

IPV - ESSV |



Instituto Politécnico de Viseu

Escola Superior de Saúde de Viseu

Instituto Politécnico de Viseu

Escola Superior de Saúde de Viseu

Trabalho efectuado sob a orientação de



Agradecimentos

Um trabalho de investigação requer alguma partilha ...

Nesta caminhada, muitas pessoas, familiares, amigos, colegas contribuíram e se fizeram presentes. Nomear a todos seria difícil e correria o risco de me trair na importância que cada um teve nesta caminhada e tempo percorrido. Por isso o meu agradecimento vai para todos.

Não obstante, há alguns cuja presença se manifesta com mais intensidade neste processo de crescimento pessoal e intelectual.

Neste sentido expresso o meu agradecimento especial:

À Prof. Doutora Cláudia Chaves e à Prof. Mestre Ana Andrade pelo modo acolhedor como me receberam, encorajaram e orientaram nas várias etapas;

A minha mãe e meu pai, que lhes devo tudo o que sou, pelo amor, força, estímulo, disponibilidade e apoio incondicional dado em mais uma etapa da minha vida;

Ao meu querido marido, pela pessoa maravilhosa que é, o meu muito obrigado por tudo o que fez por mim;

A minha irmã Filipa por todo o apoio e ajuda que me deu neste longo e árduo percurso;

A todos que contribuíram para este trabalho. O meu muitíssimo obrigado!

Resumo

Enquadramento: As mulheres que apresentam a chamada incontinência de urgência apresentam um risco mais elevado de quedas e fraturas. Pessoas com esta condição sentem uma necessidade inadiável de esvaziar a bexiga. Os músculos pélvicos enfraquecidos, disfunção da bexiga e alguns medicamentos podem estar subjacentes ao problema.

Objetivos: Caracterizar os indicadores sociodemográficos, clínicos, obstétricos e ginecológicos e verificar se têm influência no risco de quedas das mulheres com incontinência urinária (IU) institucionalizadas; Caracterizar o impacto da incontinência e as atividades instrumentais de vida diária e verificar se têm influência no risco de quedas das mulheres com IU institucionalizadas.

Metodo: Estudo exploratório, descritivo e transversal com componente correlacional. Amostra por conveniência constituída por 67 mulheres idosas ($X=75,51$ anos de idade), do Centro Hospitalar Baixo Vouga. Foram recolhidos dados socio-demográficos, obstétricos, ginecológicos, clínicos, sobre o impacto de IU (International Consultation on Incontinence Questionnaire - Short Form (ICIQ-SF), sobre as Atividades Instrumentais de Vida Diária (Lawton & Brody, 1969; Versão Portuguesa de Sequeira, 2007) e sobre o risco de quedas (escala de Morse J., 1997).

Resultados: Das mulheres idosas institucionalizadas 68,7% têm companheiro; 49,3% com baixa escolaridade; 53,7% têm pré-obesidade; em 74,6% prevalecem doenças cardiovasculares; 79,1% tomam 5 ou mais medicamentos; 94% sofrem de IU; 95,5% manifestaram obstipação; 83,6% das mulheres com IU institucionalizadas tem risco de queda elevado. As mulheres com elevado risco de quedas tendem a concentrar-se na zona rural ($\chi^2=5,416$; $p=0,020$), e tiveram trabalho de parto com mais de 10 horas. As mulheres com risco baixo tendem a transportar pesos superiores a 3Kg com frequência. Os níveis de risco de quedas não é influenciado pela idade, estado civil, habilitações literárias, profissão, IMC, nº de gravidezes, nº de filhos, tipo de parto, existência de laceração ou rasgadura, o local onde o parto foi realizado, a quantidade de medicamentos que tomam, a perda de urina, os anos de perda, a existência de infeções urinárias, o nº de micções, o uso de pensos absorventes, a obstipação das mulheres com IU institucionalizadas.

O impacto da incontinência urinária nas mulheres institucionalizadas é considerado muito grave, influenciado pela residência, a zona rural com valores mais elevados. Quanto maior o impacto da IU mais pensos absorventes têm que usar diariamente. As mulheres que não sofrem de obstipação têm um impacto de IU grave. A ocorrência de infeções urinárias tende a ter impacto de IU moderado. As mulheres que transportam com frequência pesos superiores a 3Kg tendem a apresentar impacto de IU leve. O impacto da IU não é influenciado pela idade, pelo estado civil, pelas habilitações literárias nem pela profissão, pelo IMC, pelo nº de gravidezes, pelo nº de filhos, pelo tipo de parto ou pela existência de laceração ou rasgadura e pelo nº de horas necessárias para o trabalho de parto e o local onde foi realizado e pela toma de medicação das mulheres institucionalizadas. As mulheres com IU têm uma dependência nas AIVD moderada ou severa. As mulheres com dependência severa tendem a ter idades entre os 75 e os 95 anos e vivem sem companheiro. Quanto maior o impacto da IU das mulheres institucionalizadas maior é o seu risco de quedas e maior o seu grau de dependência nas AIVD. O impacto da IU tem um peso preditivo de 14% sobre o risco de quedas.

Conclusão: Defendemos que a intervenção de enfermagem seja direcionada para a prevenção e educação, num trabalho colaborativo e articulado com as pacientes no hospital e em casa.

Palavra-Chave: Atividades instrumentais de vida diária; Incontinência urinária; Risco de quedas; Saúde da mulher; Enfermagem.

Abstract

Framework: Women who have the call urgency incontinence have a higher risk of falls and fractures. People with this condition feel an urgent need to empty their bladders. The weakened pelvic muscles, bladder dysfunction, and some medications may underlie the problem.

Objectives: To characterize the sociodemographic indicators, clinical, obstetric and gynecological and verify that influence the risk of falls among women with urinary incontinence (UI) institutionalized; characterize the impact of incontinence and instrumental activities of daily living and see if they have influence on the risk of falls among institutionalized women with UI.

Method: Exploratory, descriptive and correlational cross-sectional component. Convenience sample consisting of 67 elderly women (X = 75.51 years old), the Hospital Center Baixo Vouga. Data were collected socio-demographic, obstetric, gynecological, clinical, on the impact of IU (International Consultation on Incontinence Questionnaire - Short Form (ICIQ-SF) on Instrumental Activities of Daily Living (Lawton & Brody, 1969; Portuguese Version Sequeira, 2007) and on the risk of falls (scale J. Morse, 1997).

Results: Institutionalized elderly women 68.7% have partner; 49.3% with low education, 53.7% have pre-obesity, 74.6% prevalent cardiovascular disease, 79.1% take five or more medications, 94% suffer UI, 95.5% expressed constipation, 83.6% of women with UI have institutionalized high risk of falling. Women at high risk of falls tend to be concentrated in rural areas ($\chi^2 = 5.416$, $p = 0.020$), and had labor over 10 hours. Women with low risk weights tend to carry more than 3kg frequently. Levels of risk of falls is not influenced by age, marital status, educational attainment, occupation, BMI, number of pregnancies, number of children, type of birth, existence of laceration or tear, where the birth took place, the amount drug taking, urine loss, years of loss, the existence of urinary infections, the number of voids, the use of absorbent pads, constipation institutionalized women with UI.

The impact of urinary incontinence in women is institutionalized considered very serious, influenced by the residence, the countryside with higher values. The higher the impact of UI more absorbent pads have to use daily. Women who do not suffer from constipation have a serious impact UI. The occurrence of urinary infections tend to have moderate impact of UI. Women often carry more than 3kg weights tend to present the impact of UI lightweight. The impact of the UI is not influenced by age, marital status, the qualifications nor the profession, BMI, the number of pregnancies, the number of children, type of birth or by the existence of laceration or tear and the number of hours necessary for labor and the place where it was done and by taking medication institutionalized women. Women with UI have a dependency in IADL moderate or severe. Women with severe addiction tend to be aged between 75 and 95 years and living without a partner. The greater the impact of UI women institutionalized greater your risk of falls and increased the degree of dependence in IADL. The impact of UI has a weight of 14% predictive of the risk of falls.

Conclusion: We argue that nursing intervention is directed toward prevention and education, in a collaborative and coordinated with the patients in the hospital and at home.

Key word: Instrumental activities of daily life; Urinary incontinence; Risk of falls; The woman's health; Nursing.

Índice Geral

Agradecimentos	iv
Resumo	vi
Abstract	vii
Índice Geral	viii
Índice de Tabelas	x
Índice de Quadros	xiii
Índice de Figuras	xiii
Anexos / Apêndices	xiii
Abreviaturas e Siglas	xiv
Introdução	18
Capítulo 1. Risco de Quedas	24
1.1. Classificação das Quedas	25
1.2. Fatores de Risco	26
Capítulo 2. Incontinência Urinária	28
2.1. Classificação da Incontinência Urinária	28
2.2. Fatores de Risco	29
Capítulo 3. Metodologia	34
3.1. Métodos	34
3.2. Participantes	36
3.3. Instrumento	36
3.3.1. Caracterização sociodemográfica, obstétrica, clínica e ginecológica	36
3.3.2. Impacto da Incontinência em Mulheres com IU (ICIQ-SF)	37
3.3.3. Escala de Avaliação do Risco de Quedas de Morse.....	38
3.3.4. Escala de Actividades Instrumentais de Vida Diária	38
3.4. Procedimentos	39
3.5. Análise de Dados	40
3.5.1. Estatística Descritiva	40
3.5.2. Estatística Inferencial	40
Capítulo 4. Apresentação dos Resultados	42
4.1. Análise descritiva	42
4.1.1. Caracterização Sociodemográfica.....	42

4.1.2. Caracterização Obstétrica	44
4.1.3. Caracterização do Estado Clínico.....	46
4.1.4. Caracterização Ginecológica.....	46
4.1.5. Impacto de Incontinência Urinária (IU)	48
4.1.5.1. Impacto da IU em função das variáveis sociodemográficas.....	49
4.1.5.2. Impacto da IU em função das variáveis obstétricas	53
4.1.5.3. Impacto da IU em função das variáveis clínicas	56
4.1.5.4. Impacto da IU em função das variáveis ginecológicas.....	56
4.1.6. Atividades Instrumentais da Vida Diárias (AIVD).....	59
4.1.6.1. Atividades Instrumentais da Vida Diárias em função das variáveis sociodemográficas	61
4.1.6.2. Atividades Instrumentais da Vida Diárias em função das variáveis obstétricas.....	64
4.1.6.3. Atividades Instrumentais da Vida Diárias em função das variáveis clínicas	66
4.1.6.4. Atividades Instrumentais da Vida Diárias em função das variáveis ginecológicas	67
4.1.7. Risco de Quedas.....	70
4.1.7.1. Risco de Quedas em função das variáveis sociodemográficas.	71
4.1.7.2. Risco de Quedas em função das variáveis obstétricas.....	74
4.1.7.3. Risco de Quedas em função das variáveis clínicas	76
4.1.7.4. Risco de Quedas em função das variáveis ginecológicas.....	77
4.2. Análise inferencial	79
Capítulo 5. Discussão dos Resultados	82
5.1. Análise Interpretativa dos Resultados	82
Capítulo 6. Conclusões	90
Bibliografia	96

Índice de Tabelas

Tabela 1. Estatística descritiva da idade.	42
Tabela 2. Caracterização em função da idade, estado civil e habilitações literárias.	43
Tabela 3. Caracterização sociodemográfica em função da situação profissional, profissão, residência, onde vive e com quem vive.	43
Tabela 4. Análise descritiva do IMC.	44
Tabela 5. Caracterização obstétrica.	44
Tabela 6. Caracterização obstétrica (Cont.).	45
Tabela 7. Caracterização obstétrica (Cont.).	45
Tabela 8. Caracterização do estado clínico.	46
Tabela 9. Caracterização ginecológica em função da perda de urina, infecções urinárias e vaginais, cirurgia de correção e quantidade de miçõs.	47
Tabela 10. Caracterização ginecológica em função do uso de pensos absorventes, obstipação e do transporte de pesos superiores a 3Kg.	48
Tabela 11. Análise descritiva do impacto de incontinência urinária.	48
Tabela 12. Níveis do impacto de incontinência urinária.	49
Tabela 13. Níveis do impacto de incontinência urinária em função da idade e estado civil.	50
Tabela 14. Níveis do impacto de incontinência urinária em função da habilitação literária.	50
Tabela 15. Níveis do impacto de incontinência urinária em função da profissão.	51
Tabela 16. Níveis do impacto de incontinência urinária em função da residência.	51
Tabela 17. Comparação do impacto de incontinência urinária em função da zona de residência.	52
Tabela 18. Níveis do impacto de incontinência urinária em função de onde vive e com quem vivem.	52
Tabela 19. Níveis do impacto de incontinência urinária em função do IMC.	53
Tabela 20. Níveis do impacto de incontinência urinária em função do nº de gravidezes e nº de filhos, tipo de parto e a existência de laceração ou rasgadura.	54
Tabela 21. Níveis do impacto de incontinência urinária em função do nº de horas de trabalho de parto.	55

Tabela 22. Níveis do impacto de incontinência urinária em função do local do parto.	55
Tabela 23. Comparação do impacto de incontinência urinária em função do local do parto.	56
Tabela 24. Níveis do impacto de incontinência urinária em função da toma de medicação.	56
Tabela 25. Níveis do impacto de incontinência urinária em função da perda de urina, nº de anos de perda e existência de infecções urinárias.	57
Tabela 26. Níveis do impacto de incontinência urinária em função das micções e uso de pensos absorventes.	58
Tabela 27. Níveis do impacto de incontinência urinária em função do transporte de pesos > 3Kg e existência de obstipação.	59
Tabela 28. Análise descritiva das atividades instrumentais da vida diária.	60
Tabela 29. Níveis das atividades instrumentais da vida diária.	60
Tabela 30. Níveis das atividades instrumentais da vida diária em função da idade e estado civil.	61
Tabela 31. Níveis das atividades instrumentais da vida diária em função da habilitação literária.	62
Tabela 32. Níveis das atividades instrumentais da vida diária em função da profissão.	62
Tabela 33. Níveis das atividades instrumentais da vida diária em função da residência.	63
Tabela 34. Níveis das atividades instrumentais da vida diária em função de onde vive e com quem vivem.	63
Tabela 35. Níveis das atividades instrumentais da vida diária em função do IMC, nº de gravidezes.	64
Tabela 36. Níveis das atividades instrumentais da vida diária em função do nº de filhos, tipo de parto e a existência de laceração ou rasgadura.	65
Tabela 37. Níveis das atividades instrumentais da vida diária em função do nº de horas de trabalho de parto e o local do parto.	66
Tabela 38. Níveis das atividades instrumentais da vida diária em função da toma de medicação.	67
Tabela 39. Níveis das atividades instrumentais da vida diária em função da perda de urina e do nº de anos de perda.	67
Tabela 40. Níveis das atividades instrumentais da vida diária em função da existência de infecções urinárias.	68

Tabela 41. Níveis das atividades instrumentais da vida diária em função das micções/dia.....	68
Tabela 42. Níveis das atividades instrumentais da vida diária em função das micções/noite e uso de pensos absorventes.....	69
Tabela 43. Níveis das atividades instrumentais da vida diária em função do transporte de pesos > 3Kg.....	69
Tabela 44. Análise descritiva do risco de quedas.....	70
Tabela 45. Níveis do risco de quedas.	70
Tabela 46. Níveis do risco de quedas em função da idade e estado civil.....	71
Tabela 47. Níveis do risco de quedas em função da habilitação literária.	72
Tabela 48 Níveis do risco de quedas diária em função da profissão.	72
Tabela 49. Níveis do risco de quedas diária em função da residência.	73
Tabela 50. Níveis do risco de quedas m função de onde vive e com quem vivem.	73
Tabela 51. Risco de quedas em função do IMC, nº de gravidezes e nº de filhos.	74
Tabela 52. Risco de quedas em função do tipo de parto e a existência de laceração ou rasgadura.	75
Tabela 53. Risco de quedas em função do nº de horas de trabalho de parto... 75	75
Tabela 54. Risco de quedas em função do nº de horas de trabalho de parto e o local do parto.	76
Tabela 55. Risco de quedas diária em função da toma de medicação.....	76
Tabela 56. Risco de quedas em função da perda de urina, nº de anos de perda e existência de infecções urinárias.	77
Tabela 57. Risco de quedas em função das micções e uso de pensos absorventes.	78
Tabela 58. Risco de quedas em função do transporte de pesos > 3Kg e da obstipação.	79
Tabela 59. Matriz de correlação entre o risco de quedas, o impacto de IU e as AIVD.	80

Índice de Quadros

Quadro 1. Regressão múltipla entre o risco de quedas, o impacto de IU e as AIVD.....	80
--	----

Índice de Figuras

Figura 2. Esquema conceptual de base.....	35
---	----

Anexos / Apêndices

Anexo 1. Questionário/Escalas	106
Anexo 2. Pedido de autorização à Direção dos Hospitais para aplicação dos questionários.	109

Abreviaturas e Siglas

% – Frequência relativa;

β – Coeficientes Beta;

DGS – Direção Geral de Saúde

dp – Desvio Padrão;

et al. – E outros

IMC – Índice de massa corporal

IU – Incontinência Urinária;

M – Média;

n – Frequência absoluta;

N – Amostra;

OMS – Organização Mundial de Saúde

p – probabilidade;

p. – Página

ICIQ – Escala do Impacto da Incontinência Urinária;

R – Coeficiente de Correlação;

SPSS – *Statistic Package for Social Sciences*;

t – Teste t

“O que sabemos é uma gota; o que ignoramos é um oceano”
Isaac Newton

Introdução

O envelhecimento não é um problema, mas uma parte do ciclo de vida, sendo desejável que constitua uma oportunidade para viver de forma saudável e autónoma o mais tempo possível, o que implica uma ação integrada a nível da mudança de comportamentos e atitudes da população em geral e da formação dos profissionais de saúde e de outros campos de intervenção social, uma adequação dos serviços de saúde e de apoio social às novas realidades sociais e familiares que acompanham o envelhecimento individual e demográfico e um ajustamento do ambiente às fragilidades que, mais frequentemente, acompanham a idade avançada (DGS, 2006, p.5).

Embora os enormes progressos das ciências da saúde, nas últimas décadas, tenham tido um papel preponderante no aumento da longevidade, os últimos anos de vida são, muitas vezes, acompanhados de situações de fragilidade e de incapacidade que, frequentemente estão relacionados com situações de perda de autonomia e dependência. (Sarmiento, Pinto & Monteiro, 2010).

O envelhecimento populacional é uma realidade e um fenómeno mundial. A Organização Mundial da Saúde (OMS) define como pessoa idosa, aquela com a idade mínima de 65 anos de idade para os países em desenvolvimento. Deste modo, o conceito de saúde para este grupo populacional, não pode basear-se no completo bem-estar físico, psíquico e social, preconizado pela OMS, mas deve-se reger pelo paradigma funcional (Ribeiro, Souza, Atie & Schilithz, 2008).

Envelhecer com saúde, autonomia e independência, o mais tempo possível, constitui, assim hoje, um desafio à responsabilidade individual e coletiva, com tradução significativa no desenvolvimento económico dos países. É assim, que o envelhecimento humano pode ser definido como o processo de mudança progressivo da estrutura biológica, psicológica e social dos indivíduos que, iniciando-se mesmo antes do nascimento, se desenvolve ao longo da vida (DGS, 2006).

Neste contexto, *“Conseguir viver o mais tempo possível, de forma independente, no seu meio habitual de vida, tem de ser um objetivo individual de vida e uma responsabilidade coletiva para com as pessoas idosas”* (DGS, 2006, p.6)

As quedas e as conseqüentes lesões resultantes, constituem um problema de saúde pública e de grande impacto social, em todos os países em que ocorre expressivo envelhecimento populacional (Almeida, Abreu & Mendes, 2010).

A queda pode ser definida como um *“evento descrito pela vítima ou uma testemunha, em que a pessoa inadvertidamente vai ter ao solo ou outro local em nível mais baixo que o anteriormente ocupado, com ou sem perda de consciência ou lesão.”* (Rubenstein (1990) citado por Freitas, Elizabete et al., 2011).

As quedas ocorrem devido à perda de equilíbrio postural e tanto podem ser decorrentes de problemas primários do sistema osteoarticular e/ou neurológico quanto de uma condição clínica adversa que afete secundariamente os mecanismos de equilíbrio e estabilidade (Almeida, Abreu & Mendes, 2010).

Vários estudos prospectivos e retrospectivos relacionados com o problema de quedas têm sido publicados, porém,

“estudos retrospectivos subestimam a incidência de quedas em 13 a 32% dependendo do período entre a queda e a lembrança do evento. Os fatores de risco para quedas que resultam em lesões diferem daqueles para quedas sem ferimentos. Estudos bem desenhados de base populacional e com grande número de indivíduos estimam uma incidência de 28 a 35% de quedas em mais velhos com mais de 65 anos, 35% naqueles com mais de 70 anos e 32 a 42% nos indivíduos com mais de 75 anos” (Downton, 1998 citado por Freitas, Elizabete et al., 2011).

Neste sentido, a incontinência urinária, queda e fraturas são problemas de saúde comuns em idosas. De acordo com as referências do Journal of the American Geriatrics Society (2000, 48, pp. 721-725) a incontinência aumenta independentemente do risco de uma mulher idosa ter quedas ou fraturas ósseas. Um estudo com mais de 6.000 mulheres, com idade igual ou superior a 72 anos, verificou que das mulheres que apresentavam incontinência urinária frequente, cerca de 25% eram mais propensas a sofrer uma queda comparativamente às que não tinham incontinência.

Calcula-se que mais de 60 milhões de pessoas sejam afetadas por esta patologia em todo o mundo. As mulheres são mais afetadas que os homens, entre duas a cinco vezes, sendo mais elevada na pós-menopausa. Os idosos são o grupo etário mais atingido, podendo mesmo encontrar-se uma prevalência de 90% de incontinentes nos lares de terceira idade e casas de repouso. Em Portugal, estudos realizados apontam para a existência de 600 mil incontinentes nos diferentes segmentos etários. Entre os 45 e os 65 anos a proporção de casos de incontinência urinária é de três mulheres para cada homem. Os dados revelam ainda que 50% das pessoas institucionalizadas sofrem de incontinência urinária, apenas 10% da

população faz tratamento medicamentoso e que a taxa de cura da incontinência de esforço é de 90% (DGS, 2013).

As mulheres que apresentam a chamada incontinência de urgência apresentam um risco mais elevado de quedas e fraturas. Pessoas com esta condição sentem uma necessidade inadiável de esvaziar as suas bexigas. Os músculos pélvicos enfraquecidos, disfunção da bexiga e alguns medicamentos podem estar subjacentes ao problema (Freitas, Elizabete et al., 2011).

O envelhecimento por si só não é causa de incontinência, mas induz algumas mudanças funcionais e estruturais no trato urinário inferior que torna o idoso suscetível ao problema.

Face a estas considerações é propósito deste estudo identificar e relacionar o Risco de Quedas e a Incontinência Urinária na mulher idosa institucionalizada. Assim, delineou-se um estudo de natureza quantitativa, transversal e descritivo-correlacional realizado numa amostra de 67 mulheres idosas. Para tal, foi realizada a colheita de dados nos Serviços de Medicina do CHBV, EPE. no período que decorreu desde janeiro a maio de 2013.

Assim, orientamos a pesquisa de acordo com os seguintes objetivos:

- Caracterizar os indicadores sociodemográficos, clínicos, obstétricos e ginecológicos e verificar se têm influência no impacto de IU, nas atividades instrumentais de vida diária e no risco de quedas das mulheres com IU institucionalizadas;
- Caracterizar o impacto da incontinência e as atividades instrumentais de vida diária e verificar se têm influência no risco de quedas das mulheres com IU institucionalizadas.

Para o efeito delineou-se um estudo exploratório, descritivo e transversal com uma componente correlacional.

A amostragem é não probabilística por conveniência, tendo como limitação a generalização das conclusões para a população portuguesa.

O relatório final encontra-se estruturado em duas partes: o enquadramento teórico e a investigação empírica. No primeiro abordamos as quedas, respetivos fatores de risco e a sua classificação. Posteriormente fazemos uma conceptualização da incontinência urinária bem como os fatores inerentes. Nestes capítulos para além da contextualização do tema são referenciados alguns estudos pertinentes para a evolução dos conhecimentos da problemática.

Desta forma, configura-se o formato do trabalho e identificam-se sumariamente os elementos que o constituem:

I Parte – Enquadramento Teórico

No Capítulo 1 apresentamos uma base conceitual direcionada para o risco de quedas.

O Capítulo 2 tem como objetivo analisar e realçar o conceito de incontinência urinária.

II Parte – Investigação Empírica

O Capítulo 3 reserva-se para a metodologia.

No ponto 1, faz-se a formulação do problema, definição de objetivos, operacionalização das variáveis, formulação das hipóteses de estudo e, ainda, o desenho de investigação. No ponto 2, caracteriza-se a mostra de forma socio-espacial e demográfica. No ponto 3, descreve-se o instrumento a utilizar, nomeadamente as escalas psicométricas. No ponto 4, apresentam-se os procedimentos metodológicos e éticos da recolha de dados. No ponto 5, especificam-se os testes estatísticos que se vão utilizar quer em termos descritivos como inferenciais.

