



Lidel Enfermagem

Enfermagem de **Reabilitação**

Conceções e Práticas

+ de
250 intervenções
680 imagens
a cores

Coordenação:
Olga Ribeiro

Direção da coleção:
Manuela Néné | Carlos Sequeira



Enfermagem de Reabilitação

Conceções e Práticas

COORDENAÇÃO

Olga Ribeiro



Lidel – edições técnicas, lda.
www.lidel.pt

EDIÇÃO E DISTRIBUIÇÃO

Lidel – Edições Técnicas, Lda.
Rua D. Estefânia, 183, r/c Dto. – 1049-057 Lisboa
Tel: +351 213 511 448
lidel@lidel.pt
Projetos de edição: editoriais@lidel.pt
www.lidel.pt

LIVRARIA

Av. Praia da Vitória, 14A – 1000-247 Lisboa
Tel: +351 213 541 418
livraria@lidel.pt

Copyright © 2021, Lidel – Edições Técnicas, Lda.
ISBN edição impressa: 978-989-752-723-4
1.ª edição impressa: setembro 2021

Paginação: Mónica Gonçalves
Impressão e acabamento: Caflesa – Soluções Gráficas, Lda. – Venda do Pinheiro
Dep. Legal n.º 488519/21

Capa: José Manuel Reis
Foto da capa: © Prazis Images

Direção da coleção: Manuela Néné e Carlos Sequeira

Todos os nossos livros passam por um rigoroso controlo de qualidade, no entanto aconselhamos a consulta periódica do nosso *site* (www.lidel.pt) para fazer o *download* de eventuais correções.

Não nos responsabilizamos por desatualizações das hiperligações presentes nesta obra, que foram verificadas à data de publicação da mesma.

Os nomes comerciais referenciados neste livro têm patente registada.



Reservados todos os direitos. Esta publicação não pode ser reproduzida, nem transmitida, no todo ou em parte, por qualquer processo eletrónico, mecânico, fotocópia, digitalização, gravação, sistema de armazenamento e disponibilização de informação, sítio Web, blogue ou outros, sem prévia autorização escrita da Editora, exceto o permitido pelo CDADC, em termos de cópia privada pela AGECOP – Associação para a Gestão, através do pagamento das respetivas taxas.

IV PROGRAMAS DE ENFERMAGEM DE REABILITAÇÃO	451
19 PROGRAMA DE EDUCAÇÃO POSTURAL EM SAÚDE ESCOLAR	452
<i>Maria João Matos, Catarina Barreiras</i>	
20 PROGRAMA DE PREVENÇÃO DE LESÕES MUSCULOESQUELÉTICAS EM PROFISSIONAIS DE SAÚDE	474
<i>Andreia Magalhães, Daniela Chamusca, Isabel Leitão, Joana Capelo, Mariana Gonçalves e Silva, Virgínia Pereira</i>	
21 PROGRAMA DE ENVELHECIMENTO ATIVO E SAUDÁVEL EM CONTEXTO COMUNITÁRIO	483
<i>Ana Faria, Maria Manuela Martins, Olga Ribeiro, Bárbara Gomes</i>	
22 PROGRAMA DE TREINO DE EQUILÍBRIO PARA PESSOAS IDOSAS	494
<i>Sérgio Garcia, Marisa Cunha, André Novo</i>	
23 PROGRAMA PARA ADAPTAÇÃO DA PESSOA À POSIÇÃO ORTOSTÁTICA COM RECURSO A PLANO INCLINADO	509
<i>José Alberto Pereira, Jacinta Marta Carvalho, Isabel Lopes Ferreira, Ana Rita Silva</i>	
24 PROGRAMA DE REGULAÇÃO SENSORIAL À PESSOA COM DISTÚRPIO DA CONSCIÊNCIA	520
<i>Vanda Lopes da Costa, Margarete Seixas, Cátia Silva</i>	
25 PROGRAMA DE REABILITAÇÃO COM INTEGRAÇÃO DE RITMO	540
<i>Raquel Alexandra Silva, Patrícia Araújo, Goreti Marques</i>	
26 PROGRAMA PARA A REEDUCAÇÃO DA FUNÇÃO ALIMENTAÇÃO	550
<i>Anusca Moreira, Hugo Neves, Nuno Lucas, Raquel Alexandra Silva, Sandra Galante</i>	
27 PROGRAMA DE ENFERMAGEM DE REABILITAÇÃO À PESSOA COM OXIGENAÇÃO POR MEMBRANA EXTRACORPORAL	564
<i>Ana Pires, Ana Rocha, Daniel Bamonde, José Macedo, Pedro Alçada Guimarães</i>	
28 PROGRAMA DE ENFERMAGEM DE REABILITAÇÃO CARDÍACA INTRA-HOSPITALAR	576
<i>Ana Vermelho, Sandra Pestana</i>	
29 PROGRAMA DE REABILITAÇÃO RESPIRATÓRIA À PESSOA COM DOENÇA PULMONAR OBSTRUTIVA CRÓNICA NA COMUNIDADE	600
<i>Liliana Silva, Ângela Mota, Lara Teixeira Lemos, Mariana Santos</i>	
30 PROGRAMA DE ENFERMAGEM DE REABILITAÇÃO À PESSOA COM ASMA: CAPACITAÇÃO PARA A AUTOGESTÃO DA DOENÇA.....	613
<i>Liliana Silva, Ângela Mota, Lara Teixeira Lemos, Mariana Santos</i>	
31 PROGRAMA DE ENFERMAGEM DE REABILITAÇÃO À MULHER SUBMETIDA A CIRURGIA DE MAMA	620
<i>Tânia Rodrigues, Bárbara Gomes</i>	
32 PROGRAMA DE ENFERMAGEM DE REABILITAÇÃO À MULHER IDOSA COM INCONTINÊNCIA URINÁRIA	627
<i>Marisa Cunha, Sérgio Garcia, André Novo</i>	
33 PROGRAMA DE ENFERMAGEM DE REABILITAÇÃO AO HOMEM COM AFEÇÃO DO PAVIMENTO PÉLVICO	640
<i>João Ventura, Marisa Ramos, Vítor Pereira, Olga Ribeiro</i>	

Ana Rita Silva

Enfermeira Especialista em Enfermagem de Reabilitação no Serviço de Medicina Intensiva 8: Neurocríticos do Centro Hospitalar e Universitário de São João, EPE

Ana Rocha

Enfermeira Especialista em Enfermagem de Reabilitação no Serviço de Medicina Intensiva do Centro Hospitalar e Universitário de São João, EPE; Pós-graduada em Saúde e Envelhecimento

Ana Vermelho

Enfermeira Especialista em Enfermagem de Reabilitação nos Serviços de Cuidados Intensivos e Intermédios de Cardiologia do Centro Hospitalar de Vila Nova de Gaia/Espinho, EPE; Coautora do *Guia Orientador de Boa Prática de Enfermagem de Reabilitação em Reabilitação Cardíaca* da Ordem dos Enfermeiros (2020)

André Novo

Professor Adjunto e Diretor do Curso de Licenciatura em Enfermagem na Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Bragança; Membro da Comissão Científica do Mestrado em Enfermagem de Reabilitação na Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Bragança; Investigador integrado no grupo de investigação NursID: Inovação e Desenvolvimento em Enfermagem do CINTESIS – Centro de Investigação em Tecnologias e Serviços de Saúde

