dos dados, o processo de elaboração do estudo de caso constitui-se como método de investigação em Enfermagem que contribui para o seu desenvolvimento como profissão e disciplina (Fortin, 1999).

Tendo em conta o objetivo e natureza do fenómeno estudado, optou-se pela adoção da referida estratégia de pesquisa para a realização deste trabalho.

Este desenho de estudo consiste na descrição da experiência de um único indivíduo ou de um grupo com problema de saúde similar (Duarte et al., 2022), demonstrando os ângulos de um fenómeno dentro do seu contexto natural para posteriormente analisá-lo. Caracterizado pela impossibilidade de manipulação das variáveis (Sampieri et al., 2013), aborda a questão de pesquisa numa perspetiva holística e com elevada aplicabilidade em contextos da vida real (Stake, 2012; Yin, 2010).

O estudo de caso pode compreender procedimentos de pesquisa qualitativa e quantitativa, de forma a obter uma compreensão mais profunda e intensa do fenómeno. Segundo alguns autores, utilizar os dois tipos de evidência faz sentido pela complementaridade que oferecem ao estudo (Flick, 2004; Yin, 2005) embora, atendendo às etapas sucessivas em que decorre, seja característico de forma mais consistente dos métodos qualitativos (Latorre, 2003).

Segundo Stake (1999) os estudos de caso, atendendo aos objetivos do estudo, podem distinguir-se entre intrínsecos; quando existe interesse num caso específico; instrumentais, com o objetivo de compreender um fenómeno numa perspetiva mais geral; e coletivos, quando o investigador estuda vários casos a fim de fazer uma melhor análise.

Atendendo ao critério do número, os estudos de caso podem ser únicos ou múltiplos, contribuindo este último, segundo Yin (2005), para um estudo mais convincente e válido. Easton (2010) refere, no entanto, que de uma perspetiva realista um caso apenas, será suficiente para generalizar teorias. Acrescenta ainda que se pode cair no erro de aumentar a amostra, na tentativa de elevar o valor explicativo do estudo, esclarecendo o sujeito que cada caso é um exemplo singular e representa uma oferta significativa na quantidade e qualidade de dados gerados da sua análise.

A generalização é, no entender de Patton (1990), um termo pouco adequado nos estudos de caso, sendo o termo extrapolação mais correto quando aplicado à transferência de conhecimentos de um caso a outro, num momento posterior.

O conjunto de casos estudado deve ser diferenciado de amostra (termo utilizado no desenho de abordagem quantitativa), já que o estudo de casos múltiplos é similar a realização de experiências múltiplas, devendo ser previstos os mesmos resultados para todos os casos em estudo, ao contrário ao que é aplicado no âmbito amostral, em que os casos são analisados como vários sujeitos dentro de uma experiência (Yin, 2010).

No trabalho em causa, esta abordagem apresentou-se como a mais interessante e válida, dado o contexto e natureza do fenómeno, onde o caso de cada pessoa com alteração da continência urinária interessa por si só e é válida para análise.

Após ser delineado e selecionado o desenho do estudo, importa definir a população-alvo de estudo, isto é, o conjunto de indivíduos com características comuns de interesse para a pesquisa (Duarte et al., 2022).

De forma a definir a população-alvo para este programa, considerou-se o método de seleção de casos não probabilístico por conveniência, ou seja, nesta abordagem o investigador conhece a população-alvo e dela seleciona, de forma intencional, um conjunto de indivíduos com características específicas pertinentes para o estudo em causa (Fortin, 2009). Este método permite uma seleção rápida e económica (Duarte et al., 2022), o que contribui em grande parte para a sua eleição como adequado no contexto do estudo em causa, obedecendo ainda aos objetivos e os recursos disponíveis.

Devem ser tidas em conta as características do conjunto de casos, apresentando-se como primordial, estabelecer os critérios de inclusão, aqueles que demonstrem ser claramente convenientes, acessíveis e significativos para o estudo, bem como critérios de exclusão, os que revelem potencial de interferir nos resultados (Duarte et al., 2022).

Neste sentido, definiram-se como critérios de inclusão:

- Pessoas internadas no serviço de medicina, no decorrer da unidade curricular estágio final;
- Pessoas com nível cognitivo superior a VI na escala Rancho Los Amigos – Levels of Cognitive Functioning Scale;
- Pessoas com alteração da continência urinária, particularmente com sinais e sintomas de incontinência urinária.

Como critérios de exclusão, foram considerados os seguintes pontos:

- Pessoas com nível cognitivo inferior a VI na escala Rancho Los Amigos – Levels of Cognitive Functioning Scale;
- Pessoas sem alteração da continência urinária.

Foram decisivos nesta triagem, a necessidade de um nível cognitivo minimamente estável e passível de colaborar nas intervenções do programa de reabilitação. Ressalva-se que a decisão pelas características do conjunto de pessoas selecionadas, se encontraram intimamente ligadas aos objetivos, ao contexto onde foi aplicado o estudo e aos condicionantes de tempo.

#### 4.3 – AVALIAÇÃO DIAGNÓSTICA

Após estabelecer os objetivos a alcançar e a metodologia adotada, revela-se essencial, realizar uma avaliação diagnóstica. Esta fase requer minúcia e precisão, o que implica a utilização de instrumentos de forma consciente e orientada para os objetivos do estudo de forma, a perspetivar diagnósticos precisos e implementar intervenções de ER adequadas. Podem definir-se duas etapas de avaliação diagnóstica, a de colheita de dados e a sua posterior análise com vista a elaboração de diagnósticos de ER (Duarte et al., 2022).

A recolha de dados foi precedida de um processo de análise do projeto de intervenção a implementar, por parte da Comissão de Ética da instituição onde decorreu o Estágio Final (Apêndice III) e da Comissão Científica do Curso de Mestrado em Enfermagem. Após um parecer positivo, já em contexto prático, foi realizada a seleção de participantes consoante a metodologia anteriormente definida. A recolha de dados foi realizada após apresentação e preenchimento do consentimento informado, livre e esclarecido (Apêndice IV) de cada pessoa abordada para estudo, antes de qualquer atuação, acompanhado de informação relativa ao objetivo e conteúdo do programa de reabilitação em vista.

Recolher dados, implica a elaboração de um plano de procedimentos, detalhado com vista a reunir informação com um fim específico. Importa determinar quais as fontes de informação, onde estão, que meios ou métodos serão utilizados e de que forma serão preparados para análise (Sampieri et al., 2013).

Deve ser assegurado, no decorrer do estudo, a pertinência dos métodos de recolha de informação, de modo que seja suficiente e significativa (Almeida, 2004). Os instrumentos de recolha de dados, devem primar pela objetividade, validade e confiabilidade e no caso de não se encontrarem ajustados ou não validados, o investigador deverá criá-los (Fortin, 2009). Nesse sentido foi elaborado um instrumento com base no diário miccional e na história para a incontinência urinária fundamentada em Stevens (2011) procurando dar resposta aos objetivos do estudo. Os restantes instrumentos utilizados encontram-se devidamente traduzidos, validados e adaptados à população portuguesa.

Procedeu-se assim, à recolha de informação através da consulta dos exames complementares de diagnóstico, em conjunto com alguns instrumentos de avaliação diagnóstica que pelas suas características, explanadas de seguida, se consideraram pertinentes a incluir no estudo.

## **Instrumentos de avaliação utilizados**

### **• História de Enfermagem para a IU**

Para o efetivo levantamento de dados, foi elaborado um quadro (Apêndice V) com os elementos-chave para a construção dos diagnósticos de ER. Nele figuram os dados sociodemográficos, os parâmetros biofisiológicos, a história clínica com especial foco na história gênito-urinária e da incontinência urinária.

O referido quadro, serviu de guião para uma entrevista semi-estruturada, com dois tipos de perguntas: fechadas com possibilidades de resposta previamente delimitadas, e abertas com alternativa de resposta ilimitada. A entrevista semi-estruturada, consiste numa técnica que premeia a visão do entrevistado, as suas perceções e representações da realidade, dado que não existe uma ordem pré-estabelecida na formulação de perguntas (Flick, 2004; Savoie-Zajc, 2021)

Segundo Yin (2005) é uma das fontes de informação mais importantes nos estudos de caso, permitindo recolher uma grande diversidade de descrições e interpretações que as pessoas têm sobre a realidade.

### **• Diário Miccional**

O registo preciso e diário dos episódios de perdas urinárias é um precioso auxiliar diagnóstico, na medida em que, nele ficam evidentes a quantidade e qualidade dos líquidos ingeridos, mas também o volume, o horário, as características e o número total de perdas de urina nas vinte e quatro horas (Apêndice V). Este instrumento de recolha de dados tem a vantagem de ser de fácil entendimento e preenchimento, com o impacto visual e de clara perceção dos dados, podendo ainda ser preenchida por outrem, seja alguém significativo ou cuidador. A pessoa foi instruída, sempre que a capacidade cognitiva o permitia, a registar cada ocorrência antes da implementação das intervenções, durante um período mínimo três dias e no final de forma a avaliar a eficácia do programa de ER (Stevens, 2011).

- **International Consultation on Incontinence Questionnaire – Short Form**

Dada a natureza da problemática, a percepção da pessoa acerca da alteração da continência e do impacto da mesma na qualidade de vida é imprescindível. Trata-se de um questionário simples, breve e de autopreenchimento, embora também possa ser preenchido pelo enfermeiro (Apêndice V).

Este questionário foi desenvolvido pela ICS e posteriormente validado, traduzido e adaptado para a população portuguesa por Guerra et al. (2023). Contêm seis questões que permitem avaliar as perdas urinárias, a sua frequência, severidade e a sua tipologia, sendo possível perceber o impacto na qualidade de vida da pessoa. Pela soma das questões número três, quatro e cinco, é obtido um resultado entre zero e vinte e um, que define o impacto que a incontinência urinária tem na qualidade de vida. Assim sendo, quanto maior o score pior a condição percebida pela pessoa (Guerra et al., 2023).

- **Rancho Los Amigos – Levels of Cognitive Functioning Scale**

O uso da escala Rancho Los Amigos – Levels of Cognitive Functioning Scale (Anexo I) revela-se pertinente para o contexto, pois permite aferir o nível cognitivo da pessoa, tendo a sua tradução e adaptação transcultural para a população portuguesa sido realizada por Pereira et al. (2021).

Trata-se de um instrumento de avaliação sistemática da função cognitiva e comportamental que descreve respostas a estímulos, comportamentos, interações sociais, ambientais e competências das funções cognitivas, bem como o desempenho da pessoa nas AVD. Compreende oitenta e quatro itens, agrupados em oito categorias, que traduzem as capacidades cognitivas, permitindo adequar as intervenções de ER ao nível aferido.

- **Escala de Autoeficácia de Broome para a musculatura do pavimento pélvico**

Esta escala encontra-se validada, traduzida e adaptada para a população portuguesa por Branquinho et al. (2007) e permite conhecer a percepção que a pessoa tem acerca da sua eficácia no desempenho dos exercícios da musculatura do pavimento pélvico.

Constituída por vinte e três questões, esta escala divide-se em duas partes. Na primeira, com catorze questões, a pessoa assinala o nível de confiança que sente ao realizar a atividade sem que ocorram perdas de urina, na segunda parte, com nove questões, a pessoa indica o nível de confiança

que sente quando contrai os músculos do pavimento pélvico numa determinada atividade com o objetivo de prevenir perdas de urina. A cada parte são atribuídas pontuações de zero (nada confiante) a cem (muito confiante), traduzindo elevada autoeficácia quando o score é superior a 66, autoeficácia moderada para scores entre 33-66 e scores inferiores a 33 a refletir uma baixa autoeficácia. Será tanto maior a autoeficácia quanto maior for o score total da soma das duas partes (Branquinho et al., 2007).

Numa perspetiva diagnóstica foi implementada a escala de autoeficácia de Broome (Anexo II), com o intuito de avaliar a capacidade percecionada da pessoa de realizar os exercícios de fortalecimento dos músculos do pavimento pélvico. No final do programa, a escala de autoeficácia de Broome, foi novamente avaliada, de forma a identificar a evolução e eficácia do programa de ER.

Adicionalmente aos dados colhidos com os instrumentos nomeados, foi realizado um exame físico, de forma a orientar as intervenções diagnósticas e o próprio programa a implementar. Neste sentido foram elaborados os seguintes diagnósticos, tendo por base a Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem (ICN, 2019):

- Autocontrolo da continência urinária ineficaz;
- Défice de conhecimento sobre o processo de mudança de comportamentos relacionado com alteração da continência urinária;
- Défice no conhecimento sobre a doença;
- Défice na adesão ao programa de ER;
- Auto-imagem comprometida;
- Capacidade de uso de dispositivo auxiliar para autocontrolo da continência urinária comprometida.

Assente no referencial do Padrão Documental dos Cuidados de Enfermagem da Especialidade de ER e na evidência científica disponível, foram de seguida delineadas as intervenções de ER decorrentes dos diagnósticos identificados (OE, 2015).

#### 4.4 – INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM DE REABILITAÇÃO

Conforme descrito no Regulamento n.º 392/2019, o EEER possui conhecimentos científicos que apoiam a sua tomada de decisão na promoção da saúde, no diagnóstico precoce e na conceção, implementação e monitorização de intervenções de enfermagem visando maximizar o potencial da pessoa.

Os objetivos de um programa de reabilitação da pessoa com alteração da continência urinária são: o fortalecimento dos músculos do pavimento pélvico, contribuir para a diminuição da gravidade da doença ou atrasar a necessidade de cirurgia e prevenir a evolução da IU (Oliveira & Garcia, 2011).

A alteração da continência urinária implica uma necessidade de reajuste por parte da pessoa e a forma de geri-la será decisão individual de cada um, conforme a sua preferência e capacidade. Cabe ao EEER capacitar a pessoa, no que diz respeito às alternativas de tratamento, para que a mesma possa decidir em consciência e conhecimento, devendo essa escolha ser definida em parceria, com metas realistas e de objetivos atingíveis.

Na linha do tratamento conservador, as intervenções comportamentais constituem uma mais-valia à disposição do EEER com resultados muito positivos (Pires, 2011), promovendo um aumento do bem-estar e da qualidade de vida da pessoa. Englobam a terapia comportamental e exercícios do pavimento pélvico e a sua seleção prende-se com o tipo de incontinência identificado e os objetivos do programa e nesse sentido podem ser utilizadas em simultâneo ou de forma isolada (Nascimento et al., 2020).

Segundo outros autores, terapias comportamentais promotoras da continência incluem para além do treino vesical e o treino dos músculos do pavimento pélvico, programas de assistência na eliminação como a micção imediata e treino de hábitos como a micção temporizada (Thomas et al., 2019).

As terapias comportamentais evidenciam-se por recaírem na esfera de competência do EEER, sendo intervenções independentes que progridem no sentido de envolver a pessoa, numa participação cada vez mais ativa (Stevens, 2011).

Segue-se uma descrição das terapias comportamentais abordadas no programa de ER instituído durante o estudo.

- **Micção Imediata**

Na micção imediata em intervalos regulares a pessoa é recordada e recomendada a manter-se seca e é assistida na eliminação ou é sugerida a ida à casa de banho. Deverá ser acompanhado de reforço positivo pelo esforço e progresso, o que aumenta a sua responsabilidade por se manter seco e pelo seu desempenho na eliminação (Jung et al., 2015; Pires, 2011). Este procedimento demonstra ser eficaz, na pessoa com compromisso cognitivo e/ou da mobilidade, devendo ser incitada em vez de questionada, já que a resposta será, provavelmente negativa (Jung et al., 2015).

- **Treino de Hábitos ou Micção Temporizada**

O treino de hábitos consiste no estabelecimento de um horário para desencadear a micção de forma voluntária, antes que ocorra a sensação de plenitude (Rocha & Redol, 2017). Com base na avaliação no padrão habitual e natural da pessoa, deve ser planeado um intervalo de duas em duas ou de três em três horas entre micções (exceto nas horas de sono) com assistência à eliminação se necessário, através da disponibilização de arrastadeira/urinol ou de cadeira sanitária (Pires, 2011).

Este treino revela-se especialmente benéfico na abordagem da IU de urgência, em que existe um impacto, no reconhecimento gradual da sensação de bexiga cheia (Pires, 2011).

- **Treino Vesical**

No treino vesical ou micção diferida/recondicionamento vesical, através de técnicas de relaxamento ou distração (por exemplo música) em que a pessoa inibe e adia a urgência urinária de forma a recuperar a continência. Representa a tentativa de aumentar o intervalo entre a vontade de urinar e ato de urinar em si. Ao conseguir distinguir estes dois momentos como distintos, aumenta a habilidade de controlo da urgência e capacidade vesical e o controlo de esfíncteres, diminuindo episódios de frequência e promovendo a continência social. Necessita de uma participação ativa por parte da pessoa, estando o sucesso dependente da disposição da pessoa em participar e, na confiança que deposita no outro para satisfazer as necessidades de eliminação (WHO, 2017; Rocha & Redol, 2017).

Este programa exige três componentes essenciais: a educativa, com informação acerca da fisiopatologia do aparelho urinário inferior e de estratégias para manter a continência com micções;

um horário de esvaziamento da bexiga, progressivamente maior com objetivo de atingir três a quatro horas entre micções, acompanhado de registo; e o reforço positivo (WHO, 2017; Stevens, 2011)

#### • Exercícios dos Músculos do Pavimento Pélvico

Os exercícios dos músculos do pavimento pélvico consistem em exercícios de fortalecimento da musculatura perineal, com vista a reverter a hipotonia do pavimento pélvico (Oliveira & Garcia, 2011). Dado o mecanismo que garante a continência, que envolve a contração do músculo pubococcígeo, o encerramento do colo vesical e a contração da musculatura pélvica, o programa de treino destes músculos revela-se de extrema importância. O treino adequa-se a pessoas com capacidade cognitiva e motora propícias para seguir o programa, bem como uma motivação expressa (Stevens, 2011).

A reeducação dos músculos do pavimento pélvico aumenta a resistência uretral, através da contração ativa dos músculos pubococcígeos, o que melhora progressivamente o suporte das estruturas pélvicas e fortalece os músculos peri-uretrais e pélvicos. Verifica-se com o recrutamento muscular local, um consequente aumento da vascularização pélvica e a consciencialização e propriocepção dos músculos perineais, promovendo a melhoria da contratilidade muscular. A promoção da contração voluntária dos músculos permite um maior controlo nos momentos de aumento da pressão intra-abdominal, evitando ou minimizando as perdas involuntárias de urina (Silva et al., 2017; Zaindan et al., 2022).

Numa primeira sessão, o esclarecimento da pessoa de forma que consiga identificar e localizar os músculos a trabalhar, e que o consiga fazê-lo de forma autónoma e regular é fundamental (Santos, 2012). Com linguagem acessível e clara, devem ser proporcionados à pessoa, noções básicas de fisiopatologia de forma a consciencializar da importância dos exercícios (Cunha et al., 2021). A pessoa deverá ser também informada da necessidade de iniciar o programa com a bexiga vazia e que os resultados se refletirão num espaço de quatro a seis semanas (Santos, 2012) de forma a proporcionar uma gestão adequada e realista das expectativas.

Podem ser executados em qualquer ambiente e aplicados de forma preventiva ou na perspetiva de tratamento adjuvante ao treino vesical. São realizados ainda em posições de pé, sentado ou deitado, consoante a tolerância e capacidade de dada pessoa (Lopes et al., 2017).

De forma a manter a consistência e eficácia, os programas devem ser progressivos com sobrecarga crescente, assim como a especificidade e a variação (Cunha et al., 2021).

O programa de treino muscular do pavimento pélvico adotado, pode variar consoante o objetivo e o grau de participação da pessoa, e segundo Cunha et al. (2021) pode ser constituído por três séries diárias. Cada sessão poderá incluir um plano com 10 contrações lentas no máximo (contrações musculares com aumento progressivo de sustentação de 10 segundos), seguidas de um tempo de relaxamento duas vezes superior ao tempo de contração. A estas, podem seguir-se 10 contrações rápidas (contrações musculares com tempo de sustentação de 1 segundo, com 2 segundos de relaxamento). Cada sessão poderá ter cerca de 60 minutos de acordo com a tolerância e o programa um total de 12 semanas idealmente, com uma sessão semanal acompanhada pelo EEER (Cunha et al., 2021; Lopes et al., 2017).

Um treino funcional adicional deste grupo muscular deverá ser mantido sempre que a pessoa enfrente um esforço de espirrar, tossir e levantar pesos, mantendo a contração até ao fim do esforço (Lopes et al., 2017).

Este treino pode ser realizado com situações provocadas de aumento da pressão intra-abdominal, como subir e descer escadas ou agachamentos (8 vezes por cada 3 séries). O reforço das orientações comportamentais deverá manter-se em todas as sessões do programa, validando ou reformulando aspetos a corrigir (Duarte et al., 2021).

A efetividade do tratamento traduz-se não só pela capacidade de contrair com força adequada a musculatura do pavimento pélvico, mas também pela capacidade de manter essa força por um determinado período (Silva et al., 2019). A força não é de fácil mensuração, podendo estes resultados ser inferidos, pela diminuição do número de perdas e capacidade de maior controlo dos episódios de perdas urinárias.

- **Capacitação para a Gestão da IU**

Na gestão da incontinência, torna-se essencial que a pessoa conheça os produtos de apoio existentes, as suas características, vantagens e limitações, bem como os custos a eles associados, tanto económicos como para saúde. Este conhecimento permite à pessoa, o acesso e possibilidade de seleção dos produtos e materiais adequados às suas necessidades conforme a capacidade económica de cada um (Vaughan et al., 2011). É competência do EEER orientar a pessoa nas indicações de como pode adquirir os produtos na comunidade e quais são os apoios que dispõe, sendo sempre que necessário facilitador neste processo de transição de contextos de cuidados (Cunha et al., 2021).

De acordo com o National Institute for Health and Care Excellence [NICE] a educação da pessoa deverá constituir uma abordagem de primeira linha no tratamento da IU (NICE, 2019), sendo das intervenções de enfermagem de maior destaque e que servem de base para todas as outras, influenciando positivamente a disposição da pessoa, encorajando a permanecer no programa e no cumprimento dos exercícios (Sharaf et al., 2010) contribuindo para o sucesso do tratamento.

Mudanças ou adaptações nos estilos de vida associados à IU deverão ser equacionadas, pelo que em conjunto com a pessoa, devem ser negociadas alterações na dieta, com maior ingestão de fibras e de água de forma a gerir a obstipação, uma redução do peso corporal, restrição de cafeína, álcool e tabaco e um ajuste na atividade física, com manutenção de exercício físico, apenas evitando a atividade intensa propensa a episódios de perdas de urina (Lopes et al., 2017).

Nesta abordagem deve ser elaborado um plano com atenção aos líquidos ingeridos, já que, se na população idosa a ingestão de líquidos é fisiologicamente mais reduzida, existindo o risco de desidratação, a sua ingestão em excesso, dificulta a gestão da IU (Althoff et al., 2021).

- **Intervenções Multicomponentes**

A abordagem da IU é complexa devido à sua multifatoriedade, e como tal é apropriado considerar um plano de intervenções multicomponentes, que combine técnicas de treino vesical, treino de músculos do pavimento pélvico e treino funcional, intervenções acompanhadas ainda por educação acerca das estratégias de controlo vesical, plano de ingestão de líquidos com uma correta distribuição ao longo do dia e um plano alimentar com aumento de fibras, restrição de cafeína e outros potenciais irritantes da bexiga (Borello-France et al., 2013; WHO, 2017).

Além destas dimensões, também a mobilidade e atividade física aliada à terapia comportamental demonstram uma efetividade na redução significativa, tanto no número de episódios como no grau de severidade da IU (Schnelle et al., 2012).

Assim no presente estudo, foi realizada numa primeira abordagem uma apresentação do objetivo e contexto do estudo aos participantes, com recolha do consentimento informado. Realizou-se uma entrevista semiestruturada com vista à recolha de informação da história de enfermagem para a incontinência urinária, o questionário International Consultation on Incontinence Questionnaire – Short Form [ICIQ-SF] e consultou-se os exames complementares de diagnóstico necessários para complementar a história da pessoa. Com base nestes dados, foram identificados diagnósticos de ER.

Numa segunda abordagem, os participantes foram informados acerca das estruturas anatomofisiológicas do aparelho urinário inferior. Foi partilhado o plano de intervenções elaborado e discutidas as alterações necessárias. Foram ainda instruídos, no plano de assistência à eliminação a cumprir, com a identificação dos músculos do pavimento pélvico e uma primeira sessão de exercícios supervisionada.

Cada participante foi instruído no registo do diário miccional, explicado o seu objetivo e, em caso de dificuldade ou incapacidade, recorreu-se a colaboração de familiar/cuidador ou de enfermeiros do serviço para efetuar o registo.

Consoante a disponibilidade da pessoa, a sua recetividade e as suas capacidades, o programa distribuiu-se por 2 sessões por semana de treino dos músculos do pavimento pélvico acompanhado e sessões de esclarecimento sempre que necessário. O programa foi complementado com treino de reeducação funcional motora e respiratória, sempre que essas necessidades foram detetadas.

Visto que a gestão da IU, contempla abordagens multidisciplinares como a farmacológica, psicológica, entre outras, a sua intervenção foi equacionada ao longo do programa, revendo a sua pertinência e realizado o seu reajuste sempre que necessário.

#### 4.5 – RESULTADOS

Neste capítulo serão apresentados os resultados obtidos através da implementação do programa de ER delineado para a pessoa com alteração da continência urinária. Após a caracterização biográfica (Quadro 1) e dos parâmetros biofisiológicos (Quadro 2), segue-se a apresentação da história de saúde e, particularmente da história de enfermagem para a incontinência, finalizando este capítulo com a apresentação dos dados recolhidos através da aplicação dos instrumentos de avaliação.

No procedimento de aplicação dos critérios de inclusão e exclusão, ficou definido um total de 6 participantes, 5 do sexo feminino e 1 do sexo masculino, estando a sua caracterização refletida no seguinte quadro:

**Quadro 1** – Caracterização biográfica dos participantes

Variável	Total de participantes (n=6)
<b>Sexo</b>	
Feminino	5
Masculino	1
<b>Idade</b>	
<50 anos	0
51-64 anos	1
65-77 anos	1
78-90 anos	3
> 91 anos	1
<b>IMC</b>	
< 25	0
25-29,9	5
>30	1
<b>Habilitações Literárias</b>	
Analfabeto	1
1º Ciclo	4
2º Ciclo	1
>3º Ciclo	0
<b>Estado Civil</b>	
Casado	3
Solteiro	1
Viúvo	2
<b>Coabitação</b>	
Sozinho	3
Com cônjuge	1
Com filhos	2
<b>Ocupação Profissional</b>	
Reformado	4
Ativo	1
Desempregado	1

Na distribuição por idades, pode verificar-se que a totalidade das pessoas é idosa, ou seja, situa-se na faixa etária acima dos 65 anos, sendo a idade média dos participantes de 77,1 anos, o participante mais velho com 92 anos e o mais novo com 64 anos de idade.

Uma grande maioria do conjunto dos participantes, n=5, apresenta um valor de IMC entre 25 kg/m<sup>2</sup> e 29,9 kg/m<sup>2</sup>, correspondente a excesso de peso, com um dos participantes com IMC > 30, categorizado como obesidade.

No que concerne às habilitações literárias, verifica-se uma maioria (n=5), a referir um grau de escolaridade baixa, inferior ou igual ao 1.º ciclo.

Em relação ao estado civil, observa-se que metade (n=3) de participantes são casados, seguido de 2 participantes viúvos e 1 solteiro. Também se verifica que 3 participantes se encontram a viver sozinhos. Relativamente à ocupação profissional, apenas 1 participante apresenta ocupação profissional, 1 participante encontra-se desempregado e 4 reformados. Observou-se uma distribuição homogénea do grupo de participantes, com 3 a viver sozinhos, 2 a residir com filhos e 1 a viver com cônjuge.

No Quadro 2 apresenta-se informação que diz respeito aos parâmetros biofisiológicos de cada participante em dois momentos distintos do programa. Embora estes parâmetros tenham feito parte da avaliação da pessoa em todas as sessões, apenas constam aqui a inicial e a da última sessão para efeitos comparativos. Os valores da tensão arterial (TA), frequência cardíaca (FC), frequência respiratória (FR), temperatura (T), dor (Escala Numérica da Dor), saturações periféricas de oxigénio (SPO<sub>2</sub>) encontram-se no quadro seguinte:

**Quadro 2** – Caracterização da avaliação dos parâmetros biofisiológicos

Participante	Parâmetros Biofisiológicos											
	TA (mmHg)		FC (bpm)		FR (cpm)		T (°C)		Dor		SPO <sub>2</sub> (%)	
	Inicial	Final	Inicial	Final	Inicial	Final	Inicial	Final	Inicial	Final	Inicial	Final
1	127/69	125/64	71	68	18	16	36	36,4	3	0	87	91
2	137/82	141/77	65	61	16	14	36,2	36,6	4	1	95	97
3	122/50	104/58	75	71	18	16	37	36,8	0	0	94	98
4	157/95	144/84	88	83	20	16	36	36,4	1	0	91	96
5	133/88	115/61	95	66	20	14	37,1	36,4	6	2	92	96
6	149/97	141/72	85	74	18	14	36,2	36,2	5	2	88	93

Dos dados presentes no Quadro 2 podemos aferir que, de um modo global, houve uma evolução favorável nos valores da TA e da FC, havendo no final das sessões valores mais estáveis desses mesmos parâmetros. Igualmente nos valores da SPO<sub>2</sub>, observa-se uma melhoria significativa, em todos os participantes. Salienta-se, no entanto, no participante 1 e 6 valores finais de SPO<sub>2</sub> abaixo dos 95%,

sendo importante valorizar a patologia respiratória prévia ao internamento na interpretação destes resultados.

Os dados recolhidos na primeira sessão, no âmbito da caracterização da história de saúde, encontram-se compilados no Quadro 3 distribuídos pelo diagnóstico de internamento, antecedentes patológicos, medicação habitual e medicação atual.

**Quadro 3** – Caracterização da história de saúde

Variável	História de saúde	
	Feminino	Masculino
	n	n
<b>Diagnóstico de internamento</b>		
Patologia Cardíaca	3	1
Patologia Respiratória	0	0
Patologia Neurológica	2	0
Patologia Urológica	0	0
<b>Antecedentes Patológicos</b>		
Patologia Cardíaca	4	1
Patologia Respiratória	2	0
Patologia Neurológica	1	0
Patologia Urológica	1	1
Patologia Metabólica	2	1
<b>Medicação Habitual</b>		
Diuréticos	4	1
Benzodiazepinas	2	0
Sedativos	1	1
Antidepressivos	2	0
Medicação usada na retenção urinária	0	1
<b>Medicação Atual</b>		
Diuréticos	4	1
Benzodiazepinas	2	1
Sedativos	0	0
Antidepressivos	2	0
Medicação usada na retenção urinária	0	1

No que concerne à história de saúde atual, de acordo com a análise dos dados que constam no Quadro 3, é possível verificar uma prevalência clara de patologias do foro neurológico e cardíaco no diagnóstico de internamento, estando presente na história clínica de todos os participantes selecionados.

Já no que diz respeito às patologias prévias, destaca-se a patologia cardíaca como a mais prevalente (n=4), seguida da patologia metabólica (n=3), respiratória(n=2) e a patologia neurológica (n=1). Embora a patologia urológica não tenha constituído motivo de internamento, 2 participantes referiram problemas urológicos como antecedente pessoal. Contudo, apenas um dos participantes apresenta diagnóstico de patologia urológica definido e estudo realizado e descrito.

Os grupos farmacológicos mais prevalentes centram-se nos diuréticos, benzodiazepinas e antidepressivos. É de destacar que todas as pessoas se encontram polimedicadas com 3 ou mais medicamentos destes grandes grupos farmacológicos como parte da terapêutica habitual.

De seguida realizou-se a caracterização a história de enfermagem para a IU, constando os dados relevantes para o estudo, com a caracterização da IU e história genito-urinária (Quadro 4).

**Quadro 4 – Caracterização da história de enfermagem para a IU**

Características da IU	Número de participantes
	n
<b>Frequência</b>	
1x dia	1
2 x dia	1
3 x ou mais	4
<b>Fatores Precipitantes</b>	
Tosse/Espirro/Esforço	5
Nenhum	1
<b>Padrão</b>	
Frequência Diurna	2
Frequência Noturna	1
Ambas	3
<b>Urgência Urinária Associada</b>	
Sim	4
Não	2
<b>Quantidade de Perda</b>	
Pouca	1
Moderada	2
Grande	2
<b>Tipo de Perda</b>	
Esguicho	0
Gotejo	2
Fluxo	2
<b>Número de Absorventes/24h</b>	
1	0
2	1
3 ou mais	5

<b>Sintomas Genito-Urinários Associados</b>	
Sensação de bexiga cheia	1
Incapacidade de atrasar a micção	6
Sensação de esvaziamento incompleto	0
Gotejo após a micção	3
Sintomas de obstrução (dificuldade em iniciar a micção, fluxo interrompido, esforço para urinar)	1
Sintomas de infecção urinária (disúria, hematúria)	0
<b>História Genito-urinária</b>	
Partos	5
Cirurgias Prévias (pélvicas ou do trato urinário inferior)	0
Infeções urinárias recorrentes	0
Tratamento anterior para a IU	0

Através da análise dos dados presentes no Quadro 4, é possível identificar uma prevalência de perdas de urina muito frequentes (3 ou mais vezes), com a maioria dos participantes a referir a presença de fatores precipitantes (n=5), assim como a urgência urinária (n=4). Verifica-se que 3 participantes referem de IU com coexistência de perdas no período diurno e noturno, 2 referem perdas de urina apenas no período diurno e 1 apenas no período noturno.

De modo significativo, é relatado por 4 dos 6 participantes uma quantidade moderada e grande de quantidade de urina perdida. As perdas em gotejo e em fluxo foram apontadas como tipo de perda mais sentida e ainda um número elevado de absorventes substituídos por dia, com 5 participantes a referir necessitar de trocar 3 ou mais absorventes por dia. Salienta-se uma prevalência absoluta com a totalidade dos participantes que relatam capacidade em atrasar a micção e 3 referem a presença de gotejo após a micção.

No que à história génito-urinária diz respeito, todos os participantes do sexo feminino tinham história de paridade, sendo o parto eutócico comum a todas as mulheres.

O resultado do impacto da IU nas AVD e na qualidade de vida, encontram-se identificadas no Quadro 5.

**Quadro 5** – Impacto da IU nas atividades de vida diária e na qualidade de vida

Interferência da IU nas atividades de vida	Número de participantes
	n
Nenhuma	0
Pouca	2
Moderada	4
Muita	0
<b>Impacto da IU na qualidade de vida</b>	
Baixo	1
Moderado	5
Grave	0

Na análise do Quadro 5, pode-se constatar que a IU interfere nas atividades de vida com a totalidade dos participantes a referir algum grau de interferência na realização das atividades de vida. Igualmente é relatado um impacto moderado na qualidade de vida (n=5). É de salientar que, 1 participante refere que o impacto da IU na qualidade de vida, é baixo.

Torna-se pertinente nesta fase, apresentar as avaliações resultantes da aplicação dos instrumentos de avaliação. Assim, no Quadro 6, encontra-se a avaliação da Rancho Los Amigos – Levels of Cognitive Functioning Scale, antes e após a intervenção.

**Quadro 6** – Resultados da avaliação da Rancho Los Amigos – Levels of Cognitive Functioning Scale

Nível/Denominação	Número de participantes	
	Avaliação Inicial	Avaliação Final
	n	n
I – Sem Resposta	0	0
II – Resposta Generalizada	0	0
III – Resposta Localizada	0	0
IV – Confuso/Agitado	0	0
V – Confuso/Inadequado	0	0
VI – Confuso/Apropriado	1	0
VII – Automático/Apropriado	2	1
VIII – Intencional	3	5

É de notar na análise dos dados contidos no Quadro 6, uma avaliação inicial com 3 participantes com resposta confusa/apropriada e automática/apropriada. Verificou-se uma evolução no estado de orientação e nível cognitivo, uma vez que no final das sessões, apenas 1 dos participantes apresentavam um nível automático/apropriado e os restantes 5, com nível superior.

De seguida encontram-se expostos os resultados da avaliação da autoeficácia segundo a aplicação

da escala de Autoeficácia de Broome para exercícios da musculatura do pavimento pélvico (Quadro 7).

**Quadro 7** – Resultados da aplicação da Escala de Autoeficácia de Broome para exercícios da musculatura do pavimento pélvico

Pontuação da Escala de Autoeficácia de Broome para a musculatura do pavimento pélvico	Número de participantes	
	Avaliação Inicial	Avaliação Final
	n	n
Baixa autoeficácia (pontuação < 33)	5	1
Autoeficácia moderada (pontuação 33 - 66)	1	4
Autoeficácia elevada (pontuação > 66)	0	1

Na análise destes resultados, é de referir uma prevalência inicial de participantes com uma perceção de baixa autoeficácia na realização dos exercícios da musculatura do pavimento pélvico (n=5). Na avaliação final denotou-se uma evolução bastante positiva do grau de autoeficácia moderado, com 4 participantes a referi-lo na avaliação final. De salientar que, apenas um participante atingiu um nível elevado de autoeficácia na realização de exercícios e um participante permaneceu na autoavaliação de baixa eficácia.

No Quadro 8, encontram-se expostos os dados relativos à evolução dos episódios de incontinência urinária.

**Quadro 8** - Episódios de IU antes e após implementação do programa de ER

Episódios de IU	Número de participantes	
	Avaliação Inicial	Avaliação Final
	n	n
<b>Número de episódios de IU</b>		
0	0	1
1	1	2
2	1	3
3 ou mais	4	0
<b>Quantidade de perda</b>		
Nenhuma	0	1
Pouca	1	3
Moderada	3	2
Grande	2	0
<b>Padrão</b>		
Nenhum	0	1
Diurno	2	2
Noturno	1	3
Ambos	3	0

Dos resultados que constam no Quadro 8, verifica-se uma melhoria significativa dos itens avaliados, com a redução do número de episódios. Se na avaliação inicial, 4 participantes referiram “3 ou mais perdas por dia”, na avaliação final nenhum participante referiu perdas tão frequentes. De igual modo, na avaliação final um dos participantes terminou o programa sem perdas urinárias, com os restantes 5 participantes a atingir melhorias entre a pouca/moderada quantidade de urina perdida. Também o padrão de episódio de IU sofreu alterações favoráveis com 3 dos participantes a conseguir manter a continência durante o dia e 2 a manterem as perdas durante o dia embora com menor frequência.

Da apreciação dos quadros de dados compilados, verifica-se uma evolução positiva e significativa dos parâmetros avaliados após a implementação do programa de reabilitação à pessoa com alteração da continência urinária.

#### 4.6 – DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

Este capítulo cumpre o propósito, de exposição da análise crítica dos resultados provenientes da implementação do programa de ER, bem como a interpretação e discussão dos mesmos à luz da mais recente evidência científica disponível. Neste sentido, torna-se pertinente começar por analisar de forma detalhada, as variáveis de caracterização dos participantes incluídos no estudo. Desta apreciação pretende-se compreender a relevância destas mesmas variáveis no fenómeno da IU.

Da totalidade dos participantes, a análise permite observar uma média de idade de 77,1 anos, com 5 participantes do sexo feminino e 1 do sexo masculino. Dada a metodologia utilizada no presente estudo, com alocação de indivíduos de forma não probabilística, não se torna possível inferir generalizações. Para além disso, os estudos realizados em Portugal são escassos, o que dificulta a discussão desta problemática. Não obstante, os dados que se apuraram parecem refletir a realidade a nível nacional, pois nas estatísticas divulgadas em 2016, a prevalência relatada de IU na população portuguesa do sexo feminino era de 9,6% a contrastar com 4,6% no sexo masculino. As percentagens baixas refletem, muito provavelmente, ao estigma associado à IU que conduz a uma baixa procura dos profissionais de saúde (INE, 2016).

No estudo realizado por Silva et al. (2021), identificou-se uma prevalência de 25,2% de mulheres com IU, numa população alvo de praticantes de exercício. No contexto em que foi efetuado o estudo, as idades são tendencialmente mais baixas, o que deverá ser levado em linha de conta na interpretação dos resultados, ou seja, que em faixas etárias superiores, as taxas de prevalência possam ser mais elevadas (Carvalho et al., 2020). Valores idênticos são apresentados por Carvalho et al. (2021) com taxa de prevalência de IU entre 20-30% da população portuguesa, aumentando para 33% depois dos 40 anos.

Existe uma relação muito estreita entre o risco de desenvolver IU e o sexo feminino, pois embora não seja exclusivo das mulheres, estas constituem a maioria da população afetada. Guedes et al. (2021) determina num estudo de prevalência que entre 25 e 45% das mulheres desenvolvem risco de alguma disfunção miccional, o que pode dever-se a fatores de risco intrínsecos como diferenças anatomofisiológicas, com anatomia do pavimento pélvico, gravidez, parto e menopausa, assim como condições de saúde mental, particularmente a depressão (Assis et al., 2021).

Objetivamente, num estudo realizado em 2020 por Daugirdas et al., os dados revelam além de uma prevalência do sexo feminino, uma relação dos mesmos com o tipo de incontinência mais prevalente. Constatou-se uma prevalência de IU de esforço e mista de 26,8% e 23,9% nas mulheres, sendo de 2,9% e 4,6% nos homens respetivamente. Esta proporção não se verifica na IU de urgência, onde os homens contam com uma prevalência de 15,2% em comparação com 14,4% das mulheres.

Também no que diz respeito à idade, os achados do presente estudo retratam o panorama nacional, no qual se verifica um aumento da esperança média de vida e conseqüente inversão da pirâmide demográfica (INE, 2023).

Com o envelhecimento, verifica-se um padrão crescente de vulnerabilidade, em que a pessoa com mais de 65 anos que apresente diminuição da mobilidade e força muscular, alteração do equilíbrio e sensação de fadiga, está mais vulnerável para a IU (Cho & Kim, 2021). No mesmo sentido, Abufaraj et al. (2021) concluiu, num estudo que envolveu participantes norte-americanos onde os autores investigaram a relação entre fatores sociodemográficos e a IU que, a prevalência da IU de urgência e mista, aumentava significativamente com a idade, passando de 15,9% nas mulheres entre 40-59 anos, para 31,4% nas mulheres com mais de 60 anos. Progredindo na escala etária, Sampsel et al. (2002) relata taxas expressivas na ordem dos 75%, em mulheres com mais de 75 anos.

A deterioração da função cognitiva e da mobilidade características do envelhecimento, associadas à diminuição da capacidade vesical especialmente nas mulheres, confluem em fortes fatores de risco

para a perda da continência urinária (Ferreira et al., 2019). Igualmente Batmani (2021), numa revisão sistemática que procurou estudar a prevalência da IU numa população com idades compreendidas entre os 55-106 anos, apresentou resultados que apontam para taxas de IU elevadas, com o valor mais alto a pertencer à China com 45% das mulheres afetadas.

Também na Polónia foram verificados resultados similares, numa população com idades superiores aos 40 anos, com 21,3%-36,6% das mulheres a referirem IU e apenas 5,9-10,8% dos homens a reportarem problemas de perda de urina. No mesmo estudo refere ainda que a IU de esforço é mais prevalente nas mulheres e a IU de urgência nos homens (Przydacz et al., 2021).

Yavuz e Etiler (2023), investigaram a prevalência e determinantes da IU na Turquia, tendo percebido que, não só que a prevalência era mais elevada nas mulheres do que nos homens, 11,2% para 5,5%, como constataram uma relação direta entre a IU e o envelhecimento, sendo que a diferença estatística entre os sexos diminui com a idade.

No que diz respeito à variável do IMC, obteve-se no presente estudo valores de IMC superiores a 25 kg/m<sup>2</sup>, o que representa a totalidade dos participantes com excesso de peso. A nível mundial, este é um flagelo de saúde pública. Em 2019, dados de relatórios da Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Económico [OCDE] perspetivavam que entre 2020-2050 o excesso de peso e as doenças associadas iriam contribuir para uma redução da esperança média de vida e da perda de anos de vida saudável (OCDE, 2019).

Com o envelhecimento e as comorbilidades que lhe estão associadas, este problema tende a agravar. Gaio et al. (2018) identificam a faixa etária acima dos 65 anos, como a mais afetada pelo excesso de peso com 41,8%, estatística que apoia os dados do presente estudo.

Swenson et al. (2017) explorou a forma como a obesidade se relaciona com a IU, percebendo que as mulheres obesas possuem uma maior pressão intravesical em repouso, exigindo um maior esforço da uretra o que leva a disfunções de sobrecarga, daí que, quando existe uma perda de peso a IU se torna reversível com melhoria dos sintomas associados. Também o aumento da pressão intra-abdominal, conseqüente do aumento do IMC, parece ter impacto no desenvolvimento de IU (Fuselier et al., 2018).

A obesidade configura, segundo Pires (2013), um fator de risco para o enfraquecimento dos músculos do pavimento pélvico estando assim a pessoa mais predisposta ao surgimento da IU.