No Capítulo 4 apresentam-se os resultados, com recurso a tabelas e gráficos para melhor visualização dos mesmos.

No Capítulo 5 discutem-se os resultados comparando-os com outros estudos e autores.

Terminamos com as conclusões do trabalho e com as referências bibliográficas.

O final enquadró os anexos e apêndices do trabalho, nomeadamente o questionário aplicado às mulheres e algumas tabelas com dados que nos pareceram extensos para estarem incluídos no texto.

I PARTE – ENQUADRAMENTO TEÓRICO

Capítulo 1. Risco de Quedas

O processo de envelhecimento provoca inúmeras alterações no organismo humano, podendo levar o indivíduo a sofrer mudanças no seu cotidiano ao longo do tempo, como a necessidade de ajuda para realizar as atividades da vida diária. As quedas neste grupo etário podem ser consideradas como fatores significativos de alerta a fim de evitar sequelas físicas e emocionais decorrentes desses eventos (Machado et al., 2009).

O risco de ocorrência de eventos adversos em meio hospitalar é uma realidade que tem levado os profissionais de saúde, nomeadamente os enfermeiros, a desenvolver estratégias de promoção da segurança do doente hospitalizado. As quedas são acontecimentos adversos mais frequentes nos hospitais e podem ter consequências físicas, psicológicas e sociais (Almeida, Abreu & Mendes, 2010).

Neste sentido, a Organização Mundial de Saúde (OMS), define queda como *“um acontecimento, que leva a pessoa inadvertidamente ao solo ou a um nível inferior”* (Almeida, Abreu & Mendes, 2010).

As quedas são um importante fator causal para a dependência dos idosos, pois, estão relacionadas a um índice elevado de incapacidade e de mortalidade (Machado et al., 2009).

A OMS (2010) chama a atenção para o fato de as quedas serem a segunda causa de morte por lesão acidental ou não intencional, logo após os acidentes rodoviários.

Segundo OMS (2007) citado por Almeida (2011), mais de 80% das mortes relacionadas com a queda ocorre em países com baixos e médios rendimentos. No entanto, é comum a todos eles a relação que se verifica entre o aumento da idade, o nível de fragilidade e a permanência em hospital após sofrer uma lesão relacionada com uma queda. É também verificado em todos os países que as quedas fatais aumentam com a idade para ambos os sexos, verificando-se uma maior incidência após os 85 anos de idade. É também verificado que, as taxas de quedas são superiores nos homens em relação às mulheres, para todas as faixas etárias, pois os homens apresentam mais co-morbilidades em comparação com mulheres em igual idade.

Contudo, existem estudos que indicam um aumento do risco de queda com o aumento da idade, e a maior parte um risco maior em mulheres (Downton, 1998 citado por Freitas, Elizabete et al., 2011).

Num estudo com uma amostra de 50 idosos com idade superior a 60 anos, de ambos os sexos, atendidos num hospital devido a traumatismo acidental por quedas, o sexo feminino representava a maioria (66%) em relação ao sexo masculino (Fabrício, 2004, citado por Gontijo, 2011), o que indica que esta variável é predominante nas quedas.

Os dados do relatório publicado sobre Acidentes Domésticos e de Lazer Informação Adequada (relativo ao ano 2005), revelaram que 15% dos acidentes ocorreram em pessoas com mais de 65 anos, os quais foram três vezes mais frequentes nas mulheres do que nos homens (DGS, 2008).

As pessoas idosas institucionalizadas, caem cerca de 30 a 50% por ano e 40% destes experimentam quedas frequentes. A maioria dos estudos encontrados com amostras de idosos institucionalizados apresentam dois fatores que aumentam a frequência de quedas, aumento da idade e da fragilidade (Tinetti, 1987 citado por Almeida, 2011).

As quedas são um acontecimento traumático, multifatorial, habitualmente involuntário e inesperado, mas que pode ser recorrente num mesmo indivíduo e acarreta, frequentemente, consequências para a pessoa, para o próprio cuidador e para a sociedade (Almeida, Abreu & Mendes, 2010).

1.1. Classificação das Quedas

Torna-se importante uma correta caracterização da queda, delimitando as suas particularidades. As classificações são tentativas de agrupamento, mais ou menos estruturado, que permitem organizar estes acidentes consoante fatores/causas precipitantes, frequência de ocorrência, tipo de consequência e tempo de permanência no chão (Perracini, 2005).

A frequência das quedas podem ser acidentais ou recorrentes. As acidentais ocorrem com baixa probabilidade de tornar a acontecer com um único episódio, as recorrentes ocorrem devido a fatores intrínsecos ou biológicos.

As consequências de uma queda podem resultar lesões graves (fraturas, trauma crânio encefálico ou luxações) e a lesões leves (hematomas, escoriações, cortes e abrasões).

Para Perracini (2005), os idosos mais predispostos a sofrerem quedas prolongadas têm como características: idade superior ou igual a 80 anos; dificuldade nas AVD; disfunções em membros inferiores; toma de sedativos; moram sozinhos ou permanecem por longos períodos do dia ou noite desacompanhados.

Uma das propostas de agrupamento é apresentada por Almeida et al. (2010):

- Quedas Ocasionais - que estão associadas a fatores extrínsecos;
- Quedas Intermitentes/Intercorrentes - relacionadas com doença aguda;
- Quedas Recidivantes - quando se repetem duas ou mais vezes no prazo de seis meses, associadas a doentes com estado de saúde debilitado, mas sem explicação clínica para as quedas;
- Casos de Risco - englobam indivíduos com elevado risco de queda, embora não tenham ainda sofrido qualquer acidente.

Hendrich (2003) citado por Almeida et al., (2010) apresenta como classificação das quedas:

- Quedas acidentais - associadas a perigos ambientais;
- Quedas fisiologicamente previsíveis - ocorre em indivíduos com alterações fisiológicas que predispõem a um alto risco de queda;
- Quedas fisiologicamente imprevisíveis - associadas a fatores fisiológicos.

1.2. Fatores de Risco

Os fatores intrínsecos ou extrínsecos são dois grandes grupos de classificação das quedas: os fatores intrínsecos estão diretamente relacionados com o indivíduo, os fatores extrínsecos relacionados com as características ambientais e sociais (Almeida, Abreu & Mendes, 2010).

Os **fatores intrínsecos** englobam alterações fisiopatológicas (ex: diminuição da visão e audição, distúrbios vestibulares, proprioceptivos e musculoesqueléticos, disfunções da marcha, sedentarismo); doenças (ex: cardiovasculares, neurológicas, osteoarticulares, gémio-urinárias); e consequências do uso de fármacos (como a diminuição das funções motoras, fraqueza, tonturas, hipotensão, confusão e sonolência) (Saraiva et al., 2008).

Um dos fatores associados ao envelhecimento que pode predispor o indivíduo a quedas é a tendência à lentidão dos mecanismos de integração central. O envelhecimento parece reduzir a capacidade de processamento e a habilidade de dividir a atenção, se a concentração for distraída por outra tarefa cognitiva, há recuperação mais lenta de uma perturbação postural (Freitas, Elizabete et al., 2011).

Num estudo realizado por Machado et al. (2009), com uma amostra de 24 idosos (com idades superiores a 60 anos), de ambos os sexos, em que o objetivo era

avaliar quais os fatores de risco para a presença do risco para quedas em idosos, concluiu que o uso de medicamentos (75%) influencia o risco de queda.

Freitas et al. (2011) propõem, para melhor compreensão, doenças específicas nas causas de quedas, tais como:

- Epilepsia: aumenta a sua prevalência com a idade e associa-se, muitas vezes, à perda de consciência;
- Doenças de Parkinson: pelos seus distúrbios de marcha, postura e equilíbrio, é reconhecidamente uma causa potencial de quedas;
- Miopatias e neuropatias periféricas: os distúrbios motores afetam principalmente os membros inferiores;
- Síncope cardiogénica: as arritmias cardíacas mostram, estar associadas ao alto risco de quedas, lesões e fraturas;
- Espondilose cervical: a diminuição do estímulo proprioceptivo dos mecanorreceptores da medula espinal pode provocar sensações de tonturas e desequilíbrio em doentes mais velhos;
- Demência: os doentes demenciados apresentam vários fatores de risco para quedas, como distúrbios cognitivos que impedem o reconhecimento do ambiente;
- Disfunção renal: provoca deficiência na conversão de calcidiol em calcitriol, pois é importante para evitar quedas.

Os **fatores extrínsecos**, estando relacionados com fatores ambientais, reúnem uma série de características inadequadas dos espaços, mobiliário e iluminação, existência de obstáculos no meio envolvente, ausência ou inadequação de ajudas técnicas, vestuário inadequado (Saraiva et al., 2008).

As quedas são consideradas um dos “gigantes da geriatria”, ou seja, um dos meios mais comuns pelos quais doenças agudas se manifestam de maneira não específica entre a população mais velha. Uma das razões possíveis inclui a perfusão cerebral, comprometida por um acúmulo de problemas crónicos como Insuficiência Cardíaca Congestiva (ICC), doença cerebrovascular, patologias pulmonares e outras que diminuem as reservas de perfusão no cérebro, mesmo em indivíduos com bom estado funcional (Freitas, Elizabete et al., 2011).

Capítulo 2. Incontinência Urinária

A incontinência urinária constitui um problema, atingindo hoje, um vasto número de pessoas em geral e, sobretudo, a mulher numa forma particular (Azevedo, 2006).

No entanto, a verdadeira dimensão do problema é difícil compreendê-la, devido a não ser estudado na medida da sua magnitude. Muitas pessoas que sofrem este flagelo sentem relutância em falar com os profissionais de saúde, uma vez que a incontinência urinária, até recentemente, mereceu pouca atenção, por parte destes, em virtude de não ter uma representatividade considerável de risco para a vida, e ter sido considerada, durante muito tempo, como um problema menor (Azevedo, 2006).

Geralmente, a incontinência urinária é interpretada como parte natural do envelhecimento. Estudos revelam que a prevalência da incontinência urinária no idoso, varia de 8% a 34%, sendo maior em idosos institucionalizados, em que causa um grande desgaste emocional, sendo considerada o sintoma que mais compromete a qualidade de vida do idoso (Piccoli, Sebben & Guedes, 2012).

2.1. Classificação da Incontinência Urinária

A incontinência urinária é classificada em transitória (reversível) e estabelecida (persistente). A estabelecida é subdividida em incontinência de urgência, de reforço, de transbordamento (hiperfluxo) e mista (Freitas, Elizabete et al., 2011).

A incontinência urinária transitória é caracterizada pela perda involuntária de urina na ausência de disfunção do trato urinário inferior. É provocada por eventos clínicos agudos, potencialmente reversíveis. A incontinência estabelecida refere-se à variedade não causada por comorbidades clínicas ou efeito colateral de medicamentos, que persiste ao longo do tempo (Freitas, Elizabete et al., 2011).

A incontinência de urgência é a mais comum em pacientes idosos de ambos os sexos. Caracteriza-se clinicamente por intenso desejo de urinar, seguido da perda voluntária de volume de urina, que pode ser de moderado a grande. É desencadeada por contrações não inibidas da bexiga, referidas como hiperatividade do detrusor, condição que, geralmente, ocorre na presença de função contrátil normal.

Os idosos fragilizados, podem apresentar incontinência na presença de detrusor hiperativo, mas hipocontrátil, denominada de “hiperatividade do detrusor com

redução da contratilidade”. Essa condição manifesta-se, clinicamente, com urgência, frequência, jato urinário fraco e grande volume residual, sintomas que se confundem com aqueles provocados por obstrução mecânica do fluxo urinário.

A bexiga hiperativa é uma síndrome caracterizada por urgência urinária com ou sem incontinência, em geral acompanhada de frequência e nictúria. Pode ocorrer em consequências de doenças neurológicas tais como esclerose múltipla, doença de Parkinson, AVC e demência, mas em muitos casos o seu mecanismo fisiopatológico permanece desconhecido.

A incontinência de esforço ocorre quando aumentos na pressão intra-abdominal superam a pressão de fechamento esfinteriano, na ausência de contrações vesicais. É o tipo de incontinência mais comum em mulheres jovens e o segundo mais comum nas mulheres idosas. É causada por deslocamento da uretra de sua posição anatômica durante esforços ou por deficiência esfinteriana intrínseca, decorrente de trauma cirúrgico (Freitas, Elizabete et al., 2011).

2.2. Fatores de Risco

Segundo um estudo de revisão bibliográfica sobre os fatores de risco da incontinência urinária na mulher, aponta intervenções de enfermagem que podem auxiliar no diagnóstico e controle da perda urinária, contribuindo para melhorar a qualidade de vida das mulheres incontinentes. Neste sentido, exames simples podem ajudar a identificar os fatores de risco para a IU na mulher, assim como uma anamnese de enfermagem detalhada com a realização de uma simples pergunta à mulher se perde urina quando tosse, espirra ou quando sente um desejo forte em urinar, logo será possível identificar a IU (Higa, R., Lopes, M., Reis, M., 2006).

Existem múltiplos fatores associados à incontinência urinária, tais como:

- Anomalias esfinterianas: a incontinência urinária de esforço e por falência esfinteriana propriamente dita que acontece em doença ou traumatismos neurológicos;
- Contrações involuntárias do detrusor: a incontinência por instabilidade do detrusor, apresenta como sintoma a urgência miccional, a qual ao acontecer antes do enchimento da bexiga, leva ao aumento do número de micções e portanto à polaquiúria e à nictúria. Está relacionada com lesões neurológicas, obstrução infra-vesical ou muitas vezes sem aparente etiologia;

- **Urgência sensorial:** as mulheres com urgência idiopática sensorial, se não urinarem, têm polaquiúria ou urgência por dor ou desconforto supra-púbico. Não estão relacionadas com contrações involuntárias do detrusor nem com cistite aguda. Estas doentes têm desequilíbrio psiquiátricos que tanto podem ser causa como consequência da doença;
- **Trajetos anómalos:** a incontinência urinária também pode dever-se à existência de um trajeto fistuloso que ultrapassa o mecanismo esfinteriano (Ferreira & Monteiro (1993) citado por Azevedo, 2006).

A IU é vista como um problema que afeta as mulheres múltiparas, mais velhas, obesas, com obstipação crónica, embora existam evidências de que durante atividades físicas stressantes e trabalhosas o risco de IU é elevado (Higa, R., Lopes, M., Reis, M., 2006).

Segundo os mesmos autores os principais fatores associados à incontinência urinária na mulher são:

Idade: considerada o principal fator de risco para a IU na população feminina e idosa. Alguns distúrbios urinários nas mulheres podem ser causados pela diminuição da capacidade da bexiga, pelo baixo nível de estrogénios após menopausa, doenças crónicas e pelo aumento do IMC;

Obesidade: contribui para o desenvolvimento da IU, em que, a prevalência aumenta com o aumento de peso. Presume-se que a associação seja consequência da elevada pressão intra-abdominal provocada pelo aumento de peso na região da cintura, conseqüentemente, do aumento da pressão intra-vesical, alterando o mecanismo do trato urinário;

Paridade: é um dos fatores que mais se associa ao desenvolvimento da IU. Comumente, a incontinência aparece durante a gravidez, e a prevalência é elevada com o aumento de paridade, favorecendo assim o desenvolvimento da IU;

Tipos de Parto: o parto vaginal está associado com o aumento de casos de IU, comparativamente com o parto cesariano, pois está associado às lesões e traumatismos da região pélvica;

Peso do Recém Nascido: filhos com um peso superior a 4Kg influenciam o aumento da prevalência da IU, tanto na gravidez como no parto vaginal. Pode estar relacionado com o aumento da pressão intra-abdominal, e conseqüentemente, com o aumento da pressão intra-vesical. Existe alto risco de lesão durante o parto vaginal;

Menopausa: as mudanças hormonais durante a menopausa, afetam a estrutura pélvica, pois os baixos níveis de estrogénios predispõem a mulher à IU, contribuindo assim para o aumento da frequência, urgência e disúria;

Cirurgias Ginecológicas: mostram uma forte associação com a IU. A excisão ou prolapso do útero comprometem e alteram as funções da região pélvica;

Obstipação intestinal: atualmente tem sido estudado como um fator que aumenta o risco de IU nas mulheres. A obstipação crônica afeta a função urológica, em que ocorre o estreitamento do reto comprimindo a bexiga, contribuindo assim, para a retenção urinária, causando infecções do trato urinário. No entanto, frequentemente a força realizada durante a eliminação intestinal pode lesar a musculatura pélvica e, através da distensão, traumatizar e causar isquemia muscular;

Doenças crônicas: fatores co-existentes como a diabetes e doenças neurológicas são fatores de risco para a IU. A associação entre Diabetes e IU é forte, pois provoca lesões nas inervações neuropáticas da bexiga, aumenta a frequência urinária (causada pela hiperglicemia). As doenças neurológicas afetam a eliminação vesical, causando contrações desinibidas da bexiga das mulheres;

Medicação: o uso de medicamentos é um fator que contribui para a IU. Alguns medicamentos aumentam a frequência e a urgência de urinar. Certas drogas, como os simpaticomiméticos e parasimpatocólicas, atuam no trato urinário inferior, podendo alterar a função vesical contribuindo assim para o aumento da frequência da perda urinária.

Toda a mulher preocupa-se com a possibilidade de ser rejeitada ou evitada pelos outros (devido ao cheiro), e com o que as pessoas possam pensar acerca do seu aspeto. Tentam controlar as manifestações da sua incontinência, através da utilização de proteções mecânicas (fraldas, pensos, dispositivos), ou ajustando os seus hábitos de vida. Habitualmente não viajam, movimentam-se apenas em redor da sua residência, frequentam apenas estabelecimentos comerciais ou locais onde têm um acesso fácil às casas de banho, entre outros (Azevedo, 2006).

Os sintomas da incontinência urinária, repercutem-se nas atividades da vida diária e na participação social, ocasionando constrangimento, levando a depressão, ansiedade, solidão e medo de estar em público, limitando dessa forma o seu papel profissional e social (Piccoli et al., 2012).

No entanto, num estudo exploratório sobre a Incontinência Urinária e Funcionalidade (Botelho, Fontes & Fernandes, 2011) numa amostra constituída por 102 idosos, em que o objetivo era caracterizar a prevalência da IU, com idade igual ou superior a 65 anos, associou a IU aos diferentes domínios: a perceção do estado de saúde mental (77,5%); o IMC (68,9%), o sexo feminino (59,8%), as quedas (53,9%) e com a atividade física (38,2%).

II PARTE – INVESTIGAÇÃO EMPÍRICA

Capítulo 3. Metodologia

A metodologia constitui-se como a definição minuciosa do caminho a seguir. Serve o propósito de descrever e analisar as estratégias a usar, de forma a atingir os objectivos a que nos propoemos com o estudo, limitações e potencialidades. O objectivo da metodologia não é compreender os produtos da investigação, mas sim o procedimento científico que levou até esses produtos (Pinto, 1990).

3.1. Métodos

Ao iniciar esta investigação fomos confrontados com um conjunto de questões que nos propoemos esclarecer:

- Em que medida os indicadores pessoais, obstétricos, clínicos e ginecológicos têm influência no impacto de IU, nas atividades instrumentais de vida diária e no risco de quedas das mulheres com IU institucionalizadas?
- Em que medida o impacto da incontinência têm influência no risco de quedas das mulheres com IU institucionalizadas?
- Qual a influencia das atividades instrumentais de vida diária no risco de quedas das mulheres com IU institucionalizadas?

Enveredámos pelo estudo desta temática porque existem estudos que corroboram a influência de alguns fatores desencadeadores do risco de quedas nas mulheres institucionalizadas. Sentimos, por outro lado, que é preciso motivar o investimento dos enfermeiros na formação desta temática pois, quem escolhe o caminho da enfermagem e pretende um exercício de excelência, decerto compreenderá esta nossa explicitação. E esta nossa dupla condição de mulher/enfermeira é, também, geradora do nosso interesse por esta área.

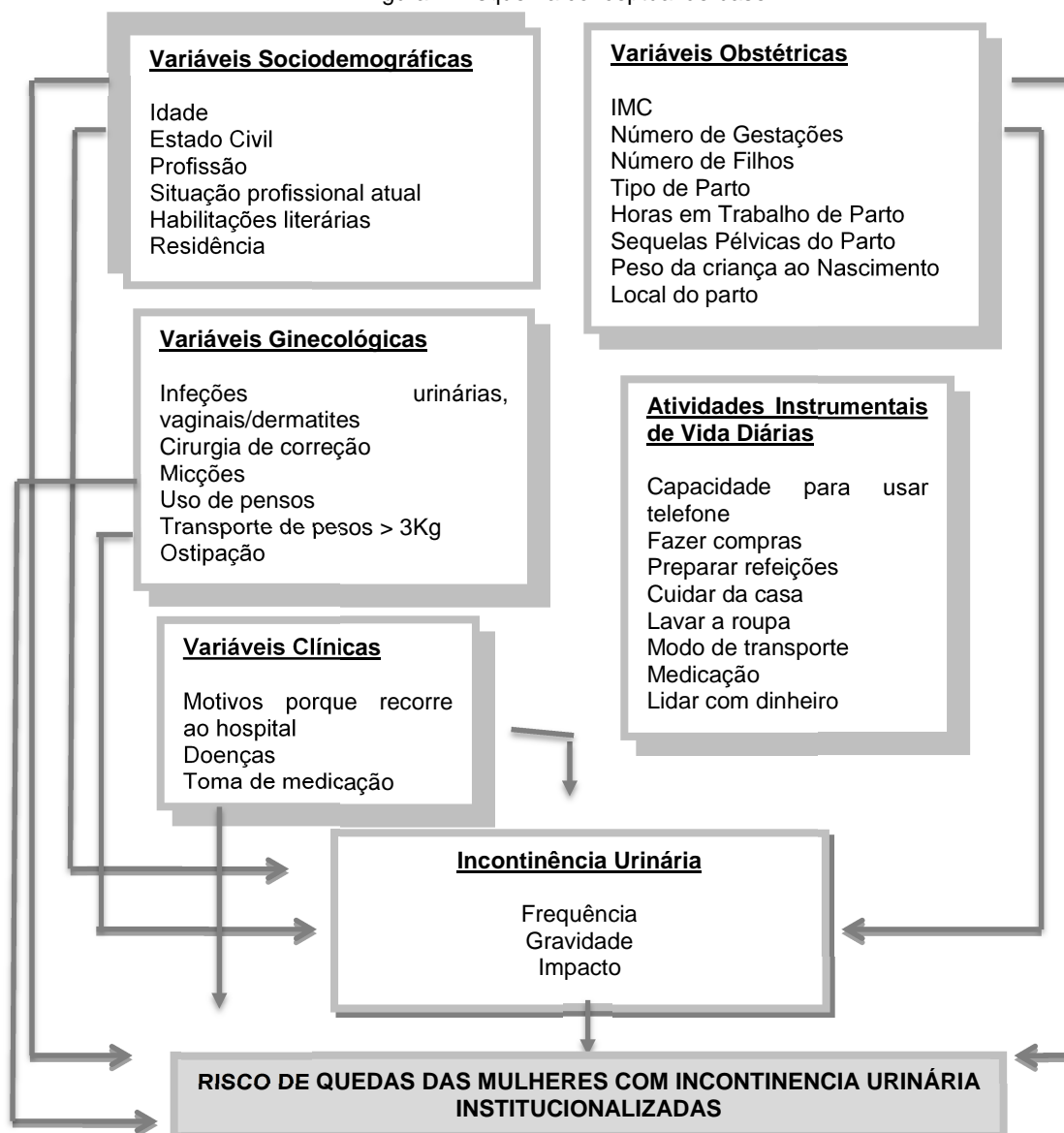
Assim, orientamos a pesquisa de acordo com os seguintes objetivos:

- Caracterizar os indicadores pessoais, obstétricos e ginecológicos e verificar se têm influência no impacto de IU, nas atividades instrumentais de vida diária e no risco de quedas das mulheres com IU institucionalizadas;

- Caracterizar o impacto da incontinência e as atividades instrumentais de vida diária e verificar se têm influência no risco de quedas das mulheres com IU institucionalizadas.

Para o efeito delineou-se um estudo exploratório, descritivo e transversal. Contudo, apresenta uma componente correlacional pois, para além de caracterizar o risco de quedas das mulheres com IU institucionalizadas averiguou-se se a IU e as atividades instrumentais de vida diárias são fatores preditores. A amostragem é não probabilística e foi selecionada por conveniência, tendo como limitação a generalização das conclusões para a população portuguesa (cf. Figura 2).

Figura 1. Esquema conceptual de base.



3.2. Participantes

O trabalho teve como base a avaliação de uma amostra de 67 mulheres com IU institucionalizadas no Serviço de Medicina do Centro Hospitalar Baixo Vouga, com idades entre os 65 e os 95 anos.