Andreia Magalhães

Enfermeira Especialista em Enfermagem de Reabilitação no Serviço de Medicina Mulheres no Centro Hospitalar e Universitário de São João, EPE

Ângela Mota

Enfermeira Especialista em Enfermagem de Reabilitação na Unidade de Cuidados na Comunidade Leça da Palmeira da Unidade Local de Saúde de Matosinhos, EPE

Anusca Moreira

Enfermeira Especialista em Enfermagem de Reabilitação na Unidade de Cuidados na Comunidade Feira Norte - ACeS Entre Douro e Vouga I; Mestre em Enfermagem de Reabilitação

Artur Pacheco

Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação no Serviço de Medicina Intensiva no Centro Hospitalar e Universitário de São João, EPE; Mestre em Ciências de Enfermagem pelo Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar da Universidade do Porto

Bárbara Gomes

Professora Coordenadora da Escola Superior de Enfermagem do Porto; Enfermeira Especialista em Enfermagem de Reabilitação

Bruno Delgado

Professor Adjunto na Escola Superior de Saúde Norte da Cruz Vermelha Portuguesa; Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação no Serviço de Cardiologia do Centro Hospitalar Universitário do Porto e Hospital Lusíadas Porto; Doutorado em Ciências de Enfermagem pelo Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar da Universidade do Porto

32 Programa de enfermagem de reabilitação à mulher idosa com incontinência urinária

Marisa Cunha, Sérgio Garcia, André Novo

NOTA INTRODUTÓRIA

De acordo com a Associação Portuguesa de Urologia (2018), estima-se que atualmente existam em Portugal mais de 600 mil pessoas com incontinência urinária (IU), sendo que apenas 10% recorrem a ajuda.

A IU, segundo a International Continence Society (ICS), é caracterizada pela queixa de perda involuntária de urina (D'Ancona et al., 2019). É reconhecida como uma das grandes síndromes geriátricas (Morais, 2010), pois afeta a independência da pessoa idosa e compromete a sua condição de saúde e qualidade de vida (Rebouças, 2013). A ocorrência de IU aumenta exponencialmente com o avançar da idade, devido à deterioração dos sistemas que asseguram a continência urinária, afetando predominantemente o género feminino (Melo et al., 2017).

No que diz respeito à reabilitação, a Ordem dos Enfermeiros (OE) (OE, 2010) apresenta os processos de eliminação como sendo do domínio da intervenção do enfermeiro especialista em enfermagem de reabilitação (EEER). Esta perspetiva também é partilhada na literatura, com vários autores a afirmarem que a prestação de cuidados de enfermagem especializados a pessoas com incontinência urinária é uma prioridade para o EEER (Pires, 2000; Rocha, & Redol, 2017).

DA INCONTINÊNCIA URINÁRIA À REABILITAÇÃO DO PAVIMENTO PÉLVICO

Os dados epidemiológicos existentes em relação à IU são muito variáveis, estando os mesmos relacionados com as diferenças entre os estudos realizados, cujas variáveis (faixa etária, tipo de população e métodos utilizados) são muito díspares.

Em todo o mundo, cerca de 250 milhões de pessoas sofrem com esta condição de saúde (Kiliç, 2016).

Com o avançar da idade, há um aumento da sua prevalência, encontrando-se uma variabilidade a nível mundial entre 8,5-68,8% (Seshan et al., 2013). Segundo Parker e Griebing (2015), a IU acomete 17-24% de mulheres com idade superior a 65 anos e aproximadamente 75% com idade superior a 75 anos.

De acordo com a Sociedade Portuguesa de Ginecologia (2018), trata-se de uma condição pouco relatada e subdiagnosticada, levando a que grande parte das pessoas não beneficie de cuidados adequados, sendo que só cerca de 25-61% procuram tratamento.

A IU apresenta um impacto significativo na própria pessoa, nos seus cuidadores e nos sistemas de cuidados de saúde (Gibson W. et al., 2014), sendo que varia de acordo com a idade, o género, o tipo de incontinência, as estratégias de *coping* e a qualidade do suporte social (Becher et al., 2013). Afeta profundamente o bem-estar e a qualidade de vida, e nas mulheres leva frequentemente a depressão, ansiedade, isolamento social e dificuldades laborais (Sociedade Portuguesa de Ginecologia, 2018).

Apesar de a IU poder ocorrer em qualquer idade, afeta predominantemente os idosos, encontrando-se associada a outras morbilidades, como infeções perineais, perturbação do sono, quedas, fraturas (Sociedade Portuguesa de Ginecologia, 2018), internamento hospitalar (Giraldo et al., 2019), dermatites, que podem conduzir ao aparecimento de úlceras de pressão (Mota et al., 2014), e a um aumento da mortalidade geral (Amancio et al., 2019).

Conforme as circunstâncias em que ocorre, a IU pode ser categorizada em vários subtipos (Sociedade Portuguesa de Ginecologia, 2018):

- ▶ IU de esforço: associada ao esforço físico, como tosse, espirro e prática de atividades desportivas;
- ▶ IU de urgência: associada à urgência em urinar;
- ▶ IU mista: apresenta sintomas de IU de esforço e de IU de urgência;
- ▶ IU postural: ocorre com a mudança de posição corporal;
- ▶ IU associada à retenção crónica: ligada ao esvaziamento vesical incompleto;
- ▶ Enurese: ocorre durante o sono;
- ▶ IU contínua: ocorre de forma contínua;
- ▶ IU insensível: o indivíduo não sabe como esta ocorre;
- ▶ IU coital: ocorre durante o coito;
- ▶ IU funcional: existe integridade do trato urinário inferior, no entanto, há uma impossibilidade de chegar a tempo à casa de banho, por défice cognitivo, funcional ou de mobilidade;
- ▶ IU multifatorial: provocada pela interação de múltiplos fatores de risco, como medicação, comorbilidades, alterações fisiológicas provocadas pelo envelhecimento e fatores ambientais.

Dos vários tipos de IU, a mais prevalente no sexo feminino é a incontinência urinária de esforço (IUE), por razões anatómicas, vasculares e tróficas da uretra (Valente et al., 2015). O aumento da prevalência da IU nas mulheres deve-se a vários fatores, como idade (a gravidade da IU aumenta com a idade), obesidade (é o fator de risco mais associado à IU, sendo que mulheres obesas têm um risco três vezes superior, quando comparadas com mulheres não obesas), paridade (número de partos), gravidez e via de parto (mulheres com parto vaginal têm maior risco), terapêutica hormonal pós-menopausa (os estrogénios sistémicos, associados ou não a progestativos, causam aumento da incidência de IU e após quatro anos de terapêutica há agravamento da preexistente),

histerectomia (a perda de suporte do pavimento pélvico na altura da cirurgia pode ser o mecanismo implicado), nível socioeconómico (mulheres com um nível socioeconómico mais elevado procuram com mais frequência ajuda), exercício físico (atividades de alto impacto) e comorbilidades (diabetes, acidente vascular cerebral, depressão, incontinência fecal, radioterapia, estado funcional comprometido, infeções urinárias recorrentes, sintomas urinários na infância, incluindo enurese, e défice cognitivo/demência) (Sociedade Portuguesa de Ginecologia, 2018).

Apesar da importância da IU, existem ainda poucos estudos que reflitam a realidade portuguesa. Em 2008, foi realizado um estudo em adultos não institucionalizados, pelo Serviço de Higiene e Epidemiologia da Faculdade de Medicina da Universidade do Porto (FMUP), que demonstrou que a prevalência da IU em mulheres dos 60 aos 79 anos era de 26%, sendo de 20,9% acima dos 79 anos. Este estudo também concluiu que a prevalência da IUE é 5-7 vezes mais elevada nas mulheres, em relação aos restantes tipos de IU.