Também a corroborar os resultados do presente estudo, Yavuz e Etiler (2023) apontam o IMC como fator preponderante, com a obesidade ( $IMC \geq 30 \text{ Kg/m}^2$ ) a representar uma elevada prevalência na IU, com diferenças significativas entre homens e mulheres, com 7,9% e 15,8% respetivamente.

Quando outras variáveis estão envolvidas, como a idade, o risco de IU aumenta consideravelmente como consequência de alterações biofisiológicas. Virtuoso et al. (2012) relatam o aumento de IMC no idoso, como fator que leva a distúrbios no metabolismo e consequente resistência à insulina o que pode provocar alterações do sistema vascular do pavimento pélvico e disfunção do detrusor e do esfíncter uretral.

Não são evidentes, discrepâncias no que diz respeito ao tipo de IU mais comum com o aumento de peso, aliás Abufaraj et al. (2021) verificou no seu estudo que todos os tipos de incontinência estão fortemente relacionados com obesidade. O excesso de peso é reconhecido ainda como indicador de maior risco de IU associado ao período pós-parto, num estudo conduzido por Wang et al. (2020).

Num estudo com mulheres de idades compreendidas entre os 50 e os 79 anos, Choi et al. (2022) investigou o efeito cumulativo da obesidade ao longo da vida e a sua relação com a IU. Apurou que 30% das mulheres desenvolveram IU, verificando-se uma forte relação entre o manter-se obeso ao longo do tempo e a IU paralelamente um agravamento dos sintomas. Esta progressão representa, segundo o autor, a necessidade de controlo do peso ao longo da vida, já que o aumento do mesmo afeta a IU em fases posteriores no ciclo de vida.

Tais indicadores em conjunto com diretrizes internacionais, permitem analisar as dimensões da doença, fundamentais para a construção de estratégias de intervenção efetiva. No Plano Nacional de Saúde [PNS] emitido pela Direção-Geral da Saúde [DGS] a obesidade surge como determinante de saúde de maior relevância e sobre o qual, se objetiva a redução de prevalência no plano de 2021-2030, melhorando a prevenção e o acesso ao seu tratamento (DGS, 2021).

Dos dados recolhidos em relação às habilitações literárias, 66,6% dos participantes têm o 1.º ciclo. Tal enquadra-se nos resultados que Soares et al. (2021) obtiveram num questionário conduzido para averiguar o grau de literacia dos doentes hospitalizados com doenças crónicas. 56,2% dos indivíduos tinha grau de escolaridade baixa até ao 1.º ciclo, estando a maioria (68,7%) com níveis de literacia problemáticos ou insuficientes no que respeita aos cuidados de saúde.

A escolaridade influencia em grande parte a perceção do estado de bem-estar físico e psicológico, sendo perceptível a relação entre literacia e literacia em saúde. Seguindo a tendência de anos anteriores, em 2022 a avaliação do estado de saúde de forma positiva como bom ou muito bom, era

significativamente maior para níveis de escolaridade mais elevados, com 75,4% com o ensino superior, 34,8% com ensino básico e 12,1% sem qualquer nível de ensino (INE, 2024).

Do mesmo modo, verifica-se que na relação da escolaridade com a doença crónica, a proporção de população que refere ter doença crónica ou problema de saúde prolongado era nitidamente menor para quem tinha concluído o ensino secundário e superior, cerca de 30%, em comparação com 54,1% com ensino básico, e 79,5% para quem não tinha qualquer nível de escolaridade (INE, 2024).

Níveis de literacia baixos ou inapropriados, podem contribuir para interferências significativas na saúde do indivíduo e coletiva, capazes de constituir contextos de desigualdades em saúde (DGS, 2021).

Na literatura, vários são os estudos desenvolvidos nesta área, e as conclusões são unânimes: os indivíduos são impelidos na sociedade moderna a tomar decisões em prol de uma vida saudável e a gerir os seus percursos de saúde a nível individual e familiar (Kickbusch, 2013). Atendendo à população mais afetada pela IU, os idosos, e sendo a literacia em saúde composta por competências como acessibilidade e compreensão, o desafio torna-se evidentemente maior.

Particularmente em relação à IU, Jarbøl et al. (2021), perceberam que as mulheres com menor escolaridade, apresentam maior constrangimento e dificuldade em procurar ajuda de um profissional de saúde e como tal, maior a probabilidade em perpetuar o problema. Estes factos também vão de encontro aos dados obtidos por Quadros et al. (2015) onde foi encontrada uma associação entre idosos com baixa escolaridade e IU.

Existe assim uma necessidade evidente de apostar na educação e capacitação da pessoa, na perspetiva de equidade de cuidados, possibilitando a acessibilidade a serviços e tratamentos de apoio à continência urinária. Cayir e Beji (2022) concluíram que o investimento na promoção de saúde como recurso, aumenta os níveis de conhecimento, aumenta a qualidade de vida e afeta positivamente o estado emocional da pessoa o que lhe permite gerir a sua continência.

Sobre o estudo elaborado, a maioria dos participantes encontrava-se casado, sendo que apenas 1 estava solteiro. O casamento constitui uma base social estável para a formação de laços emocionais e de segurança económica e emocional. Uma rede estruturada de apoio com impacto positivo na saúde física e mental dos cônjuges, que garantem, segundo os estudos, uma vida mais longa e saudável, comparativamente aos solteiros (Torres, 2002).

Na distribuição da variável “coabitação”, 3 dos participantes referiram viver sozinhos. Quanto à ocupação profissional, a maioria encontrava-se reformada, verificando que os restantes participantes não tinham ocupação.

A evidência existente apoia, de um modo geral, os dados encontrados no presente estudo. Num trabalho realizado por Yavuz e Etiler (2023) que pretende investigar os determinantes da IU em homens e mulheres considerando fatores específicos, exploram o valor preditivo do estado marital, a estrutura do agregado familiar e da ocupação, sendo baixa a prevalência de IU nos homens solteiros e empregados com 2,9%, contrariamente às mulheres reformadas com 15%. Ainda observou que mulheres, separadas, divorciadas ou viúvas apresentam uma alta prevalência de IU (19,3%), havendo também aqui uma disparidade elevada no sexo feminino.

No inquérito realizado em 2022 à população portuguesa, verificou-se que a maior frequência de avaliação positiva do estado de saúde, surge por parte de quem está empregado com 66,8% comparativamente a 50,4% para a população desempregada e 18% para os reformados. Nesta última faixa da população, verifica-se também a prevalência de morbilidade crónica com 70,8%, apresentando a população empregada taxas de 31,5% (INE, 2023).

Estudos internacionais desenvolvem-se no mesmo sentido, com resultados semelhantes com as pessoas empregadas, especialmente os homens apresentando baixa prevalência (2,5%) de IU. Por outro lado, as mulheres em situação de reforma constituem, a população onde a IU é mais prevalente, evidenciando para além do fator “sexo” associado, o papel da ocupação profissional e do estilo de vida no risco de desenvolvimento de IU (Yavuz & Etiler, 2023). No que diz respeito ao agregado familiar, as famílias unipessoais apresentam, segundo o mesmo estudo, menor prevalência de IU. Já as famílias tradicionais ou monoparentais apresentam maiores taxas de IU (Yavuz & Etiler, 2023). Mueller et al. (2022) corroboram também estes factos com indicadores de que as mulheres de estratos sociais e/ou rendimentos mais baixos, encontram-se na faixa de prevalência de IU.

No que concerne aos parâmetros biofisiológicos, na pesquisa literária realizada não foi encontrada relação clara e direta entre os parâmetros avaliados e a IU. Na procura de relação entre a IU e a hipertensão arterial, Patel et al. (2001) não encontraram correlação entre as duas variáveis. No mesmo sentido, Quadros e Bezerra (2016) no estudo efetuado deteta a prevalência de hipertensão arterial na amostra, no entanto não foi possível estabelecer relação direta entre a hipertensão arterial e a IU.

No que respeita aos antecedentes patológicos, a doença cardíaca com 4 em 6 participantes, e respiratória com 2 em 6 participantes, constituem as patologias major das pessoas incluídas no programa de ER. A corroborar os resultados, os números relativos ao ano de 2022 transmitem-nos que em Portugal, 44,5% da população referiam ter uma doença crónica ou problema de saúde prolongado, sendo mais frequente nas mulheres com 47,7%, afetando duas vezes mais a população idosa com 71,1% (INE, 2024).

A doença respiratória, particularmente a doença pulmonar obstrutiva crónica constitui fator prevalente de IU com 22%, em relação a quem não tem patologia respiratória obstrutiva com 7,4%, revelando o papel decisivo das doenças respiratórias na IU (Yavuz & Etiler, 2023). No presente estudo, dois em seis participantes relataram doença respiratória obstrutiva, o que acentua a doença respiratória e sintomas correlacionados como fator desencadeante de episódios de IU.

Condições de saúde onde a presença de tosse é um sintoma característico, estão associadas perdas urinárias, pela contração dos músculos abdominais e do diafragma, e aumento da pressão intrabdominal (Bø et al., 2015). No estudo realizado na China, dados estatísticos comprovam isso mesmo, tendo sido identificados valores de incidência de IU bastante elevados com 50,1% das mulheres com tosse crónica associada a perdas de urina (Ren et al., 2022).

Os dois participantes com patologia respiratória como antecedente patológico sofreram uma agudização da mesma, no decorrer do internamento. Neste contexto, foi incluída a componente de reeducação funcional respiratória aliada ao presente programa, de forma a otimizar a capacidade ventilatória, reduzir ou minimizar os acessos de tosse reduzindo assim este fator precipitante da IU. A intervenção demonstrou resultados positivos, com melhoria significativa dos valores de saturações periféricas de oxigénio (Quadro 2 – Caracterização da avaliação dos parâmetros biofisiológicos), na promoção da limpeza das vias aéreas, permitindo a melhoria consequente de todos os parâmetros envolvidos e reabilitação da pessoa.

A doença cardiovascular não se encontra descrita como fator com relação direta com a IU, no entanto é reforçada a prevalência da hipertensão arterial como anteriormente descrito, tendo sido apurados valores de 20,1% o que acentua essa mesma associação entre patologia cardiovascular e IU (Yavuz & Etiler, 2023).

Relativamente à terapêutica habitual dos participantes, os diuréticos e benzodiazepinas, são referidos por todos os participantes do estudo. Neste âmbito, as benzodiazepinas exercem um efeito relaxante, podendo adversamente provocar tonturas, diminuição da atenção e coordenação,

disfunções motoras, amnésia e confusão mental. A sua utilização por idosos pode estar assim associada a prejuízos cognitivos e da funcionalidade motora, resultando num risco acrescido de frequência de quedas e acidentes (Woolcott et al., 2009) com repercussões evidentes na gestão da continência.

No que respeita às características da IU, o estudo realizado permitiu verificar que a maioria dos participantes referiram perdas muito frequentes com “3 ou mais perdas” e “urgência urinária associada”. A prevalência de sintomas incide no padrão misto, com as perdas moderadas a representar a mesma percentagem (50%). Do conjunto de indivíduos avaliado no estudo, 5 participantes referem o “gotejo” como característica da perda predominante, assim como a referência a um “número de absorventes trocados” igual ou superior a 3 por dia. Adicionalmente, apenas um participante referiu não ter nenhum fator precipitante, tendo o restante grupo (n=5) relatado a ocorrência de perdas urinárias após e/ou durante episódios de tosse/espirros/esforço.

Os dados apurados encontram-se concordantes com a literatura e investigação relativa à IU. Quadros e Bezerra (2016) descrevem uma maioria de pessoas com vários episódios de perdas urinária ao longo dia.

Como já referido nesta discussão, em relação ao tipo de IU mais prevalente, o estudo elaborado por Tizón-Bouza et al. (2020) apresenta dados que reforçam os resultados obtidos. O investigador apurou taxas de prevalência em que a IU de esforço representa 35%, IU urgência 27% e IU mista com 14,6%.

No que concerne à “dificuldade de atrasar a micção”, Nazarko (2017) determina a existência de urgência urinária associada aos fármacos prescritos, dificultando a capacidade de perceber a vontade de urinar e como tal a dificuldade em adiar a micção. O mesmo autor refere ainda que, assente na mesma causa, os episódios de perdas de urina durante a noite surgem com maior prevalência.

Embora seja sublinhado pelo estudo de Capela et al. (2017) que a quantidade de urina perdida é descrita como “pequena”, no presente estudo tal não se verificou, podendo o mesmo ser devido de igual forma à toma de medicação diurética que estimula a produção de urina, aumentando o volume da mesma a armazenar e eliminar. Constatado o “gotejo” como característica comum reportada pela grande parte dos participantes, Kinchen et al. (2003) frisam no seu estudo este aspeto como sintoma principal, sendo possível assim corroborar os dados obtidos.

O uso de absorventes na gestão da IU é situação comum, sendo a primeira abordagem de controlo

dos efluentes por uma questão de higiene e acessibilidade. É seguro afirmar que uma esmagadora maioria das pessoas com IU, utilizam absorvente. No entanto o que aparenta uma solução rápida e de baixo custo, a longo prazo, pode desencadear complicações de saúde que em última instância podem conduzir a úlceras de pressão pelo contacto frequente da urina com a pele. Segundo um estudo realizado com doentes oncológicos o uso de absorventes aumenta em 12,9% a probabilidade do aparecimento de alterações cutâneas como a dermatite associada à IU (Oliveira et al., 2018).

Dos dados recolhidos do presente estudo, verificou-se que todos os participantes do sexo feminino tinham história de gravidez e parto vaginal. A história obstétrica da mulher, parece exercer forte influência no desenvolvimento de IU como comprovam vários estudos. De acordo com Demirtas et al. (2022) as mulheres com dois ou mais partos, história de parto vaginal, menopausa, história de IU familiar e tratamento anterior para IU apresentam maior prevalência de IU e afetam assim a qualidade vida particularmente no domínio da limitação de comportamentos e isolamento social. Encontraram ainda uma prevalência de 50%, de mulheres pós-menopáusicas com sintomas de IU, devido a uma diminuição da pressão uretral e da eficácia dos músculos do pavimento pélvico.

O tipo de parto é assinalado como fator de risco, percebendo que o parto vaginal assim como os procedimentos a ele associados, como por exemplo a episiotomia, constitui fator de risco de IU no pós-parto (Wang et al., 2020). Por outro lado, o parto distócico revela-se de carácter protetor das estruturas musculares do pavimento pélvico (Jia et al., 2021) representando um risco de IU menor no pós-parto, não devendo ser encarado como método preventivo da IU ou das disfunções do pavimento pélvico (Ducarme et al., 2019).

A paridade e o tipo de parto são frequentemente apontados como fatores de risco, como verificaram Jia et al., 2021 no estudo de prevalência de IU durante a gravidez, e 6 semanas pós-parto, demonstrando que o IMC elevado, idade avançada, multiparidade e parto vaginal são fatores de risco. Ren et al. (2022) aprofundam e afunilam a análise com o objetivo de perceber a relação entre a idade da mulher e o risco de IU no pós-parto, concluindo que a idade igual ou superior a 32 anos aumenta o risco de desenvolver incontinência urinária.

As alterações anatómicas e fisiológicas decorrentes da menopausa, são descritas também como fator predisponente às disfunções do pavimento pélvico e como tal, ao risco acrescido de IU pelo que grande parte dos estudos são conduzidos em populações acima dos 50 anos (Ramírez et al., 2022).

Com base nos resultados do presente estudo, compreende-se que a maioria das pessoas refere que a IU interfere na vida diária (66,6%) em grau moderado, e 83,3% avaliam o impacto na qualidade de vida como moderado e 16,6% referem baixo impacto.

Apesar do que se encontra descrito e definido na literatura pela comunidade científica, a percepção e interpretação da pessoa do que é a perda urinária, IU e o impacto que tem na sua vida, varia conforme a envolvência social e as expectativas de cada um e da situação em que se encontra. Daí a sua subjetividade levando a que, perdas ligeiras possam provocar efeitos devastadores no quotidiano de uns e, perdas severas não representem obstáculo na vida de outros (Radoja & Degmečić, 2019).

Num estudo conduzido por Borges et al. (2009) verificou-se que de 50% das mulheres referiam interferência da IU de forma considerável na sua vida. As dimensões afetadas pela IU podem ser inúmeras, entre elas a esfera psicossocial, surgindo diminuição da autoestima relacionada com a perda de controlo sobre o seu corpo, preocupação com a higiene pessoal e problemas psicológicos que os distanciam dos seus significativos, causando isolamento social, depressão, insatisfação, stress e um consequente impacto negativo na qualidade de vida (Ferreira et al., 2019).

Com evidência na literatura a sexualidade surge também muito afetada pela IU. Na complexidade da relação humana íntima, a perda de urina aquando do ato sexual, restringe a atividade em si e o relacionamento no seu todo, já que a reação da pessoa será evitar o contacto, afetando a sua vida emocional e consequentemente a qualidade de vida. Este impacto reveste-se de diferentes interpretações consoante os diferentes contextos psicológicos, sociais e culturais (Mosca et al., 2022).

Outros dados que vão ao encontro da análise efetuada, são os de Moosdorff-Steinhauser et al. (2021) que verificaram que na população dos Países Baixos em 57,1% de mulheres com IU, cerca de 38% referiram incómodo em relação às perdas de urina. Estudos realizados em mulheres mais jovens mostram taxas com valores baixos, em que 13 - 25,7% relata interferência da IU na qualidade de vida (Magajewski et al., 2013; Sacomori et al., 2013). Tais valores podem estar relacionados com a idade da população selecionada, mulheres primíparas, no período pós-parto.

A qualidade de vida consiste na percepção da pessoa sobre a sua condição de vida e na vida, condicionada pela cultura e por aquilo que são os seus objetivos e padrões. Na vertente da saúde,

reflete o estado de saúde e a capacidade de manter um certo nível de independência bem como a percepção que o próprio tem da sua saúde física e psicológica (Ramírez et al., 2022).

No presente programa, foram realizados questionários que permitiram aferir a qualidade de vida percebida (Apêndice V), apontando os resultados para um impacto baixo ou moderado na qualidade de vida. Tais dados encontram-se coerentes com os de um estudo realizado na população portuguesa, onde a IU foi considerada como tendo interferido de forma moderada na qualidade de vida da pessoa (Silva et al., 2013).

Os questionários, inclusive os que visam avaliar a qualidade de vida, são uma ferramenta com algum grau de subjetividade, mas ainda assim muito utilizados em estudos clínicos, com o intuito de estimar quais os aspetos da sua vida mais afetados e o impacto da doença na qualidade de vida (Viana & Micussi, 2021).

De acordo com as estatísticas nacionais, 33,4% das pessoas referem sentir-se, de alguma forma, limitadas na realização das atividades habituais devido a problemas de saúde que afetam especialmente as mulheres com 37,9%, e os idosos com 59,2% (INE, 2024). Face ao aumento da esperança média de vida, é pertinente avaliar se a mesma é acompanhada de tempo com saúde. Em Portugal a estimativa de vida saudável à nascença em 2021 era de 58,3 anos, o que constitui uma diferença de 20 anos até aos 81 anos (INE, 2024).

No mesmo sentido dos resultados apurados, num estudo conduzido por Oliveira et al. (2020) a IU mista foi a que revelou maior percentagem, estando descrita como a que provoca maior impacto e restrição nas atividades diárias e nas relações interpessoais.

Liao et al. (2009) reforça a relação entre a severidade da IU e o impacto no dia a dia, referindo que a qualidade de vida é claramente afetada, havendo uma diminuição da atividade física, problemas de saúde com limitações funcionais e sociais comparativamente a mulheres que não apresentam sintomas de IU, quanto mais severos os sintomas de IU, pior o nível da qualidade de vida.

Num estudo elaborado com Dzien et al. (2022) num hospital austríaco, foi avaliado o score das atividades de vida de forma a redefinir novos parâmetros para estabelecer o grau de dependência. Como resultado, identificou a IU como forte indicador, com as pessoas que apresentam incontinência urinária com forte probabilidade de limitação funcional nas atividades de vida diárias.

Przydacz et al. (2021) determinou que a IU tinha um efeito muito negativo na qualidade de vida dos inquiridos, estando 51,4% insatisfeitos com a condição urinária em que vivem, percebendo no

estudo que os efeitos sobre o bem-estar são similares entre homens e mulheres. Resultados contraditórios haviam sido encontrados por Teunissen et al. (2006) em que o impacto da IU era maior nos homens pelo sentimento de falta de controlo das perdas urinárias. Neste sentido a procura de ajuda profissional também encontra mais barreiras por parte das pessoas do sexo masculino, clarifica Yates (2021).

Em 2022, Ramírez et al. (2022) publicaram um estudo onde foi analisada a influência da IU em algumas dimensões da qualidade de vida em saúde, entre elas o desconforto/dor, e a autoperceção do estado de saúde. Uma relação significativa foi encontrada na dimensão desconforto, com as mulheres que referiam perdas superiores a “1 vez por dia” com uma probabilidade maior em 72% de sofrer grau moderado a grave de dor ou desconforto em relação às que apresentam menos de uma perda uma vez por dia. Acrescenta ainda que a autoperceção do impacto das perdas urinárias tem associação significativa com a forma como a mulher percebe o seu estado de saúde e o modo como influencia o seu bem-estar, sendo reajustado no avançar da idade. Esta readaptação pode justificar as baixas percentagens apresentadas sobre o impacto percebido pelas mulheres integrantes do estudo. Pode de igual forma justificar que o impacto para um dos participantes seja “baixo” e “moderado”, dada a faixa etária predominante dos participantes, acima dos 65 anos.

Brilhante et al. (2022) na tentativa de apurar o impacto do isolamento devido à infeção por SARS-CoV2 na prevalência e severidade da IU e a sua relação com a qualidade de vida, realizaram um estudo em que identificaram que no período de isolamento social os participantes apresentaram uma melhoria dos sintomas de urgência e frequência urinária, devido à proximidade do local próprio para urinar. Adicionalmente, os autores observaram uma relação forte entre as variáveis em estudo, com a severidade da IU a condicionar uma pior perceção geral da saúde e maiores limitações físicas e sociais.

O isolamento social devido à pandemia, também veio agravar as desigualdades socioeconómicas e a IU tem um forte impacto a este nível, com uma relação forte no aumento dos custos dos cuidados de saúde, redução de produtividade no trabalho, necessidade de assistência familiar e estigma e exclusão social com repercussões na saúde mental (Zhang et al., 2023).

Condições de saúde desfavoráveis, conduzem a uma pior perceção do estado de saúde e pode influenciar negativamente o bem-estar se interferir no alcance de objetivos pessoais, a nível social e profissional (Briceño et al., 2021).

Segundo o INE, em 2023, 13,5% da população portuguesa ainda avalia o seu estado de saúde como mau ou muito mau, verificando-se um agravamento nesta apreciação, já que em 2022 a

percentagem era de 13,1%. Da mesma estatística ainda é possível perceber que a avaliação positiva do estado de saúde é mais frequente no sexo masculino, com 55,4% nos homens comparativamente a 47,1% por parte das mulheres (INE, 2024).

Na influência da percepção do estado de saúde sobre a IU, percebe-se que a pessoa que categoriza a sua saúde como má ou muito má tem maior probabilidade de sofrer de IU (Yavuz & Etiler, 2023). As mulheres que relatam um impacto de autopercepção de perda urinária moderada/severa têm 30% maior probabilidade de apresentar problemas de mobilidade, apurou Ramírez et al. (2022) no estudo que realizou. As mulheres que sofrem de IU sentem a necessidade de esconder os sintomas à medida que progredem em severidade, com receio de serem ridicularizadas pelo meio que as rodeia, particularmente em ambientes social e culturalmente restritivos (Bascur-Castillo, 2018), o que condiciona a atividade física, conduzindo ao sedentarismo, fator já identificado como significativo no desenvolvimento de IU.

A percepção da nossa condição de saúde, influenciada por todos os fatores anteriormente abordados, determina a prestação e o empenho em enfrentar problemas de saúde, tal como na IU. A partir dos dados obtidos no presente estudo, no que diz respeito à autoconfiança no uso dos músculos do pavimento pélvico, conclui-se que houve diferenças perceptíveis entre a primeira avaliação, com 83,3% a referir “baixa eficácia” e a avaliação final de 66,6% que relatam “moderada eficácia”. Apesar da participação e aparente motivação do grupo de participantes, os dados finais apontam apenas para um dos participantes a referir “elevada eficácia”.

Na análise da pesquisa efetuada, estudos científicos revelam a existência de fatores que facilitam ou constituem barreira à adesão ao programa de ER e segundo Roza (2011) quanto maior a autoconfiança no treino dos músculos do pavimento pélvico e controlo das perdas de urina, maior a predisposição para manter e cumprir o programa implementado.

A autoconfiança procede os sentimentos que se geram individualmente no contacto com a IU. Além do constrangimento relatado por quem apresenta perdas de urina, também a crença de que a IU é uma doença incurável sem tratamento e própria do envelhecimento, foram outras razões identificadas como entrave para a adesão ao programa de reabilitação e à sua continuidade (Hammad, 2021).

Encontram-se relatadas, taxas baixas de procura de tratamento, apenas 29,2-38,1% das pessoas com IU o fazem, seja devido ao constrangimento social ou pela crença de que é consequência natural da idade (Przydacz et al., 2021). São as mulheres com idade superior ou igual a 40 anos que decidem

não seguir o tratamento da IU, sendo as que tem IU urgência e com aumento da frequência miccional as que apresentam maior disponibilidade para receber tratamento. Os custos económicos e os fatores culturais foram também obstáculos mencionados por quem é renitente na busca de um tratamento ou apoio de um profissional de saúde (Correia et al., 2009).

Fatores associados ao estilo de vida, como o tabagismo, encontram-se documentados em estudos como de Mueller et al. (2022) que verificaram uma fraca adesão ao tratamento demonstrada pelas mulheres fumadoras. No mesmo estudo sugere-se a relação entre a baixa adesão e a baixa auto-estima, segundo o sujeito, fator predisponente aos hábitos tabágicos.

Também Tavares et al. (2016) apontaram como fator de risco a relação com os profissionais com quem contactam. A pessoa com IU, pode demonstrar uma incapacidade de se relacionar adequadamente com o profissional de saúde, assente em estigmas, crenças religiosas e culturais, os quais preenchem o mundo psicossocial da pessoa, mas também do profissional de saúde. No entanto, Mueller et al. (2022) reforçam que esta dificuldade na relação de proximidade pode ser mitigada. Estes autores demonstraram resultados positivos no uso de aplicativos, em comparação com a reabilitação em formato presencial, de forma a promover a adesão ao tratamento da incontinência urinária.

Quando na população estudada outras dimensões são exploradas, obtêm-se dados relevantes que devem ser equacionados. Broom (2023) estudou a perceção que os homens têm em relação aos absorventes e como isso influencia a forma como encaram e gerem a IU, tendo concluído que os absorventes existentes disponíveis no mercado são um importante fator de aceitabilidade da IU. Demonstrou ainda que absorventes adaptados à anatomia masculina, eram promotores de confiança e conforto, pois permitem maior capacidade de absorver as perdas de urina.

Neste sentido, e dado que a nível hospitalar os absorventes tipo fralda existentes são de uso unissexo, sempre que é necessário oferecer um absorvente, esta escolha deverá ser adaptada ao sexo da pessoa a que se destina. Pela inexistência de absorventes adaptados ao sexo na maior parte dos serviços de saúde, a solução reside na sua aquisição pela pessoa ou pelos familiares. O absorvente constitui um recurso provisório, devendo ser reavaliada a sua necessidade periodicamente, na tentativa de que o mesmo seja abandonado o mais precocemente possível, com estímulo à autonomia da pessoa. O desconhecimento por parte dos profissionais de saúde acerca dos produtos de apoio, deriva de uma visão “paliativa” da incontinência, representando um obstáculo à gestão adequada da IU, Goés et al. (2019), identificaram o uso não justificado de absorventes como fator promotor da IU. A utilização inapropriada destes dispositivos, resulta em consequências indesejáveis como o aumento da dependência nas AVD, com perda do poder de decisão por parte

da pessoa, além de dermatites e infecções do trato urinário (Góes et al., 2019).

Na avaliação do nível cognitivo do presente estudo, três participantes apresentavam na avaliação inicial nível cognitivo entre VI-VII. Verificou-se uma evolução do estado cognitivo bastante favorável, fruto da evolução clínica, com apenas um dos participantes situado no patamar do nível cognitivo VII na Escala Rancho Los Amigos – Levels of Cognitive Functioning Scale, no final do programa.

Na relação existente entre o nível cognitivo e a autoconfiança e desempenho das intervenções do programa de ER, a literatura identifica o score do nível cognitivo mais baixo como preditor da baixa adesão e conseqüente abandono do programa de reabilitação, seja por falhas de memória ou pelo fator repetitivo dos exercícios (Borello-France et al., 2013). Neste sentido Quadros et al. (2015) identificaram no seu estudo uma relação entre a IU e a função cognitiva alterada, tendo obtido uma correlação positiva entre as duas variáveis.

Após a implementação do programa de ER descrito em capítulos anteriores, constataram-se resultados favoráveis. Os resultados obtidos no presente estudo, permitem concluir que o programa de ER implementado permitiu a redução da frequência urinária entre a avaliação inicial e a avaliação final. Num sentido igualmente positivo, na dimensão “quantidade da perda” e “padrão” verificou-se melhoria na avaliação final. No final do programa apenas um dos participantes atingiu a continência. Esta melhoria dos parâmetros avaliados, é apoiada por evidência científica com estudos que demonstram a eficácia das intervenções de EER.

Comprovando estes resultados, o estudo de Arkan et al. (2019) demonstra que o programa de reabilitação baseado em exercícios do pavimento pélvico, produz melhorias significativas na frequência miccional e controlo esfinteriano durante o dia.

Segundo Mateus-Vasconcelos et al. (2018) o treino da musculatura do pavimento pélvico representa evidência científica de nível 1 nas opções de tratamento da IU e para ser eficaz, as mulheres necessitam de estar consciencializadas e ter capacidade de realizar contração eficaz dos respetivos músculos.

Zanetti et al. (2007), ao comparar um grupo experimental onde foi implementado treino dos músculos pélvicos com supervisão por um profissional de saúde e um grupo controlo não supervisionado, perceberam que houve uma diminuição da frequência urinária de sete episódios antes da implementação do programa, para uma micção após as intervenções implementadas. Estes

resultados reforçam a importância da correta execução do treino dos músculos do pavimento pélvico, eficácia que é fundamentalmente transmitida por um acompanhamento profissional do EEER.

O impacto de um programa de ER da qualidade de vida de mulheres com IU de esforço foi desenvolvido por Mourão et al. (2021) no contexto de consulta de Uroginecologia. Extraíram-se dados capazes de apoiar a eficácia do tratamento conservador baseado no treino de músculos do pavimento pélvico. Também Braga et al. (2023) avaliaram os ganhos em saúde de um programa de ER na gestão da IU após acidente vascular cerebral e observaram resultados positivos em todos os parâmetros avaliados: diminuição da urgência e da quantidade de perda de urina, assim como num aumento de confiança na realização do treino dos músculos do pavimento pélvico.

No mesmo sentido de pesquisa e com semelhantes objetivos de estudo, Chiado (2019) chegou à conclusão de que houve resultados significativamente positivos após a implementação de um programa de ER com modificações comportamentais e exercícios de reabilitação específicos, influenciando a diminuição da frequência miccional, das perdas de urina e aumento a confiança sobre a contração dos músculos do pavimento pélvico. No entanto num estudo realizado por Braga et al. (2023), constatou-se após a instituição do programa de reabilitação, uma maioria das mulheres com aumento da frequência urinária. Este fato decorre segundo os autores, do incentivo da ida à casa de banho ser mais frequente como parte integrante de um programa de micção programada de 2/2h e 4/4h, durante o período diurno e noturno respetivamente não comprometendo o sucesso final do estudo que pretendia a continência.

O EEER tem ao dispor abordagens diversificadas no âmbito da reabilitação vesical, entre elas, a modificação de comportamentos ou hábitos do quotidiano. No presente estudo, foram implementadas intervenções dirigidas à alteração dos estilos de vida, incidindo na promoção da alimentação rica em fibras, reforço hídrico, restrição de bebidas ricas em cafeína, acompanhadas de treino vesical. Cayir e Beji (2022) num estudo que realizaram acerca da eficácia de um programa de treino vesical associado a alteração do estilo de vida, observaram um decréscimo significativo dos episódios de noctúria e de sintomas de urgência.

A prevalência da obstipação em pessoas com IU é elevada. Mudanças alimentares com repercussões na perda de peso e na gestão da obstipação, provaram ser benéficos, já que se elimina ou minimiza a obstrução à drenagem de urina e conseqüente pressão intra-abdominal. Silva et al. (2021) comprovaram esta correlação entre obstipação e excesso de peso com a IU. Ahmed et al. (2013) apuraram taxas de prevalência de 72,4% nas mulheres com IU que sofriam de obstipação e Higa et al. (2008) descreveram que o esforço realizado na eliminação intestinal exerce uma elevada pressão

abdominal com probabilidade de provocar enfraquecimento ou mesmo causar lesões nos músculos do pavimento pélvico.

Outra mudança em relação ao estilo de vida prende-se com a atividade física. Na relação entre o sedentarismo e a IU, os autores detetaram uma relação proporcional entre o exercício físico como por exemplo caminhar, e baixas taxas de prevalência de IU, reforçando a importância de manter níveis de atividade de forma a reduzir o risco de desenvolver IU (Yavuz & Etiler, 2023).

Viana e Micussi, (2021) reforçam a contribuição da atividade física regular como promotora de uma pressão intra-abdominal desejável que possibilita a contração reflexa dos músculos do pavimento pélvico, melhorando a sua função. No entanto, o exercício físico pode ser considerado como fator de risco, se a sua intensidade for de alto impacto (Almoussa & Loon, 2018), podendo ser uma barreira à adesão das mulheres ao desporto, diminuindo a sua qualidade de vida (Pires et al., 2020).

Na educação e capacitação para a saúde propõe-se que sejam adotadas estratégias promotoras de mudanças incidindo na motivação, capacidade e oportunidade. O profissional que proporciona treino em consciência corporal, resolução de problemas autoaplicáveis com feedback e estratégias centradas na individualidade das características sociodemográficas, garante resultados a curto e longo prazo favoráveis ao processo de transição (McClurg et al., 2015).

Torna-se pertinente investir na capacitação da pessoa, procurando a melhoria do conhecimento acerca dos obstáculos na procura de cuidados de saúde, inicialmente junto das mulheres mais jovens, já que são as que demonstram ultrapassá-los mais facilmente. Mossdorff-Steinhauser et al. (2021) observaram que 25% das mulheres procuraram ajuda profissional, sendo a média de idades de 30,6 anos.

#### 4.7 – CONSIDERAÇÕES FINAIS

Na dinâmica do processo de enfermagem, a avaliação contínua permite a adaptação às necessidades identificadas. Neste sentido, importa nesta etapa final, proceder a uma monitorização do nível de sucesso das intervenções planeadas e objetivos estabelecidos (Imperatoro & Giraldes, 1982), de modo a instituir medidas corretivas e adaptativas futuras.

É pertinente afirmar que os resultados da implementação do programa de ER para a pessoa com alteração da continência urinária, parecem confirmar a efetividade das intervenções de enfermagem especializadas em ER na promoção da continência urinária.

No que diz respeito aos objetivos específicos previamente delineados, foram amplamente atingidos. Após uma avaliação detalhada da pessoa com alteração da continência urinária e das suas necessidades, foi elaborado um programa de reabilitação individualizado para a promoção do autocontrolo da continência urinária. Após a sua implementação e monitorização, foram avaliados os resultados obtidos, identificando os benefícios na melhoria no que concerne ao número e quantidade de perdas de urina, na eficácia do treino dos músculos do pavimento pélvico e melhoria no bem-estar e qualidade de vida.

Face aos diagnósticos identificados, as intervenções de ER definidas no programa suprimiram na generalidade, as necessidades detetadas. Efetivamente, todos os participantes demonstraram um maior autocontrolo da continência urinária, níveis de conhecimento mais elevados em relação ao processo de doença, decisivos na adesão ao programa de ER e na maior capacidade de autogestão da sua própria doença. No que concerne à autoimagem, identificada numa fase inicial como obstáculo à adesão e cumprimento do programa, verifica-se uma evolução bastante positiva. A autoconfiança na execução dos exercícios, foi ponto fundamental para um maior empoderamento por parte da pessoa, como parte ativa no processo progressivo de aquisição da continência urinária.

Os participantes revelaram no geral, capacidades de aprendizagem e habilidades para lidar com a mudança, expressando após as sessões de esclarecimento, um maior nível de consciencialização que se refletiu num maior empenho e nos resultados finais de episódios de IU. Os ganhos em qualidade de vida parecem identificar-se ao nível da disposição geral da pessoa, pela maior disponibilidade para os cuidados, tanto nos que dizem respeito à continência urinária em específico, como nos cuidados em geral. O alcançar da meta de “manter-se seco” cumpria um dos objetivos primários do programa, foi motivo de bem-estar potenciador de sentimento de autorrealização. Este controlo readquirido permitiu verificar também uma melhoria nas relações interpessoais, com maior recetividade aos familiares/significativos.

O presente estudo revestiu-se, no entanto da necessidade de alguns reajustes, no que diz respeito ao número de às sessões de ER planeadas. A quantidade elevada de horas de cuidados de enfermagem de reabilitação necessárias no serviço, dificultou o cumprimento do plano inicial de sessões programadas, comprometendo a continuidade da sua execução. Assim, em dois dos seis participantes, foram priorizadas as intervenções relacionadas com a continência em relação a outras constituintes

do plano de cuidados de ER, tendo sido a colaboração de outros enfermeiros e de familiares essencial para colmatar esta falta.

O tema da IU encontra-se explorado de forma insuficiente, o que dificultou o acesso, especialmente a nível nacional, a dados estatísticos que apoiassem os resultados das intervenções. A decisão tomada acerca da metodologia a utilizar, com a alocação de indivíduos para o estudo de forma não probabilística não permitem generalizações dos resultados.

No contexto em que foi elaborado o estudo apenas existia um EEER no turno da manhã dos dias úteis, o que constituiu um obstáculo à continuidade das intervenções específicas do programa nos restantes turnos. O facto de não ter sido exposto numa fase inicial a toda a equipa de uma forma explícita e coesa, qual o objetivo do estudo e qual a participação necessária de cada elemento da equipa, dificultou o acesso aos resultados. Também a articulação com a família, na participação das intervenções preconizadas no estudo e na preparação para a alta, pautou-se por dificuldades. O horário em que decorreu o estágio, no turno da manhã, não coincidiu com o horário das visitas, por motivos pessoais dos familiares/cuidadores, o que limitou o trabalho conjunto e a afinação de estratégias.

O âmbito das intervenções de ER promotoras da continência urinária e os resultados obtidos são prova que é necessário um maior investimento e debate sobre o tema. Denotou-se dentro das equipas de saúde, um desconhecimento da problemática de saúde e alguma desvalorização, pelo que a investigação e os projetos de intervenção são essenciais.

Apesar dos pontos fracos apontados, as forças positivas superaram-nas. A possibilidade de escolha de três locais de estágio distintos, foi enriquecedora na diversidade de oportunidades de aprendizagem em diferentes contextos de cuidados. Permitiu ainda neste sentido, compreender o papel do EEER nos mesmos e a sua articulação.

Não estando os profissionais de saúde suficientemente despertos para a problemática da IU, demonstraram disponibilidade em acolher o projeto, facilitando o desenvolvimento do estudo. Ora, o que poderia ser uma fraqueza, demonstrou ser um ponto forte, pois o interesse por uma área pouco explorada, possibilitou um maior investimento de todos.

Com a elaboração deste estudo, foi possível mobilizar e aplicar conhecimentos através da implementação de exercícios que promovem a melhoria do autocontrolo da continência urinária. Analisando os resultados do estudo foi salientado o papel do EEER na promoção da continência

urinária, promovendo a autonomia e independência da pessoa, contribuindo significativamente para um aumento da qualidade de vida.

## **5 – ANÁLISE REFLEXIVA SOBRE AS COMPETÊNCIAS ADQUIRIDAS**

Os cuidados de enfermagem integram uma crescente exigência que acompanha a evolução dos próprios cuidados de saúde, impondo-se uma necessidade de diferenciação técnica e científica por parte dos enfermeiros. Assim, a Enfermagem desenvolve-se no sentido da especialização, sendo o enfermeiro especialista detentor de competências técnicas e humanas aplicáveis a todos os contextos da prestação de cuidados (Regulamento nº 140/2019, 2019).

Todo o percurso experienciado em contexto de estágio permitiu uma dinâmica de desenvolvimento de habilidades técnicas como uma reflexão crítica acerca dos conhecimentos adquiridos e do exercício dos cuidados.

Neste capítulo encontra-se descrito este processo reflexivo, que visa expor detalhadamente as atividades desenvolvidas na aquisição e mobilização de competências descritas no Regulamento de Competências Comuns de Enfermeiro Especialista, no Regulamento de Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação e no Decreto-Lei 65/2018 de 16 de agosto.

### **5.1 – COMPETÊNCIAS COMUNS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA**

Transversalmente a todos os enfermeiros especialistas, independentemente da sua área de especialidade, existe uma partilha de competências que se traduzem na excelência da capacidade de conceção, gestão e supervisão assim como no âmbito da formação e investigação. Este nível de conhecimento e habilidades são mobilizados em prol das necessidades de saúde nos diferentes contextos e níveis de prevenção (Ordem Enfermeiros [OE], 2019).

O regulamento que estabelece as competências comuns ao Enfermeiro Especialista estabelece quatro Domínios de Competência, nomeadamente o da Responsabilidade Profissional Ética e Legal, o da Melhoria Contínua da Qualidade, da Gestão dos Cuidados e do Desenvolvimento das Aprendizagens Profissionais (Regulamento n.º 140/2019).

Determina-se assim que, o enfermeiro especialista possua no seu perfil, um conjunto de capacidades que lhe permite atuar em conformidade com o mesmo, garantindo a qualidade de cuidados de saúde e estabelecendo perante aos restantes cidadãos o que é expectável de quem adquire estas competências.

### **Domínio da Responsabilidade Profissional, Ética e Legal**

- a) Desenvolve uma prática profissional ética no seu campo de intervenção;
- b) Promove práticas de cuidados que respeitam os direitos humanos e as responsabilidades profissionais.

A profissão de Enfermagem assenta a sua prática no conhecimento científico e reveste-se na sua estrutura de documentos reguladores, como o Código Deontológico do Enfermeiro.

No que diz concerne ao domínio da responsabilidade profissional, ética e legal, a prática dos cuidados de Enfermagem deve assentar em princípios e valores com ligação à dimensão ética do cuidar. Pretende-se assim que o Enfermeiro Especialista acrescente ao exercício uma atitude prática, refletindo na relação com o outro, respeitando os seus direitos, os profissionais e os da instituição interveniente no processo de cuidados.

Se falamos em direitos, implicitamente falamos em deveres profissionais. No seu conjunto, os deveres profissionais suportaram a minha atuação no decorrer dos estágios, e encontram-se consagrados no Código Deontológico dos Enfermeiros, na Carta dos Direitos do Doente e na Declaração Universal dos Direitos do Homem.

Durante o processo de intervenção foi assegurado o respeito pelos princípios éticos da Beneficência, Não Maleficência, o Respeito pela Autonomia e Justiça e perante os quais, todas as ações e decisões foram confrontadas. Foram por mim prestados, cuidados de Enfermagem em que o respeito pelo ser humano e pelos seus direitos enquanto cidadão que utiliza o serviço de saúde, mas principalmente como ser individual, pautaram a prática diária.

Nos contextos de prática onde se desenvolveram os estágios, foi possível perceber a vulnerabilidade da pessoa quando se encontra em internamento hospitalar, fora do seu espaço de conforto, mais exposto e indefeso, não só pelo ambiente envolvente, mas pela própria doença. A consciencialização das necessidades da pessoa internada, deve priorizar aquilo que é a dignidade

humana, sendo um conceito complexo e profundo que integra aspetos como a autodeterminação, autonomia e liberdade, constitui um direito fundamental e a própria base de todos os direitos.

Proteger e defender o outro foi uma responsabilidade assumida, nomeadamente na preservação do anonimato nos trabalhos académicos executados e dos dados sensíveis recolhidos, protegendo a confidencialidade da pessoa em estudo. Esta premissa, possibilitou a construção de uma relação de confiança, veiculando a informação estritamente necessária e pertinente, entre os intervenientes no plano terapêutico.

Dada a natureza do projeto de intervenção implementado, na área da reabilitação vesical, foi condição imprescindível a salvaguarda da intimidade da pessoa, esclarecendo o objetivo das intervenções, garantindo-lhe a oportunidade de uma decisão fundamentada. A Comissão de Ética da instituição de saúde que acolheu os estágios emitiu parecer positivo de aprovação do projeto, assegurando a proteção dos direitos e da segurança dos participantes no estudo.

No contexto comunitário, além da informação de saúde, também a vida privada da pessoa esteve mais exposta, o que obrigou a uma particular defesa, pela vulnerabilidade que apresenta. Várias situações em que os direitos e os deveres como enfermeiro foram colocadas em equação, foram discutidas e partilhadas pela equipa, posições enquanto profissionais e particularmente foram assumidos limites que respondem ao que são normas legais vigentes.

