



REVISTA PORTUGUESA DE ENFERMAGEM DE REABILITAÇÃO

VOL. 6, Nº 1

Artigo original reportando investigação clínica ou básica



DOI – 10.33194/rper.2023.288 | Identificador eletrónico – e288

Data de submissão: 23-10-2022; Data de aceitação: 06-02-2023; Data de Publicação: 15-03-2023

INTERVENÇÃO DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA EM REABILITAÇÃO EM MULHERES COM INCONTINÊNCIA URINÁRIA, APÓS O AVC

*INTERVENTION OF THE REHABILITATION NURSE IN WOMEN WITH URINARY
INCONTINENCE AFTER STROKE*

*INTERVENCIÓN DE LA ENFERMERA REHABILITADORA EN MUJERES CON
INCONTINENCIA URINARIA TRAS ICTUS*

Marta Braga¹ ; Salomé Ferreira¹ ; Carminda Morais¹ 
Andreia Chiado¹ ; Andreia Lima² 

¹ *Instituto Politécnico de Viana do Castelo, Portugal*

² *Universidade Fernando Pessoa – Porto, Portugal*

Autor Correspondente: Marta Soraia da Silva Braga, soraiabraga12@gmail.com

Como Citar: Braga M, Ferreira S, Morais C, Chiado A, Lima A. Intervenção do Enfermeiro Especialista em Reabilitação em Mulheres com Incontinência Urinária, após o AVC. Rev Port Enf Reab [Internet]. DATA ;6(1). Disponível em: <https://rper.aper.pt/index.php/rper/article/view/288>

FICHA TÉCNICA

eISSN: 2184-3023 pISSN: 2184-965X

www.rper.pt

PROPRIEDADE INTELECTUAL

Associação Portuguesa dos Enfermeiros de Reabilitação

www.aper.pt

A equipa editorial da revista pode ser consultada em <https://rper.aper.pt/index.php/rper/about/editorialTeam>

A equipa de revisores da revista pode ser consultada em <https://rper.aper.pt/index.php/rper/revisores>



Este trabalho encontra-se publicado com a Licença Internacional Creative Commons.
Atribuição - Não Comercial - Sem Derivações 4.0. Direitos de Autor (c) 2023 Revista Portuguesa de
Enfermagem de Reabilitação

RESUMO

Introdução: A incontinência urinária tem uma grande prevalência em utentes com AVC. O tratamento conservador é o mais recomendado, pois envolve menor custo financeiro e menos efeitos colaterais. Este estudo objetiva: Avaliar o efeito de um Programa de Reabilitação na Gestão da Incontinência Urinária na mulher após a ocorrência do AVC.

Metodologia: Trata-se de um Estudo de Casos Múltiplos, de método quantitativo. A amostra foi constituída por (n=5) mulheres com idade entre 53 e 87 anos. Foi aplicado um programa de reabilitação desde a deteção da incontinência urinária, até ao momento da alta. Os instrumentos utilizados foram: Escala de Autoeficácia de Broome e Diário Miccional.

Resultados: Este estudo permitiu concluir que as utentes que inicialmente apresentavam urgência e perdas de urina, deixaram de ter. Nos scores da escala de autoeficácia de Broome: na 1ª avaliação, na parte A e B todas apresentaram baixa autoeficácia, exceto o Caso 8 que na parte B obteve autoeficácia moderada. Na 2ª avaliação todas obtiveram elevada autoeficácia.

Discussão: Quando se compara o pré e pós do programa, verifica-se que todas obtiveram resultados positivos em relação à urgência urinária, perdas de urina, assim como ao nível de confiança na realização das contrações dos músculos pélvicos, sem que ocorram perdas de urina.

Conclusão: O programa de reabilitação para a gestão da incontinência urinária, teve um efeito positivo em todas as utentes do estudo.

Descritores: Acidente Vascular Cerebral; Enfermagem em Reabilitação; Incontinência Urinária.

ABSTRACT

Introduction: Urinary incontinence has a high prevalence in patients with stroke. Conservative treatment is the most recommended, as it involves lower financial costs and side effects. This study aims to: Evaluate the effect of a Rehabilitation Program in the Management of Urinary Incontinence in women after the occurrence of a stroke.

Methodology: This is a Multiple Case Study, with a quantitative method. The sample consisted of (n=5) women aged between 53 and 87 years. A rehabilitation program was applied from the detection of urinary incontinence to the time of discharge. The instruments used were: Broome Self-Efficacy Scale and Voiding Diary.

Results: This study allowed us to conclude that the users who initially had urgency and loss of urine, no longer did. In the scores of the Broome self-efficacy scale: in the 1st assessment, in part A and B all had low self-efficacy, except for Case 8 which in part B had moderate self-efficacy. In the 2nd evaluation, all had high self-efficacy.

Discussion: When comparing before and after the program, all had positive results in relation to urinary urgency, urine leakage, in the level of confidence in performing pelvic muscle contractions, without urine leakage.

Conclusion: The rehabilitation program for the management of urinary incontinence had a positive effect on all study users.

Descriptors: Stroke; Rehabilitation Nursing; Urinary incontinence.

RESUMEN

Introducción: La incontinencia urinaria tiene una alta prevalencia en pacientes con ictus. El tratamiento conservador es el más recomendado, ya que implica menores costos económicos y efectos secundarios. Este estudio tiene como objetivos: Evaluar el efecto de un Programa de Rehabilitación en el Manejo de la Incontinencia Urinaria en mujeres después de la ocurrencia de un ictus.

Metodología: Se trata de un Estudio de Caso Múltiple, con método cuantitativo. La muestra estuvo compuesta por (n=5) mujeres con edades entre 53 y 87 años. Se aplicó un programa de rehabilitación desde la detección de la incontinencia urinaria hasta el momento del alta. Los instrumentos utilizados fueron: Escala de Autoeficacia de Broome y Diario Miccional.

Resultados: Este estudio nos permitió concluir que las usuarias que inicialmente tenían urgencia y pérdida de orina, ya no la tenían. En las puntuaciones de la escala de autoeficacia de Broome: en la 1ª evaluación, en la parte A y B todos tuvieron autoeficacia baja, excepto el Caso 8 que en la parte B tuvo autoeficacia moderada. En la 2ª evaluación, todos presentaron autoeficacia alta.

Discusión: Al comparar el antes y el después del programa, todos tuvieron resultados positivos en relación a la urgencia urinaria, escape de orina, en el nivel de confianza para realizar las contracciones de los músculos pélvicos, sin escape de orina.

Conclusión: El programa de rehabilitación para el manejo de la incontinencia urinaria tuvo un efecto positivo en todos los usuarios del estudio.

Descriptor: Ictus; Enfermería de Rehabilitación; Incontinencia urinaria.

