

A Intervenção do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação na Recuperação da Pessoa com Incontinência Urinária: Revisão *Scoping*

The Intervention of the Rehabilitation Specialist Nurse in the Recovery of the Person with Urinary Incontinence: Scoping Review

Tiago André de Sá Santos¹, Daniela da Silva Paiva Dias¹

1. Fundação Champalimaud

Resumo

Introdução: A vivência da incontinência urinária conduz a alterações no estilo de vida e nos hábitos da pessoa e dos seus familiares, podendo dar origem à necessidade de modificar comportamentos.

Objetivo: Examinar e mapear a intervenção do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação, no adulto com alterações da eliminação vesical, em todos os contextos de intervenção.

Metodologia: Foi realizada uma revisão *scoping* segundo a metodologia preconizada pelo *Joanna Briggs Institute*, utilizando as bases de dados CINAHL e MEDLINE.

Resultados: De acordo com os artigos incluídos a avaliação do doente deve descrever o padrão miccional habitual, as características da micção e em que situações perde urina e se utiliza produtos de apoio direccionados para as perdas. É indicado adicionalmente o preenchimento do diário miccional e do *International Consultation on Incontinence Questionnaire*. Relativamente às intervenções destacam-se a realização de exercícios de *kegel*, treino de hábitos, treino vesical e gestão da ingestão de líquidos.

Conclusão: A incontinência urinária pode ser dividida em vários tipos, sendo fundamental realizar uma avaliação específica e detalhada de modo a caracterizá-los corretamente e a seleccionar as intervenções que mais se adequem à situação específica.

Palavras-chave: enfermagem; cuidados de enfermagem; reabilitação; incontinência urinária; promoção da continência urinária

Abstract

Background: Living with urinary incontinence leads to changes in the lifestyle and habits of the person and his/her relatives, who may need to modify behaviors.

Objective: To examine and to map the approach of the Rehabilitation Specialist Nurse in adults with changes of urinary elimination in every intervention context.

Methodology: A scoping review was conducted according to the methodology recommended by the Joanna Briggs Institute, using CINAHL and MEDLINE databases.

Results: According to the included articles, patient evaluation must include the description of the usual urinary habits, voiding characteristics, in which situations urinary incontinence occurs and devices used for urinary incontinence. Patients should also be assessed with a voiding diary and with the International Consultation on Incontinence Questionnaire. The included articles refer that the main rehabilitation interventions are kegel exercises, habit training, bladder training and fluid intake management.

Conclusion: Urinary incontinence can be classified in different types, and so it is essential to carry out a specific and detailed evaluation that allows its correct characterization and the selection of the most adequate interventions.

Keywords: nursing; nursing care; rehabilitation; urinary incontinence; promoting urinary continence

Introdução

Atualmente na prática clínica, admite-se a definição do International Continence Society que define a incontinência urinária (IU) como qualquer perda involuntária de urina que ocorra e que seja objetivamente demonstrável e percebida/considerada como um problema social ou higiénico (Abrams et al., 2010; Patrão, & Nunes, 2012).

A IU é um problema de saúde com um impacto significativo nas populações. A nível mundial, os dados estatísticos relativos à prevalência da IU no sexo feminino são díspares, considerando que cerca de 10% do total de mulheres em idade adulta referem IU pelo menos semanalmente. Esta prevalência eleva-se para 25% a 45% quando é considerada a ocorrência de perda involuntária de urina ocasionalmente. Quanto ao sexo masculino, os dados existentes são igualmente díspares admitindo-se uma prevalência de IU entre 4.8% e 32.2%, sendo importante salientar que estes dados não contemplam os homens institucionalizados (Milsom et al., 2013).

Na realidade portuguesa de acordo com os dados mais recentes verifica-se que relativamente ao total da população residente a partir dos 15 anos de idade, no ano de 2014, a taxa de incidência total de IU foi de cerca de 7.3%, mais incidente em mulheres (9.6% do total das mulheres residentes), comparativamente com os

homens (4.8% do total dos homens residentes), e a partir dos 65 anos aumentou tendencialmente a incidência, com o aumento da idade (Instituto Nacional de Estatística, 2016).

O impacto da IU assume grande importância, no domínio dos cuidados de saúde quando observamos que a sua prevalência é relativamente elevada e mais ainda, pelo facto de vários autores afirmarem que estes dados, aparentemente, ficam aquém da realidade uma vez que um grande número de pessoas sofrem com esta condição, mas não procuraram ajuda (Serviço de Higiene e Epidemiologia da Faculdade de Medicina da Universidade do Porto [SHEFMUP], 2008). A IU pode assim causar impacto em vários domínios, como ao nível da própria pessoa que sofre de incontinência, ao nível da família/cuidador e ao nível social e económico.