A continência urinária é o resultado da sinergia entre a integridade do sistema nervoso e a coordenação e função do trato urinário inferior (Abrams, 2013). A perceção do enchimento da bexiga e o início de micção requerem que haja sincronização do sistema nervoso, dos músculos da bexiga, dos esfíncteres e do pavimento pélvico (Abrams, 2013).

Atualmente, a teoria mais aceite para explicar a IUE é a teoria integral da IU, que refere que a continência é assegurada por três principais mecanismos (Reis, 2016):

- ▶ Contração do músculo pubo coccígeo, que eleva a parede anterior da vagina contra a uretra, encerrando-a;
- ▶ Encerramento do colo vesical pela tração ínfero-posterior exercida pela parede da vagina adjacente;

- ▶ Contração da musculatura pélvica, elevando a “cama de rede” suburetral que leva ao encerramento da uretra.

Esta teoria considera que a perda destes mecanismos, com a lassidão do pavimento pélvico, leva à IUE. Assim, o pavimento pélvico faz parte do sistema extrínseco de suporte da uretra e da vagina que garante a continência urinária, quando combinado com o mecanismo de encerramento do esfíncter urinário intrínseco. Estes mecanismos mantêm a pressão de encerramento uretral maior do que a pressão intravesical, e caso isso não aconteça, surge a IUE. Este tipo de incontinência ocorre devido ao aumento da pressão intra-abdominal, associada à incapacidade de os músculos do pavimento pélvico responderem a esse aumento de pressão (Chermansky et al., 2016).

O pavimento pélvico feminino é constituído por músculos e ligamentos que delimitam a porção inferior da pelve, dividindo-se em três porções: anterior (perfurada pelo óstio da uretra), média (óstio vaginal) e posterior (reto e ânus). É composto por estruturas de sustentação: diafragma pélvico (músculo elevador do ânus e sua fáschia), diafragma urogenital (músculo bulbocavernoso, transverso superficial e isquiocavernoso e suas fâscias) e fâscias pélvicas (ligamento pubovesical, redondo do útero, uterossacro e ligamento cervical transverso). As suas fibras musculares são dos tipo I e II. As do tipo I representam 70% e são de contração lenta; as do tipo II representam 30% e são de contração rápida (Glisoi, & Girelli, 2011).

A função do pavimento pélvico é suportar os órgãos pélvicos e abdominais, evitar distopias genitais, resistir ao aumento da pressão intra-abdominal (auxiliando na continência) e sustentar o peso do feto durante a gestação, além de ajudar a expulsá-lo no momento do parto, sendo também importante para a função sexual (Carneiro et al., 2016).

Apesar das alterações do trato urinário inferior relacionadas com a idade não causarem incontinência urinária, conduzem a que esta ocorra com mais facilidade. Assim, apesar de ser mais comum na população idosa, a IU não deve ser considerada como parte do processo normal de envelhecimento (Mota et al., 2014).

A abordagem da IU varia de menos invasiva, com recurso a tratamento conservador e a tratamento farmacológico, até mais invasiva, com recurso a cirurgia.

A abordagem conservadora é recomendada como a primeira forma de tratamento e inclui meios físicos, comportamentais e psicológicos, muitas vezes realizados de forma combinada (National Institute for Healthcare, 2013). Esta abordagem tem a vantagem de não ter efeitos colaterais, ser de baixo custo e ter pouca complexidade.

Neste âmbito, os programas de reabilitação para a IU devem ser orientados por profissionais de saúde da área da reabilitação, nomeadamente por EEER, usando exercícios específicos para recuperar ou melhorar o controlo e função dos músculos do pavimento pélvico (MPP). O treino destes músculos envolve a contração e relaxamento voluntário repetitivo e seletivo dos MPP, que, além de serem ensinados pelos profissionais, podem ser concretizados de forma independente e regular pelas mulheres afetadas, melhorando a força, a resistência e a coordenação desses músculos (Alves et al., 2015; Dumoulin et al., 2014).

Os tratamentos minimamente invasivos ou conservadores, nos quais se inclui a reabilitação, são defendidos como tratamentos de primeira linha para IU (Cacciari, Dumoulin, & Hay-Smith, 2019; Aoki et al., 2017). O sucesso e a eficácia do tratamento devem ser determinados pelas melhorias, dentro de uma ampla variedade de parâmetros emocionais e sociais, com impacto importante no dia a dia das pessoas (Sociedade Portuguesa de Ginecologia, 2018). Torna-se assim

importante avaliar a sua qualidade de vida, podendo recorrer-se à utilização de questionários que serão preenchidos pelos próprios ou pelos seus cuidadores/familiares cuidadores (Sociedade Portuguesa de Ginecologia, 2018).

Segundo a Organização Mundial da Saúde (OMS), a qualidade de vida é “a perceção do indivíduo sobre a sua posição na vida, no contexto de cultura e sistema de valores nos quais está inserido e em relação aos seus objetivos, expectativas, padrões e preocupações”. É um conceito amplo que abrange aspetos da “saúde física, do estado psicológico, do nível de independência, das relações sociais, das crenças pessoais e da relação com aspetos significativos do meio ambiente” (WHOQOL Group, 1995, p. 1405).

Para avaliar a qualidade de vida pode ser utilizado o *King's Health Questionnaire* (KHQ), que foi validado em 37 países, incluindo Portugal, e demonstrou ser um instrumento reprodutivo e de simples aplicação para avaliar a qualidade de vida em mulheres com IU. Avalia aspetos que incluem o estado geral de saúde, sintomas urinários e o impacto da IU em diferentes áreas, como a vida pessoal, social e profissional, perturbações emocionais e distúrbios de sono (Sociedade Portuguesa de Ginecologia, 2018).

A IU também é responsável por um significativo impacto económico, tanto para o poder público, como para as mulheres afetadas e seus familiares. Esse impacto está associado a custos diretos, como os gastos com diagnóstico, produtos de higiene, tratamentos e gastos associados às comorbilidades, a custos indiretos, como ordenados perdidos, perda de produtividade e mortalidade, e a custos intangíveis, como os provocados pela dor e pelo sofrimento (Milsom et al., 2014).

A MULHER IDOSA COM INCONTINÊNCIA URINÁRIA: CONTRIBUTOS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA EM ENFERMAGEM DE REABILITAÇÃO

Os sintomas de IU podem levar a vergonha, fobia social, isolamento social e dificuldade na realização das atividades da vida diária. Podem gerar problemas económicos e baixos níveis de motivação, de bem-estar, de crescimento pessoal, de respeito por si próprio, de autoconfiança e de estados subjetivos de saúde (Kwak, Kwon, & Kim, 2015).

Altamente incapacitante e onerosa, pode levar a mulher idosa à institucionalização, a maior tempo de internamento hospitalar, a quedas ou a fraturas, entre outros fatores que aumentam a fragilidade, afetando diretamente a qualidade de vida (Giraldo et al., 2019; Wang et al., 2017) e levando a um aumento da mortalidade geral (Amancio et al., 2019).

A qualidade de vida das mulheres idosas é afetada de forma significativa, levando ao isolamento social e a problemas conjugais e familiares (Matos et al., 2019). Por considerarem a IU um processo fisiológico do envelhecimento, por não considerarem o problema suficientemente grave para procurar assistência e pelo medo de serem estereotipadas, as mulheres não relatam aos profissionais de saúde os seus sintomas (Silay et al., 2016).