INTRODUÇÃO

O Acidente Vascular Cerebral (AVC) tem se revelado um grave problema de saúde pública⁽¹⁾. Em 2018, foi o principal responsável pela mortalidade em Portugal, representando 9,9%, o que corresponde a 11 235 óbitos, segundo o Instituto Nacional de Estatística⁽²⁾.

O AVC ocorre com maior frequência na idade adulta e caracteriza-se por uma interrupção ou bloqueio da irrigação sanguínea, que destrói ou danifica parte do cérebro, resultando num conjunto de sintomas de deficiência neurológica⁽³⁾.

Quando acontece um AVC, desenvolvem-se rapidamente sinais clínicos referentes às alterações da função cerebral, com sintomas que perduram por um período superior a 24 horas, ou que conduzem à morte, sem outra causa de origem vascular aparente. Nos casos em que os sinais neurológicos se agravam progressivamente ou se desencadeiam novos sinais focais, compreende-se como AVC em progressão⁽⁴⁾.

Os sinais mais comuns são o desvio da comissura labial, parestesias, hemiplegias ou hemiparesias superiores e inferiores, confusão mental, alteração cognitiva, afasia e disartria, disfagia, défices e desequilíbrios na marcha, alterações na coordenação, cefaleias intensas, alterações da consciência e em casos graves a morte⁽³⁾.

Assim sendo, o AVC agrupa-se em duas grandes classes: hemorrágico e isquémico⁽⁵⁾.

A maioria das pessoas que sobrevive à fase aguda do AVC apresenta incapacidade neurológica, necessitando de reabilitação⁽⁶⁾.

A esperança média de vida da população idosa tem vindo a aumentar, a nível mundial, cerca de 3% por ano, sendo notório um maior desenvolvimento de doenças crónicas e síndromes geriátricas, como é o caso da incontinência urinária (IU). Esta perturbação está associada a diferentes causas, entre elas o AVC, que tem repercussão direta na independência e qualidade de vida^(7,8).

O género feminino tem mais riscos de desenvolver disfunções miccionais, cerca de 25-45% desta população, desenvolve queixas de perda de urina ao longo da vida⁽⁸⁾. Isto acontece, devido a fatores de risco intrínsecos como a anatomia do pavimento pélvico, a gravidez, partos e diminuição do estrogénio após a menopausa. Fatores como a ansiedade, depressão e obstipação intestinal também são considerados de risco e são mais prevalentes nas mulheres⁽⁹⁾.

A IU não está associada ao aumento da mortalidade, mas representa um profundo impacto no bem-estar, na autoestima e na qualidade de vida. As pessoas diagnosticadas com IU são suscetíveis de desenvolverem em associação, depressão, ansiedade, dificuldades laborais, conduzindo muitas vezes, ao isolamento social⁽¹⁰⁾.

As comorbilidades associadas à IU vão desde o prolongamento de internamentos, infeções do trato urinário, complicações relacionadas com o uso prolongado de cateteres uretrais e dermatites de contato. A IU é ainda um importante motivo para admissão de idosos em lares⁽¹¹⁾.

Esta condição acarreta custos económicos de grandes proporções, tanto para o sistema nacional de saúde como para cada indivíduo. Estes custos estão diretamente associados a gastos com o diagnóstico, produtos de higiene, tratamentos e gastos associados a comorbilidades. A nível dos custos indiretos estão descritos os ordenados perdidos, perda de produtividade e custos inestimáveis provocados pela dor e pelo sofrimento do próprio, devido à sua continua dificuldade de socialização^(10,12).

A consciência do enchimento da bexiga e do início da micção estão dependentes da sincronização do sistema nervoso, do detrusor, dos esfíncteres e do pavimento pélvico. Quando ocorre alguma alteração destes órgãos pode ocorrer a IU. O controlo da bexiga cheia depende de uma atividade neuronal e de órgãos pélvicos sãos⁽¹³⁾.

De facto, no período de enchimento da bexiga, a continência está assegurada pelo esfíncter uretral interno, externo e pelos músculos do pavimento pélvico. O esfíncter interno está sob controlo involuntário (autonómico) e o esfíncter externo sob controlo voluntário e involuntário. Os músculos elevadores do ânus comportam-se como uma rede de apoio, apresentando tanto reflexo como atividade voluntária. Quando surge o reflexo de micção estes esfíncteres relaxam e o músculo liso da bexiga contrai, permitindo a micção⁽¹³⁾. Deste modo, sempre que existe uma alteração do normal funcionamento de algum órgão que integra esta complexidade sistémica, pode ocorrer a IU.

A IU, descrita como uma das consequências do AVC, pode acontecer porque este, pode causar alterações estruturais do encéfalo, responsáveis pelo controle da micção, comprometendo o sistema urinário⁽¹⁴⁾.

Alguns utentes após o AVC podem notar contração involuntária do detrusor e sensação de urgência miccional, perdendo, muitos deles, a capacidade de contrair voluntariamente o esfíncter externo, apresentando perdas se não urinarem rapidamente; outros perdem completamente a capacidade de contração do esfíncter. Sabe-se que a hiperatividade

detrusora é uma das sequelas da lesão cortical. Existem diversas teorias que tentam explicar a hiperatividade do detrusor, isto é, a causa de contrações vesicais involuntárias durante a fase de enchimento vesical, como a diminuição da resposta inibitória do sistema nervoso central, que se dá em doenças neurológicas como o AVC, reduzindo o controlo inibitório suprapontino e impulsos aferentes de baixa intensidade, gerando contrações vesicais involuntárias, que levam à incontinência urinária⁽¹⁵⁾.

No tratamento da IU a abordagem conservadora é recomendada como de primeira linha, incluindo meios físicos, comportamentais e psicológicos, muitas vezes utilizados de forma combinada. Tem a vantagem de não apresentar efeitos colaterais, ser de baixo custo e ter pouca complexidade⁽¹²⁾. Este tratamento passa por modificações do estilo de vida, micções programadas, técnicas de controlo, treino muscular, biofeedback e pode ser conduzido por enfermeiros⁽⁹⁾.

Durante o tratamento da IU é imprescindível que haja um registo minucioso, podendo ser utilizado o diário miccional, que é um instrumento utilizado para avaliar a gravidade da IU e proporciona um registo de padrões de eliminação de urina podendo indicar a frequência, as perdas urinárias, o volume eliminado, a quantidade e o tipo de fluido consumido e a avaliação da pessoa quanto às razões para a perda de urina (sendo que por vezes se encontra relacionada com a atividade ou a urgência)^(12,13,16). Este permite ter um registo dos padrões de eliminação de urina, constituindo ainda um objeto de autoaprendizagem que permite uma maior introspeção sobre a função da bexiga e os antecedentes comportamentais da IU^(12,13,16).