Foi procurada sempre a máxima qualidade prestando cuidados de excelência assegurando cuidados éticos, seguros e responsáveis, pelo que considero ter cumprido a aquisição desta competência com sucesso.

### **Domínio da Melhoria Contínua da Qualidade**

- a) Desempenha um papel dinamizador no desenvolvimento e suporte das iniciativas estratégicas institucionais na área da governação clínica;
- b) Concebe, gere e colabora em programas de melhoria contínua da qualidade;
- c) Cria e mantém um ambiente terapêutico e seguro.

Como referência para monitorizar a qualidade do exercício profissional, emergiu a necessidade de suportar a prática nos Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem de Reabilitação.

A qualidade nos e dos cuidados de saúde, inclui um vasto conjunto de conceitos como segurança, equidade, igualdade, eficácia e eficiência que permitem um grau de excelência em todos os cuidados prestados à pessoa. Esta prática baseia-se na mais recente evidência científica, pela natureza dinâmica do conhecimento. No sentido de mobilizar e desenvolver habilidades, foi essencial a partilha de conhecimentos e experiências entre a equipa multidisciplinar e em particular com os enfermeiros supervisores.

Como agente dinamizador do desenvolvimento de estratégias na área da governação clínica, foram desenvolvidas atividades de resposta às necessidades identificadas nos serviços onde ocorreram os estágios. Foram elaborados estudos de caso (Apêndices I e II), com oportunidade de planeamento, identificação de recursos disponíveis, estratégias de intervenção e mobilização dos instrumentos de avaliação, objetivando os ganhos em saúde.

No decurso do estágio em serviço de medicina interna foi identificada a necessidade de formação em serviço acerca da temática do Síndrome do Ombro Doloroso e cuidados de enfermagem associados, tanto preventivos como de tratamento. A partir desta necessidade e assente nos pressupostos da prevenção de complicações e promoção da readaptação e do auto-cuidado foi iniciada a elaboração de uma revisão sistemática da literatura, estando prevista a conclusão e divulgação deste estudo no futuro próximo, contribuindo para a formação dos pares e consequentemente para a melhoria contínua da qualidade dos cuidados. No estágio que decorreu na comunidade, procedeu-se à elaboração de um folheto informativo acerca da doença respiratória crónica abordada no estudo de caso.

Um dos fatores que influencia a qualidade dos cuidados é a qualificação dos profissionais e neste sentido, a implementação do projeto de intervenção constitui um elemento-chave para a sensibilização dos enfermeiros para um tema ainda pouco valorizado enquanto intervenção de carácter prioritário nos cuidados. A reabilitação vesical ocupou neste período uma preocupação e tema de debate e partilha de conhecimentos e experiências entre a equipa do serviço de medicina, o que permitiu uma maior consciencialização acerca da problemática, a aquisição de conhecimento científico recente e em última análise, a melhoria dos cuidados prestados.

No sentido de manter o desenvolvimento profissional e pessoal de forma contínua, assisti ao Webinar "Transição entre ambientes de prática Clínica: o Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação como Decisor, Interveniente e Formador" (Anexo III), que decorreu no dia 25 de outubro 2023, organizado pela Escola Superior de Enfermagem de Lisboa e à sessão de formação em serviço com o tema: "Disreflexia Autonómica", conseguindo distinguir entre sinais e sintomas e formas de

atuação perante este transtorno. Participei ainda, no contexto de estágio na UCC, como formanda na sessão com a temática “Sigilo Profissional”; “Úlceras Por Pressão: Um desafio constante. Inspiração para novas atitudes” e “Disfagia: Como identificar sinais e sintomas. Suplementos Nutricionais” (Anexo IV).

A utilização da linguagem CIPE na realização dos registos de Enfermagem de Reabilitação, foi um instrumento fundamental de trabalho na transmissão de informação aos pares, onde é possível uniformizar linguagem e terminologia, sendo um importante contributo na continuidade dos cuidados (OE, 2011). Com este objetivo, foram efetuados registos de conteúdo objetivo e esclarecedor em relação às intervenções de enfermagem de reabilitação realizados, refletindo os ganhos de saúde obtidos, já que estes legitimam legalmente a concretização dos cuidados, garantindo a qualidade dos mesmos.

Tratou-se de uma condição imprescindível, a gestão de um ambiente terapêutico e seguro, com a identificação de possíveis riscos, promovendo cuidados de saúde de qualidade centrados na pessoa, reduzindo ao máximo, a ocorrência de incidentes. O planeamento de cuidados com definição de prioridades, a identificação positiva da pessoa foram estratégias assumidas na gestão de risco e promoção de uma cultura de segurança na prestação de cuidados.

### **Domínio da Gestão dos Cuidados**

- a) Gere os cuidados, otimizando a resposta da equipa de enfermagem e seus colaboradores e a articulação na equipa multiprofissional;
- b) Adapta a liderança e a gestão dos recursos às situações e ao contexto.

Pressupõe-se neste domínio que o Enfermeiro Especialista desenvolva a gestão dos cuidados de enfermagem, com incidência no processo de tomada de decisão, a orientação e supervisão das tarefas delegadas dentro da equipa multiprofissional.

Através da identificação de diagnósticos de Enfermagem, avaliando as opções disponíveis e selecionando a melhor alternativa, foi desenhado um planeamento de acordo com as necessidades da pessoa. Os cuidados foram sempre submetidos a uma avaliação, tanto dos resultados como das próprias intervenções, ponderando uma revisão após a decisão. Este processo contínuo e reflexivo constituiu uma garantia de segurança dos cuidados prestados.

Inserido numa equipa multidisciplinar, é expectável que o Enfermeiro Especialista como o profissional com grande competência reconhecida de liderança, consiga perceber as necessidades, avaliar os recursos disponíveis, tanto humanos como materiais e selecionar os mais adequados, delegando tarefas sempre que necessário, de forma consciente e responsável. Delegar tarefas, possibilita a oportunidade de atribuição de funções, de acordo com as habilidades de cada elemento, definindo claramente as responsabilidades partilhadas. Neste sentido, torna-se evidente o realce das capacidades dos elementos da equipa multidisciplinar, contribuindo para a sua coesão e melhoria da qualidade dos cuidados prestados.

No decorrer do estágio foi possível promover esta dinâmica nas equipas em que me inseri, mantendo um ambiente favorável à prática dos cuidados. Sempre com a qualidade dos cuidados em mente, a delegação de tarefas revelou-se uma capacidade em constante evolução que permitiu o desenvolvimento como Enfermeiro Especialista. Apesar de ser promovida a autonomia, foi assegurado o suporte, comunicados os objetivos e as expectativas de forma clara, otimizando a resposta da equipa multidisciplinar adequado ao contexto em causa.

#### **Domínio das Aprendizagens Profissionais**

- a) Desenvolve o autoconhecimento e a assertividade;
- b) Baseia a sua praxis clínica especializada em sólidos e válidos padrões de conhecimento.

A prática dos cuidados em todos os campos de estágio foi motivo de reflexão profunda, permitindo compreender e ter consciência do meu papel enquanto pessoa e Enfermeira Especialista, incluindo os valores, habilidades, emoções e motivações para o desenvolvimento pessoal e profissional.

Tal como os pontos fortes, também o reconhecimento dos limites foi imprescindível na prática diária, como na implementação do projeto sobre a pessoa com alteração da continência urinária. As barreiras que se ergueram permitiram testar a assertividade, encontrando com esta habilidade, um equilíbrio entre ser firme nos objetivos a atingir e a priorização e o respeito pelo bem-estar da pessoa.

Para a aprendizagem profissional especializada, a pesquisa bibliográfica foi uma constante, no sentido norteador das tomadas de decisão, sempre com base no estado do conhecimento atual. A

fundamentação no que são os mais sólidos e válidos padrões de conhecimento, conferem elevada qualidade aos cuidados prestados.

Neste sentido, foi possível perceber por parte dos enfermeiros orientadores, o envolvimento na formação contínua e a relevância da investigação e evidência no suporte da prática diária.

A participação em formações e partilha e discussão das aprendizagens com os pares, é pedra basilar na conceção de cuidados de enfermagem de reabilitação de excelência e faz avançar a própria enfermagem como disciplina científica. O investimento em áreas emergentes na reabilitação, como a reeducação vesical espelha o compromisso com a exploração e progresso em temas ainda pouco aprofundados, mas que já merecem destaque no cuidado especializado do enfermeiro de reabilitação.

## 5.2 – COMPETÊNCIAS ESPECÍFICAS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA EM ENFERMAGEM DE REABILITAÇÃO

A Enfermagem de Reabilitação tem percorrido um percurso muito próprio, assente no conhecimento científico e ganhando espaço na abordagem multidisciplinar centrada na pessoa. Esta evolução acompanha o processo de envolvimento do EEER na organização das instituições, desempenhando um papel preponderante nas equipas de saúde, como interveniente, gestor e também decisor (Regulamento n.º 392/2019)

A definição das competências é essencial para clarificar o âmbito das funções do enfermeiro especialista em enfermagem de reabilitação.

No contexto de estágio, foram desenvolvidos cuidados de enfermagem de reabilitação a populações com necessidades especiais, do foro neurológico e respiratório, em diferentes contextos de cuidados: hospitalar e de comunidade. A primeira competência prende-se com:

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

Cada pessoa evolui a um ritmo próprio, exposto a diversos fatores, com cada etapa de desenvolvimento a requerer mudanças físicas, emocionais e sociais. O EER, sensível a estes processos de transição, intervém na promoção, prevenção, tratamento e reinserção da pessoa.

Para a efetividade dos cuidados de enfermagem de reabilitação, foi realizada uma avaliação sistemática e individualizada das necessidades de cada pessoa. A identificação precoce de todos os objetivos concretos e estabelecimento de prioridades para e com a pessoa, clarificando as intervenções a adotar, os passos que favoreceram a tomada de decisão e, todo o processo de reabilitação. Foi fator preponderante a inclusão da pessoa em todo o processo, desde a identificação, planeamento, execução e avaliação do programa de reabilitação, na medida em que personalizou as atividades, conferindo-lhes veracidade e congruência.

Através da consulta do processo clínico e de entrevista foram recolhidos os dados necessários, recorrendo a escalas e instrumentos de avaliação da função respiratória, motora e cardíaca, da função cognitiva, sensorial e particularmente, da eliminação.

O sentido daquilo que é o cuidar do ER passa pela promoção do potencial funcional e pela capacitação para a autonomia, embora a avaliação abarque também fatores psicossociais, ambientais, económicos e familiares. A influência destes, na capacidade funcional da pessoa revelou-se preponderante na adaptação dos processos de transição e resultados esperados pela pessoa.

A resposta, distinta entre pessoas e em diferentes contextos, como foi o cuidar a pessoa no seu próprio meio, constituiu um enorme desafio. Houve assim necessidade de adotar um olhar holístico, por parte do enfermeiro e de quem é cuidado, transmitindo uma responsabilização partilhada com vista a uma reabilitação integral.

As necessidades próprias de cada pessoa cuidada em contexto de estágio na UCC, foram consideradas para potencializar a capacidade de reabilitação de cada pessoa. A disponibilização de produtos de apoio, como auxiliares de marcha e orientação para os recursos mais adequados na comunidade, recursos de cariz social e de saúde em parceria com equipa multidisciplinar, foram práticas desenvolvidas na comunidade.

**b) Capacitar a pessoa com deficiência, limitação da atividade e ou restrição da participação para a reinserção da cidadania**

Foram desenvolvidos, com vista ao desenvolvimento desta competência, planeamento de intervenções que tivessem em conta a limitação e restrição da participação, contribuindo para os ganhos em saúde.

Foi possível experienciar, a intervenção do EEER enquanto agente facilitador dos vários processos de transição com a prescrição de produtos de apoio, em atividades de promoção da saúde e em programas de reintegração da pessoa na comunidade, promovendo a acessibilidade e a participação como cidadão.

Este foi o principal foco de atenção no estágio que decorreu na UCC, dado que os cuidados na comunidade se prendem essencialmente com a capacitação da pessoa e da família/cuidador através da instrução dirigida no sentido da construção da autonomia pessoal, funcional e social. A capacitação surge, não só como objetivo final, mas também como meio mobilizador de conhecimentos e habilidades para que se atinga a promoção da saúde, prevenção de complicações e a reeducação funcional. Todo o processo torna-se mais efetivo, na medida em que são sentidas as dificuldades in loco, é possível uma avaliação dos problemas reais e potenciais, adaptando os produtos apoios selecionados às condições presenciadas.

A promoção do autocuidado e a capacitação para as atividades de vida diárias (AVD), visam a independência e reintegração na sociedade, e componente desta competência, tendo para tal contribuído a experiência no Centro de Medicina Física e Reabilitação de Alcoitão. Este centro especializado de reabilitação é sede de cuidados de Enfermagem de Reabilitação de excelente qualidade, com recursos materiais com que pude contactar, alguns pela primeira vez e profissionais com prática e qualificação na área do treino de AVD's. Os internamentos são prolongados, onde são planeadas diariamente em complementaridade, atividades de forma intensiva, tanto no treino de AVD como no âmbito da fisioterapia, terapia ocupacional, terapia da fala, entre outras.

Para além de instalações e uma unidade organizada de forma a dar resposta a uma grande variedade de processos de reabilitação, existe a avaliação realizada numa fase inicial à pessoa, família e condições existentes, especialmente no que diz respeito à necessidade de produtos de apoio.

**c) Maximiza a funcionalidade desenvolvendo as capacidades da pessoa**

De forma a desenvolver esta competência como EEER foram elaborados planos de cuidados de reabilitação individualizados, de acordo com as necessidades evidenciadas pela pessoa.

Nesta abordagem, um dos itens avaliados de um modo sistemático foi a funcionalidade em todas as suas vertentes, física, cognitiva, emocional, psicossocial e especialmente a capacidade de realizar tarefas específicas relevantes para as suas necessidades e objetivos de reabilitação.

No planeamento de intervenções de enfermagem, a reeducação funcional motora, a reeducação funcional respiratória e a reabilitação vesical foram a base para dar resposta às necessidades identificadas. O EEER possui habilidades específicas de compreender as preocupações da pessoa de quem cuida, percebendo as suas capacidades face aos desafios ou áreas de dificuldade funcional.

Capacitar a pessoa envolvendo-a e fornecendo os conhecimentos, habilidades e recursos disponíveis permite ao outro que possa alcançar os seus objetivos de saúde de forma independente.

O contexto de estágio da UCC foi um campo favorável no desenvolvimento da maximização da funcionalidade com ênfase no treino prático de reeducação funcional respiratória. A promoção da saúde, a orientação para a tomada de decisão informada foram um suporte essencial na responsabilização, autonomia e confiança na gestão da sua própria saúde.

Neste processo torna-se imprescindível a avaliação contínua e análise às intervenções executadas bem como dos resultados obtidos, permitindo a capacitação da pessoa.

### **5.3 – COMPETÊNCIAS DE MESTRE**

Todas as experiências vivenciadas decorrentes do período de estágio, complementado com o saber adquirido em contexto letivo, foram construindo as competências inerentes ao grau de Mestre, que conforme se encontra disposto no Artigo 15.º, do Capítulo III do Decreto-Lei nº 65/2018 (2018), é concedido numa área de especialidade a quem demonstre:

- a) Ser detentor de conhecimentos e de capacidade de compreensão;
- b) saber aplicar esses conhecimentos e a capacidade de compreensão, seja em situações novas e não familiares ou em contextos alargados e multidisciplinares;

c) possuir capacidade para lidar com situações complexas, desenvolvendo soluções ou emitindo juízos e reflexões acerca das implicações e responsabilidades sociais e éticas daí decorrentes.

d) Ser capaz de comunicar conclusões, conhecimentos e raciocínios de uma forma clara e sem ambiguidades, através da produção científica.

e) Possuir competências que permitam uma aprendizagem ao longo da vida, de forma auto-orientada e autónoma.

A capacidade de compreensão exige um aprofundar, em algo que se sabe e conhece, prevê um questionamento contínuo, acompanhado de uma atitude reflexiva acerca da prática. Esta atitude é fundamental na tomada de decisão, que foi necessariamente solidificada em evidência científica, permitindo assim a mobilização e aplicação dos conhecimentos adquiridos. Foram desenvolvidas de forma estruturada, etapas de avaliação/identificação, planeamento, implementação, monitorização e reavaliação das intervenções de enfermagem de reabilitação.

Contribuiu em grande parte para uma visão abrangente do contexto de cuidados, transmitido pelos enfermeiros orientadores, com a possibilidade de desenvolver a responsabilidade e aptidão para a gestão do ambiente da prática de cuidados. Gerir situações, implicou conhecer o ambiente, perceber a sua dinâmica e suas necessidades sob a visão da reabilitação, tomando decisões éticas e profissionais. Tal permite preparar a ação para situações novas, sendo o EEER o pilar, como elemento com saberes mais diferenciados para gerir a equipa multidisciplinar.

Com o objetivo de informar e procurar colaboração da equipa multidisciplinar onde decorreram os estágios, foi realizada uma exposição dos objetivos do projeto e das intervenções a implementar. O desenvolvimento do projeto de intervenção e a posterior divulgação constitui um veículo importante na transmissão dos resultados e conclusões, disseminando o conhecimento adquirido e permitindo a discussão dos dados e possibilidade de estudos futuros.

Pretende-se que os estudos de caso realizados consigam não só satisfazer os objetivos académicos, mas que sejam transmitidos em eventos científicos da área da reabilitação. No contexto de estágio no serviço de medicina foi detetada a necessidade de formação acerca do tema “Síndrome do Ombro Doloroso: Prevenir e Gerir”, o qual será proposto para replicar em outros serviços. Pretende-se que o mesmo estudo permaneça em formato de poster no serviço de medicina, dado que as equipas de enfermagem estão em constante mudança, com a integração de novos profissionais, este será decerto um valioso contributo.

A capacidade de manter o percurso de aprendizagem de forma contínua, numa atitude motivada e proativa, foi demonstrada e adquirida de forma gradual desde o início do curso de Mestrado. Esta aptidão transformou-se ao longo do tempo, na forma formal ou informal como foi assimilada, mas não ficará encerrada com o final do curso, tendo o objetivo de ser também eu, agente de motivação para o desenvolvimento da profissão, recorrendo à investigação e ao desenvolvimento de prática baseada na evidência. Por todas as atividades desenvolvidas e aprendizagem adquirida, considero que se atingiram as competências necessárias enquanto futura enfermeira especialista em Enfermagem de Reabilitação.

## CONCLUSÃO

A elaboração do presente relatório viabilizou a construção e a exposição de uma análise crítico-reflexiva acerca do processo do desenvolvimento e aquisição das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista, das Competências Específicas do EEER e das Competências de Mestre. Para tal foi fundamental a mobilização e aplicação de conhecimentos adquiridos ao longo do curso de Mestrado em Enfermagem com Especialização em ER.

Sucintamente, penso ser importante referir a formação curricular, etapa fundamental para a construção deste trabalho. O conhecimento adquirido no período teórico do curso, complexo e denso, demonstrou ser fundamental como pedra basilar no desenvolvimento pessoal e profissional. Constituiu-se numa alavanca para um processo contínuo de crescente autonomia, na busca de novos conhecimentos da área de especialidade.

Neste processo de formação contínua, a aquisição de conhecimentos necessita de ser solidificada e aplicada e neste âmbito os estágios, decorridos em contextos diversificados, permitiram o ambiente fundamental na aquisição e desenvolvimento de competências. Excedendo as minhas expectativas, todos os contextos de estágio foram enriquecedores não só na aprendizagem, mas também na partilha, com oportunidades únicas facilitadoras de uma prática reflexiva. Em conjunto, a elaboração do projeto de intervenção foi fundamental neste percurso e constituiu um instrumento dinâmico, essencial para o desenvolvimento estruturado das intervenções de ER adaptado às necessidades detetadas.

A crescente exigência na resposta de cuidados de saúde, mais diferenciados face ao desenvolvimento da ciência e da sociedade, desperta a necessidade de suportar e orientar a prática em referenciais estruturantes. Para a elaboração e implementação do projeto recorreu-se ao Referencial Teórico de Enfermagem de Afaf Meleis, que permitiu desenvolver uma compreensão abrangente da pessoa como um todo e intervir de forma diferenciada perante o processo de transição na alteração da continência urinária.

A qualidade dos cuidados de Enfermagem assenta em padrões científicos e éticos, os quais garantem à população, profissionais formados em constante atualização, numa prática segura, baseada na investigação e nas evidências mais recentes.

A IU constitui um problema de saúde, multifatorial de grande complexidade, com repercussões nas mais variadas esferas do quotidiano da pessoa. O EEER tem competências para abordar o fenómeno de forma global, promovendo a saúde com base em intervenções especializadas, capacitando a pessoa no sentido de suprimir as limitações e maximizar a sua funcionalidade, permitindo a reintegração no seu meio. Nas intervenções individualizadas, o EEER potencia a mudança da comunidade, privilegiando a capacitação na tomada de decisão de cada um em prol do próprio e da sociedade, ultrapassando o estigma a que a IU está associada.

Também por parte dos profissionais, terá de ser realizado um trabalho acrescido no sentido de colocar em prática e partilhar o conhecimento nos diferentes contextos. O conhecimento acerca dos fatores de risco, a forma como a IU se apresenta e a as barreiras a ultrapassar podem contribuir para um maior entendimento e promoção da qualidade de vida da pessoa. A formação do EEER nesta área é fundamental para o desenvolvimento de estratégias de intervenção individualizadas e dirigidas às necessidades identificadas dentro do que são as suas competências. Ciente que está inserido em equipas transdisciplinares, o EEER deve assumir-se como perito e impulsionador, desenvolvendo uma prática com foco na melhoria dos cuidados e dinamizando iniciativas estratégicas a nível institucional e da comunidade.

O presente relatório possibilita assim, destacar o processo complexo de identificação de necessidades, de avaliação da pessoa numa perspetiva holística e de planeamento e implementação de intervenções especializadas de enfermagem de reabilitação no âmbito da pessoa com alteração da continência urinária. Os resultados obtidos e a sua documentação demonstram o modo como os objetivos traçados, foram atingidos com sucesso.

Este exercício reflexivo constante permitiu uma tomada de consciência enquanto pessoa e profissional em crescimento, ciente de que o caminho a percorrer como EEER ainda é longo, e apesar desta nota ter objetivo conclusivo, apresenta-se para mim como um começo. Nas palavras do poeta António Machado, resumo o sentimento com que encaro o futuro, o meu e o de Enfermagem de Reabilitação, “o caminho faz-se caminhando”, numa trajetória de algumas adversidades, mas também de muitas realizações e conquistas.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Abrams, P., Cardozo, L., Wagg, A., & Wein, A. (2017). *6th International Consultation on Incontinence* (6th Edition). International Continence Society.
- Abufaraj, M., Xu, T., Cao, C., Siyam, A., Isleem, U., Massad, A., Soria, F., Shariat, S. F., Sutcliffe, S., & Yang, L. (2021). Prevalence and trends in urinary incontinence among women in the United States, 2005-2018. *American journal of obstetrics and gynecology*, 225(2), 166.e1-166.e12. <https://doi.org/10.1016/j.ajog.2021.03.016>
- Academia de Ciências de Lisboa (2001). *Dicionário da Língua Portuguesa Contemporânea*. Editorial Verbo.
- Ahmed, H. M., Osman, V. A., Al-Alaf, S. K. & Al-Tawil, N. G. (2013). Prevalence of urinary incontinence and probable risk factors in a sample of Kurdish. *Sultan Qaboos University Medical Journal*, 13(2), 269-274. <https://doi.org/10.12816/0003233>
- Alligood, M. (2014). *Nursing theorists and their work* (8th Edition). Elsevier.
- Almeida, A. F. (2004). El estudio de casos en la investigación de educación de personas adultas. In E. Lucio-Villegas (coord.), *Investigación y Práctica en la Educación de Personas Adultas* (pp. 41-60). Nau Llibres.
- Almousa, S., & Loon, A. B. V. (2018). The prevalence of urinary incontinence in nulliparous adolescent and middle-aged women and the associated risk factors: a systematic review. *Maturitas*, 107, 78-83. <https://doi.org/10.1016/j.maturitas.2017.10.003>
- Alpoim, P. N., de Barros Pinheiro, M., Junqueira, D. R., Freitas, L. G., das Graças Carvalho, M., Fernandes, A. P., Komatsuzaki, F., Gomes, K. B., & Sant'Ana Dusse, L. M. (2013). Preeclampsia and ABO

- blood groups: a systematic review and meta-analysis. *Molecular biology reports*, 40(3), 2253-2261. <https://doi.org/10.1007/s11033-012-2288-2>
- Althoff, L. C., Freitas, F., Coradassi, T., & Assis, G. (2021). Disfunções do trato urinário inferior em pacientes com diabetes mellitus tipo 2. *Ciências Cuidados em Saúde*, 20, e57337. <https://doi.org/10.4025/ciencuidsaude.v20i0.57337>
- Altman, D., Cartwright, R., Lapitan, M. C., Milsom, I., Nelson, R., Sjöström, S., & Tikkinen, K. A. O. (2017). Epidemiology of urinary incontinence (UI) and other lower urinary tract symptoms (LUTS), pelvic organ prolapse (POP) and anal incontinence (AI). In P. Abrams, L. Cardozo, A. Wagg, & A. J. Wein (Eds.), *Incontinence: 6th International Consultation on Incontinence, Tokyo, September 2016* (pp. 1-141). International Continence Society.
- American Psychological Association. (2020). *Publication manual of the American psychological association* (7th ed.). <https://doi.org/10.1037/0000165-000>
- Arco, A., Arco, H., Lucindo, I., & Martins, M. (2018). Normas De Elaboração e Apresentação de Trabalhos Escritos (2ª Versão). Instituto Politécnico de Portalegre – Escola Superior de Saúde.
- Arkan, G., Beser, A., Ozturk, V., Bozkurt, 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. *Topics in stroke rehabilitation*, 26(2), 128-135. <https://doi.org/10.1080/10749357.2018.1552741>
- Assis, G. M., Silva, C. P. C., & Martins, G. (2021). Proposta de protocolo de avaliação e treinamento da musculatura do assoalho pélvico para atendimento à mulher com incontinência urinária. *Revista da Escola de Enfermagem*, 55 1-9. <https://doi.org/10.1590/S1980-220X2019033503705>
- 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](http://www.apurologia.pt/incontinencia/incontinencia2018/Dossier_Imprensa_Semana_Incontinencia_Urinaria.pdf)

- Avery, J.C., Braunack-Mayer, A.J., Stocks, N.P., Taylor, A.W., & 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>
- Batmani, S., Jalali, R., Mohammadi, M., & Bokaei, S. (2021). Correction: Prevalence and factors related to urinary incontinence in older adults women worldwide: a comprehensive systematic review and meta-analysis of observational studies. *BMC geriatrics*, 22(1), 454. <https://doi.org/10.1186/s12877-022-03111-6>
- Bascur-Castillo, C., Araneda-Gatica, V., Castro-Arias, H., Carrasco-Portiño, M., & Ruiz-Cantero, M.T. (2018). Determinants in the process of seeking help for urinary incontinence in the Chilean health system. *International Journal of Gynecology and Obstetrics*, 144(1), 103-111. <https://doi.org/10.1002/ijgo.12685>
- Birder, L., de Groat, W., Mills, I., Morrison, J., Thor, K., & Drake, M. (2010). Neural control of the lower urinary tract: peripheral and spinal mechanisms. *Neurourology and urodynamics*, 29 (1), 128-139. <https://doi.org/10.1002/nau.20837>
- Brito, M. (2012). *A Reconstrução da autonomia após um evento gerador de dependência no autocuidado* [Doctoral dissertation, Universidade Católica Portuguesa]. Veritati. <https://repositorio.ucp.pt/handle/10400.14/12617>
- Bø, K., Berghmans, B., Mørkved, S., & Kampen, M. V. (2015). *Evidence-based physical therapy for the pelvic floor: bridging science and clinical practice* (2ª Edição). Churchill Livingstone.
- Böckerman, P., Johansson, E., & Saarni, S. (2012). Institutionalisation and subjective wellbeing for old-age individuals: Is life really miserable in care homes?. *Ageing and Society*, 32(7), 1176-1192. <https://doi.org/10.1017/S0144686X1100081X>
- Borello-France, D., Burgio, K.L., Goode, P.S., Ye, W., Weidner, A. C., Lukacz, E.S., Jelovsek, J.E., Bradley, C.S., Schaffer, J., Hsu, Y., Kenton, K., Spino, C., & Pelvic Floor Disorders Network (2013). Adherence to behavioral interventions for stress incontinence: rates, barriers, and predictors. *Physical therapy*, 93(6), 757-773. <https://doi.org/10.2522/ptj.20120072>

- Borges, J. B. R., Neri, L., Sigrist, R. M. S., Martins, L. O., Guarisi, T., & Marchesini, A. C. (2009). Assessing quality of life of women with urinary incontinence using the King's Health questionnaire. *Einstein*, 7(3pt1), 308-313.
- Braga, F. G., Silva, G. R. F., Carvalho, S. O., Tavares, C. B., Santos, M. L., & Sousa, N. L. A. (2023). Incontinência urinária no adulto: aspectos, impacto na qualidade de vida e o papel de enfermagem. *Electronic Journal Collection Health*, 23 (7). <https://doi.org/10.25248/REAS.e12592.2023>
- Braga, M., Ferreira, S., Morais, C., Chiado, A., & Lima, A. (2023). Intervenção do Enfermeiro Especialista em Reabilitação em Mulheres com Incontinência Urinária, após o AVC. *Revista Portuguesa de Enfermagem de Reabilitação*, 6(1), 1-18. <https://doi.org/10.33194/rper.2023.288>
- 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>
- Briceño, P. A., Gómez, H. B., & Asun, R. (2021). Incontinencia urinaria y calidad de vida en mujeres jóvenes de un centro de salud familiar en Santiago de Chile. *Musas*, 6(2), 137-156. <https://doi.org/10.1344/musas.2021.vol6.num2.8>
- Brilhante, M. M. S., Marinho, M. de F. D., Magalhães, A. G., & Correia, G. N. (2022). Impacto da pandemia de SARS-CoV-2 na incontinência urinária e qualidade de vida de mulheres nulíparas. *Revista Gaúcha de Enfermagem*, 43, 1-11. <https://doi.org/10.1590/1983-1447.2022.20200479.pt>
- Broom, 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>
- Broome, B. (1999). Development and Testing of a Scale to Measure Self-efficacy for Pelvic Muscle Exercises in Women with Urinary Incontinence. *Urologic Nursing*, 19(4), 258- 268
- Canaval, G., Jaramillo, C., Rosero, H., & Valencia, M. (2007). La teoría de las transiciones y la salud de la mujer en el embarazo y en el pós-parto. *Revista Aquichan*, 7(1), 8-24.

<https://aquichan.unisabana.edu.co/index.php/aquichan/article/view/94/192>

Capela, I. L., 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. Congresso de Educação em Saúde da Amazônia, *Universidade Federal do Pará*.

Carvalho, M. R., Silva, F. A., & Silveira, I. (2018). Alternative therapies for early recovery of post-prostatectomy urinary continence: systematic review. *Enfermería Global*, 50, 571-584. <http://dx.doi.org/10.6018/eglobal.17.2.285871>

Carvalho, C., Costa, N., Pereira, I., Henriques, A., Lourenço, A., & Calhaz-Jorge, C. (2020). Incontinência urinária na mulher, um retrato da realidade portuguesa. *195ª Reunião da Sociedade Portuguesa de Ginecologia*, (pp.13-14).

Carvalho, C. G. de, Araújo, M. P. de, Sartori, M. G. F., Oliveira, C., & Santos, P. C. (2021). Avaliação da relação entre o grau de literacia em incontinência urinária e o nível de atividade física em mulheres com idade igual ou superior a 55 anos do norte de Portugal. *International Congress on 21st Century Literacies (ICCL2021)* – Livro de Atas. <https://hdl.handle.net/10216/131866>

Cayir, G., & Kizilkaya, N. (2022). The effect of a counseling and training program on the treatment of women with overactive bladder. *Psychology, health & medicine*, 27(8), 1726-1738. <https://doi.org/10.1080/13548506.2021.1916962>

Chiado, A. (2019). Incontinência Urinária Após AVC: Contributos da Enfermagem de Reabilitação. [Master thesis, Instituto Politécnico de Viana do Castelo] Repositório Científico do Instituto Politécnico de Viana do Castelo. <http://hdl.handle.net/20.500.11960/2275>

Chick, N., & Meleis, A. (1986). Transition: A nursing concern. In: Chin, P. L. Chin, (Ed). *Nursing Research Methodology* (pp. 237-257). Aspen Publication.

Cho, S., & Kim, K. (2021). Pelvic floor muscle exercise and training for coping with urinary incontinence. *Journal of Exercise Rehabilitation*, 17(6), 379-387. <https://doi.org/10.12965/jer.2142666.333>

- Choi, J. M., Jiang, J., Chang, J., Ziogas, A., Jiang, L., & Anton-Culver, H. (2022). Impact of lifetime obesity on urinary incontinence in the women's health initiative. *The Journal of Urology*, 207(5), 1096-1104. <https://doi.org/10.1097/JU.0000000000002380>
- Coelho, M. (2009). Avaliação urodinâmica na esclerose múltipla. *Acta Urológica*, 26 (3), 9-14. <http://www.apurologia.pt/acta/3-2009/aval-uro-esc-mul.pdf>
- Correia, S., Dinis, P., Rolo, F., & Lunet, N. (2009). Prevalence, treatment and known risk factors of urinary incontinence and overactive bladder in the non-institutionalized Portuguese population. *International Urogynecology Journal and Pelvic Floor Dysfunction*, 20 (12), 1481-1489. <https://doi.org/10.1007/s00192-009-0975-x>
- Cunha, M., Garcia, S., & Novo, A. (2021). Programa de enfermagem de reabilitação à mulher idosa com incontinência urinária. In O. Ribeiro (Ed.) *Enfermagem de reabilitação: Conceções e práticas* (pp. 630-638). Lidel.
- Daugirdas, S.P., Markossian, T., Mueller, E. R., Durazo-Arvizu, R., Cao, G., & Kramer, H. (2020). Urinary incontinence and chronic conditions in the US population age 50 years and older. *International Urogynecology Journal*, 31, 1013–1020.
- Decreto-Lei n.º 69/2013. (2013). *Diário da República, Série I*, N.º 95, 2960-2961. <https://files.diariodarepublica.pt/1s/2013/05/09500/0296002961.pdf>
- Decreto-Lei n.º 65/2018. (2018). *Diário da República, Série I*, n.º 157 4147. <https://files.dre.pt/1s/2018/08/15700/0414704182.pdf>
- Demirtas, F. A., Basar, F., & Aba, Y. A. (2022). Urinary symptoms and incontinence in postmenopausal women and the effects on quality of life. *International Journal of Urological Nursing*, 16(2), 225-233. <https://doi:10.1111/ijun.12322>.
- Direção-Geral da Saúde. (2021). *Plano Nacional de Saúde 2021-2030*. [https://pns.dgs.pt/files/2022/03/PNS-21-30\\_Versao-editada-1\\_Final\\_DGS.pdf](https://pns.dgs.pt/files/2022/03/PNS-21-30_Versao-editada-1_Final_DGS.pdf)

Drake, R., Vogl, A., & Mitchel, A. (2015). *GRAY'S: Anatomia Clínica Para Estudantes*. (3rd Edition).

Elsevier.

Duarte, N., Pereira, M., Costa, H., Cruz, B., Fernandes, C. & Nunes, E. (2021). Efeito da fisioterapia nos sintomas de síndrome da bexiga hiperativa decorrente do tratamento do câncer de colo do útero. *Fisioterapia Brasil*, 2292, 205-215

Duarte, J., Gonçalves, A. & Sequeira, C. (2022). Metodologia da Investigação Quantitativa. In M. Néné & C. Sequeira (Ed.), *Investigação em Enfermagem – Teoria e Prática*. (pp. 15-50). Lidel

Ducarme, G., Pizzoferrato, A. C., Tayrac, R., Schantz, C., Thubert, T., Le Ray, C., Riethmuller, D., Verspyck, E., Gachon, B., Pierre, F., Artzner, F., Jacquetin, B., & Fritel, X. (2019). Perineal prevention and protection in obstetrics: CNGOF clinical practice guidelines. *Journal of Gynecology Obstetrics and Human Reproduction*, 48(7), 455-460. <https://doi.org/10.1016/j.jogoh.2018.12.002>

Dzien, C., Unterberger, P., Hofmarcher, P., Winner, H., & Lechleitner, M. (2022). Detecting disabilities in everyday life: evidence from a geriatric assessment. *BMC geriatrics*, 22(1), 717. <https://doi.org/10.1186/s12877-022-03368-x>

Easton, G. (2010). *One case study is enough*. Lancaster University Management School. <https://eprints.lancs.ac.uk/id/eprint/49016/1/Document.pdf>

Eyimaya, A. Ö., & Tezel, A. (2021). The Effect of nursing approaches applied according to Meleis' Transition Theory on menopause-specific quality of life. *Health Care for Women International*, 42(1), 107-126. <https://doi.org/10.1080/07399332.2020.1825440>

European Association of Urology (2023). *EAU Guidelines on Neuro-Urology*. <https://d56bochluxqnz.cloudfront.net/documents/full-guideline/EAU-Guidelines-on-Neuro-Urology-2024.pdf>

European Federation of Psychologists Associations (2023). Joint response to Call for Evidence on a Comprehensive Approach to Mental Health. *European Commission*.

<https://wfipp.org/app/uploads/2023/02/Joint-response-to-Call-for-Evidence-on-a-Comprehensive-Approach-to-Mental-Health-2.pdf>

Fernandes, S., Coutinho, E. C., Duarte, J. C., Nelas, P. A. B., Chaves, C. M., & Amaral, O. (2015). Qualidade de vida em mulheres com incontinência urinária. *Revista de Enfermagem Referência*, IV(5), 93-99. <http://dx.doi.org/10.12707/RIV14042>

Ferreira, C. L., Kawasara, K. T., & Batista, P. A. (2019). Prevalência de incontinência urinária em idosas de instituição de longa permanência. *Fisioterapia Brasil*, 20(6), 773-781. <https://doi.org/10.33233/fb.v20i6.2730>

Flick, U. (2004). *Introducción a la Investigación Cualitativa*. Morata.

Fortin, M. (1999). *O Processo de Investigação: Da concepção à realização*. Lusociência

Fortin, M. (2009). *Fundamentos e Etapas no Processo de Investigação*. Lusodidacta.

França, L. (2016). Músculos do períneo e assoalho pélvico. <https://pt.slideshare.net/lucyfranca50/msculos-do-perneo-e-assoalho-plvico>

Fry, C., Chess-Williams, R., Hashitani, H., Kanai, A., McCloskey, K., Takeda, M., & Vahabi, B. (2017). Cell Biology. In P. Abrams, L. Cardozo, A. Wagg, & A. Wein (Ed.), 6th *International Consultation on Incontinence* (pp. 146-225). [https://www.ics.org/publications/ici\\_6/Incontinence\\_6th\\_Edition\\_2017\\_eBook\\_v2.pdf](https://www.ics.org/publications/ici_6/Incontinence_6th_Edition_2017_eBook_v2.pdf)

Fuselier, A., Hanberry, J., Margaret, J. L., & Gomelsky, A. (2018). Obesity and Stress Urinary Incontinence: Impact on Pathophysiology and Treatment. *Current Urology Reports*, 19(1), 10. <https://doi.org/10.1007/s11934-018-0762-7>

Gaio, V., Antunes, L., Namorado, S., Barreto, M., Gil, A., Kyslaya, I., Rodrigues, A. P., Santos, A., Bøhler, L., Castilho, E., Vargas, P., do Carmo, I., Nunes, B., Dias, C. M., & INSEF Research group (2018). Prevalence of overweight and obesity in Portugal: Results from the First Portuguese Health Examination Survey (INSEF 2015). *Obesity research & clinical practice*, 12(1), 40-50. <https://doi.org/10.1016/j.orcp.2017.08.002>

- Glazener, C. M., Cooper, K., & Mashayekhi, A. (2017). Anterior vaginal repair for urinary incontinence in women. *The Cochrane Database of Systematic Reviews*, 7(7), 6-10. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD001755.pub2>
- Góes, R., Pedreira, R., David, R., Silva, C., Torres, C., & Amaral, J. (2019) Cuidado hospitalar e surgimento da incontinência urinária em pessoas idosas. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 72(2), 284-293. <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2018-0273>
- Groat, W. C., Griffiths, D., & Yoshimura, N. (2015). Neural control of the lower urinary tract. *Comprehensive Physiology*, 5(1), 327-396. <https://doi.org/10.1002/cphy.c130056>
- Grodstein, F., Fretts, R., Lifford, K., Resnick, N., & Curhan, G. (2003). Association of age, race, and obstetric history with urinary symptoms among women in the Nurses' Health Study. *American journal of obstetrics and gynecology*, 189(2), 428-434. [https://doi.org/10.1067/s0002-9378\(03\)00361-2](https://doi.org/10.1067/s0002-9378(03)00361-2)
- Guedes, T. S. R., Guedes, M. B. O. G., Oliveira, H. K. M., Soares, R. L., da Cunha, V. L., Lopes, J. M., Oliveira, N. P. D., Jerez-Roig, J., & Souza, D. L. B. (2021). Urinary Incontinence in Physically Active Older Women of Northeast Brazil. *International journal of environmental research and public health*, 18(11), 5878. <https://doi.org/10.3390/ijerph18115878>
- Guerra, M. J. J., Almeida, S. P., Nogueira, H. M., & Alves, P.J. P. (2023). Validation of the "International Consultation on Incontinence Questionnaire-Urinary Incontinence Short Form (ICIQ-UISF)" for the Portuguese Population. *Enfermería Global*, 22(3), 479-511. <https://doi.org/10.6018/eglobal.554941>
- Gupta R., & Fowler C., J. (2002). Sexual and urological dysfunction in multiple sclerosis: a better understanding and improved therapies. *Current opinion in Neurology*, 15(3), 271-278. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/12045724/>
- Hammad, F. T. (2021). Prevalence, social impact and help-seeking behaviour among women with urinary incontinence in the Gulf countries: A systematic review. *European Journal of Obstetrics and Gynecology and Reproductive Biology*, 266, 150-156. <https://doi.org/10.1016/j.ejogrb.2021.10.005>

Hanna, K. M., Kaiser, K. L., Brown, S. G., Campbell-Grossman, C., Fial, A., Ford, A., Hudson, D. B., Keating-Lefler, R., Keeler, H., Moore, T. A., Nelson, A. E., Pelish, P., & Wilhelm, S. (2018). A scoping review of transitions, stress, and adaptation among emerging adults. *ANS. Advances in Nursing Science*, 41(3), 203-215. <https://doi.org/10.1097/ANS.0000000000000214>

Higa, R., Lopes, M. H. B. M., & Reis, M. J. (2008). Fatores de risco para incontinência urinária na mulher. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, 42(1), 187-192. <https://doi.org/10.1590/s0080-62342008000100025>

Hubanks, L., & Kuyken, W. (1994). *Quality of life assessment: an annotated bibliography*. Division of Mental Health. World Health Organization. [https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/61629/WHO\\_MNH\\_PSF\\_94.1.pdf?sequence=1&isAllowed=y](https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/61629/WHO_MNH_PSF_94.1.pdf?sequence=1&isAllowed=y)

Hunnskaar, S., Burgio, K., Diokno, A., Herzog, A., Hjalmas, K., & Lapitan, M. C. (2003). Epidemiology and natural history of urinary incontinence in women. *Urology*, 62(4A), 16-23. [https://doi.org/10.1016/s0090-4295\(03\)00755-6](https://doi.org/10.1016/s0090-4295(03)00755-6)

Im, E. (2014). Transitions Theory. In M. Alligood (Ed.), *Nursing theorists and their work*, (pp. 378-395). Elsevier.

Imperatori, E., & Giraldes, M. (1982). *Metodologia e Planeamento em Saúde: Manual para uso em serviços centrais, regionais e locais*. Escola Nacional de Saúde Pública. Obras Avulsas.