No domínio da pessoa que sofre de IU as alterações mais evidenciadas na literatura dizem respeito à esfera psicológica e emocional. A este respeito, a vivência da IU acarreta fortes sentimentos de vergonha e embaraço, podendo ser acompanhados pela diminuição da autoestima e, em situações mais graves, pelo desenvolvimento de quadros depressivos (Santos, 2012; SHEFMUP, 2008; Stevens, 2011). Estes sentimentos são identificados como uma das grandes causas para que cerca de 1 em cada 3 pessoas não procurem ajuda junto dos

profissionais de saúde (Sousa, 2016; Valença, Albuquerque, Rocha, & Aguiar, 2016). Adicionalmente, outras causas que motivam a não procura de apoio especializado são identificadas, nomeadamente o estigma, dado que é socialmente expectável que o adulto seja capaz de controlar eficazmente o processo de eliminação vesical e, o facto de prevalecer a ideia de que a perda involuntária de urina é uma situação normal, quando relacionada com o envelhecimento, e que é incurável, tendo a pessoa de aprender a viver com esta condição (Pires, 2000; Santos, 2012; Valença et al., 2016). Salienta-se também a possibilidade de ocorrerem alterações na autonomia e independência, com consequente necessidade de readaptação da pessoa e modificação de comportamentos com vista a manter o seu autocuidado (Carvalho, 2011; Stevens, 2011). A IU pode determinar ainda alterações ao nível da integridade cutânea, do bem-estar físico, das atividades de ocupação e recreação, do sono e repouso; da atividade profissional, da sexualidade e ao nível doméstico. Verifica-se similarmente a existência de evidência relacionando a incidência da IU com o aumento do risco de fraturas (Carvalho, 2011; Herr-Wilbert, Imhof, Hund-Georgiadis, & Wilbert, 2010; SHEFMUP, 2008; Valença et al., 2016). Assim, é fundamental salientar que todas estas alterações abordadas, desde a

vertente emocional, até à vertente prática da satisfação das necessidades básicas, contribuem fortemente para que a pessoa com IU esteja em maior risco de isolamento, não apenas relativamente aos seus familiares e amigos, como também ao nível da sua participação na sociedade em que está inserida (Carvalho, 2011; Santos, 2012; Stevens, 2011). Contudo, Sousa (2016) acaba por reforçar que se tem vindo a verificar um aumento da procura de ajuda especializada relacionando-a, principalmente, com a procura de melhor qualidade de vida por parte da pessoa.

No que diz respeito ao impacto da IU ao nível da família/cuidador, Carvalho (2011) refere que as possíveis limitações que a IU pode implicar no quotidiano da pessoa influenciam, inevitavelmente, a relação conjugal e familiar, sendo necessário a ocorrência de uma reorganização de funções e hábitos, no seio familiar, que permitam dar resposta às novas necessidades da pessoa. Neste domínio, o cônjuge e/ou o cuidador informal tendem a ser os mais afetados, já que é evidenciado que sofrem com o medo do desconhecido, nomeadamente sobre como a situação poderá evoluir, mas também com outras questões como: as alterações ao nível do sono e repouso (provocadas pela incidência da IU no período noturno) com consequente aumento do cansaço, da sobrecarga psicológica, das responsabilidades e das

alterações relacionadas com a dimensão da sexualidade. Todas estas alterações, numa outra análise, acabam por se tornar fatores determinantes para o isolamento de todos os envolvidos, no que respeita à sua participação social (Bicalho, & Lopes, 2012).

Relativamente ao impacto da IU ao nível da sociedade, verifica-se, globalmente no domínio económico, um avultado custo anual relacionado com a aplicação de métodos de diagnóstico, com a prestação de cuidados de saúde associados a esta problemática e com o próprio tratamento (SHEFMUP, 2008). Por outro lado, o grande volume de pessoas com IU institucionalizadas ou hospitalizadas, faz emergir as barreiras ambientais existentes nas instituições, como por exemplo: a existência de casas de banho partilhadas e não adaptadas; a necessidade de chamar algum profissional da instituição para ajudar nos processos de eliminação; a falta de privacidade e até o próprio trajeto para chegar à casa de banho (Giling, 2005; Thompson, 2004). Evidencia-se assim o impacto socioeconómico que esta problemática acarreta, uma vez que as instituições devem ser adaptadas, dispor de recursos que permitam responder às necessidades de autocuidado das pessoas com IU e os seus profissionais estar sensibilizados para esta situação.

A pessoa com IU pode experimentar alterações dos seus hábitos que

condicionem a qualidade de vida, incluindo a capacidade para se autocuidar. Do ponto de vista conceptual, o Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação (EEER) atua junto de pessoas com necessidades especiais, com o objetivo de maximizar o seu potencial. Mais concretamente, a Ordem dos Enfermeiros (OE) preconiza que as suas intervenções assegurem “(...) melhorar as funções residuais, manter ou recuperar a independência nas atividades de vida, e minimizar o impacto das incapacidades instaladas (...)” (OE, 2010, p. 1), apresentando os processos de eliminação como sendo do domínio da intervenção destes enfermeiros, uma vez que são estes profissionais que identificam, no decorrer da prestação de cuidados, que o doente sofre de IU (Newman et al., 2013; Stevens, 2011). A promoção da continência urinária contribuirá significativamente para a melhoria da qualidade de vida destas pessoas e dos seus familiares.

