



INSTITUTO POLITÉCNICO
DE VIANA DO CASTELO

INCONTINÊNCIA URINÁRIA APÓS AVC: CONTRIBUTOS DA ENFERMAGEM DE REABILITAÇÃO

Andreia Patrícia Azevedo Chiado



INSTITUTO POLITÉCNICO
DE VIANA DO CASTELO

Andreia Patrícia Azevedo Chiado

**INCONTINÊNCIA URINÁRIA APÓS AVC:
CONTRIBUTOS DA ENFERMAGEM DE
REABILITAÇÃO**

V Curso de Mestrado de Enfermagem de Reabilitação

Trabalho efetuado sob a orientação da
Professora Doutora Maria Salomé Martins Ferreira

Junho de 2019

RESUMO

Contexto e Objetivo: A incontinência urinária é uma situação muito comum nos doentes com AVC, uma vez que, aproximadamente metade dos doentes apresenta esta complicação aquando do internamento e, um terço desses mantém-na após um ano. A sua persistência pode afetar significativamente a autoestima e a qualidade de vida da pessoa, sendo a Enfermagem de Reabilitação crucial para a minimização do impacto do AVC e da incontinência urinária na pessoa acometida. O presente estudo tem como finalidade contribuir para a visibilidade da intervenção do enfermeiro de reabilitação, de forma específica na gestão da incontinência urinária e tem como objetivo principal avaliar o efeito de um programa de reabilitação na gestão da incontinência urinária na mulher após AVC.

Método: Estudo quantitativo, quase-experimental, longitudinal. A amostra foi constituída por mulheres (n=30) com idade compreendida entre 45 e 90 anos, com diagnóstico de incontinência urinária após a ocorrência de AVC, divididas em dois grupos: grupo experimental (n=15) e grupo de controlo (n=15). Apenas às mulheres pertencentes ao grupo experimental foi aplicado um programa de reabilitação funcional durante 4 semanas, tendo-se avaliado, antes e depois da intervenção, o impacto da incontinência urinária na sua vida, através da Escala ICIQ-SF, e o nível de confiança no uso da musculatura do pavimento pélvico através da Escala de Autoeficácia de Broome.

Resultados: As variáveis sociodemográficas (idade, estado civil, nível de escolaridade e IMC) e clínicas (tipo e localização do AVC, presença de antecedentes pessoais, intervalo de tempo entre a ocorrência de AVC e o internamento na UC e défices acometidos após AVC não interferem no impacto da IU na vida da pessoa ou no nível de confiança no uso dos músculos do pavimento pélvico. Verificamos correlações estaticamente significativas entre o grau de incapacidade funcional (MIF) e o impacto da incontinência urinária ($r=-0,499$; $p=0,005$), bem como entre o grau de incapacidade funcional e a autoconfiança urinária ($r=0,368$; $p=0,045$). Observamos resultados positivos e significativos no grupo experimental, após a realização do programa de reabilitação, ao nível da diminuição da frequência urinária ($t=6,985$, $p=0,000$), diminuição da quantidade de perdas de urina ($Z=-2,762$, $p=0,006$), aumento do nível de confiança na realização de atividades diárias sem que tivessem ocorrido perdas de urina ($t=-7,153$, $p=0,000$) e aumento do nível de

confiança sobre a contração dos músculos do pavimento pélvico como prevenção de perdas involuntárias ($t=-10,939$, $p=0,000$).

Conclusão: O programa de reabilitação funcional, composto por modificações comportamentais e sessões individuais de exercícios de reabilitação específicos para a incontinência urinária, teve um efeito positivo na diminuição da frequência e quantidade de perdas de urina, na autoconfiança para a realização das atividades diárias e na contração dos músculos do pavimento pélvico sem que ocorram perdas de urina. É muito importante e crucial a realização de mais estudos neste âmbito, de forma a comprovar a relevância dos programas de Enfermagem de Reabilitação na resolução das necessidades dos doentes, nesta área.

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

ABSTRACT

Context and objective: urinary incontinence is a common condition in stroke patient since approximately half the stroke patients experience this complication when they're admitted and a third of these still experience it a year later. Its prevalence can greatly affect the patient's self-esteem and quality of life and nursing in rehabilitation is crucial to minimize the impact of the stroke and urinary incontinence on the affected person. The present study aims to contribute to the visibility of the intervention of the rehabilitation nurse, specifically in the management of urinary incontinence and has as main objective to evaluate the effect of a rehabilitation program in the management of urinary incontinence on the woman affected by a stroke.

Method: Quantitative, quasi-experiment, longitudinal study. The sample of the study consisted of 30 women, aged between 45 and 90 years, diagnosed with urinary incontinence after suffering a stroke, divided into two groups: experimental group (n=15) and control group (n=15). Only the women belonging to the experimental group took part in the functional rehabilitation program that lasted for 4 weeks, before and after the intervention, the impact of urinary incontinence in their life was evaluated through the ICIQ-SF Scale, and the level of confidence in the use of pelvic floor musculature through the Broome Self-Efficacy Scale.

Results: The sociodemographic variables (age, marital status, educational level and BMI) and clinical variables (type and location of stroke, presence of personal antecedents, time interval between the occurrence of stroke and hospitalization in UC, and deficits affected after stroke) do not interfere in the impact of urinary incontinence on the person's life or in the level of confidence in the use of pelvic muscles. We found statistically significant correlations between the degree of disability. One could only find statistically significant correlations between the degree of functional incapacity and the impact of urinary incontinence ($r=-0,499$; $p=0,005$), as well as between the degree of functional incapacity and the urinary self-confidence ($r=0,368$; $p=0,045$). One could see positive and significant results on the experimental group after the rehabilitation program was completed in the decrease of leakage frequency ($t=6,985$, $p=0,000$), the decrease of urinary leakage ($Z=-2,762$, $p=0,006$), increase of the confidence level in performing daily activities without leakage ($t=-7,153$, $p=0,000$) and increase in the confidence level in the contraction of pelvic floor muscles as leakage prevention ($t=-10,939$, $p=0,000$).

Conclusion: The functional rehabilitation program consisting in behavioural changes and individual sessions of specific rehabilitation exercises, had a positive effect on the decrease of leakage frequency and quantity as well as in the self-confidence in performing daily activities and in the contraction of the pelvic floor muscles to prevent further leakage. It is very important and crucial to undertake more studies in this area in order to prove the effectiveness of rehabilitation nursing programs in solving patients' needs in this area.

Key-words: Urinary incontinence; Stroke; Rehabilitation nursing; Woman

AGRADECIMENTO

O meu agradecimento a todas as pessoas que permitiram a concretização desta investigação, em particular:

À professora Doutora Maria Salomé Ferreira, pela orientação, incentivo e, acima de tudo, disponibilidade e discussão proporcionada, contributos ímpares neste percurso;

A todas as participantes, que tornaram possível a execução desta investigação;

À Sónia, por todo o incentivo e companheirismo ao longo deste árduo percurso;

A um professor e amigo, por toda ajuda e aconselhamento na revisão de todo o trabalho;

Aos meus colegas de trabalho pelo apoio e por se disporem a “embarcar” neste projeto;

Às pessoas da “minha vida”, que me acompanham e incentivam a que cresça e seja sempre cada vez melhor.

Um sincero Obrigado!

*Todos os enfermeiros salvam vidas,
Os enfermeiros de reabilitação salvam a qualidade de vida*

(Laura Solkowitz)

SUMÁRIO

RESUMO	iv
ABSTRACT	vi
AGRADECIMENTO	viii
ÍNDICE DE FIGURAS	xiii
ÍNDICE DE QUADROS	xiv
ABREVIATURAS/ACRÓNIMOS/SIGLAS	xvi
INTRODUÇÃO	1
CAPÍTULO I - INCONTINÊNCIA URINÁRIA: UM PONTO DE PARTIDA APÓS O AVC.....	4
1. ACIDENTE VASCULAR CEREBRAL E SUA PATOGÊNESE	5
2. A INCONTINÊNCIA URINÁRIA	9
2.1. Neurofisiologia da Micção	10
2.2. Fisiopatologia na Incontinência Urinária	13
2.3. Tipos de Incontinência Urinária	16
2.4. Fatores de Risco na Incontinência Urinária	20
2.5. Tratamento na Incontinência Urinária.....	22
3. A ENFERMAGEM DE REABILITAÇÃO NA REEDUCAÇÃO DA INCONTINÊNCIA URINÁRIA	25
3.1. O Autocuidado no AVC: Modelo de Dorothea Orem nos Cuidados de Enfermagem.....	26
3.2. Intervenções da Enfermagem de Reabilitação na Incontinência Urinária	30
CAPÍTULO II.- ENQUADRAMENTO METODOLÓGICO.....	38
1. METODOLOGIA	39
1.1. Problemática, Objetivos de Estudo e Questão de Investigação e Hipóteses	39
1.2. Desenho de Investigação	41
1.2.1. Tipo de Estudo	42

1.2.2. População e Amostra	42
1.2.3. Variáveis	43
1.3. Procedimento de Recolha de Dados	43
1.4. Instrumentos de Recolha de Dados	46
1.4.1. Questionário Sociodemográfico e Clínico	46
1.4.2. International Consultation on Incontinence Questionnaire - Short Form	47
1.4.3. Escala de Autoeficácia de Broome para a Musculatura do Pavimento Pélvico ..	48
1.5. Tratamento de Dados	49
2. CONSIDERAÇÕES ÉTICAS	51
CAPÍTULO III. - APRESENTAÇÃO E DISCUSSÃO DE RESULTADOS.....	52
1. RESULTADOS: CARACTERIZAÇÃO DESCRITIVA	53
1.1. Caracterização Sociodemográfica da Amostra	53
1.2. Caracterização Clínica da Amostra	55
1.3. Caracterização da Incontinência Urinária na Amostra.....	59
1.4. Caracterização do nível de confiança no uso dos Músculos do Pavimento Pélvico.....	62
2. RESULTADOS: ESTATÍSTICA INFERENCIAL	65
2.1. Relação das Variáveis Sociodemográficas e Clínicas com o Impacto da Incontinência Urinária e Nível de Confiança no uso dos Músculos do Pavimento Pélvico... ..	65
2.2. Análise das Hipóteses	70
3. DISCUSSÃO DE RESULTADOS	77
3.1. Caracterização Sociodemográfica e Clínica.....	77
3.2. Hipóteses Principais	82
CONCLUSÕES	90
BIBLIOGRAFIA	95
ANEXOS	111

ANEXO A - INTERNATIONAL CONSULTATION ON INCONTINENCE QUESTIONNAIRE - SHORT FORM	113
ANEXO B - ESCALA DE AUTOEFICÁCIA DE BROOME PARA OS EXERCÍCIOS DA MUSCULATURA PÉLVICA	115
ANEXO C - PEDIDO DE UTILIZAÇÃO DAS ESCALAS “ICIQ-SF” E “AUTOEFICÁCIA DE BROOME” AOS RESPETIVOS AUTORES, E SUA RESPOSTA	118
APÊNDICES	124
APÊNDICE A - PROGRAMA DE REABILITAÇÃO FUNCIONAL.....	126
APÊNDICE B - CHECK-LIST DE REALIZAÇÃO DO PROGRAMA DE REABILITAÇÃO	130
APÊNDICE C - QUESTIONÁRIO SOCIODEMOGRÁFICO E CLINICO	132
APÊNDICE D - CONSENTIMENTO INFORMADO ÀS PARTICIPANTES DO ESTUDO.....	135

ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1 - Esquema da neurofisiologia da micção	12
Figura 2 - Subdivisão da incontinência urinária	17
Figura 3 - Dinâmica da amostra ao longo do estudo	53

ÍNDICE DE QUADROS

Quadro 1 - Comparação dos valores de α Cronbach para o estudo de Tamanini [et al.] (2004) e do presente estudo para a escala ICIQ-SF.....	48
Quadro 2 - Comparação dos valores de α Cronbach para o estudo de Branquinho, Marques e Robalo (2007) e do presente estudo para a escala de Autoeficácia de Broome	49
Quadro 3 - Média de idades dos sujeitos da amostra	54
Quadro 4 - Caracterização da amostra segundo as variáveis sociodemográficas	54
Quadro 5 - Caracterização da amostra segundo o tipo de AVC.....	55
Quadro 6 - Caracterização da amostra segundo a localização do AVC	56
Quadro 7 - Caracterização da amostra segundo os antecedentes pessoais	56
Quadro 8 - Caracterização da amostra segundo o tempo de ocorrência entre AVC e internamento na Unidade de Convalescença	57
Quadro 9 - Caracterização da amostra segundo os défices acometidos após AVC	58
Quadro 10 - Caracterização da amostra segundo o nível de funcionalidade, antes e após o programa de reabilitação.....	58
Quadro 11 - Distribuição da amostra segundo a percepção de frequência de perdas de urina, antes e após o programa de reabilitação	59
Quadro 12 - Caracterização da amostra segundo a percepção da quantidade de urina perdida, antes e após o programa de reabilitação	60
Quadro 13 - Caracterização da amostra segundo a interferência das perdas de urina na vida diária, antes e após o programa de reabilitação	61
Quadro 14 - Caracterização da amostra segundo as situações de ocorrência das perdas de urina, antes e após o programa de reabilitação	62
Quadro 15 - Caracterização da amostra segundo o nível de confiança na realização de atividades sem que ocorram perdas de urina, antes e após o programa de reabilitação .	63

Quadro 16 - Caracterização da amostra segundo o nível de confiança na contração dos músculos pélvicos ao realizar uma atividade prevenindo as perdas de urina, antes e após o programa de reabilitação.....	64
Quadro 17 - Relação entre a idade e o impacto da incontinência urinária na vida da pessoa e nível de confiança no uso dos MPP na amostra total (n=30).....	66
Quadro 18 - Relação entre as variáveis: habilitações literárias e IMC e o impacto da incontinência urinária na vida da pessoa e nível de confiança no uso dos MPP na amostra total (n=30)	66
Quadro 19 - Relação entre o tipo de AVC e o impacto da incontinência urinária na vida diária e o nível de confiança no uso dos MPP (n=30)	67
Quadro 20 - Relação entre as variáveis clínicas: localização do AVC, antecedentes pessoais e presença de défices e o impacto da incontinência na vida diária e o nível de confiança no uso dos MPP, antes e após intervenção (n=30).....	68
Quadro 21 - Relação entre o intervalo de tempo de ocorrência entre o AVC e o internamento na UC e o impacto da incontinência na vida diária e no nível de confiança no uso dos MPP, antes e após intervenção (n=30)	69
Quadro 22 - Relação entre o grau de incapacidade funcional e o impacto da incontinência/autoconfiança urinária (depois e antes do PR)	70
Quadro 23 - Diferenças entre os grupos, antes e após intervenção ao nível da frequência de perdas de urina.	71
Quadro 24 - Diferenças entre os grupos, antes e após intervenção ao nível da quantidade de urina perdida.	72
Quadro 25 - Diferenças entre os grupos, antes e após intervenção ao nível da interferência da incontinência urinária na vida diária	74
Quadro 26 - Diferenças entre os grupos, antes e após intervenção ao nível da autoconfiança na realização de atividades sem perda de urina.....	75
Quadro 27 - Análise de diferenças entre grupo de intervenção e grupo de controlo no momento inicial e final da autoconfiança na contração de músculos pélvicos	76

ABREVIATURAS/ACRÓNIMOS/SIGLAS

AVC – Acidente Vascular Cerebral

AVD's – Atividades de Vida Diária

Dif – Diferença

DGS – Direção Geral de Saúde

DP – Desvio padrão

ICIQ-SF – *Internation Consultation on Incontinence Questionnaire – Short Form*

ICN - *International Classification for Nursing Practice*

ICS – *International continence society*

IMC – Índice de massa corporal

ITU – Infecção do Trato Urinário

IU – Incontinência Urinária

IUU – Incontinência Urinária de Urgência

IUE – Incontinência Urinária de Esforço

MIF – Medida de Independência funcional

MMSE – *Mini-mental State Examination*

MPP – Músculos do pavimento pélvico

OE – Ordem dos Enfermeiros

OMS – Organização Mundial de Saúde

PR – Programa de Reabilitação

RNCCI – Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados

SNC – Sistema Nervoso Central

SPSS – Statistical Package for the Social Sciences

TCE – Traumatismo Crânio-encefálico

TMPP – Treino dos músculos do pavimento pélvico

TVM – Traumatismo Vértebro-Medular

UC – Unidade de Convalescença

INTRODUÇÃO

O crescimento da população idosa é um traço significativo na evolução das sociedades modernas (Menoita, 2012). O aumento do número de idosos eleva consideravelmente a possibilidade de aparecimento de doenças crónicas/degenerativas. No entanto, este não é o único motivo que leva à incapacidade, pois as causas são multifactoriais, sendo as mais frequentes as do foro neurológico e musculoesquelético.

O acidente vascular cerebral (AVC) é uma das principais causas de mortalidade, morbidade, hospitalização e incapacidade permanente nas sociedades desenvolvidas, em que Portugal não é exceção. A DGS (2017) confirma que, em Portugal, o AVC é a principal causa de morte e a principal causa de incapacidade, em que cerca de 50% dos doentes sobreviventes ficam com limitações ao nível das atividades de vida diária. Esta patologia afeta, sobretudo, a população a partir dos 50 anos de idade, duplicando o seu risco de desenvolvimento a cada década (Martins, 2006). O distrito de Viana do Castelo é fortemente atingido por esta patologia, registando-se, nas últimas décadas, um acentuado envelhecimento da população e, em simultâneo, elevadas taxas de incidência e de mortalidade por AVC (INE, 2013).

Por outro lado – e em concomitante correlação –, a incontinência urinária é uma situação muito comum nas pessoas vítimas de AVC, uma vez que, aproximadamente 40 a 60% destas apresentam esta complicação aquando da fase aguda, permanecendo 15% após um ano (Thomas [et al.], 2008). Esta situação resulta da combinação de défices motores e sensoriais e de alterações neurofisiológicas do próprio funcionamento vesical. A persistência desta problemática pode afetar significativamente o processo de reabilitação global e influenciar negativamente a recuperação do AVC, a saúde física e mental, intervindo no destino da alta hospitalar e na taxa de mortalidade.

É neste contexto que a Enfermagem de Reabilitação assume grande importância para a minimização do impacto do AVC na incontinência urinária, agrupando estratégias de intervenção que se baseiam em mudanças comportamentais, treino dos músculos do pavimento pélvico e reeducação da bexiga, estruturando um plano multifactorial e comportamental (Dumoulin e Hay-Smith, 2010).

Para além da evidência demonstrada na redução da incontinência urinária, a intervenção da enfermagem de reabilitação é também de extrema importância na influência da

autoestima e qualidade de vida da pessoa, bem como na autoeficácia e no bem-estar. A autoeficácia pode ser entendida como a capacidade da pessoa ter uma participação ativa perante a sua condição (Branquinho, Marques e Robalo, 2007), e é considerada um fator preditivo para comportamentos positivos de saúde (Broome, 2003).

O Enfermeiro de Reabilitação é especialista no cuidado direto à pessoa com deficiência física e incapacidade no seu contexto social e familiar, “o que implica que os cuidados especializados em enfermagem de reabilitação possam ser prestados em diferentes contextos da prática clínica, nomeadamente nas unidades de internamento de agudos, de reabilitação, paliativos e cuidados na comunidade” (OE, 2011, p. 4).

No âmbito da Rede Nacional Cuidados Continuados Integrados (RNCCI), o Ministério da Saúde, numa tentativa de promover a continuidade de cuidados, criou as Unidades de Convalescença, oferecendo assim novas respostas ao doente com AVC, garantindo-lhe prontidão de resposta e a consequente reabilitação pós-AVC.

É neste contexto que se pretende desenvolver este estudo, partindo da questão de partida: Qual o efeito de um programa de reabilitação na gestão da incontinência urinária na mulher após AVC?

Para dar resposta a esta questão de investigação, delineou-se o seguinte objetivo geral: Avaliar o efeito de um programa de reabilitação na gestão da incontinência urinária na mulher após AVC.

Com este estudo, pretende-se contribuir, através da implementação de um programa de reabilitação, para a gestão da incontinência urinária nas pessoas vítimas de AVC. Pretende-se, assim, obter dados que traduzam ganhos em saúde através da implementação de um programa de reabilitação funcional, de forma a, futuramente, despertar a importância da realização destes cuidados de enfermagem de forma contínua.

O presente trabalho encontra-se organizado em três capítulos, subdivididos em distintos subcapítulos, numa tentativa de sistematizar de forma mais organizada os temas a abordar. O primeiro capítulo é referente à Revisão da Literatura, através do enquadramento teórico das temáticas abordadas, em que são descritos aspetos relacionados com o acidente vascular cerebral e a incontinência urinária. Neste capítulo é ainda analisada a problemática da incontinência urinária após acometimento por AVC, mostrando a importância da intervenção da enfermagem de reabilitação na sua gestão, tendo por base o referencial teórico de Dorothea Orem. No segundo capítulo descreve-se

o Plano de Investigação, onde são apresentados os aspetos metodológicos utilizados ao longo de todo o processo de estudo e de aplicação. Por fim, o terceiro capítulo expõe os resultados obtidos no estudo e sua discussão. São ainda apresentadas as conclusões finais, bem como as limitações encontradas nesta investigação e sugestões para o futuro.

Pretendemos com esta dissertação descrever todo o processo de investigação realizado, desde o enquadramento teórico às descobertas da pesquisa, conseguindo adquirir uma compreensão sobre a problemática em questão.

Quisemos, com este trabalho, contribuir, ainda que modestamente, para a evolução e desenvolvimentos da Enfermagem de Reabilitação, pois consideramos que é assim que a enfermagem consegue evoluir e afirmar-se, cada vez mais, como disciplina com um conhecimento próprio sustentado.

CAPÍTULO I

INCONTINÊNCIA URINÁRIA: UM PONTO DE PARTIDA APÓS O AVC

As alterações do padrão de eliminação vesical, nomeadamente a incontinência urinária, são frequentes após a ocorrência de um AVC e constituem um forte preditor de mau prognóstico funcional (Patel [et. al], 2001). Este distúrbio acaba por afetar diversos domínios da vida, quer sejam eles o físico, o social, o psicológico e o sexual, limitando a autonomia pessoal e deteriorando a qualidade de vida (Abrams [et. al], 2013; Branco e Santos, 2010).

Para uma melhor compreensão do assunto em estudo, realizamos um breve enquadramento teórico que clarifique o acidente vascular cerebral, a disfunção da incontinência urinária e a correlação entre ambos, bem como as suas consequências e formas de resolução. De igual forma faremos referência à importância da intervenção profissional dos enfermeiros, nomeadamente os enfermeiros especialistas em Enfermagem de Reabilitação, e o envolvimento do cuidador/família enquanto promotores nos cuidados de saúde à pessoa, vítima de uma situação de comprometimento no autocuidado da eliminação vesical associado ao acidente vascular cerebral.

1. ACIDENTE VASCULAR CEREBRAL E SUA PATOGÉNESE

As doenças cerebrovasculares, nas últimas décadas, apresentam-se como uma das principais causas de morte e morbilidade no mundo (Ferro, 2006).

A Organização Mundial de Saúde (2015) define AVC como a interrupção do fornecimento de sangue ao cérebro, normalmente desencadeada pela rutura de um vaso ou pelo seu bloqueio por um trombo, provocando interrupção do aporte de oxigénio e nutrientes, do qual resulta um défice neurológico súbito e específico de acordo com as regiões do cérebro afetadas. Martins acrescenta ainda que esta lesão “provoca o aparecimento súbito de sintomas de sinais focais e neurológicos que perduram para além das 24 horas, a não ser que a morte ocorra” (2006, p.11).

Os AVC's constituem um dos principais problemas neurológicos em todo o mundo, sendo considerada como a terceira causa de morte entre a população idosa (Winstein [et al.], 2016). Segundo a DGS (2017), Portugal é o país com a maior taxa de mortalidade por AVC na Europa Ocidental, confirmando os dados do último relatório das doenças cardiovasculares que referem ter-se verificado um aumento ligeiro dos internamentos

devido a AVC (+1,6%), espelhando assim o aumento da morbidade por esta causa (DGS, 2017a).

Esta patologia é, na sua generalidade, classificada de acordo com o tipo, localização anatómica, sua distribuição vascular e etiologia. A OMS (2015) distingue três tipos de AVC: isquémico, de hemorragia intracerebral e de hemorragia subaracnóide. O AVC isquémico, presente em 83% dos casos, é causado por oclusão súbita de artérias que irrigam o cérebro, devido a um trombo formado diretamente no local da oclusão ou noutra parte da circulação, que segue pela corrente sanguínea até obstruir artérias no cérebro (Ferreira, 2014). Um AVC hemorrágico é causado pela rutura de um vaso sanguíneo cerebral, levando à formação de um hematoma dentro do parênquima cerebral ou espaço subaracnoideu (Sá, 2016). Pode ainda ocorrer transformação hemorrágica em casos de AVC isquémico, resultando no extravasamento sanguíneo no foco da lesão isquémica (Pêla, 2012).

A patogénese do AVC é multifatorial, de evolução contínua e silenciosa. Segundo Whisnant [et al.], citado por Martins (2006), os fatores de risco surgem associados, potencializando-se mutuamente e conduzindo a um sinergismo de risco, dificultando o reconhecimento do seu papel individual. Desta forma, quanto maior for o número de fatores de risco, maior é a probabilidade de ocorrência de AVC. Assim sendo, a melhor maneira de o prevenir é reduzir esses fatores, atuando na sua identificação precoce e intervenção, promovendo hábitos de vida saudáveis e políticas de ensino sobre o reconhecimento precoce dos sinais e sintomas que indicam a instalação de um AVC (Marques, 2007).

Os fatores de risco associados ao AVC podem ser classificados, quanto à sua natureza, em imutáveis (não modificáveis) e em mutáveis (modificáveis). Os fatores de risco imutáveis são a idade, o sexo, a raça, a hereditariedade e a história prévia de doença cardiovascular; e os mutáveis, a hipertensão arterial, diabetes mellitus, a dislipidemia, o tabagismo, o alcoolismo, sedentarismo, a obesidade e o fraco acesso ao tratamento médico (Martins, 2006).

O diagnóstico precoce pode trazer benefícios a curto e longo prazo, iniciando-se pelo reconhecimento da tríade de sinais e sintomas: início súbito, os sintomas e sinais focais e a existência de fatores de risco (Ferreira, 2014; Ferro e Pimentel, 2006).

Segundo a Whistein [et al.] (2016), as manifestações clínicas resultantes da ocorrência de um acidente vascular cerebral não dependem do tipo de AVC mas sim do território cerebral atingido, da extensão de tecido cerebral afetado, da natureza e funções da área envolvida e a disponibilidade de um fluxo sanguíneo colateral. A sintomatologia pode também depender da rapidez de oclusão do vaso sanguíneo, visto que oclusões lentas podem permitir que vasos colaterais assumam a circulação, enquanto lesões súbitas não o permitem (Rubin [et al.], in Costa, 2009).

A sintomatologia envolve frequentemente alterações motoras e sensitivas, prejudicando a função física. Embora a manifestação mais presente seja a hemiplegia, o doente pode apresentar outras alterações tais como, alteração do tônus muscular, défices a nível da função perceptiva, comportamental, comunicacional, de alimentação e eliminação (Branco e Santos, 2010; Martins, 2006). Ao nível da eliminação, as disfunções da bexiga afetam aproximadamente 25% a 50% dos sobreviventes de AVC (Jamieson, Brady e Peacock, 2010), destacando-se de entre os transtornos urinários na fase inicial do AVC, a incontinência urinária e a retenção urinária. A nível da incontinência urinária 37% a 79% dos doentes vítimas de AVC desenvolvem esta consequência na fase aguda, mantendo-se um terço dos doentes com este problema após um ano (Dumoulin, Korner-Bitensky e Tannenbaum, 2005).

Os doentes acometidos por um AVC passam por quatro etapas distintas e em alguns casos sobreponíveis: a fase aguda até à estabilização dos sintomas; a fase intermédia, que pode começar 24 horas após o AVC; a fase da alta ou transferência; e a fase de reintegração, sempre que possível, na sociedade e no mundo profissional, efetuando as necessárias adaptações (Ferreira, 2014). Numa fase inicial, os cuidados de enfermagem podem ter uma abordagem mais centrada na prevenção de complicações. Progressivamente, aquando da estabilidade da pessoa e conhecimento da etiologia do AVC, os cuidados centram-se sobretudo no retorno da pessoa à vida ativa (Marques Vieira e Sousa, 2016).

O número de doentes que recupera de um AVC, na totalidade, é inferior a um terço, independentemente dos recursos disponíveis nas unidades de agudos onde são assistidos. Contudo, apenas uma pequena percentagem fica totalmente dependente (Martins, 2006). De um modo geral, aproximadamente 10% dos doentes que têm um primeiro AVC morre dentro de um mês e cerca de 30% torna-se dependente de terceiros para a realização dos seus autocuidados (Buchan, Balami e Arba, 2013). Segundo os mesmos autores, o AVC está intimamente ligado ao comprometimento funcional, uma vez que dos sobreviventes,

50% a 70% recupera a independência funcional, 15% a 30% ficam incapacitados permanentemente e 20% necessitam de cuidados institucionais (ibidem).

É essencial, na fase aguda do AVC, assegurar uma adequada acessibilidade a cuidados médicos, de diagnóstico e tratamento, nomeadamente reabilitação, pois grande parte vê-se confrontada com rápidas e inesperadas mudanças no seu modo de vida. Muitos ficam com limitações físicas e cognitivas que os impede de realizar com autonomia as AVD's, nomeadamente a nível do vestir, do tomar banho, de se alimentar, de se transferir e do controlo dos esfíncteres (Branco e Santos, 2010).

Sendo o AVC uma patologia cuja incidência e a enorme prevalência de sequelas levam rapidamente a uma dependência para as AVD's, é fundamental iniciar um programa de reabilitação precoce, para diminuir o agravamento das sequelas e capacitar as pessoas para a realização das atividades de vida da forma mais independente possível. A neuro-reabilitação, nas várias vertentes, desempenha um papel fundamental no tratamento do doente com AVC. Deve começar o mais precocemente possível, idealmente logo no primeiro dia, promovendo uma estimulação sensorial e cognitiva, mobilizações precoces dos membros paréticos e, progressivamente, uma adaptação às diferentes fases de evolução pós-AVC (Sá, 2016). Os objetivos devem ser traçados, tendo estes que ser individualizados e realistas, visando melhorar a funcionalidade do doente e tentando sempre envolver o doente e familiares neste processo.

2. A INCONTINÊNCIA URINÁRIA

Segundo a Sociedade Internacional de Continência (ICS) citado por Abrams [et al.] (2013), a incontinência urinária é a perda involuntária de urina, podendo ser definida pelo tipo de armazenamento e sintomas miccionais, provocando um problema social e higiénico. A incontinência urinária era considerada apenas um sintoma até 1998, ano em que passou a ser considerada uma doença, inserida na Classificação Internacional de Doenças (CID/OMS) (Higa, Lopes e Reis, 2008).

Segundo a Associação Portuguesa de Urologia (2018), estima-se que atualmente existam, em Portugal, mais de 600.000 pessoas com incontinência urinária, sendo que apenas 10% recorrem a ajuda. A incontinência urinária afeta predominantemente o género feminino e aumenta exponencialmente com o avanço da idade, devido a modificações estruturais e funcionais no sistema urinário (Melo [et al.], 2017).

Este problema representa um impacto significativo nos doentes, nos seus cuidadores e nos sistemas de cuidados de saúde. No entanto, é uma condição pouco relatada e subdiagnosticada, levando a que grande parte dos doentes não beneficie de cuidados médicos adequados (Oliveira e Garcia, 2011). É também considerada um fator de risco para mortalidade, institucionalização, hospitalização, quedas, fraturas e declínio funcional (Goepel [et al.], in Reis, 2016).

Para Fozzatti [et al.] (2012) e Yip [et al.] (2013), esta condição interfere de forma negativa nos vários domínios da qualidade de vida, nomeadamente a nível físico, emocional, sexual e social, gerando isolamento social, stresse emocional, associado ou não à sensação de inferioridade e depressão, sobretudo na população com consciência desta limitação (Azevedo, 2004). Para além disso, suporta também custos diretos nos produtos de higiene, no diagnóstico e tratamento, bem como os associados às comorbilidades (Milsom [et al.], in Reis, 2016).