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](https://www.ine.pt/xportal/xmain?xpid=INE&xpgid=ine_publicacoes&PUBLICACOEspub_boui=263714091&PUBLICACOESmodo=2)

Instituto Nacional de Estatística. (2023). *Estatísticas Demográficas*. [https://www.ine.pt/xportal/xmain?xpid=INE&xpgid=ine\\_destaques&DESTAQUESdest\\_boui=594934741&DESTAQUESmodo=2](https://www.ine.pt/xportal/xmain?xpid=INE&xpgid=ine_destaques&DESTAQUESdest_boui=594934741&DESTAQUESmodo=2)

Instituto Nacional de Estatística. (2024). *Estatísticas de Saúde – 2022*.  
[https://www.ine.pt/xportal/xmain?xpid=INE&xpgid=ine\\_publicacoes&PUBLICACOESTipo=ea&PUBLICACOEScolecao=107773&selTab=tab0&xlang=pt](https://www.ine.pt/xportal/xmain?xpid=INE&xpgid=ine_publicacoes&PUBLICACOESTipo=ea&PUBLICACOEScolecao=107773&selTab=tab0&xlang=pt)

International Council of Nurses. (2019). *Browser CIPE*. <https://www.icn.ch/what-we-do/projects/ehealth-icnptm/icnp-browser>

Jarbøl, D. E., Haastруп, P. F., Rasmussen, S., Søndergaard, J., & Balasubramaniam, K. (2021). Women's barriers for contacting their general practitioner when bothered by urinary incontinence: a population-based cross-sectional study. *BMC Urology*, 21(1), 99. <https://doi.org/10.1186/s12894-021-00864-x>

Jerez-Roig, J., Santos, M. M., Souza, D. L., Amaral, F. L., & Lima, K. C. (2016). Prevalence of urinary incontinence and associated factors in nursing home residents. *Neurourology and Urodynamics*, 35(1), 102-107. <https://doi.org/10.1002/nau.22675>

Jia, G., Jiang, C., Wang, K., Zhu, L., Zhu, K., Yang, S., & Jiang, H. (2021). Epidemiological investigation of urinary incontinence in peri- and postpartum women from Nanjing, China. *LUTS: Lower Urinary Tract Symptoms*, 13(4), 481-489. <https://doi.org/10.1111/luts.12399>

Jung, Y., Koh, E., & Park, S. (2015). Advances in urine and feces disposal systems for the treatment of incontinence. *Koganei*, 18(4), 1463-1468.

Khan, S., Ansari, M. A., Vasenwala, S. M., & Mohsin, Z. (2017). The influence of menopause on urinary incontinence in the women of the community: A cross-sectional study from North India. *International Journal of Reproduction, Contraception Obstetrics and Gynecology*, 6(3), 911-918. <https://www.ijrcog.org/index.php/ijrcog/article/view/2366>

Kickbusch I. (2013). A Game Change in Global Health: The Best Is Yet to Come. *Public health reviews*, 35, 2. <https://doi.org/10.1007/BF03391687>

Kinchen, K. S., Burgio, K., Diokno, A. C., Fultz, N. H., Bump, R., & Obenchain, R. (2003). Factors associated with women's decisions to seek treatment for urinary incontinence. *Journal of women's health*, 2002, 12(7), 687-698. <https://doi.org/10.1089/154099903322404339>

Latorre, A. (2003). *Conocer y cambiar la práctica educativa*. Editorial Graó

Lake, E. T. (2002). Development of the Practice Environment Scale of the Nursing Work Index. *Research in Nursing & Health*, 25(3), 176-188. <https://dx.doi.org/10.1002/nur.10032>

Liao, Y. M., Yang, C. Y., Kao, C. C., Ty, M. C. D., Lai, Y. H., Chang, Y., Chen, H. L., & Chang, L. (2009). Prevalence and impact on quality of life of lower urinary tract symptoms among a sample of employed women in Taipei: a questionnaire survey. *International Journal of Nursing Studies*, 46(5), 633-644. <https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2008.12.001>

Lopes, M., Costa, J., Lima, J., Oliveira L., Caetano, L., & Silva, A. (2017). Programa de reabilitação do assoalho pélvico: relato de 10 anos de experiência. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 70(1), 231-235. <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2016-0257>

Lopes, M. (2021). Uma estratégia de envelhecimento ativo e saudável. In M. Lopes & C. Sakellarides (Coord.). *Os Cuidados de Saúde face aos Desafios do Nosso Tempo: Contributos para a Gestão da Mudança* (pp. 210-217). Imprensa Universidade de Évora.

Lourenço, R. (2021). Sistema de saúde e social: os desafios do envelhecimento. In M. Lopes & C. Sakellarides (Coord.). *Os Cuidados de Saúde face aos Desafios do Nosso Tempo: Contributos para a Gestão da Mudança* (pp. 19-32). Imprensa Universidade de Évora.

Ludin, M., Arbon, P., & Parker, S. (2013). Patients' transition in the intensive care units: Concept analysis. *Intensive & Critical Care Nursing*, 29(4), 187-192. <https://doi.org/10.1016/j.iccn.2013.02.001>

Magajewski, F. R. L., Beckhauser, M. T., & Grott, Y. (2013). Prevalence of urinary incontinence in primigravidae in a hospital in southern Brazil. *Arquivos Catarinenses De Medicina*, 42(3), 54-58. <http://www.acm.org.br/acm/revista/pdf/artigos/1244.pdf>

Mateus-Vasconcelos, E. C. L., Brito, L. G. O., Driusso, P., Silva, T. D., Antônio, F. I., & Ferreira, C. H. J. (2018). Effects of three interventions in facilitating voluntary pelvic floor muscle contraction in women: a randomized controlled trial. *Brazilian Journal of Physical Therapy*, 22(5), 391-399. <https://doi.org/10.1016/j.bjpt.2017.12.006>

- Mattos, L. (2019). *Músculos da parede e assoalho pélvico*. <https://anatomia-papel-e-caneta.com/musculos-das-paredes-e-assoalho-pelvico/>
- McClurg, D., Frawley, H., Hay-Smith, J., Dean, S., Chen, S. Y., Chiarelli, P., Mair, F., & Dumoulin, C. (2015). Scoping review of adherence promotion theories in pelvic floor muscle training - 2011 ICS state-of-the-science seminar research paper i of iv. *Neurology and urodynamics*, 34(7), 606-614. <https://doi.org/10.1002/nau.22769>
- Meleis, A. I. & Trangenstein, P. (1994). Facilitating Transitions: Redefinition of the nursing mission. *Nursing Outlook*, 42, 255-259. [https://doi.org/10.1016/0029-6554\(94\)90045-0](https://doi.org/10.1016/0029-6554(94)90045-0)
- Meleis, A. I., Sawyer, L. M., Im, E., Hilfinger, D., & Schumacher, K. (2000). Experiencing Transitions: An Emerging Middle-Range Theory. *Advances in nursing journal*, 23(1) 12-28. <https://doi.org/10.1097/00012272-200009000-00006>
- Meleis, A. I. (2010). *Transitions theory: Middle range and situation specific theories in nursing research and practice*. Springer Publishing Company.
- Meleis, A. I. (2019). Facilitating and Managing Transitions: An Imperative for Quality Care – *Investigación en Enfermería: Imagen Y Desarrollo*, 21(1), 1-3. <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/biblio-995470>
- Melville, J. L., Fan, M. Y., Rau, H., Nygaard, I. E., & Katon, W. J. (2009) Major depression and urinary incontinence in women: temporal associations in an epidemiologic sample. *American Journal of Obstetrics and Gynecology*, 201(5), 490-497. <https://doi.org/10.1016/j.ajog.2009.05.047>
- Mezirow, J. (2000). Learning to Think like an Adult. Core Concepts of Transformation Theory. In J. Mezirow, & Associates (Eds.), *Learning as Transformation. Critical Perspectives on a Theory in Progress* (pp. 3-33). Jossey-Bass Inc Pub.

- Milsom, I., & Gyhagen, M. (2019). The prevalence of urinary incontinence. *Climacteric: the journal of the International Menopause Society*, 22(3), 217-222. <https://doi.org/10.1080/13697137.2018.1543263>
- Morrill, M., Lukacz, E. S., Lawrence, J. M., Nager, C. W., Contreras, R., & Luber, K. M. (2007). Seeking healthcare for pelvic floor disorders: a population-based study. *American Journal of Obstetrics and Gynecology*, 197(1), 861-866. <https://doi.org/10.1016/j.ajog.2007.02.051>
- Mosca, L., Riemma, G., Braga, A., Frigerio, M., Ruffolo, A. F., Dominoni, M., Munno, G. M., Uccella, S., Serati, M., Raffone, A., Salvatore, S., & Torella, M. (2022). Female sexual dysfunctions and urogynecological complaints: a narrative review. *Medicina*, 58(8), 1-17. <https://doi.org/10.3390/medicina58080981>
- Moosdorff-Steinhauser, H. F. A., Berghmans, B. C. M., Spaanderman, M. E. A., & Bols, E. M. J. (2021). Urinary incontinence 6 weeks to 1 year post-partum: prevalence, experience of bother, beliefs, and help-seeking behavior. *International Urogynecology Journal*, 32(7), 1817-1824. <https://doi.org/10.1007/s00192-020-04644-3>
- Mota P., & Tinoco C. (2021). Estudo urodinâmico no homem. *Urologia actual*, 41(1), 8-10. [https://apurologia.pt/jornal/APU\\_41.pdf](https://apurologia.pt/jornal/APU_41.pdf)
- Mourão, S., Ferreira, R., Drago, S., Fonseca, C., & Nobre, S. (2021). Women with Stress Urinary Incontinence: The Impact of a Rehabilitation Nursing Program on Quality of Life. In García-Alonso, J., Fonseca, C. (Eds), *Gerontechnology III. IWoG 2020. Lecture Notes in Bioengineering*. Springer, Cham. [https://doi.org/10.1007/978-3-030-72567-9\\_26](https://doi.org/10.1007/978-3-030-72567-9_26)
- Mueller, C. V., Seleme, M. R., Latorre, G. F., Schreiner, M., & Fraga, R. (2022). O impacto do uso de aplicativos na aderência e persistência ao tratamento de incontinência urinária feminina: estudo longitudinal randomizado. *Fisioterapia Brasil*, 23(2), 288-304. <https://doi.org/10.33233/fb.v23i2.4835>

- Murphy, C., Avery, M., Macaulay, M., & Fader, M. (2022). Experiences and impact of living with incontinence associated stigma: A protocol for a systematic review and narrative synthesis of qualitative studies. *PLoS one*, *17*(7), e0270885. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0270885>
- Nascimento, L. B., Camal, L. A. L., Cardoso, J. L. R., & Rosales, J. J. B. (2020). A associação de incontinência urinária e o diabetes em mulheres: revisão narrativa. *Revista Eletrônica Acervo Saúde*, *12*(3), e3066. <https://acervomais.com.br/index.php/saude/article/view/3066>
- National Institute for Health and Care Excellence (2019). Urinary incontinence and pelvic organ prolapse in women: management. NICE Guidance. *BJU international*, *123*(5), 777-803. <https://doi.org/10.1111/bju.14763>
- Nazarko, L. (2012). Continence series, Part 1: Continence and aging. *British Journal of Healthcare Assistants*, *6*(10), 478-483. <https://doi:10.12968/bjha.2012.6.10.478>
- Nazarko, L. (2017). Beyond the bladder: holistic care when urinary incontinence develops. *British journal of community nursing*, *22*(1), 662–666. <https://doi.org/10.12968/bjcn.2017.22.1.662>
- Oliveira, J. R., & Garcia, R. R. (2011). Kinesiotherapy on treatment of urinary Incontinences in elderly women. *Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia*, *14*(2), 343-351. <https://doi.org/10.1590/S1809-98232011000200014>
- Oliveira, R., Silva, E. L., Junqueira, J. B., Gonçalves, M. L., Santos, V., & Conceição, L. (2018). Prevalence of Dermatitis Associated with Incontinence and Factors Associated in Adults Hospitalized with Cancer. *World Council of Enterostomal Therapists Journal*, *38*(2), 44.
- Oliveira, L. G., Tavares A. T., Amorim, T., Paiva, A., & Salimena, A. M. (2020). Impacto da incontinência urinária na qualidade de vida de mulheres: revisão integrativa da literatura. *Revista de Enfermagem UERJ*, *28*, e51896. <http://dx.doi.org/10.12957/reuerj.2020.51896>
- Ordem dos Enfermeiros. (2011b). *Regulamento dos padrões de qualidade dos cuidados especializados em enfermagem de reabilitação*. <http://www.ordemenfermeiros.pt/colegios/documents/pqceereabilitacao.pdf>

Ordem dos Enfermeiros. (2012). *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. (2015). *Padrão documental dos cuidados de enfermagem da especialidade de enfermagem de reabilitação*. [https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/colegios/Documents/2015/MCEER\\_Assembleia/PadraoDocumental\\_EER.pdf](https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/colegios/Documents/2015/MCEER_Assembleia/PadraoDocumental_EER.pdf)

Organização Mundial da Saúde. (1998). *CID-10: Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde*. <https://www.paho.org/pt/noticias/18-6-2018-oms-divulga-nova-classificacao-internacional-doencas-cid-11>

Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Económico. (2019). *The Heavy Burden of Obesity: The Economics of Prevention*. *OECD Health Policy Studies*, OECD Publishing. <https://doi.org/10.1787/67450d67-en>.

Ostaszkiwicz J. (2017). Reframing continence care in care-dependence. *Geriatric nursing*, 38(6), 520-526. <https://doi.org/10.1016/j.gerinurse.2017.03.014>

Ostaszkiwicz J., Dickson-Swift, V., Hutchinson, A., & Wagg, A. (2020). A concept analysis of dignity-protective continence care for care dependent older people in long-term care settings. *BMC*, 20, 266. <https://doi.org/10.1186/s12877-020-01673-x>

Ostaszkiwicz J., Kosowicz, L., Cecil, J., Somanader, D., & Dow, B. (2023). The management of urinary incontinence in nursing homes: a scoping review. *Australian and New Zealand Continence Journal*, 29(4), 80-100. <https://doi.org/10.33235/anzcj.29.4.80-100>

Parpio, Y. N., Minaz, A., & Haider, S. I. (2022). Urinary Incontinence: Understanding the Silent Plight of Women. *Journal of the College of Physicians and Surgeons-Pakistan: JCPSP*, 32(4), 519-521. <https://doi.org/10.29271/jcpsp.2022.04.519>

Patel, M., Coshall, C., Rudd, A. G., & Wolfe, C. D. (2001). Natural history and effects on 2-year outcomes of urinary incontinence after stroke. *Stroke*, 32(1), 122-127. <https://doi.org/10.1161/01.str.32.1.122>

Patton, M. Q. (1990). *Qualitative evaluation and research methods* (2<sup>nd</sup> Edition). Sage Publications, Inc.

Pedro, A. F., Ribeiro, J., Soler, Z. A. S. G., & Bugdan, A. P. (2011). Qualidade de vida de mulheres com incontinência urinária. *Revista Eletrônica Saúde Mental Álcool e Drogas*, 7(2), 63-70. <https://doi.org/10.11606/issn.1806-6976.v7i2p63-70>

Pereira, V. J. R., Ribeiro, A. R. P., Coelho, P., & Morgado, T. M. M. (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>

Pintos-Díaz, M. Z., Alonso-Blanco, C., Parás-Bravo, P., Fernández-de-Las-Peñas, C., Paz-Zulueta, M., Fradejas-Sartre, V., & Palacios-Ceña, D. (2019). Living with Urinary Incontinence: Potential Risks of Women's Health? A Qualitative Study on the Perspectives of Female Patients Seeking Care for the First Time in a Specialized Center. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 16(19), 3781. <https://doi.org/10.3390/ijerph16193781>

Pires, T. F., Pires, P. M., Costa, R., & Viana, R. (2020). Effects of pelvic floor muscle training in pregnant women. *Porto Biomedical Journal*, 5(5), 1-7. <https://doi.org/10.1097/j.pbj.0000000000000077>

Pires, M. (2011). Eliminação e continência vesical. In S. Hoeman (Ed.), *Enfermagem de Reabilitação: Aplicação e processo* (4<sup>a</sup> edição, pp. 453-487). Lusociência.

Pires, K. (2013). *Relação das perdas urinárias e obesidade em mulheres: avaliação da força muscular no pavimento pélvico*. [Dissertação para obtenção do grau de Bacharel em Fisioterapia, Faculdade Católica Salesiana de Espírito Santo].

- Pizzol, D., Demurtas, J., Celotto, S., Maggi, S., Smith, L., Angiolelli, G., Trott, M., Yang, L., & Veronese, N. (2021). Urinary incontinence and quality of life: a systematic review and meta-analysis. *Aging clinical and experimental research*, 33(1), 25-35. <https://doi.org/10.1007/s40520-020-01712-y>
- Potter C., Weigel, K., & Green, C. (2009). Problemas dos Rins e do Aparelho Urinário In. W. Phipps, J. Sands & J. Marek (ed.), *Enfermagem Médico-cirúrgica: Perspetivas de saúde e doença*, 8ª edição, (pp. 989-1030). Lusodidacta.
- Przydacz, M., Dudek, P., Golabek, T., & Chlosta, P. (2021). Relationship between Lower Urinary Tract Symptoms and Treatment-Related Behavior in an Eastern European Country: Findings from the LUTS POLAND Study. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 18(2), 785. <https://doi.org/10.3390/ijerph18020785>
- Quadros, L. B., Aguiar, A., Menezes, A. V., Alves, E.F., Nery, T., & Bezerra, P.P. (2015). Prevalência da incontinência urinária em idosos institucionalizados e sua relação com o estado mental, independência funcional e comorbidades associadas. *Revista Acta Fisiátrica*, 3(22), 130-134. <https://doi.org/10.5935/0104-7795.20150025>
- Quadros, L. B., & Bezerra, P. (2016). Acidente Vascular Encefálico como fator de risco para incontinência urinária em idosos institucionalizados. *Revista Saúde e Pesquisa*, 9(3), 557-566. <https://doi.org/10.17765/1983-1870.2016v9n3p557-566>
- Radoja, I., & Degmečić, D. (2019). Quality of life and female sexual dysfunction in croatian women with stress-, urgency-and mixed urinary incontinence: results of a cross-sectional study. *Medicina*, 55(6), 1-14. <https://doi.org/10.3390/medicina55060240>
- Ramírez, J. A., Tirado, P. O., Samur, C. S., Gamboa, C. V., & Oliveres, X. C. (2022). Health-related quality of life in women aged 20-64 years with urinary incontinence. *International Urogynecology Journal*, 27, 1-10. <https://doi.org/10.1007/s00192-022-05365-5>
- Regulamento N.º 140/2019. (2019). *Diário da República, Série II, N.º 26*. <https://dre.pt/dre/detalhe/regulamento/140-2019-119236195>

Regulamento N.º 392/2019. (2019). *Diário da República, Série II*, N.º 85, 13565-13568. <https://files.dre.pt/2s/2019/05/085000000/1356513568.pdf>

Regulamento N.º 743/2019 (2019). *Diário da República, Série II*, N.º 184, 128-155. <https://files.dre.pt/2s/2019/09/184000000/0012800155.pdf>

Ren, Y., Hu, Q., Zou, H., Xue, M., Tian, X., Cao, F., & Yang, L. (2022). Age at first birth and risk of urinary incontinence after delivery: a dose-response meta-analysis. *Scientific Reports*, *12*(1), 16588. <https://doi.org/10.1038/s41598-022-19809-x>

Ribeiro, O. M. P. L., Martins, M. M. F. P. S., Tronchim, D. M. R., & Forte, E. C. N. (2018). O Olhar Dos Enfermeiros Portugueses Sobre Os Conceitos Metaparadigmáticos De Enfermagem. *Texto Contexto Enfermagem*, *27*(2). <https://dx.doi.org/10.1590/0104-070720180003970016>

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

Roza, T. (2011). *Prevalência da Incontinência Urinária feminina e proposta de um protocolo de reabilitação funcional dos músculos do pavimento pélvico para mulheres atletas*. [Dissertação para a obtenção do 2º ciclo em Atividade Física e Saúde, Faculdade de Desporto da Universidade do Porto].

Sacomori, C., Böer, L., Sperandio, F. F., & Cardoso, F. L. (2013). Prevalence of variables associated with urinary incontinence in the third trimester of pregnancy. *Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil*, *13*(3), 215-221. <https://doi.org/10.1590/S1519-38292013000300003>

Sampieri, P., Collado, C., & Lucio, M. (2013). *Metodologia de Pesquisa*. Penso Editora.

Sampselle, C. M., Harlow, S. D., Skurnick, J., Brubaker, L., & Bondarenko, I. (2002). Urinary incontinence predictors and life impact in ethnically diverse perimenopausal women. *Obstetrics and Gynecology*, *100*(6), 1230-1238. [https://doi.org/10.1016/s0029-7844\(02\)02241-x](https://doi.org/10.1016/s0029-7844(02)02241-x)

- Sandvik, H., Seim, A., Vanvik, A., & Hunskaar, S. (2000). A severity index for epidemiological surveys of female urinary incontinence: comparison with 48-hour pad-weighing tests. *Neurourology and Urodynamics*, 19(2), 137-145. [https://doi.org/10.1002/\(sici\)1520-6777\(2000\)19:2<137:aid-nau4>3.0.co;2-g](https://doi.org/10.1002/(sici)1520-6777(2000)19:2<137:aid-nau4>3.0.co;2-g)
- Santos, C. (2012). Reeducação perineoesfincteriana. In M. M. Silva, A. Duarte, J. Galo & N. Domingues (Coords.), *Enfermagem em Urologia* (pp. 166-170). Lidel.
- Saraswat, L., Rehman, H., Omar, M. I., Cody, J. D, Aluko, P., & Glazener, C. (2020). Traditional suburethral sling operations for urinary incontinence in women. *The Cochrane Database of Systematic Reviews*, 1(1). <https://doi.org/10.1002/14651858.CD001754.pub5>
- Savoie-Zajc, L. (2021). *L'entrevue semi-dirigée*. In I. Bourgeois (Dir.) *Recherche Sociale. De la problématique à la collecte des données* (7ª Edição). Presses de l'Université du Québec
- Schnelle, J. F., Buchowski, M. S., Ikizler, T. A., Durkin, D. W., Beuscher, L., & Simmons, S. F. (2012). Evaluation of two fatigability severity measures in elderly adults. *Journal of the American Geriatrics Society*, 60(8), 1527-1533. <https://doi.org/10.1111/j.1532-5415.2012.04062.x>
- Seeley, R., Stephens, T., & Tate, P. (2007). *Anatomia e Fisiologia* (6ª Edição). Lusociência.
- Sequeira, C., & Néné, M. (2022). Investigação em Enfermagem: Desafios e Oportunidades In M. Néné e C. Sequeira (Coords.) *Investigação em Enfermagem – Teoria e Prática*. (pp.17-21). Lidel
- Sharaf, A. Y, El Sebai, N. A, Ewieda, S. M., Shokry, M. S., & Salem, M. A. (2010). The Impact of Nursing Interventions on the Control of Urinary Incontinence among Women. *Journal of American Science*, 6(10). [https://www.jofamericanscience.org/journals/amsci/am0610/145\\_3874am0610\\_1256\\_1271.pdf](https://www.jofamericanscience.org/journals/amsci/am0610/145_3874am0610_1256_1271.pdf)
- Silva, A. I., Almeida, C., Aguiar, H., Neves, M., & Teles, M. J. (2013). Prevalência e impacto da incontinência urinária na qualidade de vida da mulher. *Revista Portuguesa de Medicina Geral e Familiar*, 29, 364-376. <https://doi.org/10.32385/rpmgf.v29i6.11197>

- Silva, A. P., Montenegro, M. L., Gurian, M. B., Mitidieri, A. M., Lara, L. A., Poli-Neto, O. B., & Silva, J. C. R. (2017). Perineal Massage Improves the Dyspareunia Caused by Tenderness of the Pelvic Floor Muscles. *Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia*, 39(1), 26-30. <https://doi:10.1055/s-0036-1597651>
- Silva, D. A., Ferreira, W. A. C., Avelino, P. R., Costa, H. S., & Menezes, K. K. P. (2019). Efeitos do fortalecimento muscular do assoalho pélvico em pacientes pós-acidente vascular encefálico com incontinência urinária. *Fisioterapia Brasil*, 20(4), 515-525. <https://doi.org/10.33233/fb.v20i4.2794>
- Silva, M. F., Prado Costa, R., Oliveira, C. M., & Moreira, S. (2021). A incontinência urinária em mulheres praticantes de exercício recreativo: Um estudo transversal. *Revista Científica da Ordem dos Médicos*, 724-732. <https://doi.org/10.20344/amp.14004>
- Soares, A., Maia, M., Visconti, V., Fernandes, A., Santo, J., Oliveira, I., Araújo, F., & Araújo, J. (2021). Literacia em saúde nos doentes hospitalizados num serviço de medicina interna. *RPMI*, 27(2), 124-130. <https://doi.org/10.24950/o/233/19/2/2020>
- Sociedade Portuguesa de Uroginecologia. (2018). *Consenso Nacional sobre Uroginecologia*. S.P.U.G.
- Sociedade Portuguesa de Uroginecologia. (2021). *Consenso Nacional sobre Uroginecologia*. S.P.U.G.
- Stevens, K. (2011). Eliminação e Continência Urinária. In S. P. Hoeman (Ed.), *Enfermagem de Reabilitação – Prevenção, Intervenção e Resultados Esperados* (4ª edição, pp. 351-385). Lusodidacta.
- Stake, R. (1999). *Investigación com estudio de casos*. Morata.
- Stake, R. (2012). *A arte da investigação com estudos de caso* (3ª Edição). Fundação Calouste Gulbenkian.

- Swenson, C. W., Kolenic, G. E., Trowbridge, E. R., Berger, M. B., Lewicky-Gaup, C., Margulies, R. U., Morgan, D. M., Fenner, D. E., & DeLancey, J. O. (2017). Obesity and stress urinary incontinence in women: compromised continence mechanism or excess bladder pressure during cough?. *International urogynecology journal*, *28*(9), 1377-1385. <https://doi.org/10.1007/s00192-017-3279-6>
- Tähtinen, R. M., Cartwright, R., Tsui, J.F., Aaltonen, R. L., Aoki, Y., Cárdenas, J. L., El Dib, R., Joronen, K., Juaid, S., Kalantan, S., Kochana, M., Kopec, M., Lopes, L. C., Mirza, E., Oksjoki, S., Pesonen, J. S., Valpas, A., Wang, L., Zhang, Y., ... Tikkinen, K. A. O. (2016). Long-term impact of mode of delivery on stress urinary incontinence and urgency urinary incontinence: A systematic review and meta-analysis. *European Urology*, *70*(1), 148-158. <https://doi:10.1016/j.eururo.2016.01.037>
- Tavares, N. U., Bertoldi, A. D., Mengue, S. S., Arrais, P. S., Luiza, V. L., Oliveira, M. A., Ramos, L. R., Farias, M. R., & Pizzol, T. D. (2016). Factors associated with low adherence to medicine treatment for chronic diseases in Brazil. *Revista de Saúde Pública*, *50*(suppl2). <https://doi:10.1590/s1518-8787.2016050006150>
- Tavares, P., Santos, R. S., & Magalhães, B. (2022). Fatores determinantes na transição para Cuidados Paliativos: Perspetiva De Enfermeiros Peritos. *Publicado On-Line*, Ano XV-7-12. <https://doi.org/10.31877/on.2022.45.01>
- Temido, P., & Borges, R. (2012). Bexiga Hiperactiva. *Urologia em Medicina Familiar*. Associação Portuguesa de Urologia.
- Teunissen, D., Bosch, W. V. D., Weel, C. V., & 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>
- Thomas, L. H., Coupe, J., Cross, L. D., Tan, A. L., & Watkins, C. L. (2019). Interventions for treating urinary incontinence after stroke in adults. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, *1*(2). <https://doi:10.1002/14651858.CD004462.pub4>

- Tizón-Bouza E., Aneiros-Castro, M. M., Pena-Nuñez, M. E., Cibeira-López, M. B., López-Salgado, A., & Souto-Felgar, A. (2020). Prevalencia, impacto en la calidad de vida y variables asociadas a la incontinência urinaria en una unidad de hospitalización. *Urologia General. Archivos Espanoles de Urologia*, 73(7), 582-592.
- Todhunter-Brown, A., Hazelton, C., Campbell, P., Elders, A., Hagen, S., & McClurg, D. (2022). Conservative interventions for treating urinary incontinence in women: an Overview of Cochrane systematic reviews. *The Cochrane database of systematic reviews*, 9(9). <https://doi.org/10.1002/14651858.CD012337.pub2>
- Torres, A. (2002). *O casamento em Portugal: Uma análise sociológica*. Celta Editora.
- Troko, J., Bach, F., & Toozs-Hobson, P. (2016). Predicting urinary incontinence in women in later life: A systematic review. *Maturitas*, 94, 110–116. <https://doi.org/10.1016/j.maturitas.2016.09.006>
- Unidade de Cuidados na Comunidade Dunas. (2019). Manual de Acolhimento para profissionais. ACES Algarve II. Algarve Barlavento. ARS Algarve.
- Vaughan, C. P., Goode, P. S., Burgio, K. L., & Markland, A. D. (2011). Urinary incontinence in older adults. *The Mount Sinai journal of medicine*, 78(4), 558-570. <https://doi.org/10.1002/msj.20276>
- Viana, E. S. R., & Micussi, M. T. A. B. C. (2021). *Incontinência urinária feminina: da avaliação à reabilitação*. Edufrn.
- Virtuoso, J. F., Mazo, G. Z., & Menezes, E. C. (2012). Prevalência, tipologia e sintomas de gravidade da incontinência urinária em mulheres idosas segundo a prática de atividade física. *Fisioterapia em Movimento*, 25(3), 571-582. <https://doi.org/10.1590/S0103-51502011000100005>
- Wang, K., Xu, X., Jia, G., & Jiang, H. (2020). Risk Factors for Postpartum Stress Urinary Incontinence: a Systematic Review and Meta-analysis. *Reproductive Sciences*, 27(12), 2129-2145. <https://doi.org/10.1007/s43032-020-00254-y>

Wennberg, A. L., Altman, D., Lundholm, C., Klint, A., Iliadou, A., Peeker, R., Fall, M., Pedersen, N. L., & Milsom, I. (2011). Genetic influences are important for most but not all lower urinary tract symptoms: a population-based survey in a cohort of adult Swedish twins. *European Urology*, 59(6), 1032-1038. <https://doi.org/10.1016/j.eururo.2011.03.007>

Woolcott, J. C., Richardson, K. J., Wiens, M. O., Patel, B., Marin, J., Khan, K. M., & Marra, C. A. (2009). Meta-analysis of the impact of 9 medication classes on falls in elderly persons. *Archives of internal medicine*, 169(21), 1952-1960. <https://doi.org/10.1001/archinternmed.2009.357>

World Health Organization. (2017). Integrate care for old people (COPE): *Guidelines on community-level interventions to manage declines in intrinsic capacity. Evidence profile: Urinary incontinence*. World Health Organization. <https://www.who.int/publications/i/item/9789241550109>

World Health Organization. (2023). *WHO clinical consortium on healthy ageing 2022. Report of consortium meeting held virtually*, 5-6. <https://www.who.int/publications/i/item/9789240076822>

World Health Organization. (2023). *Childhood Obesity Surveillance Initiative (COSI); Tajikistan. Report on the fourth (2016/2017) and fifth (2019) rounds of data collection*. <https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/365967/WHO-EURO-2023-4354-44117-62236-eng.pdf?sequence=1>

Yates, A. (2021). Addressing the gender gap in urinary continence care. *British journal of community nursing*, 26(5), 228-234. <https://doi.org/10.12968/bjcn.2021.26.5.228>

Yavuz, M., & Etiler, N. (2023). Addressing urinary incontinence by gender: a nationwide population-based study in Turkiye. *BMC urology*, 23(1), 205. <https://doi.org/10.1186/s12894-023-01388-2>

Yin, R. K. (2005). *Estudo de Caso. Planejamento e Métodos* (2ª Edição). Bookman.

Yin, R. K. (2010). *Estudo de Caso: Planejamento e Métodos* (4ª Edição). Bookman.

Xue, K., Palmer, M. H., & Zhou, F. (2020). Prevalence and associated factors of urinary incontinence in women living in China: a literature review. *BMC urology*, *20*(1), 159. <https://doi.org/10.1186/s12894-020-00735-x>

Zanetti, M. R., Castro, R., Rotta, A. L., Santos, P. D., Sartori, M., & Girão, M. J. (2007). Impact of supervised physiotherapeutic pelvic floor exercises for treating female stress urinary incontinence. *São Paulo medical journal = Revista paulista de medicina*, *125*(5), 265-269. <https://doi.org/10.1590/s1516-31802007000500003>

Zhang, Y., Wang, C., Yu, X., Wan, L., Cheng, W., Xie, C., Chen, D., Cao, Y., Xue, J., Niu, Y., & Ding, H. (2023). Characteristics, scope of activity, and negative emotions in elderly women with urinary incontinence: Based on a longitudinal followup in Shanghai, China. *BioScience Trends*, *17*(2), 172-176. <https://doi.org/10.5582/bst.2022.01507>

Zhou, F., Newman, D. K., & Palmer, M. H. (2018). Urinary Urgency in Working Women: What Factors Are Associated with Urinary Urgency Progression?. *Journal of women's health (2002)*, *27*(5), 575-583. <https://doi.org/10.1089/jwh.2017.6555>

**ANEXO I – Escala Rancho Los Amigos - Levels of Cognitive Functioning Scale**

**Escala Rancho Los amigos – Levels of Cognitive Functioning Scale**

Nível	Comportamento	Descrição
I	<b>Sem Resposta (Assistência Total)</b>	Ausência de mudanças comportamentais observáveis perante estímulo visual, auditivo, tátil, proprioceptivo, vestibular ou doloroso.
II	<b>Resposta Generalizada (Assistência Total)</b>	Apresenta resposta reflexa generalizada a estímulos dolorosos. Responde a estímulos externos com mudanças fisiológicas generalizadas, movimento corporal grosseiro, aumentando ou diminuindo o nível de atividade e/ou vocalização não intencional. As respostas podem ser tardias e as mesmas independentemente do tipo e localização do estímulo.
III	<b>Resposta Localizada (Assistência Total)</b>	Apresenta resposta motora em retirada ou vocalização a estímulos dolorosos. Afasta-se ou dirige-se a estímulos auditivos. Pestaneja quando uma luz intensa entra no seu campo visual. Segue objetos em movimento que entrem no seu campo visual. Responde ao desconforto puxando tubos ou imobilizações. Responde inconsistentemente a ordens simples. As respostas são diretamente relacionadas com o tipo de estímulo. Por vezes responde a algumas pessoas, mas não a outras.
IV	<b>Confuso – Agitado (Assistência Máxima)</b>	Apresenta períodos de vigília e de elevado estado de atividade/reactividade. Apresenta tentativas para remover imobilizações, dispositivos médicos ou sair da cama. Por vezes executa atividades motoras tais como sentar, andar e alcançar algo, sem qualquer propósito aparente ou a pedido de outrem. Momentos muito breves e geralmente não intencionais de atenção mantida. Ausência de memória de curto prazo e de comportamento dirigido a objetivos, de resolução de problemas e de automonitorização. Por vezes chora ou grita de forma exagerada em resposta a estímulos, mesmo após a sua remoção e apresenta comportamento agressivo e/ou de fuga. O humor oscila da euforia à hostilidade sem relação aparente com o ambiente. Incapaz de cooperar nos cuidados. As verbalizações são frequentemente incoerentes e/ou inadequadas para as atividades ou ambiente.
V	<b>Confuso – Inapropriado – Não Agitado (Assistência Máxima)</b>	Vígil, sem agitação, por vezes vagueia ao acaso ou com vaga intenção de ir para casa. Por vezes torna-se agitado em resposta a estímulos externos e/ou à falta de estruturação ambiental. Desorientado relativamente ao espaço e/ou tempo. Frequentes e breves períodos de atenção mantida, de carácter não intencional. Comprometimento grave da memória de curto prazo. Ausência de comportamento dirigido a objetivos, de resolução de problemas e de automonitorização. Demonstra o uso inadequado de objetos, sem orientação de outrem. Por vezes é capaz de executar tarefas que lhe são familiares, com estruturação e orientação de outrem. Incapaz de aprender novas informações. Capaz de responder adequadamente a ordens simples, de forma consistente, com estruturação e orientação de outrem. As respostas a ordens simples, sem estruturação e orientação, são aleatórias e despropositadas. Capaz de conversar socialmente, num nível automático, por breves períodos de tempo, quando lhe é fornecida estruturação e orientação. As verbalizações sobre acontecimentos atuais tornam-se inadequadas e confabuladas quando não lhe é fornecida estruturação e orientação.

<p>VI</p>	<p><b>Confuso – Apropriado (Assistência Moderada)</b></p>	<p>Inconsistentemente orientado em relação ao espaço e/ou tempo. Capaz de executar tarefas, que lhe são fortemente familiares, num ambiente sem distrações, durante 30 minutos, com assistência moderada. A memória de longo prazo tem maior profundidade e detalhe do que a memória de curto prazo. Reconhecimento vago de alguns funcionários. Capaz de usar auxiliares de memória com assistência máxima. Consciência emergente de respostas apropriadas para as necessidades básicas do próprio e da família. Comportamento progressivamente direcionado a objetivos relacionados com a satisfação das suas necessidades básicas. Necessita de assistência moderada para resolver problemas e obstáculos à conclusão de tarefas e de assistência mínima para executar tarefas aprendidas no passado. Demonstra iniciativa para executar tarefas reaprendidas. Necessita de assistência máxima para executar novas tarefas aprendidas, demonstrando reduzida ou nenhuma iniciativa. Sem consciência da sua deficiência, da sua incapacidade e dos riscos relativos à segurança. Segue orientações simples de forma consistente. As verbalizações são apropriadas em situações estruturadas e fortemente familiares.</p>
<p>VII</p>	<p><b>Automática – Apropriado (Assistência Mínima)</b></p>	<p>Consistentemente orientado em relação a si e ao espaço, em ambientes fortemente familiares. Assistência mínima na orientação temporal. Capaz de executar tarefas que lhe são fortemente familiares, num ambiente sem distrações, durante pelo menos 30 minutos, com assistência mínima para as concluir. Capaz de usar auxiliares de memória com assistência mínima. Necessita de assistência mínima para novas aprendizagens. Inicia e executa os passos para completar rotinas pessoais e domésticas, apresentando vaga memória do que esteve a fazer. Capaz de monitorizar a precisão e a totalidade de cada passo das rotinas pessoais e domésticas e modificar o plano com assistência mínima. Tem consciência superficial da sua condição, mas não das suas deficiências e incapacidades específicas, nem das limitações que estas colocam na sua capacidade de completar as rotinas com segurança e precisão, em contexto doméstico, comunitário, de trabalho e lazer. Assistência mínima para a segurança nas rotinas domésticas e atividades comunitárias. Planeamento irrealista do futuro. Incapaz de pensar sobre as consequências de uma decisão ou ação. Sobrestima capacidades. Tem dificuldade em reconhecer as necessidades e os sentimentos dos outros. Por vezes apresenta comportamento de oposição/ não cooperação. Tem dificuldade em reconhecer comportamentos inapropriados de interação social.</p>

VIII	<p><b>Intencional</b> –  <b>Apropriado</b>  <b>(Supervisão)</b></p>	<p>Consistentemente orientado em relação a si, ao espaço e ao tempo. Executa e completa tarefas, que lhe são familiares, de forma independente, durante 1 hora, em ambientes com distrações. Capaz de recordar e integrar acontecimentos passados e recentes. Capaz de usar auxiliares de memória com supervisão. Inicia e executa os passos para completar rotinas pessoais, domésticas, comunitárias, de trabalho e de lazer, que lhe são familiares, com supervisão e modifica o plano, quando necessário, com assistência mínima. Não necessita de assistência para executar novas tarefas aprendidas. Tem consciência e reconhece as suas deficiências e incapacidades, quando estas interferem com a conclusão de tarefas, mas necessita de supervisão para tomar as medidas corretivas necessárias. Pensa sobre as consequências de uma decisão ou ação, com assistência mínima. Sobrestima ou subestima as suas capacidades. Reconhece as necessidades e os sentimentos dos outros e responde de forma apropriada com assistência mínima. Facilmente apresenta humor depressivo. Facilmente irritável. Baixa tolerância à frustração. Argumentativo. Tem dificuldade em compreender outros pontos de vista. Invulgarmente dependente/independente. Capaz de reconhecer um comportamento de interação social como inapropriado, enquanto este ocorre e de tomar medidas corretivas com assistência mínima.</p>
------	---	---

**Fonte:** Adaptado de Pereira et al. (2021).

**ANEXO II – Escala de Auto-eficácia de Broome para os exercícios dos músculos do pavimento pélvico**

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

<p><b>Instruções</b> 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.</p> <p><b>Exemplos</b> 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.</p> <p>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).</p> <p><b>Exemplo (Parte A)</b> Para cada frase, por favor, indique o seu nível de confiança na realização das contracções dos músculos pélvicos para prevenir perda involuntária de urina.</p> <p>Vamos supor que se sente 80% confiante na sua capacidade de executar as contracções dos músculos pélvicos. Deste modo, a sua resposta seria 80, pelo que deveria colocar um círculo no número 80.</p> <p>Qual o seu nível de confiança na sua capacidade de contrair os seus músculos pélvicos 15 vezes como foi ensinado (a)?</p> <p><b>Nível de confiança</b> 0 10 20 30 40 50 60 70 <b>80</b> 90 100</p>
--

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

<b>Que nível de confiança sente na sua capacidade de:</b>	<b>Nível de confiança</b>
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: Broome (1999)

**ANEXO III – Certificado de Participação no Webinar “Transição entre ambientes de prática Clínica: o Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação como Decisor, Interveniente e Formador”**



## CERTIFICADO

---

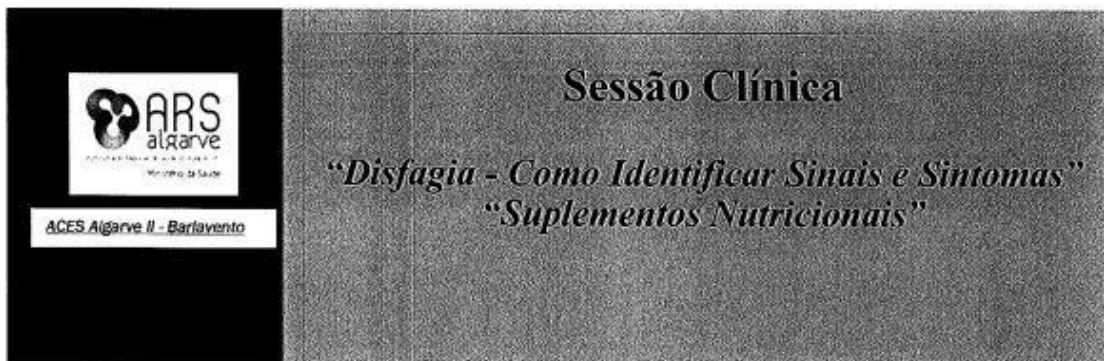
Certifica-se que Lucília Costa participou no Webinar "Transição entre ambientes de prática Clínica: o Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação como Decisor, Interviente e Formador", que decorreu online no dia 25 de outubro 2023, com a duração de 7 horas.

A Coordenadora do Gabinete de  
Formação e Desenvolvimento Profissional da ESEL

*Carla Nascimento*

Professora Doutora Carla Nascimento

**ANEXO IV – Certificado de Participação na Sessão de Formação “Disfagia – como identificar sinais e sintomas – suplementos nutricionais”**



## Declaração

Declara-se que Lucília Costa, aluna de enfermagem de reabilitação, a realizar estágio na UCC Dunas (Portimão), esteve presente na sessão clínica sobre **“Disfagia - Como Identificar Sinais e Sintomas” | Suplementos Nutricionais**, que teve lugar no Centro de Saúde de Portimão, do ACES Algarve II - Barlavento, no dia 20 de dezembro de 2023, das 14h00 às 16h00.

Portimão, 22 de dezembro de 2023

A Diretora Executiva  
do ACES Algarve II – Barlavento

Dr.ª Leonor Bota

**APÊNDICE I – Cuidados de Enfermagem de Reabilitação à Pessoa Submetida a Artroplastia Total da Anca por Coxartrose**



**Instituto Politécnico de Portalegre  
Escola Superior de Saúde**

7.º Curso de Mestrado em Enfermagem em Associação  
2022/2023

Unidade Curricular: Estágio em Enfermagem de Reabilitação

**PLANEAMENTO DE CUIDADOS:  
CUIDADOS DE ENFERMAGEM DE REABILITAÇÃO À PESSOA  
SUBMETIDA A ARTROPLASTIA TOTAL DA ANCA POR  
COXARTROSE**

Docente Orientador: Professor João Vítor Vieira da Silva

Enfermeiro Orientador: Enfermeiro Hélder Pino

Discente: Lucília Costa nº22940

**Junho  
2023**



**Instituto Politécnico de Portalegre  
Escola Superior de Saúde**

**7.º Curso de Mestrado em Enfermagem em Associação  
2022/2023**

**Unidade Curricular: ESTÁGIO EM ENFERMAGEM DE REABILITAÇÃO**

**PLANEAMENTO DE CUIDADOS:  
CUIDADOS DE ENFERMAGEM DE REABILITAÇÃO À PESSOA  
SUBMETIDA A ARTROPLASTIA TOTAL DA ANCA POR  
COXARTROSE**

**Docente Orientador: Professor João Vítor Vieira da Silva  
Enfermeiro Orientador: Enfermeiro Hélder Pino**

**Discente: Lucília Costa nº22940**

**Junho  
2023**

## RESUMO

**Introdução:** A artroplastia da anca surge como tratamento de última linha da coxartrose, quando todos os outros não são eficazes e quando a dor provocada pela degeneração da cartilagem prejudica a funcionalidade e consequentemente a qualidade de vida da pessoa.

**Objetivo:** Definir quais as intervenções de enfermagem de reabilitação adequadas e identificar o papel e o benefício das mesmas na melhoria da funcionalidade da pessoa após artroplastia total da anca.