A nível das intervenções comportamentais, estas são incorporadas na rotina diária, no intuito de melhorar ou aliviar os sintomas provocados pela IU. As intervenções mais comuns são o ajuste de fluídos e dieta, cessação tabágica, perda de peso, correção de hábitos intestinais, ajuste da frequência de micção e reabilitação dos músculos do pavimento pélvico⁽¹³⁾.

No que diz respeito ao treino vesical, esvaziamento vesical programado e sugerido, este realiza-se através de uma técnica em que se aumenta gradualmente o espaço de tempo entre as micções através de um horário diário pré-definido⁽¹³⁾. Este treino é baseado em 3 componentes: educação do doente, micção programada e reforço positivo. É importante que as idas à casa de banho sejam geralmente a cada 2 a 3 horas⁽¹³⁾.

A restrição de líquidos é uma estratégia muito utilizada para aliviar os sintomas. Os utentes com ingestão de líquidos anormalmente alta produzem excesso de urina^(17,18). Quando há uma ingestão anormalmente baixa de líquidos, esta resulta em pequenas quantidades de urina concentrada que podem irritar a bexiga^(17,18). Assim, os utentes devem ser aconselhados a planear a ingestão de líquidos de uma forma adequada. Portanto, é recomendada uma ingestão de pelo menos 1,5 a 2 L de líquidos por dia, devendo ser cessada 3 horas antes do utente se deitar^(17,18).

Relativamente à reabilitação do pavimento pélvico este é um tratamento comportamental essencial para eliminação da IU, que se mostra ser eficaz em utentes com IU de esforço, de urgência ou mista^(12,13). Está demonstrado que os benefícios desta intervenção podem perdurar até 5 anos^(12,13). Inicialmente, o utente deve aprender a identificar, isolar, contrair e relaxar o pavimento pélvico, sendo posteriormente, iniciado um programa de exercícios no intuito de melhorar a função do pavimento pélvico incluindo a força e a resistência^(12,13). A força é alcançada através de pequenas contrações (1 a 2 segundos) e a resistência é atingida

através de contrações mantidas por períodos mais longos (10 segundos), seguidas de um período de relaxamento com duração duas vezes superior^(12,13). O programa de exercícios deve aumentar gradualmente a capacidade e a força dos MPP, por isso, o utente deve iniciar o programa com menos repetições e aumentar progressivamente. Estes devem ser feitos nas posições em pé, sentado e deitado^(12,13).

Isto é possível através da intervenção do enfermeiro especialista em enfermagem de reabilitação (EEER), que tem como função promover o diagnóstico precoce e ações preventivas, no intuito de assegurar a manutenção das capacidades funcionais da pessoa, prevenir complicações e evitar incapacidades, proporcionar intervenções terapêuticas que visem melhorar as funções residuais, manter ou recuperar a independência nas atividades de vida, e minimizar o impacto das incapacidades já instaladas, nomeadamente, ao nível das funções motoras, sensoriais, cognitivas, respiratórias, cardíaca, ortopédica, da alimentação, da eliminação e da sexualidade^(19,21).

O EEER, possui um conjunto de conhecimentos que o conduzem a procedimentos específicos, visando ajudar as pessoas com doenças agudas, crónicas ou com sequelas, no intuito de maximizar o seu potencial e promover a sua independência, de forma a potencializar a satisfação da pessoa e preservar a sua autoestima. Desta forma, espera-se que o EEER desenvolva uma prática baseada na evidência, incorpore novas descobertas de investigação na sua prática, e participe em projetos de investigação que visem aumentar o conhecimento e desenvolvimento das suas competências⁽²¹⁾.

O papel do EEER é fundamental na identificação das necessidades do autocuidado e como facilitador do processo de transição. Assim, este tem o papel de: orientar, ensinar, proporcionar apoio físico e psicológico e manter um meio propício ao desenvolvimento pessoal. De acordo com Orem, o EEER tem ainda um papel imprescindível em iniciar e manter a relação com o utente e família até que não necessite de cuidados de enfermagem; determinar como é que o utente pode ser ajudado através dos cuidados de enfermagem; responder às necessidades deste através do contacto e assistência; prescrever e proporcionar ajuda ao utente e à sua família, coordenando e integrando os cuidados de enfermagem na vida diária do mesmo⁽²²⁾.

A Ordem dos Enfermeiros apresenta os processos de eliminação como sendo do domínio da intervenção do EEER⁽²³⁾.

Os cuidados à pessoa com alterações do padrão de eliminação vesical é uma prioridade das intervenções de enfermagem de reabilitação, com resultados muito positivos. O EEER tem à sua disposição várias estratégias de intervenção, no entanto, este deve incidir sobre os procedimentos menos invasivos e mais seguros, tendo em consideração a incapacidade do utente, a relação custo/eficácia, a complexidade técnica e as possíveis complicações^(12,24).

Desta forma, compreende-se que as técnicas comportamentais fazem parte das intervenções independentes de enfermagem de reabilitação e enquadram-se na primeira linha de tratamentos à pessoa com incontinência urinária. Estas têm como objetivo diminuir o número de ocorrências de perdas de urina, normalizar a frequência urinária, melhorar o controlo sobre a urgência, aumentar a capacidade vesical e devolver à pessoa a confiança no controlo da bexiga. Englobam a terapia comportamental, exercícios do pavimento pélvico com ou sem biofeedback, retenção do cone vaginal, estimulação elétrica e educação da pessoa e cuidadores, com reforço positivo pelos esforços e progressos alcançados^(12,24).

Assim sendo, através do presente estudo procura-se contribuir para a visibilidade da intervenção do enfermeiro especialista em reabilitação, na gestão da incontinência urinária e desta forma pretende-se: Avaliar o efeito de um Programa de Reabilitação na Gestão da Incontinência Urinária na mulher após a ocorrência do AVC.

METODOLOGIA

Trata-se de um estudo de casos múltiplos, com aplicação de métodos quantitativos no tratamento e análise dos dados. Estes estudos são classificados como estudos de caso únicos ou múltiplos, ou seja, um estudo pode conter apenas um caso único ou mais do que um caso (casos múltiplos). A última classificação tem sido cada vez mais utilizada, já que a evidência dos casos múltiplos é considerada mais vigorosa, e o estudo em geral, por esse motivo, acaba por ser visto como mais robusto⁽²⁵⁾.

A amostra foi constituída por (n=5) mulheres com idade compreendida entre os 53 e os 87 anos, com diagnóstico de incontinência urinária após a ocorrência de AVC, em fase aguda, admitidas numa Unidade de AVC do Norte durante o período de colheita de dados, apresentados no quadro 1.