Botelho, Silva e Cruz (2007) consideram a incontinência urinária como a nova “epidemia” do século XXI, devido ao aumento da esperança média de vida, uma vez que é uma doença que ainda se mantém “subdiagnosticada” e “subtratada”. É considerada de forma errónea, pela população, como uma consequência natural da idade, em que não existe tratamento eficaz, tornando-se assim uma “epidemia silenciosa” (Yip e Cardoso, in Botelho, Silva e Cruz, 2007).

A neurofisiologia da micção e a fisiopatologia da incontinência urinária são áreas que, atualmente, ainda não estão completamente percebidas, uma vez que apesar de parecer um fenômeno simples e quase inconsciente, envolve mecanismos complexos e interações neurológicas que têm sido objeto de inúmeros estudos nas últimas décadas (Pêla, 2012).

2.1. Neurofisiologia da Micção

A uretra e a bexiga mantêm entre si continuidade anatômica e uma relação funcional bastante íntima. Para que o sistema urinário funcione de forma plena, estas devem atuar de modo coordenado, sendo que para isso, é importante a atuação sincronizada do SNC, sistema nervoso simpático, sistema nervoso parassimpático e sistema somático (Levy e Oliveira, 2004).

Os nervos parassimpáticos, via nervos pélvicos, são responsáveis pela inervação motora da bexiga, causando a sua contração. Os nervos pélvicos são ramos da medula espinal, oriundos a nível de S2-S4. Os nervos pré-ganglionares são originários da medula sagrada (D11-L2) e sinapsam com os pequenos nervos pós-ganglionares dentro da parede da bexiga (Doughty, in Hoeman, 2000). Através da libertação da acetilcolina, as fibras parassimpáticas fazem com que os ureteres transportem urina dos rins à bexiga, provocando a contração do detrusor, com conseqüente esvaziamento da bexiga e abertura do esfíncter interno (Hoeman, 2000; Seeley, Stephens e Tate, 2007). Desta forma, as fibras aferentes parassimpáticas, que fornecem a sensação de enchimento vesical, percorrem os nervos pélvicos até aos segmentos sacrais da medula espinal, formando um arco reflexo (Levy e Oliveira, 2004).

Os nervos simpáticos regulam o armazenamento da urina na bexiga, estimulando o colo vesical e a uretra a contraírem-se. As fibras simpáticas, que têm origem na medula, entre D12 e L2 (via nervo hipogástrico), sinapsam entre os nervos pré-ganglionares e pós-ganglionares, nos plexos mesentérico inferior e hipogástrico, dirigindo-se para o colo vesical e para a uretra proximal (Doughty, in Hoeman, 2000). Os nervos simpáticos atuam através da libertação de noradrenalina que, quando estimulada, leva à diminuição da velocidade do transporte de urina nos ureteres, com conseqüente relaxamento do músculo detrusor e contração do esfíncter interno (Hoeman, 2000).

A inervação somática, composta por vias aferentes (sensoriais) e eferentes (motoras), têm origem na bexiga e no corno anterior do segmento S2-S4, respetivamente. As vias aferentes são estimuladas durante o enchimento da bexiga por mecanorreceptores existentes no detrusor e conduzem impulsos ao centro sagrado da micção, onde estimulam o reflexo da micção. As vias eferentes prolongam-se pelo nervo podendo até ao esfíncter externo e aos músculos do pavimento pélvico, atuando através da liberação do neurotransmissor acetilcolina. O esfíncter externo contrai aquando da retenção da urina na bexiga, podendo relaxar aquando da micção (Hoeman, 2000; Gelber, in Levy e Oliveira, 2004).

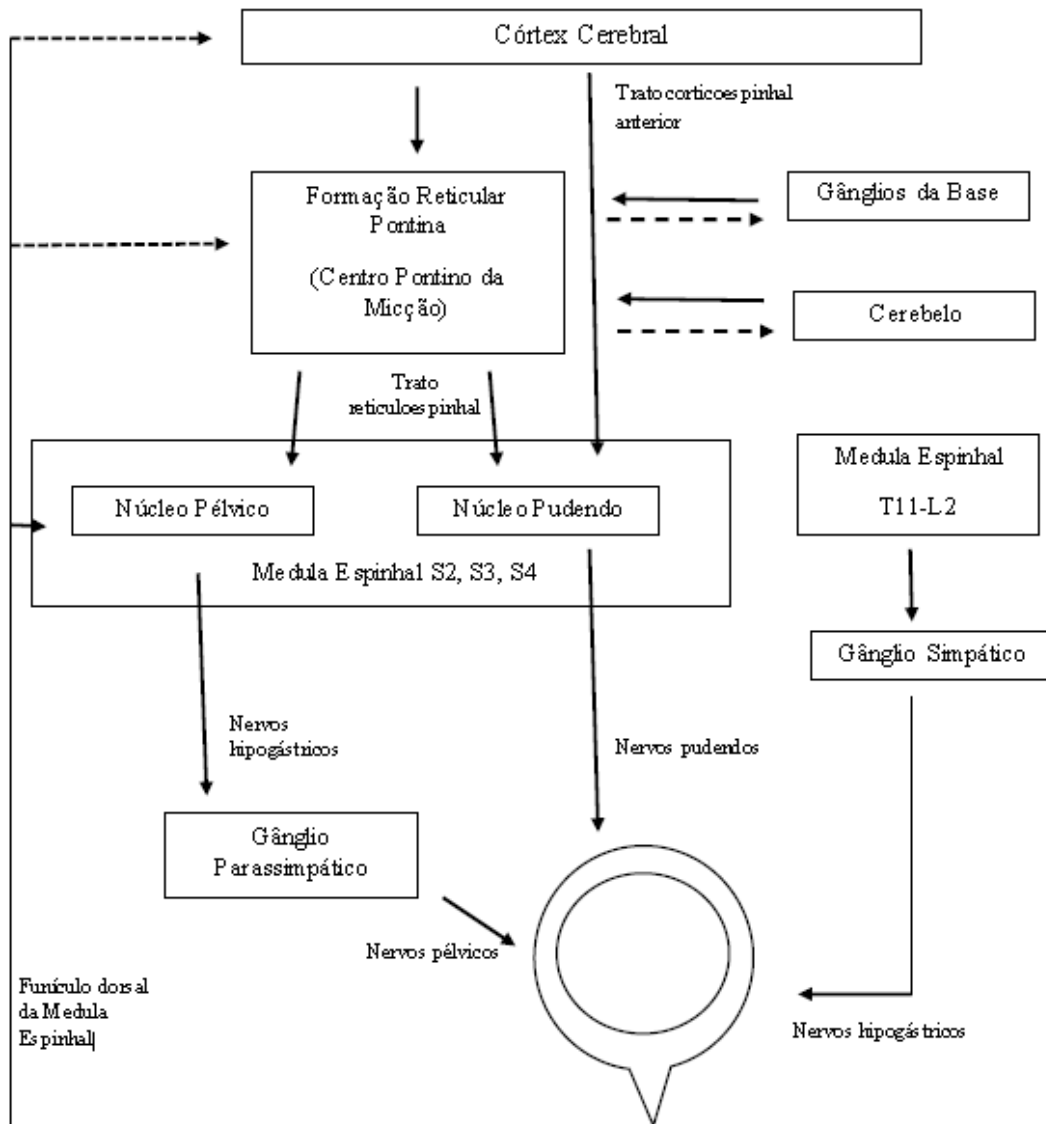
Durante a micção ocorre estimulação do sistema parassimpático na bexiga e inibição do sistema simpático e da inervação somática na mesma. Consequentemente, ocorre contração do músculo detrusor, no corpo da bexiga, e relaxamento do corpo vesical, esfíncter interno e esfíncter externo. Estes fenómenos ocorrem devido ao controlo segmentar da micção, que envolve os arcos parassimpático, simpático e somático descritos, e ao controlo supra-segmentar, que contribui para a coordenação entre a atividade muscular no corpo da bexiga e a atividade dos esfíncteres vesicais, tal como representa o esquema da figura 1. Desta forma garantem que, simultaneamente à contração do corpo da bexiga ocorra o relaxamento dos esfíncteres e o escoamento da urina (Levy e Oliveira, 2004).

O reflexo miccional é regulado por um arco reflexo completo, no qual são enviados impulsos sensoriais, coordenados pela protuberância, desde a bexiga até à medula sagrada (Hoeman, 2000). A protuberância, controlada pelo córtex frontal, coordena o relaxamento esfinteriano uretral através da contração do detrusor (Seeley, Stephens e Tate, 2007).

A continência envolve a inibição ativa do arco reflexo completo (Hoeman, 2000) e à medida que a bexiga se enche de urina são estimulados os recetores de estiramento que, através dos nervos pélvicos, enviam potenciais de ação aferentes transmitidos pelos neurónios sensoriais aos segmentos sagrados da medula espinal. Em resposta, são conduzidos potenciais de ação para a bexiga através das fibras parassimpáticas dos nervos pélvicos, fazendo com que haja a contração do músculo detrusor, abram o esfíncter e relaxem o colo vesical. Estes estímulos são designados por excitatórios e inibitórios. Os excitatórios são dirigidos à uretra e à bexiga, e os estímulos inibitórios são dirigidos ao corpo vesical, fazendo com que aconteça a contração do esfíncter da uretra e o

relaxamento da bexiga para que haja, ou não, o ato miccional (Seeley, Stephens e Tate, 2007).

Figura 1 - Esquema da neurofisiologia da micção



Fonte: Levy e Oliveira, 2004

A micção consiste, assim, numa fase de enchimento e armazenamento e de uma fase de contração e esvaziamento (Potter, Weigel e Green, 2010). Durante a fase de enchimento, a pressão intravesical aumenta gradualmente e o tónus dos esfíncteres uretrais e do pavimento pélvico mantêm a continência. O reflexo da micção, que é ativado quando a

parede vesical se encontra distendida (quando o volume vesical atinge os 200-300 ml), dá origem à micção ou eliminação da urina contida na bexiga através do aumento da pressão. A percepção do enchimento da bexiga e o início de micção requerem a sincronização do sistema nervoso, do músculo da bexiga, esfíncteres e pavimento pélvico. Esta capacidade para controlar voluntariamente a micção surge por volta dos 2-3 anos de idade, momento no qual a influência da protuberância e do cérebro nos reflexos de micção passa a predominar (Seeley, Stephens e Tate, 2007).

Durante a fase de esvaziamento voluntário, a inibição do estímulo somático ao esfíncter externo diminui a resistência do orifício urinário e é neste momento que ocorre uma diminuição da atividade simpática, com conseqüente estimulação da atividade parassimpática, a qual é responsável pela abertura do colo vesical, facilitando a contração da bexiga. À medida que o detrusor se contrai e o colo vesical relaxa, a pressão aumenta na bexiga e diminui na uretra, permitindo uma micção normal (Doughty, in Hoeman, 2000).

2.2. Fisiopatologia na Incontinência Urinária

A continência resulta, assim, de uma perfeita função e coordenação do trato urinário inferior e da integridade do sistema nervoso responsável pela sua atividade (Abram [et al.], 2013). Tanagho, citado por Hoeman, refere que

“a função urinária normal, assim como a continência, dependem da integridade anatómica da bexiga e da uretra, de um sistema nervoso que garanta o controlo voluntário da micção, do padrão de produção de urina, da capacidade física e mental e da vontade de cada um para levar a cabo as tarefas associadas à eliminação” (2000, p.458).

A continência urinária também ocorre pela contração das fibras estriadas peri-uretrais, bem como da musculatura perineal, resultando no aumento da resistência uretral e na conseqüente interrupção do fluxo (Seeley, Stephens e Tate, 2007). As fibras estriadas envolvidas nesta ação denominam-se de Musculatura do Pavimento Pélvico (MPP). Este grupo muscular, composto pela fásia pélvica, diafragma pélvico e diafragma urogenital, localiza-se na região inferior do abdómen, nas paredes laterais dos ossos da bacia, dirigindo-se para o cóccix, circundando a vagina, de forma a facilitar o funcionamento adequado da uretra e do reto (Cruz, 2015; Seeley, Stephens e Tate, 2007). Enquanto

musculatura transversal do corpo, esta suporta carga, tendo várias funções como o suporte dos órgãos abdominais e pélvicos, manutenção da continência urinária e fecal, auxílio no aumento da pressão intra-abdominal, na respiração e na estabilização do tronco (Franceschet, Sacomori e Cardoso, 2009). A nível do sistema urinário, sendo músculos voluntários, podem aumentar a força conforme a vontade da pessoa, relaxando voluntariamente aquando do desejo de micção e consequente esvaziamento da bexiga (Chiarapa, Cacho e Alves, 2007).

Na mulher, fenómenos gerados pelo envelhecimento, aumento de peso, antecedentes ginecológicos ou consequência de partos vaginais, provocam a lassidão dos músculos e a perda da elasticidade vaginal. Por sua vez, todo este processo compromete a compressão adequada da uretra, prejudicando a transmissão neurológica que coordena o funcionamento vesico-esfincteriano, não conseguindo a bexiga manter-se estável durante o enchimento, surgindo assim instabilidade vesical, levando à ocorrência de incontinência urinária (Forte, 2011).

Os idosos compõem também um grupo mais predisposto à ocorrência deste problema, estando diretamente relacionado com a diminuição da complacência uretral ou ausência de contratilidade do detrusor (Cruz, 2015). Para além disso, a idade tende a diminuir o suporte do colo vesical, o comprimento da uretra e a competência do pavimento pélvico (Oliveira e Garcia, 2011).

Certas disfunções neurológicas podem provocar alterações das funções de eliminação. Quando há compromisso tanto das fibras sensitivas como das motoras, ou ainda da própria medula, há como consequência um arco reflexo ineficaz, e o grau de disfunção do esfíncter vai estar relacionado com o grau da lesão neurológica. Neste contexto, poderá haver indivíduos que, apesar de não terem contração vesical, são incontinentes por falta de atividade esfincteriana (Hoeman, 2000).

Alterações neurológicas, decorrentes de um AVC, são as que mais provocam quadros de incontinência urinária (Cai [et al.], 2015), sobretudo nos primeiros três meses após o AVC, apresentando-se em 53% dos casos (Drake [et al.], 2013). Neste caso ocorre uma perturbação do funcionamento normal, originando a contração involuntária do músculo da bexiga ou relaxamento involuntário (ou contração insuficiente) do esfíncter da bexiga, bem como da uretra, resultando na incontinência urinária (Reis, 2016). Nesta situação, a pessoa apresenta incapacidade de inibir o arco reflexo, pela hiperatividade do músculo detrusor, traduzindo um quadro clínico de urgência miccional com incontinência, ou seja,

no momento em que a pessoa tem o desejo miccional ocorre o arco reflexo e é incapaz de evitar a micção. Desta forma, o que ocorre é uma desconexão entre o córtex cerebral e a ponte, perdendo-se a capacidade de inibir o reflexo miccional (Pêla, 2012).

Embora haja estudos que confirmem a relação entre o AVC e a incontinência urinária, ainda existe controvérsia no que se refere à região do cérebro mais suscetível de causar este déficit e ao hemisfério com papel mais importante no controlo miccional. Uma lesão que ocupa o córtex sensorial e o motor primário tem uma grande probabilidade de causar disfunção miccional (Aydemir, Adıgüzel e Yılmaz, 2016).

Gelber [et al.] (1993) apontou que qualquer perda de funcionamento cortical superior ou controlo motor, bem como níveis alterados de consciência ameaçam a continência. O lobo frontal do cérebro é responsável pelo controlo voluntário da micção (Brittain [et al.], 2000). Tendo em consideração que o lobo frontal é irrigado pelas artérias cerebrais média e anterior, Patel [et al.] (2001) demonstraram que a incontinência urinária é mais prevalente em pessoas com isquemia da circulação anterior do que em doentes com comprometimento lacunar ou da circulação posterior. A partir do lobo frontal as fibras neuronais projetam-se sobre os núcleos subcorticais, incluindo o tálamo, sistema límbico e gânglios da base. No tálamo, as fibras provenientes da medula estimulam a sensação da bexiga cheia, despertando o cérebro para a necessidade de urinar (Barata e Carvalhal, in Banaszkeski e Christo, 2018).

Em lesões no lobo parietal, local onde se encontra o córtex somatossensorial primário, responsável por áreas do corpo como a pele ou os órgãos genitais, também pode resultar em alterações da percepção sensorial (Haines [et. al], 2006). Desta forma, ambos os lobos estão relacionados com o processo de decisão, percepção miccional e avaliação do contexto ambiental para o esvaziamento.

Um estudo de Banaszkeski e Christo (2018) analisou a relação entre a topografia da lesão cerebral e disfunção vesical em pessoas vítimas de AVC. Dos resultados obtidos concluíram que lesões extensas abrangendo mais do que um lobo cerebral são mais suscetíveis de alterar o comportamento miccional. Múltiplas áreas de lesão estão relacionadas com défices motores importantes, alterações cognitivas, comportamentais e de linguagem, assim como com a influência direta do comportamento miccional dessas pessoas. No caso deste estudo, a área fronto-parietal é a que mais se relaciona com a presença de incontinência urinária de urgência e incontinência urinária de esforço.

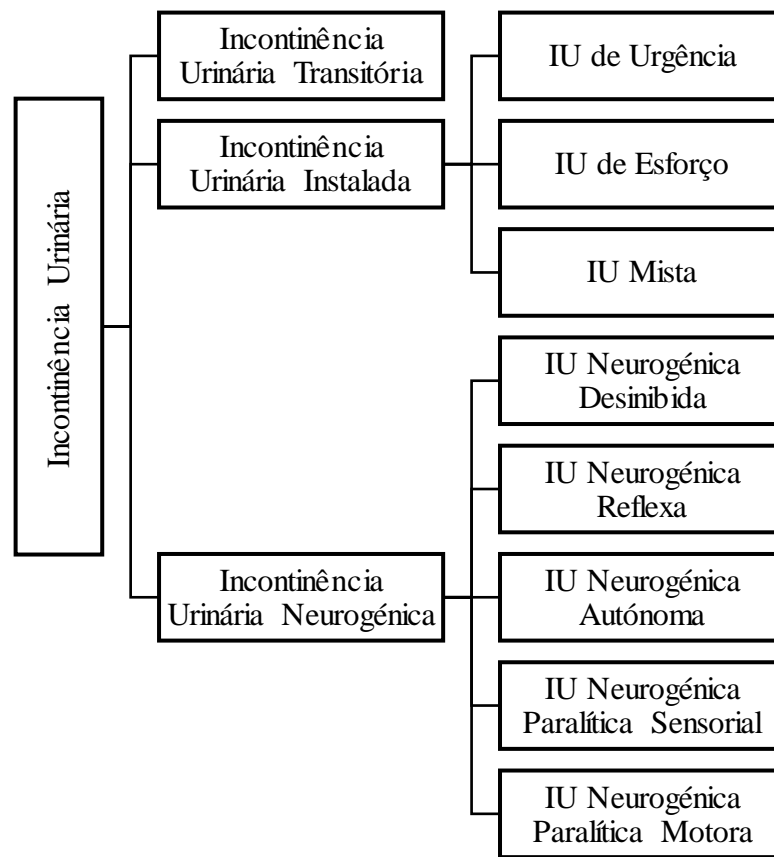
Para além da causa fisiopatológica, a incontinência urinária nas pessoas que sofreram AVC também pode ter um fundamento indireto, associado a défice cognitivo, disartria, incapacidade física, que geram a dificuldade em comunicar o desejo de micção ou de se deslocar (Thomas [et al.], 2008). Nestes casos, estamos perante um funcionamento genito-urinário “normal”, sendo a incontinência urinária gerada por outras limitações decorrentes do AVC (ibidem). Um estudo de Pizzi [et al.] (2014) na fase aguda do AVC observou que 79% dos casos de incontinência vesical estavam significativamente associados à idade e à incapacidade funcional. Também Brittain e seus colaboradores (2000) referem que a incontinência urinária funcional está presente em 26% dos casos de incontinência pós-AVC.

Outra das causas associadas a esta problemática, e que se assume como fator de risco, é a diminuição da mobilidade e a existência de cateterização vesical na fase aguda do AVC, que provocam o aparecimento de infeções do trato urinário, contribuindo para o aumento da incidência da incontinência urinária após ocorrência de AVC (Nazarko, 2004).

2.3. Tipos de Incontinência Urinária

Tendo em consideração a causa da incontinência urinária, podemos dividir este fenómeno em três grandes grupos: incontinência urinária transitória, incontinência urinária instalada e incontinência urinária neurogénica (Price, Dawood e Jackson, 2010), tal como se pode observar na figura 2.

Figura 2 - Subdivisão da incontinência urinária



A incontinência urinária transitória ou aguda caracteriza-se por um início súbito, associada a uma situação médica ou cirúrgica aguda, findando quando a causa é tratada. A causa é reversível, sendo exemplos: as infecções urinárias, alterações medicamentosas, cognitivas ou da mobilidade (Pêla, 2012; Price, Dawood e Jackson, 2010).

A incontinência urinária instalada ocorre quando a causa perdura no tempo, relacionando-se com alterações da atividade neural ou muscular (Pêla, 2012). A ICS descreve a incontinência urinária instalada em três tipos: a incontinência urinária de urgência (IUU), a incontinência urinária de esforço (IUE) e a incontinência urinária mista (IUM) (Abram [et al.], 2013). Alguns autores referem ainda a existência de outros tipos de incontinência, tais como: funcional, postural, enurese noturna, incontinência urinária contínua, insensível, coital (só para as mulheres) e multifatorial.

A incontinência urinária de esforço é apresentada como uma queixa de perda involuntária de urina, em esforço, exercício, ou provocada pela tosse ou espirro, uma vez que a pressão intra-vesical excede a pressão intra-uretral na ausência de atividade do detrusor (Abram [et al.], 2013). Na sua fisiopatologia contribuem em graus variáveis de importância a

hipermobilidade do colo vesical (secundária a um suporte anatómico pélvico fragilizado) e uma deficiência intrínseca do esfíncter urinário (Botelho, Silva e Cruz, 2007). É descrita pelas pessoas, geralmente, como uma perda de pequeno volume de urina quando tosse, espirram ou riem (Frank e Szlanta, in Reis, 2016).

A incontinência urinária de urgência corresponde à perda involuntária de urina associada a uma intensa vontade de urinar. Isto ocorre quando as contrações do detrusor ativo vencem a resistência uretral, forçando a passagem da urina para a uretra e levando à perda de urina antes do completo enchimento da bexiga (Potter, Weigel e Green, 2010). Este tipo de incontinência está associado a alterações na contractilidade do músculo detrusor ou na sensibilidade vesical (Botelho, Silva e Cruz, 2007). As pessoas que apresentam este tipo de incontinência, geralmente, descrevem-na como uma perda de grande volume de urina e referem um pequeno período de tempo entre o início da urgência e a perda de urina (Reis, 2016). Este tipo de incontinência é mais prevalente no idoso, podendo ter várias causas, como sejam, infecções urinárias, obstrução ou doenças neurológicas (esclerose múltipla ou AVC) (Potter, Weigel e Green, 2010).

A incontinência urinária mista refere-se à junção das características da incontinência urinária de urgência e incontinência urinária de esforço, ou seja, a pessoa apresenta queixa de perda involuntária de urina associada a urgência, ocorrendo também em esforço, aquando da execução de atividade física, tosse ou espirro. Cerca de um terço das mulheres incontinentes apresenta este tipo de incontinência. O seu diagnóstico, e seu posterior tratamento é determinado pela predominância dos sintomas característicos de incontinência (Botelho, Silva e Cruz, 2007).

No que diz respeito à incontinência urinária neurogénica, esta pode ainda ser classificada em cinco tipos dependendo do processo patológico que a origina: desinibida, reflexa, autónoma, parálitica sensorial e parálitica motora (Hoeman, 2000).

A bexiga neurogénica resulta

“de uma disrupção do feixe corticorregulador ou de um mau funcionamento do centro supraespinal que regula a micção. (...) ocorrem frequentes contrações desinibidas mas, em geral, a bexiga esvazia completamente sem que haja urina residual. O reflexo da micção permanece intacto. A sensibilidade, tal como o reflexo bulbocavernoso, está presente” (Hoeman, 2000, p. 461).

A bexiga neurogénica desinibida resulta de uma interrupção do feixe corticorregulador ou de um mau funcionamento do centro supraespinal que regula a micção. O reflexo da micção e a sensibilidade permanecem intactos, ocorrendo frequentes contrações desinibidas, conseguindo a bexiga esvaziar completamente sem que fique volume residual. As pessoas com este tipo de bexiga referem urgência, polaquiúria e noctúria associados, relacionando-se com o facto da pressão intravesical permanecer elevada devido às forças de contração do detrusor, ficando a capacidade vesical reduzida e ocorrendo a micção involuntária. São exemplos deste caso: os recém-nascidos, esclerose múltipla, TCE, tumores cerebrais ou AVC's (ibidem). Sobre este último, estudos reportam a existência de incontinência urinária entre 28% a 79% dos casos de AVC, sendo a hiperatividade do detrusor a causa mais frequente (Aydemir, Adıgüzel e Yılmaz, 2016; Banaszkeski e Christo, 2018). Nestas pessoas torna-se crucial a programação das idas ao WC de acordo com a ingestão de líquidos, a fim de antecipar a micção antes que a forte vontade de urinar ocorra.

A bexiga neurogénica reflexa (ou espástica) ocorre quando há interrupção dos feixes sensoriais e motores da medula espinal, não ocorrendo transmissão de informação entre a bexiga e o centro supraespinal. Caracteriza-se pela hipertrofia do detrusor, levando à incapacidade de sentir a bexiga cheia, urinando voluntariamente. Neste caso, embora o arco reflexo permaneça intacto, não há controlo do início nem do fim da micção. Tem como causa as lesões acima da região sagrada, tais como os TVM, tumores medulares e a Siringomielia (Hoeman, 2000).

Na bexiga neurogénica autónoma (ou flácida), a lesão ocorre na cauda equina, ou seja, no arco reflexo, interrompendo as vias que transportam os impulsos sensoriais da bexiga para a medula espinal e os impulsos motores da medula espinal para o detrusor e esfíncter externo. Caracteriza-se pela ausência de sensação de urinar, onde a micção é iniciada logo que a bexiga fica repleta, verificando-se a incapacidade de iniciar ou suspender a micção. Manifesta-se nas lesões da cauda equina (S2 – S4), e também na fase de choque medular (ibidem). Nestes casos, se a pessoa não conseguir esvaziar completamente a bexiga através das manobras de valsava (contração dos músculos abdominais associados à flexão do tronco e inspiração forçada) ou de credé (pressão da região abdominal com as mãos, em direcção aos músculos do pavimento pélvico) (se autorizado), poderá estar indicada a algaliação intermitente em intervalos de 6 a 8 horas (Giroux in, Hoeman, 2000).

A bexiga neurogénica parálitica sensorial, causada pela lesão do neurónio aferente (sensorial) do arco reflexo da micção, caracteriza-se pela ausência de sensação de urinar, embora as pessoas possam urinar voluntariamente. Nestes doentes aconselha-se a micção em períodos de tempo regulares, de forma a não prejudicar o tónus muscular da bexiga (Giroux, in Hoeman, 2000). Por outro lado, a bexiga neurogénica parálitica motora, causada pela lesão do neurónio eferente (motor), apresenta-se com a dificuldade em iniciar a micção, diminuição do jato urinário e necessidade de fazer esforço para urinar. As pessoas com bexiga neurogénica parálitica motora podem aprender a esvaziar a bexiga por meio das manobras de valsava ou credé (se autorizado) (Giroux, in Hoeman, 2000). Ambas as situações podem dever-se a patologias como a diabetes *mellitus*, hérnia discal ou compressão radicular (Hoeman, 2000).

2.4. Fatores de Risco na Incontinência Urinária

O aparecimento da incontinência urinária é o resultado da associação de múltiplos fatores, nomeadamente o envelhecimento, a etnia, a gravidez, o parto vaginal, a menopausa, obesidade, para além de fatores genéticos (Cruz, 2015). Menezes [et al.] (2012) defendem ainda que a presença de doenças crónicas (como a diabetes ou a depressão), trauma do pavimento pélvico, obstipação, tabagismo, consumo de cafeína ou exercícios intensos na região abdominal podem influenciar o aparecimento da incontinência urinária.

A idade é considerada o fator de risco principal para o aparecimento de incontinência urinária na mulher, uma vez que a sua afetação é diretamente proporcional ao aumento dos anos de vida. Alguns dos distúrbios urinários em mulheres mais idosas podem ser causados pela diminuição da capacidade da bexiga, que reduz a sua capacidade para metade, pelo baixo nível de estrogénio após a menopausa, doenças crónicas e aumento do IMC (Higa, Lopes e Reis, 2008). Do mesmo modo, a baixa de estrogénios decorrente do aumento da idade e da menopausa levam à diminuição do fluxo sanguíneo da região perineal e à consequente diminuição da captação da mucosa uretral pelos recetores de estrogénio do trato urinário inferior, causando sintomas urinários como aumento da frequência, urgência e disúria e, consequentemente, promoção da incontinência (Rodrigues, Oliveira e Almeida, 2008).

Tal como a idade, a obesidade contribui, agravando-se, proporcionalmente de acordo com o aumento de peso. Esta contribuição resulta do aumento da pressão intra-abdominal que, por sua vez, provoca aumento da pressão intravesical, alterando o mecanismo do trato urinário (Brown [et. al], in Higa, Lopes e Reis, 2008).

A obstipação, pelo estiramento do reto, afeta o trato urinário inferior, comprimindo a bexiga e contribuindo para a retenção urinária e consequentes infecções associadas. Para além disso, a força realizada nas manobras de evacuação intestinal também podem levar à lesão e isquemia da musculatura pélvica, pela distensão do mesmo (Moller, Lose e Jorgenson, 2000).

O número de partos, concomitantemente com o tipo de parto e o uso de anestesia são fatores intimamente ligados à incontinência urinária (Higa, Lopes e Reis, 2008). Comumente, a incontinência aparece durante a gravidez e a prevalência eleva-se com o aumento do número de partos, favorecendo a incontinência urinária (Brown [et al.], in Higa, Lopes e Reis, 2008). Quer o parto vaginal quer o uso de analgesia epidural associam-se à presença de incontinência urinária pelo trauma que é causado aos músculos do pavimento pélvico (Higa, Lopes e Reis, 2008).

A existência de doenças crónicas como a diabetes, por exemplo, provoca um aumento da vulnerabilidade do pavimento pélvico devido a uma mudança do tecido biológico e da inervação do músculo pélvico. Por sua vez, as patologias neurológicas, sobretudo as que afetam o movimento, podem causar contração desinibida da bexiga, sendo a incontinência urinária secundária à doença pré-existente (Gallo [et al.], in Higa, Lopes e Reis, 2008).

O consumo de substâncias, tal como o café, tabaco ou outras drogas também pode influenciar a ocorrência de perdas urinárias. A cafeína, pela sua ação diurética, provoca instabilidade do músculo detrusor e, conseqüentemente, perda involuntária de urina (Arya, Myers e Jackson, 2000). O tabaco, pela tosse que provoca, leva ao aumento da pressão intravesical, havendo também influência do consumo dos seus componentes na deficiência de estrogénio, causando as modificações acima referidas com o aparecimento da menopausa (Bump e McClisch, in Higa, Lopes e Reis, 2008).

Vários autores como Bazi [et al.] (2016) defendem que, se ao longo do ciclo de vida e, especificamente nos fatores que aumentam a predisposição para o desenvolvimento da incontinência urinária, fosse realizada uma intervenção preventiva adequada, seria

possível reduzir os défices decorrentes nos sistemas miccionais e, conseqüentemente, diminuir a severidade da incontinência urinária.

2.5. Tratamento na Incontinência Urinária

Antes de se iniciar o tratamento é fundamental a recolha de uma história clínica completa, de forma a identificar o tipo e a gravidade da incontinência pelos sintomas apresentados. Assim, é necessário realizar uma anamnese completa em que sejam mencionados os antecedentes relevantes e o impacto da doença na qualidade de vida da mulher (Cruz, 2015). Para além disso, Silva e Oliveira (2011) referem ser de importância elevada a avaliação funcional do pavimento pélvico, de forma a perceber o padrão da contração ou determinar a flacidez das paredes vaginais e a localização do colo uterino.

Para esclarecimento do diagnóstico pode ser ainda necessário realizar certos exames complementares de diagnóstico, tais como a ecografia e exame urodinâmico (Cruz, 2015). O diário miccional também se apresenta como uma ferramenta bastante eficaz para o conhecimento da rotina diária da pessoa e esclarecimento das suas queixas, uma vez que sistematiza informações como a ingestão de líquidos, frequência, volume de urina miccional e possíveis perdas associadas (Cruz, 2015; Reis, 2016).