A avaliação das necessidades da pessoa é a base fundamental para a construção de um plano de intervenção e, como tal, encontra-se enquadrada nas competências específicas do EEER (OE, 2010).

A presente revisão pretendeu dar reposta ao objetivo delineado, mais concretamente, examinar e mapear a intervenção do EEER, no adulto com alterações da eliminação vesical, em

todos os contextos de intervenção. Para tal, foi definida uma questão de investigação formulada de acordo com a mnemónica PCC (participantes, conceito e contexto) preconizada pelo *Joanna Briggs Institute* ([JBI], 2015): Quais são as intervenções do EEER no adulto com alterações da eliminação vesical, em todos os contextos de intervenção?

Metodologia

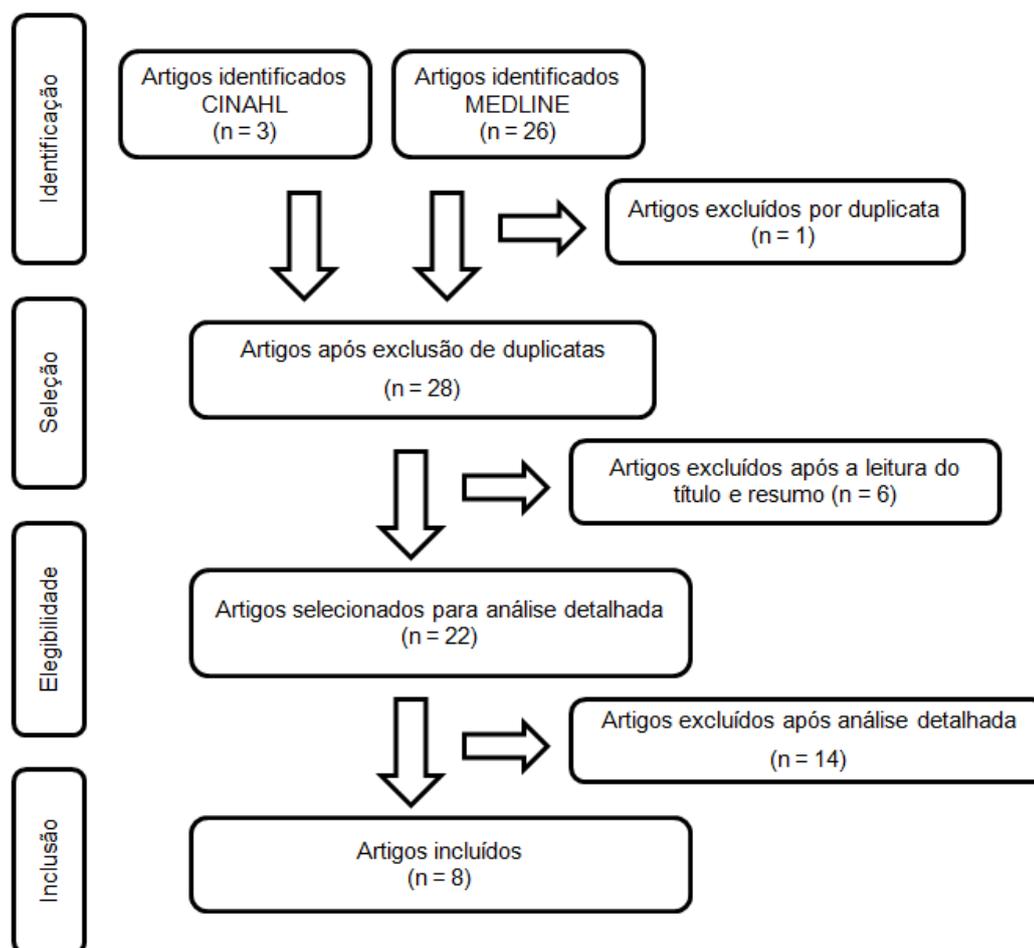
Foi realizada uma revisão *scoping* seguindo a metodologia preconizada pelo JBI (2015). Numa primeira etapa, efetuou-se uma pesquisa inicial que permitiu conhecer as palavras-chave mais comumente usadas nos estudos acerca desta temática e assim identificar os termos de indexação. Seguidamente realizou-se uma pesquisa nas bases de dados CINAHL e MEDLINE. A estratégia de pesquisa realizada na base de dados CINAHL foi [(Middle Age OR Adult OR Aged OR Aged, 80 and Over) AND (Urinary Incontinence) AND (Nursing Care OR Rehabilitation Nursing)]. Para a base de dados MEDLINE a estratégia de pesquisa utilizada foi [(Adult OR Aged, 80 and over OR Aged OR Middle aged) AND (Urinary Incontinence) AND (Nursing OR Nursing Care OR Rehabilitation)].

Crítérios de Inclusão

- Participantes: estudos cuja população apresente idade a partir dos 19 anos.
- Conceito: estudos com foco nas intervenções de enfermagem dirigidas para a incontinência urinária ou promoção da continência.
- Contexto: todos os contextos de intervenção do EEER.
- Tipo de Estudos: foram englobados todos os tipos de estudos publicados entre os anos de 2004 a 2017, escritos em Português, Inglês ou Espanhol.