Quadro 1 - Cronograma da participação das utentes no estudo

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

As participantes assinaram o termo de consentimento livre esclarecido e os investigadores cumpriram com os princípios éticos e legais decorrentes da investigação, respeitando todos os aspetos éticos presentes na Declaração de Helsínquia⁽²⁶⁾. O estudo decorreu de dezembro de 2021 a fevereiro de 2022, tendo sido aprovado pela Comissão de Ética da Unidade Local de Saúde onde foi desenvolvido.

Os casos foram selecionados de forma não probabilística, por conveniência, pois os investigadores podem selecionar indivíduos que atendem aos critérios de entrada e sejam de fácil acesso, num determinado local e num preciso momento^(27,28).

Assim sendo, foram criados os seguintes critérios de inclusão: ser mulher; ter idade igual ou superior a 50 anos; estar internada na Unidade de AVC durante o período de colheita de dados; apresentar incontinência urinária após o diagnóstico de AVC; obedecer a ordens simples; compreender o que lhe é dito; ser capaz de cumprir o plano de hidratação; ter capacidade de realizar os exercícios de fortalecimento da musculatura pélvica.

No primeiro dia de colheita de dados, antes de iniciar o Programa de Reabilitação na Gestão da Incontinência Urinária (PREGIU), foram aplicados os instrumentos para o efeito, nomeadamente o questionário socio demográfico e clínico e a Escala de Autoeficácia de Broome. O questionário dividido em duas partes: uma com dados sociodemográficos (idade, estado civil, habilitações literárias) e uma segunda parte relacionada com dados clínicos (IMC, antecedentes pessoais, localização, tipo de AVC e a presença de défices); e a Escala de Autoeficácia de Broome, este instrumento divide-se em duas partes e é constituído por 23 itens⁽²⁹⁾. Em cada item de 1 a 14 da parte A os utentes transmitem o nível de confiança que sentem ao realizar determinada atividade sem a ocorrência de perdas de urina. Na parte B, constituída por 9 itens os utentes indicam o nível de confiança que sentem quando contraem os MPP numa determinada tarefa, no intuito de prevenirem perdas de urina⁽²⁹⁾. A escala varia, em ambas as partes, entre 0 (nada confiante) e 100 (muito confiante). Assim sendo, a pontuação final é obtida através da soma de todos os itens das duas partes e dividida pelo número total de itens. Quanto maior for o número obtido, maior é o nível de autoeficácia dos indivíduos. Assim sendo, uma média a baixo dos 33 pontos indica uma baixa autoeficácia; de 33 a 66 pontos assinala uma autoeficácia moderada e acima de 66 pontos aponta para uma elevada autoeficácia⁽²⁹⁾.

Do primeiro ao último dia de colheita, foi utilizado um diário miccional, que permitia registar a hidratação, o volume de urina, a frequência urinária, a quantidade de perdas de urina e a urgência urinária, desde o primeiro dia, durante 24 horas, até ao momento de alta. Quando as utentes tinham alta clínica era novamente aplicada a Escala de Autoeficácia de Broome, a fim de comparar os resultados.

O programa de reabilitação para a gestão da incontinência urinária teve um número de sessões diferentes, de acordo com o tempo de internamento de cada utente e foi constituído pelo plano de exercícios de fortalecimento da musculatura do pavimento pélvico e por modificações comportamentais como: reforço da ingestão hídrica durante o dia e redução a partir da hora do jantar (19h); treino miccional através da programação das idas à casa de banho 2/2 horas durante o dia e 4/4 horas durante a noite.

O plano de exercícios de fortalecimento da musculatura do pavimento pélvico (Quadro 2) tinha duração de aproximadamente 20 minutos, tendo sido executadas pelos enfermeiros de reabilitação, 2 vezes por dia, uma no período da manhã e outra no período da tarde, como se pode constar na seguinte tabela:

Quadro 2 - Plano de exercícios de fortalecimento da musculatura do pavimento pélvico

Número de Repetições	Intervenções	Justificação
Decúbito Dorsal		
-	Ensinar, instruir e treinar a dissociação dos tempos respiratórios	Consciencialização e capacidade de controlo da respiração, diminuindo o gasto energético.
-	Ensinar e incentivar a adoção da posição de relaxamento	Diminuição da tensão muscular e psíquica, proporcionando relaxamento, no intuito de facilitar a capacidade da utente de controlar a respiração, reduzindo a sobrecarga muscular.
10 x 2" e 10"	Em extensão, contrair os músculos do pavimento pélvico, abdómen e glúteos, fazendo pressão sobre a superfície	Fortalecimento dos músculos do pavimento pélvico, adutores, isquiotibiais e glúteos.
10 x 2" e 10"	Realizar o exercício da ponte no momento da expiração	Fortalecimento dos músculos abdominais transversos, isquiotibiais e glúteos.
10 x 2" e 10"	Realizar o exercício da ponte com contração dos músculos do pavimento pélvico no momento da expiração	Fortalecimento dos músculos abdominais transversos, isquiotibiais e glúteos.
10 x 2" e 10"	Com flexão da anca e do joelho, realizar adução dos membros inferiores pressionando a almofada no momento da expiração, contraindo simultaneamente o abdómen e os glúteos.	Fortalecimento dos músculos do pavimento pélvico, adutores, isquiotibiais e glúteos.
10 x 2" e 10"	Com uma bola de pilates, debaixo dos gémeos e os joelhos em flexão a 90°. No momento da inspiração a utente deve contrair os glúteos e elevar a região da anca.	Fortalecimento dos músculos abdominais transversos, isquiotibiais, glúteos, adutores da anca e pavimento pélvico.
Sentada		
10 x 2" e 10"	Cruzar os membros inferiores e contrair o pavimento pélvico no momento da expiração.	Fortalecimento do pavimento pélvico, adutores e glúteos.
10 x 2" e 10"	Sentar numa bola de pilates e contrair o pavimento pélvico (se utente com capacidade)	Fortalecimento do pavimento pélvico, adutores e glúteos.
Posição Ortostática		
10 x 2" e 10"	Contração dos músculos do pavimento pélvico em posição ortostática	Fortalecimento do pavimento pélvico e abdominal transversos.
10 x 2" e 10"	Contração do músculo do pavimento pélvico em anteversão da anca no momento da expiração	Fortalecimento do pavimento pélvico e abdominal transversos.
10 x 2" e 10"	Contração do músculo do pavimento pélvico em retroversão da anca no momento da expiração	Fortalecimento do pavimento pélvico e abdominal transversos.

RESULTADOS

O Quadro 3 demonstra os dados sociodemográficos que caracterizam a amostra.

Para a obtenção de resultados ao longo do estudo, foi utilizado o programa informático SPSS versão 27.

Quadro 3 - Dados Sociodemográficos

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

A amostra consiste em 5 participantes do género feminino. Relativamente ao Estado civil 1 é solteira, 2 são casadas e as outras 2 são viúvas. No que diz respeito à escolaridade 4 completaram o 1º ciclo e 1 terminou o segundo ciclo. Em relação à idade, todas as participantes apresentam idades superiores a 53 anos.