Posteriormente, o tratamento da incontinência urinária vai depender de vários fatores, sendo eles o tipo e as causas, mas também dos objetivos realistas da pessoa acometida pela incontinência urinária (Reis, 2016).

Como medidas gerais, o início imediato da reabilitação global da pessoa na fase aguda do AVC, a remoção do cateter vesical nas primeiras 24h, uma adequada hidratação (com limitação da ingestão até 1,5 litros) e inclusão de fibra na dieta para prevenção de obstipação e infeções urinárias assumem-se como medidas simples e importantes na prevenção ou gestão da incontinência urinária (Matthews e Mitchell, 2010; Winstein [et al.], 2016). De igual forma, o provisionamento de um local com privacidade para o ato de micção, o uso de roupas largas e confortáveis também pode influenciar e ajudar no ato miccional (Wilson, in Matthews e Mitchell, 2010).

De forma abrangente, o tratamento conservador mais importante para a incontinência, sobretudo a de esforço, é o fortalecimento dos músculos do pavimento pélvico, uma vez

que em grande número dos casos a incontinência deve-se à redução da força desta musculatura (Oliveira e Garcia, 2011). Segundo a *Agency for Health Care Policy e a Research's Clinical Practice Guidelines on Urinary Incontinence in Adults* esta é a técnica menos invasiva, com menor número de efeitos adversos e com efetividade demonstrada, devendo ser a primeira opção no tratamento de qualquer tipo de incontinência urinária (Fatel [et al.], in Branquinho, Marques e Robalo, 2007).

Para além desta são ou poderão ser utilizadas, concomitantemente, outras modalidades, tais como o treino vesical através de programação das micções, biofeedback, mudanças comportamentais, a electroestimulação neuromuscular, os cones vaginais e a cinesioterapia (Reis, 2016).

Vários estudos como os de Borrie [et al.]. (2002), Dumoulin, Korner-Bitensky e Tannenbaum (2005) ou de Thomas [et al] (2008) defenderam uma abordagem gradual, cuja intervenção de enfermagem se inicie com um programa comportamental de treino vesical (como por exemplo, oferecer a cada 2 horas a arrastadeira/urino1 durante o período diurno e a cada 4 horas no período da noite; e limitar os líquidos no período da noite), treino da musculatura pélvica, antecipação da micção, treino de hábitos miccionais e treino esfinteriano, recorrendo à medicação apenas quando necessário. O planeamento da micção apresenta benefícios no aumento da iniciativa para a micção e redução de episódios de incontinência.

Quando o tratamento conservador, por si só, não obtém resultados positivos, adiciona-se o tratamento farmacológico, que visa obter um aumento da força de encerramento intra-uretral através do aumento do tónus dos músculos liso e estriado da uretra (Cruz, 2015). Existem vários fármacos que podem conferir este efeito; porém o seu uso clínico é limitado pela baixa eficácia e/ou efeitos colaterais que provocam. Este tipo de tratamento agrupa sobretudo os fármacos anticolinérgicos, no caso da IUU, para redução da hiperatividade do músculo detrusor, e os inibidores seletivos da recaptção de serotonina e norepinefrina, com propriedades antidepressivas, permitindo aumentar a qualidade de vida das mulheres que sofrem de incontinência urinária (Forte, 2011). Em casos mais graves pode ser utilizada a injeção intravesical da toxina botulínica para inibição da libertação pré-sináptica de acetilcolina na placa motora, inibindo parcialmente a contração do músculo detrusor (Hersh e Salzman, 2013).

O tratamento cirúrgico é utilizado em última linha, quando não existe evolução favorável dos anteriormente referidos, tendo como objetivo restabelecer a anatomia do trato urinário

inferior (Cruz, 2015). Para Reis (2016), este é o tipo de tratamento com maior taxa de sucesso a longo prazo, sendo de fácil execução e de recuperação rápida.

3. A ENFERMAGEM DE REABILITAÇÃO NA REEDUCAÇÃO DA INCONTINÊNCIA URINÁRIA

“A reabilitação de pessoas com deficiência é um processo destinado a permitir-lhes alcançar e manter os seus níveis funcionais físicos, sensoriais, intelectuais, psicológicos e sociais ideais. A reabilitação proporciona às pessoas com deficiência as ferramentas que elas precisam para alcançar a independência e autodeterminação” (OMS, 2019).

No sentido de dar resposta às necessidades avaliadas, deve ser elaborado um programa de reabilitação terapêutico individualizado, tendo em consideração as necessidades da pessoa e definidos objetivos específicos, de forma a serem maximizadas as suas potencialidades. O envolvimento precoce da pessoa deve ser privilegiado em todo o processo de reabilitação, sendo crucial a transmissão de informação sobre os objetivos de todo o programa de forma a aumentar a sua participação ativa.

Segundo as Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação, definido no Regulamento n.º 125/2011, os Enfermeiros de Reabilitação têm um papel fundamental junto das pessoas que se tornam dependentes após uma doença como o AVC, na elaboração e implementação de um programa de treino de AVD's em busca da adaptação às limitações da mobilidade e ao maximizar a autonomia do doente (OE, 2011).

Para Hesbeen (2003), a eficácia da ajuda do Enfermeiro Especialista de Reabilitação só poderá ser real se fizer sentido para a existência de quem é cuidado, indo ao encontro das suas necessidades. Deste modo, a Enfermagem de Reabilitação surge direcionando o seu foco de atenção para a promoção da saúde, prevenção e tratamento das doenças, tal como para a readaptação funcional dos défices e processos de vida, não descurando a reinserção social de cada pessoa. Pretende, ainda, promover a autonomia do indivíduo ao nível das atividades de vida diária, melhorar o grau de funcionalidade, limitar as incapacidades, preservar a autoestima e, acima de tudo, procurar dar qualidade de vida à pessoa e/ou família.

Sendo o AVC uma patologia cuja incidência e a enorme prevalência de sequelas leva rapidamente à incapacidade funcional e à dependência dos autocuidados, acarretando consequências emocionais e socioeconómicas não só para o doente, mas também para os seus familiares (Fonseca, 2017), os enfermeiros, na sua prática de cuidados, procuram a

maximização da independência nos autocuidados, assim como a adaptação funcional aos défices, tendo assim um papel preponderante junto das pessoas que transitam da autonomia e independência para a dependência após AVC (Martins [et al.], 2018 a).

Por ocasião do AVC, a pessoa torna-se dependente de terceiros e a sua família assume habitualmente o papel de cuidador, deparando-se ambos com uma sucessão de obstáculos a serem ultrapassados diariamente (Martins [et al.], 2018b). No sentido de maximizar as potencialidades da pessoa, torna-se crucial a implementação de um programa de reabilitação o mais precocemente possível, de modo a diminuir o agravamento das sequelas e capacitar as pessoas para a realização independente das atividades de vida.

São vários os modelos teóricos que sustentam a intervenção do enfermeiro de reabilitação, de acordo com as necessidades identificadas na pessoa e os défices de autocuidado que esta apresenta. Dentro dos modelos disponíveis, realça-se o modelo de Dorothea Orem, orientando para a assistência à pessoa, dando ênfase à reabilitação e preparando essas pessoas para o autocuidado e, conseqüentemente, promovendo melhoria na sua qualidade de vida (Santos, 2016).

3.1. O Autocuidado no AVC: Modelo de Dorothea Orem nos Cuidados de Enfermagem

De acordo com a CIPE, autocuidado designa a “atividade executada pelo próprio: tratar do que é necessário para se manter, manter-se operacional e lidar com as necessidades individuais básicas e íntimas e as atividades de vida diária” (ICN, 2011, p.41). Este abrange não apenas as capacidades necessárias para realizar as AVD’s, mas também conhecimentos e perícias que as pessoas utilizam na autogestão da sua condição de saúde (Hoeman, 2011).

Da mesma forma, Orem (2001) entende autocuidado como sendo o desempenho ou prática de atividades que os indivíduos realizam em seu benefício para manter a vida, a saúde e o bem-estar. No que diz respeito à pessoa com incontinência, traduz-se pela capacidade do doente em controlar as micções e/ou as atividades que lhe são inerentes, de forma a poder ter qualidade de vida, sem que implique a participação social, não dependendo de outros (Pêla, 2012).

O AVC compreende uma das principais causas de incapacidade funcional, associando-se ao agravamento da dependência no autocuidado, alterações do humor, ruptura na interação social e interferência na sua vida profissional, resultando na diminuição da percepção da qualidade de vida (Fonseca, 2017). Ao longo do tempo, o conceito de autocuidado inclui, para além das atividades básicas de vida, a promoção da saúde, sendo um processo em que a pessoa age por si e em benefício próprio. A condição que implica a necessidade de cuidados de enfermagem é a ausência de capacidade da pessoa manter o seu autocuidado em quantidade e qualidade suficientes para a manutenção da vida e saúde, recuperação da doença ou lesão (Petronilho, 2012).

Ao longo de um processo de internamento, como no caso de AVC, a capacitação subjacente ao conceito de autocuidado aplicado às pessoas portadoras de doença aguda/crónica e com défice funcional e a sua promoção assume papel crucial, uma vez que o objetivo final é possibilitar a readaptação e a reintegração social e familiar. Torna-se necessário estabelecer, acordar e explorar mutuamente objetivos a alcançar através da percepção das suas preocupações, problemas, perturbações de saúde e da sua partilha de informações para avançar no sentido de atingir objetivos que se consubstanciem em metas.

Segundo Orem, a capacidade para o autocuidado é entendida como “o poder que o indivíduo tem em desenvolver as operações essenciais, ou seja, o jogo entre as habilidades e limitações da pessoa, no sentido de ser autónoma” (2001, p.105). O surgimento da doença, a falta de recursos, os fatores ambientais ou as situações em que a carência se mostra superior à capacidade de resposta do indivíduo, levam ao desequilíbrio entre a necessidade e a capacidade de satisfação da mesma, traduzindo-se num défice no autocuidado (ibidem). Neste contexto a primeira intervenção da equipa de enfermagem e, em particular, de um enfermeiro especialista de reabilitação, é a identificação do tipo de ajuda de que a pessoa necessita, guiando-a e ensinando-a, posteriormente, a tornar-se capaz de realizar as suas atividades de forma autónoma.

Orem considera a sua teoria do défice de autocuidado como uma teoria geral composta por três teorias relacionadas: a teoria do autocuidado, que descreve o porquê e como as pessoas cuidam de si; a teoria do défice do autocuidado, que descreve e explica a razão pela qual as pessoas podem ser ajudadas através da enfermagem; e a teoria dos sistemas de enfermagem, que descreve e explica as relações que têm de ser criadas e mantidas para que se produza enfermagem (Tomey e Alligood, 2004).

A demanda terapêutica do autocuidado é a “totalidade de ações de autocuidado a serem desempenhadas com alguma duração para preencher as exigências conhecidas, usando métodos válidos e conjuntos de operações e ações relacionadas” (Orem, 2001, p.123). A autora pressupõe que todo o indivíduo é capaz de se autocuidar, uma vez que possui habilidades, conhecimentos e experiências adquiridas ao longo da vida, sendo este denominado de agente de autocuidado (Tomey e Alligood, 2004). No entanto, as limitações decorrentes do AVC reduzem substancialmente esta capacidade de autocuidado, nomeadamente ao nível das atividades de vida diária.

A autora refere, igualmente, que a capacidade do indivíduo a comprometer-se no autocuidado é afetada por fatores condicionantes básicos, como a idade, o sexo, o estado de desenvolvimento, o estado de saúde, o nível sociocultural, os fatores do sistema de atendimento de saúde, o ambiente familiar, os padrões de vida, os fatores ambientais e de adaptação, e disponibilidade de recursos (George, 2002). Estes factores, que estão claramente presentes no doente com AVC, condicionam a sua capacidade de desenvolver estratégias e técnicas para promover a continência. Deste modo, o enfermeiro especialista de reabilitação deve basear-se também em avaliações do ambiente, dos recursos disponíveis, sejam eles familiares, sociais ou ambientais, e do grau de dependência existente.

A teoria do défice de autocuidado investiga a razão pela qual os indivíduos necessitam de cuidados de enfermagem, contemplando situações de limitação na ação de autocuidado por motivos de saúde, onde os mesmos se encontram parcial ou totalmente incapacitados, originando situações em que as necessidades de autocuidado são superiores à sua capacidade para este desempenho (Petronilho, 2012). Quando as necessidades do indivíduo são superiores à sua capacidade, instala-se o défice no autocuidado, emergindo desta forma outro conceito central: os métodos de ajuda. Desta forma, o profissional de saúde atua na base de cinco pressupostos: agir ou fazer por outra pessoa, guiar e orientar, proporcionar apoio físico e psicológico, manter um ambiente de apoio ao desenvolvimento pessoal, e ensinar (Tomey e Alligood, 2004).

Deste modo, Orem identificou três tipos de prática da ciência de enfermagem nos sistemas de enfermagem, que são: o sistema totalmente compensatório (quando o enfermeiro substitui a pessoa no autocuidado); o sistema parcialmente compensatório (quando a pessoa precisa do enfermeiro para ajudá-lo naquilo que ela não é capaz de realizar por si só); e o apoio educativo (a pessoa é capaz de realizar o autocuidado, mas necessita dos

enfermeiros para ensinar e supervisionar na realização das ações) (Tomey e Alligood, 2004). De acordo com Orem, os enfermeiros devem selecionar o tipo de sistema ou combinação necessárias, de forma a causar o melhor efeito na consecução da regulação das atividades desejadas do autocuidado (Moreira, 2013). É para tal necessário identificar os défices no autocuidado para, posteriormente, proceder ao tipo de intervenção mais adequado.

É neste contexto que o enfermeiro especialista de reabilitação tem o seu foco na avaliação, planeamento e implementação de programas de reabilitação na gestão da incontinência urinária às pessoas vítimas de AVC, adequando a sua intervenção, e assumindo o papel de cuidador terapêutico, dando resposta às limitações existentes na pessoa, promovendo as suas capacidades adaptativas, de forma a potencializar a reaprendizagem ou ampliação das ações de autocuidado. Para tal, é necessário ensinar, estimular, orientar de forma contínua, até que a pessoa se apresente em níveis satisfatórios de independência.

Integrado na teoria do autocuidado, Orem delimita três categorias de autocuidado, definidas como ações dirigidas à provisão do autocuidado: universal, associado aos processos de vida e manutenção da integridade e funcionamento humanos; desenvolvimento, derivados de uma condição ou evento de vida; e desvios de saúde, relacionados com condições de doença ou lesão (George, 2002).

Ao nível da temática da incontinência urinária nas pessoas vítimas de AVC, destaca-se como requisitos de autocuidado universal: a “provisão de cuidados associados com os processos de eliminação e os excrementos”, uma vez que este sistema é crucial para a manutenção e funcionamento do organismo, sendo necessário o cuidado do enfermeiro de reabilitação no favorecimento das condições ambientais e sanitárias necessárias; e a “manutenção do equilíbrio entre a solidão e a interação social” – já que a perda de autonomia neste autocuidado prejudica a autoestima e estimula o isolamento social, o enfermeiro de reabilitação tem o papel de favorecer a participação da família e estimular a interação social (Orem, in George, 2002, p. 85).

A pessoa em situação de AVC apresenta défices no autocuidado, como o caso do comprometimento da eliminação urinária, possuindo, no entanto, capacidades e potencialidades para reaprender e ou ampliar as ações de autocuidado. Para isso, torna-se necessário ensinar, estimular e orientar continuamente, até que a pessoa se torne o mais independente possível, a fim de estabelecer a saúde e/ou mantê-la em níveis satisfatórios.

Uma vez que a pessoa apresenta limitação a nível físico, cognitivo e social, aquando do acometimento por AVC, o enfermeiro dirige também a sua atenção para o membro da família, prestador de cuidados, através do ensino, instrução e treino sobre o autocuidado e para a prevenção de complicações provenientes das próprias incapacidades (Martins [et al.], 2018b).

3.2. Intervenções da Enfermagem de Reabilitação na Incontinência Urinária

O sucesso de um programa de reabilitação em pessoas vítimas de AVC “depende de um “crescimento” lento, repetitivo, persistente, com rotinas de exercícios que não devem evoluir para além da capacidade individual da pessoa”, tendo por base uma função real, devendo ser encaradas como um tratamento ou modo de vida durante 24 horas por dia (Branco e Santos, 2010, p. 39).

É com este fundamento que os enfermeiros especialistas de reabilitação devem avaliar, planear e implementar, à luz dos seus conhecimentos, programas de reabilitação às pessoas com alterações da continência urinária, e ter na família e/ou cuidadores informais, parceiros na promoção deste autocuidado.

Uma correta avaliação das alterações, ou potenciais alterações, pode ser a chave do sucesso do programa de reabilitação (Menoita, 2012). Neste sentido, Hoeman (2000) realça a importância prévia de uma avaliação inicial, sendo a finalidade da primeira avaliação de enfermagem a confirmação objetiva da mesma e delimitação da forma de poder “tratar”.

A caracterização desta problemática é crucial na avaliação, diagnóstico, prevenção e tratamento da pessoa com défice de autocuidado na eliminação vesical, pelas repercussões que daqui podem advir, sejam elas físicas ou psicológicas e que podem ser causadoras de estigma e isolamento social (Santos, 2016). Por essa razão, a abordagem da temática à pessoa deve ser feita de forma cautelosa, no sentido de preservar a sua privacidade e autoestima. Para o efeito, é indispensável uma colheita completa de dados, obtida mediante o processo clínico, semiologia clínica, exames complementares de diagnóstico, bem como através de entrevista com vista a perceber antecedentes pessoais, nível de independência antes do internamento, limitações funcionais, apoio familiar,

condições habitacionais/barreiras arquitetônicas, ajudas técnicas e qualidade de vida afetada (ibidem).

A história clínica deve incluir as características da incontinência, padrão miccional atual, capacidade para adiar a micção após percepção de urinar, situações em que a incontinência ocorre, sintomas de hesitação, esforço, disúria ou hematúria. É importante também perceber e identificar o modo como a pessoa gere a sua incontinência (uso de fraldas ou pensos higiênicos, muda de roupa com maior frequência, por exemplo), bem como identificar a existência prévia de incontinência urinária antes da ocorrência do AVC (Hoeman, 2000). O conhecimento de doenças crônicas concomitantes, como o caso da diabetes *mellitus*, ou o uso de medicação, também se tornam relevantes pela combinação de situações, como o caso do aumento do débito urinário com o uso de diuréticos, e a incapacidade de realizar esvaziamento vesical atempadamente (ibidem).

O exame físico inclui a avaliação funcional física e cognitiva, a avaliação e observação do abdômen e região pélvica e retal, assim como o exame neurológico geral. A avaliação funcional assume-se importante na medida em que se consegue perceber o grau de mobilidade e de destreza da pessoa em se deslocar ao WC, e despir para realizar o ato miccional, mantendo-se continente. A nível da avaliação cognitiva pretende-se compreender se a pessoa tem capacidade para sentir a necessidade de urinar, compreender como usar o sanitário e usá-lo, e participar no seu regime terapêutico. A observação das regiões pélvica e retal consiste na análise da pele, presença de cicatrizes ou massas, bem como grau de força muscular do pavimento pélvico (Menoita, 2012).

Pode ainda ser necessária a realização de outros testes, tais como a ecografia pélvica, para determinar volume residual pós-micção, ou a prova de resposta ao esforço, que consiste na observação da existência de perdas urinárias aquando de esforço propositado (por exemplo, tossir) (Hoeman, 2000). Outra das medidas mais utilizadas para avaliação da incontinência urinária é a elaboração do diário miccional. Este permite avaliar e caracterizar os hábitos miccionais diários da pessoa, de forma a traçar o perfil do hábito urinário e o tipo de bexiga apresentado pela mesma. Os dados permitem conhecer a ingestão hídrica, bem como determinar a frequência, horário e quantidade das micções. Tem como objetivo espelhar o padrão miccional para restabelecer a melhor conduta de reeducação da função vesical (Tolentino [et al.], 2006;). Um estudo de Wein citado por Mesquita [et al.] (2010) mostra evidências que o diário miccional possibilita modificar hábitos miccionais e permite que a pessoa se torne mais autoconsciente dos seus hábitos.

É utilizado muitas vezes como base no planeamento do programa, quantificando o problema da pessoa, permitindo também a avaliação objetiva do progresso do tratamento.

Uma percentagem significativa das pessoas vítimas de AVC, na fase aguda, encontra-se algaliada. Vaughn (2009) defende a sua remoção o mais precocemente possível, de forma a prevenir infeções urinárias e a promover o processo de reabilitação, uma vez que os doentes não conscientizam a situação de incontinência aquando uso do cateter urinário. São vários os estudos que revelam que há melhoria significativa do funcionamento vesical com a remoção precoce dos cateteres vesicais (Abrams [et.al], 2013).

A reabilitação deve ser iniciada o mais cedo possível, logo que as lesões sejam identificadas (Hesbeen, 2003). Jordan [et al.] (2011) defendem que a reabilitação após o AVC deve ser iniciada no dia seguinte à sua ocorrência e a elaboração de planos de cuidados para a incontinência urinária devem ser desenvolvidos e baseados em protocolos e diretrizes.

A mudança comportamental é a intervenção com melhores resultados para a reabilitação e tratamento da incontinência urinária das pessoas vítimas de AVC, sendo também menos invasivo e arriscado, não tendo efeitos colaterais conhecidos (Hoeman, 2000). Segundo a ICS, a

“terapia comportamental, compreende a análise e alteração da relação do sintoma do doente no seu ambiente para modificação de maus hábitos miccionais. A terapêutica compreende diário miccional, educação do doente em relação ao hábito urinário, reeducação vesical, exercícios do pavimento pélvico (com ou sem biofeedback), estratégias para o controlo do desejo miccional e orientações para dieta e ingestão hídrica” (Abrams [et al.], 2013, p. 921).

A capacitação da pessoa e sua família deve ser o aspeto primordial de atenção do Enfermeiro Especialista de Reabilitação. É fundamental habilitar e conscientizar a pessoa/família de que todos os exercícios são possíveis, embora de uma forma mais personalizada (Branco e Santos, 2010). Relativamente à incontinência, a explicação do funcionamento do aparelho urinário ajuda a tomar consciência das alterações da micção e permite às pessoas e cuidadores ajustar estratégias individuais para o seu controlo (Herschorn [et al.], 2004). Outras instruções devem igualmente ser instituídas, no que diz respeito à alimentação e ingestão hídrica, para fazer face a estas alterações. Como a terapia comportamental envolve mudança do comportamento miccional, a orientação da pessoa proporciona maior conscientização quanto à importância das estratégias

preventivas. Esta técnica pode ser efetiva quando a pessoa é orientada e motivada com expectativas reais a ser atingidas (Mesquita [et al.], 2010).

Numa primeira instância, o controlo do intestino também se torna importante no controlo da incontinência urinária, uma vez que é difícil treinar a bexiga sem que o intestino seja educado. Muitas vezes, o restabelecimento de uma eliminação intestinal regular é suficiente para aliviar a urgência e a falta de controlo urinário (Smith, in Hoeman, 2000). Para tal, o aumento da ingestão de líquidos e fibras e a promoção da mobilidade e do exercício é crucial.

Hoeman define treino vesical como um “programa de eliminação vesical em que os doentes recorrem à distração ou a técnicas de relaxamento para inibirem conscientemente a vontade de urinar” (2000, p. 476). A mesma autora refere ainda que o seu objetivo é capacitar a pessoa para resistir ou inibir a sensação da vontade de urinar, de forma a controlar a urgência miccional e, assim, reduzir os episódios de perdas de urina. Para que esta estratégia resulte são necessários três componentes essenciais: um programa de educação personalizado, o estabelecimento de um horário miccional, e o reforço positivo (ibidem). O treino vesical difere na perceção da necessidade de urinar do próprio ato de urinar, permitindo assim o restabelecimento do controlo cortical sobre a bexiga (Branco e Santos, 2010).

O treino vesical inclui um programa de educação associado a um regime de “urinar por relógio”. Tem como objetivo normalizar a frequência urinária, melhorar o controlo sobre a urgência, aumentar a capacidade vesical, diminuir os episódios de incontinência, prolongar os intervalos entre micções e devolver à pessoa a confiança no controlo da bexiga (Abrams [et al.], 2013).

Associado ao treino vesical, a elaboração do diário miccional permite avaliar e caracterizar os hábitos diários da pessoa, de forma a traçar o perfil do hábito urinário e o tipo de bexiga apresentado, e assim restabelecer a melhor conduta de reeducação da função vesical, que consiste no registo da ingestão hídrica, no número de micções, da intensidade do desejo miccional, do volume urinado e o horário, bem como eventuais episódios de perdas e fatores desencadeantes associados. Deve ser preferencialmente realizado pela pessoa, e na sua impossibilidade pelo enfermeiro ou cuidador (Tolentino [et al.], 2006).

O restabelecimento dos hábitos de eliminação vesical, através do questionamento regular para as idas ao WC e ao uso de dispositivos de proteção, tem como objetivo a

minimização do efeito das perdas de urina e/ou contrações involuntárias da bexiga devido à diminuição do intervalo de micções, com especial destaque para o período da noite (Abrams [et al.], 2013; Saraiva [et al.], 2016). Tendo em conta o padrão miccional, a pessoa pode ser instruída a urinar a uma hora pré-determinada. A ICS defende a prática de ir ao WC, usar uma arrastadeira ou cadeira sanitária a intervalos regulares de 2 a 3 horas (Abrams [et al.], 2013). Deste modo, a micção é antecipada e a pessoa consegue reduzir os episódios de incontinência urinária. A sua finalidade é ajustar o intervalo das micções com o horário natural da pessoa (Hoeman, 2000).

O treino de exercícios do pavimento pélvico, também designados de exercícios de Kegel, consiste na contração da musculatura pélvica, para fortalecimento das estruturas musculares de suporte, aumentando assim “a força muscular e, conseqüentemente, [o domínio da] continência urinária pelo estímulo da atividade do esfíncter uretral” (Mesquita [et al.], 2010). Os exercícios são efetivos para a incontinência de urgência porque reforçam o reflexo de contração do pavimento pélvico, causando inibição da contração do detrusor (Dumoulin e Hay Smith, 2010).

Estudos científicos têm demonstrado que a contração do esfíncter externo da uretra provoca a inibição da contração do detrusor, levando a uma diminuição do desejo miccional. Os exercícios do pavimento pélvico utilizados na hiperatividade do detrusor são mediados por ação reflexa: “reflexo de inibição voluntária da micção” (Shafik e Shafik, in Mesquita [et al.], 2010). Para manutenção da continência é também importante que a atividade do detrusor seja bloqueada quando os músculos do pavimento pélvico se contraem (Dumoulin e Hay Smith, 2010).

Do ponto de vista da pessoa, o primeiro passo da reeducação dos músculos pélvicos é a tomada de consciência dos mesmos para, posteriormente, compreender como exercitá-los (Hoeman, 2000). Os exercícios dos músculos pélvicos são realizados contraindo os músculos perineais e o esfíncter anal, de forma repetitiva, sem que haja contração dos músculos do abdómen, dos glúteos ou da face interna da coxa (Smith e Newman, in Hoeman, 2000). Como o pavimento pélvico é composto por músculos estriados, os princípios do treino de força incidem na tentativa de tonificar e fortalecer o pavimento pélvico (Roza, 2011).

Estes exercícios realizam-se mantendo os músculos contraídos durante alguns segundos (5 a 10), havendo um relaxamento posterior com o mesmo período de tempo. Devem ser repetidos durante 10 minutos, três vezes ao dia, até um total de 50 a 90 exercícios por dia,

podendo ser realizados em qualquer posição (Hoeman, 2000). A frequência, duração das sessões do programa de treino têm igualmente um impacto positivo nos resultados. Um programa de treino de força incorpora um treino progressivo dos seguintes parâmetros: intensidade, frequência, tempo de repouso, volume, duração e especificidade (Ferreira e Santos, 2009).

A força dos MPP é definida como um esforço máximo ou referida como contração voluntária máxima. Uma contração máxima requer uma tensão elevada e, para adquirir esta contração, é necessário estimular à máxima contração e tentar manter esta por 10 segundos. Kari Bø, citado por Ferreira e Santos (2009), combinou três princípios para estimular contrações de alta intensidade: contrações máximas mantidas de seis a oito segundos, finalizando com três a quatro contrações rápidas no topo da contração máxima; posições iniciais com os membros inferiores em abdução para dificultar a ação de outros músculos e estímulo verbal forte para encorajar a realização de contrações máximas.

O padrão inicial de frequência deverá ser de uma série de 8-12 repetições, para 8 a 10 exercícios, sendo este o mais apropriado no início do treino com supervisão. O repouso entre as contrações deve ser igual ao tempo da contração mantido. Entre as séries podem ser introduzidas técnicas de relaxamento para promover o relaxamento dos músculos sinérgicos, exercícios de alongamento dos músculos posturais para melhorar a flexibilidade e diminuir a tensão muscular, e exercícios de reeducação respiratória combinando a inspiração com o relaxamento dos MPP e a expiração com a contração dos MPP (Ferreira e Santos, 2009).

Após ter-se conseguido o domínio da realização dos exercícios, inicia-se a última etapa em que se solicita à pessoa que execute os exercícios em diferentes posições, ou seja, posição de sentado, horizontal e ortostático, o que permite um controlo cada vez mais sólido e, conseqüentemente, diminuição das perdas urinárias involuntárias (Branco, 2009). Também é crucial, numa fase final, a integração da atividade desta musculatura nas condições da vida quotidiana (por exemplo ao andar, tossir, espirrar). Para obtenção da adaptação neural e hipertrofia muscular, recomenda-se um período mínimo de 15 a 20 semanas de treino (Ferreira e Santos, 2009).

Todo o programa de reabilitação à pessoa com AVC visa reduzir os efeitos da incontinência urinária e, na sua falha, reeducar novas formas de lidar com esta problemática, de forma a capacitar a pessoa para readquirir o maior grau de independência funcional possível (Winstein [et al.], 2016).

Para Santos (2016), as intervenções disponibilizadas contribuem fortemente para que as pessoas com incontinência urinária após AVC retornem as suas atividades habituais, impulsionadas por sentimentos de melhora de autoestima, culminando num fomento da sua qualidade de vida.

A aplicabilidade de programas de reabilitação em pessoas com incontinência urinária tem sido alvo de estudos científicos nos últimos anos. Embora ainda se verifique alguma escassez no desenvolvimento desta temática, os estudos existentes privilegiam a mudança comportamental, com todas as intervenções anteriormente referidas, como intervenção de primeira linha na gestão da incontinência urinária em doentes neurológicos.

Patel [et al.] (2001), num estudo em que descreveu o impacto da incontinência urinária pós-AVC num período entre 3 meses e 2 anos, concluíram que havia forte correlação entre a reabilitação funcional global e a recuperação da incontinência urinária.

Um estudo de Tibaek [et al.] (2005), sobre a mesma temática, concluiu que o treino de força e resistência da musculatura do pavimento pélvico na mulher após AVC é crucial, uma vez que, após três meses deste programa de reabilitação se verificou uma redução das perdas urinárias e idas ao WC. Porém, este estudo vem demonstrar algumas limitações na aplicabilidade dos programas de reabilitação a pessoas com alterações cognitivas, muitas vezes presentes nos doentes após AVC.

Por outro lado, Herr-Wilbert [et al.] (2010) demonstram que o problema da incontinência urinária necessita de ser abordado por uma equipa multidisciplinar, de forma sistemática. Reforça a importância da avaliação inicial, recorrendo a instrumentos de avaliação validados e fidedignos, no sentido de se conseguir estabelecer intervenções adequadas à particularidade de cada caso. Um outro aspeto importante deste estudo foi a referência às medidas facilitadoras e de eliminação de barreiras nos serviços de saúde, de forma a promover a continência urinária. Salienta-se o sucesso obtido, com a continência de 67% dos participantes ao fim de 30 dias.

Jamieson, Brady e Peacock (2010) referem que a implementação de um programa de intervenção referente à promoção da continência urinária deve ser efetuada o mais cedo possível após admissão no hospital, sendo que as intervenções eficazes aumentam significativamente a qualidade de vida das pessoas e dos seus cuidadores. Aliado a isto, Mathews e Mitchell (2010) referem que a incontinência urinária é mais controlada quando as pessoas ficam internadas em unidades especializadas de reabilitação.