A IU é também muitas vezes negligenciada pelos profissionais de saúde (Alves et al., 2013), não havendo uma preocupação quanto à pesquisa de sintomas relacionados com a mesma; quando o fazem, não sabem que conduta adotar mediante a situação (Barbosa et al., 2009). Todas estas variáveis têm implicação no subdiagnóstico da IU (Alves et al., 2013).

Para muitos cuidadores/familiares cuidadores, o impacto da IU excede o de muitas outras condições, como diabetes, acidente vascular cerebral e artrite (Vaughan et al., 2011).

O EEER tem ao seu dispor inúmeras estratégias de intervenção, considerando-se que a sua concretização deve incidir sobre procedimentos menos invasivos e mais seguros, tendo em consideração a incapacidade da pessoa, a relação custo/eficácia, a complexidade técnica e as complicações (Rocha, & Redol, 2017).

Para o tratamento da IU, as técnicas comportamentais correspondem a intervenções que o EEER deverá mobilizar nos seus planos de cuidados, pois são consideradas por vários autores intervenções autónomas do EEER. Têm como objetivos diminuir o número e a intensidade da ocorrência de episódios de IU e não condicionarem a realização de outros tratamentos futuros (Pires, 2000; Rocha, & Redol, 2017). Cabe ao EEER estabelecer, em parceria com a pessoa, objetivos realistas e atingíveis de forma gradual (Thompson, 2004).

A reabilitação assume um importante papel, tendo os objetivos de aumentar a resistência dos MPP, prevenir a evolução da IU, contribuir para a redução da frequência ou gravidade da doença ou retardar a necessidade de cirurgia (Oliveira et al., 2011).

A intervenção mais evidenciada na literatura corresponde aos exercícios de fortalecimento dos MPP (ou exercícios de Kegel). Quando se realizam estes exercícios, é provocada uma contração do músculo coccígeo, o que contribui para melhorar a resistência da uretra, promovendo, por um lado, o seu encerramento e, por outro lado, o fortalecimento da musculatura periuretral voluntária e pélvica (Santos, 2012; Rocha, & Redol, 2017). O tratamento deve ser sempre individualizado, levando geralmente a um alívio satisfatório e/ou cura (Hersh, & Salzman, 2013).

O primeiro passo no tratamento da IU será perceber as preferências e objetivos das mulheres idosas em relação ao seu tratamento. Algumas poderão ficar satisfeitas com a utilização de produtos absorventes, outras poderão desejar alcançar a continência completa (Vaughan et al., 2011). Numa revisão sistemática com meta-análise, realizada por Moroni e colaboradores (2016), foi confirmado que os exercícios para treinar os MPP são eficazes para o tratamento da IUE, sendo esta considerada a melhor opção de tratamento, pois resulta numa melhoria da qualidade de vida de mulheres incontinentes. Além disso, evidências mostraram que os exercícios para o pavimento pélvico, quando realizados sob a supervisão de um profissional, pelo menos uma vez por semana, apresentaram melhores resultados do que quando realizados em domicílio sem supervisão (Hay-Smith et al., 2012).

Assim, a intervenção do EEER deve iniciar-se pela avaliação da qualidade de vida das mulheres idosas, com a aplicação do questionário KHQ para obter uma maior compreensão sobre o impacto da IU na sua vida, bem como a sua perceção em relação ao seu estado de saúde. Este questionário também será aplicado no final do tratamento para avaliar a resposta ao mesmo (Nyström et al., 2015). É constituído por várias questões, divididas em oito domínios: perceção geral de saúde, impacto da incontinência, limitação de atividades diárias, limitações físicas e sociais, relações pessoais, emoções, sono e disposição. Além desses domínios, existem duas escalas independentes: uma avalia a gravidade da incontinência (medidas de gravidade); a outra a presença e a intensidade dos sintomas urinários. As escalas são do tipo Likert, graduadas em quatro ou cinco opções de resposta. O KHQ é pontuado por cada um dos seus domínios, sendo que os valores variam de 0 a 100; quanto maior a pontuação, pior é a qualidade de vida referente a esse domínio.

O exame físico deve ser realizado de forma a visualizar e caracterizar a perda de urina aos esforços, avaliar a presença de prolapso genitais, pesquisar sinais de atrofia genital e realizar a avaliação funcional do pavimento pélvico (Mateus-Vasconcelos et al., 2017).

A avaliação funcional do pavimento pélvico dá-nos a noção da capacidade de contração da musculatura pélvica. A contração correta dos MPP é perceptível através da palpação vaginal manual, que, através da contração, permite ao examinador ter a perceção da elevação e pressão sob o seu dedo (Mateus-Vasconcelos et al., 2017). É realizada com a mulher em posição ginecológica, sendo que para a avaliação deve introduzir-se o dedo indicador e o médio cerca de 3-4

cm dentro da vagina e solicitar que a mulher contraia e mantenha a contração dos MPP. Durante a contração voluntária, avalia-se a força destes músculos através da escala de Oxford modificada (Tabela 32.1), que varia de 0 a 5, em que no *score* 0 há uma ausência de resposta muscular dos músculos perineais e no 5 há uma contração forte, com uma compressão firme dos dedos do examinador e movimento positivo em direção à sínfise púbica (Girão et al., 2015).

A avaliação funcional do pavimento pélvico é realizada antes de iniciar o treino e reavaliada na sexta e na 12.^a sessões, pois normalmente os resultados só surgem entre a quarta e a sexta sessões (Pires, 2000; Santos, 2012; Newman, 2014).

Força	Descritivo
Grau 0	Ausência de resposta muscular dos músculos perineais
Grau 1	Presença de contração da musculatura perineal não sustentada
Grau 2	Presença de contração de pequena intensidade, mas que se sustenta
Grau 3	Contração moderada, sentida como um aumento da pressão vaginal, comprimindo os dedos e apresentando pequena elevação da parede vaginal
Grau 4	Contração satisfatória que aperta os dedos do examinador e elevação da parede vaginal em direção à sínfise púbica
Grau 5	Contração forte e compressão firme dos dedos do examinador com movimento positivo da parede vaginal em direção à sínfise púbica

Adaptado de Girão et al. (2015)

Para avaliação da gravidade da incontinência urinária usa-se o diário miccional e o *pad-test* (Freire, 2017). O diário miccional deverá ser preenchido diariamente para que se possa precisar com maior exatidão o historial de micções e avaliar, no final do programa, a eficácia do mesmo (Khandelwal et al., 2013).

Neste diário são registados os líquidos ingeridos, a rotina miccional, que inclui a frequência das micções e das perdas urinárias, e o volume de urina eliminado e perdido, bem como possíveis atividades associadas à perda (Freire, 2017) (Tabela 32.2).

TABELA 32.2

Quadro miccional

Hora	Líquidos ingeridos	Urgência miccional	Volume miccional	Perdas de urina	Chegou ao WC?	Contexto
8:00 h	1 chávena de café					
9:00 h		Sim	250cc	Não	Sim	Vestir-me
10:30 h	1 copo de água					
11:30 h		Sim	150cc	Umhas gotas	Não	Passar a ferro
13:00 h	2 copos de água					Almoço
14:00 h		Não	200cc	Não	Sim	Ver TV
Etc...						