Quadro 4 - Relação entre as variáveis clínicas e os resultados do programa

CASOS	Variáveis Clínicas		Resultados do PREGIU					
			Urgência Urinária		Frequência Urinária		Perdas de Urina	
			Antes do PREGIU	Depois do PREGIU	Antes do PREGIU	Depois do PREGIU	Antes do PREGIU	Depois do PREGIU
Caso 1	Tipo de AVC	Isquémico	Muito	Nenhuma	4	10	Torneira Aberta	Sem Perdas
	Localização do AVC	Sem tradução imagiológica						
	Presença de déficits	HMP, ALME, DS						
	Antecedentes Pessoais	DM, HTA, PC, HE, PN						
	IMC	Normal						
Caso 5	Tipo de AVC	Isquémico	Muita	Nenhuma	6	6	Uma Gota	Sem Perdas
	Localização do AVC	Sem tradução imagiológica						
	Presença de déficits	HMP, ALME						
	Antecedentes Pessoais	DM, HTA, DL, PN						
	IMC	Obesidade grau I						
Caso 7	Tipo de AVC	Isquémico	Muita	Nenhuma	4	6	Torneira Aberta	Sem Perdas
	Localização do AVC	Sem tradução imagiológica						
	Presença de déficits	HMP, ALME, Afasia						
	Antecedentes Pessoais	HTA, PN						
	IMC	Normal						
Caso 8	Tipo de AVC	Hemorrágico	Nenhuma	Nenhuma	6	8	Muitas Gotas	Sem Perdas
	Localização do AVC	Tronco cerebral						
	Presença de déficits	HMP, ALME						
	Antecedentes Pessoais	HTA						
	IMC	Obesidade grau III						
Caso 9	Tipo de AVC	Isquémico	Pouca	Nenhuma	7	8	Uma Gota	Sem Perdas
	Localização do AVC	Sem tradução imagiológica						
	Presença de déficits	Afasia						
	Antecedentes Pessoais	HTA, DL						
	IMC	Obesidade grau I						

ALME – Alterações da marcha e do equilíbrio	DS – Disartria	PC – Patologia Cardíaca
DL – Dislipidemia	HE – Hábitos etílicos	PN – Partos normais
DM – Diabetes Mellitus tipo II	HMP – Hemiplegia/Hemiparesia	PREGIU – Programa de Reabilitação na Gestão da Incontinência Urinária

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

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

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

No que diz respeito ao IMC, 2 participantes eram normais, 2 apresentavam obesidade grau I e 1 tinha obesidade em grau III.

Relativamente à urgência urinária, antes do PREGIU, 3 participantes apresentavam muita (M), 1 apresentava pouca (P) e 1 não apresentava nenhuma (N). Após concluírem o PREGIU nenhuma participante apresentava urgência urinária. Para ser possível calcular médias estas avaliações foram codificadas da seguinte forma: (N/0), (P/1) e (M/2).

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

No que diz respeito a frequência urinária, conclui-se que esta aumentou em todos os casos, 4 utentes, exceto no Caso 5, que se manteve, o que pode ser explicado devido à terapia comportamental que pressupõe que se incentive as utentes a estabelecerem micções programadas no intuito de evitar perdas de urina.

A nível do número de micções de cada caso, verifica-se que durante todo o período de colheita de dados: o caso 1 apresenta uma média de $(7,53 \pm 2,00)$ micções; o caso 5 apresenta uma média de $(6,41 \pm 1,10)$; o caso 7 apresenta uma média de $(6,29 \pm 1,25)$; o caso 8 apresenta uma média de $(7,09 \pm 1,30)$; o caso 9 apresenta uma média de $(7,5 \pm 0,71)$ micções por dia.

Em relação às perdas de urina, antes do PREGIU, 2 participantes apresentavam perdas de urina tipo torneira aberta (TA), 1 apresentava perdas de muitas gotas de urina (MG) e 2 apresentavam perda de uma gota de urina (UG). Depois de concluírem o PREGIU nenhuma utente apresentava perdas de urina. As perdas de urina foram codificadas em: sem perdas de urina (SP/0), (UG/1), (MG/2) e (TA/3), de forma a ser possível calcular médias. Assim sendo, durante todo o período de colheita de dados, o caso 1 apresentou uma média de $(1,91 \pm 1,15)$; o caso 5 apresenta uma média de $(0,48 \pm 0,85)$; o caso 7 apresenta uma média de $(1 \pm 1,12)$; o caso 8 apresenta uma média $(0,55 \pm 0,82)$ e o caso 9 apresenta uma média de $(0,45 \pm 0,69)$.

Na Parte A, da Escala de Autoeficácia de Broome, na 1ª avaliação, todas as participantes pontuaram 0 ± 0 (<33 significa baixa autoeficácia). Contudo, na avaliação final, as pontuações oscilam entre $(82,50 \pm 10,55)$ e $(96,67 \pm 4,92)$ (>66 significa elevada autoeficácia), sendo que o

caso 1 apresenta uma média de $(92,50 \pm 17,65)$; o caso 5 uma média de $(90,83 \pm 11,65)$, o caso 7 uma média de $(90,83 \pm 7,93)$; o caso 8 uma média de $(96,67 \pm 4,92)$ e o caso 9 uma média de $(82,50 \pm 10,55)$. Na 2ª avaliação, todas as utentes apresentaram score de $(90,67 \pm 5,15)$, ou seja, elevada autoeficácia.

Na Parte B, da Escala de Autoeficácia de Broome, na 1ª avaliação a pontuação foi maioritariamente de $(0,00 \pm 0,00)$ (>33 significa menor autoeficácia); exceto o caso 8 apresentou uma média de $(42,86 \pm 18,90)$ (33-66 significa uma autoeficácia moderada). No que diz respeito à 2ª avaliação, todas as participantes apresentam uma elevada autoeficácia (>66 que significa elevada autoeficácia), sendo que o caso 1 apresenta um valor médio de $(74,29 \pm 35,52)$; o caso 5 uma média de $(97,14 \pm 4,88)$; o caso 7 uma média $(87,14 \pm 9,51)$; o caso 8 uma média de $(98,57 \pm 3,78)$ e o caso 9 uma média de $(81,43 \pm 6,90)$.

DISCUSSÃO

Após concluírem o PREGIU nenhuma participante apresentava urgência urinária. Perante estes resultados verifica-se que os 4 elementos da amostra que apresentavam urgência urinária evoluíram positivamente, não apresentando urgência urinária no final do PREGIU. O caso 1 apresentou a maior média de valores de urgência urinária e o caso 9 foi o que expressou menor média de valores da urgência urinária ao longo da aplicação do PREGIU.