É imprescindível ter em conta que “reabilitar não significa curar, implica não fragmentar o indivíduo” (Faro, 2006, p. 129). Compete ao enfermeiro especialista de reabilitação implementar estratégias de motivação para estimular o envolvimento, o interesse e a adesão da pessoa ao processo de reabilitação, ajudando-a a alcançar o seu próprio nível de saúde, quer pela otimização dos recursos exteriores, quer pela ajuda prestada na descoberta, promoção e desenvolvimento de todo um potencial individual capaz de contribuir para a efetivação do seu projeto de saúde, assistindo-a nas fases de reacquirição da autonomia relativamente à continência urinária (Branco e Santos, 2010).

É nesta perspetiva que se pretende desenvolver o presente estudo, tendo subjacente um programa de reabilitação e todas as particularidades acima mencionadas. O objetivo deste é ajudar a pessoa na gestão da sua incontinência urinária, promovendo a sua qualidade de vida e maximizando a sua autonomia.

CAPÍTULO II

ENQUADRAMENTO METODOLÓGICO

1. METODOLOGIA

É inegável a necessidade de investigação no desenvolvimento de qualquer área do conhecimento, cujas práticas assentem em bases científicas. A investigação em enfermagem é imprescindível na sua evolução como ciência e profissão, visando a melhoria da prestação de cuidados, pois, tal como refere Fortin (2009), a investigação é um contributo excepcional para o desenvolvimento profissional, tendo em conta que cada profissão deverá ser capaz de facultar aos seus profissionais conhecimentos teóricos sobre os quais assentará a sua prática, promovendo a execução de serviços de qualidade às pessoas e comunidade.

Pretende-se com este capítulo descrever a metodologia utilizada desde o problema de partida, objetivos de estudo, questões de investigação, hipóteses, amostra, recolha de dados e tratamento dos mesmos.

1.1. Problemática, Objetivos de Estudo e Questão de Investigação e Hipóteses

O problema da incontinência urinária nos doentes vítimas de AVC é significativo, causando impacto na sua qualidade de vida, estando associado a baixa autoestima, isolamento social e depressão (Dumoulin, Korner-Bitensky e Tannenbaum, 2005). Apesar deste impacto negativo, este facto não é muitas vezes relatado pelos doentes (Wagg [et al.], 2014), não havendo também prioridade de tratamento quando observado pelos profissionais de saúde (Mangnall, 2008). Apesar do bom conhecimento da prevalência e do impacto pessoal desta problemática, as causas dos problemas de incontinência urinária seguida a um AVC e o seu tratamento ainda não são totalmente compreendidos. Para além disso, existem poucos estudos conclusivos sobre a existência da pertinência da reabilitação na gestão da incontinência urinária subsequente.

Após a ocorrência do AVC, o programa de reabilitação deve iniciar-se o mais prematuramente possível, logo que o doente se encontre clinicamente estável, uma vez que é nas primeiras horas (entre a extensão final da isquemia cerebral e a respetiva lesão neurológica) que parte do cérebro ainda se encontra viável, podendo a sintomatologia ser influenciada pela forma como a pessoa é tratada (Menoita, 2012).

No que diz respeito ao nosso estudo, embora existam directrizes relativas ao uso de estratégias relativas à reabilitação da incontinência urinária, tem-se verificado que estas não são implementadas na prática clínica (Saraiva [et al.], 2016).

Este estudo surge, assim, com a finalidade de contribuir, através da implementação de um programa de reabilitação, para a gestão da incontinência urinária nos doentes vítimas de AVC dando visibilidade à intervenção do enfermeiro de reabilitação. Pretende-se, pois, obter dados que traduzam ganhos em saúde através da implementação de um programa de reabilitação funcional, de forma a, futuramente, despertar a importância para a realização destes cuidados de enfermagem de forma contínua.

A problemática central é o fator decisivo à volta do qual gira toda a investigação. Esta é bem definida e enquadrada por Quivy e Campenhoudt que referem que é a “abordagem ou perspectiva teórica que decidimos adotar para tratarmos o problema formulado pela pergunta de partida. É uma maneira de interrogar os fenómenos estudados” (1992, p. 89).

Em face do exposto, surge a questão de partida: “Qual o efeito de um programa de reabilitação na gestão da incontinência urinária na mulher após AVC?”

Tendo por base a ótica de Carvalho, “toda a investigação começa pela explicitação do objeto e do objetivo, sendo que, objetivo define as linhas de perspectiva a desenvolver que proporcione valor acrescentado à situação de partida” (2009, p.107). Desta forma delineou-se como objetivo geral:

- Avaliar o efeito de um programa de reabilitação na gestão da incontinência urinária na mulher após AVC.

Para dar resposta ao objetivo geral e, conseqüentemente responder à questão de investigação, definiram-se como objetivos específicos:

- Identificar as variáveis sociodemográficas e clínicas que são influenciadas pelo programa de reabilitação da mulher com incontinência urinária após AVC;
- Avaliar o efeito de um programa de reabilitação na frequência urinária;
- Avaliar o efeito de um programa de reabilitação na quantidade de urina perdida;
- Avaliar o efeito de um programa de reabilitação na percepção da interferência da incontinência urinária, na vida diária;
- Avaliar o nível de percepção de autoconfiança na realização das atividades de vida diária sem que ocorram perdas de urina;

- Avaliar o nível de percepção de autoconfiança sobre a contração dos músculos do pavimento pélvico como prevenção de perdas de urina.

No sentido de responder aos objetivos específicos e, sabendo que a hipótese, tal como diz Fortin, “é um enunciado que antecipa relações entre variáveis e que necessita de uma verificação empírica” (2009, p. 165), formularam-se as seguintes hipóteses:

- Hipótese 1 (H1) – Espera-se que o programa de reabilitação funcional diminua a frequência urinária em mulheres vítimas de AVC;
- Hipótese 2 (H2) - Espera-se que o programa de reabilitação funcional diminua a quantidade de perdas de urina em mulheres vítimas de AVC;
- Hipótese 3 (H3) – Espera-se que o programa de reabilitação funcional influencie a percepção da interferência da incontinência urinária na vida diária;
- Hipótese 4 (H4) – Espera-se que o programa de reabilitação funcional aumente o nível de autoconfiança em mulheres vítimas de AVC na realização de atividades de vida diária sem que ocorram perdas de urina;
- Hipótese 5 (H5) – Espera-se que o programa de reabilitação funcional aumente o nível de autoconfiança sobre a contração dos músculos do pavimento pélvico como prevenção de perdas involuntárias.

1.2. Desenho de Investigação

Para Fortin, o desenho de investigação

“define-se como o conjunto das decisões a tomar para pôr de pé uma estrutura, que permita explorar empiricamente as questões de investigação ou verificar hipóteses. O desenho de investigação guia o investigador na planificação e na realização do seu estudo de maneira a que os objetivos sejam atingidos” (2009, p. 214).

Segundo a mesma autora, os elementos constituintes do desenho de investigação são: os “meios onde o estudo será realizado; a seleção dos sujeitos; o tamanho da amostra; o tipo de estudo; as estratégias utilizadas para controlar as variáveis externas; os instrumentos de recolha de dados; o tratamento de dados” (2009, p.216).

1.2.1. Tipo de Estudo

De acordo com os objetivos e finalidades formulados, realizou-se um estudo quantitativo e quási-experimental, uma vez que é um estudo que recorre a recolha de dados observáveis e mensuráveis (Fortin, 2009), em que será avaliado o antes e o após da intervenção do enfermeiro de reabilitação, tendo em vista à análise do efeito de um programa de reabilitação.

O estudo apresenta uma dimensão longitudinal, uma vez que a recolha de dados foi efetuada, em cada pessoa, em dois momentos distintos: um antes da intervenção do programa de reabilitação e outro após a intervenção.

1.2.2. População e Amostra

Na perspetiva de Fortin (2009), a amostragem é o procedimento pelo qual um grupo de pessoas ou um subconjunto é escolhido com vista a obter informações relacionadas com um fenómeno, de tal forma que a população inteira que nos interessa esteja representada.

Para o presente estudo, optou-se pela constituição de uma amostragem não probabilística acidental ou de conveniência, formada por sujeitos que são facilmente acessíveis e que estão presentes num local determinado, num momento preciso e, no qual, se encontram características conhecidas na população (Fortin, 2009). Os sujeitos foram incluídos no estudo à medida que se apresentavam, até a amostra atingir o tamanho desejado.

A população escolhida para o estudo em questão são as mulheres com incontinência urinária após a ocorrência do primeiro AVC. Face à impossibilidade de aceder a todos os elementos da população que foram acometidos por AVC estabelecemos como grupo do presente estudo uma população-alvo que consiste numa população particular submetida ao estudo. Para seleção da nossa amostra tivemos em consideração os seguintes critérios de inclusão: ser mulher, com incontinência urinária após o diagnóstico de AVC, com idade compreendida entre os 45 e os 90 anos, internada na Unidade de Convalescença onde decorreu o estudo.

Como critérios de exclusão foram definidos os seguintes: mulheres com alterações cognitivas significativas (*mini-mental state examination* com valores inferiores a 18, no caso de presença de analfabetismo, e inferior a 23 pontos, no caso de presença de escolaridade); MIF inferior a 40 pontos; história de alteração urológica, infecções urinárias de repetição e incontinência urinária prévia ao AVC, ou existência de prótese

total da anca (por impedimento de alguns exercícios previstos no programa de reabilitação).

1.2.3. Variáveis

Segundo Fortin uma variável corresponde “a uma qualidade ou a uma característica que são atribuídas a pessoas ou a acontecimentos que constituem objeto de uma investigação e às quais é atribuído um valor numérico” (2009, p.53). As variáveis do presente estudo foram escolhidas de forma precisa, em função do quadro teórico, sendo agrupadas em: variável independente, variável dependente e variáveis de atributo.

Conforme os objetivos e desenho do estudo, a variável independente deste estudo é o programa de reabilitação funcional na incontinência urinária. As variáveis dependentes são a frequência urinária, a quantidade de urina perdida, a interferência na vida diária e a eficácia dos músculos do pavimento pélvico.

As variáveis de atributo, ou de caracterização, dizem respeito ao conjunto de variáveis que nos permitem conhecer determinadas características da população em estudo (Pestana e Velosa, 2002), ou seja, corresponde a um dado sociodemográfico (Fortin, 2009). As variáveis de atributo são a idade, estado civil, nível de escolaridade, antecedentes pessoais, grau de IMC, tipo de AVC, localização do AVC, tempo de ocorrência de AVC e presença de défices associados ao AVC.

1.3. Procedimento de Recolha de Dados

O estudo iniciou-se pelo pedido de autorização à instituição para a realização do mesmo. Após concedida a autorização para efetuar o estudo realizou-se uma reunião com a equipa da Unidade, de forma a explicar os traços gerais da investigação e dar a conhecer os objetivos da mesma, numa tentativa de sensibilizá-los para a sua importância e obter a contribuição de todos os elementos. À respetiva equipa de enfermagem foi explicado o estudo, a sua finalidade e objetivos, bem como o programa de reabilitação funcional a efetuar a cada senhora e instrumentos de recolha de dados e momentos de aplicação dos mesmos. À equipa de assistentes operacionais foi pedida cooperação no que diz respeito

sobretudo às mudanças comportamentais, nomeadamente a programação das idas ao WC periodicamente e a diminuição da ingestão hídrica ao final do dia.

Após a equipa se prontificar a colaborar na identificação dos possíveis elementos da amostra passou-se à primeira fase do estudo propriamente dito. Esta iniciou-se com a identificação das participantes que poderiam fazer parte da amostra, através da aplicação dos critérios de inclusão/exclusão acima referidos e da sua aceitação para participar no estudo com a assinatura do consentimento informado. O primeiro contacto com os participantes realizou-se até às 48h de admissão na Unidade. Tendo em consideração o tipo de estudo e a aplicação dos critérios foram criados dois grupos: grupo de intervenção e grupo de controlo. A distribuição da amostra pelos grupos foi realizada tendo em consideração o número de participantes: no caso de admissão no estudo em valor ímpar, a participante ficava a pertencer ao grupo de intervenção; em caso de admissão no estudo em valor par, a participante fazia parte do grupo de controlo.

No decorrer do primeiro contacto com as mulheres seleccionadas para o estudo, era realizada a primeira avaliação, pelo enfermeiro responsável pela admissão, com a aplicação dos instrumentos de recolha de dados, nomeadamente o questionário sociodemográfico e clínico, o *International Consultation on Incontinence Questionnaire - Short Form* e a escala de Autoeficácia de Broome para os músculos do pavimento pélvico, de forma a perceber o estado prévio da pessoa em relação à sua funcionalidade e ao grau de incontinência aquando da sua admissão. Embora os instrumentos sejam autoadministráveis, optou-se por administrá-los de forma oral, de modo a explicar às participantes os itens da escala. Esta opção teve em consideração a faixa etária admitida pela amostra (com idade máxima de 89 anos) e a baixa escolaridade que, conseqüentemente apresentavam.

Após a primeira avaliação foi implementado o programa de reabilitação funcional, conforme apêndice A, com duração de quatro semanas, constituído por um plano de exercícios de reforço dos MPP e por modificações comportamentais, tendo em consideração os seguintes aspetos: redução da ingestão hídrica a partir da hora do lanche (pelas 17h); treino de hábitos miccionais com programação de idas ao WC de 2/2 horas durante o dia e de 4/4 horas durante a noite; treino esfinteriano com supressão de urgência e contração simultânea dos músculos do pavimento pélvico.

As sessões individuais diárias para realização do plano de exercícios de reforço dos MPP, com a duração de aproximadamente 20 minutos, foram todas executadas pelo mesmo

enfermeiro de reabilitação, preparado para o efeito. Para além de uma sessão diária, foi incentivada a realização dos exercícios mais uma vez, pela pessoa, de forma autónoma, concretizando assim duas séries de exercícios por dia. A realização desta segunda sessão era controlada pelo enfermeiro que se encontrava de turno.

O plano de exercícios de reforço dos MPP iniciava-se por exercícios de relaxamento e dissociação dos tempos respiratórios, durante cerca de 5 minutos, de forma a diminuir a tensão psíquica e muscular e adotar um ritmo e frequência respiratória adequados, aliados à diminuição dos gastos de energia. Posteriormente, seguia-se um conjunto de 9 exercícios para o fortalecimento dos MPP, em série de 10 repetições, realizados em decúbito dorsal, na posição sentada e em ortostatismo, recorrendo também ao uso de material complementar (almofada ou bola de Pilates). A sequência da realização destes exercícios iniciou-se, nas primeiras sessões (durante a primeira semana), em decúbito dorsal, evoluindo semanalmente para os exercícios em posição sentada, passando nas últimas sessões (última semana) à posição ortostática, de forma a ir de encontro à evolução da reabilitação global motora da pessoa. Os exercícios foram realizados sob contrações rápidas (1 a 2 segundos) ou mais duradouras (5 segundos), com vista ao desenvolvimento das fibras musculares do tipo I e II (Bo K. [et al.], in Ferreira e Santos, 2009). Foi criada uma *check-list* (apêndice B), com destaque semanal, onde eram assinalados os exercícios realizados por cada elemento da amostra ao longo do programa de reabilitação.

Ao fim das quatro semanas de realização deste programa de reabilitação, foram implementados novamente os instrumentos de recolha de dados: *International Consultation on Incontinence Questionnaire - Short Form* e Autoeficácia de Broome para os Músculos do Pavimento Pélvico, de forma a perceber o resultado do programa de reabilitação implementado.

O presente estudo decorreu numa Unidade de Convalescença do distrito de Viana do Castelo, no período de setembro de 2018 a março de 2019, numa intervenção que perdurou, para cada senhora, durante quatro semanas. Durante este período foram avaliadas 37 senhoras e rejeitadas 7 participantes por não cumprirem todos os critérios para integrar o estudo, tendo ficado a amostra final com 30 pessoas, com 15 elementos em cada grupo.

1.4. Instrumentos de Recolha de Dados

Os instrumentos de recolha de dados utilizados pretendem dar resposta aos objetivos traçados e às hipóteses definidas, tendo uma parte sido construída para o efeito, e outra parte recorrido a escalas utilizadas em Portugal, sobre questões similares.

Num primeiro momento, para seleção da amostra, foram utilizados a escala *Mini-mental State Examination* e a escala Medida de Independência Funcional. O Mini-Exame do Estado Mental (MMSE), teste empregue para avaliação do funcionamento cognitivo, pretendeu selecionar as participantes da amostra, sendo escolhidas apenas as mulheres com pontuação superior a 18 e a 23 pontos, conforme escolaridade (Lourenço e Veras, 2006). A Medida de Independência Funcional (MIF) foi também utilizada para seleção da amostra, sendo escolhidas mulheres com capacidade funcional de pontuação superior a 40, correspondendo a incapacidade funcional ligeira ou moderada, estabelecida pela DGS para pessoas vítimas de AVC (Garraway [et al.] cit. in DGS, 2011).

Depois da amostra selecionada, foram utilizados os seguintes instrumentos:

- Questionário sociodemográfico e clínico efetuado para o estudo;
- Questionário de avaliação do impacto da incontinência urinária: *International Consultation on Incontinence Questionnaire - Short Form (ICIQ-SF)*;
- Escala de Autoeficácia de Broome para a musculatura do pavimento pélvico.

1.4.1. Questionário Sociodemográfico e Clínico

De acordo com Gil (1994) o questionário garante a recolha sistemática dos dados, constitui um meio rápido de obtenção dos dados, podendo ser implementado em simultâneo junto de um grande número de sujeitos, sendo também dotado de natureza impessoal, apresentado de forma uniforme para todos os participantes assegurando assim a fidelidade, e respeitando, em termos éticos, o anonimato das respostas que permitem a expressão livre a questões até consideradas mais pessoais e íntimas.

O questionário¹ usado na primeira fase do estudo, aquando do internamento, está repartido em duas partes diferentes: uma, correspondente aos assuntos sociodemográficos

¹ Apêndice C – Questionário sociodemográfico e clínico

(idade, estado civil, habilitações literárias e IMC) e outra, relacionada com a componente clínica (presença de antecedentes pessoais, localização e tipo do AVC, tempo decorrido do AVC e défices associados), tendo como finalidade conceber uma análise global do indivíduo e dos seus antecedentes clínicos.

Todas as questões são do tipo “fechadas” ou resposta rápida, assegurando a fidelidade do instrumento e o anonimato.

1.4.2. International Consultation on Incontinence Questionnaire - Short Form

O *International Consultation on Incontinence Questionnaire - Short Form* (ICIQ-SF)², originalmente desenvolvido por Avery, Donovan e Abrams (2001), é um questionário simples, breve e autoadministrável, que permite avaliar rapidamente o impacto da incontinência urinária na qualidade de vida, e qualificar a perda urinária. Tamanini [et al.] (2004) traduziu e validou esta escala para a língua portuguesa, estando o seu uso recomendado pela Associação Portuguesa de Urologia.

O ICIQ-SF é composto por 4 questões que avaliam: a frequência das perdas urinárias (numa escala de 0 a 5 pontos); a quantidade das perdas (numa escala de 0 a 6 pontos); o impacto da incontinência urinária (numa escala de 0 a 10 pontos); e uma última questão que avalia separadamente, numa escala de oito itens, as causas ou situações de perda urinária (Tamanini [et al.], 2004).

O resultado global do ICIQ-SF é a soma dos resultados das questões: um, dois e três, e varia de 0 a 21. Os valores mais altos estão associados a níveis elevados de impacto da incontinência urinária. O impacto na qualidade de vida foi definido de acordo com o resultado da questão 3: (0) nada; (1- 3) leve; (4-6) moderado; (7-9) grave; (10) muito grave (Tamanini [et al.], 2004).

A confiabilidade, medida pela consistência interna dos itens e avaliada pelo alfa de Cronbach, foi calculada pelos resultados 1, 2 e 3, tal como indica Taminini [et al.] (2004), de forma a verificar a homogeneidade dos itens do instrumento. Segundo o estudo dos autores supracitados, tal como indica o quadro 1, a consistência interna da escala é considerada boa, uma vez que apresenta valor de alfa de Cronbach de 0,88. No presente estudo, o mesmo instrumento apresenta uma consistência interna aceitável ($\alpha=0,608$).

² Anexo A - *International Consultation on Incontinence Questionnaire - Short Form* (ICIQ-SF)

Quadro 1 - Comparação dos valores de α Cronbach para o estudo de Tamanini [et al.] (2004) e do presente estudo para a escala ICIQ-SF

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

1.4.3. Escala de Autoeficácia de Broome para a Musculatura do Pavimento Pélvico

A *Broome Pelvic Muscle Exercise Self-Efficacy Scale*³ é um instrumento de medida que permite ao profissional de saúde obter conhecimento acerca da crença do indivíduo face ao seu próprio desempenho e aos resultados obtidos com o treino dos músculos do pavimento pélvico, como forma de tratamento e de prevenção de perdas de urina indesejáveis (Branquinho, Marques e Robalo, 2007).

A escala é constituída por 23 itens, dividida em duas partes, abordando diferentes situações relacionadas com a perda de urina: a primeira parte (parte A), constituída por 14 itens; e a segunda parte (parte B), constituída por 9 itens. Em ambas as partes, a escala varia entre 0 (nada confiante) e 100 (muito confiante), sendo que na primeira parte o sujeito assinala o seu nível de confiança ao realizar a atividade descrita sem perdas de urina, e na segunda parte o indivíduo indica o nível de confiança que sente quando contrai os músculos do pavimento pélvico numa determinada tarefa com o objetivo de prevenir perdas de urina (Broome, 2003).

O resultado de cada subescala é obtido pela soma das pontuações e, posteriormente, dividido pelo número de itens. Deste modo, a pontuação final é obtida através do mesmo processo (soma de todas as pontuações das duas partes e dividida pelo número total de itens), sendo que quanto maior for o valor obtido, maior é o nível de autoeficácia dos indivíduos. Assim, a pontuação final é avaliada através da média de todos os valores, de acordo com os seguintes valores de referência: uma pontuação abaixo de 33 pontos revela uma baixa autoeficácia; entre 33 e 66 pontos indica uma autoeficácia moderada; e acima de 66 pontos aponta para uma elevada autoeficácia (Broome, 2003; Branquinho, Marques e Robalo, 2007).

³ Anexo B – Escala de Autoeficácia de Broome para os Exercícios da Musculatura Pélvica

A Escala de Autoeficácia de *Broome* para os Exercícios da Musculatura Pélvica foi adaptada e validada para a população portuguesa por Branquinho e seus colaboradores (2007). No estudo realizado por estes autores, tal como mostra o quadro 2, a escala global apresenta alto nível de consistência interna ($\alpha=0,92$), da mesma forma que se expõe neste estudo ($\alpha=0,99$).

Quadro 2 - Comparação dos valores de α Cronbach para o estudo de Branquinho, Marques e Robalo (2007) e do presente estudo para a escala de Autoeficácia de Broome

Escala de Autoeficácia de Broome	Número de Itens	α Cronbach	
		Estudo Branquinho, Marques e Robalo, 2007	α Cronbach Presente estudo
Parte A	14	0.913	0.990
Parte B	9	0.903	0,976
Total	23	0.922	0.990

1.5. Tratamento de Dados

De modo a alcançar os objetivos do estudo, o tratamento de dados foi realizado com recurso a técnicas estatísticas, consideradas as mais adequadas. Foi utilizada estatística descritiva e inferencial, de modo a que os dados pudessem ser descritos, sintetizados e analisados.

Inicialmente, numa análise descritiva, os resultados respeitantes a variáveis de natureza qualitativa são apresentados recorrendo ao cálculo das frequências absolutas e relativas. Quando presentes variáveis de natureza quantitativa serão apresentados os resultados recorrendo ao cálculo de medidas de tendência central (média) e de dispersão (desvio padrão).

Por forma a realizar-se uma análise inferencial adequada, é necessário começar por verificar a normalidade dos dados, através do teste de Kolmogorov-Smirnov, assim como a homogeneidade com o teste de Levene. Quando validados os pressupostos de

normalidade, utilizou-se o teste paramétrico t-Student para a diferença de médias de duas amostras independentes, e para a diferença de médias de amostras emparelhadas (a mesma amostra em momentos diferentes de tempo). Quando não foram observados os pressupostos de normalidade, recorreu-se aos testes não paramétricos, nomeadamente de Mann-Whitney para amostras independentes, e de Wilcoxon para amostras emparelhadas. Quando na presença de variáveis com mais do que duas classes (como por exemplo nas variáveis sociodemográficas e clínicas), quando estava cumprido o pressuposto de normalidade recorreu-se ao teste ANOVA; caso contrário, recorreu-se ao teste de Kruskal-Wallis.

Em todos dos casos, o limite de significância admitido nas diversas situações foi de $p < 0,05$. O tratamento de dados foi realizado informaticamente, através do programa SPSS 24.0.

2. CONSIDERAÇÕES ÉTICAS

A investigação na saúde envolve constantemente seres humanos; logo, existem considerações éticas a ser tomadas em consideração. Na ótica de Fortin,

“(...) os direitos da pessoa que devem ser absolutamente protegidos nos protocolos de investigação envolvendo seres humanos. O direito à autodeterminação consiste no direito das pessoas (...) decidirem livremente sobre a sua participação ou não numa investigação (...)” (2009, p.183).

Independentemente do estudo a ser efetuado, a premissa fundamental é o respeito pelos direitos da pessoa. Ainda assim, os investigadores podem provocar danos, mesmo que involuntariamente, à integridade física e psicológica das pessoas e famílias envolvidas no seu estudo (Fortin, 2009). Durante o processo de investigação, prevaleceu o respeito pela dignidade humana, tendo em consideração as normas éticas referentes ao protocolo de Helsínquia.

Inicialmente, foi necessário obter um pedido de autorização ao Conselho de Administração e Comissão de Ética da Unidade de Convalescença para a realização deste estudo, o qual teve parecer favorável. A utilização das escalas ICIQ-SF e “Autoeficácia de Broome para os Músculos do Pavimento Pélvico” também requereram a solicitação junto dos autores responsáveis pela tradução e validação das mesmas para a língua Portuguesa, a qual foi aceite (anexo C).

“O consentimento livre e esclarecido é a aquiescência dada por uma pessoa para a participação num estudo” (Fortin, 2009, p. 193). Deste modo, as participantes foram informadas dos objetivos da investigação, sendo-lhes explicada a importância do seu envolvimento, numa linguagem acessível, para que cada uma delas pudesse aferir a relevância da sua integração no estudo. Foi também referido que haveria a possibilidade de recusar ou desistir do estudo a qualquer momento, sem penalização dos seus cuidados de saúde. Desta forma, foi assinado um documento que comprovou o seu consentimento (apêndice D).

A confidencialidade dos dados foi assegurada, sendo utilizada apenas para fins desta investigação.

CAPÍTULO III

APRESENTAÇÃO E DISCUSSÃO DE RESULTADOS

1. RESULTADOS: CARACTERIZAÇÃO DESCRITIVA

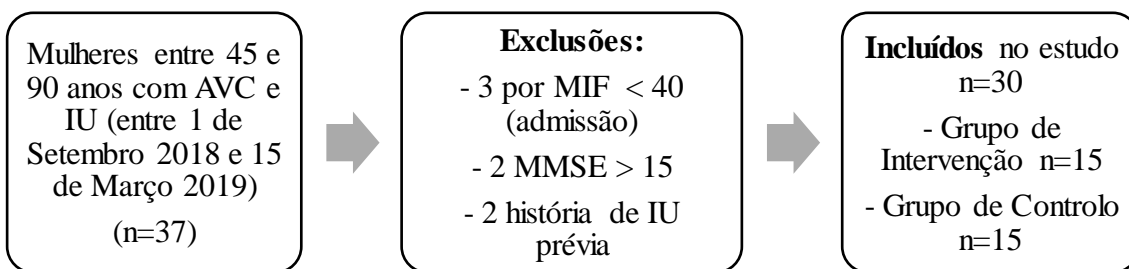
Este capítulo destina-se à apresentação dos resultados dos dados recolhidos de forma a dar resposta às questões de investigação e às hipóteses formuladas.

A apresentação dos resultados inicia-se pela caracterização geral da amostra, a partir das variáveis sociodemográficas e clínicas selecionadas nos instrumentos de dados, seguindo-se a apresentação dos resultados dos testes das hipóteses principais e as análises exploratórias.

1.1. Caracterização Sociodemográfica da Amostra

Tendo por base os dados recolhidos no questionário sociodemográfico e clínico, elaboramos a caracterização sociodemográfica da nossa amostra, composta por 30 sujeitos ($n=30$), distribuídos 15 pelo grupo de intervenção e 15 pelo grupo de controlo. A composição da amostra total em 30 elementos, tal como mostra a fig. 3, ocorreu após a exclusão de 7 elementos que não possuíam os critérios exigidos para o estudo.

Figura 3 - Dinâmica da amostra ao longo do estudo



Na amostra deste estudo a idade varia entre 56 e 89 anos, apresentando uma média de $75,87 \pm 8,67$ anos e uma mediana de 78,5 anos. Comparando os dois grupos da amostra, tal como indica o quadro 3, verifica-se que as idades do grupo de intervenção variam entre os 56 e os 84 anos, apresentando uma média de $75,60 \pm 8,51$ anos, enquanto as do grupo de controlo apresentam-se entre os 61 e os 89 anos, com uma média de $76,13 \pm 9,12$ anos.

Quadro 3 - Média de idades dos sujeitos da amostra

Idade	Amostra total (n=30)		Grupo de Intervenção (n=15)		Grupo de Controlo (n=15)	
	Média	DP	Média	DP	Média	DP
	75,87	8,67	75,60	8,51	76,13	9,12

No que diz respeito ao estado civil (quadro 4), existe uma predominância do estado “viúva” na amostra total com 43,3% dos casos. Verifica-se que no grupo de controlo essa predominância se mantém em 60% dos casos, ao contrário do grupo de intervenção em que o maior predomínio é no estado “casada/união de facto” com 46,7%.

Quadro 4 - Caracterização da amostra segundo as variáveis sociodemográficas

Variáveis Sociodemográficas	Amostra total (n=30)		Grupo de Intervenção (n=15)		Grupo de Controlo (n=15)	
	ni	fi (%)	ni	fi (%)	ni	fi (%)
Estado Civil						
Casada/União de facto	11	36,7	7	46,7	4	26,7
Divorciada/Separada	4	11,3	2	13,3	2	13,3
Viúva	13	43,3	4	26,7	9	60,0
Solteira	2	6,7	2	13,3	0	0
Nível de escolaridade						
Analfabeta	8	26,7	2	13,3	6	40,0
Ensino primário	20	66,7	11	73,3	9	60,0
Ensino básico	2	6,7	2	13,3	0	0
Ensino superior	0	0	0	0	0	0
IMC						
Baixo peso (IMC >18,5kg/m ²)	3	10	1	6,7	2	13,3
Saudável (IMC de 18,5 a 24,9kg/m ²)	12	40	7	46,7	5	33,3
Alto peso (IMC < 25 kg/m ²)	15	50	7	46,7	8	53,3

Relativamente ao nível de escolaridade (quadro 4), a frequência do Ensino Básico (até ao 4ºano) ocupa a maioria dos casos, quer no grupo de intervenção (73,3%) quer no grupo de controlo (60%). Em nenhum dos grupos se verifica um nível de escolaridade de ensino superior.

No que se refere ao IMC (quadro 4), metade da amostra total apresenta “alto peso” (IMC superior a 25 kg/m²) e apenas 3 casos (10% da amostra total) apresentam “baixo peso” (IMC inferior a 18,5 kg/m²). No entanto, quando se observa a separação dos dois grupos, no de intervenção a distribuição é igualitária entre o estado “saudável” (IMC de 18,6 kg/m² até 24,9 kg/m²) e o “alto peso” (IMC superior a 25 kg/m²).

1.2. Caracterização Clínica da Amostra

No que diz respeito à caracterização clínica das participantes da amostra, verifica-se que, no total da amostra, o AVC isquémico esteve presente em 76,7% dos casos (n=23), o hemorrágico em 13,3% dos casos, e 10% das mulheres foram vítimas de AVC isquémico com transformação hemorrágica. Comparando os dois grupos, ambos apresentam a maioria dos casos com o tipo de AVC isquémico, apresentando uma distribuição homogénea (11 no grupo de intervenção e 12 no grupo de controlo).