Da segunda etapa de pesquisa (figura 1) resultaram 29 artigos, 3 provenientes da base de dados CINAHL e 26 da base de dados MEDLINE. Destes, 1 encontrava-se em duplicado. Em seguida, procedeu-se à leitura do resumo de cada artigo, tendo-se excluído 6 estudos por não se enquadrarem nos critérios de inclusão, ficando então selecionados 22 estudos para análise detalhada. Após análise detalhada com aplicação dos critérios de inclusão e exclusão, foram excluídos 14 estudos. Assim, o total de estudos considerados para extração de resultados para esta revisão *scoping* foi de 8.

Figura 1 - Fluxograma do processo de seleção de estudos



A extração de dados foi realizada recorrendo ao quadro desenvolvido para o efeito, que permitiu explicar toda a informação recolhida e categorizá-la mediante os seguintes domínios: autor(es), ano de publicação, título, objetivos e intervenções utilizadas.

A apresentação dos dados é realizada seguidamente sob a forma de narrativa.

Resultados e discussão

No que respeita à intervenção avaliação do doente, pela análise do quadro 1, verifica-se que 4 dos 8 artigos

selecionados especificam que para realizar uma correta identificação das necessidades é fundamental recolher informação sobre a história atual, que deverá incidir sobre: o padrão miccional habitual; se tem ou não consciência da necessidade de urinar; as características das micções; em que situações perde urina; qual a quantidade; e, se utiliza ou não produtos de apoio direcionados para as perdas de urina (Alverzo, Brigante, & McNish, 2007; Bucci, 2007; Herr-Wilbert et al., 2010; Thompson, 2004). Destes 4 artigos, 3 acrescentam a utilização de instrumentos e exames complementares de diagnóstico, que contribuem para uma

caracterização mais pormenorizada e completa da história atual. Como instrumentos a utilizar, os autores salientam a realização de um diário miccional e a aplicação do questionário *International Consultation on Incontinence Questionnaire - Short Form* (ICIQ-SF), que avalia objetivamente a percepção do doente face às perdas de urina. Relativamente aos exames complementares de diagnóstico, os autores recomendam o recurso à ecografia vesical para avaliar o volume de urina presente na bexiga, na avaliação inicial, e o resíduo pós-miccional (Alverzo et al., 2007; Herr-Wilbert et al., 2010; Thompson, 2004).

Dos 4 artigos que abordam a avaliação do doente com incontinência urinária, salienta-se, um que propõe um instrumento de avaliação que o enfermeiro de reabilitação pode utilizar como via de adequar os cuidados à pessoa. Neste sentido, Bucci (2007) nomeia o instrumento *Continence, History, Assessment, Medications, Mobility, Plan* (CHAMMP). Este é um processo esquematizado que envolve 6 domínios: continência (se o doente é ou não continente); história (situações que afetam direta e indiretamente o aparelho génito-urinário); avaliação do doente (falar com doente/família e perceber como perde urina, quando perde, qual a quantidade e o que faz para prevenir ou acomodar estas perdas); medicação (que

possa provocar IU ou para a tratar); mobilidade (consegue mobilizar-se sozinho e ser autónomo nas AVD? consegue ser autónomo utilizando produtos de apoio? quais as condições do meio onde vive/acessibilidades?); e por último a implementação de um plano de cuidados individualizado, de acordo com a avaliação realizada.

De forma concordante, outro dos artigos selecionados foca também a importância da avaliação do ambiente onde o doente está inserido (Thompson, 2004). Este autor é o único que recomenda a reavaliação dos doentes que integrem um plano de treino, um mês após o início do mesmo.

Importa salientar que os artigos analisados não demonstram informações díspares, ou novos métodos de avaliação do doente, mas sim complementam-se entre si de forma maioritariamente concordante.

Relativamente às intervenções do EEER, a análise dos artigos permitiu identificar inúmeras medidas que podem ser mobilizadas com o objetivo de gerir, melhorar e ultrapassar a vivência da IU. Como intervenções mais salientadas nestes artigos destacam-se: a realização de exercícios de fortalecimento da musculatura pélvica ou exercícios de *kegel*; treino de hábitos; treino vesical e gestão da ingestão de líquidos. As restantes intervenções menos mencionadas são: *biofeedback* associado

aos exercícios de fortalecimento da musculatura pélvica; micção imediata; supressão em urgência; modificação do vestuário; modificação ambiental; modificação alimentar; cateterização vesical intermitente; cateterização vesical permanente; uso de dispositivo urinário externo; esvaziamento pré-atividade física e inervação magnética extracorporeal (Alverzo et al., 2007; Bucci, 2007; Herr-Wilbert et al., 2010; Jordan et al., 2010; Newman, 2014; Riley, & Organist, 2014; Terzoni, Montanary, Mora, Ricci, & Destrebecq, 2013; Thompson, 2004).