**Metodologia:** Elaboração de um plano de cuidados visando a reeducação funcional motora de uma pessoa submetida a artroplastia da anca, obedecendo às *guidelines* CAse REport.

**Resultados:** A reeducação funcional motora no período peri-operatório de uma pessoa | submetida a artroplastia total da anca teve tradução positiva no aumento da força muscular e capacidade para o autocuidado, melhoria do equilíbrio e na prevenção de complicações pós-cirúrgicas.

**Interpretação:** Verificou-se uma evolução favorável quer da força muscular, amplitude articular e equilíbrio, bem como na realização das atividades de vida diária no decorrer do internamento.

**Conclusões:** Os resultados revelam que a reeducação funcional da pessoa submetida a artroplastia da anca tem um papel fundamental na capacitação da pessoa e na redução de possíveis complicações pós-operatórias, quer para a recuperação do seu potencial máximo e regresso à sua rotina pessoal e social.

**Descritores:** Reeducação funcional; Reabilitação; Artroplastia Total da Anca, Autocuidado, Coxartrose

## LISTA DE ABREVIATURAS

**CHUA** – Centro Hospitalar Universitário do Algarve

**CIPE** – Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem

**DGS** – Direção-Geral da Saúde

**DR** – Diário da República

**EE** – Enfermeiro Especialista

**EEER** – Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação

**ICN** – *International Council of Nurses*

**INE** – Instituto Nacional de Estatística

**MRC** – Medical Research Council

**OE** – Ordem dos Enfermeiros

**PQCEER** – Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem de Reabilitação

## ÍNDICE

INTRODUÇÃO.....	8
2. Apresentação do caso.....	10
2.1. Informação da Pessoa.....	11
2.2. História Clínica Atual.....	11
4. Diagnósticos de Enfermagem.....	12
5. Resultados.....	24
6. Discussão.....	25
7. Perspetiva da Pessoa.....	26
8. Consentimento Informado.....	27
9. Considerações Finais.....	27
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	29
APÊNDICES.....	31

## ÍNDICE DE APÊNDICES

APÊNDICE I: ESCALA DE COMA DE GLASGOW .....	32
APÊNDICE II: ESCALA NUMÉRICA DA DOR .....	33
APÊNDICE III: ESCALA DE BRADEN.....	35
APÊNDICE IV: ESCALA DA FORÇA MUSCULAR MEDICAL RESEARCH COUNCIL.....	37
APÊNDICE V: ESCALA DE EQUILÍBRIO DE BERG .....	39
APÊNDICE VI: ESCALA DE ASHWORTH MODIFICADA.....	41
APÊNDICE VI: ESCALA DE MORSE .....	43
APÊNDICE VII: ÍNDICE DE BARTHEL.....	45

## ÍNDICE DE TABELAS

Tabela 1: Cronograma do Plano de Intervenção de Enfermagem de Reabilitação.....	12
Tabela 2: Plano de Intervenção de Enfermagem de Reabilitação.....	22

## INTRODUÇÃO

No âmbito da Unidade Curricular Estágio de Enfermagem de Reabilitação, integrada no VII Curso de Mestrado em Enfermagem com a Especialização em Enfermagem de Reabilitação, da Associação de Escolas Superiores de Enfermagem e de Saúde, a decorrer na Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Portalegre, emerge o presente trabalho como meio de avaliação.

Surge uma proposta de elaboração de um planeamento de cuidados que constituirá forma de otimizar e consolidar aprendizagens adquiridas durante o decurso do estágio no serviço de Ortopedia – CHUA Unidade de Portimão. Definida a metodologia de estudo de caso, a escolha recaiu sobre uma pessoa com causa de internamento frequente no contexto ortopédico, que se traduz numa situação dolorosa, com diminuição da funcionalidade, sendo muitas vezes incapacitante: a coxartrose.

A par de uma população cada vez mais envelhecida, com mais dependências, decorre a urgência nas respostas do ponto de vista da Enfermagem de Reabilitação, com estratégias assentes nos resultados da evidência mais atual.

De uma forma geral, a osteoartrose trata-se de uma doença de desgaste articular, com caráter crónico e natureza degenerativa (Duarte et al., 2013).

Segundo Lucas e Monjardino (2010), a coxartrose surge com uma prevalência de 5,5%, atingindo de forma mais significativa, as mulheres (7,4%, face a 2,2% nos homens) e sendo mais expressiva com o avançar da idade (0,0% antes dos 40 anos para 19,5% após os 60 anos).

Ao exame objetivo, a pessoa pode apresentar um quadro clínico típico de rigidez matinal, crepitação óssea, atrofia muscular e dor gradual e insidiosa associada à perda de funcionalidade (Duarte et al., 2013; Judas, 2011).

Como parte integrante do diagnóstico, é possível classificar a coxartrose, tendo como base o historial clínico, o exame físico e exames complementares de diagnóstico, em quatro graus: grau I (possível formação de osteófitos); grau II (presença de fissura na cartilagem, com diminuição do espaço articular); grau III (presença de erosões na cartilagem) e grau IV

(presença de deformidade óssea da cabeça do fémur e/ou acetábulo com ausência de cartilagem) (Serra, 2001).

O impacto dos sintomas associados é bastante significativo, corresponde a uma fração de 3 a 8% da população adulta da Europa, que sofre com as consequências da doença osteoarticular (Colibazzi et al., 2020). Em Portugal o cenário segue o mesmo perfil, com o Observatório Nacional das Doenças Reumáticas a apontar uma prevalência de 20 a 30% atribuída à dor de causa musculoesquelética, sendo a principal causa de absentismo ao trabalho e invalidez (Lucas & Monjardino, 2010).

A coxartrose apresenta-se como a principal causa para realizar artroplastia total da anca, tendo na maior parte dos casos, resultados muito positivos, com redução efetiva e da dor e recuperação da funcionalidade (Parente et al., 2019). A abordagem cirúrgica considerada a mais fisiológica, segundo os autores, é a via antero-lateral de Watson-Jones que possibilita uma boa exposição anatómica da cavidade acetabular e terço proximal do fémur.

Devido ao desenvolvimento do tratamento cirúrgico da coxartrose (inclusive a artroplastia total da anca), é possível reduzir as complicações consequentes de períodos prolongados de imobilidade e das imobilizações dos segmentos afetados.

Associados a este, os cuidados de enfermagem de reabilitação, com levante precoce com exercícios de mobilização e fortalecimento muscular possibilitam resultados bastante positivos e ganhos em saúde, para a pessoa, seus familiares e sociedade em geral (Parente et al., 2019).

Para que o enfermeiro de reabilitação implemente as devidas intervenções é essencial uma primeira avaliação pormenorizada, com interesse em perceber o estado prévio da pessoa e o seu contexto familiar e social, de forma, que sejam promovidos processos de readaptação com intervenções individualizadas e direcionadas. Só neste processo sistemático de reavaliação constante é possível construir programas de reabilitação sustentáveis, apoiando-se sempre em dados objetivos que possam traduzir melhorias no estado funcional da pessoa (Santos, 2016).

Objetivar os contributos de um programa de reabilitação motora e funcional e treino de Atividades de Vida Diária da pessoa submetida a artroplastia total da anca, no período pré e pós-operatório constitui o objetivo geral deste estudo. Já os objetivos específicos prendem-se com: identificar alterações da funcionalidade e possíveis complicações decorrentes da cirurgia; identificar os principais diagnósticos de enfermagem de reabilitação na pessoa submetida a artroplastia total da anca; avaliar os resultados do programa de reabilitação funcional motora no processo decorrente de artroplastia total da anca.

O estudo de caso apresenta-se da seguinte forma: inicia-se com uma breve contextualização do tema abordado. De seguida procede-se à exposição do caso em si, com os dados colhidos na avaliação inicial com descrição da história clínica da pessoa e respetiva avaliação diagnóstica de enfermagem de reabilitação com os diagnósticos a ela associados. Apresenta-se então o planeamento de cuidados de enfermagem seguido dos resultados obtidos, com uma discussão dos mesmos.

Encontram-se então a perspetiva da pessoa e a forma como se procedeu para aferir o consentimento informado. Por fim apresentam-se as conclusões, onde se procura dar resposta aos objetivos anteriormente descritos. Estão ainda em apêndice os instrumentos de avaliação utilizados bem como as datas e respetivas avaliações realizadas.

Este estudo de caso foi elaborado de acordo com as *guidelines* CAse REport (Riley et al., 2017) e seguindo as normas de publicação da *American Psychological Association 7.ª* edição (American Psychological Association, 2020).

De ressaltar que foi adotada uma conduta ética, preservando os princípios legais de forma a realizar este estudo assente em valores de respeito e confidencialidade. O acesso aos dados da pessoa do estudo de caso foi possível com recurso à consulta do seu processo clínico informático, inclusive dos exames complementares de diagnóstico, entrevista estruturada dirigida à pessoa e familiar, observação e exame físico.

A pessoa foi devidamente informada acerca da elaboração do presente estudo, qual o seu propósito e conteúdo, tendo consentido favoravelmente participar no mesmo. Foi garantido o seu anonimato e respeito pelos seus direitos e confidencialidade. Deste modo, a pessoa será identificada como Sra. V.

De forma a documentar o processo de tomada de decisão, o enfermeiro especialista em enfermagem deve apoiar-se em instrumentos que possibilitem a caracterização da situação de saúde da pessoa, de forma clara. O Padrão Documental dos Cuidados de Enfermagem da Especialidade de Enfermagem de Reabilitação permite assim uniformizar e sistematizar o conhecimento, promovendo uma melhoria contínua dos cuidados (Ordem dos Enfermeiros, 2015b).

A identificação dos diagnósticos de enfermagem de reabilitação foi efetuada em congruência com a linguagem CIPE (Ordem dos Enfermeiros, 2011).

O planeamento e implementação de intervenções da competência do enfermeiro especialista em enfermagem de reabilitação teve por base o Padrão Documental dos Cuidados de Enfermagem da Especialidade de Enfermagem de Reabilitação (Ordem dos Enfermeiros, 2015b). Foi possível, após implementação das intervenções, a realização de dois momentos de avaliação: a primeira intercalar, no dia 5 de junho e a final no dia 7 do

mesmo mês. É de salientar que nestes dois dias apenas foram utilizados os instrumentos de avaliação que refletiram alterações relevantes e com potencial de melhoria.

## **2. Apresentação do Caso**

Na apresentação do caso, será dado a conhecer os dados relevantes da pessoa em questão no estudo.

Consta de uma breve anamnese, com contextualização da história clínica da pessoa, seguindo-se a avaliação de enfermagem de reabilitação, a identificação de diagnósticos de enfermagem de reabilitação e por fim o planeamento das intervenções de enfermagem de reabilitação.

### **2.1. Informação da Pessoa**

A implementação deste estudo teve início no dia 1 de junho de 2023 e terminou no dia 8 de junho 2023. Numa primeira fase procedeu-se à avaliação da pessoa, aqui nomeada Sra. V., do sexo feminino, caucasiana, de nacionalidade moldava com 70 anos de idade. Pesa 72 kg e mede 1,58m de altura. Residente em Portugal há cerca de 2 anos, fala muito pouco português. Reformada há 4 anos, divorciada, mãe de 2 filhos do sexo masculino, reside com o filho mais novo, num apartamento, no 1º andar com elevador e casa de banho com poliban.

Anteriormente ao internamento, segundo o filho, já caminhava com auxílio de canadianas, sendo autónoma na realização das restantes atividades de vida.

O apoio após a alta hospitalar será prestado pelo filho. Refere antecedentes de pielonefrites de repetição, diabetes mellitus (controlada com dieta), pancreatite crónica, gastrite e obesidade. Submetida a artroplastia total bilateral dos joelhos por gonartrose (direito há 13 anos e esquerdo há 3 anos). Medicada com Candesartan 32mg (1 comprimido de manhã em jejum) por hipertensão arterial, Omeprazol 20mg (1 comprimido de manhã em jejum). Refere insónias pelo que toma Clonazepam 1mg (1 comprimido ao deitar). Sem alergias conhecidas.

### **2.2. História Clínica Atual**

A Sra. V. foi admitida no serviço de Ortopedia do CHUA, Unidade de Portimão, no dia 1 de junho de 2023 para cirurgia eletiva, com o diagnóstico de coxartrose de grau II-III bilateral, estando apenas proposta para artroplastia à esquerda (queixas mais acentuadas à esquerda, com limitação funcional na marcha). Verificados exames pré-operatórios que se encontravam dentro dos valores de referência (hemoglobina de 14,0 g/dl); Radiografia da bacia realizado. Avaliada por anestesia, com risco cirúrgico de ASA II (American Society of Anesthesiologists).

No dia 2 de junho foi submetida a artroplastia total da anca esquerda por via anterolateral sob anestesia geral, sem intercorrências descritas.

No internamento, em contexto pós-operatório encontrava-se a cumprir a seguinte terapêutica farmacológica: Cefazolina 1 g via endovenosa 1 x/dia; Paracetamol 1 Via endovenosa 8/8h; Tramadol 100mg com Metoclopramida 10mg via endovenosa em SOS; Enoxaparina 40mg via subcutânea 1 x dia e Bromazepam 1,5mg em SOS.

A Sra V. permaneceu no serviço por 5 dias tendo alta para o domicílio.

### 3. Cronograma

A implementação do planeamento de intervenção de enfermagem de reabilitação para a Sra. V. prolongou-se por x dias, desde o 1º dia de internamento até ao momento da alta. No cronograma seguinte encontram-se definido o plano das intervenções de reeducação funcional, prevendo-se que em cada treino, a repetição de cada exercício aumente progressivamente em número, duração e intensidade, conforme tolerância da pessoa.

Intervenção de Enfermagem de Reabilitação	1/6/23	3/6/23	5/6/23	7/6/23	8/6/23
Exercícios de reeducação funcional respiratória					
Exercícios isotónicos: mobilizações ativas livres/assistidas/resistidas dos membros sãos					
Exercícios isotónicos: mobilizações Passivas e ativas-assistidas no membro operado					
Exercícios isométricos					
Exercícios de atividade terapêutica: ponte/rolamento					
Treino de Autocuidados rodar, sentar e transferir-se					
Treino de equilíbrio sentado					
Treino de adaptação ao ortostatismo					
Treino de marcha com auxiliar de marcha					

Avaliação de Enfermagem de Reabilitação					
---	--	--	--	--	--

Tabela 1: Cronograma do Plano de Intervenção de Enfermagem de Reabilitação

#### 4. Diagnósticos de Enfermagem

A avaliação da pessoa foi efetuada com recurso à ponderação da sua capacidade para o autocuidado, recorrendo à utilização de vários instrumentos de avaliação:

Escala de Coma de *Glasgow* (Ordem dos Enfermeiros, 2016)

Escala Numérica da Dor (Direção-Geral da Saúde, 2003)

Escala de *Braden* (Direção-Geral da Saúde, 2011)

Escala de Força Muscular do *Medical Research Council* (Ordem dos Enfermeiros, 2016)

Escala de Equilíbrio de *Berg* (Silva et al., 2008)

Escala de *Ashworth* Modificada (Bohannon & Smith, 1987)

Escala de *Morse* (Direção-Geral da Saúde, 2010)

Índice de *Barthel* (Apóstolo 2012)

Em todas as abordagens a Sra. V. apresentou-se calma, consciente e com resposta orientada no espaço, tempo e pessoa, com abertura ocular espontânea e resposta motora de obediência a ordens simples, totalizando um score de 15 na Escala de Coma de *Glasgow*.

Foi identificada dificuldade na comunicação, pelo fato da língua materna da Sra. V. não ser a Portuguesa, dificuldade que foi mitigada pela utilização de gestos e palavras simples, contando também com a presença do filho em vários momentos do internamento o que facilitou o processo de transmissão de informação acerca de ensinamentos e recursos existentes.. No que à função respiratória diz respeito, a Sra. V. apresentava-se eupneica, em ventilação espontânea, com FiO<sub>2</sub> (Fração Inspirada de Oxigénio) a 21%, respiração mista, simétrica, rítmica e de média amplitude. Sem alterações à inspeção do tórax.

Não foram relatadas nem detetadas alterações na deglutição, apresentando a Sra. V. estado nutricional com Índice de Massa Corporal de 28.8 kg/m<sup>2</sup> que equivale a pré-obesidade na Tabela de Classificação do Índice de Massa Corporal (DGS, 2013).

Numa primeira avaliação a Sra. V. referia dor de grau 3/10 à mobilização da articulação coxofemoral esquerda na Escala Numérica da Dor e 0/10 em repouso.

Para avaliar a força muscular aplicou-se a Escala da força do *Medical Research Council* e a Sra. V. apresentou força grau 5/5 em todos os segmentos dos membros superiores; força 4/5 em todos os segmentos do membro inferior direito e articulações tibiotársicas e falanges do pé esquerdo. Nas articulações coxofemoral e joelho esquerdos a força apresentada era grau 3/5. O enfoque das intervenções a nível do membro inferior intervencionado prenderam-se com um aumento da força muscular no segmento coxofemoral, joelho e articulação tibiotársica, não esquecendo os membros superiores, essenciais para cumprir em segurança o treino de marcha e o treino de atividades de vida diárias.

No que diz respeito ao tônus muscular, a Sra. V. apresentava tônus muscular globalmente mantido, com grau 0 na Escala de *Ashworth* modificada.

Por ser previsível um período de imobilidade no pós-operatório, foi pertinente avaliar o risco de úlcera de pressão através da Escala de *Braden*; apresentava no momento de admissão um score de 20, ou seja, a Sra. V. não apresenta risco de desenvolver úlcera de pressão.

Pelo fato de a utente utilizar previamente auxiliar de marcha, foi avaliado o risco de queda, utilizando a Escala de *Morse*. Obtido um score total de 30 pontos, que se traduz num risco médio de queda.

Avaliado o equilíbrio corporal com recurso à Escala de *Berg*, somando um total de 50 pontos, equivalente a um equilíbrio bom com baixo risco de queda, preditor de probabilidade de sucesso no levantar e marcha eficaz no pós-operatório.

Com o objetivo de avaliar o grau de independência da pessoa na realização das atividades de vida diária, foi utilizado o Índice de *Barthel*, apresentando um score de 95/100 por necessitar de ajuda na subida e descida de escadas.

Os dados colhidos e instrumentos utilizados nesta avaliação encontram-se expostos em apêndice.

Como forma de responder às necessidades detetadas, foram estabelecidos os seguintes diagnósticos e respetivas intervenções de enfermagem de Reabilitação a implementar, tendo como base a linguagem CIPE e o Padrão Documental dos Cuidados de Enfermagem da Especialidade de Enfermagem de Reabilitação (OE, 2014).

Diagnóstico 1: Conhecimento sobre a doença ausente, relacionado com intervenção cirúrgica

Diagnóstico 2: Movimento muscular diminuído no membro inferior esquerdo

Diagnóstico 3: Equilíbrio corporal comprometido

Diagnóstico 4: Autocuidado Vestir-se e Despir-se comprometido

Diagnóstico 5: Autocuidado: Higiene comprometido

Diagnóstico 6: Autocuidado Andar com Auxiliar de Marcha Comprometido

Diagnóstico 7: Autocuidado Uso do Sanitário comprometido

Diagnóstico 8: Autocuidado Transferir-se comprometido

Diagnóstico 9: Risco de queda presente em grau moderado

Diagnóstico 10: Dor presente no membro inferior intervencionado

Diagnóstico 11: Risco de úlcera por pressão

Com o objetivo de implementar as intervenções relacionadas com os diagnósticos elaborados, foram utilizados os seguintes recursos disponíveis: goniômetro universal, bastão, pesos, andarilho, canadianas, calçado fechado, cadeira de rodas, adaptador de assento e barras laterais na casa de banho. Encontra-se no quadro abaixo, o plano de intervenção de Enfermagem de Reabilitação proposto para a Sra. V.

Reabilitação da Pessoa com Alteração da Continência Urinária |

Diagnóstico de Enfermagem de Reabilitação	Resultado Esperado	Intervenção De Enfermagem de Reabilitação	Instrumentos de Avaliação/Recursos Materiais	Avaliação
<p>Foco: Conhecimento</p> <p>Diagnóstico de Enfermagem de Reabilitação: Conhecimento sobre a doença ausente, relacionado com intervenção cirúrgica</p> <p>Juízo: Ausente</p>	<p>Capacitar a pessoa na aquisição de conhecimentos</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Avaliar estado de consciência e cognitivo;</li> <li>- Avaliar conhecimento prévio acerca da doença;</li> <li>- Avaliar conhecimento acerca da cirurgia;</li> <li>- Avaliar capacidade para assimilar informação;</li> <li>- Solicitar a colaboração da pessoa;</li> <li>- Explicar os benefícios da reabilitação o mais precoce possível, na recuperação pós-operatória;</li> <li>- Ensinar sobre movimentos potencialmente luxantes;</li> <li>- Alertar para sinais e sintomas de possíveis complicações (calor e /ou edema do membro inferior esquerdo, febre);</li> <li>- Incentivar à mobilização articular dentro das amplitudes toleradas;</li> <li>- Sensibilizar e instruir para a importância da alternância de decúbitos;</li> <li>- Instruir sobre levantar do leito;</li> <li>- Ensinar acerca de medidas de segurança (manutenção dos auxiliares de marcha e uso de sapato fechado e antiderrapante);</li> <li>- Instruir e treinar marcha em descarga do membro inferior esquerdo com recurso a auxiliar marcha (andarrilho e canadianas);</li> <li>- Instruir e treinar técnicas de reeducação funcional respiratória (consciencialização e dissociação de tempos respiratórios, abertura costal global e tosse);</li> <li>- Facultar materiais de apoio (folhetos informativos – anexo 8);</li> <li>- Esclarecer eventuais dúvidas;</li> <li>- Avaliar aquisição de conhecimentos;</li> <li>- Elogiar a pessoa.</li> </ul>	<p>- Escala de Coma de Glasgow</p>	<p>1/6/2023 - Demonstrou aquisição de conhecimentos, embora necessite de reforço;</p> <p>5/6/2013 - Utente consegue nomear e exemplificar a maioria dos exercícios explicados; Reforçados ensinios acerca do levantar, movimentos potencialmente luxantes e treino de marcha com auxiliar de marcha;</p> <p>8/6/2023 – A Sra. V. coloca dúvidas e demonstra aquisição completa dos conhecimentos, mostrando motivação para a continuidade da sua recuperação.</p> <p>A Sra. V, mostrou-se receptiva durante todo o período de internamento;</p>

Diagnóstico de Enfermagem de Reabilitação Juízo	Resultado Esperado	Intervenção De Enfermagem de Reabilitação	Instrumentos de Avaliação/Recursos Materiais	Avaliação
<p>Foco: Movimento Muscular</p> <p>Diagnóstico de Enfermagem de Reabilitação: Movimento Muscular diminuído</p> <p>Juízo: Diminuído</p>	<p>Promover fortalecimento muscular e aumento da amplitude articular dos segmentos do membro inferior interencionado</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Avaliar a força muscular;</li> <li>- Avaliar o tônus muscular;</li> <li>- Avaliar a amplitude articular;</li> <li>- Avaliar sensibilidade no membro inferior esquerdo;</li> <li>- Instruir acerca da importância de realizar movimento muscular;</li> <li>- Instruir para a realização de contrações isométricas dos músculos quadríceps, glúteos e abdominais (1 série de 10 repetições, 3x/dia, conforme tolerância);</li> <li>- Instruir e treinar técnica de mobilização musculoesquelética polisssegmentar do tipo ativo-assistido no segmento coxofemoral, joelho, articulação tibiotársica e falanges dos dedos do pé esquerdo (nunca realizando adução para além da linha média, flexão da anca superior a 90° e rotação lateral da anca) (1 série de 10 repetições, 3x/dia, progredindo consoante tolerância);</li> <li>- Instruir e treinar exercício terapêutico: ponte (3 séries de 5-10 segundos, 3x/dia, progredindo consoante tolerância);</li> <li>- Realizar levante precoce;</li> <li>- Elogiar os progressos da pessoa.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>-Escala de MR.Crms;</li> <li>- Escala de Ashworth modificada;</li> <li>- Goniometria</li> </ul>	<p>1/6/2023- Apresentava força muscular nos segmentos do membro inferior esquerdo (articulação coxofemoral, joelho e tibiotársica) de 3/5; mobilidade das falanges do pé esquerdo mantida; sensibilidade mantida;</p> <p>- Amplitude articular do joelho de 80° e coxofemoral esquerda de 50°;</p> <p>5/6/2023- Apresentava força muscular de 2/5 nos segmentos do membro inferior esquerdo; mobilidade das falanges do pé esquerdo mantida; sensibilidade mantida;</p> <p>- Amplitude articular do joelho de 50° e coxofemoral esquerda de 30°;</p> <p>8/6/2023- Apresentava força muscular de 4/5 nos segmentos do membro inferior esquerdo; mobilidade das falanges do pé esquerdo mantida; sensibilidade mantida;</p> <p>- Amplitude articular do joelho de 90° e coxofemoral esquerda de 60°;</p> <p>Verificou-se um aumento de força muscular e amplitudes nas articulações do joelho e coxofemoral do membro interencionado</p>

Foco de Diagnóstico de Reabilitação	Resultado Esperado	Intervenção De Enfermagem de Reabilitação	Instrumentos de Avaliação/Recursos Materiais	Avaliação
<p>Foco: Movimento Muscular</p> <p>Diagnóstico de Enfermagem de Reabilitação: Movimento Muscular diminuído</p> <p>Juízo: Diminuído</p>	<p>Aumentar a força muscular e dos segmentos do membro inferior direito e manter a dos membros superiores</p>	<p>- Avaliar a força e tônus muscular;</p> <p>- Avaliar força muscular;</p> <p>- Instruir acerca da importância de realizar movimento muscular;</p> <p>- Avaliar conhecimento acerca dos exercícios propostos;</p> <p>- Instruir para a realização de contrações isométricas dos músculos quadríceps, glúteos e abdominais (1 série de 10 repetições, 3x/dia);</p> <p>- Incentivar a mobilização ativa dos segmentos livres;</p> <p>- Executar técnica de mobilização musculoesquelético-polisssegmentar: do tipo ativo e resistido nos membros superiores e no membro inferior direito (1 série de 10-15 repetições, 3x/dia, progredindo consoante tolerância);</p> <p>- Instruir e treinar exercício terapêutico: ponte (3 séries de 5-10 segundos, 3x/dia, progredindo consoante tolerância);</p> <p>- Realizar levante precoce;</p> <p>- Elogiar os progressos da pessoa.</p>	<p>- Escala de MRCms</p> <p>- Escala de Ashworth</p>	<p>1/6/2023- Apresentava força muscular de 4/5 no membro inferior direito e força 5/5 nos membros superiores</p> <p>5/6/2013- Verificou-se força muscular do membro inferior mantida no grau 4/5 e membros superiores de 5/5</p> <p>8/6/2023- Aumento da força muscular do membro inferior direito para 5/5 e membros superiores mantida 5/5.</p> <p>A Sra. V. demonstrou uma evolução positiva com manutenção da força muscular nos membros superiores e aumento da força muscular do inferior direito</p>
<p>Foco: Equilíbrio Corporal</p> <p>Diagnóstico de Enfermagem de Reabilitação: Equilíbrio Corporal comprometido</p>	<p>Promover o equilíbrio corporal estático e dinâmico nas posições de sentado e em ortostatismo</p>	<p>Intervenção De Enfermagem de Reabilitação</p> <p>- Avaliar o equilíbrio corporal estático e dinâmico nas posições de sentado e em ortostatismo;</p> <p>- Avaliar conhecimento sobre técnica de equilíbrio corporal;</p> <p>- Ensinar sobre técnica de equilíbrio;</p> <p>- Instruir e treinar exercícios de equilíbrio estático na posição de sentado (1 série de 5 repetições, 2x/dia, aumentado progressivamente conforme</p>	<p>- Escala de Equilíbrio Berg</p>	<p>1/6/2023- Primeira avaliação foi de equilíbrio com e baixo risco de queda associado (50 pontos);</p> <p>5/6/2013-No período pós-operatório, verificou-se um aumento para médio risco de queda, passando para 40</p>

Reabilitação da Pessoa com Alteração da Continência Urinária |

<p>Juízo: Comprometido a um nível moderado</p>		<p>tolerância):</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Instruir e treinar a inclinação do tronco para a frente antes de se levantar para readquirir o centro de gravidade;</li> <li>- Instruir e treinar exercícios de equilíbrio na posição ortostática (1 série de 3 repetições, 2x/dia, aumentado progressivamente conforme tolerância);</li> <li>- Treino de equilíbrio com correção postural em simultâneo;</li> <li>- Utilizar ajudas técnicas (uso de espelho, de cadeira e de andador para treinar a correção postural em ortostatismo);</li> <li>- Monitorizar equilíbrio corporal através de escala;</li> <li>- Eligiar os progressos da pessoa.</li> </ul>		<p>pontos</p> <p>8/6/2023- Verificou-se no dia de alta o retorno a um nível bom de equilíbrio, fixando-se o valor da escala de Berg nos 50 pontos, o que representa baixo risco de queda;</p> <p>Foi possível verificar uma melhoria, apresentando a Sra. V, equilíbrio</p>
<p>Foco Diagnóstico de Enfermagem de Reabilitação Juízo</p> <p>Foco: Autocuidado Vestir-se e Despir-se</p> <p>Diagnóstico de Enfermagem de Reabilitação: Autocuidado Vestir-se e Despir-se comprometido</p> <p>Juízo: Dependente em grau moderado</p>	<p>Resultado Esperado</p> <p>Capacidade para realizar autocuidado vestir-se e despir-se o mais autonomamente possível</p>	<p>Intervenção De Enfermagem de Reabilitação</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Avaliar capacidade para realização deste autocuidado;</li> <li>- Avaliar conhecimento acerca da técnica de vestir-se/despir-se;</li> <li>- Instruir e treinar a técnica de vestir-se (iniciando pelo lado intervencionado) e despir-se (iniciando pelo lado oposto);</li> <li>- Solicitar a colaboração da pessoa de acordo com as suas capacidades;</li> <li>- Instruir e treinar sobre dispositivos de apoio para vestir-se e despir-se (pinças de cabo longo para vestir os membros inferiores ou "pegas" fixas no vestuário, calçadeira de cabo longo, sapatos sem atacadores, com salto baixo e largo e sola rígida e antiderrapante);</li> <li>- Incentivar a pessoa a vestir-se/despir-se;</li> <li>- Providenciar o tempo suficiente para realizar o autocuidado;</li> <li>- Providenciar conforto e bem-estar;</li> <li>- Eligiar os progressos da pessoa.</li> </ul>	<p>Instrumentos de Avaliação/Recursos Materiais</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Índice de Barthel</li> </ul>	<p>Avaliação</p> <p>1/6/2023- A Sra. V, apresentava independência total na atividade de vida diária Vestir-se e Despir-se</p> <p>5/6/2013- A execução das atividades básicas de vida sofreu um compromisso, necessitando agora de alguma ajuda no vestir e despir a parte inferior do vestuário, bem como calçar</p> <p>8/6/2023- A Sra V, conseguiu despir e vestir a roupa de parte superior do corpo de forma autónoma, tendo necessitado de ajuda para vestir a parte inferior.</p>
<p>Foco Diagnóstico de Enfermagem de Reabilitação Juízo</p> <p>Foco: Autocuidado Higiene</p>	<p>Resultado Esperado</p> <p>Capacidade para</p>	<p>Intervenção De Enfermagem de Reabilitação</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Avaliar conhecimento sobre a técnica de higiene;</li> </ul>	<p>Instrumentos de Avaliação/Recursos Materiais</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Índice de</li> </ul>	<p>Avaliação</p> <p>1/6/2023- A Sra. V, apresentava</p>

## Reabilitação da Pessoa com Alteração da Continência Urinária |

<p>Diagnóstico de Enfermagem de Reabilitação: Autocuidado: Higiene comprometido</p> <p>Juízo: Dependente em grau elevado</p>	<p>realizar higiene pessoal o mais autônoma possível</p>	<p>- Avaliar capacidade para realização deste autocuidado;</p> <p>- Incentivar a participação na higienização das áreas corporais onde consegue chegar e realizar higiene das áreas corporais às quais não consegue chegar;</p> <p>- Instruir sobre dispositivos de apoio para tomar banho (barras de segurança e esponja de cabo longo para evitar movimentos luxantes);</p> <p>- Treinar o uso de dispositivos de apoio para tomar banho;</p> <p>- Instruir e treinar para prevenir complicações durante a higiene (preferir poliban e sentar-se num banco alto ou cadeira de banho para gastar menos energia e não realizar carga excessiva no membro intervencionado);</p> <p>- Providenciar o tempo suficiente para realizar o autocuidado;</p> <p>- Elogiar os progressos da pessoa.</p>	<p>Barthel</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Cadeira sanitária</li> <li>- Barra lateral de segurança</li> </ul>	<p>independência total nas atividades de vida diária</p> <p>Higiene</p> <p>5/8/2013- A execução das atividades básicas de vida sofreu um compromisso, necessitando agora de alguma ajuda na higiene</p> <p>8/8/2023- A Sra V, conseguiu lavar e secar parte superior do corpo de forma autônoma, tendo necessitado de ajuda para lavar e secar os pés.</p>
<p>Foco de Reabilitação: Juízo</p> <p>Diagnóstico de Enfermagem de Reabilitação: Autocuidado: Andar com auxílio de marcha</p> <p>Diagnóstico de Enfermagem de Reabilitação: Andar com auxílio de Marcha</p> <p>Comprometido</p> <p>Juízo: Dependente em grau moderado</p>	<p>Resultado Esperado</p> <p>Capacidade de andar com auxílio de marcha de forma autônoma</p>	<p>Intervenção De Enfermagem de Reabilitação</p> <p>- Avaliar o conhecimento sobre a técnica de andar com auxílio de marcha (andarilho);</p> <p>- Avaliar e treinar o equilíbrio;</p> <p>- Instruir e treinar exercícios musculares polissegmentares do tipo ativo e ativo resistido nos membros superiores para ganho de força muscular (promovendo uma melhor adaptação ao auxílio de marcha) (1 série de 10-15 repetições, 3x/dia, progredindo consoante tolerância);</p> <p>- Instruir sobre auxílio de marcha (ajuste correto do mesmo com o apoio das mãos à altura do grande trocânter e o apoio de antebraço 2-3cm abaixo do cotovelo; e as condições de segurança dos auxiliares de marcha com as borrachas em bom estado);</p> <p>- Instruir e treinar sobre andar com auxílio de marcha em descarga (1º auxílio de marcha, 2º perna operada, 3º perna sã);</p> <p>- Instruir e treinar manobras de mudança de direção com o uso de</p>	<p>Instrumentos de Avaliação/Recursos Materiais</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Andarilho</li> <li>- Canadianas</li> <li>- Cadeira de Rodas</li> </ul>	<p>Avaliação</p> <p>1/8/2023- A utente encontrava-se autônoma na atividade de vida, previamente ao internamento</p> <p>5/8/2013- Necessitou de ajuda para a realização do treino de marcha em descarga do membro inferior esquerdo com andarilho, sob orientação de uma pessoa, com reforço da técnica e correção esporádica da postura, percorrendo cerca de 10metros e solicitando pausa, retornando à cadeira de rodas;</p> <p>7/8/2023 - A utente apenas necessitou de supervisão, demonstrando</p>

## Reabilitação da Pessoa com Alteração da Continência Urinária |

<p><b>Foco</b> Diagnóstico de Enfermagem de Reabilitação Juízo</p> <p>Foco: Autocuidado Uso do Sanitário</p> <p>Diagnóstico de Enfermagem de Reabilitação: Autocuidado Uso do Sanitário comprometido</p> <p>Juízo: Dependente em grau moderado</p>	<p><b>Resultado Esperado</b></p> <p>Capacidade de usar o sanitário de forma autônoma</p>	<p><b>Intervenção De Enfermagem de Reabilitação</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Avaliar o conhecimento sobre técnica de ir ao sanitário;</li> <li>- Instruir sobre dispositivos de apoio para usar o sanitário (barras laterais para apoio e alteador de sanita);</li> <li>- Instruir e treinar sobre técnica para uso do sanitário (técnica de sentar e levantar);</li> <li>- Incentivar a participação para o uso do sanitário.</li> </ul>	<p><b>Instrumentos de Avaliação/Recursos Materiais</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Andarilho</li> <li>- Barras laterais de casa de banho</li> <li>- Alteador de sanita</li> </ul>	<p><b>conhecimento acerca da técnica, bem como das adaptações no domicílio, nomeadamente no que se refere às borrachas do andarilho, à remoção de tapetes e ao alteador de sanita, percorrendo uma distância de cerca de 30 metros.</b></p> <p>8/8/2023- A Sra V, apresentava-se independente no dia de alta no andar com auxílio de marcha andarilho e canadianas, percorreu cerca de 50 metros.</p>
<p><b>Foco</b> Diagnóstico de Enfermagem de Reabilitação</p>	<p><b>Resultado Esperado</b></p>	<p><b>Intervenção De Enfermagem de Reabilitação</b></p>	<p><b>Instrumentos de Avaliação/Recursos Materiais</b></p>	<p><b>Avaliação</b></p> <p>1/8/2023- Autônoma no uso do sanitário</p> <p>5/8/2013- A Sra. V. necessita de ajuda parcial no uso do sanitário, cumprindo instruções acerca da técnica e demonstrando conhecimento acerca dos dispositivos a utilizar, foram reforçados ensinios</p> <p>8/8/2023- Uteute encontra-se independente na utilização do sanitário, cumprindo a técnica adaptativa (sentar e levantar com membro inferior esquerdo em extensão e utilização do alteador de sanita e barras laterais).</p>

Reabilitação da Pessoa com Alteração da Continência Urinária |

		<p>andarrilho, com rotação sobre o eixo da perna sã;</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Instruir e treinar técnica de levantar e sentar com andarrilho (apoio de uma mão no leito/cadeira de rodas)</li> <li>- Instruir na transposição de degraus, com canadianas e auxílio de corrimão; cuidados na subida e descida;</li> <li>- Instruir sobre condições de segurança para andar com auxílio de marcha (remoção de obstáculos, calçado confortável e bem-adaptado aos pés);</li> <li>- Instruir sobre adaptação do domicílio para andar com auxílio de marcha (eliminar tapetes e passadeiras não aderentes ao chão);</li> <li>- Elogiar os progressos da pessoa.</li> </ul>		<p>conhecimento acerca da técnica, bem como das adaptações no domicílio, nomeadamente no que se refere às borrachas do andarrilho, à remoção de tapetes e ao alteador de sanita, percorrendo uma distância de cerca de 30metros.</p> <p>8/6/2023- A Sra V, apresentava-se independente no dia de alta no andar com auxílio de marcha andarrilho e canadianas, percorreu cerca de 50 metros.</p>
<p>Foco Diagnóstico de Enfermagem de Reabilitação Juízo</p> <p>Foco: Autocuidado Uso do Sanitário</p> <p>Diagnóstico de Enfermagem de Reabilitação: Juízo: Autocuidado Uso do Sanitário comprometido</p> <p>Juízo: Dependente em grau moderado</p>	<p>Resultado Esperado</p> <p>Capacidade de usar o sanitário de forma autónoma</p>	<p>Intervenção De Enfermagem de Reabilitação</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>-Avaliar o conhecimento sobre técnica de ir ao sanitário;</li> <li>- Instruir sobre dispositivos de apoio para usar o sanitário (barras laterais para apoio e alteador de sanita);</li> <li>- Instruir e treinar sobre técnica para uso do sanitário (técnica de sentar e levantar);</li> <li>- Incentivar a participação para o uso do sanitário.</li> </ul>	<p>Instrumentos de Avaliação/Recursos Materiais</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Andarrilho</li> <li>- Barras laterais de casa de banho</li> <li>- Alteador de sanita</li> </ul>	<p>Avaliação</p> <p>1/8/2023- Autônoma no uso do sanitário</p> <p>5/6/2013- A Sra. V, necessita de ajuda parcial no uso do sanitário, cumprindo instruções acerca da técnica e demonstrando conhecimento acerca dos dispositivos a utilizar, foram reforçados ensinios</p> <p>8/6/2023- Utente encontra-se independente na utilização do sanitário, cumprindo a técnica adaptativa (sentar e levantar com membro inferior esquerdo em extensão e utilização do alteador de sanita e barras laterais).</p>
<p>Foco Diagnóstico de Enfermagem de Reabilitação</p>	<p>Resultado Esperado</p>	<p>Intervenção De Enfermagem de Reabilitação</p>	<p>Instrumentos de Avaliação/Recursos Materiais</p>	<p>Avaliação</p>

<p><b>Juízo</b> Foco: Transferir-se Diagnóstico de Enfermagem de Reabilitação: Autocuidado Transferir-se</p> <p>Juízo: Dependente em grau elevado</p>	<p>Capacidade para efetuar transferências com ajuda parcial de forma segura</p>	<p>- Avaliar capacidade para realização do autocuidado transferir-se; - Avaliar conhecimento sobre técnica de transferir-se; - Ensinar e instruir sobre prevenção de complicações durante o transferir-se (evitar adução para além da linha média), evitar flexão da anca superior a 90° e rotação lateral da anca); - Treinar o transferir-se prevenindo complicações (manter o membro intencionado em extensão e colocar uma almofada entre os joelhos); - Questionar a pessoa acerca do levantar no domicílio ser pelo lado não intencionado ou lado são, realizando o ensino nesse sentido; - Instruir e treinar o transferir-se (treinar: rolamento para o lado da transferência, carga sobre o cotovelo, sentar no leito, equilíbrio estático e dinâmico sentada, assumir o ortostatismo com auxílio de andalhão, equilíbrio estático e dinâmico em posição ortostática, rodar sobre o eixo da perna sã com auxílio de andalhão, sentar na cadeira de rodas com descida controlada e evitando flexão da anca superior a 90°, colocando almofada no assento); - Incentivar a pessoa a transferir-se; - Elogiar os progressos da pessoa.</p>	<p>- Índice de Barthel - Almofada de Cadeira de rodas</p>	<p>1/6/2023- A senhora era previamente independente. 5/6/2013- Uteu cumpre a técnica de transferência, necessitando de ajuda parcial; 8/6/2023- A Sra. V. conseguiu realizar as transferências com apoio do andalhão de forma independente.</p>
<p><b>Foco</b> Diagnóstico de Enfermagem de Reabilitação Juízo Foco: Queda Diagnóstico de Enfermagem de Reabilitação: Risco de queda presente em grau moderado Juízo: Alto Risco</p>	<p>Resultado Esperado Prevenir ocorrência quedas</p>	<p><b>Intervenção</b> De Enfermagem de Reabilitação</p> <p>- Avaliar o risco de queda de 7/7 dias; - Otimizar ambiente físico (manter cama num plano baixo, travar a cama e cadeira de rodas, colocar andalhão acessível); - Instruir e treinar exercícios musculó-articulares polisssegmentares; - Instruir e treinar equilíbrio estático e dinâmico; - Instruir e treinar técnica de transferir-se; - Instruir e treinar andar com auxílio de marcha; - Instruir acerca da otimização de condições de segurança (uso correto de</p>	<p>Instrumentos de Avaliação/Recursos Materiais - Escala de Morse</p>	<p>Avaliação 1/6/2023 - A Sra. V. apresentava à entrada um score de 40 na escala de Morse (médio risco de queda) 5/6/2013- Score total da escala de Morse avaliado em 70 (alto risco de queda) com a atividade e mobilidade limitadas, embora já utilizasse auxiliar de marcha</p>

Reabilitação da Pessoa com Alteração da Continência Urinária |

	auxiliar de marcha, calçado adequado, tipo de piso, iluminação, caminhos sem obstáculos).		8/6/2023- No dia de alta a Sra V recorre a andalinho, com marcha segura e à avaliação o score da escala de Morse é de 30 (baixo risco de queda). Não registou quedas durante o internamento.	Avaliação
Foco: Dor Diagnóstico de Enfermagem de Reabilitação: Dor presente no membro inferior interencionado Juízo: Presente	Resultado Esperado Minimizar a dor durante a realização do movimento muscular no membro inferior interencionado	Intervenção De Enfermagem de Reabilitação - Avaliar e monitorizar a dor; - Valorizar a dor da pessoa; - Instruir a manter o alinhamento e postura corporal correta; - Avaliar o conhecimento acerca de técnicas não farmacológicas para alívio da dor (cristoterapia, alternância frequente de decúbito, massagem, consciencialização respiratória; dissociação dos tempos respiratórios); - Realizar técnicas de relaxamento (reeducação funcional respiratória: técnica de dissociação dos tempos respiratórios com aumento dos tempos respiratórios, abertura costal global); - Realizar técnicas de massagem terapêutica; - Gerir analgesia; - Instruir e treinar a realização de exercícios isométricos; - Respeitar o limite da amplitude articular nos exercícios de mobilização musculocartilágea polissegmentares; - Não forçar o movimento na presença de dor; - Respeitar os tempos de descanso.	Instrumentos de Avaliação/Recursos Materiais - Escala Numérica da Dor	1/6/2023- A Sra. V. referiu à entrada dor nível 2 à mobilização do membro inferior esquerdo 5/6/2023- Refere dor nível 3 em repouso e 6 à mobilização da articulação coxofemoral 8/6/2023- Refere melhoria com dor nível 2 à mobilização, essencialmente ao caminhar e 0 em repouso
Foco: Integridade Cutânea Diagnóstico de Enfermagem de Reabilitação	Resultado Esperado Reduzir o risco de úlcera de pressão	Intervenção De Enfermagem de Reabilitação - Avaliar o risco de úlcera de pressão de 2 em 2 dias; - Vigiar o estado da pele; - Promover uma hidratação e alimentação adequadas e ao gosto da	Instrumentos de Avaliação/Recursos Materiais - Escala de Braden	Avaliação A Sra. V. não apresentou durante o internamento alterações da integridade cutânea relacionadas com

<p>de Reabilitação: Risco de compromisso da integridade cutânea</p> <p>Juízo: Risco em grau moderado</p>		<p>pessoa;</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Incentivar à realização da higiene;</li> <li>- Promover o levante diário;</li> <li>- Promover a deambulação;</li> <li>- Instruir acerca do alívio de pressão das proeminências ósseas;</li> <li>- Instruir a alternância de decúbitos frequentes;</li> <li>- Promover conforto e bem-estar;</li> <li>- Realizar massagem terapêutica;</li> </ul>		
--	--	--	--	--

**Tabela 2: Plano de Intervenção de Enfermagem de Reabilitação**

## 5. Resultados

A Sra. V. iniciou o programa de reeducação funcional motora desde o primeiro dia de internamento, dia 1/6/2023, consistindo nos principais momentos de avaliação, os dias 1, 5 e 8 de junho de 2023. Durante a implementação do mesmo programa, a senhora permaneceu hemodinamicamente estável, com necessidade de analgesia de forma a reduzir a dor sentida no período pós-operatório.