Para quantificar o volume de urina perdido realiza-se o *pad-test*, que terá a duração de uma hora (Freire, 2017). Neste teste, pesa-se o penso absorvente antes de o colocar; posteriormente, a utente deve fazer esforço abdominal, como tossir ou simular a manobra de Valsalva, usando o penso absorvente. No final, pesa-se o penso para determinar a quantidade de urina perdida (Abrams, 2013).

PROGRAMAS DE REABILITAÇÃO DO PAVIMENTO PÉLVICO

Os programas de reabilitação do pavimento pélvico têm como objetivo aumentar a capacidade máxima de uma contração voluntária dos MPP, trabalhar a resistência, promover melhorias na capacidade de repetição das contrações e/ou sustentação dos MPP e incrementar a coordenação motora dos MPP, através da resposta de ativação muscular antes e durante o esforço. No entanto, para que a resposta dos MPP seja mais eficaz é importante a conjugação dos três objetivos (Hay-Smith et al., 2012). No sentido de serem o mais eficazes possível, os protocolos de treino devem ter como princípios de progressão a sobrecarga crescente, a especificidade e a variação. Genericamente, incluem-se ações concêntricas (trabalham

o encurtamento muscular), ações excêntricas (trabalham em alongamento muscular) e ações isométricas (não alteram a extensão muscular) (Ratamess et al., 2009).

O mecanismo principal do treino do pavimento pélvico baseia-se no aumento de força, *endurance*, massa muscular, resistência, tempo de contração muscular e relaxamento, de forma a ter capacidade de sustentar o movimento que existe nos MPP com o aumento da pressão intra-abdominal (Titman, Stephen, & Thomas, 2019).

Na implementação dos exercícios, o EEER deverá ter em consideração vários aspetos, nomeadamente que a mulher saiba identificar e localizar corretamente os músculos a exercitar, que aprenda como os deverá exercitar e que os exercite regularmente (Pires, 2000; Santos, 2012).

Assim, no início de cada programa, as mulheres devem ser esclarecidas, com uma linguagem simples e acessível, sobre a anatomia e fisiologia dos órgãos pélvicos e dos MPP, e da sua relação com a IU. Dotar as mulheres do conhecimento básico dos temas que envolvem a IU vai consciencializá-las da importância do programa que irão realizar.

Devem ser também realizados outros ensinamentos sobre a necessidade de esvaziar a bexiga antes de iniciar o treino e as posições a

adotar para a realização dos exercícios. É importante ressaltar que, de um modo geral, os resultados só serão significativos 4-6 semanas após o início da implementação do programa (Pires, 2000; Santos, 2012; Newman, 2014).

Alguns fatores relacionados com o estilo de vida podem estar associados à IU. Assim, devem ser incentivadas intervenções no estilo de vida, como perda de peso, restrição de cafeína ou álcool, limitação de atividades intensas, suspensão de hábitos tabágicos e ingestão adequada de líquidos e fibras insolúveis (Lopes et al., 2017).

No âmbito do programa (Figura 32.1) a mulher é instruída a realizar três séries diárias, com, no máximo 10 contrações lentas, ou seja, contrações musculares com aumento progressivo de sustentação de 10 segundos, seguidas de um tempo de relaxamento duas vezes superior ao tempo de contração, e 10 contrações rápidas, ou seja, contrações musculares com tempo de sustentação de 1 segundo, com 2 segundos de relaxamento. Essas séries de exercícios perineais são realizadas nas posições em pé, sentada e deitada (Lopes et al., 2017), adaptando as posições de acordo com capacidade e tolerância das idosas. O tempo de realização nas sessões acompanhadas é de aproximadamente

60 minutos; nas sessões sem acompanhamento varia de acordo com a capacidade de cada utente.

As fibras musculares do tipo I são de contração lenta, têm a função de suporte durante o repouso e apresentam capacidade de manter a contração durante um longo período sem fadiga muscular. As fibras musculares do tipo II são de contração rápida, facilmente fatigáveis e com capacidade de responder a aumentos súbitos da pressão intra-abdominal (Menta, & Schirmer, 2006; Ferreira, & Santos, 2009).

A duração do tratamento é de 12 semanas, com uma sessão semanal acompanhada pelo EEER (Lopes et al., 2017). As sessões são individuais, pois este tipo de abordagem permite uma avaliação mais detalhada em termos de ganhos musculares, um nível de supervisão maior e uma adaptação específica e individualizada aos exercícios, além de facilitar o esclarecimento de dúvidas com maior privacidade (Lamb et al., 2009).

Além dos exercícios dos MPP, é realizado um treino funcional destes mesmos músculos, que são contraídos pela mulher antes de esforços como tosse, espirros e levantamento de pesos, mantendo essa contração até ao final de cada esforço (Lopes et al., 2017).

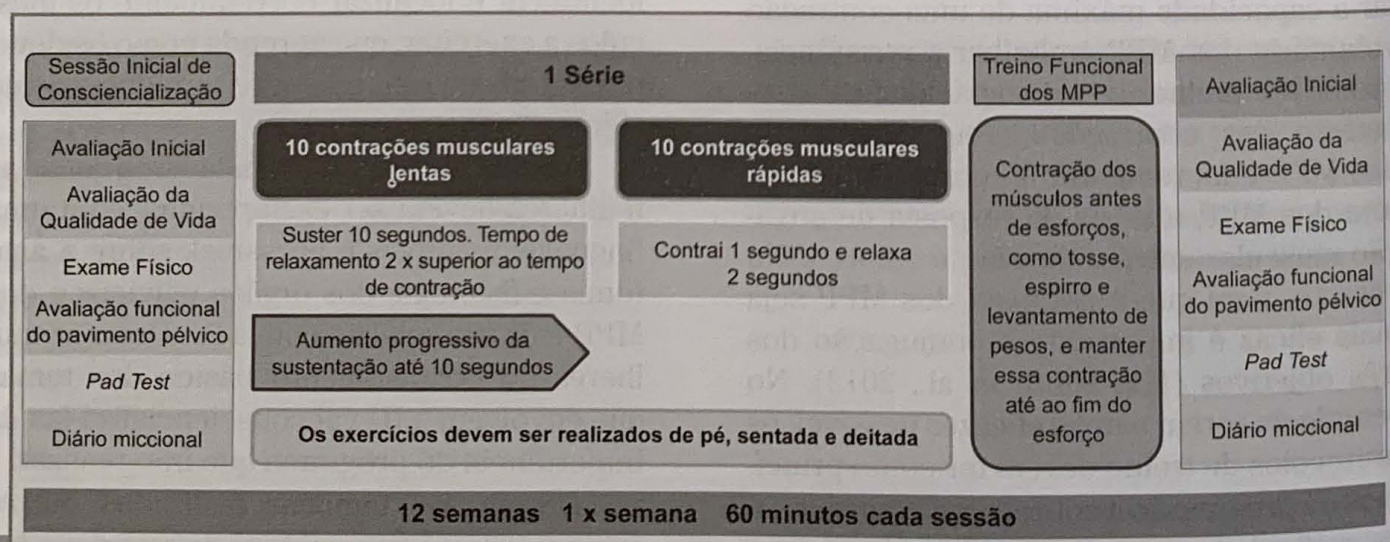


FIGURA 32.1

Representação do programa de enfermagem de reabilitação na IU

O ensino da contração dos MPP, antes e durante o aumento da pressão intra-abdominal, deve preceder os protocolos de treino dos MPP. Desta forma, estabelece-se, no momento em que ocorre o aumento da pressão intra-abdominal, a ausência ou o atraso da atividade involuntária dos MPP, que é equilibrada pela contração voluntária dos mesmos. Este mecanismo previne a IU, permitindo que o colo vesical e a uretra proximal estabilizem, consentindo a transferência equilibrada das pressões e o aumento do tónus dos MPP, que estabelecem o isocronismo muscular através da habituação (Bø, 2004).