Quadro 5 - Caracterização da amostra segundo o tipo de AVC

Tipo de AVC	Amostra total (n=30)		Grupo intervenção (n=15)		Grupo de controlo (n=15)	
	ni	fi (%)	ni	fi (%)	Ni	fi (%)
AVC Isquémico	23	76,7	11	73,3	12	80
AVC Hemorrágico	4	13,3	3	20	1	6,7
AVC Isquémico com transformação hemorrágica	3	10	1	6,7	2	13,3

No que respeita à localização da lesão cerebral (quadro 6), observamos que 26,7% dos casos circunscrevem-se ao lobo temporal, 20% ao lobo frontal, 20% ao lobo parietal, e também 20% ao tronco cerebral. Em 10% dos casos circunscreveram-se ao lobo occipital,

e 3,3% ao cerebelo. É importante referir que, em 20% dos casos, não há tradução imagiológica após a ocorrência de AVC.

Quadro 6 - Caracterização da amostra segundo a localização do AVC

Localização do AVC (hemisfério)	Amostra total (n=30)		Grupo intervenção (n=15)		Grupo de controlo (n=15)	
	ni	fi (%)	ni	fi (%)	ni	fi (%)
Lobo frontal	6	20	2	13,3	4	26,7
Lobo parietal	6	20	3	20	3	20
Lobo temporal	8	26,7	5	33,3	3	20
Lobo occipital	3	10	2	13,3	1	6,7
Cerebelo	1	3,3	1	6,7	0	0
Tronco cerebral	6	20	2	13,3	4	26,7
Sem tradução imagiológica	6	20	3	20	3	20

A presença de múltiplos antecedentes pessoais está presente na amostra do estudo. Tal como se pode verificar no quadro 7, a hipertensão arterial ocupa a patologia com maior predominância, apresentando-se em 73,3% das participantes (n=22). Da mesma forma, a dislipidemia e as patologias cardíacas apresentam-se significativas com 63,3% (n=19) e 46,7% (n=14) dos casos, respetivamente. Comparando os dois grupos, ambos apresentam uma distribuição percentual idêntica, havendo destaque das mesmas patologias nos dois grupos.

Quadro 7 - Caracterização da amostra segundo os antecedentes pessoais

Antecedentes pessoais	Amostra total (n=30)		Grupo de Intervenção (n=15)		Grupo de Controlo (n=15)	
	ni	fi (%)	ni	fi (%)	Ni	fi (%)
Diabetes <i>mellitus</i>	7	23,3	5	33,3	2	13,3
HTA	22	73,3	13	86,7	9	60
Patologia cardíaca	14	46,7	6	40	8	53,3
Dislipidemia	19	63,3	10	66,7	9	60
Hábitos etílicos	4	13,3	1	6,7	3	20
Outros	22	73,3	11	73,3	11	73,3

Relativamente ao período de tempo decorrido entre a ocorrência do AVC e o internamento na Unidade de Convalescência onde decorreu o estudo, verifica-se que este varia entre os 8 e os 48 dias, apresentando uma média de $17,70 \pm 7,38$ dias e uma mediana de 16 dias. Comparando os dois grupos da amostra, tal como indica o quadro 8, verifica-se que o tempo de ocorrência entre o AVC e o internamento na unidade de convalescência é ligeiramente superior no grupo de controlo, apresentando uma média de $19,73 \pm 9,30$ dias. No grupo de intervenção verifica-se uma menor amplitude de valores, uma vez que o tempo de ocorrência entre os dois momentos varia entre os 8 e os 22 dias, ao contrário do grupo de controlo em que a variação ocorre entre os 9 e os 48 dias.

Quadro 8 - Caracterização da amostra segundo o tempo de ocorrência entre AVC e internamento na Unidade de Convalescência

	Amostra total (n=30)		Grupo de Intervenção (n=15)		Grupo de Controlo (n=15)	
	Média	DP	Média	DP	Média	DP
Tempo de Ocorrência entre AVC e internamento na UC	17,70	7,38	15,67	4,19	19,73	9,30

A presença de défices como sequelas após a ocorrência do AVC, quer isolada quer concomitantemente, é bastante visível na nossa amostra. Conseguimos perceber, através do quadro 9, que a hemiparesia/hemiplegia e as alterações na marcha/equilíbrio são os défices que aparecem em maior número na amostra, com 80% e 76,7% dos casos, respetivamente. Na observação dos dois grupos separadamente, verifica-se o mesmo tipo de distribuição.

Quadro 9 - Caracterização da amostra segundo os défices acometidos após AVC

Défices	Amostra total (n=30)		Grupo de Intervenção (n=15)		Grupo de Controlo (n=15)	
	ni	fi (%)	ni	fi (%)	Ni	fi (%)
Hemiparesia/Hemiplegia	24	80	14	93,3	10	66,7
Disartria	9	30	3	20	6	40
Afasia (motora/sensitiva /global)	3	10	2	13,3	1	6,7
Alterações na marcha/equilíbrio	23	76,7	11	73,3	12	80

Por fim, procedeu-se à comparação da amostra no que se refere ao grau de incapacidade funcional obtido pela escala de MIF (quadro 10). Aquando da admissão, o grau de incapacidade funcional do grupo de intervenção variou entre 45 e 91, apresentando uma média de $71,33 \pm 13,34$, correspondendo a um grau de incapacidade moderada. De igual forma, o grupo de controlo, neste primeiro momento, apresenta um grau de incapacidade funcional moderada, variando entre 44 e 96, com uma média na escala de MIF de $67,53 \pm 14,28$. No que se refere ao 2º momento do estudo, apesar de os dois grupos terem ganho capacidade funcional, passando de moderada a ligeira, verifica-se que o grupo de intervenção apresenta uma média de incapacidade funcional superior ($88,60 \pm 15,65$), na escala de MIF, quando comparado com o grupo de controlo que apresenta valores ligeiramente mais baixos com média de $79,40 \pm 11,96$.

Quadro 10 - Caracterização da amostra segundo o nível de funcionalidade, antes e após o programa de reabilitação

Nível de Funcionalidade (MIF)	1º Momento		2º Momento	
	Grupo intervenção (n=15)	Grupo de controlo (n=15)	Grupo intervenção (n=15)	Grupo de controlo (n=15)
Média	71,33	67,53	88,60	79,40
DP	13,34	14,28	15,65	11,96
Intervalo variação	[45-91]	[44-96]	[49-109]	[59-104]

1.3. Caracterização da Incontinência Urinária na Amostra

A percepção das inquiridas sobre a incontinência urinária quanto à frequência, quantidade, impacto na vida diária e momentos em que ocorre, é estudada tendo em consideração as respostas da amostra ao *International Consultation on Incontinence Questionnaire - Short Form* (ICIQ-SF).

No que diz respeito à percepção da frequência de perdas de urina (quadro 11), verificamos que no 1º momento de colheita de dados, aquando da admissão, a amostra apresenta uma mediana de 3, o que corresponde a uma maior percentagem na resposta “uma vez ao dia” (36,7% da totalidade dos casos). No 2º momento de recolha de dados, aquando da alta, a mediana das respostas relativas à frequência de perdas de urina é de 2, havendo 69,9% da totalidade dos casos (n=30) com respostas entre “uma vez por semana ou menos”, “duas ou três vezes por semana” e “uma vez ao dia”.

Quadro 11 - Distribuição da amostra segundo a percepção de frequência de perdas de urina, antes e após o programa de reabilitação

Frequência de perdas de urina	1º Momento				2º Momento			
	Grupo Intervenção (n=15)		Grupo de Controlo (n=15)		Grupo Intervenção (n=15)		Grupo de Controlo (n=15)	
	ni	fi (%)	ni	fi (%)	ni	fi (%)	Ni	fi (%)
“Nunca”	0	0	0	0	4	26,7	0	0
“Uma vez por semana ou menos”	1	6,7	1	6,7	4	26,7	3	20
“Duas ou três vezes por semana”	3	20	3	20	5	33,3	2	13,3
“Uma vez ao dia”	6	40	5	33,3	2	13,3	5	33,3
“Diversas vezes ao dia”	4	26,7	6	40	0	0	5	33,3
“O tempo todo”	1	6,7	0	0	0	0	0	0

Quando separamos os grupos de intervenção e de controlo (quadro 11), apercebemo-nos que, principalmente no 2º momento existe diferenças percentuais a nível das respostas

relativas à percepção da frequência de perdas urinárias. No grupo de intervenção (n=15), a maioria das respostas (53,4%) situa-se entre o “nunca” e “uma vez por semana ou menos”, enquanto no grupo de controlo (n=15), 66,6% das respostas localiza-se entre “uma vez” e “diversas vezes ao dia”.

Quando estudamos a percepção das mulheres inquiridas quanto à quantidade de urina perdida (quadro 12), concluímos que no 1º momento de recolha de dados a resposta “uma pequena quantidade” é a que apresenta maior percentagem de respostas (53,3%) no grupo de intervenção (n=15). Em relação ao 2º momento, no grupo de intervenção (n=15), a grande maioria das respostas (93,3%) situa-se entre “nenhuma” e “uma pequena quantidade”, enquanto no grupo de controlo (n=15), a mesma percentagem (93,3%) encontra-se entre as respostas “uma pequena quantidade” e “uma moderada quantidade”.

Quadro 12 - Caracterização da amostra segundo a percepção da quantidade de urina perdida, antes e após o programa de reabilitação

Quantidade de urina perdida	1º Momento				2º Momento			
	Grupo Intervenção (n=15)		Grupo de Controlo (n=15)		Grupo Intervenção (n=15)		Grupo de Controlo (n=15)	
	ni	fi (%)	ni	fi (%)	ni	fi (%)	ni	fi (%)
“Nenhuma”	0	0	0	0	4	26,7	0	0
“Uma pequena quantidade”	8	53,3	6	40	10	66,7	9	60
“Uma moderada quantidade”	5	33,3	6	40	1	6,7	5	33,3
“Uma grande quantidade”	2	13,3	3	20	0	0	1	6,7

No que diz respeito à percepção das inquiridas quanto à interferência das perdas de urina na sua vida diária (quadro 13), numa escala de 0 (não interfere) a 10 (interfere muito), conseguimos apurar que no 1º momento esta varia entre 3 e 10, apresentando uma média de $5,60 \pm 2,03$ e uma mediana de 5. No que se refere ao 2º momento, a variação das respostas é entre 1 e 8, sendo a média de $5,43 \pm 1,68$ e a mediana de 6. Os valores médios observados para os grupos de intervenção e de controlo são muito próximos, com um

valor médio no 1º momento de $5,40 \pm 2,13$ no grupo de intervenção e de $5,43 \pm 1,68$ no grupo de controlo. No 2º momento observa-se um valor médio de $5,00 \pm 1,93$ no grupo de intervenção e de $5,87 \pm 1,30$ no grupo de intervenção.

Quadro 13 - Caracterização da amostra segundo a interferência das perdas de urina na vida diária, antes e após o programa de reabilitação

Interferência na vida diária	1º Momento		2º Momento	
	Grupo intervenção (n=15)	Grupo de controlo (n=15)	Grupo intervenção (n=15)	Grupo de controlo (n=15)
Média	5,40	5,80	5,00	5,87
DP	2,13	1,97	1,93	1,30
Mediana	4	6	5	6
Intervalo variação	[3-10]	[3-9]	[1-8]	[3-8]

Por fim, o estudo da caracterização da incontinência urinária inclui também os momentos em que as perdas de urina ocorrem (quadro 14). A situação mais presente, nos dois momentos do estudo, é a incontinência urinária ocorrida no sono com 50% da totalidade dos casos no 1º momento, e 46,7% do total das inquiridas no 2º momento.

Ressalta-se, no 2º momento, a presença de 4 casos no grupo de intervenção (n=15) com a resposta “nunca”, ao contrário do grupo de controlo (n=15) em que esta resposta não existe.

Podemos igualmente concluir que na resposta “perco sem razão óbvia” se verifica uma diminuição do 1º para o 2º momento, na totalidade da amostra, de 8 para 2 casos, respetivamente.

Quadro 14 - Caracterização da amostra segundo as situações de ocorrência das perdas de urina, antes e após o programa de reabilitação

Situações em que ocorrem perdas de urina	1º Momento				2º Momento			
	Grupo Intervenção (n=15)		Grupo de Controlo (n=15)		Grupo Intervenção (n=15)		Grupo de Controlo (n=15)	
	ni	fi (%)	ni	fi (%)	ni	fi (%)	ni	fi (%)
“Nunca”	0	0	0	0	4	26,7	0	0
“Perco antes de chegar ao banheiro”	7	46,7	6	40	6	40	3	20
“Perco quando tusso ou espirro”	3	20	4	26,7	4	26,7	4	26,7
“Perco quando estou dormindo”	4	26,7	11	73,3	3	20	11	73,3
“Perco quando estou fazendo atividades físicas”	3	20	3	20	2	13,3	3	20
“Perco quando terminei de urinar e estou-me vestindo”	0	0	1	6,7	0	0	0	0
“Perco sem razão óbvia”	4	26,7	4	26,7	0	0	2	13,3
“Perco o tempo todo”	0	0	0	0	0	0	0	0

1.4. Caracterização do nível de confiança no uso dos Músculos do Pavimento Pélvico

A percepção das inquiridas sobre o seu nível de confiança na realização de atividades sem que ocorram perdas involuntárias de urina e sobre o nível de confiança que sentem ao realizar a mesma atividade como forma de prevenção de perdas de urina, é estudada tendo em consideração as respostas da amostra à Escala de Autoeficácia de Broome para os Músculos do Pavimento Pélvico.

No que diz respeito ao nível da confiança que a amostra apresenta na realização de atividades sem que ocorram perdas de urina (quadro 15), concluímos que no grupo de intervenção (n=15) este apresenta uma média de $57,6 \pm 20,13$ no 1º momento, subindo para uma média de $79,19 \pm 13,28$ no 2º momento. Também na variação do nível de

confiança se demonstra uma ascensão nos valores ao longo dos momentos do estudo, havendo um valor máximo de 83,57 no 1º momento e de 95,71 no 2º momento.

Relativamente ao grupo de controlo (n=15), sobre este parâmetro de avaliação, percebemos que a média do nível de confiança na realização de atividades sem ocorrência de perdas de urina, no 1º momento, é de $52,59 \pm 15,73$, apresentando-se no 2º momento em $60,52 \pm 13,41$. Neste grupo, a variação dos valores relativos ao nível de autoconfiança apresenta nível máximo semelhante: de 78,57 no 1º momento e 80 no 2º momento. No entanto, o nível mínimo de confiança é inferior no 1º momento com 20,46, ao contrário do 2º momento que se apresenta em 38,57.

Quadro 15 - Caracterização da amostra segundo o nível de confiança na realização de atividades sem que ocorram perdas de urina, antes e após o programa de reabilitação

	1º Momento		2º Momento	
	Grupo Intervenção (n=15)	Grupo de Controlo (n=15)	Grupo Intervenção (n=15)	Grupo de Controlo (n=15)
Média	57,6	52,59	79,19	60,52
DP	20,13	15,73	13,28	13,41
Mediana	62,86	51,43	79,29	54,29
Intervalo de Variação	[23,57 – 83,57]	[20,46 – 78,57]	[57,14 – 95,71]	[38,57 -80]

No que se refere ao nível de confiança na contração dos músculos pélvicos ao realizar atividades prevenindo as perdas de urina, ambos os grupos obtêm subida dos valores do 1º para o 2º momento, tal como se pode perceber no quadro 16. No grupo de intervenção (n=15), a média subiu de $53,21 \pm 19,24$ no 1º momento para $78,15 \pm 15,0$ no 2º momento, obtendo um máximo de valor neste último de 97,78, enquanto que no grupo de controlo (n=15), verifica-se que a média no 1º momento é de $46,93 \pm 14,67$ e no 2º momento de $52,67 \pm 12,10$, sendo o valor máximo igual nas duas situações (65,56).

Quadro 16 - Caracterização da amostra segundo o nível de confiança na contração dos músculos pélvicos ao realizar uma atividade prevenindo as perdas de urina, antes e após o programa de reabilitação

	1º Momento		2º Momento	
	Grupo Intervenção (n=15)	Grupo de Controlo (n=15)	Grupo Intervenção (n=15)	Grupo de Controlo (n=15)
Média	53,21	46,93	78,15	52,67
DP	19,24	14,67	15,01	12,10
Mediana	58,89	47,78	84,44	56,67
Intervalo de Variação	[20 – 76,67]	[19,22 – 65,56]	[51,11 – 97,78]	[26,67 – 65,56]

2. RESULTADOS: ESTATÍSTICA INFERENCIAL

Por forma a averiguar a relação entre as variáveis sociodemográficas e clínicas das mulheres vítimas de AVC e os resultados do programa de reabilitação funcional, através dos instrumentos utilizados já mencionados no presente estudo, criaram-se duas variáveis novas: “Dif ICIQ-SF” e “Dif Broome”. Estas traduzem a diferença entre os momentos finais (depois do PR) e os momentos iniciais de avaliação (antes do PR) nas escalas já mencionadas anteriormente, nomeadamente ICIQ-SF e Autoeficácia de Broome.

No tratamento de todas as hipóteses, tal como referido no capítulo da metodologia, aplicamos os testes adequados, de acordo com as características das variáveis.

2.1. Relação das Variáveis Sociodemográficas e Clínicas com o Impacto da Incontinência Urinária e Nível de Confiança no uso dos Músculos do Pavimento Pélvico

Antes de iniciarmos a análise das hipóteses, pretendemos verificar se as variáveis Sociodemográficas (idade, habilitações literárias e IMC) e Clínicas (tipo e localização de AVC, antecedentes pessoais, tempo de ocorrência entre o AVC e o internamento na UC, presença de défices e grau de incapacidade funcional) influenciavam o impacto da incontinência urinária na vida da pessoa (avaliado através do resultado global da escala ICIQ-SF), e o nível de confiança no uso dos músculos do pavimento pélvico (avaliado através do resultado final da escala de autoeficácia de Broome), na amostra total (n=30).

Começando pela variável idade, através do coeficiente de correlação de Pearson demonstrado pelo quadro 17, verificamos que não existe associação estatisticamente significativa entre a idade das mulheres e o impacto da incontinência na vida da pessoa e nível de confiança no uso dos músculos pélvicos após o programa de reabilitação funcional.

Quadro 17 - Relação entre a idade e o impacto da incontinência urinária na vida da pessoa e nível de confiança no uso dos MPP na amostra total (n=30)

		Dif ICIQ-SF	Dif Autoeficácia de Broome
Idade	Coef correlação	-0,197	0,275
	P	0,297	0,142

Relativamente à influência das habilitações literárias no impacto da IU na vida da pessoa e no nível de confiança no uso dos MPP, pela análise do quadro 18 podemos verificar que não existem diferenças estatisticamente significativas após o programa de reabilitação em nenhuma das variáveis, pelo que se conclui que as habilitações literárias não interferem no impacto da incontinência urinária na vida da pessoa nem no nível de confiança no uso dos MPP.

Quadro 18 - Relação entre as variáveis: habilitações literárias e IMC e o impacto da incontinência urinária na vida da pessoa e nível de confiança no uso dos MPP na amostra total (n=30)

	ICIQ-SF					Autoeficácia de Broome				
	Antes PR	Depois PR	Dif.	F	P	Antes PR	Depois PR	Dif.	F	p
Habilitações literárias										
Analfabeta	13,13	10,00	-3,13	0,403	0,672	48,20	61,85	13,65	0,288	0,752
Ensino primário	11,70	9,70	-2,00			52,41	68,43	16,02		
Ensino básico	11,50	9,50	-2,00			80,00	90,00	10,00		
IMC										
Baixo peso (IMC >18,5kg/m ²)	12,33	12,00	-0,33	2,156	0,135	61,16	66,81	5,65	2,789	0,079
Saudável (IMC entre 18,5 e 24,9kg/m ²)	11,00	9,50	-1,50			57,71	69,38	11,67		
Alto peso (IMC < 25 kg/m ²)	12,86	9,53	-3,33			47,85	67,36	19,51		

No que diz respeito ao estudo da relação entre o IMC e o impacto da incontinência urinária na vida diária e o nível de confiança no uso dos MPP, verificamos que não existem diferenças estatisticamente significativas entre estas variáveis (quadro 18), podendo assim concluir que o IMC não interfere no impacto da incontinência urinária nem no nível de confiança no uso dos MPP após a realização do programa de reabilitação.

Relativamente à relação entre o tipo de AVC e o impacto da incontinência urinária na vida diária e o nível de confiança no uso dos MPP (quadro 19), verifica-se que o tipo de AVC não interfere no impacto sentido pela incontinência na vida diária nem no nível de confiança no uso dos MPP pois não se verificam diferenças estatisticamente significativas entre o 1º (antes do PR) e o 2º momento de avaliação (depois do PR).

Quadro 19 - Relação entre o tipo de AVC e o impacto da incontinência urinária na vida diária e o nível de confiança no uso dos MPP (n=30)

	ICIQ-SF					Autoeficácia de Broome				
	Antes PR	Depois PR	Dif.	F	p	Antes PR	Depois PR	Dif.	F	p
AVC Isquémico	12,13	9,48	-2,65	1,75	0,193	53,14	67,54	14,40	0,238	0,79
AVC Hemorrágico	12,50	10,00	-2,50			59,90	78,80	18,90		
AVC Isquémico com transformação hemorrágica	11,00	11,67	0,67			44,04	58,26	14,22		

No que diz respeito à variável localização do AVC e ao estudo da sua relação com o impacto da incontinência urinária na vida diária e o nível de confiança no uso dos MPP, percebemos através do quadro 20, que a localização do AVC não interfere nestas variáveis, uma vez que não se verificam diferenças estatisticamente significativas entre o antes e o após a realização do programa de reabilitação.

Relativamente à influência dos antecedentes pessoais no impacto da incontinência urinária na vida diária e no nível de confiança no uso dos MPP, percebemos através da análise do quadro 20, que não existem diferenças estatisticamente significativas entre estas variáveis após a realização do programa de reabilitação, pelo que se conclui que os

antecedentes pessoais não interferem no impacto da incontinência na vida diária nem no nível de confiança no uso dos MPP.

Quadro 20 - Relação entre as variáveis clínicas: localização do AVC, antecedentes pessoais e presença de défices e o impacto da incontinência na vida diária e o nível de confiança no uso dos MPP, antes e após intervenção (n=30)

	ICIQ-SF					Autoeficácia de Broome				
	Antes PR	Depois PR	Dif.	t	p	Antes PR	Depois PR	Dif.	t	p
Localização do AVC										
Lobo frontal	11,67	10,50	-1,17	1,046	0,305	57,68	67,54	9,86	-1,192	0,243
Lobo parietal	13,00	10,67	-2,33	-0,030	0,976	40,14	57,54	17,40	0,550	0,587
Lobo temporal	13,13	11,13	-2,00	0,328	0,745	36,67	58,31	21,64	1,937	0,063
Lobo occipital	12,33	10,66	-1,67	0,383	0,704	43,33	65,79	22,46	1,156	0,257
Cerebelo	13,00	9,00	-4,00	-0,575	0,570	75,22	88,26	13,04	-0,164	0,871
Tronco cerebral	11,66	9,83	-1,83	0,424	0,675	62,33	69,56	7,23	-1,863	0,073
Sem tradução imagiológica	11,33	8,16	-3,17	-0,793	0,434	60,58	77,32	16,74	0,399	0,693
Antecedentes Pessoais										
Diabetes mellitus	12,71	9,28	-3,43	-1,154	0,258	46,39	66,89	20,50	1,429	0,164
HTA	12,18	9,77	-2,41	-0,328	0,745	53,20	68,34	15,14	0,118	0,907
Patologia cardíaca	11,64	10,00	-1,64	1,138	0,265	53,87	65,99	12,12	-1,249	0,222
Dislipidemia	12,05	10,00	-2,05	0,592	0,558	50,25	66,63	16,38	0,844	0,406
Hábitos etílicos	11,25	11,50	0,25	1,927	0,064	60,43	64,78	4,35	-2,025	0,053
Outros	11,77	9,54	-2,23	0,219	0,829	52,63	68,64	16,01	0,777	0,444
Presença de défices										
Hemiparesia/ hemiplegia	12,08	9,45	-2,63	-1,207	0,238	51,36	68,37	17,01	1,957	0,060
Disartria	11,78	10,67	-1,11	1,462	0,155	55,65	65,60	9,95	-1,557	0,131
Afasia	10,00	9,33	-0,67	1,003	0,324	48,24	68,26	20,02	0,768	0,449
Alterações na marcha/equilíbrio	12,22	10,13	-2,09	0,705	0,486	51,47	67,03	15,56	0,472	0,641

Ainda sobre a relação das variáveis clínicas, da análise efetuada entre a ligação da presença de défices decorridos do AVC e o impacto da incontinência na vida diária e o nível de confiança no uso dos MPP, concluímos que a presença de défices motores (como o caso da hemiparesia/hemiplegia ou alterações na marcha/equilíbrio) e da fala/compreensão (disartria e afasia) não influenciam de forma significativa o impacto da incontinência e o nível de confiança no uso dos MPP após a realização do programa de reabilitação.

Quando tentamos verificar se o intervalo de tempo entre a ocorrência de AVC e o internamento na UC influenciava o impacto da incontinência urinária na vida diária e o nível de confiança no uso dos MPP, verificamos, através do quadro 21, que tal não ocorre, uma vez que não existe relação estatisticamente significativa entre os mesmos.

Quadro 21 - Relação entre o intervalo de tempo de ocorrência entre o AVC e o internamento na UC e o impacto da incontinência na vida diária e no nível de confiança no uso dos MPP, antes e após intervenção (n=30)

		ICIQ-SF	Autoeficácia de Broome
Tempo de ocorrência entre AVC e internamento na UC	Coef correlação	-0,017	0,011
	P	0,930	0,954

Por fim, tentou-se perceber se existia alguma correlação entre o grau de funcionalidade adquirido ao longo do tempo de intervenção (através da diferença dos resultados de MIF entre o depois e o antes do PR) e a diferença do impacto da incontinência urinária na vida diária, bem como do nível de confiança no uso dos MPP, através do quadro 22. Desta análise, conseguimos perceber que existe uma correlação negativa ($p=0,005$) entre a evolução do grau de funcionalidade da amostra e o impacto da incontinência urinária na vida diária da pessoa, ou seja, quanto maior for o grau de funcionalidade (maior resultado na escala de MIF) menor é o impacto da incontinência urinária percebido pela pessoa na sua vida diária.

De igual forma, existe correlação positiva ($p=0,045$) entre o grau de incapacidade funcional e o nível de confiança no uso dos músculos do pavimento pélvico, ou seja,

quanto maior for o grau de funcionalidade, maior é o nível de autoconfiança da pessoa em relação ao uso dos MPP (quadro 22).

Quadro 22 - Relação entre o grau de incapacidade funcional e o impacto da incontinência/autoconfiança urinária (depois e antes do PR)

		Dif ICIQ Total	Dif Broome Total
Dif MIF total	Coef correlação	-0,499	0,368
	p	0,005	0,045

Em resumo, da análise realizada entre todas as variáveis sociodemográficas e clínicas e a evolução (através do PR) do impacto da incontinência urinária na vida diária e do nível de confiança no uso dos MPP, podemos concluir que apenas existem diferenças estatisticamente significativas entre o grau de funcionalidade e as variáveis urinárias.

2.2. Análise das Hipóteses

De seguida, serão apresentadas as análises dos resultados em conformidade com as hipóteses de estudo.

Hipótese 1 (H1) – Espera-se que o programa de reabilitação funcional diminua a frequência urinária

Para testar esta hipótese recorreremos ao teste t-Student (amostras independentes e emparelhadas) na medida em que os pressupostos de normalidade da distribuição das variáveis se demonstraram cumpridos, através do cálculo do teste de Kolmogorov-Smirnov.

No que respeita à frequência urinária, verifica-se que em termos médios, na amostra total, a frequência das mesmas diminuiu após o programa de reabilitação funcional. Assim, no

1º momento de avaliação (antes do PR) as mulheres apresentaram uma frequência média de perdas de urina de $3,07 \pm 0,98$, com um valor mínimo de 1 e máximo de 5, enquanto no 2º momento (depois do PR) esse valor médio diminuiu para $2,07 \pm 1,31$, com um valor mínimo de 0 e máximo de 5.

Analisando as diferenças entre os dois grupos (intervenção e controlo), através dos resultados do teste t-Student para amostras independentes, verifica-se que existem diferenças estatisticamente significativas entre os valores médios de frequência de perdas de urina entre o grupo de intervenção e o grupo de controlo para o 2º momento (depois do PR).

Os valores expostos no quadro 23 demonstram que a frequência média de perdas de urina após o programa de reabilitação revela-se estatisticamente menor nas mulheres do grupo de intervenção, quando comparada com a frequência média de perdas de urina das mulheres do grupo de controlo.

Quadro 23 - Diferenças entre os grupos, antes e após intervenção ao nível da frequência de perdas de urina.

Frequência de perdas de urina	Grupo Intervenção (n=15)		Grupo de controlo (n=15)		t	p
	Média	DP	Média	DP		
1º momento (antes PR)	3,07	1,03	3,07	0,96	0,000	1,000
2º momento (depois PR)	1,33	1,05	2,80	1,15	-3,659	0,001

Como os valores se revelaram estatisticamente significativos nas mulheres pertencentes ao grupo de intervenção, realizou-se o teste t-Student para amostras emparelhadas apenas nas mulheres pertencentes a este grupo, por forma a perceber se o programa de reabilitação foi eficaz na redução da frequência de perdas de urina neste grupo de mulheres.

Os resultados do teste t-Student indicam que existem diferenças estatisticamente significativas ($t=6,985$, $p=0,000$), demonstrando que as mulheres pertencentes ao grupo de intervenção apresentam uma diminuição da frequência de perdas de urina após o programa de reabilitação funcional, quando comparadas com o primeiro momento de avaliação (antes do PR).

Consequentemente, os resultados acima evidenciados permitem concluir pela validade da primeira hipótese de estudo, nomeadamente, que o programa de reabilitação funcional diminui a frequência urinária nas mulheres vítimas de AVC.

Hipótese 2 (H2) – Espera-se que o programa de reabilitação funcional diminua a quantidade de perdas de urina

Para testar esta hipótese - e porque se verificou que as variáveis não apresentavam distribuições normais, pela realização do teste de Kolmogorov-Smirnov -, utilizou-se o teste não paramétrico de Mann-Whitney para a diferença de médias de duas amostras independentes, e o teste não paramétrico de Wilcoxon para o caso da mesma amostra em diferentes momentos do tempo.

Relativamente à quantidade de perdas de urina, a amostra total apresentou um valor médio de $3,40 \pm 1,50$ no 1º momento (antes do PR), com uma mediana de 4, e um valor mínimo de 2 e máximo de 6. No 2º momento (depois do PR) verifica-se uma diminuição do valor médio para $2,27 \pm 1,36$, com uma mediana de 2, e um mínimo de 0 e máximo de 6.

Os resultados apresentados no quadro 24 evidenciam que existem diferenças estatisticamente significativas entre os dois grupos nos valores médios de perdas de urina no 2º momento de avaliação, após o programa de reabilitação funcional, ou seja, verifica-se que as mulheres do grupo de intervenção apresentam um valor médio inferior de perdas de urina, quando comparadas com as mulheres pertencentes ao grupo de controlo.

Quadro 24 - Diferenças entre os grupos, antes e após intervenção ao nível da quantidade de urina perdida.

Quantidade de perdas de urina	Grupo Intervenção (n=15)		Grupo de controlo (n=15)		U	P
	Média	DP	Média	DP		
1º momento (antes PR)	3,20	1,48	3,60	1,55	96,000	0,512
2º momento (depois PR)	1,60	1,12	2,93	1,28	56,500	0,019

Também neste caso foi realizado o teste de Wilcoxon para testar a diferença entre o 1º momento (antes do PR) e o 2º momento (depois do PR) de avaliação para as mulheres pertencentes ao grupo de intervenção por forma a avaliar que efeito surtiu o programa de reabilitação funcional neste grupo.

Os resultados obtidos ($Z=-2,762$, $p=0,006$) demonstram que as mulheres pertencentes ao grupo de intervenção apresentam uma diminuição estatisticamente significativa na quantidade de perdas de urina no 2º momento de avaliação (após o PR), quando comparado com o 1º momento de avaliação (antes do PR).

Desta forma, os resultados validam a segunda hipótese do presente estudo, na medida em que evidenciam estatisticamente que o programa de reabilitação funcional diminuiu as perdas de urina nas mulheres vítimas de AVC.