Os resultados do nosso estudo demonstram a mais valia de uma intervenção nesta área, sendo também corroborada por outros autores nomeadamente num estudo transversal, sobre o diagnóstico de enfermagem de IU em pacientes com AVC, realizado em ambulatório de neurologia de um hospital público, no período de setembro a novembro de 2013, com uma amostra de 156 pacientes com diagnóstico médico de AVC, selecionados por conveniência, de forma consecutiva, em que também se identificaram relatos de urgência urinária em 90,6% dos participantes⁽¹⁴⁾.

Também num estudo quantitativo sobre a prevalência de incontinência urinária e fatores associados, verificou-se que 33,3% das participantes apresentavam urgência urinária indo de encontro ao presente estudo, reforçando assim a mais valia da intervenção do programa de enfermagem de reabilitação⁽³⁰⁾.

Com o presente estudo pretendeu-se também avaliar as alterações ao nível da frequência urinária em mulheres após a ocorrência do AVC, ao longo das sessões do programa de reabilitação, sendo expectável que esta diminui-se. No entanto, verificou-se que na maioria dos casos a frequência urinária aumentou. Estes resultados podem ser explicados pelos procedimentos referidos anteriormente, no procedimento, porque de facto, fez parte do programa, educar as utentes a irem à casa de banho e tentarem estabelecer a micção através da sua programação, que acontecia de 2/2h durante o dia e 4/4 horas no período noturno, contabilizando-se o incentivo de 10 micções por dia. Desta forma, compreende-se que a principal preocupação durante a implementação do PREGIU foi evitar que as utentes apresentassem urgência urinária e perdas de urina.

A média da frequência urinária ao longo do PREGIU vai de encontro ao estudo quase experimental com exercícios do MPP, realizado em dois grupos utentes com IU após o AVC, revelando que a frequência urinária diária dos participantes no grupo experimental foi de $(7,39 \pm 4,29)$ e o grupo controlo $(8,23 \pm 3,81)$ micções por dia⁽³¹⁾.

Num estudo randomizado em 44 mulheres, dividindo-as em dois grupos e realizando exercícios dos MPP para o tratamento de mulheres com IU, compreende-se, que no grupo experimental a frequência urinária foi de 7,00 antes do programa e de 1,00 micções depois do programa; enquanto no grupo controlo a frequência urinária antes do programa foi de 11 e depois do programa foi de 10 micções por dia⁽³²⁾. O presente estudo não vai de encontro ao estudo mencionado anteriormente, onde houve diminuição da frequência urinária, pois, no presente estudo a frequência urinária aumentou e isto pode ter sido devido à terapia comportamental, em que as utentes foram incentivadas a estabelecerem micções programadas de 2-2 horas durante o dia e 4-4 horas durante a noite⁽³²⁾.

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

Antes do PREGIU, 2 participantes apresentavam perdas de urina tipo TA, 1 apresentava perdas de MG e 2 apresentavam perda de UG.

Os resultados obtidos, vão de encontro a um estudo onde se identificou que 41,5% dos participantes apresentaram perdas involuntárias de pequenos volumes de urina⁽¹⁴⁾. Também num estudo realizado com população feminina incontinente, os resultados indicaram que 74,3% das mulheres apresentavam perdas de urina em pequena quantidade; as restantes 22,5% apresentaram perdas moderadas de urina e 3,2% relataram perdas de urina em grande quantidade⁽³³⁾.

Analisando os valores do Quadro 4, referentes à variação do comportamento das variáveis manipuladas pelo PREGIU (urgência urinária, frequência urinária e perdas de urina), relacionando o primeiro e o último dia do programa, verifica-se que: Após a realização de uma correlação Spearman para estabelecer relações entre as diferentes variáveis T-test para amostras emparelhadas, de forma a comparar os valores antes e depois da intervenção, foi possível constatar que há diferenças estatisticamente significativas antes e depois do programa relativamente à urgência urinária [$t(4) = 3,50$; $p = 0,025$; $d = 1,57$] e às perdas de urina [$t(4) = 4,47$; $p = 0,011$; $d = 2,00$], compreendendo-se que em ambos os casos há melhorias: a média da urgência urinária antes do programa era de $1,40 \pm 0,89$, depois do PREGIU era de $(0,00 \pm 0,00)$; em relação às perdas de urina antes do PREGIU a média era de $(2,00 \pm 1,00)$ e depois do PREGIU a média era de $(0,00 \pm 0,00)$.

Verifica-se também, que o caso 1 é o que apresenta uma urgência urinária mais elevada, bem como uma frequência urinária mais elevada e maiores perdas de urina, o que parece sugerir uma associação entre estas três variáveis. O caso 9 é o que apresenta menor urgência urinária, bem como as menores perdas urinárias; contudo isso não se traduz na frequência urinária que se mostra ser uma das mais elevadas.

Na Parte A, da Escala de Autoeficácia de Broome: Numa análise item a item, verificou-se que o item que apresenta globalmente uma média mais elevada é o item 1 (contrair os músculos pélvicos). Pelo contrário, o item 10 (contrair os músculos pélvicos rapidamente), o item 9 (contrair os músculos pélvicos quando está de pé a lavar os dentes) e o item 11 (contrair os músculos pélvicos quando está triste), são os itens que apresentam a média mais baixa.

Relativamente à avaliação do nível de confiança na realização das contrações dos músculos

pélvicos, sem que ocorram perdas de urina, na avaliação final o caso 9 é o que apresenta o valor mais baixo.

A média das 5 participantes na 2ª avaliação, ou seja, após a implementação do PREGIU, é de $(90,67 \pm 5,15)$, o que significa uma elevada autoeficácia, demonstrando a obtenção de resultados positivos.

No presente estudo todas as utentes apresentaram score superior a 66, a média das 5 participantes na segunda avaliação, ou seja, após a implementação do PREGIU, é de $(90,67 \pm 5,15)$. Um score superior a 66 na escala de autoeficácia de Broome significa elevada autoeficácia⁽²⁹⁾. Num estudo, onde também foi utilizada a escala de autoeficácia de Broome, a amostra estudada apresenta-se apenas um score de 61,42 o que traduz uma autoeficácia moderada, compreende-se que ambos os estudos apresentaram resultados positivos, na confiança de contração da MPP sem que ocorram perdas de urina⁽³⁴⁾.

Na Parte B, da Escala de Autoeficácia de Broome, numa análise item a item, compreende-se que o item em que a média se apresenta mais elevada foi o item 1 (quando sente uma vontade muito forte de urinar). Os itens que apresentam uma média mais baixam foram o item 2 (quando espirra) e o item 8 (quando tosse).