INCONTINÊNCIA URINÁRIA NA MULHER IDOSA: OPERACIONALIZAÇÃO DO PROGRAMA DE REABILITAÇÃO DO PAVIMENTO PÉLVICO

Segundo as projeções do Instituto Nacional de Estatística (INE) (2017), a população com 65 ou mais anos residente em Portugal, poderá passar de 2,1 milhões de pessoas, em 2015, para 2,8 milhões, em 2080. Face ao decréscimo da população jovem, a par do aumento da população idosa, o índice de envelhecimento mais do que duplicará, passando de 147 para 317 idosos por cada 100 jovens, em 2080 (INE, 2017).

Viver mais anos é já uma realidade atual, mas só poderá ser considerada uma conquista quando se conseguir acrescentar qualidade de vida a esses anos a mais (Moreira, Santos, & Couto, 2013). Sabendo que a IU é umas das síndromes geriátricas que aumenta com o avançar da idade e que afeta predominantemente o género feminino (Melo et al., 2017), e que vários estudos têm surgido no sentido de consolidar o treino dos MPP como válido, eficaz e de primeira linha no tratamento da IUE (Hersh, & Salzman, 2013; Moroni et al., 2016; Burti et al., 2019), os EEER devem debruçar-se e investir

na resolução desse problema e na promoção da qualidade de vida das pessoas idosas, promovendo programas de reabilitação do pavimento pélvico.

Um estudo realizado em Portugal, em 2017 (Sociedade Portuguesa de Ginecologia, 2018), constatou que a prevalência de sintomas de IU em mulheres é elevada, sendo a IUE o tipo mais comum. Segundo Burti et al. (2019), um programa de exercícios dos MPP promoveu uma melhoria dos sintomas de perda urinária e da consciência do corpo, da postura, da respiração e do pavimento pélvico em mulheres idosas, sugerindo que este tipo de programas pode ser utilizado como estratégia eficaz de abordagem de promoção da saúde.

Neste seguimento, o programa anteriormente apresentado deve ser prescrito a mulheres idosas com IUE, com capacidade para cumprir ordens e com a cognição preservada (Kachorovski, 2015; Talley, 2017), tendo como objetivos: diminuir o número de episódios de IU, diminuir a intensidade da ocorrência de episódios de IU e melhorar a qualidade de vida das mulheres idosas com IU. Constitui um programa perfeitamente concretizável no domicílio, com recurso a marquesa ou cama, luvas, pensos absorventes e balança. Quando à duração, são consensuais as 12 semanas, com realização de uma sessão supervisionada uma vez por semana. Além dessa sessão semanal individual, os exercícios dos MPP devem ser realizados pela mulher idosa três vezes por dia.

NOTA FINAL

Existe ainda um desconhecimento generalizado na população sobre a IU e as formas de tratamento da mesma. Sabendo que a prevalência é alta, principalmente em mulheres idosas, e que o tratamento conservador utilizando exercícios específicos é indicado como primeira linha de tratamento (Burti et al., 2019), surge a necessidade da implementação de programas para minimizar este problema.

A IU tem um impacto significativo nas pessoas afetadas, nos seus cuidadores e nos sistemas globais de saúde, incluindo, além de componentes físicos, componentes psicológicos, sociais e económicos muito relevantes. Todos os profissionais de saúde têm um papel essencial no acompanhamento destes utentes, devendo estar sensibilizados para a deteção da IU nos idosos, que é uma condição pouco relatada e subdiagnosticada.

Em relação aos EEER, o conhecimento apropriado da população idosa é fundamental para tornar a IU um problema de saúde cada vez mais reconhecido e diagnosticado precocemente, com o intuito de serem implementados tratamentos adequados de forma célere e eficaz.

Estudos demonstram que programas de reabilitação com vertente educacional apresentam respostas satisfatórias para o tratamento da IU, pois podem ser amplamente difundidos e facilmente implementados, com possibilidades terapêuticas de baixo custo, garantindo às idosas uma melhor qualidade de vida (Lopes et al., 2017).

Com este tipo de programas salienta-se a importância atribuída à intervenção do EEER nos cuidados à mulher idosa com IU e à sua família, proporcionando cuidados de qualidade e incentivando as mulheres idosas na resolução deste problema.

BIBLIOGRAFIA

- Abrams, P., Cardozo, L., Khoury, A., Wein, A. (2013). *Incontinence: 5th ed International Consultation on Incontinence* [em linha]. Paris: Health Publications Ltd.
- Alves, F., Riccetto, C., Adami, D., Marques, J., Pereira, L., Palma, P., et al. (2015). A pelvic floor muscle training program in post menopausal women. A randomized controlled trial. *Maturitas*, 81(2): 300-5.
- Alves, A., Gadia, F., Rocha, C., Jacomo, R., Menezes, R., Karnikowski, M. (2013). Nível de conhecimento sobre a incontinência urinária e tratamento fisioterapêutico no município de Cidade Ocidental/GO. *Fisioterapia Brasileira*, 14(3): 177-82.
- Amancio, T., Oliveira, M., Amancio, V. (2019). Fatores que interferem nas condições de vulnerabilidade do idoso. *Rev Bras Geriatr Gerontol*, 22(1): e180159.
- Aoki, Y., Brown, H., Brubaker, L., Cornu, J., Daly, J., Cartwright, R. (2017). Urinary incontinence in women. *Nat. Rev. Dis. Primer*, 3: 17042. <https://doi.org/10.1038/nrdp.2017.42>.
- Associação Portuguesa de Urologia/Associação Portuguesa de Neurologia e Uroginecologia (2018). *Semana da incontinência urinária*. Disponível em: http://www.apurologia.pt/incontinencia/incontinencia2018/Dossier_Imprensa_Semana_Incontinencia_Urinaria.pdf.
- Barbosa, S., Oliveira, L., Lima, J., Carvalho, G., Lopes, M. (2009). Como profissionais de saúde da rede básica identificam e tratam a incontinência urinária feminina. *Mundo Saude*, 33(4): 449-56. Disponível em: http://www.saocamilo-sp.br/pdf/mundo_saude/70/449a456.pdf.
- Becher, K., Oelke, M., Grass-Kapanke, B., Flohr, J., Mueller, E., Papenkordt, U, et al. (2013). Improving the health care of geriatric patients. *Z Gerontol Geriatr*, 46(5): 456-64.
- Bø, K. (2004). Pelvic floor muscle training is effective in treatment of female stress urinary incontinence, but how does it work?. *International Urogynecology Journal*, 15(2): 76-84.
- Burti, J., Marino, S., Silva C., J., & Spink, M. (2019). Efeitos de exercícios para assoalho pélvico em mulheres idosas de diferentes níveis socioeconômicos. *Saúde e Pesquisa*, 12(1): 39-49.
- Cacciari, L., Dumoulin, C., Hay-Smith, E., (2019). Pelvic floor muscle training versus no treatment, or inactive control treatments, for urinary incontinence in women: a Cochrane systematic review abridged republication. *Braz. J. Phys. Ther*, 23: 93-107. <https://doi.org/10.1016/j.bjpt.2019.01.002>.
- Carneiro, M., Oliveira, J., Santos M., Carvas N., Dias L., Kasawara K. (2016). Desenvolvimento de um manual didático com orientações sobre os músculos do assoalho pélvico e atuação da fisioterapia em uroginecologia. *Rev un Ibirapuera*, v(11): 30-5.
- Chermansky, C., Moalli P. (2016). Role of pelvic floor in lower urinary tract function. *Autonomic Neuroscience: Basic & Clinical*, 200: 43-8. doi: 10.1016/j.autneu.2015.06.003.