As participantes foram seleccionadas usando como espaço amostral a região geográfica correspondente ao local onde a autora exerce a sua profissão. Todas elas participaram no estudo de forma voluntária.

3.3. Instrumento

Para a avaliação dos participantes foi desenhado um questionário estruturado (cf. Anexo 1), constituído essencialmente por perguntas fechadas. A estrutura e conteúdo do questionário foram definidos de forma a haver equilíbrio entre a quantidade de informação obtida e o tempo dispendido na entrevista, com uma duração média de 10 minutos.

Para todas as participantes incluídas foi recolhida informação sobre os dados socio-demográficos, obstétricos, ginecológicos, clínicos, sobre o impacto de IU, sobre as AIVD e sobre o risco de quedas.

3.3.1. Caracterização sociodemográfica, obstétrica, clínica e ginecológica

A caracterização sociodemográfica comporta algumas questões, dirigidas à totalidade das inquiridas com o objectivo de obtermos informação respeitante a alguns dos seus atributos sociodemográficos: idade, escolaridade, profissão, situação perante o trabalho, estado civil, residência, habitação, agregado familiar. Englobam questões fechadas e questões de resposta rápida.

A caracterização obstétrica identifica questões que dizem respeito ao número de vezes que esteve grávida, o número de filhos, quantas horas esteve em trabalho de parto, tipo de partos, presença de lacerações ou rasgadura, se teve filhos com peso superior ou igual a 4 kg, e o local do parto. Tal como no caso anterior também comporta questões de resposta rápida e fechadas.

As características clínicas estão associadas a perguntas sobre a presença de doenças diagnosticadas há mais de 3 meses, tipo de doenças (fazem parte do questionário as seguintes: diabetes, hipertensão arterial, osteoarticulares, doença pulmonar, depressão, doença renal, acidente vascular cerebral, síndrome vertiginosa,

dislipidemia, doença psiquiátrica), IMC (peso/altura²) motivo pelo qual recorreu ao serviço de saúde (avalia a utilização de serviços pela pessoa idosa nos últimos? dias. Fazem parte deste item tratamentos de saúde exercidos pelo profissional...), o número de medicamentos que toma e por último os medicamentos que potencializam o risco de quedas, segundo os critérios de Beers (sendo estes classificados em 1-grau ligeiro e 2-grau elevado).

3.3.2. Impacto da Incontinência em Mulheres com IU (ICIQ-SF)

Trata-se de um questionário específico e genérico, para um instrumento de avaliação da qualidade de vida, pois tem sido intensificado na pesquisa científica dos últimos anos, pelo grande interesse dos pesquisadores em saúde, por métodos subjetivos de avaliação clínica (Tamanini et al., 2004). Este questionário avalia o impacto da incontinência urinária na qualidade de vida e a qualificação da perda urinária das mulheres.

Tamanini et al. (2004) traduziu e validou para a língua portuguesa o questionário de qualidade de vida condição-específico denominado *International Consultation on Incontinence Questionnaire - Short Form (ICIQ-SF)* em pacientes com incontinência urinária.

Foram efetuadas duas traduções independentes do ICIQ-SF e após a harmonização das mesmas a tradução resultante foi retro traduzida por dois nativos de países de língua inglesa. As diferenças foram pré-testadas num estudo piloto. A versão final do ICIQ-SF para o português, bem como a versão em português do *King's Health Questionnaire (KHQ)* foram aplicadas simultaneamente em 123 pacientes consecutivos com queixas de incontinência urinária (29 homens e 94 mulheres) nos serviços de uro ginecologia e de uro dinâmica de um hospital universitário.

Foram testadas as propriedades psicométricas do questionário, com a fiabilidade e validade de constructo.

A idade mediana dos sujeitos participantes foi de 53 anos (intervalo de 16 a 86 anos). O período médio de reteste para o ICIQ-SF foi de 14,37 dias (intervalo de seis a 41 dias). Nenhuma alteração do formato original do ICIQ-SF foi observada no final do processo de tradução e adaptação cultural. A consistência interna foi alta, como demonstrado pelo coeficiente alfa de Cronbach (0,88). O resultado do teste-reteste foi considerado de moderado a forte, como indicado pelo índice Kappa ponderado, cujos valores variaram de 0,72 a 0,75, e o coeficiente de correlação de Pearson que foi de 0,89. A correlação entre o ICIQ-SF e o KHQ foi considerada de moderada a boa para

a maioria dos itens, variando de 0,44 a 0,77. A avaliação das validades de constructo e concorrente foi também satisfatória e estatisticamente significativa. Assim, a versão para o português do ICIQ-SF foi traduzida e validada com sucesso para aplicação em pacientes brasileiros de ambos os sexos, com queixa de incontinência urinária, apresentando satisfatória fiabilidade e validade de constructo.

Assim o ICIQ-SF é composto por 4 questões que avaliam a frequência (numa escala de 0 a 5 pontos), a gravidade (numa escala de 0 a 6 pontos) e o impacto da incontinência urinária (numa escala de 0 a 10 pontos). A última questão é avaliada separadamente numa escala de oito itens que possibilita avaliar as causas ou situações de perda urinária.

O score global do ICIQ é a soma dos scores das questões um, dois e três e varia de 0 a 21. Os valores mais elevados estão associados a níveis elevados de impacto de incontinência urinária.

O impacto na QDV foi definido de acordo com o score da questão 3: (0) nada; (1-3) leve; (4-6) moderado; (7-9) grave; (10) muito grave.

3.3.3. Escala de Avaliação do Risco de Quedas de Morse

A escala de Morse (Morse, J. M., 1997) é composta por seis parâmetros que resultam numa pontuação que varia de 0 a 125 pontos. De acordo com a pontuação obtida, o doente é classificado num nível de risco para a ocorrência de quedas, que pode ser: sem risco (0 – 24 pontos), baixo risco (25 – 50 pontos) e alto risco (superior a 50 pontos). De uma forma geral, pretende-se que esta escala seja aplicada na admissão de um doente ou quando ocorrerem alterações do seu estado de saúde, ou alterações durante o internamento que justifiquem uma nova avaliação do risco de queda daquele doente.

3.3.4. Escala de Actividades Instrumentais de Vida Diária

Escala de Actividades Instrumentais de Vida Diária (Lawton & Brody, 1969; Versão Portuguesa de Sequeira, 2007). Avalia a funcionalidade instrumental. Trata-se de uma medida genérica do nível de independência da pessoa idosa que avalia tarefas adaptativas ou necessárias para a vida independente na comunidade, tais como: usar o telefone, fazer compras, preparação da alimentação, lida da casa, lavagem da roupa, uso de transportes, preparação da medicação e gestão do dinheiro,

mediante a atribuição de uma pontuação segundo a capacidade do sujeito avaliado para realizar essas actividades.

A escala permite classificar os sujeitos em dependentes e independentes. A pontuação final resulta da soma da pontuação das 8 AIVD e varia entre 0 a 8 pontos correspondendo ao número de AIVD em que o idoso é independente.

A adaptação de Sequeira (2007) apresenta uma versão diferente com a seguinte pontuação: cada item apresenta 3, 4 ou 5 níveis diferentes de dependência, pelo que cada actividade é pontuada de 1 a 3, de 1 a 4 ou de 1 a 5 em que a maior pontuação corresponde a um maior grau de dependência. O Índice varia entre 8 e 30 pontos de acordo com os seguintes pontos de corte: 8 pontos – Independente; 9 a 20 pontos – Moderadamente dependente, necessita de uma certa ajuda; > 20 pontos – Severamente dependente, necessita de muita ajuda.

Nos resultados de um estudo do autor a análise factorial revelou apenas um factor explicando 65% da variância total reforçando o carácter unidimensional do instrumento e consistência interna de 0,92.

3.4. Procedimentos

No seguimento da candidatura ao curso de mestrado em enfermagem de saúde comunitária procedemos a uma análise bibliográfica acerca da atualidade do tema proposto definindo, assim, a pertinência do estudo.

A revisão foi estruturada a partir de informações contempladas na literatura e referências científicas em vigor.

Como único critério de inclusão para o nosso estudo definimos que as mulheres teriam idades superiores a 65 anos e não apresentarem aparentemente qualquer perturbação mental.

No seguimento das nossas pretensões, optou-se pela aplicação de um questionário que incluiu várias escalas, validadas para o efeito para a população portuguesa.

Antes da aplicação dos questionários, solicitámos autorização à Administração da instituição envolvida para que o questionário pudesse ser preenchido (cf. Anexo 2).

Às mulheres inquiridas foi solicitado para colaborarem no estudo, garantindo-lhes respeito pessoal e confidencialidade dos elementos de informação recolhidos, antes, durante e após o estudo.

Demos sempre informações de quem somos, do tema, e dos objetivos do estudo. Em relação aos inquéritos por questionário, demos as instruções precisas quanto ao seu preenchimento (cf. Anexo 3).

3.5. Análise de Dados

3.5.1. Estatística Descritiva

A análise descritiva foi efetuada de acordo com os procedimentos expressos em Maroco e Bispo (2003) e Pestana e Gageiro (2003).

Os resultados, no que diz respeito à caracterização das variáveis, são apresentados em gráficos ou tabelas de distribuição de frequências onde se distribuem os valores da variável estatística em frequências absolutas (n) e relativas (%) e indicam o número de vezes que cada elemento da variável se repete e a proporção com o total.

3.5.2. Estatística Inferencial

A análise inferencial foi efetuada de acordo com os procedimentos expressos em Maroco e Bispo (2003) e Pestana e Gageiro (2003).

Esta análise compreende um processo que tem como fim estimar os parâmetros e a verificação de hipóteses. Através destes procedimentos podem analisar-se as possíveis relações entre as variáveis e, como tal, recorre-se a vários testes para confirmar as hipóteses formuladas.

As hipóteses são testadas com uma probabilidade de 95%, de onde resulta um nível de significância de 5% ($\alpha=0,05$). Este nível de significância permite afirmar com uma certeza de 95%, caso se verifique a validade da hipótese em estudo, a existência de uma relação causal entre as variáveis.

Os critérios de decisão para os testes de hipóteses, baseiam-se no estudo das probabilidades, confirmando-se a hipótese se a probabilidade for inferior a 0,05 e rejeitando-se se superior a esse valor.

As inferências são feitas através da aplicação de testes paramétricos ou não paramétricos aos resultados da nossa amostra.

Para definirmos a utilização de testes paramétricos ou não paramétricos para testar as hipóteses vai proceder-se à análise do teste de Kolmogorov-Smirnov (KS), com a correção de Lilliefors, para averiguar se a distribuição das variáveis é ou não normal.

O Coeficiente de Correlação de Pearson (R ; p) / Coeficiente de Correlação Ró de Spearman (R ; p) é um procedimento que permite medir a associação linear entre as variáveis e varia de -1 a $+1$. O valor da correlação quanto mais próximo estiver dos extremos tanto maior é a associação entre as variáveis.

A Regressão Múltipla (R^2 ; p) é um procedimento que permite efetuar a avaliação de relações de dependência em que se explica o comportamento de uma/várias variáveis dependentes (explicadas) a partir do comportamento de uma/várias variáveis independentes (explicativas).

A capacidade explicativa do modelo mede a parte da variação da variável dependente que é explicado pelas variáveis independentes e quanto mais elevado e próximo de 1 melhor.

Capítulo 4. Apresentação dos Resultados

Este capítulo apresenta-se dividido em duas partes, a análise descritiva para caracterizar as variáveis e a análise inferencial para testar as hipóteses.

4.1. Análise descritiva

Na primeira parte caracterizam-se as variáveis em estudo relativamente aos dados sociodemográficos, obstétricos, ginecológicos, impacto de incontinência urinária (IU), atividades instrumentais de vida diária (AIVD) e o risco de quedas das mulheres institucionalizadas.

4.1.1. Caracterização Sociodemográfica

A caracterização sociodemográfica vai ser efetuada de acordo com os resultados da idade, estado civil, habilitações literárias, situação profissional, profissão e a área de residência das mulheres com incontinência urinária.

Assim, através da leitura da Tabela 1 pode verificar-se que a **idade** das mulheres deste estudo oscila entre 65 e 92 anos com uma média de $\bar{x}=75,51$ anos ($\pm 6,88$). A distribuição da idade é simétrica ($Sk=0,168/0,293=0,573$) e mesocúrtica ($Kw=-0,939/0,578=-1,624$).

Tabela 1. Estatística descritiva da idade.

Análise descritiva da idade	N	Mín.	Máx.	\bar{X}	dp	Sk	Erro	Kw	Erro
Idade	67	65	92	75,51	6,88	,168	,293	-,939	,578

Na Tabela 2 estão expressas as frequências absolutas e relativas referentes aos dados sociodemográficos. Pode observar-se que 49,3% das mulheres têm **idades** compreendidas entre os 65 e os 75 anos e 50,7% entre 75 e 95 anos de idade. Quanto ao **estado civil**, 68,7% das mulheres têm companheiro e 31,3% são solteiras, divorciadas ou viúvas.

Sobre as **habilitações literárias** constata-se que 49,3% têm uma baixa escolaridade (só sabem ler e escrever) e 50,7% apresentam a escolaridade básica (1º, 2º ou 3º CEB).

Tabela 2. Caracterização em função da idade, estado civil e habilitações literárias.

Classes de idade	N	%
65 - 75 anos	33	49,3
75 - 95 anos	34	50,7
Total	67	100,0
Estado civil	N	%
Sem companheiro	21	31,3
Com companheiro	46	68,7
Total	67	100,0
Habilitações literárias	N	%
Baixa escolaridade	33	49,3
Escolaridade básica	34	50,7
Total	67	100,0

Na Tabela 3 realça-se a **situação profissional** podendo verificar-se que 97% das mulheres estão inativas/reformadas e apenas 3% estão em atividade. Ao longo da vida as suas **profissões** foram distribuídas por trabalhos não qualificados (34,3%); Agricultura e Pescas (32,8%); Pessoal dos Serviços e Vendedores (10,4%); Operários e Artífices (9%); Operadores de Instalações e Máquinas (6%); Profissões Intelectuais e Científicas (4,5%) e Pessoal Administrativo (3%).

A **zona de residência** é maioritariamente rural (91%). Vivem em casa própria (74,6%) ou com familiares (19,4%) e não vivem sozinhos (94%).

Tabela 3. Caracterização sociodemográfica em função da situação profissional, profissão, residência, onde vive e com quem vive.

Situação profissional	N	%
Está no ativo	2	3,0
Inativo/reformado	65	97,0
Total	67	100,0
Profissão	N	%
Especialistas das Profissões Intelectuais e Científicas	3	4,5
Pessoal Administrativo e Similares	2	3,0
Pessoal dos Serviços e Vendedores	7	10,4
Agricultores e Trabalh. Qualificados da Agricultura e Pescas	22	32,8
Operários, Artífices e Trabalhadores Similares	6	9,0
Operad. Instalações e Máquinas e Trabalh. da Montagem	4	6,0
Trabalhadores Não Qualificados	23	34,3
Total	67	100,0
Residência	N	%
Zona rural	61	91,0
Zona urbana	6	9,0
Total	67	100,0
Onde vive	N	%
Casa própria	50	74,6
Casa arrendada ou de familiares	14	20,9
Lar	3	4,5
Total	67	100,0
Com quem vive	N	%
Sozinho	4	6,0
Com companhia	63	94,0
Total	67	100,0

4.1.2. Caracterização Obstétrica

A caracterização obstétrica das mulheres com IU institucionalizadas pretende identificar o IMC, nº de gravidezes, nº de filhos, tipo de parto, nº de horas em trabalho de parto, local do parto, existência de laceração ou rasgadura e nº de filhos com peso superior a 4Kg.

O **IMC (Peso/Altura²)** oscila entre 18,51 e 28,21 Kg/m² com uma média de \bar{x} =28,21 Kg/m² (\pm 3,41). A distribuição do IMC é simétrica ($Sk=-0,420/0,293=1,433$) e mesocúrtica ($Kw=0,818/0,578=1,415$) conforme dados da Tabela 4 .

Tabela 4. Análise descritiva do IMC.

Análise descritiva do peso, altura e IMC	N	Mín.	Máx.	\bar{X}	dp	Sk	Erro	Kw	Erro
Peso	67	51	100	76,30	9,33	-,686	,293	,925	,578
Altura	67	1,50	1,76	1,64	,06	-,545	,293	-,759	,578
IMC	67	18,51	35,75	28,21	3,41	-,420	,293	,818	,578

Na Tabela 5 apresentam-se as características obstétricas das mulheres com IU inquiridas. De realçar que a classificação do IMC apresenta-se de acordo com a OMS e foi adaptada da faculdade de ciências da Nutrição da Universidade do Porto.

Relativamente ao **IMC** constata-se que 53,7% têm pré-obesidade; 26,9% têm obesidade classe I; 16,4% têm peso normal e 3% revelam obesidade classe II. Quanto ao **número de gravidezes**, 86,6% das mulheres estiveram grávidas entre 1 a 4 vezes; 7,5% não teve gravidezes e 6% estiveram grávidas mais que 5 vezes. No **número de filhos** verifica-se que 86,6% das mulheres tiveram entre 1 a 2 filhos e apenas 6% tiveram 3 filhos ou mais.

Tabela 5. Caracterização obstétrica.

IMC	N	%
Peso normal	11	16,4
Pré-obesidade	36	53,7
Obesidade classe I	18	26,9
Obesidade classe II	2	3,0
Total	67	100,0
NºGravidezes	N	%
0 gravidezes	5	7,5
1 - 4 gravidezes	58	86,6
> 5 gravidezes	4	6,0
Total	67	100,0
NºFilhos	N	%
0 filhos	5	7,5
1 - 2 filhos	58	86,6
> 2 filhos	4	6,0
Total	67	100,0

Através da Tabela 6 pode identificar-se o **tipo de parto** mais frequente nas mulheres desta amostra. Consta-se que 88,1% tiveram um parto normal e 4,5% instrumental (cesariana, fórceps ou ventosa).

No que diz respeito ao **nº de horas para desencadear o parto** pôde observar-se que para 70,1% das mulheres o 1º parto demorou entre 1 a 10 horas e para 22,4% mais de 10 horas. No 2º parto 38,8% precisaram entre 1 a 7 horas e 6% mais de 7 horas. No 3º parto 9% precisaram entre 1 a 7 horas e 3% mais de 7 horas. Na escolha do **local do parto** privilegiaram o hospital (71,6%) ou em casa (20,9%).

Tabela 6. Caracterização obstétrica (Cont.).

Tipo de Parto	N	%
Sem parto	5	7,5
Normal	59	88,1
Instrumental	3	4,5
Total	67	100,0
Nº de horas do 1º Parto	N	%
Sem parto	5	7,5
1 - 10 horas	47	70,1
> 10 horas	15	22,4
Total	67	100,0
Nº de horas do 2º Parto	N	%
1 - 7 horas	26	38,8
> 7 horas	4	6,0
Total	30	44,8
Nº de horas do 3º Parto	N	%
1 - 7 horas	6	9,0
> 7 horas	2	3,0
Total	8	11,9
Local do Parto	N	%
Hospital	48	71,6
Casa	14	20,9
Total	62	92,5

Pela leitura da Tabela 8 constata-se que 55,2% das mulheres não tiveram **laceração ou rasgadura** durante o parto e 37,3% tiveram laceração.

Relativamente ao **nº de filhos com peso superior a 4Kg** apenas 1,5% das mulheres responderam afirmativamente.

Tabela 7. Caracterização obstétrica (Cont.).

Laceração ou rasgadura	N	%
Sem partos	5	7,5
Não	37	55,2
Sim	25	37,3
Total	67	100,0
Teve Filhos com peso > que 4Kg	N	%
Sem partos	5	7,5
Não	61	91,0
Sim	1	1,5
Total	67	100,0

4.1.3. Caracterização do Estado Clínico

Na Tabela 8 evidenciam-se os dados acerca do estado de saúde das mulheres com IU institucionalizadas nomeadamente no que respeita à existência de doenças e à toma de medicação.

O **motivo que apontam para recorrerem ao serviço de saúde** foi doença (100%). E todas elas referem que já padeceram de alguma doença nos últimos 3 meses (100%). Das **doenças referidas** realça-se a cardiovascular (74,6%), diabetes (37,3%), pulmonar (25,4%), psiquiátrica (23,9%) e AVC (16,4%).

A maior parte das mulheres também indicou que **toma de medicação** há mais de 3 meses e mais de 5 medicamentos (79,1%).

Tabela 8. Caracterização do estado clínico.

Motivo pelo qual recorreu ao serviço de saúde	N	%
Doença	67	100,0
Total	67	100,0
Doenças há mais de três meses	N	%
Sim	67	100,0
Total	67	100,0
Doenças	N	%
Diabetes	25	37,3
Cardiovascular	50	74,6
Osteoarticulares	2	3,0
Pulmonar	17	25,4
Psiquiátrica	16	23,9
Renal	6	9,0
AVC	11	16,4
Síndrome Vertiginosa	1	1,5
Dislipidemia	5	7,5
Toma de medicamentos há mais de três meses	N	%
1 - 4 medicamentos	14	20,9
> 5 medicamentos	53	79,1
Total	67	100,0

4.1.4. Caracterização Ginecológica

A caracterização ginecológica far-se-á nas tabelas abaixo indicadas, tendo em conta a informação relativa à perda de urina, existência de infeções urinárias, vaginais ou dermatites, cirurgia para correção da IU, nº de micções, uso de pensos absorventes, a frequência do uso de transporte de pesos superiores a 3Kg e, ainda, se sofre de obstipação.

Na Tabela 9 apresentam-se os dados sobre a **perda de urina involuntária** onde se pôde observar que 94% sofrem de IU sendo que 52,2% referem que perdem

urina involuntariamente entre 1 a 5 anos e 41,8%% há mais de 6 anos. Algumas mulheres associam esta perda a momentos da sua vida (13,4%) enquanto 86,6% não fazem essa associação.

No que diz respeito às **infecções**, 22,4% já tiveram infecções urinárias e 3% infecções vaginais. Nenhuma delas fez **cirurgia de correção da IU**. Relativamente às **micções**, 53,7% tem mais de 6 micções por dia e 67,2% entre 1 e 2 micções por noite.

Tabela 9. Caracterização ginecológica em função da perda de urina, infecções urinárias e vaginais, cirurgia de correção e quantidade de micções.

Perda de urina	N	%
Não	4	6,0
Sim	63	94,0
Total	67	100,0
Nº anos de perda	N	%
1 - 5 anos	35	52,2
> 6 anos	28	41,8
Total	63	94,0
Perda de urina associado a algum momento da vida	N	%
Não	58	86,6
Sim	9	13,4
Total	67	100,0
Infeções urinárias	N	%
Não	52	77,6
Sim	15	22,4
Total	67	100,0
Infeções vaginais	N	%
Não	65	97,0
Sim	2	3,0
Total	67	100,0
Cirurgia de correção da IU	N	%
Não	67	100,0
Total	67	100,0
Micções durante o dia	N	%
1 - 6 micções/dia	31	46,3
> 6 micções/dia	36	53,7
Total	67	100,0
Micções durante a noite	N	%
1 - 2 micções/noite	45	67,2
> 2 micções/noite	22	32,8
Total	67	100,0

Através da leitura da Tabela 10 observa-se que 89,6% das mulheres com IU usam **pensos absorventes** sendo que 86,6% usam mais de 2 pensos por dia. E maioritariamente **sofrem de obstipação** (95,5%).

Quanto ao **transporte de pesos superiores a 3Kg**, 83,6% das mulheres nunca transportam pesos e 12% fazem-no raramente.

Tabela 10. Caracterização ginecológica em função do uso de pensos absorventes, obstipação e do transporte de pesos superiores a 3Kg.

Uso de pensos absorventes	N	%
Não	7	10,4
Sim	60	89,6
Total	67	100,0
Nº de pensos absorventes	N	%
Não usa ou raramente usa pensos	6	9,0
1 - 2 pensos/dia	3	4,5
> 2 pensos/dia	58	86,6
Total	67	100,0
Sofre de obstipação	N	%
Não	3	4,5
Sim	64	95,5
Total	67	100,0
Transporte de pesos superiores a 3Kg	N	%
Com frequência	3	4,5
Às vezes	2	3,0
Raramente	6	9,0
Nunca	56	83,6
Total	67	100,0

4.1.5. Impacto de Incontinência Urinária (IU)

Neste ponto pretende-se dar resposta a algumas das questões de investigação. Para o efeito faz-se a caracterização o impacto da incontinência e comparam-se os resultados em função os indicadores sociodemográficos, obstétricos, clínicos e ginecológicos das mulheres com IU institucionalizadas.

Apresentam-se os dados do impacto de incontinência urinária nas mulheres com IU institucionalizadas analisando a frequência das perdas, o grau de gravidade e o impacto na vida diária. Assim, os valores expressos na Tabela 11 permitem verificar que o **impacto da IU** oscila entre 0 e 20 pontos com uma média de $\bar{x}=13,92 (\pm 4,73)$. A distribuição do impacto da IU é assimétrica ($Sk=-1,925/0,293=-6,569$) e leptocúrtica ($Kw=2,976/0,578=5,148$).