Importa salientar que esta apresentação do tipo de intervenções descritas na literatura selecionada, não é significativa de determinadas intervenções serem mais ou menos eficazes do que as outras. Pelo contrário revela que devem ser implementadas em complementaridade, através de um plano de intervenção individualizado, dirigido às necessidades identificadas. Por outro lado, admite-se que a maior ou menor expressão das intervenções na literatura considerada, pode ser influenciada pelos critérios de inclusão e exclusão definidos para a revisão *scoping*.

Concretamente no que se refere ao treino de exercícios de fortalecimento da musculatura pélvica, 3 dos artigos selecionados abordam esta temática mais detalhadamente. Todos estes autores concordam que é necessário o estabelecimento de um plano de treino

supervisionado, para obter resultados mais eficazes, salientando que estes não são imediatos, variando entre 2 semanas até vários meses (Newman, 2014; Riley, & Organist, 2014; Terzoni et al., 2013).

Destes 3 artigos, apenas 1 detalha mais pormenorizadamente como este treino deve ser realizado, sugerindo a realização de pelo menos 2 sessões de treino supervisionado, cada uma com intervalo de 2 semanas de treino em casa e preenchimento de diários miccionais, sendo que os conteúdos são: na 1ª sessão, identificar os músculos pélvicos e treinar a técnica correta para o exercício e, na 2ª sessão, ensino sobre estratégias de urgência (contrações rápidas) (Riley, & Organist, 2014). Um dos artigos selecionados refere-se a estes exercícios como a 1ª linha de tratamento em mulheres com incontinência urinária de esforço, de urgência ou mista (Newman, 2014).

Em 2 dos artigos selecionados, há evidência sobre a necessidade de iniciar o treino destes exercícios em homens submetidos a prostatectomia radical (Newman, 2014; Terzoni et al., 2013). Três dos 8 artigos selecionados abordam especificamente as intervenções junto de doentes após Acidente Vascular Cerebral, no entanto verifica-se a presença de discordância relativamente à realização de exercícios de fortalecimento da musculatura pélvica nesta população específica, sendo que, em 2 dos artigos,

não é dada como recomendação a sua realização (Herr-Wilbert et al., 2010; Jordan et al., 2010).

Dos artigos selecionados identificam-se vários tipos de IU, nomeadamente: IU de esforço/*stress*; IU de urgência; e, IU de refluxo/por excesso, como as mais evidenciadas, mas também outros tipos referidos com menor frequência, IU mista; IU funcional; IU por disfunção vesico-esfincteriana neurogénica e IU total/incontrolável.

Cinco dos 8 artigos selecionados abordam a intervenção do EEER perante os doentes com IU de urgência, sugerindo o treino de exercícios de *kegel* acompanhado ou não de técnicas de *biofeedback*, o treino de hábitos e o recurso a estratégias de contração rápida dos músculos pélvicos, imediatamente antes da ocorrência de um evento que provoque perda de urina (Alverzo et al., 2007; Bucci, 2007; Newman, 2014). Adicionalmente, Thompson (2004) sugere a modificação do vestuário, bem como Alverzo et al. (2007) acrescentam a implementação de um plano de ingestão de líquidos e a promoção do esvaziamento vesical, previamente à realização da atividade física.

Dos 2 artigos encontrados que abordam a intervenção nas situações de IU de esforço, salienta-se que ambos recomendam a introdução do treino de

exercícios de *kegel*, acompanhado de outras intervenções, verificando-se aqui a divergência de opiniões, considerando Newman (2014) que estes exercícios deverão ser acompanhados de *biofeedback* e do recurso a estratégias de contração rápida dos músculos pélvicos, imediatamente antes da ocorrência de um evento que provoque perda de urina. Por seu lado, Bucci (2007) acrescenta como intervenções concomitantes, a modificação de comportamentos e o recuso a terapêutica medicamentosa.

Ao realizar esta revisão constata-se que a temática da IU, apesar de estar definida como área de atuação do EEER, é ainda pouco explorada ao nível da investigação. Esta área carece de ser explorada e investigada por estes profissionais, sendo um importante foco a ter em consideração em investigações futuras, a relação entre a qualidade de vida do doente e as intervenções implementadas.

Sublinha-se como limitação da presente revisão *scoping* a utilização de apenas duas bases de dados para pesquisa de estudos, o que poderá influenciar a evidência obtida. Salienta-se também como limitação, a pesquisa realizada ser centrada especificamente nas intervenções do EEER, sob pena dos resultados poderem não contemplar as intervenções que são partilhadas por outros profissionais de saúde.