- D'Ancona, C., et al. (2019). The International Continence Society (ICS) report on the terminology for adult male lower urinary tract and pelvic floor symptoms and dysfunction. *NeuroUrology and Urodynamics*, 38: 433-77.
- Dumoulin, C., Hay-Smith, E. J. C., Mac Habé-Séguin, G. (2014). Pelvic floor muscle training versus no treatment, urinaive control treatments, for urinary incontinence in women. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 14(5).
- Ferreira, M., & Santos, P. (2009). Princípios da fisiologia do exercício no treino dos músculos do pavimento pélvico. *Acta Urológica*, 26(3): 31-8.
- Freire, A., Froemming, C., Pozzebon, N., Meereis, E., Braz, M., Pivetta, H. (2017). Efeitos da bandagem funcional sobre a perda urinária e qualidade de vida de mulheres incontinentes. *Fisioterapia Brasil*, 17(6). Disponível em: <<https://portalatlanticaeditora.com.br/index.php/fisioterapiabrasil/article/view/693>>. Consultado a 18 de Outubro de 2020. doi:<http://dx.doi.org/10.33233/fb.v17i6.693>.
- Gibson, W., Wagg, A. (2014). New horizons: urinary incontinence in older people. *Age Ageing*, 43(2): 157-63.
- Giraldo-Rodríguez, L., Agudelo-Botero, M., Mino-León, D., Álvarez-Cinesros, T. (2019). Epidemiology, progression, and predictive factors of urinary incontinence in older community-dwelling Mexican adults: Longitudinal data from the Mexican Health and Aging Study. *NeuroUrology and Urodynamics*, 38: 1932-43.
- Girão, M., Sartori, M., Ribeiro, R., Catro, R., Di-Bella, Z. (2015). *Tratado de uroginecologia e disfunção do assoalho pélvico* (1.ª edição). São Paulo: Manole.
- Glisoi, S., Girelli, P. (2011). Importância da fisioterapia na consciencialização e aprendizagem da contração da musculatura do assoalho pélvico em mulheres com incontinência urinária. *Revista Brasileira de Clínica Médica*, 9(6): 408-13.
- Hay-Smith, J., Herderschee, R., Dumoulin, C., Herbison, P. (2012). Comparisons of approaches to pelvic floor muscle training for urinary incontinence in women: Cochrane Systematic review. *Eur J Phys Rehabil Med*, 48(4): 689-705. Disponível em: <http://www.minervamedica.it/en/getfreepdf/ZkbEzejOAF%252Bgl9TXSPePI3SVHoVoyMFag00OFUifZpl%252BFLES%252B0td9%252F4ffMEJEE%252BekwOymuX5GpPX55mBb0LygQ%253D%253D/R33Y2012N04A0689.pdf>.
- Hersh, L., Salzman, B. (2013). Clinical management of urinary incontinence in women. *American Academy of Family Physicians*, 87(9): 634-40.
- INE (2017). *Mantém-se o agravamento do envelhecimento demográfico, em Portugal, que só tenderá a estabilizar daqui a cerca de 40 anos*. Disponível em: https://www.ine.pt/xportal/xmain?xpid=INE&xpgid=ine_destaques&DESTAQUESdest_boui=277695619&DESTAQUESmodo=2&xlang=pt. Consultado a 14 de setembro de 2020.
- Kachorovski, L., Moraes, C., Rosa, E., Gruber, C. (2015). Effect of isostretching on the quality of life of incontinent older women. *Fisioterapia Movimento*, 28(4): 811-9.
- Khandelwal, C., Kistler, C. (2013). Diagnosis of urinary incontinence. *Am Fam Physician*; 87(8): 543-51.
- Kılıç, M. (2016). Incidence and risk factors of urinary incontinence in women visiting Family Health Centers. *Springerplus*, 5(1): 1331.
- Kwak, Y., Kwon, H., Kim, Y. (2015). Health-related quality of life and mental health in older women with urinary incontinence. *Aging Ment Health*, (8): 1-8.
- Lamb, S., Pepper, J., Lall, R., Jørstad-Stein, E., Clark, M., Hill, L., & Fereday Smith, J. (2009). Group treatments for sensitive health care problems: a randomised controlled trial of group versus individual physiotherapy sessions for female urinary incontinence. *BMC Women's Health*: 1-18.
- Lopes, M., Costa, J., Lima, J., Oliveira, L., Caetano, L., Silva, A. (2017). Programa de reabilitação do assoalho pélvico: relato de 10 anos de experiência. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 70.
- Mateus-Vasconcelos, P., Ribeiro, P., António, F., Brito, G., e Ferreira, C. (2017). Physiotherapy methods to facilitate pelvic floor muscle contraction: A systematic review. *Physiotherapy Theory and Practice*, 34(6): 420-32.
- Matos, M., Barbosa, B., Costa, M., Rocha, F., Almeida, C., Amorim, F. (2019). As repercussões causadas pela incontinência urinária na qualidade de vida do idoso. *Rev Fund Care Online*. 11(3): 567-75.