Relativamente à frequência da IU observa-se uma média de $\bar{x}=3,31 (\pm 1,19)$, na gravidade $\bar{x}=2,18 (\pm 1,08)$ e no impacto $\bar{x}=8,43 (\pm 3,19)$.

Tabela 11. Análise descritiva do impacto de incontinência urinária.

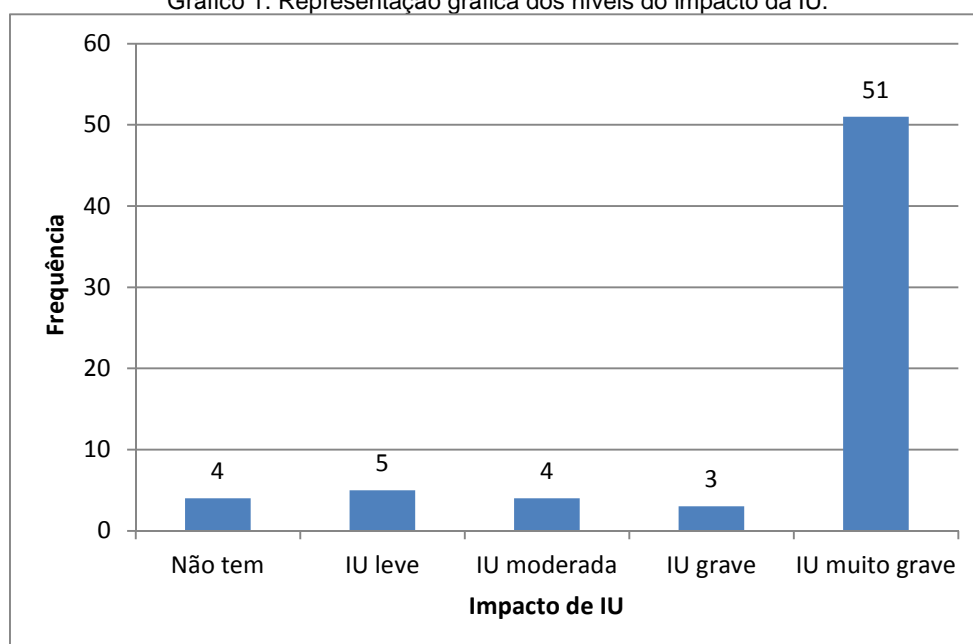
Análise descritiva do Impacto de Incontinência Urinária	Mín.	Máx.	\bar{X}	$\pm dp$	Sk	Std Erro	Kw	Std Erro
Frequência (0 – 5 pontos)	0	5	3,31	1,19	-1,623	,293	1,948	,578
Gravidade (0 – 6 pontos)	0	6	2,18	1,08	1,241	,293	4,206	,578
Impacto (0 – 10 pontos)	0	10	8,43	3,19	-1,823	,293	1,782	,578
ICIQ Total (0 – 21 pontos)	0	20	13,92	4,73	-1,925	,293	2,976	,578

Na Tabela 12 e Gráfico 1 apresentam-se os resultados inerentes às frequências relativas e absolutas dos níveis do impacto da IU. A maioria das mulheres realça um impacto de IU muito grave (76,1%).

Tabela 12. Níveis do impacto de incontinência urinária.

Níveis do impacto de incontinência urinária	N	%
Sem IU	4	6,0
IU leve	5	7,5
IU moderada	4	6,0
IU grave	3	4,5
IU muito grave	51	76,1
Total	67	100,0

Gráfico 1. Representação gráfica dos níveis do impacto da IU.



4.1.5.1. Impacto da IU em função das variáveis sociodemográficas

Na Tabela 13 evidenciam-se os resultados do cruzamento do impacto da IU em função da idade e do estado civil. A análise comparativa da distribuição entre classes de idade não revelou diferenças estatisticamente significativas face aos níveis de IU ($\chi^2=2,695$; $p=0,610$) assim como entre os grupos do estado civil ($\chi^2=2,871$; $p=0,580$).

A distribuição do impacto da IU não é influenciada nem pela idade nem pelo estado civil das mulheres institucionalizadas.

Tabela 13. Níveis do impacto de incontinência urinária em função da idade e estado civil.

Níveis do impacto de incontinência urinária		Sem IU	IU Leve	IU Moderada	IU Grave	IU Muito grave	Total	χ^2	p
Idade									
65 - 75 anos	N	3	3	1	2	24	33	2,695	,610
	%	4,5	4,5	1,5	3,0	35,8	49,3		
75 - 95 anos	Resíduos	,7	,3	-,7	,4	-,2			
	N	1	2	3	1	27	34		
Total	%	1,5	3,0	4,5	1,5	40,3	50,7		
	Resíduos	-,7	-,3	,7	-,4	,2			
Total	N	4	5	4	3	51	67		
	%	6,0	7,5	6,0	4,5	76,1	100,0		
Estado Civil									
Sem companheiro	N	0	1	2	1	17	21	2,871	,580
	%	,0	1,5	3,0	1,5	25,4	31,3		
Com companheiro	Resíduos	-1,1	-,5	,7	,1	,3			
	N	4	4	2	2	34	46		
Total	%	6,0	6,0	3,0	3,0	50,7	68,7		
	Resíduos	,8	,3	-,5	,0	-,2			
Total	N	4	5	4	3	51	67		
	%	6,0	7,5	6,0	4,5	76,1	100,0		

Na Tabela 14 compara-se a distribuição do impacto da IU face às habilitações literárias verificando-se que não há diferenças estatisticamente significativas ($\chi^2=9,340$; $p=0,053$). A distribuição do impacto da IU não é influenciada pela habilitação literária das mulheres com IU institucionalizadas.

Tabela 14. Níveis do impacto de incontinência urinária em função da habilitação literária.

Níveis do impacto de incontinência urinária		Sem IU	IU Leve	IU Moderada	IU Grave	IU Muito grave	Total	χ^2	p
Habilitação liter.									
Baixa escolaridade	N	4	0	2	2	25	33	9,340	,053
	%	6,0	,0	3,0	3,0	37,3	49,3		
Ensino básico	Resíduos	1,4	-1,6	,0	,4	,0			
	N	0	5	2	1	26	34		
Total	%	,0	7,5	3,0	1,5	38,8	50,7		
	Resíduos	-1,4	1,5	,0	-,4	,0			
Total	N	4	5	4	3	51	67		
	%	6,0	7,5	6,0	4,5	76,1	100,0		

Através da Tabela 15 constata-se que não há diferenças estatisticamente significativas na IU face à profissão ($\chi^2=19,642$; $p=0,717$). A distribuição do impacto da IU não é influenciada pela profissão das mulheres com IU institucionalizadas.

Tabela 15. Níveis do impacto de incontinência urinária em função da profissão.

Níveis do impacto de incontinência urinária		Sem IU	IU Leve	IU Moderada	IU Grave	IU Muito grave	Total	χ^2	p
Profissão									
Profissões	N	0	1	0	0	2	3	19,642,717	
Intelectuais	e%	,0	1,5	,0	,0	3,0	4,5		
Científicas	Resíduos	-,4	1,6	-,4	-,4	-,2			
Pessoal	N	0	0	0	0	2	2		
Administrativo	e%	,0	,0	,0	,0	3,0	3,0		
Similares	Resíduos	-,3	-,4	-,3	-,3	,4			
Pessoal	dos N	0	0	0	1	6	7		
Serviços	e%	,0	,0	,0	1,5	9,0	10,4		
Vendedores	Resíduos	-,6	-,7	-,6	1,2	,3			
Trabalh.	da N	3	1	2	2	14	22		
Agricultura	e%	4,5	1,5	3,0	3,0	20,9	32,8		
Pescas	Resíduos	1,5	-,5	,6	1,0	-,7			
Operários, Artífices e Trabalhadores	N	0	1	1	0	4	6		
Similares	%	,0	1,5	1,5	,0	6,0	9,0		
Operad.	Resíduos	-,6	,8	1,1	-,5	-,3			
Instalações	N	1	0	0	0	3	4		
Máquinas e	e%	1,5	,0	,0	,0	4,5	6,0		
Trabalhadores Não Qualificados	Resíduos	1,6	-,5	-,5	-,4	,0			
	N	0	2	1	0	20	23		
	%	,0	3,0	1,5	,0	29,9	34,3		
Total	Resíduos	-1,2	,2	-,3	-1,0	,6			
	N	4	5	4	3	51	67		
	%	6,0	7,5	6,0	4,5	76,1	100,0		

Na Tabela 16 faz a leitura dos dados do impacto da IU face à zona de residência. Como nos é dado a observar há diferenças estatisticamente significativas na IU face à zona de residência ($\chi^2=21,860$; $p=0,000$). A distribuição do impacto da IU é influenciada pela residência das mulheres institucionalizadas pois, a análise dos resíduos standartizados (3,8) sugere que as mulheres da zona urbana tendem a sofrer de IU leve comparativamente às da zona rural.

Tabela 16. Níveis do impacto de incontinência urinária em função da residência.

Níveis do impacto de incontinência urinária		Sem IU	IU Leve	IU Moderada	IU Grave	IU Muito grave	Total	χ^2	p
Residência									
Zona rural	N	3	2	3	3	50	61	21,860,000	
	%	4,5	3,0	4,5	4,5	74,6	91,0		
	Resíduos	-,3	-1,2	-,3	,2	,5			
Zona urbana	N	1	3	1	0	1	6		
	%	1,5	4,5	1,5	,0	1,5	9,0		
	Resíduos	1,1	3,8	1,1	-,5	-1,7			
Total	N	4	5	4	3	51	67		
	%	6,0	7,5	6,0	4,5	76,1	100,0		

Com efeito na Tabela 17 confirmam-se os resultados através do teste de Mann-Whitney. A zona rural apresenta valores mais elevados de IU (35,66)

comparativamente à zona urbana (17,17) com diferenças estatisticamente significativas ($Z=-2,324$; $p=0,020$).

Tabela 17. Comparação do impacto de incontinência urinária em função da zona de residência.

IU / Residencia	N	Mean Rank	Sum of Ranks	Z	p
Zona rural	61	35,66	2175,00	-2,324	,020
Zona urbana	6	17,17	103,00		
Total	67				

Na Tabela 18 estão expressos os dados do impacto da IU em função de onde vivem e com quem vivem as mulheres desta amostra.

Pode verificar-se que não há diferenças estatisticamente significativas na IU em função de onde vivem ($\chi^2=10,078$; $p=0,260$). Também, não se observaram diferenças estatisticamente significativas na IU em função de com quem vivem ($\chi^2=1,355$; $p=0,855$).

A distribuição do impacto da IU não é influenciada pelo facto das mulheres viverem em casa própria ou arrendada ou viveram sozinhas ou acompanhadas.

Tabela 18. Níveis do impacto de incontinência urinária em função de onde vive e com quem vivem.

Níveis do impacto de incontinência urinária	Sem IU	IU Leve	IU Moderada	IU Grave	IU Muito grave	Total	χ^2	p
Onde Vive								
Casa própria	N	4	3	1	2	40	10,078,260	
	%	6,0	4,5	1,5	3,0	59,7		
	Resíduos	,6	-,4	-,1,1	-,2	,3		
Casa arrendada ou de familiares	N	0	2	2	1	9		
	%	,0	3,0	3,0	1,5	13,4		
	Resíduos	-,9	,9	1,3	,5	-,5		
Lar	N	0	0	1	0	2		
	%	,0	,0	1,5	,0	3,0		
	Resíduos	-,4	-,5	1,9	-,4	-,2		
Total	N	4	5	4	3	51		
	%	6,0	7,5	6,0	4,5	76,1		
Vive com								
Sozinho	N	0	0	0	0	4	1,335 ,855	
	%	,0	,0	,0	,0	6,0		
	Resíduos	-,5	-,5	-,5	-,4	,5		
Acompanhado	N	4	5	4	3	47		
	%	6,0	7,5	6,0	4,5	70,1		
	Resíduos	,1	,1	,1	,1	-,1		
Total	N	4	5	4	3	51		
	%	6,0	7,5	6,0	4,5	76,1		

4.1.5.2. Impacto da IU em função das variáveis obstétricas

Nas tabelas abaixo indicadas faz-se a leitura do cruzamento do impacto da IU em função dos indicadores obstétricos.

Assim (cf. Tabela 19), denota-se que não há diferenças estatisticamente significativas entre o Impacto da IU e os índices de IMC ($\chi^2=10,634$; $p=0,560$). A distribuição do impacto da IU não é influenciada pelo IMC das mulheres com IU institucionizadas.

Tabela 19. Níveis do impacto de incontinência urinária em função do IMC.

Níveis do impacto de incontinência urinária		Sem IU	IU Leve	IU Moderada	IU Grave	IU Muito grave	Total	χ^2	p
Classes de IMC									
Peso normal	N	0	2	1	0	8	11	10,634,560	
	%	,0	3,0	1,5	,0	11,9	16,4		
	Resíduos	-,8	1,3	,4	-,7	-,1			
Pré-obesidade	N	2	1	2	2	29	36		
	%	3,0	1,5	3,0	3,0	43,3	53,7		
	Resíduos	-,1	-1,0	-,1	,3	,3			
Obesidade classe I	N	2	1	1	1	13	18		
	%	3,0	1,5	1,5	1,5	19,4	26,9		
	Resíduos	,9	-,3	-,1	,2	-,2			
Obesidade classe II	N	0	1	0	0	1	2		
	%	,0	1,5	,0	,0	1,5	3,0		
	Resíduos	-,3	2,2	-,3	-,3	-,4			
Total	N	4	5	4	3	51	67		
	%	6,0	7,5	6,0	4,5	76,1	100,0		

Na Tabela 20 denota-se que não há diferenças estatisticamente significativas entre o Impacto da IU e o nº de gravidezes ($\chi^2=9,475$; $p=0,304$), o nº de filhos ($\chi^2=7,313$; $p=0,120$), o tipo de parto ($\chi^2=4,087$; $p=0,394$) e a existência de laceração ou rasgadura durante o parto ($\chi^2=1,743$; $p=0,783$). A distribuição do impacto da IU não é influenciada pelo nº de gravidezes, pelo nº de filhos, pelo tipo de parto ou pela existência de laceração ou rasgadura.

Tabela 20. Níveis do impacto de incontinência urinária em função do nº de gravidezes e nº de filhos, tipo de parto e a existência de laceração ou rasgadura.

Níveis do impacto de incontinência urinária		Sem IU	IU Leve	IU Moderada	IU Grave	IU Muito grave	Total	χ^2	p		
Nº de gravidezes											
1 - 2 gravidezes	N	2	4	2	3	42	53	9,475 ,304			
	%	3,2	6,5	3,2	4,8	67,7	85,5				
	Resíduos	-,8	,3	-,4	,3	,2					
2 - 4 gravidezes	N	1	0	0	0	4	5				
	%	1,6	,0	,0	,0	6,5	8,1				
	Resíduos	1,2	-,6	-,5	-,5	,1					
> 5 gravidezes	N	1	0	1	0	2	4				
	%	1,6	,0	1,6	,0	3,2	6,5				
	Resíduos	1,5	-,5	1,8	-,4	-,6					
Total	N	4	4	3	3	48	62				
	%	6,5	6,5	4,8	4,8	77,4	100,0				
Nº de filhos											
1 - 2 filhos	N	2	4	2	3	43	54	7,313 ,120			
	%	3,2	6,5	3,2	4,8	69,4	87,1				
	Resíduos	-,8	,3	-,4	,2	,2					
> 3 filhos	N	2	0	1	0	5	8				
	%	3,2	,0	1,6	,0	8,1	12,9				
	Resíduos	2,1	-,7	1,0	-,6	-,5					
Total	N	4	4	3	3	48	62				
	%	6,5	6,5	4,8	4,8	77,4	100,0				
Tipo de parto											
Normal	N	3	4	3	3	46	59			4,087 ,394	
	%	4,8	6,5	4,8	4,8	74,2	95,2				
	Resíduos	-,4	,1	,1	,1	,0					
Instrumental	N	1	0	0	0	2	3				
	%	1,6	,0	,0	,0	3,2	4,8				
	Resíduos	1,8	-,4	-,4	-,4	-,2					
Total	N	4	4	3	3	48	62				
	%	6,5	6,5	4,8	4,8	77,4	100,0				
Laceração											
Não	N	3	3	1	2	28	37	1,743 ,783			
	%	4,8	4,8	1,6	3,2	45,2	59,7				
	Resíduos	,4	,4	-,6	,2	-,1					
Sim	N	1	1	2	1	20	25				
	%	1,6	1,6	3,2	1,6	32,3	40,3				
	Resíduos	-,5	-,5	,7	-,2	,1					
Total	N	4	4	3	3	48	62				
	%	6,5	6,5	4,8	4,8	77,4	100,0				

Podemos, ainda, observar (cf. Tabela 21), que não há diferenças estatisticamente significativas entre o Impacto da IU e as horas necessárias para o trabalho do 1º parto ($\chi^2=2,591$; $p=0,628$), nem do 2º parto ($\chi^2=2,308$; $p=0,679$) nem do 3º parto ($\chi^2=1,600$; $p=0,449$). A distribuição do impacto da IU não é influenciada pela demora do trabalho de parto.

Tabela 21. Níveis do impacto de incontinência urinária em função do nº de horas de trabalho de parto.

Níveis do impacto de incontinência urinária		Sem IU	IU Leve	IU Moderada	IU Grave	IU Muito grave	Total	χ^2	p
1º Parto									
1 - 10 horas	N	3	4	3	2	35	47	2,591 ,628	
	%	4,8	6,5	4,8	3,2	56,5	75,		
	Resíduos	,0	,6	,5	-,2	-,2			
> 10 horas	N	1	0	0	1	13	15		
	%	1,6	,0	,0	1,6	21,0	24,2		
	Resíduos	,0	-1,0	-,9	,3	,4			
Total	N	4	4	3	3	48	62		
	%	6,5	6,5	4,8	4,8	77,4	100,0		
2º Parto									
1 - 7 horas	N	3	3	3	1	16	26	2,308 ,679	
	%	10,0	10,0	10,0	3,3	53,3	86,7		
	Resíduos	,2	,2	,2	,1	-,3			
> 7 horas	N	0	0	0	0	4	4		
	%	,0	,0	,0	,0	13,3	13,3		
	Resíduos	-,6	-,6	-,6	-,4	,8			
Total	N	3	3	3	1	20	30		
	%	10,0	10,0	10,0	3,3	66,7	100,0		
3º Parto									
1 - 7 horas	N	2	0	1	0	3	6	1,600 ,449	
	%	25,0	0,0	12,5	0,0	37,5	75,0		
	Resíduos	,4	0	,3	0	-,4			
> 7 horas	N	0	0,0	0	0,0	2	2		
	%	,0	0	,0	0	25,0	25,0		
	Resíduos	-,7	0,0	-,5	0,0	,7			
Total	N	2	0	1	0	5	8		
	%	25,0	0,0	12,5	0,0	62,5	100,0		

Por outro lado (cf. Tabela 22), encontraram-se diferenças estatisticamente significativas entre o Impacto da IU e o local do parto ($\chi^2=12,067$; $p=0,017$). A distribuição do impacto da IU é influenciada pelo local do parto pois, os resíduos standartizados (2,2) indiciam que as mulheres sem impacto de IU tiveram os partos em casa.

Tabela 22. Níveis do impacto de incontinência urinária em função do local do parto.

Níveis do impacto de incontinência urinária		Sem IU	IU Leve	IU Moderada	IU Grave	IU Muito grave	Total	χ^2	p
Local do parto									
Hospital	N	1	4	1	3	39	48	12,067,017	
	%	1,6	6,5	1,6	4,8	62,9	77,4		
	Resíduos	-1,2	,5	-,9	,4	,3			
Casa	N	3	0	2	0	9	14		
	%	4,8	,0	3,2	,0	14,5	22,6		
	Resíduos	2,2	-1,0	1,6	-,8	-,6			
Total	N	4	4	3	3	48	62		
	%	6,5	6,5	4,8	4,8	77,4	100,0		

Numa outra perspectiva de análise, através do teste de Mann-Whitney, as mulheres que foram acompanhadas pelo hospital têm valores de IU mais elevados

(33,63) comparativamente às que tiveram o parto em casa (24,21) contudo, as diferenças não são significativas ($Z=-1,805$; $p=0,071$), conforme dados da Tabela 23. O impacto da IU não é influenciado pelo local onde foi realizado o parto.

Tabela 23. Comparação do impacto de incontinência urinária em função do local do parto.

IU / Local do parto	N	Mean Rank	Sum of Ranks	Z	p
Hospital	48	33,63	1614,00	-1,805	,071
Casa	14	24,21	339,00		
Total	62				

4.1.5.3. Impacto da IU em função das variáveis clínicas

Neste ponto, apenas de efetuou o cruzamento do impacto da IU com a toma de medicação pois todas as mulheres tiveram foram ao hospital e tiveram doenças nos últimos 3 meses.

Assim, relativamente à toma de medicação (cf. Tabela 24) não há diferenças estatisticamente significativas com o Impacto da IU ($\chi^2=2,699$; $p=0,609$). A distribuição do impacto da IU não é influenciada pela toma de medicação.

Tabela 24. Níveis do impacto de incontinência urinária em função da toma de medicação.

Níveis do impacto de incontinência urinária		Sem IU	IU Leve	IU Moderada	IU Grave	IU Muito grave	Total	χ^2	p
Medicação									
	Entre 1 a 4 medicamentos	N 4	1	1	2	1	9	14	2,699
	%	1,5	1,5	3,0	1,5	13,4	20,9		
	Resíduos	,2	,0	1,3	,5	-,5			
Mais de 5 medicamentos	N 5	3	4	2	2	42	53		
	%	4,5	6,0	3,0	3,0	62,7	79,1		
	Resíduos	-,1	,0	-,7	-,2	,3			
Total	N	4	5	4	3	51	67		
	%	6,0	7,5	6,0	4,5	76,1	100,0		

4.1.5.4. Impacto da IU em função das variáveis ginecológicas

Nas tabelas abaixo indicadas evidenciam-se os dados do impacto da IU em função dos indicadores ginecológicos.

Assim (cf. Tabela 25), denota-se que há diferenças na distribuição entre o impacto da IU e a perda de urina. Com efeito, os resíduos standartizados (7,7) indicam que todas as mulheres que referem que não têm perda de urina são aquelas que não têm impacto de IU ($\chi^2=67,000$; $p=0,000$). Relativamente à distribuição do impacto da

IU em função do nº de anos de perda de urina constata-se que não há diferenças estatisticamente significativas ($\chi^2=3,017$; $p=0,389$).

Também se observaram diferenças estatisticamente significativas na análise do impacto da IU em função da existência de infecções urinárias ($\chi^2=21,275$; $p=0,000$). Os resíduos standartizados indicam que as mulheres com ocorrências de infecções urinárias tendem a ter um impacto de IU moderado (3,3).

Tabela 25. Níveis do impacto de incontinência urinária em função da perda de urina, nº de anos de perda e existência de infecções urinárias.

Níveis do impacto de incontinência urinária		Sem IU	IU Leve	IU Moderada	IU Grave	IU Muito grave	Total	χ^2	p
Perda de urina									
Não	N	4	0	0	0	0	4	67,000,000	
	%	6,0	,0	,0	,0	,0	6,0		
	Resíduos	7,7	-,5	-,5	-,4	-,1,7			
Sim	N	0	5	4	3	51	63		
	%	,0	7,5	6,0	4,5	76,1	94,0		
	Resíduos	-1,9	,1	,1	,1	,4			
Total	N	4	5	4	3	51	67		
	%	6,0	7,5	6,0	4,5	76,1	100,0		
Anos de perda de urina									
1 - 4 anos	N	0	1	3	1	25	30	3,017 ,389	
	%	0,0	1,6	4,8	1,6	39,7	47,6		
	Resíduos	0	-,9	,8	-,4	,1			
> 5 anos	N	0,0	4	1	2	26	33		
	%	0	6,3	1,6	3,2	41,3	52,4		
	Resíduos	0,0	,9	-,8	,3	-,1			
Total	N	0	5	4	3	51	63		
	%	0,0	7,9	6,3	4,8	81,0	100,0		
Infeções urinárias									
Não	N	4	2	0	3	43	52	21,275,000	
	%	6,0	3,0	,0	4,5	64,2	77,6		
	Resíduos	,5	-1,0	-1,8	,4	,5			
Sim	N	0	3	4	0	8	15		
	%	,0	4,5	6,0	,0	11,9	22,4		
	Resíduos	-,9	1,8	3,3	-,8	-1,0			
Total	N	4	5	4	3	51	67		
	%	6,0	7,5	6,0	4,5	76,1	100,0		

Relativamente à frequência das micções (cf. Tabela 26) observa-se que não há diferenças estatisticamente significativas em função do impacto da IU e o nº de micções por dia ($\chi^2=5,150$; $p=0,272$) nem nas micções por noite ($\chi^2=5,346$; $p=0,254$).