Hipótese 3 (H3) – Espera-se que o programa de reabilitação funcional influencie a percepção da interferência da incontinência urinária na vida diária

Para o estudo desta hipótese, considerando que as variáveis seguem distribuições normais, através do cálculo do teste de Kolmogorov-Smirnov, recorreremos à utilização dos testes paramétricos t-Student (para amostras independentes e emparelhadas).

Relativamente à interferência das perdas de urina na vida diária, verifica-se que a variação foi relativamente pequena do 1º momento para o 2º momento, na amostra total ($n=30$), passando de uma média de $5,60 \pm 2,03$ no 1º momento para $5,43 \pm 1,68$ no 2º momento de avaliação.

Em relação à diferença entre os grupos de intervenção e de controlo, os resultados presentes no quadro 25 indicam que neste caso não se verificam diferenças estatisticamente significativas na interferência das perdas de urina entre os grupos de intervenção e de controlo, em ambos os momentos de avaliação (antes e depois do PR).

Quadro 25 - Diferenças entre os grupos, antes e após intervenção ao nível da interferência da incontinência urinária na vida diária

Interferência da IU na vida diária	Grupo Intervenção (n=15)		Grupo de controlo (n=15)		t	P
	Média	DP	Média	DP		
1º momento (antes PR)	5,40	2,13	5,80	1,97	-0,534	0,598
2º momento (depois PR)	5,00	1,93	5,87	1,30	-1,443	0,160

Desta forma, rejeita-se a terceira hipótese de investigação do presente estudo, ou seja, o programa de reabilitação funcional não influenciou na interferência da incontinência urinária sentida pelas mulheres vítimas de AVC.

Hipótese 4 (H4) – Espera-se que o programa de reabilitação funcional aumente o nível de autoconfiança em mulheres vítimas de AVC na realização de atividades de vida diária sem que ocorram perdas de urina

Para o estudo desta hipótese, mais uma vez utilizou-se o teste t-Student (para amostras independentes e emparelhadas) na medida em que os pressupostos de normalidade da distribuição das variáveis se demonstraram cumpridos, através do cálculo do teste de Kolmogorov-Smirnov.

No que diz respeito ao nível de autoconfiança na realização de atividades de vida diária sem a ocorrência de perdas de urina, ao longo dos dois momentos do estudo, verifica-se que a amostra total (n=30) aumentou de um valor médio de $55,10 \pm 17,93$ para $69,85 \pm 16,19$, passando assim de uma situação de autoeficácia moderada para elevada autoeficácia.

Relativamente à diferença entre os grupos no nível de autoconfiança na realização de atividades sem perda de urina (quadro 26), verifica-se, através da realização do teste t-Student para duas amostras independentes, que existem diferenças estatisticamente significativas entre os níveis de autoconfiança no 2º momento de avaliação, ou seja, depois do programa de reabilitação ($t=3,831$, $p=0,001$). As mulheres do grupo de intervenção apresentaram no 2º momento, após o programa de reabilitação, níveis de

autoconfiança na realização de atividades sem perda de urina estatisticamente mais elevados, quando comparadas com as mulheres pertencentes ao grupo de controlo.

Quadro 26 - Diferenças entre os grupos, antes e após intervenção, ao nível da autoconfiança na realização de atividades sem perda de urina

Autoconfiança na realização de atividades sem perda de urina	Grupo Intervenção (n=15)		Grupo de controlo (n=15)		t	p
	Média	DP	Média	DP		
1º momento (antes PR)	57,60	20,13	52,60	15,73	0,758	0,455
2º momento (depois PR)	79,19	13,28	60,52	13,41	3,831	0,001

Na análise das diferenças entre momentos temporais (antes e depois do PR) para as mulheres pertencentes ao grupo de intervenção foi utilizado o teste t-Student para amostras emparelhadas. Os resultados indicam que existem diferenças estatisticamente significativas ($t=-7,153$, $p=0,000$) entre o 1º momento (antes do PR) e o 2º momento de avaliação (depois do PR), ou seja, as mulheres que beneficiaram do programa de intervenção apresentam um aumento estatisticamente significativo nos níveis de autoconfiança na realização de atividades diárias sem que ocorram perdas de urina.

Consequentemente confirma-se a validade estatística da quarta hipótese do presente estudo, concluindo que o programa de reabilitação funcional aumenta o nível de confiança das mulheres vítimas de AVC na realização de atividades diárias sem que ocorram perdas de urina.

Hipótese 5 (H5) – Espera-se que o programa de reabilitação funcional aumente o nível de autoconfiança sobre a contração dos músculos do pavimento pélvico como prevenção de perdas involuntárias

Na última hipótese, após testar as variáveis através da realização do teste de Kolmogorov-Smirnov, verificou-se que as mesmas cumpriam os pressupostos de normalidade, podendo assim utilizar testes paramétricos para a análise estatística da mesma.

Relativamente ao nível de autoconfiança na contração dos músculos pélvicos ao realizar atividades como prevenção de perdas involuntárias de urina, verifica-se que a amostra total (n=30) aumentou o nível de autoeficácia de um valor médio de $50,07 \pm 17,11$ no 1º momento (antes do PR) para um valor médio de $65,41 \pm 18,64$ no 2º momento (depois do PR).

Os resultados do teste t-Student para amostras independentes ($t=5,119$, $p=0,000$), indicam que existem diferenças estatisticamente significativas entre os valores médios de autoconfiança na contração de músculos pélvicos ao realizar atividades entre o grupo de intervenção (n=15) e o grupo de controlo (n=15) para o 2º momento (depois do PR). Os valores expostos no quadro 27 demonstram que o nível médio de autoconfiança na contração de músculos pélvicos após o programa de reabilitação revela-se estatisticamente superior no grupo de intervenção, quando comparado com o nível médio de autoconfiança nas mulheres pertencentes ao grupo de controlo.

Quadro 27 - Análise de diferenças entre grupo de intervenção e grupo de controlo no momento inicial e final da autoconfiança na contração de músculos pélvicos

Autoconfiança na contração de músculos pélvicos	Grupo Intervenção (n=15)		Grupo de controlo (n=15)		t	p
	Média	DP	Média	DP		
1º momento (antes PR)	53,21	19,24	46,93	14,67	1,004	0,324
2º momento (depois PR)	78,15	15,01	52,67	12,10	5,119	0,000

Por forma a perceber o efeito do programa de reabilitação funcional na autoconfiança na contração de músculos pélvicos como prevenção de perdas involuntárias de urina nas mulheres pertencentes ao grupo de intervenção, realizou-se o teste t-Student para amostras emparelhadas. Os resultados ($t=-10,939$, $p=0,000$) demonstram que as mulheres pertencentes ao grupo de intervenção apresentam um aumento estatisticamente significativo no nível de autoconfiança na contração de músculos pélvicos no 2º momento de avaliação (depois do PR), quando comparado com o 1º momento de avaliação.

Assim, conclui-se que o programa de reabilitação funcional provoca um efeito positivo, aumentando o nível de autoconfiança nas mulheres vítimas de AVC sobre a contração dos músculos do pavimento pélvico como prevenção de perdas involuntárias de urina.

3. DISCUSSÃO DE RESULTADOS

O principal objetivo deste estudo foi avaliar o resultado de um programa de reabilitação na gestão da incontinência urinária na mulher após AVC. Com este estudo pretendemos contribuir para que os cuidados do Enfermeiro de Reabilitação sejam reconhecidos como minimizadores do impacto da incontinência urinária na mulher vítima de AVC.

Após apresentação dos resultados, e tendo por base os objetivos do estudo e as hipóteses formuladas seguem-se as interpretações dos mesmos, à luz de uma apreciação comparativa e crítica. Deste modo, neste capítulo apresentaremos a discussão dos resultados mais relevantes do estudo, fazendo sempre que possível a sua fundamentação com base no enquadramento teórico que lhes serviu de referência.

3.1. Caracterização Sociodemográfica e Clínica

Relativamente à caracterização sociodemográfica, após a análise dos dados onde foi realizada comparação entre os grupos (intervenção e controlo), verificamos que não ocorreram diferenças significativas em nenhuma das variáveis. Este facto permite-nos dizer que estamos perante uma amostra homogénea, com características semelhantes entre si, e, portanto, dignas de serem comparadas e traduzirem resultados fiáveis.

No que se refere à idade, a média foi de 76,13 anos no grupo de controlo e 75,60 no grupo de intervenção. Esta média de valores vai de encontro às faixas etárias apresentadas como fatores de risco das duas patologias em estudo: o AVC e a incontinência urinária. A incidência do AVC é maior com o envelhecimento e, sobretudo, em idades superiores a 65 anos (DGS, 2017). Embora a incontinência urinária afete todas as faixas etárias, a maior prevalência ocorre em mulheres com idade superior a 65 anos, como afirmam os estudos de Oliveira [et al.] (2009) ou de Fontes, Botelho e Fernandes (2011), que referem que a prevalência desta problemática aumenta exponencialmente com o envelhecimento e conseqüente dependência funcional.

No entanto, no presente estudo não se verifica relação estatisticamente significativa entre a idade e o impacto da incontinência urinária na vida diária da pessoa ou o nível de confiança no uso dos MPP, contrariando aquilo que seria expectável. O nosso estudo vai

de encontro à investigação de Quadros e Bezerra (2016) sobre esta temática, uma vez que também não encontraram associação entre a faixa etária e a presença de incontinência urinária. Isto poderá traduzir que a incontinência urinária após o AVC, embora não se associe diretamente à idade, interfere na capacidade funcional, tal como refere Taub [et al.] citado por Patel [et al.] (2001) que mostraram que a incontinência urinária surgida em pessoas acometidas por AVC, com idade superior a 75 anos, é o melhor preditor de incapacidade moderada a grave aos três meses. Um estudo de Pizzi [et al.] (2014) também correlacionou a presença de incontinência vesical em AVC's isquémicos com a idade e consequente incapacidade funcional, mostrando que idades mais avançadas apresentavam maior presença de incontinência urinária.

No que respeita às habilitações literárias, a nossa amostra apresenta predominância do ensino primário (até 4º ano de escolaridade) com 66,7%, seguindo-se o analfabetismo com 26,7%, tal como nos resultados obtidos pelo estudo de Oliveira [et al.] (2009), que incide sobre a incontinência urinária nos idosos, concentrou-se no primeiro grau de ensino e no analfabetismo, com 58,82% e 5,88% dos casos, respetivamente. No estudo de validação da ICIQ-SF, realizado por Tamanini [et al.] (2004) também apresentaram uma amostra com predominância nos índices de analfabetismo ou existência de escolaridade mínima. Este indicador influenciou a opção pelo questionamento dos instrumentos de recolha de dados, oralmente, no nosso estudo, ao invés da autoadministração, uma vez que a baixa ou ausência de escolaridade poderia influenciar a interpretação das questões, podendo originar algumas contradições. Também Taminini [et al.] (2004) referiu esta limitação no seu estudo, recorrendo à leitura pelo entrevistador em parte da amostra, defendendo este recurso necessário para a inclusão da amostra com baixa ou nenhuma escolaridade.

Outro dos fatores de risco importantes no agravamento da incontinência urinária é a obesidade (Higa, Lopes e Reis, 2008). No presente estudo, 50% da amostra apresenta IMC's superiores a 25 kg/m². Estes resultados vão de encontro à estatística nacional em que é apresentada a faixa etária superior a 65 anos, como o grupo mais afetado pelo excesso de peso (41,8%) (Gaio [et al.], 2018). Embora nesta investigação não se tenham encontrado diferenças estatisticamente significativas entre a obesidade e o impacto da incontinência urinária na vida diária ou o nível de confiança no uso dos MPP, vários estudos defendem a influência deste fator de risco para o enfraquecimento dos músculos do pavimento pélvico. De facto, Pires (2013) encontrou uma correlação positiva entre o

aumento de gordura e a perda da função muscular do pavimento pélvico, tendo demonstrado que a obesidade é um fator predisponente para o surgimento da incontinência urinária. De igual forma, a investigação de Ortiz (2004) demonstrou que mulheres obesas são 4,2 vezes mais afetadas pela incontinência urinária do que as mulheres com o IMC normal. Embora estes estudos se assemelhem ao nosso no que diz respeito ao IMC (superior a 25 kg/m²), nenhum investiga uma amostra com alterações neurológicas, como é o caso de mulheres acometidas por AVC.

As alterações urinárias são comumente associadas com o AVC, as quais diferem na fase aguda e crónica da lesão cerebral e também entre o tipo isquémico e hemorrágico (Ji e Oh, 2012). Relativamente às variáveis clínicas, o AVC isquémico é o tipo de acidente vascular com maior domínio no presente estudo (76,7% da totalidade da amostra), tal como refere a Organização Mundial de Saúde (2015). A fraca associação entre os AVC's hemorrágicos e a incontinência urinária poderá dever-se à baixa percentagem deste tipo de AVC's nas amostras dos diferentes estudos, tal como defende a investigação de Patel [et al.] (2001). De igual forma, o estudo de Ersoz [et al.] (2005) encontrou predominância das queixas de incontinência urinária no grupo de AVC isquémico (51,5%), comparativamente ao grupo com AVC hemorrágico (13,3%).

No que diz respeito à localização do AVC mais dominante na nossa amostra, não houve diferenças significativas entre os grupos, sendo a maior percentagem relativa ao lobo temporal (26,7% da amostra total). No entanto, não se encontrou relação estatisticamente significativa entre a localização do AVC e os resultados do impacto da incontinência urinária na vida diária da pessoa ou o nível de confiança no uso dos MPP após o programa de reabilitação. Vários estudos apontam o lobo frontal como o responsável pela área miccional e, conseqüentemente, como o responsável pela disfunção urinária aquando do dano (Thomas [et al.], 2008), uma vez que as fibras neuronais desta região projetam-se sobre o tálamo, sistema límbico e gânglios da base, responsáveis pela estimulação da sensação de bexiga cheia, despertando o cérebro para a necessidade de urinar e para a capacidade de avaliar se o ambiente e o momento estão adequados para iniciar a micção (Rocha e Gomes, 2010). O estudo de Patel [et al.] (2001) também demonstra que as áreas circulatórias anterior e média (as que irrigam o lobo frontal) são as mais predispostas ao surgimento de incontinência urinária após o AVC, comparativamente à região lacunar ou circulatória posterior.

O estudo de Banaszeeski e Christo (2015) sobre a relação dos sintomas urinários e o local de lesão do AVC concluíram que lesões extensas na área frontal e occipital mostraram significância estatística para a presença de incontinência urinária contínua. De igual modo, o mesmo estudo demonstra que existe associação entre lesões em área fronto-parietal com a disfunção vesical para os sintomas de urgência, de incontinência urinária de esforço e de polaquiúria, uma vez que são estas regiões as que exercem atividades no controlo miccional (Pettersen [et al.], 2008). Meng [et al.] (2010) também defendem que múltiplas áreas de lesão estão relacionadas com défices motores importantes, alterações cognitivas, comportamentais e de linguagem, assim como na influência direta do comportamento miccional das pessoas. Tais resultados são condizentes com a relação da fisiopatologia neuro-miccional, em que lesões dos lobos frontal e parietal estão relacionados com o processo de decisão, percepção miccional e avaliação social para o esvaziamento vesical (Haines, 2006).

A existência de antecedentes pessoais na amostra é multifatorial, havendo uma percentagem considerável de HTA (73,3% da amostra), dislipidemia (63,3%) e patologia cardíaca (46,7%), fatores estes de risco para a ocorrência de AVC. A existência de medicação vulgarmente prescrita em população idosa, como os diuréticos ou sedativos, podem comprometer a função vesical, podendo aumentar a urgência urinária ou reduzir a capacidade de perceber e realizar o ato de urinar (Nazarko, 2004). No entanto, o presente estudo não encontrou relação estatisticamente significativa entre os antecedentes pessoais e o impacto da incontinência na vida diária ou o nível de confiança no uso dos MPP após o programa de reabilitação. Patel [et al.] (2001) também não encontraram associação entre a incontinência urinária inicial e a hipertensão arterial, diabetes mellitus ou a fibrilação auricular. Também o estudo de Quadros e Bezerra (2016), embora mostrasse a presença de hipertensão arterial, sedentarismo, tabagismo e dislipidemia como fatores mais prevalentes, não encontrou associação entre a incontinência urinária e essas comorbilidades. Pelo contrário, Vaughn (2009) defende no seu estudo que fatores como a diabetes e severidade do AVC contribuem para a persistência da incontinência urinária.

Todos os estudos encontrados sobre esta temática e sobre a reabilitação em geral defendem o início do programa de reabilitação o mais precocemente possível, como é o caso de Jordan [et al.] (2011). Desta forma, estudou-se o tempo de espera entre a ocorrência do AVC e o internamento na Unidade de Convalescença, com consequente

início do programa de reabilitação. A média geral de dias de espera foi de $17,70 \pm 7,38$. O estudo de Banaszeeski e Christo (2015) revelou que pacientes na fase aguda apresentam maior frequência urinária, relacionando-se com a gravidade do edema cerebral, défices motores, cognitivos, de linguagem e comportamentais que influenciam na capacidade do indivíduo em comunicar e expressar as suas necessidades de vida diária.

No caso das alterações decorrentes do AVC, a pessoa pode ficar com a sua capacidade funcional reduzida, apresentando mais dificuldade no ato de se deslocar ao WC, despir e sentar na sanita. Da mesma forma, quando ocorrem alterações do campo neurológico, no que diz respeito especificamente ao domínio da linguagem ou da percepção, o ato urinário pode sofrer alterações, uma vez que a pessoa está incapacitada de pedir auxílio ou de perceber a necessidade de micção. Isto pode conduzir a uma incontinência urinária, não devida à componente neurofisiológica, mas a todo o processo funcional da pessoa. No presente estudo, embora não existam diferenças estatisticamente significativas entre os défices decorrentes do AVC e o impacto da incontinência urinária na vida diária ou o nível de confiança no uso dos MPP, existe o surgimento concomitante de outros défices, sendo a hemiparesia/hemiplegia responsável por 80% dos casos e as alterações da marcha/equilíbrio por 76,7% da totalidade da amostra. Apesar das percentagens elevadas, não houve influência desta variável nos resultados do PR, uma vez que os grupos eram homogêneos no que respeitava à presença de défices. No estudo de Banaszeeski e Christo (2015), sobre a relação entre a topografia da lesão do AVC e os sintomas urinários, 31,1% da amostra tinha alterações cognitivas e 25,8% apresentava afasia. De igual forma, a investigação de Meng [et al.] (2010) também relacionou a presença de afasia e alterações cognitivas à incontinência urinária, mostrando uma associação entre estas. O estudo de Quadros e Bezerra (2016), ao correlacionar a incontinência urinária após a ocorrência de AVC com a presença de défices associados, encontrou associação entre as alterações vesicais e a baixa capacidade de deambulação ou as alterações ao nível da cognição.

Por fim, concluímos ainda no nosso estudo que o grau de incapacidade funcional tem influência quer nos resultados do impacto da incontinência urinária na vida diária, quer no nível de confiança no uso dos MPP após o programa de reabilitação. Foi possível verificar que ao longo das quatro semanas o grupo de intervenção apresentou um maior acréscimo de funcionalidade, passando de uma média na escala de MIF de $71,33 \pm 13,34$ para $88,60 \pm 15,65$, ao contrário do grupo de controlo que cresceu de $67,53 \pm 14,28$ para $79,40 \pm 11,96$. Desta forma podemos concluir que o grau de funcionalidade global da

pessoa influenciou nos resultados do programa de reabilitação e, conseqüentemente, no impacto da incontinência urinária na vida diária e no nível de confiança no uso dos MPP, sentido pela amostra. Os resultados da pesquisa de Turhan, Atalay e Atabek (2007) vão de encontro ao do presente estudo, uma vez que destacaram também uma importante relação entre a capacidade motora (habilidade para se transferir ou deambular) e a incontinência urinária. O estudo de Quadros [et al.] (2015) descreveu igualmente a relação entre a incontinência urinária e a função cognitiva prejudicada e com maior dependência para a realização das AVD's em idosos, obtendo correlação positiva entre elas. Também o estudo de Pizzi [et al.] (2014), tal como já foi referido anteriormente, encontrou correlação estatisticamente significativa entre a incontinência urinária e a funcionalidade, em doentes com AVC, demonstrando que doentes com presença de incontinência apresentam piores resultados funcionais, comparativamente aos doentes continentais.

Ainda o estudo realizado na China por Cai [et al.] (2015), com 711 pessoas após AVC, identificou prevalência de 44,3% de incontinência urinária e os principais fatores de risco associados foram o tipo de AVC, lesão do lobo parietal, existência de tosse crónica, afasia e depressão.

3.2. Hipóteses Principais

De seguida, passamos à discussão dos resultados das hipóteses em estudo.

Hipótese 1 (H1) – Espera-se que o programa de reabilitação funcional diminua a frequência urinária

Os resultados obtidos neste estudo confirmam a primeira hipótese, revelando que o programa de reabilitação funcional diminuiu a frequência urinária nas mulheres. Isto, porque as mulheres pertencentes ao grupo de intervenção apresentam uma redução significativa da frequência urinária entre o 1º momento (antes do programa de reabilitação), com uma média de $3,07 \pm 1,03$, correspondendo a “uma vez ao dia” e o 2º

momento (após o programa de reabilitação) com uma média de $1,33 \pm 1,05$, que corresponde a entre “uma vez por semana ou menos” e “duas a três vezes por semana”.

O nosso estudo vai de encontro ao de Tibaek, Gard e Jensen (2005), uma vez que também este comparou dois grupos de mulheres vítimas de AVC isquémico, sendo um dos grupos sujeito a exercícios da musculatura pélvica durante 12 semanas. Dos resultados obtidos, concluiu-se que o grupo de intervenção apresentou uma melhora significativa na frequência miccional e consequente controlo esfíncteriano durante o dia.

A investigação de Arkan [et al.] (2019), igualmente semelhante à do presente estudo, concluiu que houve diferenças estatisticamente significativas entre o grupo de controlo e o grupo de intervenção, sujeito ao efeito de um programa de reabilitação composto por exercícios nos músculos do pavimento pélvico durante 12 semanas, no que respeita à frequência urinária.

Apesar de não termos encontrado muitos estudos que relevem a evolução do perfil da frequência urinária de uma amostra com a tomada de medidas promotoras de continência, como é o caso do nosso estudo, muitas investigações dão ênfase ao perfil da amostra num dado momento. O estudo de Oliveira [et al.] (2009), utilizando o mesmo instrumento de colheita de dados que o presente estudo (ICIQ-SF), concluiu que 50% dos participantes da sua amostra referiram que a frequência de perdas urinárias era em média de “uma vez por semana ou menos”, dando a entender que se trata de perdas esporádicas. Já o estudo de Quadros e Bezerra (2016) também apresentou um perfil em que a maioria da amostra sofria perdas de urina várias vezes ao dia. A investigação de Capela [et al.] (2017), sobre o impacto da incontinência urinária na qualidade de vida de doentes neurológicos, concluiu que 16,7% da amostra respondeu que apresentava perdas de urina “uma vez por semana ou menos”, sendo que 11,10% respondeu “duas ou três vezes por semana”. Banaszkeski e Christo (2015) defendem, igualmente, que os doentes na fase aguda do AVC são os que apresentam maior frequência de incontinência urinária.

Hipótese 2 (H2) – Espera-se que o programa de reabilitação funcional diminua a quantidade de perdas de urina

Tal como na hipótese anterior, os resultados obtidos confirmam esta segunda hipótese do presente estudo, revelando que o programa de reabilitação funcional diminuiu a

quantidade de perdas de urina nas mulheres vítimas de AVC. Isto é justificado pela redução significativa da quantidade de urina perdida entre o 1º momento (antes do programa de reabilitação), com uma média de $3,20 \pm 1,48$, correspondendo entre “uma pequena quantidade” e “uma moderada quantidade” e o 2º momento (após o programa de reabilitação) com uma média de $1,60 \pm 1,12$, no grupo de intervenção, que corresponde a entre as respostas “uma pequena quantidade” e “nenhuma”.

Tendo em consideração os estudos que correlacionam a incontinência urinária e o AVC, como é o caso Oliveira [et al.] (2009), conseguimos perceber que 70,59% da totalidade da amostra referiu apresentar perdas de urina em pequena quantidade. Também o estudo de Capela [et al.] (2017), abarcando os doentes neurológicos, concluiu que a sua amostra obteve 44,4% das respostas com perdas de urina “em pequena quantidade”. Tal como na hipótese anterior (H1), estes estudos referidos não avaliam o progresso da quantidade de urina perdida após a realização de um programa de reabilitação.

O estudo de Silva e D’Elboux (2012) sobre a associação da incontinência urinária em idosos, também encontrou relatos de perdas de urina em pequena quantidade, ressaltando a sua existência devido a comorbidades como o caso das lesões cerebrais.

Hipótese 3 (H3) – Espera-se que o programa de reabilitação funcional influencie a percepção da interferência da incontinência urinária na vida diária

Todos os estudos analisados sobre a temática da incontinência urinária referem esta patologia como uma ameaça à autoestima, mas também como fator de isolamento social e depressão (Tamanini [et al.], 2004). Para além de interferir de forma negativa nos vários domínios da qualidade de vida, associa-se à sensação de inferioridade e depressão, sobretudo na população com capacidade de tomar consciência desta condição (Yip [et al.], 2013). Associado a este fator, Jamieson, Brady e Peacock (2010) referem que a implementação de um programa de reabilitação o mais cedo possível, favorece significativamente o impacto desta interferência na vida diária das pessoas.

Esta hipótese não foi validada estatisticamente, uma vez que não se verificaram diferenças significativas na interferência da vida diária entre o 1º momento (antes do PR) e o 2º momento (após o PR), bem como entre os dois grupos em ambos os momentos de avaliação. No entanto, podemos considerar que a nossa amostra, ao longo das quatro

semanas de intervenção, apresentou diferenças na percepção da interferência das perdas de urina na sua vida diária, com uma média global de $5,60 \pm 2,03$ no 1º momento e $5,43 \pm 1,67$ no 2º momento. Ao longo dessas quatro semanas, o impacto sentido na percepção da interferência da incontinência urinária na vida diária manteve os mesmos níveis, independentemente da diminuição da percepção da frequência e da quantidade de urina perdida, comprovando a teoria e a justificação deste estudo, de que a existência da incontinência urinária exerce uma grande interferência na vida diária da pessoa, podendo interferir na sua autoestima e qualidade de vida.

Contrariando os resultados encontrados no presente estudo, Capela [et al.] (2017) relevou a não interferência das perdas de urina na vida diária, pela amostra, apresentando a maioria das respostas (61,1%) resultado “0”, o que significa “não interferência”, enquanto o estudo de Oliveira [et al.] (2009) releva uma significativa interferência na qualidade da vida, apresentando um resultado médio de 7,2.

Embora não utilizassem o mesmo instrumento de recolha de dados, os estudos de Olsen-Vetland (2003) e de Pilcher e MacArthur (2012), sobre a incontinência urinária após AVC, também relevaram uma afetação negativa das alterações vesicais no bem-estar físico e social das pessoas. De igual forma, Brittain [et al.] (2000), numa investigação sobre o impacto da incontinência urinária das pessoas com AVC, também concluiu que os sintomas urinários apresentam um efeito maior sobre a vida dos sobreviventes do AVC, comparativamente com a população incontinente que não sofreu de alterações neurológicas.

Jamieson, Brady e Peacock (2010) e Mathews e Mitchell (2010), em estudos que correlacionam a incontinência urinária e o AVC, também defendem o efeito desta patologia na vida diária da pessoa, exaltando a importância de intervenções promotoras da continência urinária para o aumento da sua qualidade de vida.

Hipótese 4 (H4) – Espera-se que o programa de reabilitação funcional aumente o nível de autoconfiança em mulheres vítimas de AVC na realização de atividades de vida diária sem que ocorram perdas de urina

É conhecido que a perda da função ou da força do pavimento pélvico, decorrentes de lesões neurológicas ou de imobilidade com a ocorrência de patologias como o AVC, pode

levar a disfunções pélvicas como a incontinência urinária. Na literatura, é consensual a eleição de uma intervenção particular, como sendo a primeira linha de tratamento para a maioria dos tipos de incontinência urinária, especificamente a intervenção não invasiva ou conservadora, de onde se destaca o treino dos músculos do pavimento pélvico (Branquinho, Marques e Robalo, 2007).

Na nossa investigação, pretendeu-se perceber qual o nível de confiança na realização de atividades diárias sem que ocorram perdas de urina através da primeira parte da escala de autoeficácia de Broome. A partir dos dados obtidos, concluiu-se existirem diferenças estatisticamente significativas ao nível médio da autoconfiança no uso dos músculos do pavimento pélvico das mulheres, ao realização de atividades de vida sem perdas de urina, após o programa de reabilitação. O grupo de intervenção apresenta um aumento estatisticamente significativo nesta área, passando de uma média de $57,60 \pm 20,13$ no 1º momento (antes do PR), correspondendo a uma “autoeficácia moderada”, para $79,19 \pm 13,38$ no 2º momento (após o PR), correspondendo a “elevada autoeficácia”.

Nas pesquisas realizadas sobre esta temática não se encontraram resultados que correlacionassem a existência de um programa de reabilitação e a autoconfiança no uso dos MPP na realização de atividades de vida diária sem a ocorrência de perdas de urina, em pessoas vítimas de AVC. No entanto, foi encontrada evidência sobre os fatores que influenciam positivamente a adesão ou não adesão ao programa de reabilitação, através do estudo de Roza (2011). Segundo este autor, a adesão é influenciada pela gravidade das perdas de urina e o nível de confiança em realizar contração pélvica concomitantemente às atividades de vida diária, ou seja, quanto maior for a autoconfiança no uso dos MPP na realização de atividades diárias sem a ocorrência de perdas de urina, maior é o incentivo para progredir no programa de reabilitação.

Também Wilkander, Ekelund e Milsom (1998), num estudo prospetivo e randomizado em dois grupos, concluíram que a autoconfiança do indivíduo em relação às atividades de vida diária sem ocorrência de perdas de urina era influenciada pela presença de incontinência urinária, promovendo a dependência da pessoa.

O estudo de Macedo (2017), embora não analise pessoas com alterações neurológicas decorrentes de um AVC, também procurou verificar o efeito de um programa de intervenção de 10 semanas na autoeficácia do uso dos MPP. Dessa investigação concluiu-se que o grupo de intervenção melhorou a sua perceção de confiança da contração dos músculos do pavimento pélvico nas atividades sem ocorrerem perdas de urina.

Neste sentido, as participantes apresentam um maior controlo da musculatura pélvica, o que lhes potencia o desempenho dos exercícios direccionados para os músculos do pavimento pélvico e permite a realização de atividades do quotidiano com menos dificuldade e mais confiança (Branquinho, Marques e Robalo, 2007).

Hipótese 5 (H5) – Espera-se que o programa de reabilitação funcional aumente o nível de autoconfiança sobre a contração dos músculos do pavimento pélvico como prevenção das perdas de urina

O comprometimento da função dos músculos do pavimento pélvico é um fator etiológico comum para a ocorrência da incontinência urinária, sendo, por isso, considerado o desenvolvimento da força nestes músculos uma forma efetiva de intervenção e prevenção deste tipo de disfunções, sobretudo em lesões neurológicas, como são as que foram objecto deste estudo (Dumoulin e Hay-Smith, 2010).

A avaliação da força muscular do pavimento pélvico e da resistência fornecem informações sobre a severidade da fraqueza muscular que servem como base do programa de exercícios específicos para a pessoa. Portanto, a fim de avaliar a função dos músculos do pavimento pélvico e também para monitorizar o efeito de qualquer programa de reabilitação, a capacidade de determinar com fiabilidade a força e a resistência dos músculos é de fundamental importância para pesquisas. No presente estudo, a avaliação da força muscular do pavimento pélvico foi obtida pela subjetividade do nível de confiança de contração sentido pela amostra, conseguida através da segunda parte da escala de autoeficácia de Broome.

Sobre este parâmetro, esta investigação concluiu da existência de diferenças estatisticamente significativas entre o grupo de intervenção e o grupo de controlo sobre os valores médios de autoconfiança na contração de músculos do pavimento pélvico, ao realizar actividades de vida diária. O grupo de intervenção apresentou um aumento estatisticamente significativo na autoconfiança pélvica, passando de uma média de $53,21 \pm 19,24$ no 1º momento, correspondendo a uma “autoeficácia moderada”, para $78,15 \pm 15,01$ no 2º momento, correspondendo a “elevada autoeficácia”. Já o grupo de controlo não obteve aumento estatisticamente significativo nesta área de autoconfiança, mantendo os níveis médios numa “eficácia moderada”.