O anteriormente mencionado vai de encontro a um estudo, que verificou que na sua amostra existiam relatos de pequenas quantidades de urina ao espirrar (64,4%) e ao tossir (61,0%)⁽¹⁴⁾.

No presente estudo, compreende-se através das médias obtidas na segunda parte da escala, na avaliação realizada após a aplicação do PREGIU, que todas as utentes apresentaram score superior a 66, o que indica que todas apresentaram uma elevada autoeficácia. Assim, a média de score das 5 participantes do presente estudo é de $(87,71 \pm 10,33)$, o que vai de encontro aos resultados de outro estudo que também utilizou a escala de autoeficácia de Broome, em que a média de score da segunda parte da escala, na amostra estudada foi de 66,19 pontos, apresentado também uma elevada autoeficácia⁽³⁴⁾.

Alguns autores compreendem que a autoeficácia se define como as crenças que cada pessoa possui em relação à capacidade de exercer controle sobre o próprio funcionamento⁽³⁵⁾. Assim sendo, as expectativas de eficácia das pessoas acabam por afetar o seu comportamento.

Dito isto, mostra-se ser importante a criação de programas de reabilitação do pavimento pélvico, no intuito de tratar as disfunções, reabilitando a MPP através de exercícios específicos, de forma a fortalecê-la para que esta recupere a sua funcionalidade, devolvendo a normalidade do tónus e a resposta reflexa, melhorando a qualidade de vida, a autoestima e a vida pessoal da pessoa⁽³⁶⁾.

Conclui-se portanto, que o aumento da autoeficácia da contração da MPP, traduz a potencialização do desempenho dos exercícios, que por sua vez permitem a realização da sua vida quotidiana com mais confiança⁽²⁹⁾.

CONCLUSÃO

Com o presente estudo conclui-se que comparando o primeiro dia do programa e o último, observa-se a obtenção de resultados positivos a nível da: diminuição da urgência urinária e da quantidade de urina perdida, aumento da confiança na realização das contrações

dos músculos pélvicos, sem que ocorram perdas de urina e como prevenção de perdas involuntárias de urina.

A nível da frequência urinária, esperava-se que esta diminuísse ao longo do tempo de implementação do programa de reabilitação na gestão da incontinência urinária. Devido à terapia comportamental, através do planeamento das micções de 2/2h durante o dia e de 4/4h durante a noite, as utentes acabavam por fazer o esvaziamento vesical de forma mais constante no intuito de evitar as perdas de urina.

Com base nos resultados gerais do estudo, compreende-se que a intervenção do enfermeiro especialista em enfermagem de reabilitação em utentes com incontinência urinária após o AVC, traduz-se em ganhos de saúde, que por sua vez melhoram a qualidade de vida dos utentes através do aumento da autoconfiança na contração da musculatura do pavimento pélvico.

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

Relativamente à pesquisa bibliográfica, que fundamentou todo o processo de investigação, compreende-se facilmente que existe uma carência muito grave de estudos na área da incontinência no utente com AVC, tanto a nível geral, como em particular na enfermagem de reabilitação.

Outra limitação é que grande parte dos estudos encontrados sobre a temática, descrevem o impacto que a IU tem em diversas situações, mas raramente descrevem e correlacionam a evolução de um programa de reabilitação. A nível da população portuguesa, não foi encontrado nenhum estudo que avaliasse a intervenção do EEER através de um PREGIU em mulheres com IU após o AVC, o que dificultou a discussão de resultados.

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

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. MELO AMC DE. INTERVENÇÃO DE ENFERMAGEM JUNTO DA PESSOA COM AVC E SUA FAMÍLIA. *Sinais Vitais: A Enfermagem em Revista*. 2016;123:46–55.
2. Instituto Nacional de Estatística. *Causas de Morte em 2018. Destaque informação à Comun Soc*. 2020;1–10.
3. Ministério da Saúde. *Diretrizes de Atenção à Reabilitação da Pessoa com Acidente Vascular Cerebral* [Internet]. Brasília: Editora MS; 2013. 72 p. Disponível em: www.saude.gov.br/bvs
4. Menoita EC, Sousa LM de, Alvo IBP, Vieira CM. *Reabilitar a Pessoa Idosa com AVC: Contributos para um envelhecer resiliente*. Lusodidata, editor. Loures; 2014.
5. Greenberg DA, Aminoff MJ, Simon RP. *Neurologia Clínica*. 8ª. Porto Alegre: Artmed; 2014. 221 p.
6. Moraes M de A, Mussi FC, Muniz LS, Sampaio E e S, Leitão T de S, Santos CA de ST, et al. Caracterização clínica, incapacidade e mortalidade de pessoas com acidente vascular cerebral isquémico em 90 dias. 2022;75(2):1–9.