Já no que diz respeito à distribuição do impacto da IU em função do uso de pensos absorventes constata-se que há diferenças estatisticamente significativas ($\chi^2=15,354$; $p=0,004$). Os resíduos standartizados das mulheres que não têm impacto de IU (2,2) e das que têm impacto leve (1,7) indicam que usam menos pensos. Quanto maior o impacto da IU mais pensos absorventes têm que usar diariamente.

Tabela 26. Níveis do impacto de incontinência urinária em função das micções e uso de pensos absorventes.

Níveis do impacto de incontinência urinária		Sem IU	IU Leve	IU Moderada	IU Grave	IU Muito grave	Total	χ^2	p		
Micções / dia											
1 - 6 micções/dia	N	4	2	2	1	22	31	5,150 ,272			
	%	6,0	3,0	3,0	1,5	32,8	46,3				
	Resíduos	1,6	-,2	,1	-,3	-,3					
> 6 micções	N	0	3	2	2	29	36				
	%	,0	4,5	3,0	3,0	43,3	53,7				
	Resíduos	-1,5	,2	-,1	,3	,3					
Total	N	4	5	4	3	51	67				
	%	6,0	7,5	6,0	4,5	76,1	100,0				
Micções / noite											
1 - 2 micções/noite	N	4	3	1	2	35	45			5,346 ,254	
	%	6,0	4,5	1,5	3,0	52,2	67,2				
	Resíduos	,8	-,2	-1,0	,0	,1					
> 2 micções	N	0	2	3	1	16	22				
	%	,0	3,0	4,5	1,5	23,9	32,8				
	Resíduos	-1,1	,3	1,5	,0	-,2					
Total	N	4	5	4	3	51	67				
	%	6,0	7,5	6,0	4,5	76,1	100,0				
Uso de pensos											
1 - 2 pensos	N	4	4	2	1	12	23	15,354,004			
	%	6,0	6,0	3,0	1,5	17,9	34,3				
	Resíduos	2,2	1,7	,5	,0	-1,3					
> 2 pensos	N	0	1	2	2	39	44				
	%	,0	1,5	3,0	3,0	58,2	65,7				
	Resíduos	-1,6	-1,3	-,4	,0	1,0					
Total	N	4	5	4	3	51	67				
	%	6,0	7,5	6,0	4,5	76,1	100,0				

No que concerne à distribuição do impacto da IU em função do transporte de pesos superiores a 3Kg (cf. Tabela 27) verifica-se que há diferenças estatisticamente significativas ($\chi^2=33,133$; $p=0,001$). Os resíduos standartizados realçam que as 3 mulheres que transportam com frequência pesos superiores a 3Kg tendem apresentar impacto de IU leve (3,8).

Relativamente à presença de obstipação também há diferenças estatisticamente significativas ($\chi^2=10,956$; $p=0,027$). Os resíduos standartizados indiciam que as 3 mulheres que não sofrem de obstipação têm um impacto de IU grave (2,4).

Tabela 27. Níveis do impacto de incontinência urinária em função do transporte de pesos > 3Kg e existência de obstipação.

Níveis do impacto de incontinência urinária		Sem IU	IU Leve	IU Moderada	IU Grave	IU Muito grave	Total	χ^2	p
Pesos > 3Kg									
Com frequência	N	1	2	0	0	0	3	33,133,001	
	%	1,5	3,0	,0	,0	,0	4,5		
	Resíduos	1,9	3,8	-,4	-,4	-,15			
Às vezes	N	0	1	0	0	1	2		
	%	,0	1,5	,0	,0	1,5	3,0		
	Resíduos	-,3	2,2	-,3	-,3	-,4			
Raramente	N	1	1	1	0	3	6		
	%	1,5	1,5	1,5	,0	4,5	9,0		
	Resíduos	1,1	,8	1,1	-,5	-,7			
Nunca	N	2	1	3	3	47	56		
	%	3,0	1,5	4,5	4,5	70,1	83,6		
	Resíduos	-,7	-,16	-,2	,3	,7			
Total	N	4	5	4	3	51	67		
	%	6,0	7,5	6,0	4,5	76,1	100,0		
Obstipação									
Não	N	1	0	0	1	1	3	10,956,027	
	%	1,5	,0	,0	1,5	1,5	4,5		
	Resíduos	1,9	-,5	-,4	2,4	-,8			
Sim	N	3	5	4	2	50	64		
	%	4,5	7,5	6,0	3,0	74,6	95,5		
	Resíduos	-,4	,1	,1	-,5	,2			
Total	N	4	5	4	3	51	67		
	%	6,0	7,5	6,0	4,5	76,1	100,0		

4.1.6. Atividades Instrumentais da Vida Diárias (AIVD)

Neste ponto dando resposta às questões de investigação formuladas evidenciam-se os dados referentes ao nível de dependência das mulheres face às atividades instrumentais da vida diária: capacidade para usar telefone, fazer compras, preparar refeições, cuidar da casa, lavar a roupa, modo de transporte, medicação e lidar com dinheiro. Comparam-se, ainda, os resultados em função dos indicadores sociodemográficos, obstétricos, clínicos e ginecológicos das mulheres com IU institucionalizadas.

A análise dos dados da Tabela 28 permite verificar que os valores das AIVD oscilam entre 8 e 30 pontos com uma média de $\bar{x}=16,61 (\pm 6,30)$. A distribuição das

atividades instrumentais da vida diária é assimétrica ($Sk=0,640/0,293=2,184$) e mesocúrtica ($Kw=-0,650/0,578=-1,124$).

Tabela 28. Análise descritiva das atividades instrumentais da vida diária.

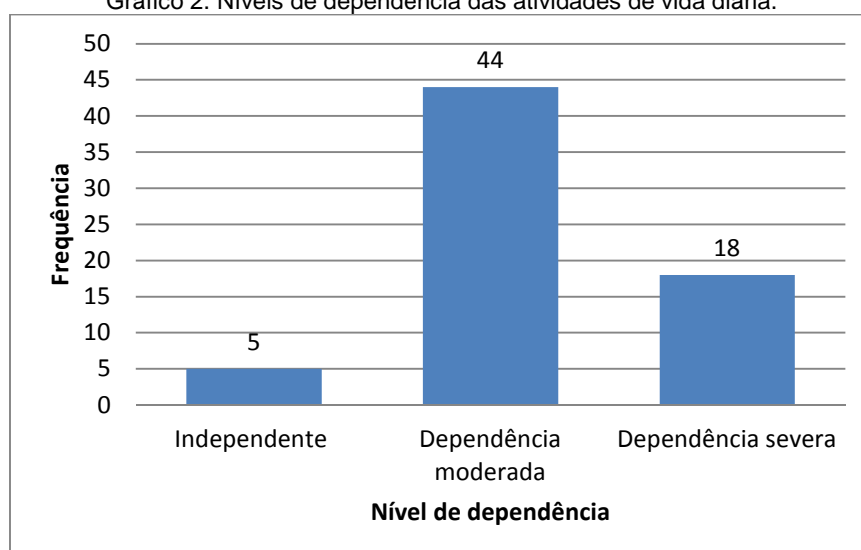
Análise descritiva das atividades instrumentais da vida diária	Mín.	Máx.	\bar{X}	σ dp	Sk	Std Erro	Kw	Std Erro
Capacidade para usar telefone	1	4	1,78	,88	1,003	,293	,303	,578
Fazer compras	1	4	2,22	1,04	,444	,293	-,937	,578
Preparar refeições	1	4	1,78	1,13	1,155	,293	-,254	,578
Cuidar da casa	1	5	1,99	1,36	1,207	,293	,025	,578
Lavar a roupa	1	3	1,66	,770	,684	,293	-,974	,578
Modo de transporte	1	5	3,57	1,25	-1,380	,293	,547	,578
Medicação	1	3	1,46	,63	1,056	,293	,069	,578
Lidar com dinheiro	1	3	2,16	,59	-,054	,293	-,229	,578
Total	8	30	16,61	6,30	,640	,293	-,650	,578

Na Tabela 29 e Gráfico 2 apresentam-se os resultados inerentes ao nível de dependência nas AIVD. A maioria das mulheres realça um nível de dependência moderada (65,7%) enquanto 26,9% têm uma dependência severa.

Tabela 29. Níveis das atividades instrumentais da vida diária.

Níveis das atividades instrumentais da vida diária	N	%
Independente	5	7,5
Dependência moderada	44	65,7
Dependência severa	18	26,9
Total	67	100,0

Gráfico 2. Níveis de dependência das atividades de vida diária.



4.1.6.1. Atividades Instrumentais da Vida Diárias em função das variáveis sociodemográficas

Na Tabela 30 evidenciam-se os resultados do cruzamento das AIVD em função da idade e do estado civil. A análise comparativa da distribuição entre classes de idade revelou diferenças estatisticamente significativas face aos níveis de dependência das AIVD ($\chi^2=11,460$; $p=0,003$) assim como entre os grupos do estado civil ($\chi^2=31,070$; $p=0,000$). A distribuição dos níveis de dependência das AIVD é influenciada pela idade e pelo estado civil das mulheres com IU institucionalizadas.

A análise dos resíduos standartizados revela que as mulheres com dependência severa tendem a ter idades entre os 75 e os 95 anos (1,9) e vivem sem companheiro (3,9).

Tabela 30. Níveis das atividades instrumentais da vida diária em função da idade e estado civil.

Níveis das atividades instrumentais da vida diária		Independente	Dependência moderada	Dependência severa	Total	χ^2	p
Classes de Idade							
65 - 75 anos	N	2	28	3	33	11,460	,003
	%	3,0	41,8	4,5	49,3		
	Resíduos	-,3	1,4	-2,0			
75 - 95 anos	N	3	16	15	34		
	%	4,5	23,9	22,4	50,7		
	Resíduos	,3	-1,3	1,9			
Total	N	5	44	18	67		
	%	7,5	65,7	26,9	100,0		
Estado Civil							
Sem companheiro	N	1	5	15	21	31,070	,000
	%	1,5	7,5	22,4	31,3		
	Resíduos	-,5	-2,4	3,9			
Com companheiro	N	4	39	3	46		
	%	6,0	58,2	4,5	68,7		
	Resíduos	,3	1,6	-2,7			
Total	N	5	44	18	67		
	%	7,5	65,7	26,9	100,0		

Na Tabela 31 compara-se a distribuição das AIVD face às habilitações literárias, onde se pôde constatar que há diferenças estatisticamente significativas ($\chi^2=8,906$; $p=0,012$). A distribuição das AIVD é influenciada pelas habilitações literárias das mulheres com IU institucionalizadas. Os resíduos apontam para que as mulheres com dependência severa tenham escolaridade baixa pois só sabem ler e escrever (1,4) enquanto as mulheres independentes têm o ensino básico entre o 1º, 2º ou 3º CEB (1,5).

Tabela 31. Níveis das atividades instrumentais da vida diária em função da habilitação literária.

Níveis das atividades instrumentais da vida diária		Independente	Dependência moderada	Dependência severa	Total	χ^2	p
Habilitação liter.							
Baixa escolaridade	N	0	20	13	33	8,906	,012
	%	,0	29,9	19,4	49,3		
	Resíduos	-1,6	-,4	1,4			
Ensino básico	N	5	24	5	34		
	%	7,5	35,8	7,5	50,7		
	Resíduos	1,5	,4	-1,4			
Total	N	5	44	18	67		
	%	7,5	65,7	26,9	100,0		

Na Tabela 32 observa-se que não há diferenças estatisticamente significativas nas AIVD face à profissão ($\chi^2=17,219$; $p=0,142$). O nível de dependência das AIVD não é influenciado pela profissão das mulheres com IU institucionalizadas.

Tabela 32. Níveis das atividades instrumentais da vida diária em função da profissão.

Níveis das atividades instrumentais da vida diária		Independente	Dependência moderada	Dependência severa	Total	χ^2	p
Profissão							
Profissões Intelectuais e Científicas	N	1	1	1	3	17,219	,142
	%	1,5	1,5	1,5	4,5		
	Resíduos	1,6	-,7	,2			
Pessoal Administrativo e Similares	N	1	1	0	2		
	%	1,5	1,5	,0	3,0		
	Resíduos	2,2	-,3	-,7			
Pessoal dos Serviços e Vendedores	N	1	6	0	7		
	%	1,5	9,0	,0	10,4		
	Resíduos	,7	,7	-1,4			
Trabalh. da Agricultura e Pescas	N	2	11	9	22		
	%	3,0	16,4	13,4	32,8		
	Resíduos	,3	-,9	1,3			
Operários, Artífices e Trabalhadores Similares	N	0	5	1	6		
	%	,0	7,5	1,5	9,0		
	Resíduos	-,7	,5	-,5			
Operad. Instalações e Máquinas e	N	0	3	1	4		
	%	,0	4,5	1,5	6,0		
	Resíduos	-,5	,2	-,1			
Trabalhadores Qualificados Não	N	0	17	6	23		
	%	,0	25,4	9,0	34,3		
	Resíduos	-1,3	,5	-,1			
Total	N	5	44	18	67		
	%	7,5	65,7	26,9	100,0		

Na Tabela 33 faz-se a leitura dos dados das AIVD face à zona de residência. Como nos é dado a observar não há diferenças estatisticamente significativas nas AIVD face à zona de residência ($\chi^2=1,097$; $p=0,578$). A distribuição das AIVD não é influenciada pela residência das mulheres com IU institucionalizadas.

Tabela 33. Níveis das atividades instrumentais da vida diária em função da residência.

Níveis das atividades instrumentais da vida diária		Independente	Dependência moderada	Dependência severa	Total	χ^2	p
Residência							
Zona rural	N	4	41	16	61	1,097	,578
	%	6,0	61,2	23,9	91,0		
	Resíduos	-,3	,1	-,1			
Zona urbana	N	1	3	2	6		
	%	1,5	4,5	3,0	9,0		
	Resíduos	,8	-,5	,3			
Total	N	5	44	18	67		
	%	7,5	65,7	26,9	100,0		

No que concerne à análise dos níveis de dependência das AIVD em função de onde e como vivem as mulheres constata-se que há diferenças estatisticamente significativas face ao facto de viverem em casa própria, arrendada ou em lar ($\chi^2=29,783$; $p=0,000$). A análise dos resíduos indicia que o nível de dependência das AIVD das mulheres que vivem em casa arrendada (3,2) ou num lar (2,4) tende a ser severo comparativamente às que vivem em casa própria.

Sobre o facto de viverem sozinhas ou acompanhadas não há diferenças estatisticamente significativas no nível de dependência das AIVD ($\chi^2=1,918$; $p=0,383$).

Tabela 34. Níveis das atividades instrumentais da vida diária em função de onde vive e com quem vivem.

Níveis das atividades instrumentais da vida diária		Independente	Dependência moderada	Dependência severa	Total	χ^2	p
Onde Vive							
Casa própria	N	5	40	5	50	29,783	,000
	%	7,5	59,7	7,5	74,6		
	Resíduos	,7	1,3	-2,3			
Casa arrendada ou de familiares	N	0	4	10	14		
	%	,0	6,0	14,9	20,9		
	Resíduos	-1,0	-1,7	3,2			
Lar	N	0	0	3	3		
	%	,0	,0	4,5	4,5		
	Resíduos	-,5	-1,4	2,4			
Total	N	5	44	18	67		
	%	7,5	65,7	26,9	100,0		
Vive com							
Sozinho	N	1	2	1	4	1,918	,383
	%	1,5	3,0	1,5	6,0		
	Resíduos	1,3	-,4	-,1			
Acompanhado	N	4	42	17	63		
	%	6,0	62,7	25,4	94,0		
	Resíduos	-,3	,1	,0			
Total	N	5	44	18	67		
	%	7,5	65,7	26,9	100,0		

4.1.6.2. Atividades Instrumentais da Vida Diárias em função das variáveis obstétricas

No que que respeita à análise dos níveis de dependência das AIVD em função do IMC verifica-se que não há diferenças estatisticamente significativas ($\chi^2=7,150$; $p=0,307$). Também não se evidenciaram diferenças significativas face ao número de gravidezes ($\chi^2=2,573$; $p=0,632$), ao número de filhos ($\chi^2=1,708$; $p=0,426$), ao tipo de parto ($\chi^2=0,419$; $p=0,811$) e na existência de laceração ou rasgadura ($\chi^2=3,966$; $p=0,138$). A distribuição do IMC, do nº de gravidezes, do nº de filhos, do tipo de parto e da existência de laceração ou rasgadura não parece influenciar o tipo de dependência das AIVD das mulheres inquiridas (cf. Tabela 35 e 36).

Tabela 35. Níveis das atividades instrumentais da vida diária em função do IMC, nº de gravidezes.

Níveis das atividades instrumentais da vida diária		Independente	Dependência moderada	Dependência severa	Total	χ^2	p
Classes de IMC							
Peso normal	N	1	7	3	11	7,150	,307
	%	1,5	10,4	4,5	16,4		
	Resíduos	,2	-,1	,0			
Pré-obesidade	N	2	24	10	36		
	%	3,0	35,8	14,9	53,7		
	Resíduos	-,4	,1	,1			
Obesidade classe I	N	1	13	4	18		
	%	1,5	19,4	6,0	26,9		
	Resíduos	-,3	,3	-,4			
Obesidade classe II	N	1	0	1	2		
	%	1,5	,0	1,5	3,0		
	Resíduos	2,2	-1,1	,6			
Total	N	5	44	18	67		
	%	7,5	65,7	26,9	100,0		
Nº de gravidezes							
1 - 2 gravidezes	N	5	37	11	53	2,573	,632
	%	8,1	59,7	17,7	85,5		
	Resíduos	,4	,0	-,3			
2 - 4 gravidezes	N	0	4	1	5		
	%	,0	6,5	1,6	8,1		
	Resíduos	-,6	,3	-,1			
> 5 gravidezes	N	0	2	2	4		
	%	,0	3,2	3,2	6,5		
	Resíduos	-,6	-,5	1,2			
Total	N	5	43	14	62		
	%	8,1	69,4	22,6	100,0		

Tabela 36. Níveis das atividades instrumentais da vida diária em função do nº de filhos, tipo de parto e a existência de laceração ou rasgadura..

Níveis das atividades instrumentais da vida diária		Independente	Dependência moderada	Dependência severa	Total	χ^2	p
Nº de filhos							
1 - 2 filhos	N	5	38	11	54	1,708	,426
	%	8,1	61,3	17,7	87,1		
	Resíduos	,3	,1	-,3			
> 3 filhos	N	0	5	3	8		
	%	,0	8,1	4,8	12,9		
	Resíduos	-,8	-,2	,9			
Total	N	5	43	14	62		
	%	8,1	69,4	22,6	100,0		
Tipo de parto							
Normal	N	5	41	13	59	,419	,811
	%	8,1	66,1	21,0	95,2		
	Resíduos	,1	,0	-,1			
Instrumental	N	0	2	1	3		
	%	,0	3,2	1,6	4,8		
	Resíduos	-,5	-,1	,4			
Total	N	5	43	14	62		
	%	8,1	69,4	22,6	100,0		
Laceração							
Não	N	5	25	7	37	3,966	,138
	%	8,1	40,3	11,3	59,7		
	Resíduos	1,2	-,1	-,5			
Sim	N	0	18	7	25		
	%	,0	29,0	11,3	40,3		
	Resíduos	-1,4	,2	,6			
Total	N	5	43	14	62		
	%	8,1	69,4	22,6	100,0		

Relativamente à análise dos níveis de dependência das AIVD em função do nº de horas em trabalho de parto pôde observar-se que não há diferenças estatisticamente significativas quer no 1º parto ($\chi^2=1,787$; $p=0,409$), quer no 2º ($\chi^2=1,442$; $p=0,486$) assim como no 3º parto ($\chi^2=0,178$; $p=0,673$).

Também, o local onde foi realizado o parto não evidenciou diferenças estatisticamente significativas ($\chi^2=0,373$; $p=0,830$).

Assim, o nº de horas em trabalho de parto e o local onde foi realizado não parece influenciar o tipo de dependência das AIVD das mulheres com IU inquiridas (cf. Tabela 37).

Tabela 37. Níveis das atividades instrumentais da vida diária em função do nº de horas de trabalho de parto e o local do parto.

Níveis das atividades instrumentais da vida diária		Independente	Dependência moderada	Dependência severa	Total	χ^2	p
1º Parto							
1 - 10 horas	N	5	32	10	47	1,787	,409
	%	8,1	51,6	16,1	75,8		
	Resíduos	,6	-,1	-,2			
> 10 horas	N	0	11	4	15		
	%	,0	17,7	6,5	24,2		
	Resíduos	-1,1	,2	,3			
Total	N	5	43	14	62		
	%	8,1	69,4	22,6	100,0		
2º Parto							
1 - 7 horas	N	2	18	6	26	1,442	,486
	%	6,7	60,0	20,0	86,7		
	Resíduos	,2	,2	-,4			
> 7 horas	N	0	2	2	4		
	%	,0	6,7	6,7	13,3		
	Resíduos	-,5	-,4	,9			
Total	N	2	20	8	30		
	%	6,7	66,7	26,7	100,0		
3º Parto							
1 - 7 horas	N	0	4	2	6	,178	,673
	%	0,0	50,0	25,0	75,0		
	Resíduos	0,0	,1	-,2			
> 7 horas	N	0	1	1	2		
	%	0,0	12,5	12,5	25,0		
	Resíduos	0,0	-,2	,3			
Total	N	0	5	3	8		
	%	0,0	62,5	37,5	100,0		
Local do parto							
Hospital	N	4	34	10	48	,373	,830
	%	6,5	54,8	16,1	77,4		
	Resíduos	,1	,1	-,3			
Casa	N	1	9	4	14		
	%	1,6	14,5	6,5	22,6		
	Resíduos	-,1	-,2	,5			
Total	N	5	43	14	62		
	%	8,1	69,4	22,6	100,0		

4.1.6.3. Atividades Instrumentais da Vida Diárias em função das variáveis clínicas

Relativamente à análise dos níveis de dependência das AIVD em função da toma de medicação constata-se que não há diferenças estatisticamente significativas ($\chi^2=0,286$; $p=0,867$). A quantidade de medicamentos que as mulheres tomam não parece influenciar o tipo de dependência das AIVD (cf. Tabela 37).

Tabela 38. Níveis das atividades instrumentais da vida diária em função da toma de medicação.

Níveis das atividades instrumentais da vida diária		Nada	Leve	Moderada	Total	χ^2	p
Medicação							
Entre 1 a 4 medicamentos	N	1	10	3	14	,286	,867
	%	1,5	14,9	4,5	20,9		
Resíduos		,0	,3	-,4			
Mais de 5 medicamentos	N	4	34	15	53		
	%	6,0	50,7	22,4	79,1		
Resíduos		,0	-,1	,2			
Total	N	5	44	18	67		
	%	7,5	65,7	26,9	100,0		

4.1.6.4. Atividades Instrumentais da Vida Diárias em função das variáveis ginecológicas

Quanto à análise dos níveis de dependência das AIVD em função da perda de urina verifica-se que não há diferenças estatisticamente significativas ($\chi^2=2,224$; $p=0,329$) assim como também não há diferenças significativas face à existência de infecções urinárias ($\chi^2=0,948$; $p=0,622$). A perda de urina, os anos de perda e a existência de infecções urinárias não parece influenciar o seu tipo de dependência das AIVD das mulheres com IU institucionalizadas (cf. Tabela 39 e 40).

Tabela 39. Níveis das atividades instrumentais da vida diária em função da perda de urina e do nº de anos de perda.

Níveis das atividades instrumentais da vida diária		Nada	Leve	Moderada	Total	χ^2	p
Perda de urina							
Não	N	0	4	0	4	2,224	,329
	%	,0	6,0	,0	6,0		
Resíduos		-,5	,8	-1,0			
Sim	N	5	40	18	63		
	%	7,5	59,7	26,9	94,0		
Resíduos		,1	-,2	,3			
Total	N	5	44	18	67		
	%	7,5	65,7	26,9	100,0		
Anos de perda de urina							
1 - 4 anos	N	3	20	7	30	,948	,622
	%	4,8	31,7	11,1	47,6		
Resíduos		,4	,2	-,5			
> 5 anos	N	2	20	11	33		
	%	3,2	31,7	17,5	52,4		
Resíduos		-,4	-,2	,5			
Total	N	5	40	18	63		
	%	7,9	63,5	28,6	100,0		

Tabela 40. Níveis das atividades instrumentais da vida diária em função da existência de infecções urinárias.

Níveis das atividades instrumentais da vida diária		Nada	Leve	Moderada	Total	χ^2	p
Infeções urinárias							
Não	N	4	36	12	52	1,705	,426
	%	6,0	53,7	17,9	77,6		
	Resíduos	,1	,3	-,5			
Sim	N	1	8	6	15		
	%	1,5	11,9	9,0	22,4		
	Resíduos	-,1	-,6	1,0			
Total	N	5	44	18	67		
	%	7,5	65,7	26,9	100,0		

No que diz respeito à análise dos níveis de dependência das AIVD em função das micções verifica-se que não há diferenças estatisticamente significativas nem nas micções diurnas ($\chi^2=0,415$; $p=0,813$) nem nas noturnas ($\chi^2=5,065$; $p=0,079$).