Quadro 1 - Extração e síntese de dados

Autor/ Ano/ Título	Tipo de estudo/ objetivos	Intervenções
Newman (2014). Pelvic Floor Muscle Rehabilitation Using Biofeedback	Revisão narrativa. Demonstrar a aplicação clínica da reabilitação dos músculos do pavimento pélvico utilizando o <i>biofeedback</i> .	Os exercícios de <i>kegel</i> devem ser associados ao treino vesical, gestão da alimentação e hidratação. Deve ser proposto um programa de treino o mais intensivo possível. Se for supervisionado é mais eficaz do que apenas sessões de educação para a saúde. É indicado um programa de treino como 1ª linha de tratamento conservador a mulheres com IU de <i>stress</i> , urgência ou mista. Estes exercícios são mais eficazes do que a estimulação elétrica como 1ª linha de tratamento, especialmente se forem supervisionados. No homem, é indicado o treino no pré-operatório e no pós-operatório imediato. No <i>Biofeedback</i> a frequência das sessões deve ser individualizada, mas superior na fase inicial. Intervenções: IU <i>stress</i> - exercícios de <i>kegel</i> com <i>biofeedback</i> e contração rápida dos músculos imediatamente antes da ocorrência do evento que provoca perda de urina; IU urgência/mista e bexiga hiperativa - alterações de hábitos de vida, terapia comportamental (treino vesical, supressão de urgência, exercícios de <i>kegel</i> e <i>biofeedback</i>).
Riley, & Organist (2014). Streamlining biofeedback for urge incontinence	Análise secundária de um ensaio não controlado. Determinar os elementos importantes dos exercícios do pavimento pélvico assistidos por <i>biofeedback</i> , no tratamento da IU de urgência.	Na opinião dos doentes, a técnica de <i>biofeedback</i> mais eficaz foi a supressão em urgência através de contrações pélvicas rápidas para controle da urina. O tratamento proposto foi a realização de um diário miccional de avaliação diagnóstica e 2 sessões de exercícios de <i>kegel</i> assistidos por <i>biofeedback</i> , com intervalo de 2 semanas de treino em casa. Na primeira sessão: identificar os músculos pélvicos e treinar a execução do exercício; na segunda sessão: ensino sobre estratégias de urgência (contrações rápidas). Intervenções: exercícios de <i>kegel</i> , supressão em urgência, treino vesical e gestão da ingestão de líquidos.
Terzoni, Montanari, Mora, Ricci, & Destrebecq (2013). Reducing urine leakage after radical retropubic prostatectomy- pelvic floor exercises, magnetic innervation or no treatment? A quasi-experimental study	Estudo quasi-experimental. Comparar os exercícios do pavimento pélvico com a técnica de inervação magnética extracorporal.	A realização de exercícios de <i>kegel</i> têm mais eficácia comparado com não fazer qualquer tipo de exercício. Após prostatectomia radical retropúbica deve ser realizado um programa de treino de exercícios de <i>kegel</i> de 3 meses, para acelerar o período de recuperação. No treino dos exercícios de <i>kegel</i> é evidenciada a dificuldade sentida pelos doentes em isolar eficazmente os seus músculos pélvicos.
Jordan, Mackey, Coughlan, Wyer, Allnutt, & Middleton (2011). Continence management in acute stroke- a survey of current practices in Australia	Estudo transversal. Determinar as práticas atuais para gestão da IU nas unidades agudas de acidente vascular cerebral da Austrália, e a sua concordância com as <i>guidelines</i> da <i>The National Stroke Foundation</i> .	Em doentes com IU de urgência, a maioria dos planos englobam o diário miccional e o treino vesical, sendo menos recorrente o uso de medicação anticolinérgica. Em doentes com IU funcional, a abordagem multidisciplinar é essencial. A ecografia pós-miccional é reconhecida pelos enfermeiros como muito útil na avaliação. Na maioria dos casos os doentes e familiares recebem ensinamentos sobre onde e como podem adquirir ajudas técnicas para a IU. Intervenções: treino de hábitos, treino vesical e terapêutica anticolinérgica.