Indo de encontro aos resultados do nosso estudo, a investigação de Dumoulin, Korner-Bitensky e Tannenbaum (2005), que estudaram a importância da reabilitação na incontinência urinária após AVC, concluíram que os exercícios da musculatura pélvica e consequente aumento da sua contractilidade, diminuíram a incontinência urinária em pessoas cognitivamente íntegras e com motivação para todo o processo. Para além disso, o estudo citado também refere que o programa de reabilitação incorpora igualmente medidas como a programação das idas ao WC ou o treino vesical, sendo estes essenciais para o sucesso dos resultados obtidos.

Da mesma forma, Tibaek, Gard e Jensen (2005) concluíram que o treino de força e capacitação dos MPP na mulher após AVC, após três meses de programa de reabilitação, foi crucial para a redução de perdas de urina e idas ao WC. Este estudo vem ainda demonstrar que esta estratégia apresenta limitações na sua aplicabilidade em doentes com alterações cognitivas, muitas vezes presentes nos doentes pós-AVC.

Segundo vários autores, o incremento da força muscular repercute-se na diminuição da severidade da incontinência e, consequentemente, no aumento da autoestima e da autoconfiança que se refletem na melhoria da qualidade de vida e da sensação de bem-estar (Dumoulin e Hay-Smith, 2010; Ferreira e Santos, 2009). Isto, porque o aumento da autoeficácia na condição da incontinência parece diminuir também a sensação de vergonha e o desconforto social associados às perdas de urina, aumentando o nível de autoconfiança e, consequentemente, a satisfação com a vida (Dumoulin e Hay-Smith, 2010).

De forma geral, a eficácia do treino dos músculos do pavimento pélvico na incontinência urinária demonstra resultados entre 50 a 75% na redução dos episódios de perda de urina (Fitz [et al.], 2017) e de 30% no restabelecimento da continência (Villot [et al.], 2017).

A literatura mostra que vários estudos corroboram o parecer da melhoria da incontinência urinária após a ocorrência de AVC através de um programa completo de reabilitação, composto por múltiplas intervenções que agrupam mudanças comportamentais, como a programação das idas ao WC ou o treino vesical, e por exercícios do pavimento pélvico (Dumoulin, Korner-Bitensky e Tannenbaum, 2005; Thomas [et al.], 2008).

Da investigação realizada, verifica-se que a duração dos programas de reabilitação varia entre 4 (Eldar [et al.], 2001) e 24 semanas (Bø, 1995; Fozzati [et al.], 2008), podendo a

frequência de intervenção ser variada. No nosso estudo, o programa de intervenção foi aplicado durante 4 semanas, tempo de internamento estabelecido para o tipo de Unidade onde o mesmo decorreu, com uma frequência de exercícios específicos bidária e de modificações comportamentais contínuas.

Segundo a *American College of Sports Medicine* citado por Ferreira e Santos (2009), a recomendação dos exercícios do pavimento pélvico deve ser, no mínimo, de 2 a 3 vezes por semana e com uma duração mínima de 15 a 20 semanas, possivelmente pelo incremento da força nas primeiras 6 a 8 semanas de treino estar predominantemente associado a adaptações neurais (frequência de ativação e recrutamento das unidades motoras).

Também o estudo de Eldar [et al.] (2001), que tinha como objetivo investigar a qualidade das intervenções relacionadas com a incontinência urinária em pessoas acometidas por AVC, demonstrou melhoria da incontinência em 40% nas primeiras 4 semanas após ocorrência de AVC.

Ainda Herr-Wilbert [et al.] (2010), num ensaio clínico controlado composto por uma amostra de 44 pessoas com lesões decorrentes de um AVC, demonstrou que 67% da sua amostra obteve níveis de continência desejados, ao fim de trinta dias, através de uma avaliação de enfermagem sistemática e intervenções individualizadas, como o treino de hábitos miccionais ou a alteração dos padrões de micção.

De acordo com os resultados obtidos verificamos que as mulheres com incontinência urinária após ocorrência de AVC, que beneficiaram de um programa de reabilitação urinária, efetuado por um Enfermeiro de Reabilitação, reduziram significativamente o impacto sentido pela incontinência urinária, aumentando de igual forma a autoeficácia dos músculos do pavimento pélvico.

Podemos, pois, referir – e com base na fundamentação teórica analisada -, confirmar com segurança e fiabilidade que o Enfermeiro de Reabilitação fez a diferença neste processo, indo de encontro ao que refere a OE (2011) em que o Enfermeiro Especialista na área da Enfermagem de Reabilitação previne, recupera e habilita de novo as pessoas vítimas de doença súbita, recorrendo à maximização das suas capacidades funcionais, potenciando o seu rendimento e desenvolvimento.

CONCLUSÕES

A Enfermagem, como ciência e como profissão, tem sofrido, especialmente nestes últimos anos, modificações a diferentes níveis que a impelem para um processo crescente de valorização pedagógica, profissional e social, adaptando-se favoravelmente às transformações constantes das conjunturas sociopolíticas e às carências de saúde da sociedade atual.

A investigação é essencial para a construção da Enfermagem com especial ênfase na prestação de cuidados, sendo capaz de reconhecer os seus problemas e de os solucionar. De acordo com Martins,

“toda a investigação científica é uma atividade humana de grande responsabilidade ética pelas características que lhe são inerentes. Sempre associada à procura da verdade, exige rigor, isenção, persistência e humildade. A investigação em enfermagem não foge a estas exigências e requisitos, devendo obedecer aos princípios éticos nacional e internacionalmente estabelecidos” (2008, p. 62).

A escolha desta temática deveu-se não só à significativa prevalência da problemática da incontinência urinária nas pessoas após AVC, mas também ao forte impacto que esta acarreta na qualidade de vida e autoestima, e à pouca atenção que lhe é prestada, quer pelos doentes quer pelos profissionais de saúde. Desta forma pretendeu-se chamar a atenção para esta problemática, objetivando a importância da Enfermagem de Reabilitação e da implementação de um programa de reabilitação funcional na gestão da incontinência urinária na mulher vítima de AVC.

Os Enfermeiros de Reabilitação apresentam-se como os principais parceiros na recuperação e integração dos indivíduos, estando presentes em todo o processo de transição saúde-doença, vinte e quatro horas por dia. Os enfermeiros são, por excelência, os profissionais de saúde que devem acompanhar o indivíduo ao longo da sua vida, de forma preventiva, e intervindo nas situações de crise e atuando no controlo dos obstáculos, por forma a dar continuidade ao seu ciclo vital, sem o mínimo de constrangimentos. Quando as situações de doença e as dificuldades passam por alterações da continência urinária torna-se de maior relevância o papel dos enfermeiros na minimização dos efeitos dessas situações.

O enfermeiro, enquanto parceiro de cuidados, avalia a pessoa na sua globalidade, e intervém (com os seus conhecimentos técnicos e científicos), junto destes e suas famílias, prestando cuidados que vão ao encontro das suas necessidades e que, no caso da incontinência urinária, podem ter repercussões quer a nível da saúde individual quer no relacionamento social e afetivo.

Contudo, todos os artigos referenciados na literatura mencionam que, apesar da importância que os enfermeiros atribuem à temática, frequentemente não se intervém adequadamente na promoção da continência urinária, quer seja por conhecimentos insuficientes sobre a incontinência urinária após AVC, quer sobre a gestão de estratégias nos cuidados para a continência.

É no reconhecimento da importância atribuída à intervenção da Enfermagem de Reabilitação na assistência à pessoa com incontinência urinária e sua família que, agora, se pretende refletir na forma como proporcionar cuidados de saúde/enfermagem de qualidade e, simultaneamente, incentivar as mulheres na resolução dos problemas, mesmo tratando-se de um aspeto da esfera íntima.

A opção por um estudo de investigação de natureza quantitativa deveu-se à necessidade de querer demonstrar, através de dados objetivos, a importância da realização de um programa de reabilitação funcional através da melhoria de indicadores associados a esta problemática.

A teoria do autocuidado de Dorothea Orem demonstrou uma sustentação teórica propícia à investigação, adequando-se a este tipo de estudo. O seu enriquecimento permitiu mais fundamentação enquanto investigação em enfermagem e ajudou a que mulher vítima de incontinência urinária pós-AVC tivesse um lugar central no mesmo, sempre com um papel ativo no seu processo de cuidados, valorizando a sua individualidade, meio e contexto.

Face ao percurso investigativo assente nos objetivos formulados em articulação com a questão que orientou o estudo e a bibliografia consultada, produziram-se as seguintes conclusões, reflexão das limitações e, posteriormente, recomendações.

No presente estudo, a amostra global foi constituída por 30 mulheres, apresentando uma média de idades de 75,87 anos, sendo a maioria viúva (43,3%) e com baixa escolaridade (66,7% com ensino primário).

O AVC isquêmico apresentou-se como o tipo de acidente vascular dominante (76,7%), não havendo predominância da afetação de uma localização cerebral específica. É notório que, apesar de não apresentar correlação estatisticamente significativa com os resultados obtidos, a amostra apresenta uma elevada e concomitante existência de vários antecedentes pessoais e de acometimento de mais do que um déficit, após a ocorrência de AVC.

Da análise da relação entre as variáveis sociodemográficas e clínicas, apenas o grau de incapacidade funcional obteve correlação estatisticamente significativa com as variáveis estudadas, concluindo assim que o grau de incapacidade funcional global influencia o impacto da incontinência urinária na QV e a autoconfiança no uso dos músculos do pavimento pélvico.

Através da análise dos resultados obtidos no grupo de intervenção, quando comparado com o grupo de controle, podemos afirmar que o programa de reabilitação obteve resultados positivos na diminuição na percepção da frequência e quantidade de urina perdida, bem como na autoconfiança no uso dos MPP para a realização das atividades diárias e da contração destes como prevenção de perdas involuntárias de urina.

Confirmamos, no nosso estudo que o programa de enfermagem de reabilitação para a gestão da incontinência urinária, nas mulheres vítimas AVC, diminuiu a frequência urinária nas mulheres; diminuiu a quantidade de perdas de urina; aumentou a autoconfiança no uso dos MPP para a realização das atividades de vida, sem perdas de urina; e aumentou a autoconfiança na contração de músculos pélvicos.

A única hipótese não validada neste estudo foi a de que o “programa de reabilitação funcional interfere na vida diária”. Isto porque, ao longo do contato com as mulheres que fizeram parte da amostra, foi possível detetar o forte impacto que esta problemática tinha nas suas vidas, influenciando o seu quotidiano. Embora este objetivo específico não tivesse sido concretizado no presente estudo, questionamos se a longo prazo não o seria, com a redução progressiva do impacto da incontinência urinária e o aumento da autoconfiança no uso dos MPP.

Tendo em conta os resultados obtidos, conseguiu-se mostrar que os cuidados do Enfermeiro de Reabilitação poderão traduzir-se em ganhos em saúde nesta área, demonstrando menor impacto da incontinência urinária na vida diária e maior

autoconfiança no uso dos músculos do pavimento pélvico levando, conseqüentemente, a melhores níveis de autoestima e de qualidade de vida.

Uma das limitações do estudo foi o tempo de realização do programa de reabilitação em quatro semanas. Este período foi definido tendo em consideração o tempo de internamento limitado para uma Unidade de Convalescença, pertencente à Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados, bem como para o tempo de realização previsto para o estudo. Tendo em consideração os estudos analisados na literatura, podemos afirmar que o período da intervenção de reabilitação é curto, quando comparado com as diretrizes existentes sobre esta temática, em que o período mínimo de reabilitação deverá ser de 15 a 20 semanas, de forma a obter adaptação neural e hipertrofia muscular (*American College of Sports Medicine*, in Ferreira e Santos, 2009).

O tamanho da amostra, bem como as suas características sociodemográficas também se apresentaram como uma limitação do estudo. Embora se tivessem utilizado critérios de inclusão/exclusão para a admissão dos participantes, o facto de esta apresentar uma média de idade acrescida (75,87 anos) e baixa escolaridade podia ter influenciado o entendimento das questões incluídas nos instrumentos de recolha de dados. Atendendo, ainda, às características da amostra, a predominância de idades avançadas acrescida de baixos graus de incapacidade funcional subsequentes, dificultaram em algumas mulheres a realização de alguns exercícios do programa de reabilitação.

Da revisão bibliográfica efetuada, que acompanhou todo o processo de investigação, rapidamente se percebeu que o estudo da Enfermagem de Reabilitação nesta área é escasso. Internacionalmente pesquisa-se sobre a ocorrência de incontinência urinária após AVC, sendo os estudos realizados sobretudo por fisiatras ou fisioterapeutas. Embora a literatura sobre esta temática específica seja relativamente reduzida, a evidência demonstra vantagens na sua relevância clínica e social, bem como na melhoria dos cuidados de reabilitação à pessoa com AVC.

A escassez de estudos sobre os resultados de um programa de reabilitação sobre a incontinência urinária numa pessoa vítima de AVC dificulta a comparação com a amostra abordada neste estudo. As pesquisas relacionadas com esta temática apenas descrevem o impacto da incontinência urinária num dado momento, não existindo muitos que correlacionem a evolução através de um programa de reabilitação, como é o caso do nosso. Para além disso, não foram encontrados estudos que avaliassem o efeito de um programa de reabilitação nas mulheres com incontinência urinária após a ocorrência de

AVC, na população portuguesa, dificultando a comparação da nossa amostra com outras de características semelhantes. No entanto, são também estas limitações que fazem deste estudo uma investigação inovadora.

Apesar destas limitações, este estudo representa um esforço para incluir instrumentos que fossem adaptáveis ao contexto de internamento e à doença neurológica, no caso o AVC. Desta forma, desejamos que este estudo possa contribuir para o desenvolvimento desta temática e da Enfermagem de Reabilitação em Portugal.

É necessário continuar a produzir conhecimentos científicos, e manter a procura de respostas, no sentido de compreender a necessidade da prática da Enfermagem de Reabilitação, para que todas as pessoas tenham acesso a este tipo de cuidados. Sendo assim, e após realizarmos a síntese das principais conclusões e limitações, efetuamos algumas sugestões para investigações futuras.

Considera-se importante desenvolver mais estudos sobre o efeito da Enfermagem de Reabilitação na incontinência urinária após ocorrência de AVC ou outra patologia com impacto na funcionalidade global da pessoa. Parece-nos crucial, face às limitações referidas anteriormente, aumentar o tempo de intervenção do programa de reabilitação, e ainda fazer uma avaliação posteriormente ao término do programa de reabilitação, de forma a analisar o comportamento dos resultados. Da mesma forma, parece-nos importante alargar este estudo a outros contextos, nomeadamente a nível de ambulatório/domicílio, permitindo assim adaptar as intervenções de reabilitação à realidade do quotidiano da pessoa.

Estamos convictos que o estudo permitiu demonstrar benefícios da reabilitação funcional ao nível da incontinência urinária nas mulheres vítimas de AVC, possibilitando trazer novos dados baseados na evidência que decorrem da prática de Enfermagem de Reabilitação. Deste modo, acreditamos que, com esta investigação, contribuímos para que a enfermagem e, nomeadamente, a Enfermagem de Reabilitação consiga evoluir e afirmar-se, cada vez mais, como disciplina com um conhecimento próprio sustentado.

BIBLIOGRAFIA

ABRAMS, Paul [et al.] - **Incontinence**. Paris, 5th International Consultation on Incontinence, 2013. ISBN: 978-9953-493-21-3

ARKAN, Gulcihan [et al.] - **Effects on urinary outcome of patients and caregivers' burden of pelvic floor muscle exercises based on the health belief model done at home by post-stroke patients**. [em linha] Stroke Rehabilitation, 2019, vol. 26, nº 2, p.128-135. [Consultado em 20 junho 2019].

ARYA Lily, MYERS, Deborah, JACKSON, Neil - **Dietary caffeine intake and the risk detrusor instability: a case-control study**. [em linha] Obstetrics and gynecology, 2000, vol. 96, nº 1, p. 85-89. [Consultado em 2 dezembro de 2018].

AVERY, Kerry; DONOVAN, J.; ABRAMS, Paul - **Validation of a new questionnaire for incontinence: the International Consultation on Incontinence Questionnaire (ICIQ) (Abstract nº 86 of the International Continence Society 31st annual meeting)** Korea, Neuroulogic Urodynamics, 2001, vol. 20, p. 510-511. [Consultado em 02 abril 2019].

AYDEMIR, Koray; ADIGÜZEL, Emre; YILMAZ, Bilge - **Urodynamic findings in stroke patients with overactive bladder symptoms**. [em linha] Turkish Journal of Physical Medicine and Rehabilitation, 2016, vol. 1, nº 62, p. 51-56. [Consultado em 12 fevereiro 2019].

AZEVEDO, Anabela - **Incontinência urinária: impacto no feminino**. Coimbra: Formasau, 2004. ISBN: 972-8485-55-7

BANASZESKI, Viliane; CHRISTO, Paulo - **Análise da relação entre sintomas urinários e topografia da lesão cerebral em pacientes com acidente vascular cerebral**. [em linha] Revista Ciência e Saúde, 2018, vol. 11, nº1, p.7-13. ISSN: 1983-652X. [Consultado em 12 dezembro de 2018].

BAZI, Tony [et al.] - **Prevention of pelvic floor disorders: international urogynecological association research and development committee opinion**. [em linha] International urogynecology journal, 2016, vol. 27, nº 12, p.1785-1795. [Consultado em 02 dezembro 2018].

- BØ, Kari - **Pelvic floor muscle exercise for the treatment of stress urinary incontinence: An exercise physiology perspective.** [em linha] *International Urogynecology Journal*, 1995, vol. 6, nº 5, p. 282–291. [Consultado em 20 maio 2019].
- BOTELHO, Francisco; SILVA, Carlos; CRUZ, Francisco – **Incontinência Urinária Feminina.** [em linha] *Ata Urológica*, 2007, vol. 24, nº 1, p. 79-82. [Consultado em 02 dezembro de 2018].
- BORRIE, Michael [et al.] - **Interventions led by nurse continence advisers in the management of urinary incontinence: A randomized controlled trial.** [Em linha]. *Canadian Medical Association Journal*, 2002, vol. 166, nº10. ISSN: 1267–1273. [Consultado em 1 junho de 2018]
- BRANCO, Teresa - **Estratégias na incontinência urinária: novas abordagens.** Lisboa: Sinais Vitais, 2009, vol. 83, p. 16-23. ISSN 0872-0844.
- BRANCO, Teresa e SANTOS, Rui – **Reabilitação da pessoa com AVC.** Coimbra, Formasau, 2010. ISBN: 978-989-8269-09-6.
- BRANQUINHO, Nélia; MARQUES, Ana; ROBALO, Lina - **Contributo para a Adaptação e Validação do Instrumento de Medida “Escala de Auto-Eficácia de Broome para Exercícios da Musculatura do Pavimento Pélvico”.** *EssFisiOnline*, 2007, vol. 3, nº4.
- BRITAIN, Katie [et al.] - **Prevalence and Impact of Urinary Symptoms Among Community-Dwelling Stroke Survivors.** *Stroke*, 2000, vol. 31, nº 4. [Consultado em 10 setembro de 2018].
- BROOME, Barbara - **The impact of urinary incontinence on self-efficacy and quality of life.** [Em linha] *Health and Quality of Life Outcomes*, 2003, vol. 1, nº 1. [Consultado em 28 maio de 2018].
- BROOKS, Wendy - **The use of practice guidelines for urinary incontinence following stroke.** [Em linha]. *British Journal of Nursing*, 2004, vol. 13, nº 20, p. 1176-1179. [Consultado em 30 maio de 2018].
- BUCHAN, Alastair; BALAMI, Joyce; ARBA, Francesco - **Epidemiologia da prevenção do acidente vascular cerebral e urgência do tratamento.** In SPENCE, J. David e BARNETT, Henry - *Acidente Vascular Cerebral: Prevenção, Tratamento e Reabilitação.*

MacGraw Hil, 2013, p.2-21. ISBN: 978-858-055-249-2. [Consultado em 30 setembro de 2018].

CAI, Wenzhi [et al.] - **Prevalence and risk factors of urinary incontinence for post-stroke inpatients in Southern China**. [Em linha]. *Neurourol Urodyn*, 2015, vol.3, nº 34, p.231-235. [Consultado em 28 maio de 2018]

CAPELA, Ilva [et al.] – **Impacto da Incontinência urinária na qualidade de vida de pacientes neurologicos de um ambulatório – relato de experiência**. [em linha] Universidade Federal do Pará, 2017. ISSN: 2359-084X. [Consultado em 28 maio de 2019].

CAPUCHA, Luís - **Planeamento e Avaliação de Projectos - Guião Prático**. Lisboa: Direcção-Geral de Inovação e de Desenvolvimento Curricular, 2008. ISBN: 978-972-742-285-2.

CARVALHO, José Eduardo. - **Metodologia do trabalho científico: "saber-fazer" da investigação para dissertações e teses**. Lisboa: Escolar editora, 2009. ISSN: 978-972-592-244-6.

CHIARAPA, Telma; CACHO, Doriane; ALVES, Adria - **Incontinência Urinária Feminina: Assistência Fisioterapêutica e Multidisciplinar**. Livraria Médica Paulista, 8ª edição, 2007. ISBN: 859-930-509-3.

CORREIRA, Grasiela – **Efeitos de um protocolo de fortalecimento da musculatura do pavimento pélvico num grupo de mulheres com perdas urinárias**. Brasil, São Paulo, Universidade de São Carlos, 2010. Dissertação para a obtenção do grau de mestre.

COSTA, Rui - **Fatores preditores do estado de saúde em indivíduos vítimas de AVC**. Aveiro: Universidade de Aveiro - Secção Autónoma de Ciências da Saúde, 2009. Tese para obtenção do grau de mestre.

CRUZ, Maria de La Salette – **Implicações da Incontinência Urinária na Sexualidade da Mulher**. Viana do Castelo: Escola Superior de Saúde de Viana do Castelo, Instituto Politécnico de Viana do Castelo, 2017. Dissertação de Mestrado em Enfermagem de Saúde Materna e Obstetrícia.

CUNHA, Marisa - **Cuidados de Enfermagem de Reabilitação no doente com AVC isquémico e a demora média de internamento hospitalar**. Bragança, Instituto

Politécnico de Bragança, 2014. Tese para obtenção do grau de mestre em Enfermagem de Reabilitação.

DIOGO, Maria José – **O papel da enfermeira de reabilitação no idoso**. Ribeirão Preto, Rev. Latino-Americana em Enfermagem, 2000, vol. 8, nº 1, p. 75-81. ISSN 1518-8345

DRAKE, M. [et al.] - **Neurologic Urinary and Faecal Incontinence**. In ABRAMS, Paul [et al.] – Incontinence. Paris, 5th International Consultation on Incontinence, 2013, capítulo 10. ISBN: 978-9953-493-21-3

DUMOULIN, Chantale; KORNER-BITENSKY, Nicol; TANNENBAUM, Cara - **Urinary Incontinence After Stroke: Does rehabilitation make a difference? A systematic review of the effectiveness of behavioral therapy**. [em linha]. Top Stroke Rehabil, 2005, nº 12, vol. 3, p. 66-76. [Consultado em 02 maio de 2018].

DUMOULIN, Chantale; KORNER-BITENSKY, Nicol; TANNENBAUM, Cara - **Urinary Incontinence After Stroke: Identification, Assessment, and Intervention by Rehabilitation Professionals in Canada**. [em linha]. Stroke - Journal of the American Heart Association, 2007, nº 38. [Consultado em 02 junho de 2018]. ISSN: 2745-2751

DUMOULIN Chantale, HAY-SMITH Jean - **Pelvic floor muscle training versus no treatment, or inactive control treatments, for urinary incontinence in women**. [em linha]. Cochrane Database of Systematic Reviews, 2010, nº 1. [Consultado em 28 maio de 2018].

ELDAR, Reuban [et al.] - **Quality of care for urinary incontinence in a rehabilitation setting for patients with stroke. Simultaneous monitoring of process and outcome**. [em linha] International Journal for Quality in Health Care, 2001, Vol. 13, nº1, p. 57–61. [Consultado em 21 junho de 2019].

ERSOZ, Murat [et al.] - **Bladder Storage and Emptying Disorder Frequencies in Hemorrhagic and Ischemic Stroke Patients with Bladder Dysfunction**. [em linha] Cerebrovascular Diseases, 2005, Vol. 20, nº5, p. 395–399. [Consultado em 20 junho de 2019].

EUROPEAN STROKE ORGANIZATION - **Recomendações para o tratamento do AVC Isquémico e do Acidente Isquémico Transitório**, 2008. [em linha] Disponível na URL: http://www.congrex-switzerland.com/fileadmin/files/2013/eso-stroke/pdf/ESO08_Guidelines_Portuguese.pdf [Consultado em 10 dezembro de 2018].

- FARO, Ana – **Enfermagem em Reabilitação: ampliando os horizontes, legitimando o saber.** [Em linha]. Revista da Escola de Enfermagem da USP [São Paulo]. Vol. 40, n.º 1, 2006, p. 1-6 [Consultado em 31 out. de 2017]. ISSN 0080-6234.
- FERREIRA, Marilene – **Doente com AVC: ganhos na qualidade de vida após intervenção do enfermeiro de reabilitação.** Viana do Castelo, Instituto Politécnico de Viana do Castelo, Escola Superior de Saúde, 2014. Dissertação de Mestrado.
- FERREIRA Margarida, SANTOS, Paula - **Princípios da Fisiologia do Exercício no Treino dos Músculos do Pavimento Pélvico.** [Em linha] Acta Urológica, 2009, n.º 26, vol. 3, p. 31-38. [Consultado em 02 junho de 2018].
- FERRO, José - **Acidente Vascular Cerebral.** Lisboa: Lidel, 2006.
- FERRO, José; PIMENTEL, José – **Neurologia: princípios, diagnóstico e tratamento.** Lisboa, Lidel, 2006. ISBN: 978-972-757-858-0.
- FITZ, Fátima [et al.] - **Outpatient biofeedback in addition to home pelvic floor muscle training for stress urinary incontinence: a randomized controlled trial.** Neurourology and Urodynamics, 2017, vol. 36, n.º 8, p. 1-10
- FONSECA, Daniela - **Efetividade da Reabilitação Extra e Precoce na Prevenção do Declínio Funcional do Doente com AVC.** Coimbra, Escola Superior de Saúde de Coimbra, 2017. Tese para grau de obtenção de mestre em Enfermagem de Reabilitação.
- FONTES, Ana; BOTELHO, Maria; FERNANDES, Ana - **Incontinência Urinária e Funcionalidade: um estudo exploratório numa população idosa.** [em linha] Acta Urológica, 2011, vol. 28, n.º 2, p. 12–19. [Consultado em 02 dezembro de 2018].
- FORTE, Cristina - **Incontinência urinária de Esforço na Mulher.** Porto, Universidade do Porto, Instituto Abel Salazar, 2011. Dissertação de Mestrado Integrado em Medicina.
- FORTIN, Marie Fabienne - **O Processo da Investigação: da concepção à realização.** Loures : Lusociência, 1999. ISBN 972-8383-10-X
- FORTIN, Marie Fabienne - **Os fundamentos e etapas do processo da investigação.** Loures : Lusodidacta, 2009. ISBN: 978-989-8075-18-5
- FOZZATTI, Celina [ET. AL.] - **Prevalence study of stress urinary incontinence in women who perform high-impact exercises.** [Em linha] International urogynecology journal, 2012, vol. 23, n.º 12, p. 1687-1691. [Consultado em 02 junho de 2018].

FRAGA, Avelino – **Introdução, Urologia na Medicina Familiar - Incontinência Urinária.** [Em linha] Lisboa: APU, 2010. Disponível na URL: http://www.apurologia.pt/medicina_familiar/incontinencia.pdf. [Consultado em 10 dezembro de 2018].

FRANCESCHET, Joseli; SACOMORI, Cinara; CARDOSO, Fernando - **Strength of pelvic floor muscles and sexual function during pregnancy.** [em linha] Revista Brasileira de Fisioterapia, 2009, vol. 13, nº 5, p. 383-389. [Consultado em 20 junho de 2019].

GAIO, Vânia [et al.] - **Prevalência de excesso de peso e de obesidade em Portugal: resultados do primeiro Inquérito Nacional de Saúde com Exame Físico (INSEF 2015).** [em linha] Departamento de Epidemiologia, Instituto Nacional de Saúde Doutor Ricardo Jorge, Lisboa, 2018, boletim epidemiológico nº 22. [Consultado em 09 junho de 2019].

GELBER, David [et al.] - **Causes of Urinary Incontinence After Acute Hemispheric Stroke.** [em linha] American Heart Association: Stroke, 1993, vol. 24, nº 3, p. 378-382. [Consultado em 10 dezembro de 2018].

GEORGE, Julia – **Teorias de enfermagem: os fundamentos à prática profissional.** Porto Alegre: Artmed, 2000, ISBN: 85-7307-587-2.

GIL, António - **Como Elaborar Projetos de Pesquisa.** São Paulo: Editora Atlas, 1994.

GUIMARÃES, Joana; AZEVEDO, Elsa – **Causas Gentéticas de Acidente Vascular Cerebral Isquémico.** Arquivos de Medicina, 2010, vol. 24, nº 1, p. 23-28. ISSN: 0871-3413

GUPTA, Anupam [et al.] - **Urodynamics post stroke in patients with urinary incontinence: Is there correlation between bladder type and site of lesion?** [em linha] Annals of Indian Academy of Neurology, 2009, vol. 2, p. 104-107. [Consultado em 12 dezembro de 2018].

HAINES, Duane [et al.] - **Neurociência fundamental: com aplicações básicas e clínicas.** Rio de Janeiro: Elsevier, 2006, 3ª edição. ISBN: 8535219773

HENSCHER Uila - **Fisioterapia em Ginecologia.** São Paulo, Edições Becker A.G. & Dolken M. Livraria Editora Santos, 2007

HERSH, Lauren; SALZMAN, Brooke - **Clinical management of urinary incontinence in women.** [em linha] American Family Physician, 2013, vol. 87, nº 9, p. 634-640. [Consultado em 20 junho de 2019].

HERSCHORN, Sender [et al.] – **Impacto de uma intervenção de educação em saúde em pacientes com bexiga hiperactiva.** [em linha] Canadian Journal of Urologie. 2004, vol. 11, nº 6. [Consultado em 20 junho de 2019]. ISSN: 2430-7.

HERR-WILBERT, Isabella [et al.] – **Assessment, Guided Therapy of Urinary incontinence After Stroke.** [em linha]. Rehabilitation Nursing, 2010, vol. 35, nº6, p.248-253. [Consultado em 02 junho de 2018].

HESBEEN, Walter – **A reabilitação - criar novos caminhos.** Loures: Lusociência, 2003, ISBN: 972-8383-43-6.

HIGA, Rosângela; LOPES, Maria; REIS, Maria – **Fatores de Risco na Incontinência Urinária na mulher.** [em linha] Revista Escola Enfermagem USP, 2008, vol. 42, nº1, p.187-192. [Consultado em 10 dezembro de 2018].

HOEMAN, Shirley – **Enfermagem de Reabilitação: Processo e Aplicação.** Loures, Lusociência, 2000. ISBN 972-8383-13-4

INTERNATIONAL CLASSIFICATION FOR NURSING PRACTICE (ICN) – **Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem. Versão 2.** Ordem dos Enfermeiros. Lisboa: Lusodidacta, 2011. ISBN 978-929-5094-352.

INSTITUTO NACIONAL DE ESTATÍSTICA, I.P. - **Causas de morte 2013** – Lisboa, INE, 2013

JAMIESON, Katharine; BRADY, Marian; PEACOCK, Catherine - **Urinary dysfunction: assessment and management in stroke patients.** [Em linha] Nursing Standard, 2010, vol. 25, nº 3, p. 49-55. [Consultado em 1 junho de 2018].

JORDAN, Louise-Anne [et al.] - **Continence management in acute stroke: a survey of current practices in Australia.** [Em linha] Journal of Advanced Nursing, 2010, vol. 67, nº 1, p. 94–104. [Consultado em 9 janeiro de 2019].

LEVY, José António; OLIVEIRA, Acary – **Reabilitação em Doenças Neurológicas: Guia Terapêutico Prático.** São Paulo: Atheneu, 2004. ISBN 85-7379-564-6.

LI, Wen; OH, Seung-June - **Management of Lower Urinary Tract Dysfunction in Patients with Neurological Disorders**. [em linha] Korean Journal Urology, 2012, vol. 53, nº 9, p. 583-592. [Consultado em 19 junho de 2019].