A quantidade de micções diurnas e noturnas das mulheres institucionalizadas não parece influenciar o seu tipo de dependência das AIVD.

Já no uso de pensos absorventes encontraram-se diferenças estatisticamente significativas ($\chi^2=12,057$; $p=0,002$). Assim, a quantidade de pensos absorventes que usam diariamente parece interferir no tipo de dependência das AIVD pois, as mulheres independentes tendem a usar apenas 1 a 2 pensos (2,5) (cf. Tabela 41 e 42).

Tabela 41. Níveis das atividades instrumentais da vida diária em função das micções/dia.

Níveis das atividades instrumentais da vida diária		Nada	Leve	Moderada	Total	χ^2	p
Micções / dia							
1 - 6 micções/dia	N	3	20	8	31	,415	,813
	%	4,5	29,9	11,9	46,3		
	Resíduos	,5	-,1	-,1			
> 6 micções	N	2	24	10	36		
	%	3,0	35,8	14,9	53,7		
	Resíduos	-,4	,1	,1			
Total	N	5	44	18	67		
	%	7,5	65,7	26,9	100,0		
Micções / noite							
1 - 2 micções/dia	N	5	31	9	45	5,065	,079
	%	7,5	46,3	13,4	67,2		
	Resíduos	,9	,3	-,9			
> 2 micções	N	0	13	9	22		
	%	,0	19,4	13,4	32,8		
	Resíduos	-1,3	-,4	1,3			
Total	N	5	44	18	67		
	%	7,5	65,7	26,9	100,0		

Tabela 42. Níveis das atividades instrumentais da vida diária em função das micções/noite e uso de pensos absorventes.

Níveis das atividades instrumentais da vida diária		Nada	Leve	Moderada	Total	χ^2	p
Uso de pensos							
1 - 2 pensos	N	5	15	3	23	12,057	,002
	%	7,5	22,4	4,5	34,3		
	Resíduos	2,5	,0	-1,3			
> 2 pensos	N	0	29	15	44		
	%	,0	43,3	22,4	65,7		
	Resíduos	-1,8	,0	,9			
Total	N	5	44	18	67		
	%	7,5	65,7	26,9	100,0		

Relativamente ao estudo dos níveis de dependência das AIVD em função do transporte de pesos superiores a 3Kg pode observar-se não há diferenças estatisticamente significativas ($\chi^2=5,855$; $p=0,440$). Também sobre o facto das mulheres sofrerem de obstipação não se encontraram diferenças estatisticamente significativas ($\chi^2=2,586$; $p=0,274$).

Assim, o facto de as mulheres com IU institucionalizadas transportarem pesos superiores a 3Kg ou sofrerem de obstipação não interfere no seu tipo de dependência das AIVD (cf. Tabela 43).

Tabela 43. Níveis das atividades instrumentais da vida diária em função do transporte de pesos > 3Kg.

Níveis das atividades instrumentais da vida diária		Nada	Leve	Moderada	Total	χ^2	p
Pesos > 3Kg							
Com frequência	N	1	2	0	3	5,855	,440
	%	1,5	3,0	,0	4,5		
	Resíduos	1,6	,0	-,9			
Às vezes	N	0	2	0	2		
	%	,0	3,0	,0	3,0		
	Resíduos	-,4	,6	-,7			
Raramente	N	0	5	1	6		
	%	,0	7,5	1,5	9,0		
	Resíduos	-,7	,5	-,5			
Nunca	N	4	35	17	56		
	%	6,0	52,2	25,4	83,6		
	Resíduos	-,1	-,3	,5			
Total	N	5	44	18	67		
	%	7,5	65,7	26,9	100,0		
Obstipação							
Não	N	0	1	2	3	2,586	,274
	%	,0	1,5	3,0	4,5		
	Resíduos	-,5	-,7	1,3			
Sim	N	5	43	16	64		
	%	7,5	64,2	23,9	95,5		
	Resíduos	,1	,1	-,3			
Total	N	5	44	18	67		
	%	7,5	65,7	26,9	100,0		

4.1.7. Risco de Quedas

Neste ponto faz-se caracterização do risco de quedas nas mulheres com IU institucionalizadas analisando a história de quedas nos últimos 3 meses, o diagnóstico secundário, a ajuda na mobilização, a terapia endovenosa, a marcha e o seu estado mental. Deste modo, faz-se a caracterização do risco de quedas e comparam-se os resultados em função dos indicadores sociodemográficos, obstétricos, clínicos e ginecológicos das mulheres com IU institucionalizadas.

Os dados da Tabela 44 permitem verificar que o **risco de quedas** oscila entre 30 e 100 pontos com uma média de $\bar{x}=73,51 (\pm 18,97)$. A análise do coeficiente de assimetria e de curtose evidencia uma distribuição assimétrica ($Sk=-0,805/0,293=-2,747$) e mesocúrtica ($Kw=-0,394/0,578=-0,681$).

Relativamente à história de quedas nos últimos 3 meses $\bar{x}=19,03 (\pm 10,73)$, o diagnóstico secundário $\bar{x}=13,21 (\pm 4,90)$, a ajuda na mobilização $\bar{x}=12,09 (\pm 6,52)$, a terapia endovenosa $\bar{x}=18,21 (\pm 5,75)$, a marcha $\bar{x}=10,90 (\pm 5,70)$ e o seu estado mental $\bar{x}=0,00 (\pm 0,00)$.

Tabela 44. Análise descritiva do risco de quedas.

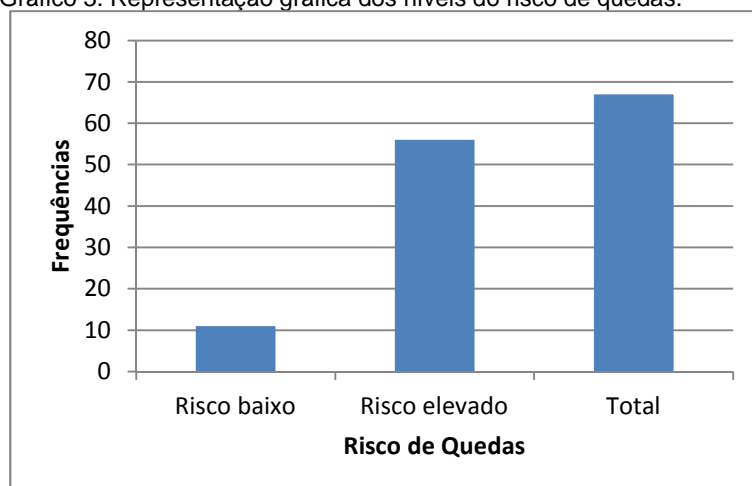
Análise descritiva do risco de quedas	Mín.	Máx.	\bar{X}	σ dp	Sk	Std Erro	Kw	Std Erro
História de quedas nos últimos 3 meses	0	25	19,03	10,73	-1,253	,293	-,443	,578
Diagnóstico secundário	0	15	13,21	4,90	-2,402	,293	3,883	,578
Ajuda na mobilização	0	30	12,09	6,52	-,997	,293	,579	,578
Terapia endovenosa	0	20	18,21	5,75	-2,941	,293	6,854	,578
Marcha	0	20	10,90	5,70	,016	,293	,138	,578
Estado mental	0	0	,00	,00
Total (0 – 125 pontos)	30	100	73,51	18,97	-,805	,293	-,394	,578

Relativamente às frequências relativas e absolutas (cf. Tabela 45 e Gráfico 3) pode observar-se que 83,6% das mulheres com IU institucionalizadas têm um risco de quedas elevado e 16,4% têm um risco baixo.

Tabela 45. Níveis do risco de quedas.

Níveis do risco de quedas	N	%
Sem risco	-	0,0
Risco baixo	11	16,4
Risco elevado	56	83,6
Total	67	100,0

Gráfico 3. Representação gráfica dos níveis do risco de quedas.



4.1.7.1. Risco de Quedas em função das variáveis sociodemográficas

Na Tabela 46 evidenciam-se os resultados do cruzamento do risco de quedas em função da idade e do estado civil. A análise comparativa da distribuição entre classes de idade não revelou diferenças estatisticamente significativas face aos níveis do risco de quedas ($\chi^2=0,147$; $p=0,701$) assim como entre os grupos do estado civil ($\chi^2=1,059$; $p=0,303$). A distribuição dos níveis de risco de quedas não é influenciada pela idade e pelo estado civil das mulheres com IU institucionalizadas.

Tabela 46. Níveis do risco de quedas em função da idade e estado civil.

Níveis do risco de quedas		Risco baixo	Risco elevado	Total	χ^2	p
Classes de Idade						
65 - 75 anos	N	6	27	33	,147	,701
	%	9,0	40,3	49,3		
	Resíduos	,3	-,1			
75 - 95 anos	N	5	29	34		
	%	7,5	43,3	50,7		
	Resíduos	-,2	,1			
Total	N	11	56	67		
	%	16,4	83,6	100,0		
Estado Civil						
Sem companheiro	N	2	19	21	1,059	,303
	%	3,0	28,4	31,3		
	Resíduos	-,8	,3			
Com companheiro	N	9	37	46		
	%	13,4	55,2	68,7		
	Resíduos	,5	-,2			
Total	N	11	56	67		
	%	16,4	83,6	100,0		

Na Tabela 47 compara-se a distribuição do risco de quedas face às habilitações literárias, onde se pôde constatar que não há diferenças estatisticamente significativas ($\chi^2=0,076$; $p=0,783$). A distribuição do risco de quedas não é influenciada pelas habilitações literárias das mulheres com IU institucionalizadas.

Tabela 47. Níveis do risco de quedas em função da habilitação literária.

Níveis do risco de quedas		Risco baixo	Risco elevado	Total	χ^2	p
Habilitação liter.						
Baixa escolaridade	N	5	28	33	,076	,783
	%	7,5	41,8	49,3		
	Resíduos	-,2	,1			
Ensino básico	N	6	28	34		
	%	9,0	41,8	50,7		
	Resíduos	,2	-,1			
Total	N	11	56	67		
	%	16,4	83,6	100,0		

Na Tabela 48 observa-se que não há diferenças estatisticamente significativas no risco de quedas face à profissão ($\chi^2=6,420$; $p=0,378$). O risco de quedas não é influenciado pela profissão das mulheres com IU institucionalizadas.

Tabela 48 Níveis do risco de quedas diária em função da profissão.

Níveis do risco de quedas		Risco baixo	Risco elevado	Total	χ^2	p
Profissão						
Profissões Intelectuais e Científicas	N	0	3	3	6,420	,378
	%	,0	4,5	4,5		
	Resíduos	-,7	,3			
Pessoal Administrativo e Similares	N	0	2	2		
	%	,0	3,0	3,0		
	Resíduos	-,6	,3			
Pessoal dos Serviços e Vendedores	N	1	6	7		
	%	1,5	9,0	10,4		
	Resíduos	-,1	,1			
Trabalh. da Agricultura e Pescas	N	2	20	22		
	%	3,0	29,9	32,8		
	Resíduos	-,8	,4			
Operários, Artífices e Trabalhadores Similares	N	2	4	6		
	%	3,0	6,0	9,0		
	Resíduos	1,0	-,5			
Operad. Instalações e Máquinas	N	2	2	4		
	%	3,0	3,0	6,0		
	Resíduos	1,7	-,7			
Trabalhadores Não Qualificados	N	4	19	23		
	%	6,0	28,4	34,3		
	Resíduos	,1	-,1			
Total	N	11	56	67		
	%	16,4	83,6	100,0		

Na Tabela 49 faz-se a leitura dos dados do risco de quedas face à zona de residência. Como nos é dado a observar há diferenças estatisticamente significativas no risco de quedas face à zona de residência ($\chi^2=5,416$; $p=0,020$). A distribuição do

risco de quedas é influenciada pela residência das mulheres com IU institucionalizadas. Os resíduos standartizados revelam que as mulheres com baixo risco de quedas tendem a concentrar-se na zona urbana (2,0).

Tabela 49. Níveis do risco de quedas diária em função da residência.

Níveis do risco de quedas		Risco baixo	Risco elevado	Total	χ^2	p
Residência						
Zona rural	N	8	53	61	5,416	,020
	%	11,9	79,1	91,0		
	Resíduos	-,6	,3			
Zona urbana	N	3	3	6		
	%	4,5	4,5	9,0		
	Resíduos	2,0	-,9			
Total	N	11	56	67		
	%	16,4	83,6	100,0		

No que concerne à análise do risco de quedas em função de onde e como vivem as mulheres constata-se que não há diferenças estatisticamente significativas face ao facto de viverem em casa própria, arrendada ou em lar ($\chi^2=1,095$; $p=0,578$). Sobre o facto de viverem sozinhas ou acompanhadas também não há diferenças estatisticamente significativas ($\chi^2=0,836$; $p=0,361$).

Tabela 50. Níveis do risco de quedas m função de onde vive e com quem vivem.

Níveis do risco de quedas		Risco baixo	Risco elevado	Total	χ^2	p
Onde Vive						
Casa própria	N	7	43	50	1,095	,578
	%	10,4	64,2	74,6		
	Resíduos	-,4	,2			
Casa arrendada ou de familiares	N	3	11	14		
	%	4,5	16,4	20,9		
	Resíduos	,5	-,2			
Lar	N	1	2	3		
	%	1,5	3,0	4,5		
	Resíduos	,7	-,3			
Total	N	11	56	67		
	%	16,4	83,6	100,0		
Vive com						
Sozinho	N	0	4	4	,836	,361
	%	,0	6,0	6,0		
	Resíduos	-,8	,4			
Acompanhado	N	11	52	63		
	%	16,4	77,6	94,0		
	Resíduos	,2	-,1			
Total	N	11	56	67		
	%	16,4	83,6	100,0		

4.1.7.2. Risco de Quedas em função das variáveis obstétricas

No que que respeita à análise do risco de quedas em função do IMC verifica-se que não há diferenças estatisticamente significativas ($\chi^2=6,548$; $p=0,088$). Também não se evidenciaram diferenças significativas face ao número de gravidezes ($\chi^2=0,183$; $p=0,913$), ao número de filhos ($\chi^2=0,332$; $p=0,565$), ao tipo de parto ($\chi^2=0,525$; $p=0,469$) e na existência de laceração ou rasgadura ($\chi^2=0,146$; $p=0,702$). A distribuição do IMC, do nº de gravidezes, do nº de filhos, do tipo de parto e da existência de laceração ou rasgadura não parece influenciar o risco de quedas das mulheres com IU inquiridas (cf. Tabela 51 e 52).

Tabela 51. Risco de quedas em função do IMC, nº de gravidezes e nº de filhos.

Risco de quedas		Risco baixo	Risco elevado	Total	χ^2	p		
Classes de IMC								
Peso normal	N	4	7	11	6,548	,088		
	%	6,0	10,4	16,4				
	Resíduos	1,6	-,7					
Pré-obesidade	N	5	31	36				
	%	7,5	46,3	53,7				
	Resíduos	-,4	,2					
Obesidade classe I	N	1	17	18				
	%	1,5	25,4	26,9				
	Resíduos	-1,1	,5					
Obesidade classe II	N	1	1	2				
	%	1,5	1,5	3,0				
	Resíduos	1,2	-,5					
Total	N	11	56	67				
	%	16,4	83,6	100,0				
Nº de gravidezes								
1 - 2 gravidezes	N	9	44	53			,183	,913
	%	14,5	71,0	85,5				
	Resíduos	-,1	,1					
2 - 4 gravidezes	N	1	4	5				
	%	1,6	6,5	8,1				
	Resíduos	,1	-,1					
> 5 gravidezes	N	1	3	4				
	%	1,6	4,8	6,5				
	Resíduos	,3	-,2					
Total	N	11	51	62				
	%	17,7	82,3	100,0				
Nº de filhos								
1 - 2 filhos	N	9	45	54	,332	,565		
	%	14,5	72,6	87,1				
	Resíduos	-,2	,1					
> 3 filhos	N	2	6	8				
	%	3,2	9,7	12,9				
	Resíduos	,5	-,2					
Total	N	11	51	62				
	%	17,7	82,3	100,0				

Tabela 52. Risco de quedas em função do tipo de parto e a existência de laceração ou rasgadura.

Risco de quedas		Risco baixo	Risco elevado	Total	χ^2	p
Tipo de parto						
Normal	N	10	49	59	,525	,469
	%	16,1	79,0	95,2		
	Resíduos	-,1	,1			
Instrumental	N	1	2	3		
	%	1,6	3,2	4,8		
	Resíduos	,6	-,3			
Total	N	11	51	62		
	%	17,7	82,3	100,0		
Laceração						
Não	N	6	31	37	,146	,702
	%	9,7	50,0	59,7		
	Resíduos	-,2	,1			
Sim	N	5	20	25		
	%	8,1	32,3	40,3		
	Resíduos	,3	-,1			
Total	N	11	51	62		
	%	17,7	82,3	100,0		

Relativamente à análise do risco de quedas em função do nº de horas em trabalho de parto pôde observar-se que há diferenças estatisticamente significativas no 1º parto ($\chi^2=4,268$; $p=0,039$). Todas as mulheres com risco elevado tendem a ter trabalho de parto com mais de 10 horas. No 2º parto não há diferenças significativas ($\chi^2=0,072$; $p=0,788$) assim como no 3º parto ($\chi^2=0,889$ $p=0,346$).

Também, o local onde foi realizado o parto não evidenciou diferenças estatisticamente significativas face ao risco de quedas ($\chi^2=0,148$; $p=0,700$).

Assim, o nº de horas em trabalho do 1º parto parece influenciar o risco de quedas das mulheres com IU. Por outro lado, o nº de horas do 2º e do 3º parto e o local onde foi realizado não interfere com o risco de quedas das mulheres com IU institucionalizadas (cf. Tabela 53 e 54).

Tabela 53. Risco de quedas em função do nº de horas de trabalho de parto.

Risco de quedas		Risco baixo	Risco elevado	Total	χ^2	p
1º Parto						
1 - 10 horas	N	11	36	47	4,268	,039
	%	17,7	58,1	75,8		
	Resíduos	,9	-,4			
> 10 horas	N	0	15	15		
	%	,0	24,2	24,2		
	Resíduos	-1,6	,8			
Total	N	11	51	62		
	%	17,7	82,3	100,0		

Tabela 54. Risco de quedas em função do nº de horas de trabalho de parto e o local do parto.

Risco de quedas		Risco baixo	Risco elevado	Total	χ^2	p
2º Parto						
1 - 7 horas	N	5	21	26	,072	,788
	%	16,7	70,0	86,7		
	Resíduos	-,1	,0			
> 7 horas	N	1	3	4		
	%	3,3	10,0	13,3		
	Resíduos	,2	-,1			
Total	N	6	24	30		
	%	20,0	80,0	100,0		
3º Parto						
1 - 7 horas	N	1	5	6	,889	,346
	%	12,5	62,5	75,0		
	Resíduos	-,4	,2			
> 7 horas	N	1	1	2		
	%	12,5	12,5	25,0		
	Resíduos	,7	-,4			
Total	N	2	6	8		
	%	25,0	75,0	100,0		
Local do parto						
Hospital	N	9	39	48	,148	,700
	%	14,5	62,9	77,4		
	Resíduos	,2	-,1			
Casa	N	2	12	14		
	%	3,2	19,4	22,6		
	Resíduos	-,3	,1			
Total	N	11	51	62		
	%	17,7	82,3	100,0		

4.1.7.3. Risco de Quedas em função das variáveis clínicas

Relativamente à análise do risco de quedas em função da toma de medicação constata-se que não há diferenças estatisticamente significativas ($\chi^2=0,059$; $p=0,809$). A quantidade de medicamentos que as mulheres tomam não parece influenciar o seu risco de quedas (cf. Tabela 56).

Tabela 55. Risco de quedas diária em função da toma de medicação.

Risco de quedas		Risco baixo	Risco elevado	Total	χ^2	p
Medicação						
Entre 1 a 4 medicamentos	N	2	12	14	,059	,809
	%	3,0	17,9	20,9		
	Resíduos	-,2	,1			
Mais de 5 medicamentos	N	9	44	53		
	%	13,4	65,7	79,1		
	Resíduos	,1	,0			
Total	N	11	56	67		
	%	16,4	83,6	100,0		

4.1.7.4. Risco de Quedas em função das variáveis ginecológicas

Quanto à análise do risco de quedas em função da perda de urina verifica-se que não há diferenças estatisticamente significativas ($\chi^2=3,496$; $p=0,062$) assim como também não há diferenças significativas face à existência de infecções urinárias ($\chi^2=1,479$; $p=0,224$). A perda de urina, os anos de perda e a existência de infecções urinárias não parece influenciar o risco de quedas das mulheres com IU institucionalizadas (cf. Tabela 57).

Tabela 56. Risco de quedas em função da perda de urina, nº de anos de perda e existência de infecções urinárias.

Risco de quedas		Risco baixo	Risco elevado	Total	χ^2	p
Perda de urina						
Não	N	2	2	4	3,496	,062
	%	3,0	3,0	6,0		
	Resíduos	1,7	-,7			
Sim	N	9	54	63		
	%	13,4	80,6	94,0		
	Resíduos	-,4	,2			
Total	N	11	56	67		
	%	16,4	83,6	100,0		
Anos de perda de urina						
1 - 4 anos	N	3	27	30	,859	,354
	%	4,8	42,9	47,6		
	Resíduos	-,6	,3			
> 5 anos	N	6	27	33		
	%	9,5	42,9	52,4		
	Resíduos	,6	-,2			
Total	N	9	54	63		
	%	14,3	85,7	100,0		
Infeções urinárias						
Não	N	7	45	52	1,479	,224
	%	10,4	67,2	77,6		
	Resíduos	-,5	,2			
Sim	N	4	11	15		
	%	6,0	16,4	22,4		
	Resíduos	1,0	-,4			
Total	N	11	56	67		
	%	16,4	83,6	100,0		

No que diz respeito à análise do risco de quedas em função das micções verifica-se que não há diferenças estatisticamente significativas nem nas micções diurnas ($\chi^2=1,597$; $p=0,206$) nem nas noturnas ($\chi^2=1,185$; $p=0,667$).

A quantidade de micções diurnas e noturnas das mulheres institucionalizadas não parece influenciar o seu risco de quedas.

Também no uso de pensos absorventes não existem diferenças estatisticamente significativas ($\chi^2=2,386$; $p=0,122$). Assim, a quantidade de pensos

absorventes que usam diariamente parece interferir no risco de quedas (cf. Tabela 57).

Tabela 57. Risco de quedas em função das micções e uso de pensos absorventes.

Risco de quedas		Risco baixo	Risco elevado	Total	χ^2	p
Micções / dia						
1 - 6 micções/dia	N	7	24	31	1,597	,206
	%	10,4	35,8	46,3		
> 6 micções	Resíduos	,8	-,4			
	N	4	32	36		
Total	%	6,0	47,8	53,7		
	Resíduos	-,8	,3			
Total	N	11	56	67		
	%	16,4	83,6	100,0		
Micções / noite						
1 - 2 micções/dia	N	8	37	45	,185	,667
	%	11,9	55,2	67,2		
> 2 micções	Resíduos	,2	-,1			
	N	3	19	22		
Total	%	4,5	28,4	32,8		
	Resíduos	-,3	,1			
Total	N	11	56	67		
	%	16,4	83,6	100,0		
Uso de pensos						
1 - 2 pensos	N	6	17	23	2,386	,122
	%	9,0	25,4	34,3		
> 2 pensos	Resíduos	1,1	-,5			
	N	5	39	44		
Total	%	7,5	58,2	65,7		
	Resíduos	-,8	,4			
Total	N	11	56	67		
	%	16,4	83,6	100,0		

A Tabela 58 revela os resultados do risco de quedas em função do transporte de pesos superiores a 3Kg e existência de obstipação.

Pudemos observar que há diferenças estatisticamente significativas no risco de quedas face ao transporte de pesos superiores a 3Kg ($\chi^2=18,244$; $p=0,000$). As mulheres com risco baixo tendem a transportar pesos superiores a 3Kg com frequência.

Sobre a obstipação não se encontraram diferenças estatisticamente significativas face ao risco de quedas ($\chi^2=0,617$; $p=0,432$). A obstipação não interfere no risco de quedas das mulheres com IU institucionalizadas.

Tabela 58. Risco de quedas em função do transporte de pesos > 3Kg e da obstipação.

Risco de quedas		Risco baixo	Risco elevado	Total	χ^2	p
Pesos > 3Kg						
Com frequência	N	3	0	3	18,244	,000
	%	4,5	,0	4,5		
	Resíduos	3,6	-1,6			
Às vezes	N	0	2	2		
	%	,0	3,0	3,0		
	Resíduos	-,6	,3			
Raramente	N	2	4	6		
	%	3,0	6,0	9,0		
	Resíduos	1,0	-,5			
Nunca	N	6	50	56		
	%	9,0	74,6	83,6		
	Resíduos	-1,1	,5			
Total	N	11	56	67		
	%	16,4	83,6	100,0		
Obstipação						
Não	N	0	3	3	,617	,432
	%	,0	4,5	4,5		
	Resíduos	-,7	,3			
Sim	N	11	53	64		
	%	16,4	79,1	95,5		
	Resíduos	,2	-,1			
Total	N	11	56	67		
	%	16,4	83,6	100,0		

4.2. Análise inferencial

Neste ponto faz-se o tratamento estatístico inferencial que é direcionado para testar a significância das variáveis independentes (pessoais, obstétricos, ginecológicos, impacto da IU e atividades instrumentais de vida diárias) susceptíveis de influenciar a variável dependente (risco de quedas). Desta forma, procuramos traduzir o enunciado do problema para uma previsão precisa e clara dos resultados esperados, respondendo às questões de investigação formuladas.