<p>Herr-Wilbert, Imhof, Hund-Georgiadis, & Wilbert (2010). Assessment-guided therapy of urinary incontinence after stroke</p>	<p>Estudo descritivo. Testar o efeito das intervenções terapêuticas para a IU, na prática de reabilitação, baseado num processo de cuidados multidisciplinar.</p>	<p>A avaliação engloba a descrição detalhada da IU do doente, categorizando as várias formas de IU e os resultados esperados, o questionário ICIQ-SF, o diário miccional e a ecografia vesical para avaliar o volume de urina presente na bexiga, tanto na avaliação inicial como o resíduo pós-miccional. Intervenções: treino de hábitos e treino vesical (micção induzida em horários estipulados).</p>
<p>Bucci (2007). Be a continence champion- use the CHAMMP tool to individualize the plan of care</p>	<p>Estudo descritivo. Demonstrar a utilidade da ferramenta CHAMMP.</p>	<p>Avaliação da IU através da CHAMMP inclui: história (situações que afetam direta e indiretamente o aparelho genito-urinário); avaliação do doente (falar com doente/família, avaliar como perde, quando, quantidade, o que faz para prevenir ou acomodar as perdas); medicação utilizada; mobilidade (consegue mobilizar-se sozinho e ser autónomo nas AVD? Consegue ser autónomo utilizando ajudas técnicas? Quais as condições do meio onde vive/acessibilidades?) e plano de cuidados. Intervenções: IU funcional - treino de hábitos/vesical, modificação comportamental, terapia ocupacional, e modificações ambientais; IU por excesso - algaliação intermitente; IU stress, urgência ou mista - exercícios de <i>kegel</i>, modificação de comportamentos e farmacoterapia.</p>
<p>Thompson (2004). Geriatric Incontinence - The Long-term care challenge</p>	<p>Estudo descritivo. Descrever as características dos idosos residentes em unidades de cuidados de longa duração; Descrever a implementação de programas para a IU, nas unidades de cuidados de longa duração.</p>	<p>A micção induzida em horários estipulados (treino de hábitos) é uma intervenção descrita como eficaz nos idosos. Intervenções: modificação do vestuário e dos hábitos urinários, com o objetivo de ajudar o doente a chegar o mais rapidamente possível à casa de banho. Avaliação da IU: história atual; avaliação por exames complementares de diagnóstico; história da sua continência; avaliação do ambiente; diário miccional; exame físico (incluindo exame retal e pélvico) e resíduo pós-miccional. A reavaliação deve ser realizada 1 mês após o início do treino. Intervenções: terapia comportamental/treino de hábitos e estabelecimento de objetivos como por exemplo, diminuir o número de episódios de incontinência gradualmente.</p>
<p>Alverzo, Brigante, & McNish (2007). Improving stroke outcomes- rehabilitation strategies that work</p>	<p>Estudo descritivo. Descrever intervenções do enfermeiro de reabilitação face ao doente com acidente vascular cerebral.</p>	<p>Avaliação da IU: função vesical (padrão miccional, características do esvaziamento, consciência da necessidade de urinar, micções frequentes, dor e resíduo pós-miccional). Intervenções: IU total - cateterização vesical ou dispositivo urinário externo; IU por refluxo - cateterização vesical intermitente programada; IU urgência - adaptar o ambiente, adaptar o vestuário para facilitar o ato da micção, estabelecer um plano de ingestão de líquidos, treino de hábitos/comportamento, incentivar ao esvaziamento vesical antes de realizar atividades físicas e exercícios de <i>kegel</i>.</p>

Conclusão

A presente revisão *scoping* permitiu dar resposta ao objetivo inicialmente delineado de examinar e mapear a abordagem do EEER, ao adulto com alterações da eliminação vesical, em todos os contextos de intervenção. Durante a realização da pesquisa houve a necessidade de aumentar o espaço temporal entre o ano de publicação dos estudos e a data da pesquisa como meio de possibilitar a integração de uma evidência científica mais robusta, dado que as publicações sobre a temática em estudo nos últimos anos nas bases de dados utilizadas têm sido pouco frequentes.

Após a análise dos estudos considerados, verificou-se que é fundamental que o EEER realize uma avaliação criteriosa das queixas urinárias como forma de delinear posteriormente um plano de cuidados de enfermagem de reabilitação que vise potenciar e maximizar as limitações evidenciadas pelo doente. Esta avaliação passará principalmente por descrever o padrão miccional habitual, as características da micção, em que situações perde urina e se utiliza produtos de apoio direcionados às perdas de urina. Os resultados desta revisão demonstraram que as principais intervenções do EEER são promover a realização de exercícios de *Kegel*, o treino de hábitos, o treino vesical e a gestão da

ingestão de líquidos, sendo ainda referidas na literatura, embora com menor ênfase, outras intervenções que podem ser aplicadas concomitantemente como o recurso ao *biofeedback* e a micção imediata ou a supressão em urgência.

Esta área de intervenção do EEER carece de mais investigação, seja no campo da avaliação e intervenção, seja no campo da promoção da qualidade de vida.

Referências bibliográficas

- Abrams, P., Andersson, K., Birder, L., Brubaker, L., Cardozo, L., Chapple, C., ... Wyndaele, J. (2010). Fourth international consultation on incontinence - Recommendations of the International Scientific Committee: Evaluation and treatment of urinary incontinence, pelvic organ prolapse and faecal incontinence. *Neurourology and Urodynamics*, 29(1), 213-240. **DOI:** 10.1002/nau.20870
- Alverzo, J., Brigante, M., & McNish, D. (2007). Improving stroke outcomes-rehabilitation strategies that work. *American Journal of Nursing*, 107(11), 72B-73F. **DOI:** 10.1097/01.NAJ.0000298069.65467.f6
- Bicalho, M., & Lopes, M. (2012). Impacto da incontinência urinária na vida de esposas de homens com incontinência: Revisão integrativa. *Revista da Escola de Enfermagem da Universidade de São*