7. Freitas CV, Capela ILB, Caldas SACS de, Almeida TMG. Abordagem fisioterapêutica da incontinência urinária em idosos na atenção primária em saúde. *Fisioter e Pesqui.* 2020;27(3):264–70.
8. Guedes TSR, Guedes MBOG, de Oliveira HKM, Soares RL, da Cunha VL, Lopes JM, et al. Urinary incontinence in physically active older women of Northeast Brazil. *Int J Environ Res Public Health.* 2021;18(11):1–12.
9. Assis GM, Cristaldi CP, Silva, Martins G. Proposta de protocolo de avaliação e treinamento da musculatura do assoalho pélvico para atendimento à mulher com incontinência urinária. 2021;1–9.
10. Sociedade Portuguesa de Uroginecologia. Consenso Nacional sobre Uroginecologia 2021. Secção Port Uroginecologia [Internet]. 2021;1–331. Disponível em: <https://spginecologia.pt/consenso/11324/>
11. Botelho F, Silva C, Cruz F, Complementar I, Hospitalar A. Incontinência Urinária Feminina Definição e Epidemiologia Tipos de incontinência. *Acta Urológica.* 2007;24:79–82.
12. Ribeiro O, Néné M, Sequeira C. *Enfermagem de Reabilitação: Conceções e Práticas.* 1ª. Lisboa: Lidel; 2021.
13. Gray M, N.Moore K. *Cuidados de Enfermagem em Urologia: No adulto e na criança.* Loures: Lusociência; 2009.
14. Leandro TA, de Araujo TL, Cavalcante TF, Lopes MV de O, de Oliveira TMF, Lopes ACM. Urinary incontinence nursing diagnoses in patients with stroke. *Rev da Esc Enferm.* 2015;49(6):923–30.
15. Júnior AN, Filho MZ, Reis RB dos. *Urologia Fundamental.* São Paulo: Planmark; 2010.
16. Freire AB, Froemming C, Pozzebon NM, Meereis ECW, Braz MM, Pivetta HMF. Efeitos da bandagem funcional sobre a perda urinária e qualidade de vida de mulheres incontinentes. *Fisioter Bras [Internet].* 2017;17(6):526–33. Disponível em: <https://portalatlanticaeditora.com.br/index.php/fisioterapiabrasil/article/view/693/1528>
17. Reis RB dos, Cologna AJ, Martins ACP, Paschoalin EL, Tucci Jr S, Suaid HJ. Incontinência urinária no idoso. *Acta Cir Bras.* 2003;18(suppl 5):47–51.
18. Elaine Cestári C, Henrique Cestári Souza T, Saboia da Silva A. Impact of urinary incontinence in the quality of living of elderly. *Rev Ciência e Estud Acadêmicos Med.* 2017;7:27–37.
19. Ordem dos Enfermeiros. Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista- Reg. nº 140/2019. *Diário da República, 2.ª série Lisboa: Diário da Republica;* 2019 p. 4744–50.
20. OMS. Rehabilitation [Internet]. 2021 [citado 11 de Junho de 2022]. Disponível em: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/rehabilitation>
21. Ordem dos Enfermeiros. Regulamento n.º 392/2019 - Regulamento das Competências específicas do enfermeiro especialista em Enfermagem de Reabilitação. *Diário da República, 2ª série - nº 85 - 3 maio 2019 [Internet].* 2019;13565–8. Disponível em: <https://dre.pt/home/-/dre/122216893/details/maximized>
22. Santos B, Ramos A. Da formação à prática: Importância das Teorias do Autocuidado no Processo de Enfermagem para a melhoria dos cuidados. *J aging Innov.* 2017;6:51–4.
23. Ordem dos Enfermeiros. Ordem dos Enfermeiros. (2010). Regulamento das Competências Especificas do EEER. Ordem Dos Enfermeiros, 5. <https://doi.org/10.1007/s00192-015-2783-9> Regulamento das Competências Especificas do EEER. Ordem dos Enfermeiros [Internet]. 2010;5. Disponível em: http://www.ordemenfermeiros.pt/legislacao/Documents/LegislacaoOE/RegulamentoCompetenciasReabilitacao_aprovadoAG20Nov2010.pdf
24. Marques-Vieira C, Sousa L. *Cuidados de Enfermagem de Reabilitação à Pessoa ao Longo da Vida.* 1ª Edição. Loures: Lusodidacta; 2016.
25. Yin RK. *Case Study Research and Applications: Design and Methods.* 6ª. India: SAGE; 2018.
26. Associação Médica Mundial. Declaração de Helsinque da Associação Médica Mundial- Princípios Éticos para Pesquisa Médica Envolvendo Seres Humanos [Internet]. Fortaleza, Brasil; 2013. p. 6. Disponível em: http://www.amb.org.br/_arquivos/_downloads/491535001395167888_DoHBrazilianPortugueseVersionRev.pdf
27. Hulley SB, Cummings SR, Browner WS, Grady DG, Newman TB. *Delineando a Pesquisa Clínica.* 3ª. Porto Alegre: Artmed; 2008.
28. Fortin MF. *Fundamentos e Etapas do Processo de Investigação.* Montreal: Lusodidacta; 2009.

29. Branquinho N, Marques A, Robalo L. Contributo para a Adaptação e Validação do Instrumento de Medida “Escala de Auto-Eficácia de Broome para Exercícios da Musculatura do Pavimento Pélvico”. EssFisionline. Outubro de 2007;
30. Oliveira TM de, Valdez FML, Lima KE dos S, Magalhães MS, Abdon APV, Bezerra IN. Prevalência de incontinência urinária e fatores associados em mulheres no climatério em uma unidade de atenção primária à saúde. Rev Bras em Promoção da Saúde. 2015;28(4):606–12.
31. Arkan G, Beser A, Ozturk V, Bozkurt O, Gulbahar S. Effects on urinary outcome of patients and caregivers’ burden of pelvic floor muscle exercises based on the health belief model done at home by post-stroke patients. Top Stroke Rehabil [Internet]. 2019;26(2):128–35. Disponível em: <https://doi.org/10.1080/10749357.2018.1552741>
32. ZanettiMRD, Castro R de A, Rotta AL, dos Santos PD, Sartori M, Girão MJBC. Impact of supervised physiotherapeutic pelvic floor exercises for treating female stress urinary incontinence. Sao Paulo Med J. 2007;125(5):265–9.
33. Xu D, Wang X, Li J, Wang K. The mediating effect of «bothersome» urinary incontinence on help-seeking intentions among community-dwelling women. J Adv Nurs. 2015;71(2):315–25.
34. Sánchez EMM, Serrano CMS, Almeida MD la C, Mohedo ED, Martínez RC. Spanish version of the Broome pelvic muscle self-efficacy scale: Validity and reliability. Phys Ther. 2013;93(12):1696–706.
35. Sacomori C, Cardoso FL, Porto IP, Negri NB. The development and psychometric evaluation of a self-efficacy scale for practicing pelvic floor exercises. Brazilian J Phys Ther. 2013;17(4):336–42.
36. Squinello L, Nogueira V, Jardim A. Disfunções do assoalho pélvico : o caso específico dos problemas urinários Pelvic floor dysfunctions : the specific case of urinary problems. 2022;44679–90.

DIVULGAÇÕES ÉTICAS

Financiamento: Este trabalho não recebeu nenhuma contribuição financeira ou bolsa.

Comissão de Ética: Estudo autorizado pela Comissão de Ética da ULSAM

Declaração de consentimento informado: O consentimento informado por escrito para publicar este trabalho foi obtido dos participantes.

Conflitos de interesse: Os autores declaram não coexistirem conflitos de interesses.

Proveniência e revisão por pares: Não comissionado; revisto externamente por pares.

Contribuição do(s) autor(es): Concetualização: M.B.,S.F.,C.M,A.C,A.L; Curadoria dos dados: M.B.,S.F.,C.M,A.C,A.L; Análise formal: M.B.,S.F.,C.M,A.C,A.L.; Aquisição de financiamento: M.B.,S.F.,C.M,A.C,A.L. ; Investigação: M.B.,S.F.,C.M,A.C,A.L; Metodologia: M.B.,S.F.,C.M,A.C,A.L.; Administração do projeto: M.B.,S.F.,C.M,A.C,A.L; Recursos: M.B.,S.F.,C.M,A.C,A.L; Software: M.B.,S.F.,C.M,A.C,A.L; Supervisão: M.B.,S.F.,C.M,A.C,A.L; Validação: M.B.,S.F.,C.M,A.C,A.L; Visualização: M.B.,S.F.,C.M,A.C,A.L; Redação do rascunho original: M.B.,S.F.,C.M,A.C,A.L.; Redação - revisão e edição: M.B.,S.F.,C.M,A.C,A.L

Todos os autores leram e concordaram com a versão publicada do manuscrito.