- Em que medida o impacto da incontinência e as atividades instrumentais de vida diária têm influência no risco de quedas das mulheres com IU institucionalizadas?

Na Tabela 59 apresentam-se os resultados da matriz de correlação entre o risco de quedas o impacto da IU e o nível de dependência das atividades instrumentais da vida diária.

Pode verificar-se que existe uma correlação positiva estatisticamente significativa entre o impacto da IU e o risco de quedas ($R=0,374$ e $p=0,002$) e entre as

AIVD e o impacto da IU ($R=0,301$ e $p=0,007$). Desta forma pode inferir-se que quanto maior o impacto da IU das mulheres institucionalizadas maior é o seu risco de quedas e maior o seu grau de dependência nas AIVD.

Tabela 59. Matriz de correlação entre o risco de quedas, o impacto de IU e as AIVD.

Matriz de Correlação		Risco de quedas	Impacto de IU	AIVD
Risco de quedas	R	-	,374	,112
	p	-	,001	,183
Impacto de IU	R	,374	-	,301
	p	,001	-	,007
Atividades Instrumentais de Vida Diária	R	,112	,301	-
	p	,183	,007	-

Para averiguar o peso preditivo do impacto da IU e do nível de dependência das AIVD no risco de quedas das mulheres institucionalizadas utilizou-se o modelo de regressão múltipla *stepwise*. A primeira variável independente a entrar no modelo é aquela que apresenta maior coeficiente de correlação (cf. Quadro 1). Com efeito, evidenciou um modelo significativo ($F=10,545$; $p=0,002$) onde entrou uma variável com um peso preditivo de 14% ($R^2=0,140$) sobre o risco de quedas: **impacto da IU**.

Através da análise do coeficiente β (0,374) pudemos observar uma associação linear positiva significativa entre o impacto da IU e o risco de quedas ($p=0,002$). O risco de quedas varia diretamente com o nível do impacto da IU. Assim, elevando o coeficiente $R=0,374$ ao quadrado obtém-se o coeficiente de determinação $R^2=0,140$ indicando uma variação de 14% do risco de quedas em função do impacto da IU.

Quadro 1. Regressão múltipla entre o risco de quedas, o impacto de IU e as AIVD.

Variável dependente = Perceção da saúde					
R = 0,374					
$R^2 = 0,140$					
R^2 Ajustado = 0,126					
Erro padrão da estimativa = 17,731					
Incremento de $R^2 = 0,141$					
F = 10,545					
p = 0,002					
Pesos de Regressão					
Variáveis independentes	Coefficiente B	Coefficiente Padronizado Beta	t	p	
Constante	52,642				
Impacto da IU	1,498	,374	3,247	,002	
Análise de variância					
Efeito	Soma quadrados	GL	Média quadrados	F	p
Regressão	3315,205	1	3315,205	10,545	,002
Residual	20435,541	65	314,393		
Total	23750,746	66			

Capítulo 5. Discussão dos Resultados

Após uma revisão sobre o actual estado do conhecimento empírico acerca das principais variáveis deste estudo, exposição à metodologia utilizada na recolha de informação e explanação dos resultados, urge agora proceder a uma análise pormenorizada sobre as implicações dos resultados obtidos para o conhecimento da temática em estudo. Neste capítulo serão discutidos os resultados encontrados, tendo em conta os objectivos propostos e as questões de investigação

5.1. Análise Interpretativa dos Resultados

Ao enveredarmos por este estudo levámos em conta outros trabalhos efetuados nesta área que corroboram com o facto de existirem alguns fatores desencadeadores do risco de quedas nas mulheres institucionalizadas. Assim, foi nossa pretensão caracterizar os indicadores pessoais, obstétricos e ginecológicos das mulheres com IU institucionalizadas. Partindo desta caracterização tentámos identificar se existe correlação entre o impacto da incontinência, o nível de dependência das atividades instrumentais de vida diária e o risco de quedas evidenciado por estas mulheres.

A perda de urina involuntária é mais comum nas mulheres e em menor grau nos homens: quatro em dez mulheres com idades superiores a quarenta e cinco anos podem sofrer de algum tipo de incontinência.

A IU constitui, assim, um significativo problema físico, com repercussão social e económica, causando problemas de saúde adicionais e piorando a qualidade de vida da pessoa, tratando-se de uma situação que não deve ser ignorada ou desvalorizada (Norton & Brubaker, 2006).

Como refere Leon-Guerrero (2011), devido à esperança média de vida ser maior nas mulheres, estas são frequentemente acometidas por condições patológicas não fatais e crónicas, sendo por isso expectável que a taxa de incidência da incontinência urinária aumente concomitantemente com a idade.

Neste seguimento, pode verificar-se que a idade das mulheres deste estudo oscila entre 65 e 92 anos com uma média de 75,51 anos. Observou-se que 49,3% das mulheres têm idades compreendidas entre os 65 e os 75 anos e 50,7% entre 75 e 95

anos de idade. Quanto ao estado civil, 68,7% das mulheres têm companheiro e 31,3% são solteiras, divorciadas ou viúvas.

Alguns autores referem que a incidência da incontinência urinária entre as mulheres aumenta com a idade, atingindo os 25% após a menopausa (Botelho, Silva, & Cruz, 2007).

Sobre as habilitações literárias constata-se que as mulheres desta amostra têm uma escolaridade baixa.

Na situação profissional verifica-se que 97% das mulheres estão reformadas. Ao longo da vida as suas profissões foram distribuídas maioritariamente por trabalhos não qualificados (34,3%); Agricultura e Pescas (32,8%) e Pessoal dos Serviços e Vendedores (10,4%).

A zona de residência é maioritariamente rural (91%). Vivem em casa própria (74,6%) ou com familiares (19,4%) e não vivem sozinhos (94%).

Na **caracterização obstétrica** o IMC oscila entre 18,51 e 28,21 Kg/m² com uma média de 28,21 Kg/m². Relativamente aos níveis do IMC constata-se que 53,7% têm pré-obesidade; 26,9% têm obesidade classe I; 16,4% têm peso normal e 3% revelam obesidade classe II.

Quanto ao número de gravidezes, 86,6% das mulheres estiveram grávidas entre 1 a 4 vezes e 86,6% tiveram entre 1 a 2 filhos.

O tipo de parto mais frequente nas mulheres desta amostra é o parto normal (88,1%). No que diz respeito ao nº de horas para desencadear o parto pôde observar-se que para 70,1% das mulheres o 1º parto demorou entre 1 a 10 horas, no 2º parto 38,8% precisaram entre 1 a 7 horas e no 3º parto 9% precisaram entre 1 a 7 horas. Na escolha do local do parto privilegiaram o hospital (71,6%).

Constata-se que 55,2% das mulheres não tiveram laceração ou rasgadura durante o parto. Relativamente ao nº de filhos com peso superior a 4Kg apenas 1,5% das mulheres responderam afirmativamente.

O motivo que apontam para recorrerem ao serviço de saúde foi doença (100%). E todas elas referem que já padeceram de alguma doença nos últimos 3 meses (100%). Das doenças referidas realça-se a cardiovascular (74,6%), diabetes (37,3%), pulmonar (25,4%), psiquiátrica (23,9%) e AVC (16,4%).

De acordo com alguns autores o impacto da IU pode estar relacionado com alguns problemas de saúde, como os do foro psicológico (Byles, Miller e Sibbritt, 2009). O estudo de Azevedo (2004) demonstra que a incapacidade de conter urina também leva a sintomas de depressão. As mulheres cultivam o receio de serem consideradas inúteis, de se sentirem humilhadas, resultando em sentimentos de ansiedade e solidão, que culminam numa depressão (Cordeiro, 2008).

A maior parte das mulheres também indicou que toma de medicação há mais de 3 meses e mais de 5 medicamentos (79,1%).

Na **caracterização ginecológica**, pôde observar que 94% sofrem de IU sendo que 52,2% referem que perdem urina involuntariamente entre 1 a 5 anos e 41,8% há mais de 6 anos. A maior parte das mulheres não associam esta perda a momentos da sua vida (86,6%).

Segundo Espuña e Salinas (2004), aproximadamente 50% de todas as mulheres incontinentes apresentam IU de esforço.

No que diz respeito às infeções, 22,4% já tiveram infeções urinárias e nenhuma fez cirurgia de correção da IU. Relativamente às micções, 53,7% tem mais de 6 micções por dia e 67,2% entre 1 e 2 micções por noite.

A literatura refere que a micção normal é resultado de duas etapas principais descritas por Guyton e Hall (1997). A primeira etapa consiste no enchimento da bexiga, ocasionando o aumento da pressão pela urina nas suas paredes acima do nível limiar, ou seja, o limite que nos indica, inicialmente, que é necessário esvaziar a bexiga. Na segunda, ocorre o reflexo da micção, havendo o esvaziamento da bexiga ou produção do desejo consciente de urinar. Esse reflexo é autónomo, integrado na medula espinal e pode ser inibido ou facilitado por centros no córtex ou no tronco cerebral.

No entanto, diversos factores concorrem para que a musculatura que assegura um correcto esvaziamento vesical, se torne menos eficaz originando dificuldades em manter a continência urinária (Botelho, Silva & Cruz, 2007).

Observa-se que 89,6% das mulheres com IU usam pensos absorventes sendo que 86,6% usam mais de 2 pensos por dia. E maioritariamente sofrem de obstipação (95,5%). No estudo de Cordeiro (2008) também 40,8% das mulheres recorrem à utilização de resguardos, fraldas ou outras protecções ou algum tipo de absorventes.

Quanto ao transporte de pesos superiores a 3Kg, 83,6% das mulheres nunca transportam pesos.

A caracterização do **impacto de incontinência urinária** nas mulheres com IU institucionalizadas oscila entre 0 e 20 pontos com uma média de 13,92. Relativamente à frequência da IU observa-se uma média de 3,31, na gravidade 2,18 e no impacto 8,43. A maioria das mulheres realça um impacto de IU muito grave (76,1%).

A distribuição do impacto da IU não é influenciada pela idade nem pelo estado civil das mulheres institucionalizadas. Mas, os estudos apontam para que quanto maior a gravidade da IU, maior o impacto nas relações pessoais estabelecidas, estando estas relacionadas, em particular, com o companheiro (Simonetti, 2001).

Como se constatou a escolaridade, na nossa amostra, é muito baixa e não se correlaciona com a IU. Todavia, existe literatura que sugere que os indivíduos com maior escolaridade podem possuir recursos intelectuais capazes de uma melhor gestão emocional relativamente às consequências da IU (Laumann, Paik & Rosen, 1999). Castro et al. (2003), descrevem este facto no seu estudo acerca da QdV, em que os doentes que possuíam maior nível de escolaridade, adaptaram-se melhor à IU.

No caso da profissão também não se evidenciou um fator preditivo da IU das mulheres institucionalizadas. Por outro lado, a área de residência é indicada como um fator predisponente para o impacto da IU. As mulheres da zona rural tendem a sofrer de IU elevada comparativamente às da zona urbana.

Pode, ainda, verificar-se que não há diferenças estatisticamente significativas na IU das mulheres institucionalizadas em função de onde vivem, com quem vivem, se vivem em casa própria ou arrendada ou se vivem sozinhas ou acompanhadas.

Contrariando este facto, Simonetti (2001) refere que quanto maior a gravidade da IU, maior o impacto nas relações pessoais estabelecidas, estando estas relacionadas, em particular, com o companheiro.

Outros fatores que não se revelaram influentes para o impacto da IU foi o IMC, nº de gravidezes, nº de filhos, tipo de parto ou a existência de laceração ou rasgadura e o nº de horas necessárias para o trabalho de parto.

As mulheres que foram acompanhadas pelo hospital durante o parto apresentaram valores de IU mais elevados (33,63) comparativamente às que tiveram o parto em casa (24,21) contudo, as diferenças não são significativas ($Z=-1,805$; $p=0,071$), podendo inferir-se que o impacto da IU não é influenciado pelo local onde foi realizado o parto.

Encontraram-se diferenças entre o impacto da IU e a perda de urina. Com efeito, todas as mulheres que referem que têm perda de urina têm algum tipo de impacto de IU ($\chi^2=67,000$; $p=0,000$).

Também se observaram diferenças estatisticamente significativas na análise do impacto da IU em função da existência de infeções urinárias ($\chi^2=21,275$; $p=0,000$). As mulheres com ocorrências de infeções urinárias tendem a ter um impacto de IU moderado.

Relativamente à frequência das micções observa-se que não há diferenças estatisticamente significativas em função do impacto da IU.

Já no que diz respeito ao impacto da IU em função do uso de pensos absorventes constata-se que há diferenças estatisticamente significativas ($\chi^2=15,354$;

$p=0,004$). Quanto maior o impacto da IU mais pesos absorventes têm que usar diariamente.

No que concerne ao impacto da IU em função do transporte de pesos superiores a 3Kg verifica-se que há diferenças estatisticamente significativas ($\chi^2=33,133$; $p=0,001$). As mulheres que transportam com frequência pesos superiores a 3Kg apresentaram um impacto de IU leve.

Relativamente à presença de obstipação também há diferenças estatisticamente significativas ($\chi^2=10,956$; $p=0,027$). As mulheres que não sofrem de obstipação revelaram um impacto de IU grave.

Na análise referente ao **nível de dependência das mulheres face às atividades instrumentais da vida diária**: capacidade para usar telefone, fazer compras, preparar refeições, cuidar da casa, lavar a roupa, modo de transporte, medicação e lidar com dinheiro, detetou-se que os valores das AIVD oscilam entre 8 e 30 pontos com uma média de 16,61. A maioria das mulheres realça um nível de dependência moderada (65,7%) enquanto 26,9% têm uma dependência severa.

Como se pode constatar devido às limitações físicas impostas pela incontinência urinária, estas mulheres alteram a sua rotina diária, alteram o seu comportamento no que diz respeito à ingestão de líquidos e uso de medicamentos, o sono passa a ser perturbado, deixam de frequentar bailes, cinemas, festas, evitam transportes colectivos e viagens longas, o convívio social deixa de ser agradável e passa a caracterizar-se por algo inseguro e desconfortável (Azevedo, 2004).

A análise comparativa entre classes de idade revelou diferenças estatisticamente significativas face aos níveis de dependência das AIVD ($\chi^2=11,460$; $p=0,003$) assim como entre os grupos do estado civil ($\chi^2=31,070$; $p=0,000$). As mulheres com dependência severa tendem a ter idades entre os 75 e os 95 anos e vivem sem companheiro .

O nível de dependência das AIVD também é influenciado pelas habilitações literárias das mulheres com IU institucionalizadas ($\chi^2=8,906$; $p=0,012$). As mulheres com dependência severa têm escolaridade mais baixa.

O nível de dependência das AIVD não é influenciado pela profissão nem pela zona de residência das mulheres com IU institucionalizadas.

No que concerne à análise dos níveis de dependência das AIVD em função de onde e como vivem as mulheres constata-se que há diferenças estatisticamente significativas face ao facto de viverem em casa própria, arrendada ou em lar ($\chi^2=29,783$; $p=0,000$). As mulheres que vivem em casa arrendada ou num lar tendem

a ter um nível de dependência severo comparativamente às que vivem em casa própria.

Sobre o facto de viverem sozinhas ou acompanhadas não há diferenças estatisticamente significativas com o nível de dependência das AIVD. Contudo, existem mulheres que evitam encontros sociais e reuniões familiares por terem receio que um incidente, relacionado com a incapacidade de conter urina, revele a sua condição a outros (Azevedo, 2004).

A distribuição do IMC, do nº de gravidezes, do nº de filhos, do tipo de parto e da existência de laceração ou rasgadura, nº de horas em trabalho de parto e o local onde foi realizado não parece influenciar o tipo de dependência das AIVD das mulheres com IU inquiridas.

A quantidade de medicamentos que as mulheres tomam, a perda de urina, os anos de perda, a existência de infeções urinárias, as micções diurnas e noturnas, o transporte de pesos superiores a 3Kg e a existência de obstipação não parecem influenciar o tipo de dependência das AIVD das mulheres com IU institucionalizadas.

Já no uso de pensos absorventes encontraram-se diferenças estatisticamente significativas ($\chi^2=12,057$; $p=0,002$). Assim, a quantidade de pensos absorventes que usam diariamente parece interferir no tipo de dependência das AIVD pois, as mulheres independentes tendem a usar apenas 1 a 2 pensos.

A caracterização do **risco de quedas** nas mulheres com IU institucionalizadas foi efetuada mediante a história de quedas nos últimos 3 meses, o diagnóstico secundário, a ajuda na mobilização, a terapia endovenosa, a marcha e o seu estado mental.

Os dados permitem verificar que o risco de quedas oscila entre 30 e 100 pontos com uma média de 73,51. Relativamente às frequências relativas e absolutas pode observar-se que 83,6% das mulheres com IU institucionalizadas têm um risco de quedas elevado e 16,4% têm um risco baixo.

A distribuição dos níveis de risco de quedas não é influenciada pela idade, pelo estado civil, pelas habilitações literárias e pela profissão das mulheres com IU institucionalizadas.

Contudo, existem estudos que indicam que há um aumento do risco de queda com o aumento da idade, sendo que o risco é maior em mulheres (Downton, 1998 citado por Freitas, Elizabete et al., 2011).

Do mesmo modo, a análise dos dados do relatório publicado sobre Acidentes Domésticos e de Lazer Informação Adequada, relativo ao ano 2005, verifica-se que, 15% dos acidentes ocorreram em pessoas com mais de 65 anos, os quais foram três vezes mais frequentes nas mulheres do que nos homens (DGS, 2008).

Como nos é dado a observar há diferenças estatisticamente significativas no risco de quedas face à zona de residência ($\chi^2=5,416$; $p=0,020$). A distribuição do risco de quedas é influenciada pela residência das mulheres com IU institucionalizadas. As mulheres com baixo risco de quedas tendem a concentrar-se na zona urbana.

A distribuição do IMC, do nº de gravidezes, do nº de filhos, do tipo de parto e da existência de laceração ou rasgadura, o local onde foi realizado o parto não parece influenciar o risco de quedas das mulheres com IU inquiridas.

Relativamente à análise do risco de quedas em função do nº de horas em trabalho de parto pôde observar-se que há diferenças estatisticamente significativas no 1º parto ($\chi^2=4,268$; $p=0,039$). Todas as mulheres com risco elevado tendem a ter trabalho de parto com mais de 10 horas.

A quantidade de medicamentos que as mulheres tomam, a perda de urina, os anos de perda e a existência de infeções urinárias, o nº de micções, o uso de pensos absorventes e a obstipação não parece influenciar o seu risco de quedas.

Contrariando os resultados relativos à toma de medicação Machado et al. (2009) efetuou um estudo com uma amostra de 24 idosos (com idades superiores a 60 anos), de ambos os sexos, onde verificou que o uso de medicamentos teve um valor percentual de 75%, no aumento do risco de queda.

Pudemos, ainda, observar que há diferenças estatisticamente significativas no risco de quedas face ao transporte de pesos superiores a 3Kg ($\chi^2=18,244$; $p=0,000$). As mulheres com risco baixo tendem a transportar pesos superiores a 3Kg com frequência.

No que diz respeito à **análise inferencial** procurámos traduzir o enunciado do problema respondendo às questões de investigação formuladas: Em que medida o impacto da incontinência e as atividades instrumentais de vida diária têm influência no risco de quedas das mulheres com IU institucionalizadas?

Assim, pôde verificar-se que existe uma correlação positiva estatisticamente significativa entre o impacto da IU e as AIVD ($R=0,301$ e $p=0,007$). Desta forma pode inferir-se que quanto maior o impacto da IU das mulheres institucionalizadas maior é o seu grau de dependência nas AIVD. Os sintomas da incontinência urinária parecem repercutir-se nas atividades da vida diária e na participação social, ocasionando constrangimento, levando a depressão, ansiedade, solidão e medo de estar em público, limitando dessa forma o seu papel profissional e social (Piccoli et al., 2012).

No mesmo sentido, Cordeiro (2008) refere as limitações físicas associadas à IU podem ser sentidas, entre 77 a 87%, em actividades como, tarefas domésticas, trabalho e actividades fora do domicílio. A partir do momento em que o impacto da incontinência é suficiente para limitar as actividades físicas e conseqüentemente a

capacidade de trabalhar, a mulher com IU sente que a sua saúde é afectada (Simonetti et al., 2001).

Da mesma forma constatou-se que existe uma correlação positiva estatisticamente significativa entre o impacto da IU e o risco de quedas ($R=0,374$ e $p=0,002$). Quanto maior o impacto da IU das mulheres institucionalizadas maior é o seu risco de quedas. O impacto da IU tem um peso preditivo de 14% sobre o risco de quedas.

Depois de analisarmos todos os indicadores que emergiram relativamente à influência do impacto da IU e das atividades da vida diária no risco de quedas das mulheres com IU institucionalizadas, os enfermeiros devem promover o desenvolvimento de estratégias de modo a que as mulheres se sintam apoiadas e esclarecidas e minimizem este problema.

Capítulo 6. Conclusões

O envelhecimento provoca inúmeras alterações no idoso, podendo levar o indivíduo a sofrer mudanças nas suas atividades de vida diárias.

Ao longo dos anos foi sempre construída a ideia de segurança, associada ao meio hospitalar, enquanto local de excelência para a prestação de cuidados à população idosa.

A queda é um acontecimento na vida da mulher idosa, com consequências por vezes irreversíveis. Portanto, a avaliação às mulheres idosas deve ser direcionada para as várias dimensões do risco de queda, tendo em conta os fatores intrínsecos e extrínsecos. Esta avaliação, poderá evitar quedas posteriores, bem como um melhor entendimento da queda.

A incontinência urinária feminina, é uma patologia muito frequente, com interferência significativa na qualidade de vida e tendo custos elevados para a sociedade.

Esta temática ainda permanece como um tabu na sociedade, pela dificuldade que causa às mulheres em apresentar o seu problema ao médico, envolto em vergonha na abordagem do assunto e por considerarem sinónimo de envelhecimento.

Deste modo, é importante considerar a gravidade da incontinência urinária, não apenas como um diagnóstico, mas também pelo impacto social e psicológico, condicionando as atividades de vida diárias, as atividades sociais e as emoções (Azevedo 2004; Simonetti et al., 2001 citado por Rodrigues, 2011).

No entanto, alguns estudos evidenciam a associação entre quedas e incontinência urinária, vivenciado por pessoas idosas.

Evidenciamos, que as causas da queda e da incontinência urinária nas mulheres idosas, constituem um vasto leque de situações, existindo uma gama de determinantes multifatoriais que podem desencadear estes dois “gigantes de geriatria”.

Neste sentido, a falta de conhecimento sobre esta temática, além de trazer prejuízos pessoais, afeta o desempenho profissional no diagnóstico e na implementação de intervenções de enfermagem necessárias para cuidar das mulheres idosas com risco de queda e com incontinência urinária. Portanto, é necessário sensibilizar a equipa de enfermagem para uma formação profissional contínua, o que traria benefícios tanto pessoais como profissionais.

Assim, tivemos como objetivo principal caracterizar os indicadores pessoais, obstétricos e ginecológicos e verificar se o impacto da incontinência e as atividades

instrumentais de vida diária têm influência no risco de quedas das mulheres com IU institucionalizadas.

Para o efeito, delineou-se um estudo exploratório, descritivo e transversal com uma componente correlacional. A amostragem é não probabilística por conveniência. Para as 67 mulheres idosas incluídas foi recolhida informação sobre os dados socio-demográficos, obstétricos, ginecológicos, clínicos, sobre o impacto de IU (International Consultation on Incontinence Questionnaire - Short Form (ICIQ-SF), sobre as Atividades Instrumentais de Vida Diária (Lawton & Brody, 1969; Versão Portuguesa de Sequeira, 2007) e sobre o risco de quedas (escala de Morse J. M., 1997).

Neste seguimento, realçamos as seguintes conclusões com vista a atingir os objetivos: “Caracterizar os indicadores pessoais, obstétricos, clínicos, ginecológicos, impacto da incontinência e as atividades instrumentais de vida diária e verificar se têm influência no risco de quedas das mulheres com IU institucionalizadas”.