- Melo, L., Ercole, F., Oliveira, D., Pinto, T., Victoriano, M., & Alcoforado, C. (2017). Infecção do trato urinário: uma coorte de idosos com incontinência urinária. *Rev Bras Enferm* [em linha], 70(4): 838-44.
- Menta, S., & Schirmer, J. (2006). Relação entre a pressão muscular perineal no puerpério e no tipo de parto. *Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia*, 28(9): 523-9.
- Milsom, I., Coyne, K., Nicholson, S., Kvasz, M., Chen, C., Wein, A. (2014). Global Prevalence and Economic Burden of Urgency Urinary Incontinence: A Systematic Review. *European Association of Urology*, 65(1): 79-95.
- Morais, E., Marino, M., Santos, R. (2010). Principais síndromes geriátricas. *Revista Médica de Minas Gerais*, 20(1): 54-66.
- Moreira, R., Santos, S., Couto, S. (2013). Qualidade de vida, saúde e política pública de idosos no Brasil: uma reflexão teórica. *Revista Kairós Gerontologia*, 16(1): 27-38.
- Moroni, R., Magnani, P., Haddad, J., Castro, R., Brito, L. (2016). Conservative treatment of stress urinary incontinence: a systematic review with meta-analysis of randomized controlled trials. *Rev Bras Ginecol Obstet*, 38(2): 97-111. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rbgo/v38n2/0100-7203-rbgo-38-02-00097.pdf>.
- Mota, A., Figueiredo, A., Ferreira, C. A., Castelo, D., Parada, B., Nunes, P., Rolo, F. (2014). Patologia urológica e envelhecimento. In M. Veríssimo (Ed.), *Geriatrics Fundamental*. (1.ª edição, pp. 210-216). Lisboa: Lidel.
- National Institute for Healthcare and Excellence. (2013). The management of urinary incontinence in women. *NICE clinical guideline*, (2): 74-110.
- Newman, D. (2014). Pelvic floor muscle rehabilitation using biofeedback. *Urologic Nursing*, 34(4): 193-202;
- Nyström, E., Sjöström, M., Stenlund, H., & Samuelsson, E. (2015). ICIQ symptom and quality of life instruments measure clinically relevant improvements in women with stress urinary incontinence. *Neurourology and urodynamics*, 34(8), 747-751. <https://doi.org/10.1002/nau.22657>.
- Oliveira, J., Garcia, R. (2011). Cinesioterapia no tratamento da Incontinência Urinária em mulheres idosas. *Rev. Bras. Geriatr. Gerontol*, 14(2): 343-51.
- Ordem dos Enfermeiros (2011). Regulamento n.º 125/2011 – Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação. *Diário da República*, II Série, n.º 35: 8658-9.
- Parker, W., & Griebing, T. (2015). Nonsurgical Treatment of Urinary Incontinence in Elderly Women. *Clinics in Geriatric Medicine*, 31: 471-85.
- Pires, M. (2000). Eliminação e continência vesical. In S. P. Hoeman (coord.), *Enfermagem de reabilitação: Aplicação e processo* (pp. 453-487). Loures: Lusociência;
- Ratamess, N. A., Alvar, B. A. e Evetoch, T. K. (2009). Progression models in resistance training for healthy adults. *American college of sports medicine. Medicine and Science in Sports and Exercise*, 41(3), 687-708.
- Rebouças, M., Matos, M., Ramos, L., Cecílio, L. (2013). O que há de novo em ser velho. *Saúde e Sociedade*, 22(4): 1226-35.
- Redol, F., Rocha, C. (2017). Avaliação da Função Eliminação. In C. Marques-Vieira, L. Sousa (Coords.), *Cuidados de Enfermagem de Reabilitação à Pessoa ao Longo da Vida* (pp.189-202). Loures: Lusodidacta.
- Reis, C. (2016). *Incontinência urinária no idoso*. Dissertação de mestrado. Coimbra: Faculdade de Medicina de Coimbra.
- Rocha, C. & Redol, F. (2017). Intervenção de enfermagem com a pessoa com alterações da eliminação vesical e instestinal. In C. Marques-Vieira, L. Sousa (Coords.), *Cuidados de enfermagem de reabilitação à pessoa ao longo da vida* (pp. 271-279). Loures: Lusodidacta.
- Santos, C. (2012). Reeducação perineoesfincteriana. In M. M. Silva, A. Duarte, J. Galo & N. Domingues (Coords.), *Enfermagem em Urologia* (pp. 166-170). Lisboa: Lidel.
- Serviço de Higiene e Epidemiologia da Faculdade de Medicina da Universidade do Porto. (2008). *Prevalência e tratamento da incontinência urinária na população portuguesa não institucionalizada*. Porto: Faculdade de Medicina da Universidade do Porto.
- Seshan, V., Muliira, J. (2013). Self reported urinary incontinence and factors associated with symptom severity in community dwelling adult women: implications for women health promotion. *Biomed Central*, 13: 3-8.

- Silay, K., et al. (2016). Occult urinary incontinence in elderly women and its association with geriatric condition. *Eur Rev Med Pharmacol Sci.*, 20(3): 447-51.
- Sociedade Portuguesa de Uroginecologia. (2018). *Consensos sobre Uroginecologia*. Loures: Ad Medic.
- Talley, K., Wyman, J., Bronas, U., Olson-Kellogg, B., McCarthy, T. (2017). Defeating Urinary Incontinence with Exercise Training: Results of a Pilot Study in Frail Older Women. *Journal of the American Geriatrics Society*, 65(6): 1321-7.
- The World Health Organization Quality of Life Assessement. (1995). Position paper from the World Health Organization. *Social Science and Medicine*, 41(10): 403-9.
- Thompson, D. (2004). Geriatric incontinence: The long-term care challenge. *Urologic Nursing*, 24(4): 305-314.
- Titman, S., Stephen R., e Thomas G. (2019). Self-Management in Women with Stress Incontinence: Strategies, Outcomes and Integration into Clinical Care. *Research and Reports in Urology*, 11: 111-21.
- Valente, M., et al. (2015). Efeitos da Ginástica Abdominal Hipopressiva sobre a Musculatura pélvica em mulheres incontinentes. *Revista do Departamento de Educação Física e Saúde e do Mestrado em Promoção da Saúde da Universidade de Santa Cruz do Sul/Unisc*, 16(4): 237-41.
- Vaughan, C., Goode, P., Burgio, K., Markland, A. (2011). Urinary incontinence in older adults. *Mt Sinai J Med*, 78(4): 558-70.
- Wang, C. et al. (2017). Urinary Incontinence and Its Association with Frailty Among Men Aged 80 Years or Older in Taiwan. *Rejuvenescimento*, 20(2): 111-17.

Enfermagem de **Reabilitação**

Decorrente das alterações demográficas, sociais e de saúde, os enfermeiros especialistas em enfermagem de reabilitação encontram-se numa situação privilegiada para fazer a diferença na vida das pessoas que, na sequência das transições vivenciadas, apresentam necessidades crescentes em cuidados de enfermagem de reabilitação.

Neste sentido, **Enfermagem de Reabilitação: Conceções e Práticas** pretende, antes de mais, evidenciar o contributo significativo dos enfermeiros especialistas em enfermagem de reabilitação na resolução de problemas, na prevenção de complicações, bem como na capacitação e maximização do potencial das pessoas, tendo em vista a qualidade de vida, a reintegração e a participação na sociedade.

Com o intuito de compilar informação passível de ser transposta para uma diversidade de contextos, esta obra coletiva conta com o contributo de enfermeiros especialistas em enfermagem de reabilitação, do contexto clínico e académico, que se constituem referência em cada uma das áreas específicas.

Centrado na assistência prestada pelos enfermeiros especialistas em enfermagem de reabilitação à pessoa ao longo de todo o ciclo vital e com uma diferenciadora **componente prática**, este livro apresenta uma grande variedade de **intervenções** de enfermagem de reabilitação, em diferentes âmbitos, ricamente ilustradas com **fotografias a cores** que complementam os conteúdos, clarificando as atividades que concretizam essas intervenções. São também apresentados diferentes **programas de enfermagem** de reabilitação, com abordagem de situações particulares, decorrentes frequentemente de transições de saúde/doença e de desenvolvimento experienciadas pelas pessoas. Por fim, além de serem abordados **contextos específicos** para a enfermagem de reabilitação, reflete-se sobre os desafios e oportunidades para a formação nesta área de especialização.

Tratando-se de um livro acessível aos enfermeiros e estudantes da área de enfermagem, acredita-se na potencialidade de o mesmo contribuir para uma atuação sistemática e intencional, reunindo informação que, além de sustentar a tomada de decisão dos enfermeiros especialistas em enfermagem de reabilitação, contribuirá para a excelência do seu exercício profissional.

Principais temas:

- Enfermagem de reabilitação em Portugal
- Fundamentos de enfermagem de reabilitação
- Enfermagem de reabilitação e as transições vivenciadas ao longo da vida
- Processo de cuidados de enfermagem de reabilitação à criança/adolescente
- Processo de cuidados de enfermagem de reabilitação à pessoa adulta/idosa
- Programas de enfermagem de reabilitação
- Enfermagem de reabilitação em contextos específicos



ISBN 978-989-752-723-4



9 789897 527234

www.lidel.pt