- Paulo, 46(4), 1009-1014. **DOI:** 10.1590/S0080-62342012000400032
- Bucci, A. (2007). Be a continence champion: Use the champ tool to individualize the plan of care. *Geriatric Nursing*, 28(2), 120-124. **DOI:** 10.1016/j.gerinurse.2006.12.002
- Carvalho, J. (2011). A transição do homem portador de carcinoma da próstata submetido a prostatectomia radical. *Onco.news*. 17, 9-17. Recuperado de: <https://www.onco.news/wp-content/uploads/2019/03/42-art.pdf>.
- Giling, A. (2005). The role of ward-based continence resource nurses in aged care rehabilitation nursing. *Journal of the Australasian Rehabilitation Nurses Association*, 8(3), 14-15. Recuperado de: <http://web.a.ebscohost.com/ehost/pdfviewer/pdfviewer?vid=9&sid=3575ac4b-e1b9-44f2-91d1-0c8bfff1d60a%40sdc-v-sessmgr02>
- Herr-Wilbert, I., Imhof, L., Hund-Georgiadis, M., & Wilbert, D. (2010). Assessment-guided therapy of urinary incontinence after stroke. *Rehabilitation Nursing*, 35(6), 248-253. **DOI:** 10.1002/j.2048-7940.2010.tb00055.x
- Instituto Nacional de Estatística. (2016). *Estatísticas da saúde 2014*. Lisboa: Instituto Nacional de Estatística.
- Joanna Briggs Institute. (2015). *Joanna Briggs Institute Reviewers' Manual: 2015 edition/Supplement*. The Joana Briggs Institute. Recuperado de: <https://nursing.iuhsc.edu/JBI/docs/ReviewersManuals/Scoping-.pdf>
- Jordan, L., Mackey, E., Coughlan, K., Wyer, M., Allnutt, N., & Middleton, S. (2010). Continence management in acute stroke: a survey of current practices in Australia. *Journal of Advanced Nursing*, 67(1), 94-104. **DOI:** 10.1111/j.1365-2648.2010.05480.x
- Milsom, I., Altman, D., Cartwright, R., Lapitan, M., Nelson, R., Sillén, U. ... Tikkinen, K. (2013). Epidemiology of urinary incontinence (ui) and other lower urinary tract symptoms (luts), pelvic organ prolapse (pop) and anal incontinence (ai). In P. Abrams, L. Cardozo, S. Khoury & A. Wein (coord.). *Incontinence: 5th International consultation on incontinence* (15-107). Bristol: International Consultation on Urological Diseases. **DOI:**10.7257/1053-816X.2014.34.4.193
- Newman, D. (2014). Pelvic floor muscle rehabilitation using biofeedback. *Urologic Nursing*, 34(4), 193-202. **DOI:** 10.7257/1053-816X.2014.34.4.193
- Newman, D., Buckley, D., Gordon, D., Griebing, T., Petty, L., & Wang, K. (2013). Continence promotion, education & primary prevention. In Abrams, P., Cardozo, L., Khoury, S., & Wein, A. (coord.). *Incontinence – 5th International consultation on incontinence* (1787-1825). Bristol: International Consultation on

- Urological Diseases. **DOI:** 10.7257/1053-816X.2014.34.4.193
- Ordem dos Enfermeiros. (2010). *Regulamento das competências específicas do enfermeiro especialista em enfermagem de reabilitação*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.
- Patrão, R., & Nunes, P. (2012). Semiologia urológica, técnicas diagnósticas e material urológico. In Silva, M., Duarte, A., Galo, J., & Domingues, N. (coord.). *Enfermagem em urologia* (36-50). Lisboa: Lidel.
- Pires, M. (2000). Eliminação e continência vesical. In Hoeman, S. (coord.), *Enfermagem de reabilitação: Aplicação e processo* (453-487). Loures: Lusociência.
- Riley, M., & Organist, L. (2014). Streamlining biofeedback for urge incontinence. *Urologic Nursing*, 34(1), 193-202. **DOI:** 10.7257/1053-816X.2014.34.1.19
- Santos, C. (2012). Reeducação perineoesfincteriana. In Silva, M., Duarte, A., Galo, J., & Domingues, N. (coord.), *Enfermagem em Urologia* (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.
- Sousa, E. (2016). *Estudo da eficácia e qualidade de vida em doentes com incontinência urinária de esforço pós-prostatectomia submetidos à colocação de sling trans-obturador ajustável (ATOMS)* (Trabalho Final de Mestrado Integrado em Medicina). Faculdade de Medicina da Universidade de Lisboa, Lisboa. Recuperado de: <http://hdl.handle.net/10451/26552>
- Stevens, K. (2011). Eliminação e continência urinária. In Hoeman, S. P. (coord.), *Enfermagem de reabilitação: Prevenção, intervenção e resultados esperados* (351-385). Loures: Lusodidacta.
- Terzoni, S., Montanary, E., Mora, C., Ricci, C., & Destrebecq, A. (2013). Reducing Urine Leakage After Radical Retropubic Prostatectomy: Pelvic Floor Exercises, Magnetic Innervation or No Treatment? A Quasi-Experimental Study. *Rehabilitation Nursing*, 38, 153-160. **DOI:** 10.1002/rnj.72
- Thompson, D. (2004). Geriatric incontinence: The long-term care challenge. *Urologic Nursing*, 24(4), 305-314. Recuperado de: <https://insights.ovid.com/urology-nursing/uronu/2004/08/000/geriatric-incontinence-long-term-care-challenge/11/00007565>
- Valença, M., Albuquerque, A., Rocha, G., & Aguiar, A. (2016). Cuidados de enfermagem na incontinência urinária: Um estudo de revisão integrativa. *Estima*, 14

(1), 43-49. **DOI:** 10.5327/Z1806-314420 1600010007