LIMA, Andreia - **A reabilitação e a independência funcional do doente sujeito a imobilidade**. Viana do Castelo, Instituto Politécnico de Viana do Castelo, Escola Superior de Saúde, 2014. Dissertação de Mestrado.

LOURENÇO, Roberto, VERAS, Renato - **Mini-Exame do Estado Mental: características psicométricas em idosos ambulatoriais**. Revista Saúde Pública, 2006, nº 40, vol. 4, p. 712-719.

MACEDO, Carla – **Envelhecimento e Incontinência Urinária Feminina: estudo de intervenção com Método Pilates clínico**. Viana do Castelo, Instituto Politécnico de Viana do Castelo, 2017. Dissertação para obtenção de mestre em Gerontologia Social

MANGNALL, Joanne – **Managing incontinence after stroke**. [Em linha] Practice Nursing, 2008, vol. 19, nº3, p. 122-127. [Consultado em 04 junho de 2018].

MARQUES, Sónia - **Os cuidados informais de doentes com AVC**. Coimbra: Formasau, 2007. ISBN 972-8485-78-6

MARQUES VIEIRA, Cristina; SOUSA, Luís – **Cuidados de Enfermagem de Reabilitação à pessoa ao longo da vida**. Lisboa: Lusodidacta, 2016. ISBN: 9789898075734

MAROCO, João - **Análise Estatística com o PASW Statistics (ex-SPSS)**. Pêro-Pinheiro: Report Number, 2010. ISBN: 978-989-96763-0-5.

MAROCO, João e BISPO, Regina - **Estatística Aplicada às Ciências Sociais e Humanas**. Lisboa : Clempsi editores, 2003. ISBN: 972-796-065-0.

MARQUES, Cristina [et al.] – **As competências do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação na incontinência urinária de urgência**. Revista Acontece Enfermagem, Ano VI, nº 12, 2006. ISSN: 1645-1805.

MARTINS, Maria [et al.] – **Centralidade no autocuidado da pessoa com tetraplegia à luz do referencial teórico de Orem**. In FIGUEIREDO, Nébia; MACHADO, Wiliam; MARTINS, Maria - Reabilitação – Nômades em busca de sentido para o cuidado da pessoa com deficiência adquirida. Brasil, CRV Editora, 2018a, Capítulo X. ISBN: 978-85-444-2210-6.

MARTINS, Maria [et al.] – **A longa transição do cliente com AVC sustentada no referencial teórico de Meleis**. In FIGUEIREDO, Nélia; MACHADO, Wiliam; MARTINS, Maria - Reabilitação – Nômades em busca de sentido para o cuidado da pessoa com deficiência adquirida. Brasil, CRV Editora, 2018b, Capítulo IX. ISBN: 978-85-444-2210-6.

MARTINS, Teresa – **Acidente Vascular Cerebral: Qualidade de vida e bem-estar dos doentes e familiares cuidadores**. Coimbra, Formasau, 2006. ISBN: 972-8485-65-4.

MATTHEWS, Maureen e MITCHELL, Elizabeth - **Causes and rehabilitation of urinary incontinence after stroke: A literature review**. [Em linha] British Journal Of Neuroscience Nursing, 2010, vol. 6, nº 1 [Consultado em 04 junho de 2018]

MENEZES, Giselle [et al.] - **Queixa de perda urinária: um problema silente pelas mulheres**. [em linha] Revista Gaúcho de Enfermagem, Porto Alegre, 2012, vol. 33, nº 1. [Consultado em 02 dezembro de 2018]

MENG, Nai-Hsin [et al.] - **Incomplete bladder emptying in patients with stroke: is detrusor external sphincter dyssynergia a potential cause?** [em linha] Archives of Physical Medicine and Rehabilitation, 2010, vol. 91, nº 7, p.1105-1109. [Consultado em 18 junho de 2019]

MELLO, Marcos - **Repercussões psicossociais e familiares da incontinência urinária feminina**. Rio de Janeiro, Universidade Estácio de Sá, 2010. Tese de mestrado.

MELO, Laís [et al.] - **Infeção do trato urinário: uma coorte de idosos com incontinência urinária**. [em linha] Revista Brasileira de Enfermagem, 2017, nº 70, vol. 4, p. 873-80 [Consultado em 02 dezembro de 2018]

MESQUITA, Luciana [et al.] - **Terapia comportamental na abordagem primária da hiperactividade do detrusor**. [Em linha] Revista Feminina, 2010, vol. 31, nº 1. [Consultado em 04 junho de 2018]

MCEER: Parecer nº 12/2011 – **Parecer sobre atividades de vida diária**. Lisboa: MCEER, 2011.

MENOITA, Elsa – **Reabilitar a pessoa idosa com AVC: Contributos para um envelhecer resiliente**. Loures, Lusociência, 2012. ISBN: 978-972-8930-78-3.

MOLLER, Lars; LOSE, Gunnar; JORGENSEN, Torben - **Risk Factors for Lower Urinary Tract Symptoms in Women 40 to 60 Years of Age**. [em linha] *Obstetrics & Gynecology*, 2000, vol. 96, nº 3, p. 446-451. [Consultado em 10 dezembro de 2018].

MOREIRA, Anusca – **Autocuidado no AVC: Contributo do programa de reabilitação**. Instituto Politécnico de Saúde do Norte, CESPUN, 2013. Dissertação para obtenção de grau de mestre.

NATIONAL STROKE ASSOCIATION - **Rehabilitation Therapy after Stroke**. In: National Stroke Association: 2012 [em linha]. [Consultado 02 de Jan. 2018]. Disponível na <URL: <http://www.stroke.org/site/PageServer?pagename=rehabt>>.

NAZARKO, Linda – **Managing urinary incontinence after stroke**. [Em linha]. *Nursing and Residential Care*, 2004, vol. 6, nº 12, p. 588-591. [Consultado 02 de maio 2018].

NORMA 054/2011: **Acidente Vascular Cerebral: Prescrição de Medicina Física e Reabilitação**. Lisboa: DGS, Departamento da Qualidade na Saúde, 2011.

NORMA 015/2017: **Via Verde do Acidente Vascular Cerebral no Adulto**. Lisboa: DGS, 2017

OLIVEIRA, Jaqueline; GARCIA, Rosamaria – **Cinesioterapia no tratamento da Incontinência Urinária em mulheres idosas**. [em linha] Rio de Janeiro, *Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia*, 2011, vol. 14, nº 2, p. 343-351. [Consultado 18 junho 2019].

OLIVEIRA, Sheila [et al.] - **Avaliação da qualidade de vida de portadores de incontinência urinária**. [em linha] *Revista Brasileira de Ciências do Envelhecimento Humano*, Passo Fundo, 2009, vol. 6, nº 1, p. 34-41. [Consultado 18 junho 2019].

OLSEN-VETLAND, Pamela - **Urinary continence after a cerebrovascular accident**. [em linha] *Nursing Standard*, 2003, vol. 17, nº 39, p. 37-41. [Consultado 18 maio 2019].

ORDEM DOS ENFERMEIROS - **Regulamento das competências específicas do enfermeiro especialista em enfermagem de reabilitação**. Lisboa: Ordem dos enfermeiros, 2010.

ORDEM DOS ENFERMEIROS – **Regulamento dos padrões de qualidade dos cuidados especializados em Enfermagem de Reabilitação**. Lisboa: Ordem dos enfermeiros, 2011.

OREM, Dorothea - **Modelo de Orem: Conceptos de enfermería en la práctica**. Barcelona: Masson, 2001, 6ª edição. ISBN 0-323-00864-X

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE (OMS) - **Stroke, Cerebrovascular accident**. [em linha]. WHO: Health Topics, 2015. [Consultado 12 janeiro 2018]. Disponível na <URL: http://www.who.int/topics/cerebrovascular_accident/en/>

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE (OMS) - **Rehabilitation**. [em linha] World Health Organization, 2019. [Consultado 12 janeiro 2019] Disponível na <URL: <http://www.who.int/topics/rehabilitation/en/>>

ORTIZ, Contreras - **Stress Urinary incontinence in the gynecologic practice**. [em linha] International Journal of Gynecology and Obstetrics, 2004, vol. 86, p. 6-16. [Consultado 18 de Junho 2019]

PATEL, Mehool [et al.] - **Natural History and Effects on 2-Year Outcomes of Urinary Incontinence After Stroke**. [em linha] Stroke - Journal of the American Heart Association, 2001, vol. 32. [Consultado 08 de Junho 2018]. ISSN: 122-127.

PÊLA, João - **Quais as intervenções dos Enfermeiros no tratamento/reabilitação das alterações da eliminação vesical dos doentes com AVC**. Lisboa, Escola Superior de Enfermagem de Lisboa, Dissertação para obtenção do título de mestre em reabilitação, 2012.

PEREIRA, Sofia; COELHO, Fátima; BARROS, Henrique - **Acidente Vascular Cerebral: Hospitalização, Mortalidade e Prognóstico**. Acta Médica Portuguesa, nº 17, 2004, p. 187-192.

PESTANA, Dinis; VELOSA, Sílvia - **Introdução à Probabilidade e à Estatística**. Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian, 2002. ISBN: 972-31-0954-9.

PESTANA, Maria; GAGEIRO, João - **Análise de dados para as Ciências Sociais: A Complementaridade do SPSS**. Lisboa: Edições Sílabo, 2014, 6ª edição.

PETRONILHO, Fernando - **Autocuidado: Conceito central da Enfermagem**. Coimbra: Formasau, 2012, 1ª edição. ISBN 978-989- 8269-17-1

PETTERSON, Renate [et al.] - **Subtypes of urinary incontinence after stroke: relation to size and location of cerebrovascular damage**. [em linha] Age Ageing, 2008, vol. 37, nº3, p. 324-327. [Consultado 18 de maio 2019].

PILCHER, Maria; MACARTHUR, Juliet - **Patient experiences of bladder problems following stroke**. [em linha] Nursing Standard, 2012, vol. 26, nº 36, p. 39-46. [Consultado 08 de Junho 2018].

PIRES, Karine – **Relação das perdas urinárias e obesidade em mulheres: avaliação da força muscular no pavimento pélvico**. Vitória, Faculdade Católica Salesiana de Espírito Santo, 2013. Dissertação para obtenção do grau de Bacharel em Fisioterapia.

PIZZI, Assunta [et al.] – **Urinary incontinence after ischemic stroke: clinical and urodynamic studies**. [em linha] Neurourology Urodynamic, 2014, vol. 33, p. 420–425. [Consultado 02 dezembro 2018].

POTTER, Cynthia; WEIGEL, Kelly; GREEN, Carol – **Problemas dos Rins e do Aparelho Urinário** In PHIPPS, Wilma; SANDS, Judith; MAREK, Jane - Phipps Enfermagem Médico-cirúrgica: perspectivas de saúde e doença. Loures, Lusodidacta, 2010, 8ª edição, vol. 2, capítulo 35. ISBN: 978-989-8075-22-2.

PORTUGAL, Direcção-Geral de Saúde - **Programa Nacional para as Doenças Cérebro-Cardiovasculares**. Lisboa: DGS, 2017.

PRICE Natalia; DAWOOD, Rehana; JACKSON, Simon - **Pelvic floor exercise for urinary incontinence: A systematic literature review**. [Em linha] Elsevier Ireland Ltd. Maturitas, 2010. [Consultado 08 de Junho 2018].

QUADROS, Layse; BEZERRA, Poliana – **Acidente Vascular Encefálico como fator de risco para incontinência urinária em idosos institucionalizados**. Revista Saúde e Pesquisa, 2016, vol. 9, nº 3, p. 557-566. ISSN: 1983-1870.

QUADROS, Layse [et al.] - **Prevalência da incontinência urinária em idosos institucionalizados e sua relação com o estado mental, independência funcional e comorbidades associadas**. [em linha] Revista Acta Fisiátrica, 2015, vol. 3, nº 22, p.130-34. [Consultado 18 de maio 2019].

QUIVY, Raymond; CHAMPENHOUDT, Luc - **Manual de Investigação em Ciências Sociais**. Lisboa: Cradiva, 1992, 2ª edição. ISBN 972-662-275-1.

REIS, Carolina – **Incontinência urinária no idoso**. Coimbra: Faculdade de Medicina de Coimbra, 2016. Dissertação de mestrado integrado em Medicina, área científica de Geriatria.

SÁ, Maria José - **Neurologia Clínica Compreender as Doenças Neurológicas**. Porto, Edições Universidade Fernando Pessoa, 2ª edição, 2014. ISBN: 978-989-643-119-8.

ROCHA, Flávio; GOMES, Cristiano – **Bexiga Neurogénica**. In ARCHIMEDES, Júnior; FILHO, Miguel; REIS, Rodolfo – Urologia Fundamental. Sociedade Brasileira de Urologia, São Paulo, Planmark editora, 2010, capítulo 27, p. 239-249. ISBN: 978-85-60566-17-4

RODRIGUES, E.; OLIVEIRA, L.; ALMEIDA, L. - **Autocontrolo da continência urinária em pessoas com traumatismo vertebro-medular**. Nursing, 2008, vol. 18, nº 240, p. 16-24. ISSN 0871-6196.

ROZA, Thuane – **Prevalência da Incontinência Urinária feminina e proposta de um protocolo de reabilitação funcional dos músculos do pavimento pélvico para mulheres atletas**. Porto: Faculdade de Desporto da Universidade do Porto, 2011. Dissertação para a obtenção do 2º ciclo em atividade física e saúde.

SANTOS, Catarina – **Benefícios de intervenção do enfermeiro de reabilitação na promoção da continência urinária após AVC**. Santarém, Escola Superior de Saúde de Santarém, 2016. Relatório de estágio para obtenção do grau de mestre na especialidade de Enfermagem de Reabilitação.

SARAIVA, Ana [et al.] – **Gestão da continência urinária pós-AVC: que reabilitação? – Uma revisão sistemática da literatura**. In MORAIS, António; CRUZ, Arménio, OLIVEIRA, Carlos - Enfermagem de Reabilitação: resultados de Investigação. Coimbra, Unidade de Investigação em Ciências da Saúde: Enfermagem, Escola Superior de Enfermagem de Coimbra, 2016, nº. 15, cap. V, p. 86-93. ISSN 1647-9440

SEELEY, Rod; STEPHENS, Trent; TATE, Phipps – **Anatomia e Fisiologia**. Loures, Lusociência, 2007, 6ª edição. ISBN: 972-8930-07-0.

SILVA, Vanessa; D'ELBOUX, Maria – **Fatores associados à incontinência urinária em idosos com critérios de fragilidade**. Contexto Enfermagem, Florianópolis, 2012, vol. 21, nº2, p. 338-347.

SILVA, Andréa; OLIVEIRA, Leandra - **Exercícios de Kegel associados no tratamento de Incontinência Urinaria: estudo de caso**. Scientia Medica, Porto Alegre, 2011, vol. 21, nº 4, p. 173-176.

TAMANINI, José [et al.] – **Validação para o português do “International Consultation on Incontinence Questionnaire – Short Form” (ICIQ-SF)**. [Em linha]. Revista Saude Publica, 2004, nº 38, vol. 3, p. 438-444. [Consultado 08 de maio 2018]

THOMAS, Lois [et al.] - **Treatment of urinary incontinence after stroke in adults (Review)**. [Em linha]. Cochrane Library, nº 1, 2008. [Consultado 12 de maio 2018].

TIBAEK, Sigrid; GARD, Gunvor; JENSEN, Rigmor - **Pelvic floor muscle training is effective in women with urinary incontinence after stroke: A randomised, controlled and blinded study**. [Em linha]. Neurology and Urodynamics, 2005, vol. 24, nº 4, p. 348-357. [Consultado 20 de maio 2018]

TOLENTINO, Gisélia [et al.] - **Diário Miccional como terapia comportamental e sua importância na reabilitação da bexiga neurogênica**. [Em linha] O Mundo da Saúde, São Paulo, 2006, vol. 30, nº1. [Consultado 08 de Junho 2018]. ISSN: 171-174.

TOMEY, Ann, ALLIGOOD, Martha - **Teóricas de Enfermagem e a Sua Obra**. 5ª Edição. Loures: Lusociência, 2004. ISBN: 9789728383749

TURHAN, Nur; ATALAY, Ayçe; ATABEK, Hüly – **Impact of stroke etiology, lesion location and aging on post-stroke urinary incontinence as a predictor of functional recovery**. International Journal of Rehabilitation Research, 2007, vol. 29, nº4, p.335-338.

VAUGHN, Stephanie – **Efficacy of urinary guidelines in the management of post-stroke incontinence**. International Journal of Urology Nursing, 2009, vol. 3, nº 1.

VILLOT, Anne [et al.] - **Influence of cognitive rehabilitation on pelvic floor muscle contraction: A randomized controlled trial**. Neurourology and Urodynamics, 2017, vol.36, nº 6, p. 1636-1644.

WAGG, Adrian [et al.] - **Urinary incontinence in frail elderly persons: Report from the 5th International Consultation on Incontinence**. [Em linha]. Neurourology and Urodynamics, 2014, nº 34, vol.5, p. 398-406. [Consultado 04 de junho 2018].

WIKANDER, Barbro; EKELUND, Peter; MILSON, Ian - **An evaluation of multidisciplinary intervention governed by functional independence measure (FIM) in incontinent stroke patients**. Scandinavian Journal of Rehabilitation Medicine, 1998, vol.30, nº 1, p. 15-21.

WINSTEIN, Caroline [et al.] – **Guidelines for adult stroke rehabilitation and recovery: a guideline for healthcare professionals from the American Heart**

Association/American Stroke Association. American Heart Association, Stroke, 2016, nº 47. [Consultado 04 de maio 2018].

YIP, Sallis [et al.] - **The association between urinary and fecal incontinence and social isolation in older women.** [Em linha] American Journal of Obstetrics & Gynecology, 2013, vol. 208, nº 2. [Consultado 04 de junho 2018].

ANEXOS

ANEXO A

**INTERNATIONAL CONSULTATION ON INCONTINENCE
QUESTIONNAIRE - SHORT FORM
(ICIQ-SF)**

ICIQ - SF

Nome do Paciente: _____ Data de Hoje: ____/____/____

Muitas pessoas perdem urina alguma vez. Estamos tentando descobrir quantas pessoas perdem urina e o quanto isso as aborrece. Ficaríamos agradecidos se você pudesse nos responder às seguintes perguntas, pensando em como você tem passado, em média nas ÚLTIMAS QUATRO SEMANAS.

1. Data de Nascimento: ____/____/____ (Dia / Mês / Ano)

2. Sexo: Feminino Masculino

3. Com que frequência você perde urina? (assinale uma resposta)

- Nunca 0
Uma vez por semana ou menos 1
Duas ou três vezes por semana 2
Uma vez ao dia 3
Diversas vezes ao dia 4
O tempo todo 5

4. Gostaríamos de saber a quantidade de urina que você pensa que perde (assinale uma resposta)

- Nenhuma 0
Uma pequena quantidade 2
Uma moderada quantidade 4
Uma grande quantidade 6

5. Em geral quanto que perder urina interfere em sua vida diária? Por favor, circule um número entre 0 (não interfere) e 10 (interfere muito)

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
Não interfere Interfere muito

ICIQ Score: soma dos resultados 3 + 4 + 5 = _____

6. Quando você perde urina?

(Por favor assinale todas as alternativas que se aplicam a você)

- Nunca
Perco antes de chegar ao banheiro
Perco quando tusso ou espiro
Perco quando estou dormindo
Perco quando estou fazendo atividades físicas
Perco quando terminei de urinar e estou me vestindo
Perco sem razão óbvia
Perco o tempo todo

ANEXO B

**ESCALA DE AUTOEFICÁCIA DE BROOME PARA OS EXERCÍCIOS DA
MUSCULATURA PÉLVICA**

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

Instruções

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

Exemplos

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

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

Exemplo (Parte A)

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

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

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

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

Nível de confiança

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

Que nível de confiança sente na sua capacidade de:	Nível de confiança
1. Contrair os seus músculos pélvicos?	0 10 20 30 40 50 60 70 80 90 100
2. Contrair os seus músculos pélvicos três vezes por dia?	0 10 20 30 40 50 60 70 80 90 100
3. Contrair os seus músculos pélvicos quando está deitado(a)?	0 10 20 30 40 50 60 70 80 90 100
4. Contrair os seus músculos pélvicos quando está de pé?	0 10 20 30 40 50 60 70 80 90 100
5. Contrair os seus músculos pélvicos quando está sentado(a)?	0 10 20 30 40 50 60 70 80 90 100
6. Contrair os seus músculos pélvicos sem contrair os seus músculos abdominais?	0 10 20 30 40 50 60 70 80 90 100
7. Contrair os seus músculos pélvicos enquanto lava frutas e vegetais em água corrente?	0 10 20 30 40 50 60 70 80 90 100
8. Contrair os seus músculos pélvicos quando carrega um saco de compras de supermercado?	0 10 20 30 40 50 60 70 80 90 100
9. Contrair os seus músculos pélvicos quando está de pé a lavar os dentes no lavatório?	0 10 20 30 40 50 60 70 80 90 100
10. Contrair os seus músculos pélvicos rapidamente?	0 10 20 30 40 50 60 70 80 90 100
11. Contrair os seus músculos pélvicos quando está triste?	0 10 20 30 40 50 60 70 80 90 100
12. Contrair os seus músculos pélvicos enquanto toma duche, após um dia cansativo e muito ocupado?	0 10 20 30 40 50 60 70 80 90 100

13. Contrair os seus músculos pélvicos quando está cansado(a)?	0 10 20 30 40 50 60 70 80 90 100
14. Contrair os seus músculos pélvicos quando acorda de noite com uma forte vontade de urinar?	0 10 20 30 40 50 60 70 80 90 100

Exemplos

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

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

Exemplo 1 (Parte B)

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

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

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

Nível de confiança

0 10 20 30 40 50 60 70 80 90 100

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

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

ANEXO C

**PEDIDO DE UTILIZAÇÃO DAS ESCALAS “ICIQ-SF” E “AUTOEFICÁCIA
DE BROOME” AOS RESPETIVOS AUTORES, E SUA RESPOSTA**

Pedido de Autorização de Utilização da Escala ICIQ-SF

Assunto: Pedido de autorização da utilização da escala ICIQ-SF

Ex.^{mo} Senhor:

Eu, Andreia Patrícia Azevedo Chiado, Enfermeira e aluna do Mestrado em Enfermagem de Reabilitação, no Instituto Politécnico de Viana do Castelo, venho deste modo solicitar a autorização da utilização da Escala International Consultation on Incontinence Questionnaire - Short Form (ICIQ-SF), a ser usada no estudo de Investigação " *Intervenção da Enfermagem de Reabilitação na Incontinência Urinária após AVC*".

Este Projeto tem como finalidade contribuir, através da implementação de um programa de reabilitação, para a gestão da incontinência urinária nos doentes acometidos por AVC. Pretende-se assim obter dados que traduzam ganhos em saúde através da implementação de um programa de reabilitação funcional, de forma a, futuramente, despertar a importância e a realização destes cuidados de enfermagem de forma contínua. Os dados recolhidos serão utilizados para fins académicos e científicos.

Se pretender clarificar algum aspeto ou se precisar de mais informações, por favor contacte-me através do telefone: 96583xxx ou por e-mail: andrea_chiado@hotmail.com

Com os melhores cumprimentos,
Andreia Chiado

Prezada Enfermeira

Sra. Andreia Chiado

Obrigado por entrar em contato conosco e solicitar autorização para a utilização do ICIQ-SF em seus estudos em Portugal.

Para nós, autores da tradução para o Português, senti-mo-nos honrados com sua iniciativa e, por conseguinte, autorizamos sua utilização em seu trabalho.

Sem mais para o momento,

Despeço-me

Atenciosamente,

Prof. Dr. José Tadeu Nunes Tamanini

UFSCar - Brasil

**Pedido de Autorização de Utilização da Escala Auto-eficácia de Broome para
Exercícios da Musculatura do Pavimento Pélvico**

Assunto: Pedido de autorização da utilização da escala

Ex.^{ma} Senhora:

Eu, Andreia Patrícia Azevedo Chiado, Enfermeira e aluna do Mestrado em Enfermagem de Reabilitação, no Instituto Politécnico de Viana do Castelo, venho deste modo solicitar a autorização da utilização da Escala de Auto-eficácia de Broome para Exercícios da Musculatura do Pavimento Pélvico, a ser usada no estudo de Investigação " *Intervenção da Enfermagem de Reabilitação na Incontinência Urinária após AVC*".

Este estudo tem como finalidade contribuir, através da implementação de um programa de reabilitação, para a gestão da incontinência urinária nos doentes acometidos por AVC. Pretende-se assim obter dados que traduzam ganhos em saúde através da implementação de um programa de reabilitação funcional, de forma a, futuramente, despertar a importância e a realização destes cuidados de enfermagem de forma contínua. Os dados recolhidos serão utilizados para fins académicos e científicos.

Se pretender clarificar algum aspeto ou se precisar de mais informações, por favor contacte-me através do telefone: 96583xxxx ou por e- mail: andreia_chiado@hotmail.com

Com os melhores cumprimentos,
Andreia Chiado

Boa tarde Andreia,

Venho por este meio desejar-lhe felicidades no seu projeto e igualmente conceder-lhe a autorização necessária para a utilização do referido instrumento

Com os meus melhores cumprimentos

Lina Robalo

APÊNDICES

APÊNDICE A

PROGRAMA DE REABILITAÇÃO FUNCIONAL

PROGRAMA DE REABILITAÇÃO FUNCIONAL

Duração: 4 semanas

Alterações comportamentais (24h/dia):

- Diminuição da ingestão hídrica a partir da hora do lanche (17h);
- Programação de idas ao WC:
 - 2/2 Horas durante o dia: 8h, 10h, 12h, 14h, 16h, 18h, 20h, 22h.
 - 4/4 Horas durante a noite: 02h, 06h (aquando rondas noturnas).
- Incentivar a realização da supressão e contração simultânea dos músculos do pavimento pélvico durante o ato miccional.

Sessões Individuais:

- 1 Sessão de 20 minutos (preferencialmente no turno da manhã) de exercícios de reforço da musculatura pélvica – pela sequência a seguir estabelecida (deitado, sentado, em posição ortostática);
- Incentivo à realização dos exercícios aprendidos no dia, mais uma vez (preferencialmente no turno da tarde);
- Realização de alguns exercícios (exercício 8, 10 e 11) durante as atividades de vida diária, se possível, na última semana de PR.

Intervenções	Nº de repetições	Justificação
Decúbito dorsal		
1. Ensinar/instruir/treinar dissociação dos tempos respiratórios		Melhorar a capacidade de controlo da respiração, diminuindo o gasto energético
2. Colocar em posição de relaxamento		Diminuir a tensão psíquica e muscular; Facilitar a participação da pessoa no controlo da respiração, reduzindo a sobrecarga muscular.
3. Em extensão, contrair os músculos do pavimento pélvico, abdómen e glúteos, fazendo pressão sob a superfície	10 x 5''	Fortalecimento dos músculos do pavimento pélvico, adutores, isquiotibiais e glúteos
4. Executar exercício da ponte aquando expiração	10x 5''	Fortalecimento dos músculos abdominais transversos, isquiotibiais e glúteos
5. Executar exercício da ponte com contração dos músculos do pavimento pélvico aquando expiração	10x 2''	Fortalecimento dos músculos abdominais transversos, isquiotibiais e glúteos
6. Com flexão da anca e joelho, realizar adução dos MI's pressionando a almofada aquando a expiração, contraindo simultaneamente o abdómen e glúteos.	10x 5''	Fortalecimento dos músculos do pavimento pélvico, adutores, isquiotibiais e glúteos
7. Com a presença da bola de pilates a elevar os MI's a 90°, no momento da expiração, realizar flexão do tronco (realizar ponte)	10x 2''	Fortalecimento dos músculos abdominais transversos, isquiotibiais, glúteos, adutores da anca e pavimento pélvico
Posição sentada		
8. Cruzar os membros inferiores e contrair pavimento pélvico aquando da expiração	10x 5''	Fortalecimento do pavimento pélvico, adutores e glúteos.
9. Sentar numa bola de pilates e contrair pavimento pélvico (se capacidade da doente)	10x 5''	Fortalecimento do pavimento pélvico, adutores e glúteos.

Em pé

10. Contração do músculo do pavimento pélvico em anteversão da anca aquando expiração	10x 5''	Fortalecimento do pavimento pélvico e abdominal transverso.
11. Contração do músculo do pavimento pélvico em retroversão da anca aquando expiração da anca	10x 5'	Fortalecimento do pavimento pélvico e glúteos.

APÊNDICE B

CHECK-LIST DE REALIZAÇÃO DO PROGRAMA DE REABILITAÇÃO

	Intervenções	1ª Semana	2ª Semana	3ª Semana	4ª Semana
Decúbito Dorsal	1. Ensinar/instruir/treinar dissociação dos tempos respiratórios				
	2. Colocar em posição de relaxamento				
	3. Em extensão, contrair os músculos do pavimento pélvico, abdómen e glúteos, fazendo pressão sob a superfície				
	4. Executar exercício da ponte aquando expiração				
	5. Executar exercício da ponte com contração dos músculos do pavimento pélvico aquando expiração				
	6. Com flexão da anca e joelho, realizar adução dos MI's pressionando a almofada aquando a expiração, contraindo simultaneamente o abdómen e glúteos.				
	7. Com a presença da bola de pilates a elevar os MI's a 90°, no momento da expiração, realizar flexão do tronco (realizar ponte)				
Sentado	8. Cruzar os membros inferiores e contrair pavimento pélvico aquando da expiração				
	9. Sentar numa bola de pilates e contrair pavimento pélvico (se capacidade da doente)				
Em pé	10. Contração do músculo do pavimento pélvico em anteversão da anca aquando expiração				
	11. Contração do músculo do pavimento pélvico em retroversão da anca aquando expiração da anca				

APÊNDICE C

QUESTIONÁRIO SOCIODEMOGRÁFICO E CLÍNICO

Participante N° _____

QUESTIONÁRIO SOCIODEMOGRÁFICO

Idade: _____

Estado civil:

Casada ou União de facto	<input type="checkbox"/>	Viúva	<input type="checkbox"/>
Divorciada ou Separada	<input type="checkbox"/>	Solteira	<input type="checkbox"/>

Nível de escolaridade:

Analfabeta	<input type="checkbox"/>	Ensino básico (até 9º ano)	<input type="checkbox"/>
Ensino primário (até 4º ano)	<input type="checkbox"/>	Ensino superior	<input type="checkbox"/>

IMC

Baixo peso (IMC inferior a 18,5kg/m ²)	<input type="checkbox"/>
Saudável (IMC de 18,5 kg/m ² até 24,9 kg/m ²)	<input type="checkbox"/>
Alto peso (IMC superior a 25 kg/m ²)	<input type="checkbox"/>

QUESTIONÁRIO CLÍNICO

Tipo de AVC:

AVC isquémico	<input type="checkbox"/>	AVC hemorrágico	<input type="checkbox"/>
AVC isquémico com tradução hemorrágica	<input type="checkbox"/>		

Localização do AVC:

Lobo frontal	<input type="checkbox"/>	Cerebelo	<input type="checkbox"/>
Lobo parietal	<input type="checkbox"/>	Tronco cerebral	<input type="checkbox"/>
Lobo temporal	<input type="checkbox"/>	Sem tradução imagiológica	<input type="checkbox"/>
Lobo occipital	<input type="checkbox"/>		

Presença de antecedentes pessoais:

Diabetes mellitus	<input type="checkbox"/>	Patologia cardíaca (IC, FA)	<input type="checkbox"/>
Hipertensão arterial	<input type="checkbox"/>	Dislipidemia	<input type="checkbox"/>

Hábitos etílicos

Outros

Tempo de ocorrência do AVC: _____ (dias)

Presença de défices:

Hemiparesia/hemiplegia

Disartria

Afasia (motora/sensitiva/global)

Alterações na marcha/equilíbrio

MIF (antes): _____

MIF (Depois): _____

APÊNDICE D

CONSENTIMENTO INFORMADO ÀS PARTICIPANTES DO ESTUDO

Declaração de Consentimento Livre e Esclarecido

Dissertação de Mestrado: *“Intervenção da Enfermagem de Reabilitação na Incontinência Urinária após AVC”.*

Investigador: Andreia Patrícia Azevedo Chiado

Orientação: Professora Doutora Salomé Ferreira

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.

Viana do Castelo, ____ de _____ de 2018

Assinatura da participante
ou seu substituto legal

Assinatura do Investigador