Função respiratória manteve-se também estável, com padrão eupneico, rítmico de média amplitude, sem necessidade de aporte suplementar de oxigénio.

Os dados fornecidos pela avaliação da Escala de Coma de Glasgow, permitem afirmar que a Sra. V. manteve-se consciente e orientada com scores globais de 15, o que favorece uma capacidade de se manter vígil e assimilar informação. Desta forma, o nível de consciência apresentado pela senhora possibilitou a compreensão dos ensinamentos realizados de forma a dar-lhes continuidade, demonstrando ao longo do internamento interesse e receptividade em relação aos cuidados. Neste âmbito foi possível também perceber uma diminuição nos níveis de ansiedade sentida pela Sra. V.

Constatou-se um aumento de força muscular a nível dos segmentos dos membros inferiores, mais evidente a nível dos segmentos do membro inferior intervencionado. Não houve alterações na força dos segmentos dos membros superiores e membro inferior direito.

No que se refere à articulação coxofemoral do membro inferior esquerdo, numa primeira avaliação, apresentava força de 3/5, pois era possível vencer a gravidade, tendo havido uma diminuição no pós-operatório, apresentando uma força de 2/5. A Sr. V. conseguiu alcançar força 4/5, percebida através da capacidade de vencer a gravidade e na aplicação de resistência moderada. Também se verificou um aumento progressivo da amplitude articular, na articulação do joelho, passando de 50° no dia 5/6/2023 para 90°, e de 30° para 60° na articulação coxofemoral esquerda no dia 8/6/2023, dia da alta.

A nível dos segmentos do membro inferior direito, verificou-se uma redução da força no pós-operatório, que foi recuperada até ao dia de alta da Sra. V.

A força muscular dos membros superiores encontrava-se mantida no momento da admissão e permaneceu dentro dos mesmos parâmetros, durante o internamento.

No que diz respeito à integridade cutânea, verificou-se uma diminuição no risco de desenvolver úlceras de pressão, havendo um decréscimo de 12 para 19 na avaliação final. A Sra. V. não desenvolveu nenhuma úlcera de pressão durante o internamento.

Relativamente ao equilíbrio corporal que se encontrava mantido no pré-operatório, foi possível verificar uma melhoria no equilíbrio estático e dinâmico, conseguindo a Sra. V. no final do internamento percorrer longas distâncias com apoio de andarilho e canadianas sem auxílio de terceiros. A pontuação total de 50 pontos na Escala de Berg à entrada, foi recuperado, o que havia sido alterado com o ato cirúrgico e o repouso mais prolongado no leito, perfazendo no momento da alta 51 pontos.

Tendo em consideração a avaliação do Índice de Barthel, a Sra. V. apresentou uma melhoria significativa no nível de independência, com uma pontuação no momento pré-operatório de 100/100 refletindo independência total nas atividades de vida; a pontuação desceu para 45/100 no período pós-operatório o que equivale a uma maior dependência, verificando-se alteração na maioria dos aspetos da avaliação nesta fase. No dia de alta, a Sra. V. foi avaliada com pontuação total de 100/100 traduzindo-se numa independência total.

No que concerne à Escala de Morse, foi constatado uma diminuição no risco de queda passando de uma score indicativo de alto risco de queda no período pós-operatório para médio risco de queda no momento da alta.

Relativamente à dor, avaliada pela escala numérica da dor, verificou-se um decréscimo progressivo da intensidade da mesma.

## 6. Discussão

No decorrer no processo degenerativo, a articulação coxofemoral é danificada, tornando difícil a realização das atividades de vida, devido à dor e rigidez das articulações, sendo a artroplastia e os cuidados de enfermagem prestados neste contexto, essenciais à recuperação da pessoa (Huang et al., 2017).

A finalidade do processo de reabilitação prende-se com a integração da pessoa no meio social, com recurso a estratégias que lhe permitem desenvolver novos comportamentos, valorizando sempre as suas potencialidades (Santos, 2016).

Na necessidade de uma cirurgia, o Enfermeiro Especialista de Reabilitação intervém fornecendo informação sobre exercícios e estratégias para alívio da dor, permitindo a adaptação da pessoa, diminuindo a sua ansiedade e auxiliando na gestão de expectativas (Sousa & Carvalho, 2016).

Que a pessoa assuma responsabilidade partilhada no processo decisivo de saúde, conferindo-lhe empoderamento, possibilita que sejam tidos em conta no tratamento, as suas

necessidades e preocupações. Deste modo, ao educar a pessoa, permitimos uma maior consciencialização, resultados mais satisfatórios e realistas, reforçando a utilização dos seus recursos, indo de encontro dos objetivos individuais da mesma (Huang et al., 2017).

Num estudo realizado em sobre os efeitos de um programa de educação para o *empowerment* em idosos submetidos a artroplastia total da anca, concluiu-se que a capacitação educativa resultou numa maior autoeficácia na promoção do autocuidado e redução dos estados depressivos (Huang et al., 2017).

A Sra. V. demonstrou conhecimento adquirido no período pós-operatório, com desempenho e motivação bastante positivos, o que demonstra a relevância das intervenções do enfermeiro especialista em reabilitação, nos ensinamentos, o mais precocemente possível.

O envolvimento do familiar que seria o cuidador informal após a alta, foi essencial, tanto para a motivação e sentimento de segurança da Sra. V., como, permitiu perspetivar a continuidade de cuidados, tão importante no processo de reabilitação, que pode se prolongar até um ano, conforme afirma Santos (Santos, 2016).

No caso da Sra. V., embora o período de preparação pré-operatória não corresponda, em termos de duração, ao recomendado [sessões de uma hora, 3 vezes por semana, durante 8 semanas (Santos, 2016), demonstrou ser eficaz numa maior receptividade, aquisição de conhecimentos e em níveis reduzidos de ansiedade percebida.

A intervenção do enfermeiro especialista em enfermagem de reabilitação, no seio de uma equipa multidisciplinar, objetiva o alívio da dor, tal como reforçam Cheng et al., é imperativo identificar estratégias educativas que melhorem a gestão da dor perioperatória|e consequentemente o seu processo de recuperação (Cheng et al., 2015).

Embora no estudo em causa, tenha se verificado uma redução progressiva do nível de dor, não é possível atribuí-lo única e exclusivamente às intervenções de enfermagem. Segundo Gonçalves (2014), pode ser consequência da própria cirurgia em si, da administração da analgesia ou ainda do uso dos auxiliares de marcha.

## 7. Perspetiva da Pessoa

A Sra. V. demonstrou durante todo o internamento interesse e motivação no seu processo de reabilitação. Apesar de não possuir atividade laboral refere ser uma pessoa, bastante ativa e ainda com grande sentimento de "utilidade". Estes fatores contribuíram para que a sua recuperação tenha sido bastante favorável, conseguindo a mesma atingir nível de independência e autonomia que lhe permite reingressar no seu meio familiar e social.

Revelou-se deveras importante, a Sra. V. ter definido e partilhado os seus objetivos no 1º dia de internamento, o que permitiu contruir de forma sólida, objetivos exequíveis e significativos para a mesma.

## **8. Consentimento Informado**

Para a colaboração neste estudo de caso, foi questionada a Sra. V. de forma a obter o seu consentimento livre, informado e esclarecido, de forma verbal. Tal fato ocorreu na presença do enfermeiro orientador. Estabelecido entre as partes que este estudo terá caráter académico e que seria preservada a sua identidade e confidencialidade dos dados colhidos.

## **9. Considerações Finais**

Através da elaboração deste estudo de caso, foi possível uma abordagem à pessoa em estudo, com uma análise aprofundada das componentes necessárias para desenhar um planeamento de cuidados de enfermagem de reabilitação integrados.

Permitiu uma observação detalhada de aspetos relevantes para os cuidados de enfermagem de reabilitação bem como as interações envolvidas em todo o processo, sendo possível estabelecer algumas relações causa-efeito neste contexto de internamento.

Torna-se assim bastante útil, para mim, enquanto futura Enfermeira Especialista em Enfermagem de Reabilitação, como ferramenta para entender casos semelhantes, na planificação de práticas seguras e na tomada de decisão com base na evidência científica

Mais concretamente, permitiu compreender a importância das intervenções do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação na pessoa submetida a Artroplastia Total da Anca, na reeducação funcional motora e treino de atividades de vida diária

Os dados colhidos através de instrumentos e escalas de avaliação em determinados momentos do internamento, permitiram uma constatação em relação a uma evolução favorável e melhoria de parâmetros essenciais na reeducação funcional motora, como a melhoria da força muscular e da amplitude articular. É possível ainda perceber que as intervenções implementadas a fim de manter a funcionalidade a nível dos segmentos dos

membros superiores, cumpriram o seu objetivo na minimização de alterações da capacidade funcional

O conjunto de melhorias verificadas traduzem-se em elementos-chave para a redução de complicações após o evento de transição que é o ato cirúrgico e internamento hospitalar, com resultados espelhados no que é a autonomia da pessoa e a sua qualidade de vida. Aqui o enfermeiro especialista em enfermagem de reabilitação, através das competências adquiridas, tem a capacidade e a responsabilidade de envolver a pessoa em todo o processo, de forma que, os resultados pretendidos sejam alcançados.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- American Psychological Association (2020). *Publication Manual of the American Psychological Association* (7th ed.). American Psychological Association.
- Apóstolo, J. L. A. (2012). *Instrumentos de avaliação em geriatria (Geriatric Instruments)*. Escola Superior de Enfermagem de Coimbra.
- Bohannon, R. W., & Smith, M. B. (1987). Interrater reliability of a modified Ashworth scale of muscle spasticity. *Physical Therapy, 67*(2), 206-207. <https://doi.org/10.1093/ptj/67.2.206>
- Cheng, R. T. S., Klainin-Yobas, P., Hegney, D., & Mackey, S. (2015). Factors relating to perioperative experience of older persons undergoing joint replacement surgery: an integrative literature review. *Disability and Rehabilitation, 37*(1), 9-24. <https://doi.org/10.3109/09638288.2014.908663>
- Colibazzi, V., Coladonato, A., Zanazzo, M., & Romanini, E. (2020). Evidence based rehabilitation after hip arthroplasty. *Hip international, 30*(2s), 20-29. <https://doi.org/10.1177/1120700020971314>
- Direção-Geral da Saúde. (2011). *Escala de Braden: versão adulto e pediátrica (Braden Q)*. Direção-Geral da Saúde.
- Direção-Geral da Saúde. (2013). *Avaliação Antropométrica no Adulto: Orientação da Direção-Geral da Saúde, Número 017/2013 de 05/12/2013*. Direção-Geral da Saúde.
- Duarte, V. S., Santos, M. L., Rodrigues, K. A., Ramires, J. B., Arêas, G. P. T., & Borges, G. F. (2013). Exercícios físicos e osteoartrite: uma revisão sistemática. *Fisioterapia em Movimento, 26*(1), 193-202. <https://doi.org/10.1590/S0103-51502013000100022>
- Gonçalves, L. M. D. (2014). *Determinantes da capacidade funcional em indivíduos com coxartrose submetidos a artroplastia total da anca [Dissertação de mestrado]*. Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Viseu.
- Huang, T. T., Sung, C. C., Wang, W. S., & Wang, B. H. (2017). The effects of the empowerment education program in older adults with total hip replacement surgery. *Journal of Advanced Nursing, 73*(8), 1848-1861. <https://doi.org/10.1111/jan.13267>

- Judas, F. (2011). *Semiologia da anca: considerações gerais*. Faculdade de Medicina da Universidade de Coimbra/Clinica Universitária de Ortopedia dos HUC. Disponível em <http://rihuc.huc.min-saude.pt/handle/10400.4/1218>
- Lucas, R., & Monjardino, M. T. (2010). *O estado da reumatologia em Portugal*. Observatório Nacional das Doenças Reumáticas.
- Ordem dos Enfermeiros. (2011). *Classificação internacional para a prática de enfermagem: versão 2*. Ordem dos Enfermeiros. Disponível em <https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo-dep%C3%A1ginas-antigas/classifica%C3%A7%C3%A3o-internacional-para-apr%C3%A1tica-de-enfermagem-cipe/>
- Ordem dos Enfermeiros. (2015b). *Padrão documental dos cuidados de enfermagem da especialidade de enfermagem de reabilitação*. Ordem dos Enfermeiros. Disponível em [https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/colegios/Documents/2015/MCEER\\_Assembleia/PadraoDocumental\\_EER.pdf](https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/colegios/Documents/2015/MCEER_Assembleia/PadraoDocumental_EER.pdf)
- Ordem dos Enfermeiros. (2018). *Instrumentos de recolha de dados para a documentação dos cuidados especializados em enfermagem de reabilitação*. Ordem dos Enfermeiros. Disponível em [https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/colegios/Documents/2017/InstRecolhaDadosDocumentacaoCuidEnfReabilitacao\\_Final\\_2017.pdf](https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/colegios/Documents/2017/InstRecolhaDadosDocumentacaoCuidEnfReabilitacao_Final_2017.pdf)
- Parente, C., Ângelo, M., Tinoco, A., Rocha, E., Brandão, D., Cristina, M., & Céu, M. (2009). *Artroplastia da anca*. In A. Cruz, V. Conceição, & L. Oliveira (Coords.), *Enfermagem em ortotraumatologia* (pp. 129-184). Formasau.
- Riley, D. S., Barber, M. S., Kienle, G. S., Aronson, J. K., Schoen-Angerer, T., Tugwell, P., Kiene, H., Helfand, M., Altman, D. G., Sox, H., Werthmann, P. G., Moher, D., Rison, R. A., Shamseer, L., Koch, C. A., Sun, G. H., Hanaway, P., Sudak, N. L., Kaszkin-Bettag, M., ... Gagnier, J. J. (2017). *CARE guidelines for case reports: explanation and elaboration document*. *Journal of Clinical Epidemiology*, 89. <https://doi.org/10.1016/j.jclinepi.2017.04.026>.
- Santos, L. L. (2016). *O processo de reabilitação*. In C. Marques-Vieira, & L. Sousa (Eds.), *Cuidados de enfermagem de reabilitação à pessoa ao longo da vida* (pp. 15-21). Lusodidacta.

Serra, L. (2001). Critérios fundamentais em fraturas e ortopedia (2ª edição) (pp. 319-347). Lidel

Silva, A., Almeida, G., Cassilhas, R., Cohen, M., Peccin, M., Tufik, S., Mello, M. (2008). Equilíbrio, coordenação e agilidade de idosos submetidos à prática de exercícios físicos resistidos. *Revista Brasileira de Medicina do Esporte*, 14(2): 88-93. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/rbme/v14n2/01.pdf>

Sousa, L., & Carvalho, M. L. (2018). Pessoa com osteoartrose na anca e joelho em contexto de internamento em ortopedia. In C. Marques-Vieira, & L. Sousa (Eds.), *Cuidados de enfermagem de reabilitação à pessoa ao longo da vida* (pp. 405-420). Lusodidacta.

### APÊNDICE I: ESCALA DE COMA DE GLASGOW

Data de avaliação	1/6/23	5/6/23	7/6/23
<b>Abertura ocular:</b>			
Espontânea ..... 4	4	4	4
A sons ..... 3			
À dor ..... 2			
Nenhuma ..... 1			
<b>Melhor resposta motora:</b>			
Obedece ao comando ..... 6	6	6	6
Localiza dor ..... 5			
Flexão normal de retirada ..... 4			
Flexão anormal em descorticação ..... 3			
Extensão em descerebração ..... 2			
Nenhuma ..... 1			
<b>Melhor resposta verbal:</b>			
Orientada ..... 5	5	5	5
Fala confusa ..... 4			
Palavras inapropriadas ..... 3			
Sons incompreensíveis ..... 2			
Nenhuma ..... 1			
<b>Score</b>	<b>15</b>	<b>15</b>	<b>15</b>

Fonte: Adaptado de OE (2009)

## APÊNDICE II: ESCALA NUMÉRICA DA DOR



	DATA DE AVALIAÇÃO					
	1/6/2023		5/6/2023		8/6/2023	
Nível de Dor	Repouso	Mobilização	Repouso	Mobilização	Repouso	Mobilização
0	x				x	
1						
2						x
3		x	x			
4						
5						
6				x		
7						
8						
9						
10						

Adaptado de: Escala Numérica da Dor (OE,2016)

**APÊNDICE III: ESCALA DE BRADEN**

<b>Data da avaliação</b>	<b>1/6/23</b>	<b>5/6/23</b>	<b>8/6/23</b>
<b>Percepção Sensorial</b> 1. Completamente limitada 2. Muito Limitada 3. Ligeiramente Limitada 4. Nenhuma Limitação	4	3	4
<b>Humidade</b> 1. Pele constantemente húmida 2. Pele muito húmida 3. Pele ocasionalmente húmida 4. Pele raramente húmida	4	4	4
<b>Atividade</b> 1. Acamado 2. Sentado 3. Anda ocasionalmente 4. Nenhuma limitação	4	2	3
<b>Mobilidade</b> 1. Completamente imobilizado 2. Muito limitada 3. Ligeiramente limitada 4. Nenhuma limitação	4	2	3
<b>Nutrição</b> 1. Muito pobre 2. Provavelmente inadequada 3. Adequada 4. Excelente	4	3	4
<b>Fricção e forças de deslizamento</b> 1. Problema 2. Problema potencial 3. Nenhum problema	3	2	3
<b>SCORE</b>	<b>23</b>	<b>16</b>	<b>21</b>

Adaptado de: Escala de Braden (Direção Geral da Saúde, 2011)

## APÊNDICE IV: ESCALA DA FORÇA MUSCULAR MEDICAL RESEARCH COUNCIL

### Escala da Força Muscular Medical Research Council

Escala de Avaliação de Força Muscular (MRC – Medical Research Council)									
Itens da Escala	Data de Avaliação								
	1/6/23			5/6/23			8/6/23		
		MID	MIE	MS	MID	MIE	MS	MID	MIE
<b>0</b> (Paralisia total) <b>1</b> (Contração palpável ou visível) <b>2</b> (Movimento ativo, arco de movimento com a gravidade eliminada) <b>3</b> (Movimento ativo, arco de movimento completo contra gravidade) <b>4</b> (Movimento ativo, arco de movimento completo com uma moderada resistência) <b>5</b> (Normal, movimento ativo, arco de movimento completo contra resistência completa)	5/5	4/5	3/5	5/5	3/5	2/5	5/5	4/5	4/5

Adaptado de: Escala de Força Muscular do Medical Research Council (Ordem dos Enfermeiros, 2009)

Legenda: MS- Membros superiores

MID – Membro Inferior Direito

MIE – Membro Inferior Esquerdo

**APÊNDICE V: ESCALA DE EQUILÍBRIO DE BERG**

Descrição dos itens	Data da avaliação		
	1/6/23	5/6/23	8/6/23
1. Da posição de sentado para a posição de pé	4	3	4
2. Ficar em pé sem apoio	4	3	4
3. Sentado sem apoio	4	3	4
4. Da posição de pé para a posição de sentado	4	3	4
5. Transferências	4	2	4
6. Ficar em pé com os olhos fechados	4	3	4
7. Ficar em pé com os pés juntos	4	2	4
8. Inclinar-se para a frente com o braço esticado	4	2	4
9. Apanhar um objeto do chão	3	1	3
10. Virar-se para olhar para trás	4	3	4
11. Dar uma volta de 360°	3	2	3
12. Colocar os pés alternadamente num degrau	3	1	3
13. Ficar em pé com um pé à frente do outro	3	1	3
14. Ficar em pé sobre uma perna	2	1	3
<b>TOTAL</b>	<b>50/56</b>	<b>40/56</b>	<b>51/56</b>

Escala de Equilíbrio de Berg (Silva et al., 2008)

## APÊNDICE VI: ESCALA DE ASHWORTH MODIFICADA

Grau	Manifestações clínicas
0	Tônus muscular normal
1	Ligeiro aumento do tônus manifestado por tensão momentânea ou por mínima resistência no final da amplitude do movimento quando a região afetada é movida em flexão ou extensão
1+	Ligeiro aumento do tônus manifestado por tensão súbita, seguida de resistência mínima em menos de metade da amplitude do movimento restante
2	Aumento mais acentuado no tônus muscular durante a maioria da amplitude do movimento
3	Aumento considerável do tônus muscular, movimento passivo difícil
4	Segmentos afetados rígidos na flexão ou na extensão

Adaptado de:(Bohannon & Smith, 1987)

Dia de avaliação	1/6/2023	5/6/2023	8/6/2023
Tônus (Grau)	0	0	0

## APÊNDICE VI: ESCALA DE MORSE

		1/6/2023	5/6/2023	8/6/2023
Historial de quedas	Não (0)	0	0	0
	Sim (25)			
Diagnóstico(s) secundário(s)	Não (0)	15	15	15
	Sim (15)			
Ajuda para caminhar	Nenhuma/ajuda de enfermeiro/acamado/cadeira de rodas (0)	15	15	15
	Muletas/canadianas/bengala/andarilho (15)			
	Apoia-se no mobiliário para andar (30)			
Terapia endovenosa	Não (0)	0	20	0
	Sim (20)			
Postura no andar e na transferência	Normal/acamado/imóvel (0)	0	10	0
	Debitado (10) Depen-			
	dente de ajuda (20)			
Estado mental	Consciente das suas capacidades (0)	0	0	0
	Esquece-se das suas limitações (15)			
<b>Total</b>		<b>30</b>	<b>60</b>	<b>30</b>

Adaptado de: (Direção Geral da Saúde, 2019)

## APÊNDICE VII: ÍNDICE DE BARTHEL

### Índice de Barthel

	1/8/23	5/8/23	8/8/23
<b>Alimentação</b>			
Independente	10	10	10
Precisa de alguma ajuda (por exemplo para cortar alimentos)	5	5	5
Dependente	0	0	0
<b>Transferências</b>			
Independente	15	15	15
Precisa de alguma ajuda	10	10	10
Necessita de ajuda de outra pessoa, mas não consegue sentar-se	5	5	5
Dependente, não tem equilíbrio sentado	0	0	0
<b>Toalete</b>			
Independente a fazer a barba, lavar a cara, lavar os dentes	5	5	5
Dependente, necessita de alguma ajuda	0	0	0
<b>Utilização do WC</b>			
Independente	10	10	10
Precisa de alguma ajuda	5	5	5
Dependente	0	0	10
<b>Banho</b>			
Toma banho só (entra e sai do duche ou banheira sem ajuda)	5	5	5
Dependente, necessita de alguma ajuda	0	0	0
<b>Mobilidade</b>			
Gaminha 50 metros, sem ajuda ou supervisão	15	15	15
Gaminha menos de 50 metros, com pouca ajuda	10	10	10
Independente, em cadeira de rodas, pelo menos 50 metros	10	10	10
Imóvel	0	0	0
<b>Subir e descer escadas</b>			
Independente, com ou sem ajudas técnicas	10	10	10
Precisa de ajuda	5	5	5
Dependente	0	0	0
<b>Vestir</b>			
Independente	10	10	10
Com ajuda	5	5	5
Impossível	0	0	0
<b>Controlo intestinal</b>			
Controla perfeitamente	10	10	10
Acidente ocasional	5	5	5
Incontinente ou precisa de uso de disteres	0	0	0
<b>Controlo urinário</b>			
Controla perfeitamente, mesmo alijado	10	10	10
Acidente ocasional (máximo uma vez por semana)	5	5	5
Incontinente, ou alijado sendo incapaz de manejar a alijáta	0	0	0
<b>Total</b>	<b>100/100</b>	<b>60/100</b>	<b>85/100</b>

Adaptado de: (Apóstolo 2012)

**APÊNDICE II – Cuidados de Enfermagem de Reabilitação à Pessoa com Asma em Contexto de Comunidade**

**MESTRADO EM ENFERMAGEM  
EM ASSOCIAÇÃO**



UNIVERSIDADE DE ÉVORA  
FACULDADE SUPERIOR DE ENFERMAGEM  
1836-0160-2018



INSTITUTO POLITÉCNICO DE PORTALEGRE  
FACULDADE DE SAÚDE



INSTITUTO POLITÉCNICO DE SETÚBAL  
ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE



UNIVERSIDADE DE COIMBRA

ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE  
DR. LUIZ CLAY

**Instituto Politécnico de Portalegre  
Escola Superior de Saúde**

7.º Curso de Mestrado em Enfermagem em Associação  
2022/2023

Unidade Curricular: Estágio Final

**ESTUDO DE CASO:  
CUIDADOS DE ENFERMAGEM DE REABILITAÇÃO À PESSOA COM  
ASMA EM CONTEXTO DE COMUNIDADE**

Docente Orientador: Professor João Vítor Vieira da Silva

Enfermeiro Orientador: Mestre em Enfermagem de Reabilitação Carla Gomes

Discente: Lucília Costa nº22940

Janeiro  
2024



**Instituto Politécnico de Portalegre**  
**Escola Superior de Saúde**

**7.º Curso de Mestrado em Enfermagem em Associação**  
**2022/2023**

**Unidade Curricular: Estágio Final**

**ESTUDO DE CASO:**  
**CUIDADOS DE ENFERMAGEM DE REABILITAÇÃO À PESSOA COM**  
**ASMA EM CONTEXTO DE COMUNIDADE**

**Docente Orientador: Professor João Vítor Vieira da Silva**  
**Enfermeiro Orientador: Mestre em Enfermagem de Reabilitação Carla Gomes**

**Discente: Lucília Costa nº22940**

**Janeiro**  
**2024**

## RESUMO

**Introdução:** A asma é uma doença respiratória, crónica caracterizada pela inflamação e aumento de produção de muco nas vias aéreas. De carácter restritivo, manifesta-se por tosse, dificuldade respiratória, sibilos, pieira e dor torácica. Os fatores de risco incluem o esforço físico, exposição a substâncias irritantes e alergénios variados. O seu tratamento geralmente envolve controlo da sintomatologia através de fármacos e de técnicas que permitam melhorar a eficiência do trabalho respiratório.

**Objetivo:** Perceber quais as intervenções de enfermagem de reabilitação que se traduzem em ganhos em saúde na pessoa com asma, em contexto de comunidade.

**Metodologia:** Elaboração de um estudo de caso visando a reeducação funcional respiratória de uma pessoa com asma, obedecendo às *guidelines CAsE/REport*.

**Resultados:** A reeducação funcional respiratória na pessoa com asma teve tradução positiva na capacidade para o auto-controlo respiratório; na gestão dos sintomas associados à doença; na melhoria da capacidade para o autocuidado e conseqüente melhoria da qualidade de vida.

**Conclusão:** O programa de Enfermagem de Reabilitação implementado teve repercussões na melhoria da função respiratória e na decorrente capacidade da pessoa, de realizar as suas atividades de vida diárias

**Descritores:** Reeducação Funcional Respiratória; Enfermagem de Reabilitação; Asma

## **LISTA DE SIGLAS E ABREVIATURAS**

**CHUA** – Centro Hospitalar Universitário do Algarve

**DGS** – Direção Geral da Saúde

**EEER** – Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação

**ER** – Enfermagem de Reabilitação

**GINA** – *Global Initiative for Asthma*

**IMC** – Índice de Massa Corporal

**OE** – Ordem dos Enfermeiros

**ONDR** – Observatório Nacional das Doenças Respiratórias

**UCC** – Unidade de Cuidados Continuados

## ÍNDICE

<b>INTRODUÇÃO</b> .....	7
<b>1. APRESENTAÇÃO DO CASO</b> .....	10
<b>1.1. Informação da pessoa</b> .....	10
<b>1.2. História Clínica Atual</b> .....	11
<b>2. AVALIAÇÃO DIAGNÓSTICA DE ENFERMAGEM DE REABILITAÇÃO</b> .....	12
<b>3. PLANEAMENTO DAS INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM DE REABILITAÇÃO</b> .....	15
<b>4. RESULTADOS</b> .....	27
<b>5. DISCUSSÃO</b> .....	31
<b>6. PERSPETIVA DA PESSOA</b> .....	34
<b>7. CONSENTIMENTO INFORMADO</b> .....	35
<b>CONCLUSÃO</b> .....	35
<b>REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS</b> .....	36
<b>APÊNDICES</b> .....	40
<b>APÊNDICE I: Escala de Coma de <i>Glasgow</i></b> .....	42
<b>APÊNDICE II: Escala de Força de <i>Medical Research Council</i></b> .....	44
<b>APÊNDICE III: Escala Numérica da Dor</b> .....	46
<b>APÊNDICE IV: Escala de Equilíbrio de <i>Berg</i></b> .....	48
<b>APÊNDICE V: Escala de Dispneia de <i>Borg</i> Modificada</b> .....	51
<b>APÊNDICE VI: Escala de Quedas de <i>Morse</i></b> .....	53
<b>APÊNDICE VII: Índice de <i>Barthel</i></b> .....	55
<b>APÊNDICE VIII: Técnica de Inalação com Inalador de Pó Seco</b> .....	57
<b>APÊNDICE IX: Técnica de Inalação com Inalador Pressurizado Doseável</b> .....	59
<b>APÊNDICE X: Teste de Controlo da Asma e Rinite Alérgica (CARAT)</b> .....	61
<b>APÊNDICE XI: Teste de Marcha dos 6 minutos</b> .....	63

## ÍNDICE DE QUADROS

<b>Quadro 1: Cronograma do Planeamento de Intervenção de Enfermagem de Reabilitação</b>	<b>16</b>
<b>Quadro 2: Planeamento de Intervenções de Enfermagem de Reabilitação.....</b>	<b>17</b>
<b>Quadro 3: Oximetria de pulso.....</b>	<b>29</b>
<b>Quadro 4: Radiografias de Tórax.....</b>	<b>29</b>
<b>Quadro 5: Avaliação da Tensão Arterial.....</b>	<b>30</b>
<b>Quadro 5: Avaliação da Frequência Cardíaca.....</b>	<b>30</b>

## INTRODUÇÃO

No âmbito da Unidade Curricular de Estágio Final, integrada no VII Curso de Mestrado em Enfermagem com a Especialização em Enfermagem de Reabilitação, da Associação de Escolas Superiores de Enfermagem e de Saúde, a decorrer na Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Portalegre, emerge o presente trabalho como elemento de análise, reflexão e posterior avaliação das competências de Enfermagem de Reabilitação. O foco incidiu num estudo de caso selecionado no contexto da prática clínica – comunidade, da pessoa com problemas de saúde do foro respiratório.

O estágio decorreu na Unidade de Cuidados Continuados [UCC] Dunas em Portimão entre o dia 21/11/2023 e 17/01/2024, sob a orientação da Enfermeira Mestre em Reabilitação Carla Gomes.

As doenças respiratórias são, segundo o relatório do Observatório Nacional das Doenças Respiratórias [ONDR], uma das principais causas de morte e incapacidade em Portugal e contemplam doenças como a doença pulmonar obstrutiva crónica e asma (Ferreira, 2022).

Asma deriva da palavra grega *asthma*, que significa sufocação e define-se segundo a *Global Initiative for Asthma* [GINA] como uma doença inflamatória crónica associada à hiperreatividade brônquica, provocando episódios de pieira, dispneia, aperto torácico e tosse habitualmente noturna ou no início da manhã (Menoita et al., 2012; GINA, 2023).

Os fatores desencadeantes de uma crise asmática, são segundo Menoita et al., simultaneamente os que determinam o risco de asma e os responsáveis pelo seu desenvolvimento, como por exemplo as poeiras, ácaros, pólenes, pêlos de animais, fumo, cosméticos e infeções respiratórias (Menoita et al., 2012).

Este contacto desencadeia uma cascata de ativação celular nas vias aéreas, produzindo hipersecreção de muco levando a um espessamento da parede e consequente redução do seu calibre (Chesnutt & Pendergast, 2016, GINA, 2023). Este estreitamento da via aérea resulta numa resistência aumentada ao fluxo expiratório, variável ao longo do tempo e intensidade e manifesta-se com sintomas respiratórios como, sibilos, tosse, dor torácica e dificuldade respiratória. Os sintomas são habitualmente intermitentes, e podem resolver-se espontaneamente ou ser necessário o uso de fármacos (GINA, 2023).

O diagnóstico é realizado com base na história clínica, na existência de um padrão respiratório característico, com dispneia e limitações variáveis do fluxo expiratório, em tempo

e intensidade, assim como num exame físico detalhado, sendo frequente um ronco expiratório ou sibilos à auscultação pulmonar. A espirometria é o exame de eleição para completar o estudo da asma, permitindo avaliar o volume expiratório forçado (GINA, 2023).

O grau de severidade da asma, baseia-se numa avaliação posterior a pelo menos 2 a 3 meses de tratamento, dos episódios de crise e do tratamento necessário para controlá-las, podendo ser classificadas como asma leve, moderada e grave (GINA, 2023).

Em Portugal, os últimos dados estatísticos acerca da asma, são de 2011, e apontam para uma prevalência de 6,8% (Loureiro, 2022). Num estudo levado a cabo em 2022, que procurou caracterizar esta população, constatou-se que 48% das pessoas com asma não tinham os sintomas controlados e 15 % da amostra tinha referido pelo menos duas agudizações no último ano (João et al., 2022).

A pessoa com asma experiêcia uma carga pesada de sintomas, descontrolo dos mesmos e efeitos secundários da medicação, interferindo com o seu quotidiano, na prática de atividade física e ocupação laboral, havendo repercussões também no sono e descanso. A vida familiar e social sofre consequências com alterações importantes na saúde emocional e mental do indivíduo (Silva et al., 2021). Afeta em maior proporção, as camadas mais desfavorecidas da sociedade, que ao estarem mais expostas aos fatores de risco, são consequentemente, os que tem a qualidade e acesso aos cuidados de saúde mais condicionado (Ferreira, 2022).

O Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação [EEER] no que diz respeito à intervenção na pessoa com asma, procura a promoção de hábitos de vida saudáveis, prevenção de complicações e reabilitação da pessoa, elevando o potencial da mesma (Regulamento n.º 392/2019).

Sendo a asma uma doença crónica, sem cura, importa ao EEER intervir de forma estruturada junto da pessoa, instruindo sobre estilos de vida saudáveis, sobre autovigilância de sinais e sintomas da doença, quais os fatores desencadeantes e forma de os evitar ou erradicar, contribuindo para a capacitação da pessoa na auto-gestão da doença (Silva et al., 2021).

Segundo a Ordem dos Enfermeiros [OE] constituem metas específicas na reabilitação dos doentes com asma, que este consiga reconhecer atempadamente episódios de agudização, permitindo assim reduzir o número de internamentos por descompensação da doença. A gestão do regime terapêutico por parte do doente, visa a capacitação para a utilização da terapêutica de alívio e controlo, para os exercícios respiratórios, sempre numa parceria de cuidados entre o doente, o cuidador e o profissional de saúde (OE, 2018).

Num plano terapêutico global e integrativo, o EEER é o profissional com competências declaradas que permitem conceber, implementar e monitorizar programas de enfermagem de reabilitação individualizados e especializados nos problemas identificados (Regulamento n.º 392/2019).

Nesta perspetiva, foi elaborado este estudo de caso focado numa pessoa com asma, no contexto dos cuidados da UCC no domicílio. Tendo em conta o anteriormente exposto no que diz respeito ao papel preponderante do controlo da asma e seu impacto no prognóstico e na prevenção de episódios de exacerbação da doença, o contexto clínico comunitário revela-se um campo bastante promissor pela proximidade ao ambiente que rodeia a pessoa e pela oportunidade de intervir numa primeira linha de ação.

Foram tidas em conta todas as questões éticas inerentes, de modo a preservar os princípios da Beneficência e da Não Maleficência, da Fidelidade, Justiça, Veracidade e Confidencialidade; como tal a pessoa abordada neste estudo de caso será identificada como Sr. H. Foi recolhido, antes de qualquer intervenção, o consentimento livre e esclarecido, assim como toda a informação necessária para a construção do presente estudo, foi conseguida através da consulta do processo clínico e por entrevista estruturada dirigida à pessoa, observação.

Identificar os contributos de um programa de reabilitação funcional respiratória na pessoa com asma constitui o objetivo geral deste estudo. Já os objetivos específicos prendem-se com: identificar alterações da funcionalidade respiratória na pessoa com asma; proceder a avaliação diagnóstica de enfermagem de reabilitação; planejar intervenções de enfermagem de reabilitação na pessoa com asma; implementar intervenções de enfermagem de reabilitação numa pessoa com asma; avaliar os resultados do programa de reabilitação funcional respiratória na pessoa com asma.

O estudo de caso apresenta-se da seguinte forma: inicia-se com uma breve contextualização do tema abordado. De seguida procede-se à exposição do caso em si, com os dados colhidos na avaliação inicial com descrição da história clínica da pessoa e respetiva avaliação diagnóstica de enfermagem de reabilitação com os diagnósticos a ela associados. Apresenta-se então o planeamento de cuidados de enfermagem, de acordo com os diagnósticos identificados, seguido dos resultados obtidos, com uma discussão dos mesmos.

Encontram-se então a perspetiva da pessoa e a forma como se procedeu para aferir o consentimento informado. Por fim apresentam-se as conclusões, onde se procura dar resposta aos objetivos anteriormente descritos. Estão ainda em apêndice os instrumentos de avaliação utilizados bem como as datas e respetivas avaliações realizadas.

Este estudo de caso foi elaborado de acordo com as *guidelines CAse REport* (Riley et al., 2017) e seguindo as normas de publicação da *American Psychological Association 7ª edição* (American Psychological Association, 2020).

De forma a documentar o processo de tomada de decisão, o enfermeiro especialista em enfermagem deve apoiar-se em instrumentos que possibilitem a caracterização da situação de saúde da pessoa, de forma clara. O Padrão Documental dos Cuidados de Enfermagem da Especialidade de Enfermagem de Reabilitação permite assim uniformizar e sistematizar o conhecimento, promovendo uma melhoria contínua dos cuidados (OE, 2015).

A identificação dos diagnósticos de enfermagem de reabilitação foi efetuada em congruência com a linguagem CIPE (Ordem dos Enfermeiros, 2011).

O planeamento e implementação de intervenções da competência do enfermeiro especialista em enfermagem de reabilitação teve por base o Padrão Documental dos Cuidados de Enfermagem da Especialidade de Enfermagem de Reabilitação (Ordem dos Enfermeiros, 2015b).

## **1. Apresentação do Caso**

Na apresentação do caso, serão dados a conhecer as informações mais relevantes da pessoa em questão no estudo.

Consta de uma breve anamnese, com contextualização da história clínica da pessoa, seguindo-se a avaliação de enfermagem de reabilitação, a identificação de diagnósticos de enfermagem de reabilitação e por fim o planeamento das intervenções de enfermagem de reabilitação.

### **1.1. Informação da Pessoa**

No decorrer das visitas domiciliárias realizadas no contexto de UCC, no dia 22/11/2023 é realizado o primeiro contacto da equipa com o Sr. H. de 61 anos, de nacionalidade portuguesa. Casado, reside com esposa de quem é principal cuidador.

Possui o 6º ano de escolaridade, empregado como cantoneiro em empresa camarária. Refere apetite mantido, sem restrições alimentares, mede 1,69 m e 62 Kg, IMC = 21,7kg/m<sup>2</sup> o que é considerado normal.

Católico, refere não ser praticante. Adota um estilo de vida sedentário, refere não ter ocupação de tempos livres, com vida social pouco ativa, referindo só sair de casa para trabalhar. Relativamente ao sono, refere descansar cerca de 7- 8 h diárias, com preferência por adotar decúbito ventral para dormir.

Utente do Sistema Nacional de Saúde, à data, sem médico de família, tendo sido o último contato com os serviços de saúde em 2018, data de internamento hospitalar.

A esposa de 56 anos, encontra-se totalmente dependente nas Atividades de Vida Diárias há cerca de 5 anos, devido a doença prolongada da qual resultou défice motor e cognitivo em grau elevado. A mesma encontra-se acamada e não comunica verbalmente. Sem filhos, o Sr. H conta com o apoio da tia e sobrinho da esposa, que após o internamento do utente, tem também sido o seu apoio.

Reside em casa própria em zona urbana, com condições de habitabilidade. Habitação térrea com uma escada no interior de acesso à casa de banho e entrada de casa com piso bastante íngreme. Apresenta excesso de objetos no domicílio. Casa de banho equipada com banheira. Autónimo previamente ao internamento hospitalar.

Refere antecedentes pessoais de hipertensão arterial, hernioplastia inguinal à direita, cardiopatia isquémica e asma (diagnosticada em 1996), com internamento no ano de 2018 por agravamento respiratório e cardíaco (segundo registo clínico sofreu episódio de taquicardia supraventricular por abuso de salbutamol com necessidade de Ventilação Mecânica Invasiva e Cardioversão). Como medicação habitual, cumpre com Clopidogrel 75mg 1 comprimido à noite; Diltiazem 120mg 12/12h; Candesartan 16mg 1 comprimido de manhã e Symbicort 1 inalação de manhã e à noite. Refere ser alérgico ao pólen e gramíneas.

## 1.2. História Clínica Atual

Segundo a nota de transferência hospitalar, o Sr. H. "...no dia 19/10/2023 é levado ao serviço de urgência por dor severa na anca direita com crepitação e deformação após queda da própria altura. Fica internado no próprio dia com o diagnóstico de fratura supracondiliana de fémur com extensão diafisária à direita e permanece com tração cutânea em tala de **Brau** com 3Kg tolerada e sem compromisso neurocirculatório. A 3/11/2023 é submetido a Osteossíntese com placa do membro inferior direito sob raquianestesia. Pós-operatório decorreu sem complicações descritas, exceto pico febril e observação pela especialidade de Estomatologia a 7/11/2023 com extração de peça dentária por queixas de odontalgia e cárie".

No internamento, em contexto pós-operatório encontrava-se a cumprir a seguinte terapêutica farmacológica: Cefazolina 1 g via endovenosa 1 x/dia; Paracetamol 1 Via endovenosa 8/8h; Tramadol 100mg com Metoclopramida 10mg via endovenosa em SOS; Enoxaparina 40mg via subcutânea 1 x dia e Bromazepam|1,5mg em SOS.

O Sr. H. permaneceu no serviço de Ortopedia por 32 dias, tendo alta para o domicílio no dia 21/11/2023 após ter recusado referenciação para Unidade de Cuidados Continuados de Convalescença para continuidade de reabilitação motora, proposta pelo médico.

Tem indicação de marcha em descarga total por 12 semanas e consulta de reavaliação em fevereiro de 2024. Utiliza canadianas, andarilho de rodas e cadeira de rodas como meios auxiliares de marcha.

## 2. AVALIAÇÃO DIAGNÓSTICA DE ENFERMAGEM DE REABILITAÇÃO

A abordagem ao Sr. H. ocorreu a 22/11/2023, na primeira visita domiciliária em contexto de Equipa de Cuidados Continuados Integrados, onde foi efetuada uma primeira avaliação. Foram utilizados os seguintes instrumentos de avaliação:

- » Escala de Coma de *Glasgow* (Apêndice I);
- » Escala de Força Muscular *Medical Research Council* (Apêndice II);
- » Escala Numérica da Dor (Apêndice III);
- » Escala de Equilíbrio de *Berg* (Apêndice IV);
- » Escala de Dispneia de *Borg* Modificada (Apêndice V);
- » Escala de Queda de *Morse* (Apêndice VI);
- » Índice de *Barthel* (Apêndice VII);
- » Técnica de Inalação com Inalador de Pó Seco (Apêndice VIII);
- » Técnica de Inalação com Inalador Pressurizado Doseável (Apêndice IX);
- » Teste de Controlo de Asma e Rinite Alérgica [CARAT] (Apêndice X);
- » Teste de Marcha de 6 Minutos (Apêndice XI).

No primeiro contato, o Sr. H. encontrava-se vígil, orientado nos três domínios, com abertura ocular espontânea e isocória, e com resposta motora adequada (score de 15 na Escala de Coma de *Glasgow*). Sem alterações neurológicas *major*, linguagem com discurso espontâneo fluente, com compreensão, e capacidade cognitiva mantidas.

Pele seca e mucosas ligeiramente descoradas.

Para avaliar a força muscular aplicou-se a Escala *Medical Research Council*; o Sr. H. apresentou força grau 5/5 em todos os segmentos dos membros superiores e membro inferior esquerdo; nos segmentos do membro inferior direito, apresenta força 5/5 na articulação coxofemoral, tibiotársica e falanges do pé direito e 4/5 na articulação do joelho. O enfoque das intervenções a nível do membro inferior intervencionado, prenderam-se com um aumento da força muscular no segmento coxofemoral e articulação tibiotársica, não

esquecendo os membros superiores, essenciais para cumprir em segurança o treino de marcha e a realização de atividades de vida diárias.

Realizada avaliação estrutural do membro inferior: apresentava edema desde a raiz da coxa até ao pé, com sinal de *Godet* positivo; aumento da temperatura, especialmente na região do joelho. Sensibilidade mantida a nível do membro inferior direito, ligeiramente diminuída na região cicatricial. Apresentava pulso femoral, poplíteo, tibial e pedioso presente. Palpados pequenos gânglios a nível inguinal direito. Constatou-se empastamento dos adutores e flexores da perna. Patela com mobilidade lateral mantida, e mobilidade superior e inferior reduzida (cirurgia recente). Identificada cicatriz extensa longitudinal na face externa da região coxofemoral. Apresentava **limite articular** no joelho direito, com dor tipo pontada à flexão e em carga (score 3 na Escala Numérica da Dor).

O Sr. H. utiliza canadianas e também andarilho como auxiliares de marcha, razão pela qual, apresentou-se pertinente a avaliação do **risco de queda**, utilizando a Escala de Queda de *Morse*. Obtido um score de 60/125, o que equivale a um alto risco de queda. Avaliado o **equilíbrio corporal** junto do Sr. H. com recurso a Escala de Equilíbrio de *Berg*, tendo obtido um total de 20/56 pontos possíveis, indicativo de prejuízo do equilíbrio.

À observação direta, foi possível constatar **alteração da postura corporal**, decorrente não só da alteração do padrão de marcha, bem como de uma deformação estrutural da coluna vertebral (secundária?).

De forma a perceber o estado atual da **tolerância ao esforço**, foi levado a cabo o Teste de Marcha dos 6 minutos. Desta avaliação foram retirados dados objetivos em relação à distância percorrida, fez 60 metros em 6 minutos, com necessidade de curtas paragens no percurso definido, uma redução significativa nas saturações periféricas de oxigénio e um aumento na percepção de **dispneia** como o Sr. H. a referir um score de 7/10 (em comparação a 0/10 em repouso) na Escala de Dispneia de *Borg* Modificada. Todos estes aspetos revelam uma baixa tolerância ao esforço.

Foi utilizado o Índice de *Barthel* para avaliar o **nível de funcionalidade** do Sr. H.; apresentou neste primeiro momento de contacto um score de 90/100, devido ao fato de necessitar de ajuda no vestir a parte inferior do vestuário e o calçado.

No que diz respeito à avaliação da deglutição, o Sr. H. encontrava-se na hora da refeição, pelo que foi possível uma avaliação sumária subjetiva; aparentemente sem compromisso a nível estrutural (embora não possua todas as peças dentárias, usa prótese dentária incompleta, à qual aparenta estar adaptado) nem a nível funcional. Alimentou-se de alimento sólido e líquido (as duas consistências em simultâneo) sem intercorrências, sem voz molhada, tosse, apresentando-se sem disfagia com risco mínimo de aspiração (score de 20/20 na Escala de *Guss*).

Realizada avaliação do sistema respiratório, compreendendo as etapas de inspeção, palpação, percussão e auscultação.

O Sr. H. foi avaliado na posição de sentado; nega dor torácica e sibilância, refere dispneia a médios esforços e tosse seca, irritativa, noturna esporádica. Apresenta **dificuldade em mobilizar as secreções e em expetorar com tosse pouco eficaz.**

Foi realizado exame do tórax por meio da inspeção estática, sem presença de cicatrizes, lesões, abaulamentos, retrações ou assimetrias. Em relação tipo de tórax, observou-se um tórax tipo enfisematoso em tonel, também com alteração da curvatura fisiológica da coluna vertebral, identificando-se uma gibosidade (hipercifose torácica) associada a escoliose da coluna toracolombar. O Sr. H. faz uso da musculatura acessória para respirar, denotando-se a retração da fúrcula esternal e supraclavicular. No que à inspeção dinâmica diz respeito, apresenta-se em ventilação espontânea, com respiração toracoabdominal de média amplitude, simétrica e frequência respiratória de 19 ciclos por minuto e saturações periféricas de oxigênio de 95% com FiO<sub>2</sub> de 21%.

Procedeu-se à palpação das estruturas anatómicas com o Sr. H. em posição sentado e decúbito dorsal: a nível cervical, não foram detetadas alterações musculoesqueléticas passíveis de condicionar o processo respiratório (esternocleidomastóideo e escalenos sem contraturas ou pontos dolorosos, cicatrizes ou retrações da pele). A nível torácico e abdominal, palpação revelou-se inocente; 1ª costela com boa mobilidade e elevação simétrica em ambos os hemitórax, semiologia muscular mantida com palpação do peitoral maior e trapézio a não revelar alterações. **Expansibilidade torácica reduzida** no terço superior dos hemitórax, apresentando também diminuição do frêmito tóraco-vocal. Localizado Ângulo de Charpy, com ângulo de 80°, dentro dos parâmetros do biótipo longilíneo. Palpação das cristas ilíacas, revelou **assimetria** (queda em criança não seguida, pode ter condicionado alteração da coluna vertebral, segundo Sr. H.), palpação hepática e dos restantes quadrantes abdominais sem alterações.

À percussão torácica foi verificado um som claro pulmonar.

Realizada auscultação com recurso a estetoscópio. Auscultação cervical e supraescapular sem alterações. Apresentava a nível pulmonar, murmúrio vesicular presente em todos os campos pulmonares do hemitórax esquerdo, ligeiramente diminuído no ápice do pulmão direito com **presença de ruídos adventícios**, com ferveores crepitantes no seio costofrénico à direita.

Avaliado o grau de controlo da doença respiratória com recurso ao Teste de Controlo da Asma e Rinite Alérgica (CARAT), onde foi aferida a pontuação total de 21/30, refletindo **"doença mal controlada"**.

Os resultados obtidos encontram-se em apêndice e foram a base para a formulação dos seguintes diagnósticos de enfermagem de reabilitação, baseados na linguagem da

Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem 2019 (*International Council of Nurses*, 2019) e o Padrão Documental dos Cuidados de Enfermagem da Especialidade de Enfermagem de Reabilitação (OE, 2014).

Diagnóstico 1: Conhecimento sobre a doença ausente, relacionado com má gestão da doença

Diagnóstico 2: Movimento Muscular Diminuído no Membro Inferior Direito

Diagnóstico 3: Dor presente no Membro Inferior Direito

Diagnóstico 4: Risco de rigidez articular presente

Diagnóstico 5: Equilíbrio corporal comprometido

Diagnóstico 6: Risco de queda presente em grau moderado

Diagnóstico 7: Expetorar Ineficaz

Diagnóstico 8: Limpeza das Vias Aéreas Ineficaz

Diagnóstico 9: Ventilação comprometida

Diagnóstico 10: Intolerância à atividade presente em grau moderado/elevado

Diagnóstico 11: Autocuidado Andar com Auxiliar de Marcha Comprometido

Diagnóstico 12: Autocuidado Vestir-se e Despir-se comprometido

### **3. PLANEAMENTO DAS INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM DE REABILITAÇÃO**

A implementação do planeamento de intervenção de enfermagem de reabilitação para o Sr. H. prolongou-se por 6 semanas, desde a primeira visita domiciliária. No cronograma seguinte (quadro 1) encontra-se definido o plano das intervenções de reeducação funcional distribuídas no espaço temporal. De ressaltar que em todos os dias de calendário, houve intervenção de outros profissionais como fisioterapeuta.

Com o objetivo de implementar as intervenções relacionadas com os diagnósticos elaborados, foram utilizados os seguintes recursos disponíveis: inspirómetro de incentivo, câmara expansora, bastão/canadiana, andarilho, canadianas, estetoscópio, esfigmomanómetro, oxímetro, cadeira de rodas, suporte digital (telemóvel). Encontra-se no quadro abaixo, o plano de intervenção de Enfermagem de Reabilitação proposto para o Sr. H.

Após a identificação dos diagnósticos, em conjunto com o utente, tendo em conta as suas reais necessidades ou pelo menos, as que foram expressas como significativas para o Sr. H., foi delineado um planeamento de acordo com as mesmas, que se encontram expostas no quadro 2.

Quadro 1: Cronograma do Planejamento de Intervenção de Enfermagem de Reabilitação

FOCU Diagnósticos de Enfermagem de Reabilitação	22/11	23/11	28/11	30/11	8/12	12/12	13/12	14/12	09/01	11/01
Conhecimento										
Movimento muscular										
Dor										
Rigidez Articular										
Equilíbrio Corporal										
Queda										
Expetorar										
Limpeza vias aéreas										
Ventilação										
Intolerância à atividade										
<del>Auto-cuidado</del> andar com auxiliar de marcha										
<del>Auto-cuidado</del> vestir-se e despir-se										
Avaliação de Enfermagem de Reabilitação										

**Quadro 2: Planeamento de Intervenção de Enfermagem de Reabilitação**

Foco Diagnóstico de Enfermagem de Reabilitação Julzo	Resultado Esperado	Intervenção de Enfermagem de Reabilitação	Instrumentos de Avaliação	Avaliação
<p><b>Foco: Conhecimento</b></p> <p><b>Diagnóstico de Enfermagem de Reabilitação:</b></p> <p>Conhecimento sobre a doença ausente, relacionado com má gestão da doença</p> <p><b>Julzo:</b> Ausente</p>	<p>Capacitar a pessoa na aquisição de conhecimentos para a gestão da sua doença</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Avaliar estado de consciência e estado cognitivo;</li> <li>- Avaliar conhecimento prévio acerca da doença (sinais, sintomas, mecanismos de auto-controlo, agudização doença, regime terapêutico);</li> <li>- Avaliar conhecimento acerca do processo de reabilitação;</li> <li>- Avaliar capacidade para assimilar informação;</li> <li>- Solicitar a colaboração da pessoa;</li> <li>- Explicar os benefícios da reabilitação na gestão da sua doença;</li> <li>- Instruir sobre a doença (descrição em que consiste a doença);</li> <li>- Instruir acerca de sinais e sintomas de agudização da doença (crise asmática);</li> <li>- Instruir sobre fatores desencadeantes (alterações clima, humidade, poluição, exposição ao fumo do tabaco, exercício, emoções fortes, infeção respiratória, químico, pelo de animais/condições habitação-humidade, arejamento, limpeza cama/quarto);</li> <li>- Instruir acerca do auto-controlo da doença e sua importância (CARAT);</li> <li>- Instruir sobre técnicas de descanso e relaxamento;</li> <li>- Instruir acerca de posições de alívio da dificuldade respiratória;</li> <li>- Instruir acerca da gestão do regime terapêutico medicamentoso;</li> <li>- Promover as vantagens do exercício físico;</li> <li>- Promover hábitos saudáveis (alimentação, sono);</li> <li>- Instruir e treinar técnicas de reeducação funcional respiratória                         <ul style="list-style-type: none"> <li>» Consciencialização respiratória;</li> <li>» Dissociação de tempos respiratórios;</li> <li>» Expiração com lábios <del>estruçada</del> <b>estruçada</b>;</li> <li>» Reeducação abdominodorsal/fragmática;</li> <li>» Abertura costal global com recurso a bastão;</li> </ul> </li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Escala de Coma de Glasgow</li> <li>- Teste de Controlo de Asma e Rinite Alérgica (CARAT)</li> </ul>	<p>No decorrer das sessões o Sr. H. demonstrou gradualmente um maior grau de conhecimento e consciencialização acerca da sua doença e das estratégias de controlo.</p>

Reabilitação da Pessoa com Alteração da Continência Urinária |

		<ul style="list-style-type: none"> <li>- Facultar materiais de apoio (folhetos/vídeos informativos e demonstrativos);</li> <li>- Instruir sobre recursos disponíveis (equipa multidisciplinar-higienista oral, nutricionista, assistente social);</li> <li>- Otimizar ambiente físico;</li> <li>- Encorajar a participação na tomada de decisão;</li> <li>- Esclarecer eventuais dúvidas;</li> <li>- Avaliar aquisição de conhecimentos;</li> <li>- Elogiar os progressos da pessoa.</li> </ul>		
<b>Foco</b> Diagnóstico de Enfermagem de Reabilitação Juízo	<b>Resultado Esperado</b>	<b>Intervenção</b> De Enfermagem de Reabilitação	<b>Instrumentos de Avaliação</b>	<b>Avaliação</b>
<b>Foco: Movimento Muscular</b>  Diagnóstico de Enfermagem de Reabilitação: Movimento Muscular diminuído  Juízo: Diminuído	Promover fortalecimento muscular e aumento da amplitude articular	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Avaliar a força muscular;</li> <li>- Avaliar conhecimento acerca da mobilização muscular;</li> <li>- Avaliar a amplitude articular;</li> <li>- Avaliar sensibilidade no membro inferior direito;</li> <li>- Instruir acerca da importância de realizar movimento muscular;</li> <li>- Instruir para a realização de contrações isométricas dos músculos quadríceps, glúteos, abdominais, isquiotibiais, gastrocnémios e solear (1 série de 10 repetições, 3x/dia, conforme tolerância);</li> <li>- Instruir e treinar exercícios musculoesquelares pós-segmentares: <ul style="list-style-type: none"> <li>» do tipo ativo-assistido no joelho;</li> <li>» do tipo ativo na coxofemoral, fibiotársica e falanges dos dedos do pé direito;</li> <li>» do tipo ativo resistido nos membros superiores e inferior esquerdo;</li> </ul> </li> <li>(1 série de 10 repetições, 3x/dia, progredindo conforme tolerância);</li> <li>- Instruir e treinar exercícios de alongamento do membro inferior direito (adutores) - 1 série de 5 repetições 2x/ dia;</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Escala de Medical Research Council</li> <li>- Goniómetro</li> </ul>	<p>Verificou-se um aumento de força muscular do membro inferior direito e uma maior amplitude movimento articular do membro inferior direito.</p>

Reabilitação da Pessoa com Alteração da Continência Urinária |

Foco Diagnóstico de Enfermagem de Reabilitação Juízo	Resultado Esperado	Intervenção De Enfermagem de Reabilitação	Instrumentos de Avaliação	Avaliação
<p><b>Foco: Dor</b></p> <p>Diagnóstico de Enfermagem de Reabilitação: Dor presente no membro inferior intencionado</p> <p>Juízo: Presente</p>	<p>Minimizar a dor durante a realização do movimento muscular membro inferior intencionado</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Realizar massagem terapêutica do membro inferior direito;</li> <li>- Instruir no cumprimento da crototerapia;</li> <li>- Instruir na realização do treino de marcha com auxílio de marcha em descarga do membro inferior direito;</li> <li>- Fornecer folheto informativo com exercícios a realizar;</li> <li>- Elogiar os progressos da pessoa;</li> <li>- Avaliar e monitorizar a dor;</li> <li>- Valorizar a dor da pessoa;</li> <li>- Instruir a manter o alinhamento e postura corporal correta;</li> <li>- Avaliar o conhecimento acerca de técnicas não farmacológicas para alívio da dor (crototerapia, alternância frequente de decúbito, massagem, consciencialização respiratória; dissociação dos tempos respiratórios);</li> <li>- Realizar técnicas de relaxamento;</li> <li>- Instruir na gestão da analgesia (posologia e);</li> <li>- Instruir na realização da crototerapia estática, 3 a 5 vezes/dia durante 10 minutos cada aplicação, com proteção da pele;</li> <li>- Instruir e treinar a realização de exercícios isométricos;</li> <li>- Respeitar o limite da amplitude articular nos exercícios de mobilização musculoesqueléticas polisssegmentares;</li> <li>- Não forçar o movimento na presença de dor;</li> <li>- Respeitar os tempos de descanso.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Escala Numérica da Dor</li> </ul>	<p>No decurso das sessões o Sr. H. referiu um decréscimo do nível de dor, chegando a score 0.</p>
<p><b>Foco: Rigidez Articular</b></p> <p>Diagnóstico de Enfermagem de Reabilitação: Risco de Rigidez Articular</p>	<p>Aumentar amplitude de movimento do membro inferior direito</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Avaliar conhecimento acerca de condições de risco de rigidez articular (medidas de prevenção, causas e se identifica sinais de rigidez articular);</li> <li>- Avaliar movimento e amplitude articular;</li> <li>- Avaliar dor ao movimento articular;</li> <li>- Avaliar conhecimento sobre técnicas de exercício muscular e articular;</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Goniómetro</li> </ul>	<p>Verificou-se um aumento no ângulo de amplitude articular do joelho direito.</p>

<p>Julgo: Presente</p>		<ul style="list-style-type: none"> <li>- Instruir e treinar exercícios musculó-articulares ativo-assistido e passivo da articulação do joelho direito (1 série de 5repetições, 2x/dia, aumentado progressivamente conforme tolerância);</li> <li>- Instruir na realização de crioterapia;</li> <li>- Instruir na gestão analgésica;</li> <li>- Monitorizar amplitude articular com recurso a goniómetro;</li> <li>- Elogiar os progressos da pessoa.</li> </ul>		
<p>Foco Diagnóstico de Enfermagem de Reabilitação Julgo</p>	<p>Resultado Esperado</p>	<p>Intervenção De Enfermagem de Reabilitação</p>	<p>Instrumento de Avaliação</p>	<p>Avaliação</p>
<p>Foco: <b>Equilíbrio Corporal</b>  Diagnóstico de Enfermagem de Reabilitação: Equilíbrio Corporal comprometido  Julgo: Comprometido a um nível moderado</p>	<p>Promover o equilíbrio corporal estático e dinâmico emortostatismo</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Avaliar o equilíbrio corporal estático e dinâmico nas posições de sentado e em ortostatismo;</li> <li>- Avaliar alterações estruturais da coluna;</li> <li>- Avaliar conhecimento sobre técnica de equilíbrio corporal;</li> <li>- Ensinar sobre técnica de equilíbrio;</li> <li>- Instruir e treinar exercícios de equilíbrio estático na posição de sentado (1 série de 5repetições, 2x/dia, aumentado progressivamente conforme tolerância);</li> <li>- Instruir e treinar a inclinação do tronco para a frente antes de se levantar para readquirir o centro de gravidade;</li> <li>- Instruir e treinar o uso das mãos para sentar e levantar da cadeira e aproximação da região posterior dos membros inferiores até à cadeira antes de sentar;</li> <li>- Instruir e treinar exercícios de equilíbrio na posição ortostática (1 série de 3 repetições, 2x/dia, aumentado progressivamente conforme tolerância)</li> <li>- adução e abdução do membro inferior direito;</li> <li>- apoio unipodal no membro inferior esquerdo;</li> <li>- levantar calcanhar esquerdo do chão para ficar apoiado apenas</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Escala de Equilíbrio de Berg</li> </ul>	<p>Verificou-se uma melhoria a nível do equilíbrio estático e dinâmico em ortostatismo.</p>

<p>Foco: <b>Queda</b></p> <p>Diagnóstico de Enfermagem de Reabilitação: Risco de queda presente em grau elevado</p> <p>Julizo: Alto Risco</p>	<p>Prevenir a ocorrência de quedas</p>	<p>nos dedos do pé;</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Estimular o treino de equilíbrio com correção postural em simultâneo;</li> <li>- Utilizar ajudas técnicas (uso de espelho, de cadeira e de andador) para treinar a correção postural em ortostatismo);</li> <li>- Monitorizar equilíbrio corporal através de escala;</li> <li>- Elogiar os progressos da pessoa.</li> </ul>	<p>- Escala de Quedas de Morse</p>	<p>O Sr. H. não teve nenhum episódio de queda durante o decorrer das sessões.</p>
<p>Foco: <b>Expectorador</b></p> <p>Diagnóstico de Enfermagem de Reabilitação: Expectorador ineficaz em grau moderado</p> <p>Julizo: Presente</p>	<p>Expectorador eficazmente</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Avaliar o risco de queda;</li> <li>- Instruir e treinar exercícios musculó-articulares polissegmentares;</li> <li>- Instruir e treinar equilíbrio estático e dinâmico;</li> <li>- Instruir e treinar técnica de transferir-se;</li> <li>- Instruir e treinar andar com auxílio de marcha;</li> <li>- Instruir acerca da otimização de condições de segurança (uso correto de auxílio de marcha, calçado adequado, tipo de piso, iluminação, manter percurso livre de obstáculos, colocar auxílio de marcha acessível).</li> </ul>	<p>- Peak Flow/ Meter</p>	<p>Verificou-se que no final do programa o Sr. H. já consegue expelir as secreções de forma eficaz.</p>
<p>Foco: <b>Expectorador</b></p> <p>Diagnóstico de Enfermagem de Reabilitação: Expectorador ineficaz em grau moderado</p> <p>Julizo: Presente</p>	<p>Expectorador eficazmente</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Avaliar o reflexo de tosse;</li> <li>- Estimular reflexo de tosse;</li> <li>- Avaliar conhecimento acerca de técnica de tosse;</li> <li>- Instruir sobre tosse eficaz (técnica, objetivos);</li> <li>- Instruir sobre treino de reeducação funcional respiratória:             <ul style="list-style-type: none"> <li>» abertura costal seletiva e global</li> <li>» expansibilidade torácica com bloqueio contralateral</li> <li>» reeducação seletiva das hemicúspulas diafragmáticas (assistida e resistida)</li> <li>» ciclo ativo respiratório</li> <li>» <i>Huming</i></li> </ul> </li> <li>(1 série de 3 exercícios 1 x por dia, a progredir conforme tolerância e necessidade)</li> <li>- Realizar manobras acessórias favoráveis (percussão e vibrocompressão torácica) 3 a 5 minutos em cada sessão;</li> </ul>	<p>- Peak Flow/ Meter</p>	<p>Verificou-se que no final do programa o Sr. H. já consegue expelir as secreções de forma eficaz.</p>

<p><b>Foco: Limpeza das Vias Aéreas</b></p> <p>Diagnóstico de Enfermagem de Reabilitação: Limpeza das Vias Aéreas Ineficaz, relacionada com tosse ineficaz</p> <p>Julço: Diminuído</p>	<p>Melhorar a capacidade de tosse</p> <p>Otimizar Ventilação</p> <p>Diminuir o trabalho respiratório</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Executar técnica de posicionamento;</li> <li>- Monitorizar saturações periféricas de oxigénio;</li> <li>- Incentivar a tossir;</li> <li>- Assistir a tossir (tosse assistida);</li> <li>- Instruir para a terapêutica inalatória através do inalador;</li> <li>- Incentivar a ingestão de líquidos;</li> <li>- Incentivar a expectorar;</li> <li>- Vigiar expectoração;</li> <li>- Elogiar os progressos da pessoa.</li> </ul>	<p>- Oxímetro</p>	<p>Verificou-se que no final do programa o Sr. H. já era capaz de tossir de forma eficaz.</p>
<p><b>Foco: Ventilação</b></p>	<p>» Otimizar</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Avaliar o reflexo e capacidade de tosse;</li> <li>- Avaliar conhecimento acerca da técnica de tosse;</li> <li>- Avaliar conhecimento acerca dos exercícios propostos;</li> <li>- Instruir nos exercícios de reeducação funcional respiratória e limpeza das vias aéreas: (1 série de 10-15 repetições, 3x/dia, progredindo consoante tolerância);             <ul style="list-style-type: none"> <li>* abertura costal seletiva</li> <li>* abertura costal global com recurso a bastão;</li> <li>* expansibilidade torácica com bloqueio manual contralateral;</li> <li>* técnica de percussão torácica;</li> <li>* técnica de vibro compressão torácica;</li> <li>* <i>Ruffing</i></li> <li>* ciclo ativo respiratório</li> </ul> </li> <li>- Executar terapêutica inalatória através de inalador;</li> <li>- Executar técnica de posicionamento;</li> <li>- Monitorizar saturações periféricas de oxigénio;</li> <li>- Vigiar expectoração;</li> <li>- Elogiar os progressos da pessoa.</li> </ul>	<p>-Escala da dispneia de <b>Borg</b></p>	<p>Verificou-se uma melhoria significativa na função ventilatória do Sr. H. com</p>

<p>Diagnóstico de Enfermagem de Reabilitação: Ventilação Ineficaz relacionada com:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>» Esforço respiratório para pequenos esforços</li> <li>» Presença de ruídos adventícios</li> <li>» Tempos respiratórios curtos</li> </ul> <p>Julço: Presente</p>	<p>ventilação</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>» Promover a expansibilidade torácica</li> <li>» Promover trocas gasosas</li> </ul>	<p>existência de tosse, expectoração, dor torácica, pleira);</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Realizar avaliação objetiva do tórax (inspeção, palpação, percussão e auscultação);</li> <li>- Avaliar exames complementares de diagnósticos;</li> <li>- Avaliar conhecimento acerca de técnicas de reeducação funcional respiratória;</li> <li>- Avaliar conhecimento sobre autocontrole do padrão respiratório;</li> <li>- Avaliar capacidade para autocontrole do padrão respiratório;</li> <li>- Instruir para técnicas de posicionamento (posição de descanso e relaxamento, correção postural);</li> <li>- Avaliar percepção de esforço/dispneia;</li> <li>- Instruir sobre técnicas de reeducação funcional respiratória:             <ul style="list-style-type: none"> <li># conscientização respiratória;</li> <li># dissociação dos tempos respiratório;</li> <li># expiração com lábios semicerrados;</li> <li># abertura costal seletiva à direita/esquerda (consoante o necessário);</li> <li># abertura costal global com recurso a bastão;</li> <li># reeducação abdominodiafragmática;</li> <li># reeducação das hem cúpulas diafragmáticas;</li> <li># ventilação dirigida aos lobos afetados;</li> </ul> </li> <li>- Treinar técnicas de reeducação funcional respiratória <b>conforme tolerância:</b> <ul style="list-style-type: none"> <li># conscientização respiratória (o necessário);</li> <li># dissociação dos tempos respiratórios (1 série de 10 30' 2 a 3x/dia);</li> <li># reeducação costal global com recurso a bastão (1 série de 8 repetições);</li> <li># reeducação abdominodiafragmática (5 minutos 2 a 3 x/dia).</li> </ul> </li> <li>- Instruir para o treino no uso do inspirómetro de incentivo;</li> <li>- Treinar técnica respiratória para o autocontrole do padrão respiratório;</li> <li>- Preferir a posição de sentado ou semi-sentado a posição de deitado;</li> <li>- Respeitar os tempos de descanso;</li> </ul>	<p>modificada</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Oxímetro</li> <li>- Estetoscópio</li> <li>- Inspirómetro de incentivo</li> </ul>	<p>percussão favorável na função hemodinâmica</p>
--	--	---	---	---

<p>Foco: <b>Intolerância à atividade</b></p> <p>Diagnóstico de Enfermagem de Reabilitação: Intolerância à atividade presente</p> <p>Julço: Presente em grau moderado/eleivado</p>	<p>Aumentar a capacidade de tolerância à atividade</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Monitorizar frequência respiratória e saturação periférica de oxigénio;</li> <li>- Elogiar os progressos da pessoa.</li> <li>- Avaliar conhecimento acerca da importância atividade e repercussões na saúde;</li> <li>- Avaliar conhecimento sobre hábitos de exercício;</li> <li>- Avaliar intolerância à atividade;</li> <li># tolerância às atividades- presença de cansaço fácil durante as atividades e se as consegue terminar- avaliar percepção de esforço;</li> <li># distância que consegue percorrer (Teste de Marcha dos 6 minutos);</li> <li># se 3 minutos após o esforço, frequência cardíaca retoma valores habituais;</li> <li># capacidade de recuperar energia após descanso;</li> <li>- Instruir na gestão da atividade física e dos períodos de repouso;</li> <li>- Negociar atividade física;</li> <li>- Promover os alongamentos após o exercício;</li> <li>- Planear repouso respeitando os tempos de descanso;</li> <li>- Avaliar o conhecimento acerca de técnicas de relaxamento;</li> <li>- Instruir sobre técnicas de relaxamento (massagem terapêutica, conscientização respiratória; dissociação dos tempos respiratórios);</li> <li>- Planear atividade física;</li> <li># Providenciar material educativo (folheto informal com exercícios a cumprir);</li> <li># iniciar com atividade de baixa intensidade do seu agrado (caminhada) e ir progredindo conforme tolerância;</li> <li>- Instruir sobre técnicas de conservação de energia;</li> <li>- Supervisionar e registar resposta ao exercício;</li> <li>- Monitorizar frequência cardíaca, respiratória e saturações periféricas de oxigénio;</li> <li>- Avaliar acerca de material existente no domicílio para a prática de</li> </ul>	<p>- Escala de Borg modificada</p> <p>• Teste de Marcha dos 6 minutos</p>	<p>Verificou-se um aumento da capacidade de tolerância ao esforço</p>
---	--	--	---	---

<p>Foco: <b>Autocuidado Andar com auxílio de marcha</b></p> <p>Diagnóstico de Enfermagem de Reabilitação:</p> <p>Autocuidado Andar com Auxílio de Marcha Comprometido</p> <p>Julgo: Dependente em grau moderado</p>	<p>Capacidade de andar com auxílio de marcha de forma autônoma</p>	<p>exercício;</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Instruir sobre uma hidratação e alimentação adequadas e ao gosto da pessoa;</li> </ul> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Avaliar o conhecimento sobre a técnica de andar com auxílio de marcha (andarilho e canadianas);</li> <li>- Avaliar e treinar o equilíbrio;</li> <li>- Instruir e treinar exercícios musculares polissegmentares do tipo ativo e ativo resistido nos membros superiores para ganho de força muscular (promovendo uma melhor adaptação ao auxílio de marcha) (1 série de 10-15 repetições, 3x/dia, progredindo consoante tolerância);</li> <li>- Instruir no treino de exercícios musculares isométricos, com destaque para a extensão completa do joelho (1 série de 5 repetições, progressão conforme tolerância);</li> <li>- Instruir sobre auxílio de marcha (ajuste correto do mesmo com o apoio das mãos à altura do grande trocânter e o apoio de antebraço 2-3cm abaixo do cotovelo; e as condições de segurança dos auxiliares de marcha com asborrachas em bom estado);</li> <li>- Instruir e treinar sobre andar com auxílio de marcha em descarga (1º auxílio de marcha, 2º perna operada, 3º perna sã);</li> <li>- Instruir e treinar manobras de mudança de direção com o uso de andarilho, com rotação sobre o eixo da perna sã;</li> <li>- Instruir e treinar técnica de levantar e sentar com andarilho (apoio de uma mão no leito/cadeira de rodas)</li> <li>- Instruir na transposição de degraus, com canadianas; cuidados na subida e descida;</li> <li>- Instruir sobre condições de segurança para andar com auxílio de marcha (remoção de obstáculos, calçado confortável e bem-adaptado aos pés);</li> <li>- Instruir sobre adaptação do domicílio para andar com auxílio de marcha (eliminar tapetes e passadeiras não aderentes ao chão);</li> </ul>	<p>Foi possível verificar uma melhoria no autocuidado andar com auxílio de marcha, tendo adquirido o Sr. H. um padrão de marcha seguro e posteriormente, realizando marcha autônoma</p>
---	--	--	---

## Reabilitação da Pessoa com Alteração da Continência Urinária |

Foco Diagnóstico de Enfermagem de Reabilitação Julho	Resultado Esperado	Intervenção De Enfermagem de Reabilitação	Instrumentos de Avaliação	Avaliação
<p>Foco: Autocuidado <b>Vestir-se e Despir-se</b></p> <p>Diagnóstico de Enfermagem de Reabilitação: Autocuidado Vestir-se e Despir-se comprometido</p> <p>Julho: Dependente em grau moderado</p>	<p>Capacidade para realizar autocuidado vestir-se e despir-se o mais autonomamente possível</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Elogiar os progressos da pessoa.</li> <li>- Avaliar capacidade para realização do autocuidado Vestir-se e Despir-se;</li> <li>- Avaliar conhecimento acerca da técnica de vestir-se/despir-se;</li> <li>- Instruir e treinar a técnica de vestir-se (iniciando pelo lado intervencionado) e despir-se (iniciando pelo lado oposto);</li> <li>- Solicitar a colaboração da pessoa de acordo com as suas capacidades;</li> <li>- Instruir e treinar sobre dispositivos de apoio para vestir-se e despir-se ("pegas" fixas no vestuário ara vestir os membros inferiores ou, calçada de cabo longo, sapatos sem atacadores, com salto baixo e largo e sola rígida e antiderrapante);</li> <li>- Incentivar a pessoa a vestir-se/despir-se de forma mais autónoma possível;</li> <li>- Elogiar os progressos da pessoa.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Índice de <b>Barthel</b></li> </ul>	<p>O Sr. H. atingiu a autonomia neste autocuidado.</p>

#### 4. RESULTADOS

As intervenções de enfermagem de reabilitação foram implementadas ao longo do percurso de estágio na Unidade de Cuidados Continuados-Dunas-Portimão, com início no dia 22/11/2023 e término no dia 17/01/2024, distribuídas durante 10 sessões. Pela natureza dos cuidados de saúde prestados nesta Unidade, os momentos de avaliação decorreram em modo *continuum* ao longo de todas as visitas.

Desde a primeira visita domiciliária, o Sr. H. apresentou-se **orientado** (Apêndice I) nos três domínios, participativo e com vontade demonstrada de ser agente ativo na melhoria do seu estado de saúde. Apesar desta vontade expressa, a consciência do seu estado atual, das suas limitações, trazidas pela cirurgia recente, não estava adequada. O conhecimento sobre a sua doença crónica, os fatores desencadeantes, estratégias de controlo de sintomas e consequências da doença, eram fatos pouco presentes e esclarecidos. Foi necessário o reforço em todas as sessões de aspetos relacionados com a doença respiratória e sua respetiva avaliação.

Segundo o Sr. H. foi diagnosticada asma, pelo médico de família há cerca de 26 anos, sem exames complementares de diagnóstico, apenas pela sintomatologia apresentada. Foram-lhe na altura, explicados os sintomas de uma forma global e a medicação que teria de utilizar. Aparentemente teria necessitado de um maior acompanhamento pelos cuidados de saúde primários, com monitorização da evolução da doença. Denotou-se uma falta de conhecimentos, que ao longo do tempo contribuiu para o episódio agudo de internamento por abuso da terapêutica inalatória e de uma forma geral para uma gestão deficiente da doença.

As ações relacionadas com o "conhecimento" tiveram um papel preponderante no planeamento, não só porque constituem a base para todas as outras intervenções de Enfermagem de Reabilitação, mas também porque, neste contexto de domicílio, a pessoa tende a estar mais dispersa no foco de atenção, sendo mais difícil que cumpra as atividades propostas.

Apesar de todas as contrariedades, verificou-se uma evolução positiva nos níveis de conhecimento e de consciencialização acerca da sua doença, conseguindo replicar por exemplo técnica inalatória correta (Apêndice VIII e IX), exercícios de reeducação funcional respiratória e sua importância. Foi ainda possível, com recurso ao Teste de Controlo da Asma e Rinite Alérgica (Apêndice X), verificar um melhor controlo dos sintomas, refletindo assim uma mais eficaz autogestão da doença.

Verificou-se ao longo das sessões, uma melhoria da **força muscular** (Apêndice II) dos segmentos musculoesqueléticos dos segmentos dos membros superiores e inferiores. Após uma fase inicial, onde houve alguma relutância em aderir ao plano de exercícios, o Sr. H. cumpriu os exercícios de mobilização, associados à crioterapia, isenção de carga e cumprimento de analgesia, sendo possível perceber sinais favoráveis de evolução, com diminuição importante do edema e restantes sinais inflamatórios do joelho direito. Os exercícios, que numa etapa inicial consistiam em mobilizações do tipo passivo, passaram gradualmente a mobilizações do tipo ativo no membro inferior direito, no final do programa. Nos restantes segmentos dos membros superiores manteve-se o plano com mobilizações ativas, para a manutenção da força muscular, devido à descompensação respiratória que teve lugar na terceira sessão. Foi dada prioridade assim às estratégias de conservação de energia e gestão de esforço.

A avaliação da **dor** (Apêndice III) foi realizada na primeira sessão, com as intervenções implementares foi possível verificar um decréscimo de dor com score 6 para dor score 0 no final do programa. Também neste âmbito, foi desenvolvido um trabalho no sentido de o Sr. H. reconhecer a importância da toma da analgesia na posologia e horário prescritos, não só para alívio da dor, mas o papel da mesma no restante plano de reabilitação. Tal foi cumprido, o que demonstra o sucesso da intervenção.

Relativamente à **rigidez articular**, foi verificada uma melhoria significativa, na amplitude de movimento da articulação do joelho direito, tanto na extensão que passou a ser completa após 5 sessões, como na flexão que chegou aos 35°.

No que diz respeito ao **equilíbrio corporal** (Apêndice IV), constatou-se que o equilíbrio estático e dinâmico na posição sentado estavam conservados. O equilíbrio estático e dinâmico em ortostatismo apresentava-se instável, tendo o Sr. H. apresentado uma melhoria substancial dos mesmos, contribuindo para tal, o aumento da amplitude de movimento articular do joelho direito e a adoção de uma postura corporal mais adequada.

No que concerne ao **risco de queda** (Apêndice VI) o Sr. H. apresentou alto risco de queda no início do programa, não tendo apresentado nenhuma queda durante o decorrer das visitas. No final do programa apresentava score de 50 o que traduz um baixo risco de queda.

Relativamente ao **expetorar** foi verificado que não existia uma eficácia de tosse nem de expetorar eficaz por parte do Sr. H. No decorrer das sessões de reeducação funcional respiratória, houve uma melhoria na capacidade de mobilizar e conseqüentemente expelir as secreções de forma eficaz. Como conseqüência, também a **limpeza das vias aéreas** sofreu melhorias, com uma capacidade de tosse mais eficaz, capaz de promover uma

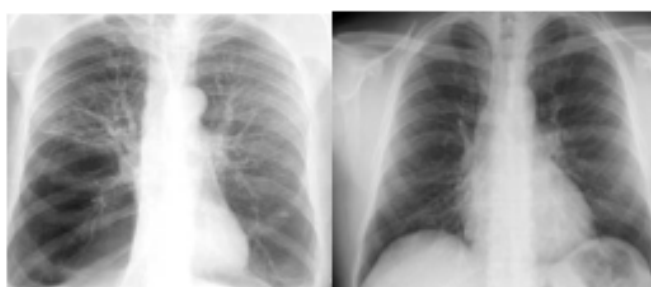
otimização da **ventilação**. Verificaram-se aspetos com evolução positiva, aquando da auscultação pulmonar, com diminuição dos ruídos adventícios, uma vez que no final apresentava murmúrio vesicular mais audível, sem ruídos adventícios. Apresentava ainda saturações periféricas de oxigénio sempre superiores no final das sessões (quadro 3), com melhoria gradual, apresentando no final, saturações de oxigénio de 97%.

Quadro 3. Oximetria de Pulso no Início e Final das Intervenções

Dia da Intervenção da Enfermagem de Reabilitação	22/11	23/11	28/11	30/11	08/12	12/12	13/12	14/12	09/01	11/1
SpO2 (antes sessão)	96%	95%	94%	93%	92%	97%	94%	94 %	91%	91%
SpO2 (depois da sessão)	95%	97%	95%	97%	97%	98%	98%	97%	97%	97%

Ficou evidente a melhoria da função respiratória, na comparação de radiografias de tórax realizadas em dezembro 2023 e janeiro de 2024 (quadro 4).

Quadro 4. Radiografias de Tórax



Também na sensação de dispneia expressa pelo Sr. H. foi possível inferir uma melhoria significativa a nível respiratório, já que passou de um score de 7/10 na Escala de Dispneia de **Borg** modificada, no início do programa para um score de 1/10 no final do programa (Apêndice V).

O Sr. H. aderiu de forma empenhada na utilização do **inspirómetro** de incentivo com aumento da capacidade de volumes de inspiratórios, com ganhos essenciais no treino dos tempos respiratórios, na capacidade pulmonar e na execução da técnica inalatória.

De forma objetiva, houve repercussões significativas e favoráveis a nível hemodinâmico, com melhoria dos valores tensionais (quadro 5) e da frequência cardíaca (quadro 6) no decorrer das sessões de Enfermagem de Reabilitação.

Quadro 6. Avaliação da Tensão Arterial (TA)

Dia da Intervenção de Enfermagem de Reabilitação	22/11	23/11	28/11	30/11	8/12	12/12	13/12	14/12	09/01	11/01
TA - mmHg (antes sessão)	127/83	123/70	124/81	108/77	128/83	118/73	128/88	128/88	145/90	141/85
TA - mmHg (depois da sessão)					122/87	118/74	141/74	140/88	142/85	142/71

Quadro 7. Avaliação da Frequência Cardíaca

Dia da Intervenção de Enfermagem de Reabilitação	22/11	23/11	28/11	30/11	8/12	12/12	13/12	14/12	09/01	11/01
Frequência Cardíaca (antes sessão)	98 bpm	110 bpm	104 bpm	113 bpm	106 bpm	99 bpm	99 bpm	100 bpm	99 bpm	98 bpm
Frequência Cardíaca (depois da sessão)	100 bpm	103 bpm	99 bpm	115 bpm	97 bpm	88 bpm	84 bpm	85 bpm	93 bpm	88 bpm

Foi perceptível na primeira visita efetuada, que o Sr. H. apresentava intolerância à atividade, tendo necessidade de períodos frequentes de descanso na realização de atividades diárias que requeriam pequenos/moderados gastos de energia. No final do programa, o Sr. H. conseguia realizar as mesmas atividades sem dispneia (Apêndice V). Foi possível, através da realização do Teste de Marcha dos 6 minutos, verificar uma evolução positiva na tolerância ao esforço, com uma distância percorrida acrescida em 10 metros e com percepção de esforço de 2/10 após a realização da mesma, verificando-se uma maior facilidade na recuperação após o exercício, retomando mais facilmente à calma (Apêndice XI).

No que à atividade vida andar com auxiliar de marcha, o Sr. H. deambulava no domicílio em cadeira de rodas e com canadianas, com desequilíbrio, postura incorreta, auxiliar de marcha inadaptado em altura. Na avaliação final, e após a implementação das intervenções planeadas, o Sr. H. conseguia deambular com canadianas sem desequilíbrio e apoiado na mobília.

No autocuidado vestir-se e despir-se o Sr. H. revelou dificuldade em realizá-la na primeira sessão. Foram revistas algumas estratégias de adaptação que se revelaram eficazes, já que na terceira sessão referiu já conseguiu realizar este autocuidado de forma autónoma.

## 5. DISCUSSÃO

O envelhecimento global da população, com uma maior proporção de população idosa com uma ou mais doenças crônicas, exposta a ambientes cada vez menos saudáveis, propicia uma maior vulnerabilidade, na medida em que estes, se revelam menos capazes de auto-gerir a sua doença, devido à idade avançada (WHO, 2023; Murray & O'Neill, 2018).

A prevalência das doenças crônicas, tende assim a crescer, estando os serviços de saúde com dificuldade em acompanhar, pela incapacidade de responder adequadamente às necessidades, também elas crescentes, da pessoa com condições de cronicidade, como é o caso da asma (WHO, 2023).

A educação da pessoa com asma, contribui para que a mesma possa tomar decisões acerca da sua saúde, permitindo uma maior efetividade do sistema de saúde por reduzir a sua utilização por parte do utente. A pessoa pode atingir assim o seu máximo potencial, com um maior contributo enquanto cidadão e necessitando de menor rede de suporte (WHO, 2023, Murray & O'Neill, 2018).

Ora, o EEER como profissional de saúde, detentor de um corpo de conhecimentos que lhe permite capacitar a pessoa com limitação da atividade e/ou restrição da participação a desenvolver e atingir o seu máximo potencial funcional (OE, Regulamento nº 359/2019), surge como agente ativo na implementação de programas de reeducação funcional respiratória, capazes de fazer face às alterações fisiopatológicas decorrentes do processo de doença (Gomes & Ferreira, 2017).

A asma constitui uma das doenças respiratórias elegível para reabilitação pulmonar, tendo como principais objetivos, a redução de sintomas, aumento da participação na atividade física e melhoria da qualidade de vida (Gronkiewicz & Coover, 2011). Segundo as mesmas autoras, os benefícios traduzem-se num aumento da tolerância ao esforço, diminuição de sintomas como a dispneia com uma significativa redução de internamentos hospitalares.

Após uma avaliação global e sistemática do caso em estudo (Sr. H.), foram identificados vários focos passíveis de configurar diagnósticos de enfermagem de reabilitação e incidiram principalmente na ventilação, intolerância à atividade, limpeza das

vias aéreas, adesão ao regime terapêutico e processo de aquisição de conhecimentos (Couto et al., 2021).

A finalidade do programa de reeducação funcional respiratória da pessoa com asma, prendem-se com um controlo da doença de forma que não tenha exacerbação de sintomas, com uma boa função pulmonar que permita a atividade normal incluindo o exercício físico (Silva et al., 2021).

O plano implementado junto do Sr. H. estão em consonância com o descrito na mais recente evidência, já que inicialmente numa fase de crise, foi privilegiada a promoção de técnicas de descanso e relaxamento, com vista ao alívio de sintomas através do relaxamento muscular e conforto da pessoa (OE, 2018). As técnicas de relaxamento auxiliam assim a correção da postura, o controlo respiratório e a otimização da função pulmonar (Silva et al., 2021).

O Sr. H., com o diagnóstico de asma há cerca de 30 anos, revelou ter conhecimentos acerca da posição a adotar em caso de crise. No entanto foi necessário corrigir aspetos relacionados com a postura corporal, conforme o local onde ocorre a crise, que permitisse a ação dos músculos acessórios da respiração, especialmente da região superior do tórax e cintura escapular em conjunto com uma respiração controlada em ritmo e frequência, assim como a realizar uma respiração diafragmática com lábios semicerrados (Menoita et al., 2012). Foi possível através do treino da consciencialização e controlo respiratórios, que o Sr. H. conseguisse atingir uma tomada de consciência dos tempos respiratórios e da eficácia na sua coordenação. Este processo é benéfico na melhoria da eficácia dos músculos respiratórios, reduz a dispneia, hiperinsuflação e frequência respiratória, tendo um impacto positivo na tolerância ao esforço (OE, 2018). Foram executados por parte do Sr. H., estes exercícios descritos, sempre que atingia um nível elevado de cansaço após alguns exercícios propostos, o que demonstrou que havia interiorizado a importância da adoção de posições de descanso, não só em casos de crise, mas também como forma de gerir a energia e o esforço.

Compreendeu-se ser importante, instituir e instruir técnicas respiratórias, algumas em simultâneo com as anteriormente descritas, que no caso da pessoa com asma e em particular do Sr. H., englobaram: controlo da respiração com respiração diafragmática; técnicas de reeducação diafragmática e reeducação costal, assim como correção postural. A reeducação diafragmática realizada, mediante a porção diafragmática mais afetada e que se pretende reeducar, permite uma melhoria da excursão e fortalecimento do diafragma (Cordeiro & Menoita, 2012; OE, 2018).

Com o objetivo de melhorar a mobilidade torácica, melhoria da postura corporal, desobstrução das vias aéreas, permitindo ao diafragma e músculos acessórios assumir uma posição mais vantajosa, reduzindo a dispneia e aumentando a tolerância ao esforço foi realizado treino de reeducação costal: seletiva e global (Cordeiro & Menoita, 2012; Couto et al., 2021).

Foi ainda utilizado o inspirômetro de incentivo que permitiu o treino resistido através da manutenção da inspiração máxima sustentada, com melhoria na reexpansão pulmonar e permeabilidade das vias aéreas e fortalecimento da musculatura (Cordeiro e& Menoita 2012). No caso do Sr. H. verificou-se benefício, com a componente visual a auxiliar o retorno de efetividade do processo inspiratório, refletindo-se na melhoria do padrão respiratório e valores de oximetria de pulso.

Por apresentar numa fase mais avançada, presença de tosse com incapacidade de expelir secreções foram ainda implementadas técnicas de limpeza das vias aéreas como o ensino da tosse (dirigida e assistida), *huffing* e manobras acessórias, ciclo ativo de técnicas respiratórias. Como resultado das alterações da função respiratória decorrentes da asma, com enfraquecimento da musculatura respiratória, existe uma diminuição da eficácia da tosse, que pode comprometer a ventilação pulmonar e permeabilidade das vias aéreas (Gomes & Ferreira, 2017). A realização de mobilização de secreções e de uma técnica de tosse eficaz por parte do Sr. H. revelou-se eficaz por ser promotora de uma correta limpeza das vias aéreas, conseguindo na maioria das vezes, expetorar.

No que diz respeito a tolerância ao exercício, está demonstrado os benefícios do treino de exercícios respiratórios no desempenho da atividade física, na otimização dos sintomas associados à asma e capacidade cardiopulmonar, diminuindo a ansiedade, melhorando a qualidade de vida (Zampogna et al., 2019). Corroborando os resultados neste estudo de caso, o mesmo autor verificou um acréscimo das distâncias percorridas nos Teste de Marcha de 6 Minutos, melhoria da dispneia pós-exercício, melhoria da frequência cardíaca em repouso

Como defendido por vários autores, a gestão terapêutica farmacológica e a reeducação funcional respiratória combinadas, são mais efetivas do que os exercícios de reeducação funcional respiratória isoladamente (Murray & O'Neill, 2018, OE, 2018; Zampogna et al., 2019).

Neste sentido, ao longo de todas as visitas domiciliárias foi dada primazia à aquisição de conhecimentos e autogestão da doença por parte do Sr. H., que se prolongaram ao longo

de todo o acompanhamento. A mais recente evidência aponta na direção do investimento na formação de profissionais para que esses possam capacitar a população, conferindo-lhes conhecimento e poder de ser agentes na gestão da doença, melhorando os resultados em saúde, reduzindo as complicações a longo prazo (WHO,2023).

Sendo a via inalatória, a preferencial para administração de fármacos no tratamento de doenças respiratórias, permitindo uma ação rápida, direcionada, com baixas doses de terapêutica (Cordeiro & Menoita, 2012), é essencial que uma técnica inalatória correta para atingir o máximo efeito terapêutico dos fármacos administrados.

Segundo a DGS, 76% das pessoas que usam inaladores, cometem pelo menos um erro (dos 3 mais comuns), comprometendo o efeito farmacológico pretendido e consequentemente o controlo da doença (DGS, 2018). Também interessa diferenciar entre um grau elevado de severidade da asma e a doença mal controlada em virtude de fatores modificáveis, tais como incorreta técnica inalatória ou má adesão (GINA, 2023) e neste sentido é importante, a instrução da técnica inalatória e promoção da adesão ao regime terapêutico, de forma a adequar a intervenção.

No estudo em causa, a instrução acerca do regime terapêutico foi prolongada e reforçada em todas as visitas até ao final, tendo sido uma barreira o fato do diagnóstico ter sido feito há cerca de 30 anos e o Sr. H. ter adquirido alguns conhecimentos e habilidades já enraizados, o que dificultou a assimilação de algumas atualizações. Por outro lado, é importante referir que a educação de adultos é por si só um desafio, já que para ser efetivo, terá de corresponder às necessidades reais de quem aprende (Freire, 1996), nem sempre coincidentes com as de quem ensina. O processo de aprendizagem, foi gradual e rico no que diz respeito à aquisição de conhecimento, habilidades e especialmente compreensão da doença na sua globalidade. Através dos momentos de avaliação e validação frequentes, foi possível verificar uma evolução positiva na assimilação, contribuindo efetivamente para o desenvolvimento da pessoa e adaptação no processo de transição saúde-doença.

De uma perspetiva individual e ao mesmo tempo abrangente, foi possível orientar o Sr. H. para atribuição de um médico de família, para consulta de Higiene Oral, para realização de radiografia ao tórax e Espirometria. Todas estas intervenções visam capacitar o Sr. H. para o exercício da sua cidadania, tendo oportunidade fazer pleno uso dos seus direitos enquanto cidadão/utente dos serviços de saúde e poder decidir conforme os recursos identificados e para o qual foi encaminhado.

## 6. PERSPETIVA DA PESSOA

O Sr. H. demonstrou ao longo das sessões, ter reconhecido a importância e legitimidade do programa de intervenção a implementar. Esta interiorização do processo, quer da transição saúde-doença após intervenção cirúrgica, quer da sua doença respiratória, desenrolou-se gradualmente em cada visita domiciliária. Foi necessário consolidar conhecimentos de base, desmistificar alguns conceitos e em parceria com o Sr. H. foram-se desenhando novos objetivos a atingir, de acordo com as suas necessidades e interesses em saúde.

Foi necessário reajustar intervenções que, numa fase inicial haviam sido desenhados para progredir em grau de dificuldade e resistência, para assentar com maior incidência nas intervenções do foro do conhecimento. Tal ajuste revelou-se bastante proveitoso, pois a partir desta base mais sólida, foi possível construir intervenções de ER de uma forma mais consistente.

Estes fatores contribuíram para que a sua recuperação tenha sido bastante favorável, conseguindo o mesmo atingir um nível de independência e autonomia que lhe permitiu retomar o seu papel como indivíduo, no seio familiar como esposo e na própria sociedade. Na perspetiva do Sr. H. seria importante regressar rapidamente à sua atividade laboral, pois a mesma confere sentido de utilidade, tão importante na satisfação pessoal, na manutenção da ~~auto-estima~~ e qualidade de vida. Refere no final das sessões, sentir-se mais informado, mais capaz de lidar com a sua doença e sobretudo mais apoiado no que ao sistema de saúde diz respeito.

## 7. CONSENTIMENTO INFORMADO

Para a colaboração neste estudo de caso, o Sr. H. foi informado de forma a obter o seu consentimento livre, informado e esclarecido, de forma verbal. Tal fato ocorreu na presença da enfermeira orientadora. Estabelecido entre as partes que este estudo teria caráter académico e que seria preservada a sua identidade e confidencialidade dos dados colhidos.

## CONCLUSÃO

Através da elaboração deste Estudo de Caso, foi possível concluir que as intervenções de reeducação funcional respiratória na pessoa com asma, têm resultados efetivos e positivos no aumento da tolerância ao esforço, melhoria da capacidade e função pulmonar. No entanto o plano de reabilitação, no contexto de cuidados comunitário, revela-se um desafio, por englobar fatores como o ambiente físico envolvente, meio social e dinâmica familiar. São pontos fulcrais no processo de capacitação da pessoa, pois o reconhecimento e envolvimento dos mesmos no plano terapêutico, tem um papel decisivo no sucesso das intervenções de ER.

De uma forma geral, os objetivos inicialmente traçados, foram amplamente atingidos. Foi possível verificar neste estudo de caso, ganhos em saúde após a implementação de um programa de reabilitação funcional respiratória à pessoa com asma. Através da identificação dos diagnósticos de ER centrados nas necessidades recolhidas, foi elaborado um plano de intervenção individualizado. Após a implementação das intervenções, foi evidente a evolução positiva, na medida em que, os resultados obtidos traduzem uma melhoria da sintomatologia respiratória, da funcionalidade e da tolerância ao esforço na pessoa com asma.

Considera-se assim, que as intervenções desenvolvidas pelo EEER, presentes neste estudo de caso, são um contributo pertinente e decisivo na gestão da doença, promovendo autonomia e qualidade de vida da pessoa com asma.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- American Psychological Association. (2020). *Publication Manual of the American Psychological Association* (7<sup>th</sup> ed.). American Psychological Association.
- Apóstolo, J. (2012). *Instrumentos de Avaliação em Geriatria (Geriatric Instrumens)*. Escola Superior de Enfermagem de Coimbra
- Chesnutt, M. & Pendergast, T. (2016) Doenças Pulmonares In G. Hammer & S. McPhee *Fisiopatologia da Doença*. (pp. 213-232) AMGH Editora.
- Cordeiro, M. & Menoita, E. (2012) Reeducação Funcional Respiratória In M. Cordeiro & E. Menoita, *Manual de Boas Práticas na Reabilitação Respiratória: Conceitos, Princípios e Técnicas* (pp. 277-293) Lusociência.
- Couto, G., Silva, R., Mar, M., & Gomes, B. (2021). Processo de Cuidados de Enfermagem de Reabilitação à Pessoa Adulta/Idosa com Compromisso de Sistema Cardiorespiratório. In O. Ribeiro, *Enfermagem de Reabilitação: Conceções e Práticas* (pp. 234-280). Lidel.
- Direção-Geral da Saúde. (2003). A Dor como 5º sinal vital. Registo Sistemático da intensidade da dor. Circular Normativa N°9/DGCG de 14/6/2003. Direção-Geral da Saúde. [https://www.aped-dor.org/documentos/DGS-dor\\_como\\_5\\_sinal\\_vital\\_-\\_2003.pdf](https://www.aped-dor.org/documentos/DGS-dor_como_5_sinal_vital_-_2003.pdf)
- Direção-Geral da Saúde. (2018). Monitorização e Tratamento Para o Controlo da Asma na Criança, no Adolescente e no Adulto. Norma nº 006/2018. Direção-Geral da Saúde. <https://normas.dgs.min-saude.pt/2018/02/26/monitorizacao-e-tratamento-para-o-controlo-da-asma-na-crianca-no-adolescente-e-no-adulto/>.
- Direção-Geral da Saúde. (2019). - Prevenção e Intervenção na Queda do Adulto em Cuidados Hospitalares. Norma nº 008/2019 Direção-Geral da Saúde. <https://normas.dgs.min-saude.pt/wp-content/uploads/2019/12/prevencao-e-intervencao-na-queda-do-adulto-em-cuidados-hospitalares.pdf>
- Ferreira, J. (2022). Observatório Nacional de Doenças Respiratórias – Fundação Portuguesa do Pulmão (pp. 127).

- Fonseca, J., Nogueira-Silva, L., Morais-Almeida, M., Azevedo, L., Sá-Sousa, A., Branco-Ferreira, M., Fernandes, L., & Bousquet, J. (2010). *Validation of a questionnaire (CARAT10) to assess rhinitis and asthma in patients with asthma*. *Allergy*, 65(8), 1042–1048. <https://doi.org/10.1111/j.1398-9995.2009.02310.x>
- Freire, P. (1996). *Pedagogia da autonomia: Saberes necessários à prática educativa*. 25ª ed. Paz e Terra. [http://www.apeoesp.org.br/sistema/ck/files/4-%20Freire\\_P\\_%20Pedagogia%20da%20autonomia.pdf](http://www.apeoesp.org.br/sistema/ck/files/4-%20Freire_P_%20Pedagogia%20da%20autonomia.pdf)
- Global Initiative For Asthma (2023). *2023 Report, Global Strategy for Asthma Management and Prevention*. <https://ginasthma.org/2023-gina-main-report/>.
- Gomes, B., & Ferreira, D. (2017). *Reeducação da Função Respiratória*. In C. Marques-Vieira & L. Sousa (Eds.), *Cuidados de Enfermagem de Reabilitação à Pessoa ao Longo da Vida* (pp. 253-262). Lusodidacta.
- Gronkiewicz, C; Coover, L., 2011. *Reabilitação Respiratória e Pulmonar* in ~~Hoeman~~, S, *Enfermagem de Reabilitação – Prevenção, Intervenção e Resultados Esperados*, (pp.- 319-350) Lusodidacta.
- Institute of Neurological Sciences NHS Greater Glasgow and Clyde. (2015b). *Escala de Coma de Glasgow: Avalie da seguinte forma*. <https://www.glasgowcomascale.org/downloads/GCS-Assessment-Aid-Portuguese.pdf>
- João, C., Jácome C., Brito, D., Teixeira, P., Quelhas-Santos, J., Amorim, L., Barbosa, M., Bulhões, C., Lopes, F., Pardal, M., Bernardo, F., Fonseca, J. & Sousa, J. (2022) *Prevalence and Characterisation of Patients with Asthma According to Disease Severity in Portugal: Findings from EPI-ASTHMA Pilot Study*. *Journal of Asthma and Allergy*, 15: 1441-1453.
- Loureiro, C. (2022). *Observatório Nacional de Doenças Respiratórias- Fundação Portuguesa do Pulmão: Asma* (pp.99-101).
- McGavin, C., Artvinli, M., Naoe, H. & McHardy, G. (1978). *Dyspnea, disability, and distance walked: comparison of estimates of exercise performance in respiratory disease*. *Br Med J*. Jul 22;2(6132):241-3. <https://doi: 10.1136/bmj.2.6132.241>.
- Menoita, E., Costa, R., Matias, A. & Cordeiro, M. (2012) *Asma* In M. Cordeiro & E. Menoita, *Manual de Boas Práticas na Reabilitação Respiratória: Conceitos, Princípios e Técnicas* (pp. 277-293) Lusociência.

Murray, B., & O'Neill, M. (2018). Supporting self-management of asthma through patient education. *British Journal of Nursing*, Vol 27, N°7 (pp. 396-401).

Ordem dos Enfermeiros (2011). *Classificação internacional para a prática de enfermagem: versão 2*. <https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo-dep%C3%A1ginas-antigas/classifica%C3%A7%C3%A3o-internacional-para-apr%C3%A1tica-de-enfermagem-cipe/>

Ordem dos Enfermeiros. (2015). *Padrão Documental dos Cuidados de Enfermagem da Especialidade de Enfermagem de Reabilitação*. [https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/colegios/Documents/2015/MCEER\\_Assembleia/PadraoDocumental\\_EER.pdf](https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/colegios/Documents/2015/MCEER_Assembleia/PadraoDocumental_EER.pdf)

Ordem dos Enfermeiros. (2016). *Instrumentos de Recolha de Dados para a Documentação dos Cuidados Especializados em Enfermagem de Reabilitação*. [https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/colegios/Documents/2017/InstRecolhaDadosDocumentacaoCuidEnfReabilitacao\\_Final\\_2017.pdf](https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/colegios/Documents/2017/InstRecolhaDadosDocumentacaoCuidEnfReabilitacao_Final_2017.pdf)

Ordem dos Enfermeiros. (2018). *Reabilitação Respiratória: Guia Orientador de Boa Prática*. *Ordem dos Enfermeiros*. [https://www.ordemenfermeiros.pt/media/5441/gobp\\_reabilita%C3%A7%C3%A3orespirat%C3%B3ria\\_mceer\\_finalparadivulga%C3%A7%C3%A3o-site.pdf](https://www.ordemenfermeiros.pt/media/5441/gobp_reabilita%C3%A7%C3%A3orespirat%C3%B3ria_mceer_finalparadivulga%C3%A7%C3%A3o-site.pdf).

Regulamento nº392/2019, Diário da República nº 85, Série II de 3 de maio de 2019 (2019). <https://files.dre.pt/2s/2019/05/085000000/1356513568.pdf>.

Riley, D., Barber, M., Kienle, G., Aronson, J., Schoen-Angerer, T., Tugwell, P., Kiene, H., Helfand, M., Altman, D., Sox, H., Werthmann, P., Moher, D., Rison, R., Shamseer, L., Koch, C., Sun, G., Hanaway, P., Sudak, N., Kaszkin-Bettag, Carpenter, J. & Gagnier, J. (2017). CARE guidelines for case reports: explanation and elaboration document. *Journal of Clinical Epidemiology*, 89, 218–235. <https://doi.org/10.1016/j.jclinepi.2017.04.026>.

Silva, L., Mota, Â., Lemos, L., & Santos, M. (2021). Programa de Enfermagem de Reabilitação à Pessoa com Asma: Capacitação para a Autogestão da Doença. In O. Ribeiro, *Enfermagem de Reabilitação: Conceções e Práticas* (pp. 613-619). Lidel|

World Health Organization, 2023. Therapeutic patient education – An introductory guide. <https://www.who.int/europe/publications/i/item/9789289060219>.

Zampogna, E., Paneroni, M., Cherubino, F., Pignatti, P., Rudi, M., Casu, G., Vitacca, M., Spanevello, A. & Visca, D. (2019) *Effectiveness of a Pulmonary Rehabilitation Program on Persistent Asthma Stratified for Severity*. *Respiratory Care*; 64 (12): (pp.1523-1530).  
<https://doi:10.4187/respcare.06761>

**APÊNDICE I- Escala De Coma de Glasgow**

<b>Data de avaliação</b>	<b>22Nov</b>	<b>12 Dez</b>	<b>10 Jan</b>
<b>Abertura ocular:</b>			
Esontânea ..... 4			
Ao som ..... 3	<b>4</b>	<b>4</b>	<b>4</b>
A pressão ..... 2			
Ausente ..... 1			
Não testável ..... NT			
<b>Resposta motora:</b>			
A ordens ..... 6			
Localizadora ..... 5			
Flexão normal ..... 4	<b>6</b>	<b>6</b>	<b>6</b>
Flexão anormal ..... 3			
Extensão ..... 2			
Ausente ..... 1			
Não testável ..... NT			
<b>Resposta verbal:</b>			
Orientada ..... 5			
Confusa ..... 4	<b>5</b>	<b>5</b>	<b>5</b>
Palavras ..... 3			
Sons ..... 2			
Ausente ..... 1			
Não testável ..... NT			
<b>Score</b>	<b>15</b>	<b>15</b>	<b>15</b>

Fonte: Adaptado de *Institute of Neurological Sciences NHS Greater Glasgow and Clyde (2015b)*

**APÊNDICE II- Escala da Força Muscular *Medical Research Council***

Escala de Avaliação de Força Muscular ( <i>MRC – Medical Research Council</i> )						
	Força do Membro Inferior Direito					
	22/11	23/11	28/11	30/11	8/12	13/12
	3/5	3/5	4/5	4/5	4/5	4/5
<b>Itens da Escala</b>	<p><b>0</b> (Paralisia total)</p> <p><b>1</b> (Contração palpável ou visível)</p> <p><b>2</b> (Movimento ativo, arco de movimento com a gravidade eliminada)</p> <p><b>3</b> (Movimento ativo, arco de movimento completo contra gravidade)</p> <p><b>4</b> (Movimento ativo, arco de movimento completo com uma moderada resistência)</p> <p><b>5</b> (Normal, movimento ativo, arco de movimento completo contra resistência completa)</p>					

Fonte: Adaptado de Ordem dos Enfermeiros (2009)

### APÊNDICE III- Escala Numérica da Dor

Sem Dor 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Dor Máxima

	Data de Avaliação								
	22/11	23/11	28/11	30/11	6/12	12/12	13/12	14/12	
<b>Dor</b> (antes sessão)	6/10	5/10	6/10	5/10	3/10	0/10	0/10	0/10	
<b>Dor</b> (depois sessão)	6/10	4/10	3/10	3/10	3/10	0/10	0/10	0/10	

Fonte: Adaptado de Direção Geral da Saúde (2003)

## APÊNDICE IV-Escala de Berg

### Escala de Equilíbrio de Berg

#### 1. Da posição de sentado para a posição em pé

Instruções: Instrução: Por favor, levante-se. Tente não usar suas mãos para se apoiar.

4. capaz de levantar-se sem utilizar as mãos e estabilizar-se independentemente
3. capaz de levantar-se independentemente utilizando as mãos
2. capaz de levantar-se utilizando as mãos após diversas tentativas
1. necessita de ajuda mínima para levantar-se ou estabilizar-se
0. necessita de ajuda moderada ou máxima para levantar-se

#### 2. Permanecer em pé sem apoio

Instruções: Por favor, fique de pé por dois minutos sem se apoiar.

4. capaz de permanecer em pé com segurança durante 2 minutos
3. capaz de permanecer em pé durante 2 minutos com supervisão
2. capaz de permanecer em pé durante 30 segundos sem apoio
1. necessidade de várias tentativas para permanecer 30 segundos sem apoio
0. incapaz de permanecer em pé por 30 segundos sem apoio

Se a pessoa for capaz de permanecer em pé por 2 minutos sem apoio, marque pontuação máxima no item 3 e siga diretamente para o item 4.

#### 3. Permanecer sentado sem apoio nas costas, mas com as mãos apoiadas no chão ou num banco

Instruções: Por favor, fique sentado sem apoiar nas costas com os braços cruzados durante 2 minutos.

4. capaz de permanecer sentado com segurança e com firmeza por 2 minutos
3. capaz de permanecer sentado durante 2 minutos sob supervisão
2. capaz de permanecer sentado durante 30 segundos
1. capaz de permanecer sentado durante 10 segundos
0. incapaz de permanecer sentado sem apoio durante 10 segundos

#### 4. Posição em pé para posição sentada

Instruções: Por favor, sente-se.

4. sente-se com segurança com uso mínimo das mãos
3. controla a descida utilizando as mãos
2. utiliza a parte posterior das pernas contra a cadeira para controlar a descida
1. sente-se independentemente, mas sem descida sem controle
0. necessita de ajuda para sentar-se

#### 5. Transferências

Instruções: Assente na cadeira perpendicularmente ou uma de frente para a outra para uma transferência em giro. Peça à pessoa para transferir-se de uma cadeira com apoio de braço para uma cadeira sem apoio de braço, e vice-versa:

4. capaz de transferir-se com segurança com uso mínimo das mãos
3. capaz de transferir-se com segurança com o uso das mãos
2. capaz de transferir-se seguindo orientações verbais e/ou supervisão
1. necessita de uma pessoa para ajudar
0. necessita de duas pessoas para ajudar ou supervisor para realizar a tarefa com segurança

#### 6. Permanecer em pé sem apoio com os olhos fechados

Instruções: Por favor, fique em pé e feche os olhos por 10 segundos.

4. capaz de permanecer em pé por 10 segundos com segurança
3. capaz de permanecer em pé por 10 segundos com supervisão
2. capaz de permanecer em pé por 3 segundos
1. incapaz de permanecer com os olhos fechados durante 3 segundos, mas mantém-se em pé
0. necessita de ajuda para não cair

#### 7. Permanecer em pé sem apoio com os pés juntos

Instruções: Junto as suas mãos e fique em pé sem se apoiar

4. capaz de posicionar os pés juntos independentemente e permanecer por 1 minuto com segurança
3. capaz de posicionar os pés juntos independentemente e permanecer por 1 minuto com supervisão
2. capaz de posicionar os pés juntos independentemente e permanecer por 30 segundos
1. necessita de ajuda para posicionar-se, mas é capaz de permanecer com os pés juntos durante 15 segundos
0. necessita de ajuda para posicionar-se e é incapaz de permanecer nessa posição por 15 segundos

Questão nº	28/11	16/01
1	1	3
2	3	3
3	4	4
4	3	3
5	3	2
6	2	3
7	0	2

- 8. Alcançar a frente com o braço estendido permanecendo em pé**  
 Instruções: Levante o braço a 90°. Estique os dedos e tente alcançar a frente o mais longe possível.  
 4. pode alcançar a frente >25 cm com segurança  
 3. pode alcançar a frente >12,5 cm com segurança  
 2. pode alcançar a frente >5 cm com segurança  
 1. pode alcançar a frente, mas necessita de supervisão  
 0. perde o equilíbrio na tentativa, ou necessita do apoio externo
- 9. Apanhar um objeto do chão a partir da posição em pé**  
 Instruções: Pegar um apalpador localizado à frente dos seus pés.  
 4. capaz de apanhar o chinelo facilmente e com segurança  
 3. capaz de apanhar o chinelo, mas necessita supervisão  
 2. incapaz de apanhar o chinelo, mas alcança 2-5cm (1-2 polegadas) do chinelo e mantém o equilíbrio de maneira independente  
 1. incapaz de apanhar e necessita supervisão enquanto tenta  
 0. incapaz de tentar / necessita assistência para evitar perda de equilíbrio ou cair
- 10. Virar-se e olhar para trás, por cima dos ombros direito e esquerdo, enquanto permanece em pé**  
 Instruções: Virar-se e olhar para trás sobre o ombro esquerdo. Repetir para o direito. O examinador pode pegar um objeto para olhar e colocá-lo atrás da pessoa para encorajá-la a virar-se.  
 4. olha para trás de ambos os lados com uma boa distribuição do peso  
 3. olha para trás somente de um lado, o lado contrário demonstra menor distribuição do peso  
 2. virar somente para os lados, mas mantém o equilíbrio  
 1. necessita de supervisão para virar  
 0. necessita de ajuda para não perder o equilíbrio ou cair
- 11. Girar 360 graus.**  
 Instrução: Gire-se completamente ao redor de si mesmo. Pausa. Gire-se completamente ao redor de si mesmo em sentido contrário.  
 4. capaz de girar 360 graus com segurança em 4 segundos ou menos  
 3. capaz de girar 360 graus com segurança somente para um lado em 4 segundos ou menos  
 2. capaz de girar 360 graus com segurança, mas lentamente  
 1. necessita de supervisão próxima ou orientação verbal  
 0. necessita de ajuda enquanto gira
- 12. Posicionar os pés alternadamente no degrau ou banco enquanto permanece em pé sem apoio**  
 Instruções: Coloque cada pé alternadamente no degrau/banquinho. Continue até que cada pé tenha tocado o degrau/banco quatro vezes.  
 4. capaz de permanecer em pé independentemente e com segurança, completando 8 movimentos em 20 segundos  
 3. capaz de permanecer em pé independentemente e completar 8 movimentos em >20 segundos  
 2. capaz de completar 8 movimentos sem ajuda  
 1. capaz de completar >2 movimentos com o mínimo de ajuda  
 0. incapaz de tentar, ou necessita de ajuda para não cair
- 13. Permanecer em pé sem apoio com um pé à frente**  
 Instruções: Coloque um pé diretamente à frente do outro na mesma linha, ao você achar que não irá cair, coloque o pé um pouco mais à frente do outro pé e levante para o lado.  
 4. capaz de colocar um pé imediatamente à frente do outro, independentemente, e permanecer por 30 segundos  
 3. capaz de colocar um pé um pouco mais à frente do outro e levante para o lado, independentemente, e permanecer por 30 segundos  
 2. capaz de dar um pequeno passo, independentemente, e permanecer por 30 segundos  
 1. necessita de ajuda para dar o passo, porém permanece por 15 segundos  
 0. perde o equilíbrio ao tentar dar um passo ou ficar de pé
- 14. Permanecer em pé sobre uma perna**  
 4. capaz de levantar uma perna independentemente e permanecer por >10 segundos  
 3. capaz de levantar uma perna independentemente e permanecer por 5-10 segundos  
 2. capaz de levantar uma perna independentemente e permanecer por 3 segundos  
 1. tenta levantar uma perna, mas é incapaz de permanecer por 3 segundos, então permanece em pé independentemente  
 0. incapaz de tentar, ou necessita de ajuda para não cair
- Resultado:  
 0 - 20 pontos: Equilíbrio Diminuído com Elevado Risco de Queda  
 21 - 40 pontos: Equilíbrio Médio com Risco de Queda Médio  
 41 - 56 pontos: Equilíbrio Bom com Baixo Risco de Queda

Fonte: Adaptado de Ordem dos Enfermeiros (2016)

Questão nº	2011	18/01
8	1	2
9	0	1
10	2	3
11	0	2
12	0	1
13	0	1
14	1	1
Score	20/56	30/56
Total		

**APÊNDICE V- ESCALA DE BORG MODIFICADA**

		Data da Intervenção de ER								
		21/11	23/11	30/11	8/12	12/12	13/12	09/01	10/1	
Nenhuma	0									
Muito, muito leve	0,5									
Muito leve	1					●		●	●●	
Leve	2					●	●	●		
Moderada	3				●		●			
Um pouco forte	4		●	●●						
Forte	5 - 6	●●	●							
Muito Forte	7- 8 - 9				●					
Muito, muito forte	10									

Fonte: Adaptado de Cordeiro & Mendoça (2012).

Legenda: ● antes intervenção  
● depois intervenções

## APÊNDICE VI- ESCALA DE MORSE

		22/11/2023	1/01/2024
Historial de quedas	Não (0) Sim (25)	25	25
Diagnóstico(s) secundário(s)	Não (0) Sim (15)	0	0
Ajuda para caminhar	Nenhuma/ajuda de enfermeiro/acamado/cadeira de rodas (0) Muletas/canadianas/bengala/andarilho (15) Apoia-se no mobiliário para andar (30)	15	15
Terapia endovenosa	Não (0) Sim (20)	0	0
Postura no andar e na transferência	Normal/acamado/móvel (0) Debilidade (10) Dependente de ajuda (20)	20	10
Estado mental	Consciente das suas capacidades (0) Esquece-se das suas limitações (15)	15	0
<b>TOTAL</b>		<b>75</b>	<b>50</b>

Fonte: Adaptado de Direção-Geral da Saúde (2019)

## APÊNDICE VII- ÍNDICE DE BARTHEL

	1/6/23	5/6/23
<b>Alimentação</b>		
Independente	10	10
Precisa de alguma ajuda (por exemplo para cortar alimentos)	5	5
Dependente	0	0
<b>Transferências</b>		
Independente	15	15
Precisa de alguma ajuda	10	10
Necessita de ajuda de outra pessoa, mas não consegue sentar-se	5	5
Dependente, não tem equilíbrio sentado	0	0
<b>Toalete</b>		
Independente a fazer a barba, lavar a cara, lavar os dentes	5	5
Dependente, necessita de alguma ajuda	0	0
<b>Utilização do WC</b>		
Independente	10	10
Precisa de alguma ajuda	5	5
Dependente	0	0
<b>Banho</b>		
Toma banho só (entra e sai do duche ou banheira sem ajuda)	5	5
Dependente, necessita de alguma ajuda	0	0
<b>Mobilidade</b>		
Caminha 50 metros, sem ajuda ou supervisão	15	15
Caminha menos de 50 metros, com pouca ajuda	10	10
Independente, em cadeira de rodas, pelo menos 50 metros	10	10
Imóvel	0	0
<b>Subir e descer escadas</b>		
Independente, com ou sem ajudas técnicas	10	10
Precisa de ajuda	5	5
Dependente	0	0
<b>Vestir</b>		
Independente	10	10
Com ajuda	5	5
Impossível	0	0
<b>Controlo Intestinal</b>		
Controla perfeitamente	10	10
Acidente ocasional	5	5
Incontinente ou precisa de uso de clisteres	0	0
<b>Controlo urinário</b>		
Controla perfeitamente, mesmo algaliado	10	10
Acidente ocasional (máximo uma vez por semana)	5	5
Incontinente, ou algaliado sendo incapaz de manejar a algália	0	0
<b>Total</b>	<b>85/100</b>	<b>100/100</b>

Fonte: Adaptado de Apóstolo (2012)

## APÊNDICE VIII- TÉCNICA DE INALAÇÃO COM INALADOR DE PÓ SECO

	12/12	13/12	14/12	10/01
1. A pessoa deve estar de pé, sentada ou semi-sentada;	Sim	Sim		
2. Retirar a tampa do inalador ou abrir o inalador;	Sim	Sim		
3. Prepare o dispositivo com a dose a inalar de acordo com o indicado para cada DPI (inalador pó seco);	Não	Não		
4. Efetuar uma expiração lenta (idealmente até à capacidade de reserva funcional);	Não	Não		
5. Colocar o dispositivo na boca entre os dentes, sem obstruir o bucal com a língua, e apertar bem os lábios de forma a selar e evitar saídas de ar;	Sim	Sim		
6. Realizar uma inspiração rápida e vigorosa pela boca;	Sim	Sim		
7. Sustentar a respiração durante 10 segundos (adulto) ou 5 segundos (criança);	Não	Sim		
8. Expirar lentamente;	Não	Sim		
9. Voltar a colocar a tampa no inalador ou fechar o inalador;	Sim	Sim		
10. Repita os passos 3, 4, 5, 6, 7 e 8 para novas inalações, caso tenham sido prescritas. Esperar entre 30 segundos a 1 minuto entre cada inalação;	Não aplicável	Não		
11. Na inalação de corticoides, lavar a cavidade bucal e/ou bochechar com água e deitar fora.	Não	Sim		

Fonte: Adaptado de Direção-Geral da Saúde (2017)

## APÊNDICE IX- TÉCNICA DE INALAÇÃO COM INALADOR PRESSURIZADO DOSEÁVEL (PMDI)

1. A pessoa deve estar de pé, sentada ou semi-sentada;	Sim	
2. Retirar o contentor cilíndrico da embalagem, aqueça-o entre as mãos e adapte-o novamente;	Não	
3. Retirar a tampa da embalagem e agitar (na posição vertical);	Sim	
4. Colocar a embalagem na posição vertical (em forma de L) com o indicador na parte superior e o dedo polegar na parte inferior da mesma;	Sim	
5. Incline ligeiramente a cabeça para trás	Não	
6. Efetuar uma expiração lenta;	Não	
7. Colocar inalador entre os lábios ou a 2 cm da boca, quando confirmada capacidade de execução (risco de aerossol para os olhos).	Sim	
8. Começar a inspirar lentamente e ativar o pMDI;	Sim	
9. Continuar a inspirar lentamente e profundamente até à capacidade pulmonar total;	Sim	
10. Pausa inspiratória durante 10 segundos (adulto) ou 5 segundos (crianças);	Não	
11. Realizar uma expiração forçada;	Não	
12. Na inalação de corticoides, lavar a cavidade oral e/ou bochechar com água e deitar fora, não engolir;	Sim	
13. Repita os passos 4, 5, 6, 7, 8, 9, 10 e 11 para administração de mais inalações, caso tenham sido prescritas.		

Fonte: Adaptado de Direção-Geral da Saúde, (2017)

## APÊNDICE X- TESTE DE CONTROLO DE A SMA E RINITE ALÉRGICA (CARAT)

Por favor, assinala com uma cruz (☒).

Por causa das suas doenças alérgicas respiratórias (asma/rinite/alergia), em média nas últimas 4 semanas, quantas vezes teve:

	Nunca	1 ou 2 dias por semana	Mais de 2 dias por semana	Quase todos ou todos os dias
1. Itariz entupido?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Espirros?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Comichão no nariz?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Corrimento/pingo do nariz?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Falta de ar/dispneia?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Chiadeira no peito/grelha?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Aperto no peito com esforço físico?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. Cansaço / dificuldade em fazer as suas actividades ou tarefas do dia-a-dia?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. Acordou durante a noite?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Nas últimas 4 semanas, quantas vezes teve de:				
	Não estou a tomar medicamentos	Nunca	Menos de 7 dias	7 ou mais dias
10. Aumentar a utilização dos seus medicamentos por causa das suas doenças alérgicas respiratórias (asma/rinite/alergia)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

1	1	3
2	1	2
3	3	3
4	1	2
5	1	2
6	3	3
7	3	3
8	1	3
9	1	3
10	0	3
<b>Score</b>	<b>15</b>	<b>27</b>

Fonte: Adaptado de Fonseca et al., (2010)

**APÊNDICE XI- TESTE DE MARCHA DOS 6 MINUTOS**

	Teste 1 Data: ___/___/___		Teste 2 Data: <u>9</u> / <u>1</u> / <u>2024</u>	
	Início	Fim	Início	Fim
Dispneia (Escala BORG)	3	7	2	2
FC (bpm)	104	110	99	85
SpO2 (%)	92	94	91	97
FR (cpm)	18	18	21	18
Distância percorrida (m)	<p><b>60 metros</b> 1 paragem durante o percurso Auxiliar de marcha: <input checked="" type="checkbox"/> Não    <input type="checkbox"/> Sim Medicação antes do teste: <u>Symbicort 1 inalação.</u></p>		<p><b>70 metros</b> Sem paragens Auxiliar de marcha: <input checked="" type="checkbox"/> Não    <input type="checkbox"/> Sim Medicação antes do teste: <u>Symbicort 1 inalação</u></p>	

Fonte: Adaptado de McGavin et al., (1978)

**APÊNDICE III – Parecer da Comissão de Ética da Instituição Hospitalar**

## Aprovação Projeto de Investigação



Unidade de Apoio Investigação - [Redacted]  
para mim ▾

seg., 18 de set. de 2023, 09:44



Cara Investigadora,

Venho por este meio comunicar a aprovação do projeto *“Reabilitação da pessoa com alteração da continência urinária”*.

Deverá enviar uma cópia do trabalho de investigação realizado, assim como, todas as publicações e apresentações realizadas no âmbito deste trabalho de investigação.

Com os melhores cumprimentos,

[Redacted Signature]

Unidade de Apoio à Investigação do

[Redacted Contact Information]

**APÊNDICE IV – Consentimento Informado, Livre e Esclarecido**

### **Declaração de Consentimento Informado, Livre e Esclarecido**

Eu, Lucília do Carmo Viveiros Costa, aluna 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 reeducação funcional 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] e Unidade de Cuidados na Comunidade [REDACTED].

**Título:** Programa de reabilitação funcional motora para a promoção ao autocontrolo urinário.

**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: Lucília do Carmo Viveiros Costa; Contacto: [REDACTED]  
[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 então em participar no estudo.

██████████, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ 2023

Assinatura do Participante

---

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

---

Assinatura do Investigador

---

Lucília do Camo Viveiros Costa

**APÊNDICE V – Instrumentos de Colheita de Dados**

**História de enfermagem para a incontinência urinária**

<b>Caracterização do Participante</b>				
Nº Participante				
Idade				
Sexo				
Escolaridade				
Estado Civil				
Agregado Familiar				
Profissão				
Tensão Arterial				
Frequência Cardíaca				
Frequência Respiratória				
Temperatura				
Dor				
SPO2				
Glicemia Capilar				
<b>Características da Incontinência</b>				
Início e Duração				
Frequência				
Horário (Dia/Noite/Ambos)				
Fatores Precipitantes (tosse/espirro/gargalhada/exercício)				
Urgência Associada				
Quantidade de Perdas				
Tipo de Perdas (esguicho/fluxo/gotejo constante)				
Uso de penso/cueca protetora (nº de pensos ou mudanças de roupa por dia)				
<b>Padrão de Eliminação</b>				
Frequência Diurna				
Frequência Noturna				

<b>Sintomas Génito-Urinários Associados</b>	
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 infeção urinária (disúria, hematúria)	
<b>História Génito-Urinária</b>	
Partos	
Cirurgias (pélvica/aparelho urinário inferior)	
Infeções urinárias recorrentes	
Tratamento anterior para a IU e resultados (medicação/exercícios do pavimento pélvico, cirurgia, dilatações)	
<b>História Médica Relevante</b>	
Doença aguda	
Depressão	
Diabetes mellitus	
Doença cardiovascular	
Doença renal	
Alterações da eliminação intestinal	
Distúrbios Psicológicos	
Medicação	
<b>Perceção do Doente/Cuidador Acerca da Incontinência</b>	
Perceção da causa e gravidade	
Interferência nas atividades diárias	
Expetativas de cura	
<b>Fatores Ambientais</b>	
Acessibilidade à casa de banho	
Distância até à casa de banho	
Uso de ajudas à eliminação	

Fonte: Adaptado de Stevens (2011).

**Diário Miccional**

DIÁRIO MICCIONAL									
INTER-VALO DE TEMPO	LÍQUIDOS INGERIDOS		MICÇÕES	PERDAS E URINA			SENSAÇÃO DE URGÊNCIA		CAUSA
	tipo de líquido	quantidade	QUANTIDADE	POUCA	MODERADA	ABUNDANTE	SIM	NÃO	(o que estava a fazer no momento da perda)
6-8h									
8-10 h									
10-12 h									
12-14 h									
14-16 h									
16-18 h									
18-20 h									
20-22 h									
22-24 h									
Durante a noite									
Número de fraldas mudadas hoje:									
Número de Episódios									
Comentários:									

**Fonte:** Adaptado de Stevens (2011).

International Consultation on Incontinence Questionnaire - Short Form / ICIQ-SF

**Questionário ICIQ-SF validado**

**ICIQ-SF**

Número inicial DIA MÊS ANO

Muitas pessoas têm por vezes perdas de urina. Estamos a tentar perceber quantas pessoas têm perdas de urina e se esta situação as incomoda. Agradecemos que respondesse às perguntas que se seguem, tendo em conta aquilo que tem sentido, em média, nas ÚLTIMAS QUATRO SEMANAS.

**1. Preencha com a sua data de nascimento, s.f.f.:**

DIA MÊS ANO

**2. Sexo (assinale uma):** Feminino  Masculino

**3. Com que frequência tem perdas de urina? (Escolha uma opção)**

nunca	<input type="text"/>	0
uma vez por semana ou menos	<input type="text"/>	1
duas ou três vezes por semana	<input type="text"/>	2
uma vez por dia	<input type="text"/>	3
várias vezes por dia	<input type="text"/>	4
constantemente	<input type="text"/>	5

**4. Gostaríamos de saber a quantidade de urina que acha que perde. Que quantidade de urina costuma perder (quer use ou não protecção) (escolha uma opção)**

nenhuma	<input type="text"/>	0
uma quantidade pequena	<input type="text"/>	2
uma quantidade moderada	<input type="text"/>	4
uma grande quantidade	<input type="text"/>	6

**5. No geral, a perda de urina interfere muito no seu dia-a-dia? Faça um círculo entre 0 (nada) e 10 (bastante)**

0    1    2    3    4    5    6    7    8    9    10  
nada bastante

pontuação ICIQ: somar pontuações 3+4+5

**6. Quando tem perdas de urina? (Escolha todas as opções que se aplicam a si)**

nunca – não tem perdas de urina	<input type="checkbox"/>
tem perdas de urina antes de conseguir chegar à casa de banho	<input type="checkbox"/>
tem perdas de urina quando tosse ou espirra	<input type="checkbox"/>
tem perdas de urina quando está a dormir	<input type="checkbox"/>
tem perdas de urina quando está fisicamente activo(a) / a fazer exercício	<input type="checkbox"/>
tem perdas de urina quando acabou de urinar e está vestido(a)	<input type="checkbox"/>
tem perdas de urina sem razão aparente	<input type="checkbox"/>
tem perdas de urina constantemente	<input type="checkbox"/>

**Muito obrigado por responder a estas questões.**

Fonte: Secção Portuguesa de Uroginecologia (2021).