Resultados do impacto da IU – O impacto de incontinência urinária nas mulheres com IU institucionalizadas revela um impacto muito grave. O impacto da IU é influenciado pela residência das mulheres institucionalizadas, a zona rural apresenta valores mais elevados de IU comparativamente à zona urbana. Quanto maior o impacto da IU mais pensos absorventes têm que usar diariamente. As mulheres que transportam com frequência pesos superiores a 3Kg tendem a apresentar impacto de IU leve. As mulheres que não sofrem de obstipação têm um impacto de IU grave. O impacto da IU não é influenciado pela idade, pelo estado civil, pelas habilitações literárias nem pela profissão, pelo IMC, pelo nº de gravidezes, pelo nº de filhos, pelo tipo de parto ou pela existência de laceração ou rasgadura e pelo nº de horas necessárias para o trabalho de parto e o local onde foi realizado e pela toma de medicação das mulheres institucionalizadas. As mulheres com ocorrências de infeções urinárias tendem a ter impacto de IU moderado..

Resultados das atividades instrumentais de vida diária – As mulheres com IU têm uma dependência nas AIVD moderada ou severa. As mulheres com dependência severa tendem a ter idades entre os 75 e os 95 anos e vivem sem companheiro.

As mulheres com dependência severa têm escolaridade baixa pois só sabem ler e escrever. Os níveis de dependência das AIVD das mulheres que vivem em casa arrendada ou num lar tende a ser severo comparativamente às que vivem em casa própria. A quantidade de pensos absorventes que usam diariamente parece interferir no tipo de dependência das AIVD pois, as mulheres independentes tendem a usar apenas 1 a 2 pensos. Os níveis de dependência das AIVD não é influenciado pela profissão, zona de residência, IMC, nº de gravidezes, nº de filhos, tipo de parto,

existência de laceração ou rasgadura, nº de horas em trabalho de parto, local onde foi realizado, quantidade de medicamentos que tomam, perda de urina, anos de perda, existência de infecções urinárias, micções diurnas e noturnas, transporte de pesos superiores a 3Kg e a existência de obstipação não parecem influenciar o tipo de dependência das AIVD das mulheres com IU institucionalizadas.

Resultados do Risco de Quedas – As mulheres com IU institucionalizadas têm um risco de quedas elevado. As mulheres com baixo risco de quedas tendem a concentrar-se na zona urbana. Todas as mulheres com risco elevado tendem a ter trabalho de parto com mais de 10 horas. As mulheres com risco baixo tendem a transportar pesos superiores a 3Kg com frequência. Os níveis de risco de quedas não é influenciado pela idade, estado civil, habilitações literárias, profissão, IMC, nº de gravidezes, nº de filhos, tipo de parto, existência de laceração ou rasgadura, o local onde o parto foi realizado, a quantidade de medicamentos que tomam, a perda de urina, os anos de perda, a existência de infecções urinárias, o nº de micções, o uso de pensos absorventes, a obstipação das mulheres com IU institucionalizadas.

Quanto maior o impacto da IU das mulheres institucionalizadas maior é o seu risco de quedas e maior o seu grau de dependência nas AIVD. O impacto da IU tem um peso preditivo de 14% sobre o risco de quedas.

A análise geral dos resultados obtidos, traduz uma influencia muito significativa do impacto da IU na vida das mulheres institucionalizadas, tanto ao nível da dependência das atividades diárias como no seu risco de quedas.

Assim, na intervenção da enfermagem é necessário assegurar o cuidado das pacientes com IU clarificando esta problemática, garantindo a compreensão e aceitação do problema, prevenindo o impacto da IU e minimizando o risco de quedas.

Limitações do Estudo

Depois de efetuarmos uma análise às etapas percorridas durante este trabalho pensamos que ficaram evidentes algumas limitações que condicionam a generalização dos resultados. Com efeito, a limitação temporal dificultou um maior e melhor aprofundamento e abrangência do estudo assim como a limitação espaço-geográfica pode ser condicionante ou impeditiva de uma generalização da população das mulheres com IU institucionalizadas.

Este estudo ficou limitado à análise das características de 67 mulheres com IU do hospital institucionalizadas no Serviço de Medicina do Centro Hospitalar Baixo Vouga, com idades entre os 65 e os 95 anos.

E por este facto devemos ter algum cuidado relativamente à interpretação dos resultados e nas conclusões a extrair.

Contudo, existem inúmeras potencialidades neste trabalho. Ficámos a conhecer alguns indicadores que poderão influenciar o risco de quedas das mulheres institucionalizadas.

Desta forma pensamos que as mulheres com IU devem ser consideradas alvos de educação para a saúde, que possuem em si próprias os recursos latentes que deverão ser actualizados, da forma que lhes for mais conveniente, mediante reflexões estabelecidas com o seu ambiente físico e humano. Os enfermeiros devem ser os responsáveis pela adaptação mais eficaz ao problema vivenciado pela mulher com IU, mediante a realização de tarefas, guiando e apoiado a paciente, procurando, na medida do possível, promover um ambiente que promova o desenvolvimento e ensinando a utente.

Consequentemente, seria oportuno e interessante, a possibilidade de alargar a investigação a outros hospitais do litoral e zonas mais urbanas, em detrimento deste estudo, que foi realizado com uma amostra do interior. Assim, poderíamos inferir se as conclusões retiradas seriam as mesmas ou idênticas.

As respostas a estas e outras questões da mesma índole podem ajudar-nos a reconceitualizar e a reconstruir certos aspetos da investigação que, fora do alcance desta dissertação, pensaremos levar a cabo. Podemos afirmar convictamente que a reflexão, discussão e análise feitas contribuíram para o melhoramento do nosso conhecimento acerca das competências pessoais e profissionais, integradas num perfil de enfermagem direccionado para a prevenção e educação, num trabalho colaborativo e articulado com as pacientes no hospital e em casa.

O alerta dos enfermeiros para a deteção desta problemática e para as possibilidades de tratamento da IU, vai permitir às mulheres, uma participação mais activa e consciente no seu processo de saúde/doença. A partir destes pressupostos emerge como implicação para a prática, a diminuição dos efeitos adversos da IU no risco de quedas das mulheres.

Bibliografia

- Acuña, K., Cruz, T. (2004). Avaliação do estado nutricional de adultos e idosos e situação nutricional da população brasileira. *Arq Bras Endocrinol Metab*, 48(3), 345-361.
- Almeida, E. V. F. (2009). *Perfis de risco em pessoas idosas na comunidade* (Dissertação de mestrado). Universidade de Aveiro, Departamento de Ciências da Saúde.
- Almeida, P., R. (2011). *Idosos, quedas e atividade física: Percepções e atitudes* (Dissertação de Mestrado). Universidade de Aveiro. Acedido em <http://hdl.handle.net/10773/7787>.
- Almeida, R. A. R., Abreu, C. C. F., & Mendes, A. M. O. C. (2010). Quedas em doentes hospitalizados: Contributos para uma prática baseada na prevenção. *Revista Referência*, 3(2), 163-172. Acedido em <http://www.apurologia.pt/acta/2-2011/inc-urin-func.pdf>
- Associação Portuguesa de Urologia (2010). *Urologia em medicina familiar: Incontinência urinária*. Acedido em <http://www.apurologia.pt/>
- Azevedo, A. A. (2006). *Incontinência urinária: Impacto no feminino*. Coimbra: Formasau.
- Botelho, F., Silva, C., & Cruz, F. (2007). Incontinência urinária feminina. *Acta Urológica*, 24(1), 79-82. Acedido em <http://www.apurologia.pt/pdfs/separatas/separata-07.pdf>
- Busato Junior, W. F. S., & Mendes, F. M. (2007). Incontinência urinária entre idosos institucionalizados relação com mobilidade e função cognitiva. *ACM arq. catarin. med*, 36(4), 49-55. Acedido em <http://www.acm.org.br/revista/pdf/artigos/524.pdf>

- Byles, J., Millar, C. J., Sibbritt, D. W., & Chiarelli, P. (2009). Living with urinary incontinence: A longitudinal study of older women. *Age Ageing*, 38(3), 333-338. Acedido em <http://ageing.oxfordjournals.org/content/38/3/333.full.pdf+html>
- Cabrita, M. F.G. (2012). *Promover o equilíbrio: Projeto de intervenção comunitária, prevenção de quedas na pessoa idosa* (Dissertação de mestrado). Instituto Politécnico de Beja, Escola Superior de Saúde. Acedido em <http://comum.rcaap.pt/bitstream/123456789/3980/1/Relat%C3%B3rio%20final.pdf>
- Caetano, A. S., Tavares, M., & Lopes, M. (2007). *Proposta de atividades físicas para mulheres com incontinência urinária de esforço*. Acedido em <http://www.efdeportes.com/efd76/mulheres.htm>
- Caldas, C. P., Conceição, I. R. S., José, R. M. C., & Silva, B. M. C. (2010). Terapia comportamental para incontinência urinária da mulher idosa: Uma ação do enfermeiro: Relato de experiência. *Texto Contexto Enferm*, 19(4),783-788. Acedido em http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-07072010000400023.
- Campos, M. V. (2008). *Incontinência urinária aumenta o risco de queda entre idosos*. Acedido em <http://www.revistavigor.com.br/2008/09/20/incontinencia-urinaria-aumenta-o-risco-de-queda-entre-os-idosos/>
- Carmo, H., & Ferreira, M. (1998). *Metodologia da investigação: Guia para a autoaprendizagem*. Lisboa: Universidade Aberta.
- Chaimowicz, F. (2009). *Saúde do idoso*. Belo Horizonte: Nescon/UFMG, Coopmed. Acedido em <http://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/imagem/3906.pdf>
- Chiarelli, P. E., Mackenzie, L., & Osmotherly, P. G. (2009). Urinary incontinence is associated with an increase in falls: A systematic review. *Australian Journal of Physiotherapy*, 55(2), 89-95. Acedido em http://svc019.wic048p.server-web.com/ajp/vol_55/2/AustJPhysiother55i2Chiarelli.pdf

- Collière, M. F. (2003). *Cuidar...A primeira arte da vida*. Loures: Lusociência.
- Cordeiro, G. (2008): *Qualidade de vida na perspectiva de mulheres climatéricas com incontinência urinária* (Dissertação de mestrado). Universidade Federal do Maranhão, São Paulo.
- Dias, M. O. (1999). *Métodos e técnicas de estudo e elaboração de trabalhos científicos*. Coimbra: Minerva.
- Dinis, P. (2013). *Incontinência urinária: Dossier*. Lisboa: Associação Portuguesa de Urologia.
- Duthie, E. Paul, P. (2002). *Geriatría práctica* (3ª ed.). Rio de Janeiro: Revinter.
- Espuña, M., & Salinas, J. (2004). *Tratado de uroginecología: Incontinencia urinaria*. Barcelona: Ars Medica.
- Fabrício, S. C. C., Rodrigues, R. A. P., Júnior, M. L. C. (2004). Causas e consequências de quedas de idosos atendidos em hospital público. *Rev. Saúde Pública*, 38(1), 93-99. Acedido em <http://www.scielo.br/pdf/rsp/v38n1/18457.pdf>
- Feula, F., Souza, J. P., Vidmar, M. F., & Wibelinger, L. M. (2010). Risco de quedas em mulheres idosas. *Rev Inspirar: Movimento e Saúde*, 1 (4 supl.), 114-121. Acedido em http://www.inspirar.com.br/revista/wp-content/uploads/2010/08/revista_cientifica_inspirar_edicao_4_supl_unochap_eco_2010.pdf
- Folli, B. (2011). Incontinência urinaria noturna aumenta o risco de quedas. Acedido em <http://delas.ig.com.br/sausedamulher/incontinencia-urinaria-noturna-aumenta-o-risco-de-quedas/n1596834631048.html>
- Fontes, A. P., Botelho, M. A., & Fernandes, A. A. (2011). Incontinência urinária e funcionalidade: Um estudo exploratório numa população idosa. *Ata Urológica*. 12-19. Acedido em <http://www.apurologia.pt/acta/2-2011/inc-urin-func.pdf>

- Fortin, M.-F. (1999). *O processo de investigação: Da concepção à realização*. Loures: Lusociência
- Fortin, M.-F. (2003). *O processo de investigação: Da concepção à realização* (3.^a ed.). Loures: Lusociência.
- Freitas, E. V., & Py, L (2011). *Tratado de geriatria e gerontologia* (3^a ed.). Rio de Janeiro: Guanabara Koogan.
- Gai, J., Gomes, L., Nóbrega, O. T., & Rodrigues, M. P. (2010). Fatores Associados A Quedas Em Mulheres Idosas Residentes Na Comunidade. *Rev. Assoc Med Bras*, 56(3), 327-332.
- Gontijo, K. C. P. (2011). *Proposta de intervenção na prevenção de quedas dos idosos no ambiente domiciliar* (Trabalho final de especialização). Universidade Federal de Minas Gerais.
- Gray, M., Moore, K. N. (2012). *Cuidados de enfermagem em urologia no adulto e na criança*. Loures: Lusociência.
- Guimarães, J. M. N., & Farinatti, P. T. V. (2005). Análise descritiva de variáveis teoricamente associadas ao risco de quedas em mulheres idosas. *Revista Brasileira de Medicina do Esporte*, 11(5), 299-305. Acedido em <http://www.scielo.br/pdf/rbme/v11n5/27593.pdf>
- Higa, R., & Lopes, M. (2005). Fatores associados com incontinência urinária na mulher. *Rev Bras Enferm*, 58(4), 422-428.
- Higa, R., Baena, M. H. B. M., & Reis, M. J. (2008). Fatores de risco para incontinência na mulher. *Rev. Esc Enferm USP*, 42(1), 187-192.
- Hortonedá Blanco, E. (Coord.) (2007). *Síndromes geriátricas*. Lisboa: Revisfarma.
- Incontinência urinária. (2013). Acedido em http://medicosdeportugal.saude.sapo.pt/utentes/doencas_urologicas/dossier_incontinencia_urinaria

- Instituto Nacional de Estatística. (2011). *Classificação portuguesa das profissões: 2010*. Lisboa INE.
- Leon-Guerrero, A. (2011). *Social problems: Community, policy, and social action* (3rd ed.). London: Pine Forge Press.
- Lopes, T., Vale, P., Monteiro, L. A., Gomes, M. J., Silva, C., Santos, P. M. V., ... Vasco, P. (2007). *Dia da incontinência urinária* <http://www.apurologia.pt/pdfs/dossiersaude.pdf>.
- Lord, S., Sherrington, C., Menz, H., & Close, J. (2007). *Falls in older people: Risk Factors and Strategies for prevention* (2nd ed.). Cambridge: University Press.
- Loureiro, L. S. N., Medeiros, A. C. T., Fernandes, M. G. M., & Nóbrega, M. M. L. (2011). Incontinência Urinária em mulheres idosas: Determinantes, consequências e diagnósticos de enfermagem. *Rev Rene*, 12(2), 417-423.
- Machado, T. R., Oliveira, C. J., Costa, F. B. C., & Araújo, T. L. (2009). Avaliação da presença do risco para quedas em idosos. *Revista electrónica de Enfermagem*, 11(1), 32-38. Acedido em <http://www.fen.ufg.br/revista/v11/n1/v11n1a04.htm>
- Marôco, J. (2003). *Análise estatística: com utilização do SPSS*. Lisboa: Edições Sílabo.
- Maroco, J., Bispo, R. (2003). *Estatística aplicada às ciências sociais e humanas*. Lisboa: Climepsi.
- Mendes, S. (2008). *Avaliação risco de dependência funcional em pessoas idosas* (Dissertação de mestrado). Universidade de Aveiro. Acedido em <http://ria.ua.pt/bitstream/10773/3283/1/2009000498.pdf>
- Moreira, M. D., Costa, A. R., Filipe, L. R., Calda, C. P. (2007). Variáveis associadas à ocorrência de quedas a partir dos diagnósticos de enfermagem em idosos atendidos ambulatoriamente. *Rev Latino-am Enfermagem*, 15(2), 1-7. Acedido em http://www.scielo.br/pdf/rlae/v15n2/pt_v15n2a18.pdf

- Moriguti, J. (2007). *Atualizações diagnósticas e terapêuticas em geriatria*. São Paulo: Editora Atheneu.
- Nazarco, L. (2007). The impact of medication on falls. *Nursing & Residential Care*, 9(5), 208-211.
- Netto, P. M. O. (2006). *Tratado de geriatria e gerontologia*. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan.
- Nogueira, A. L. (1996). Abordagem da doente com incontinência urinária. *Revista de Obstetrícia e Ginecologia*. 8, 296-301.
- Norton, P., & Brubaker, L. (2006). Urinary incontinence in women. *Lancet*, 367(9504), 56-57.
- Nunes, P. (2010). *Diagnóstico de incontinência urinária feminina*. Acedido em http://www.apnug.pt/docs/docs/diagnostico_de_incontinencia_urinaria_feminina.pdf
- Onaga, J. K., D'Elboux, D. M. J. (2007). Quedas em idosos: principais causas e consequências. *Saúde Coletiva*, 4(17), 148-153.
- Organização Mundial de Saúde. (2010). *OMS destaca quedas como segunda principal causa de morte por lesão acidental ou não intencional no mundo*. Acedido em <http://www.portaldasaude.pt/portal/conteudos/a+saude+em+portugal/noticias/quedas+oms.htm>
- Organização Mundial de Saúde. (2010). *Relatório global da OMS sobre prevenção de quedas na velhice*. São Paulo: Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo.
- Perracini, M. R. (2005). *Prevenção e manejo de quedas*. Acedido em <http://www.pequi.iv.org.br/portal/quedas>
- Pestana, M. H., & Gageiro, J. N. (2003). *Análise de dados para ciências sociais: A complementaridade do SPSS*. Lisboa: Edições Sílabo.

- Pestana, M. H., & Gageiro, J. N. (2005). *Análise de dados para ciências sociais: A complementaridade do SPSS* (4ª ed.). Lisboa: Edições Sílabo.
- Pinto, A. C. (1990). *Metodologia da investigação psicológica*. Porto: Edições Jornal de Psicologia.
- Polit, D. F., & Hungler, B. P. (1995). *Fundamentos de pesquisa em enfermagem* (3ª ed.). Porto Alegre: Artes Médicas.
- Portaria n.º256/2005. (2005, Março 16). Aprova a Classificação Nacional das Áreas de Educação e Formação (CNAEF). *Diário da República*, 1(53), 2281-2313.
- Portugal, Direcção Geral da Saúde. (2006). *Programa nacional para a saúde das pessoas idosas*. Lisboa: DGS.
- Portugal, Direcção Geral de Saúde. (2008). *Programa Nacional para a Saúde de pessoas Idosas: Prevenção dos Acidentes Domésticos com Pessoas Idosas*. Lisboa: DGS.
- Portugal, Ministério da Saúde, Direcção Geral da Saúde. (2012). *Programa nacional de prevenção de acidentes: Projeto COM MAIS CUIDADO, de prevenção de acidentes domésticos com pessoas idosas: Manual e formulário de candidatura*. Lisboa: DGS. Acedido em <http://www.dgs.pt/?cr=23102>
- Portugal, Ministério da Saúde. (2013). *Semana da Incontinência Urinária*. Acedido em <http://www.portaldasaude.pt/portal/conteudos/a+saude+em+portugal/noticias/incontinencia+urinaria.htm?WBCMODE=PresentationUnpublished>
- Programa Nacional de Prevenção de Acidentes: "Projeto com mais cuidado, prevenção de acidentes domésticos com pessoas idosas*. (2012). Lisboa.
- Rejeski, W. J., & Focht, B. C. (2002). Aging and physical disability: on integrating group and individual counseling with the promotion of physical activity. *Exercise and Sport Sciences Reviews*, 30(4), 166-170.

- Ribeiro, A. P., Souza, A. C., Atie, S., & Schilithz, A. O. (2008). A influência das quedas na qualidade de vida de idosos. *Ciencia e Saúde*, 13(4), 1265-1273.
- Rodrigues, S. F. N. M. (2011). *Estudo de adaptação e validação do King's Health Questionnaire a mulheres com incontinência urinária de esforço* (Dissertação de mestrado). Universidade do Porto. Acedido em <http://repositorio-aberto.up.pt/bitstream/10216/62295/2/FINAL.pdf>
- Ronaldo de Freitas, Silvana Sidney Costa Santos, Karina Silveira de Almeida Hammerschmidt, Marília Egues da Silva, Marlene Teda Pelzer (2011). Cuidado de enfermagem para prevenção de quedas em idosos: proposta para acção. *Rev Bras Enferm*, 64(39), 478-485.
- Rosa, T., Benicio, M., Latorre, M., & Ramos L. (2003). Fatores determinantes da capacidade funcional entre idosos. *Rev Saude Publica*, 37(1),40-48.
- Sampieri, H. R., Fernández C. C., & Baptista L., P. (1997). *Metodología de la Investigación*. México: Mc Graw Hill.
- Sampieri, R. H. (2003). *Metodología de la investigación* (3ª ed.). México: McGraw-Hill Interamericana.
- Saraiva, D. M. R. F. (2008). Quedas: indicador de qualidade assistencial. *Nursing*, 18(235), 28-35.
- Sarmiento, E., Pinto, P. & Monteiro, S. (2010). *Cuidador do idoso: dificuldades dos familiares*. Coimbra: Formasau.
- Silva, J. V. (2009). *Saúde do idoso: Processo de envelhecimento sob múltiplos aspectos*. São Paulo: Iatria.
- Sociedade Brasileira de Geriatria e Gerontologia. (2008). *Quedas em idosos: Prevenção*. Acedido em http://www.projetodiretrizes.org.br/projeto_diretrizes/082.pdf
- Teixeira, M. A. (2011). *Causas da incontinência urinária em idosos* (Trabalho final de graduação). Porto Alegre: Universidade Federal do Rio Grande do Sul.

Temido, P., Borges, R. (2012). *Urologia em medicina familiar: Bexiga hiperactiva*. 3-25.
Acedido em http://www.apurologia.pt/medicina_familiar/med-fam-bex-hiperact.pdf

Tiago Neto, T. (2005). *Relação entre alcance funcional e quedas no indivíduo muito idoso institucionalizado* (Monografia final de curso). Barcarena: Universidade Atlântica, Escola Superior de Saúde.

Vala, J. (1986). A análise de conteúdo. In A. Santos Silva, & J. Madureira Pinho (Eds), *Metodologia das ciências sociais*. Porto: Edições Afrontamento.

ANEXOS / APÊNDICES

INSTITUTO POLITÉCNICO DE VISEU
ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE DE VISEU
1º CURSO DE Mestrado em Enfermagem Comunitária

No âmbito do desenvolvimento do Curso de Mestrado pedimos a vossa colaboração no preenchimento deste questionário subjacente ao tema “Risco de Quedas em Mulheres Idosas com Incontinência Urinária Institucionalizadas”. Todos os dados facultados serão tratados de forma anónima.

Caracterização sociodemográfica

1. Idade: _____ anos

4. Estado Civil: Solteir Casada/ União de Facto Divorciada/ Separada
 Viúva

5. Que estudos tem? Não sei ler nem escrever
Só sei ler e escrever 1º Ciclo do ensino básico (1º - 4º ano) / Antiga 4ª classe 2º Ciclo do ensino básico (5º - 6º ano) / Antiga 6ª classe / Ciclo Preparatório 3º Ciclo de ensino básico (7º - 9º ano) / Curso Geral dos Liceus Ensino Secundário (10º - 12º ano) / Curso Complementar dos Liceus Ensino Superior

6. Qual a sua situação perante o trabalho? Trabalha por conta própria Inactivo/ Reformado
 Trabalha por conta de outrem

7. Qual é a sua profissão? (Se estiver desempregada ou reformada, a sua última profissão)

8. Área de Residência: Aldeia Vila Cidade

9. Actualmente onde vive? Casa própria Casa arrendada Casa de familiares
Lar Outro. Qual?

10. Actualmente vive com? Sozinho Esposo/Companheiro Filhos / Netos Irmão(ã) Outros.
Quem? _____

Caracterização obstétrica

11. Peso: _____ kg

12. Altura: _____ cm

13. Número de vezes que esteve grávida: _____ 12. Número de filhos: _____

14. Tipo de Partos: Normal Ventosa Fórceps Cesariana

15. Quantas horas esteve em trabalho de parto: 1º filho ___ horas; 2º filho ___ horas; 3º filho ___ horas

16. Teve alguma laceração, rasgadura, corte durante os seus partos? Não Sim

17. Teve filhos com o peso superior a 4Kg? Não Sim ; Se sim, quantos filhos com peso >4Kg? _____

18. Local do parto? Hospital Casa Em casa e no Hospital Outro local _____

Caracterização clínica

19. Qual o motivo pelo qual recorreu ao serviço de saúde? _____

20. Tem uma ou mais doenças há mais de 3 meses? Não Sim. Indique qual: _____
21. Quantos medicamentos diferentes toma há mais de três meses? (Incluindo medicamentos de venda livre e suplementos vitamínicos/minerais/herbais) _____ Quais? _____

Caracterização ginecológica

22. Há quantos anos perde urina? _____ Anos _____ Meses
23. Tem infecções urinárias frequentes? Não Sim ; Se sim, quantos episódios no último ano? _____
24. Tem infecções vaginais / dermatites vaginais frequentes? Não Sim Se sim, quantos episódios no último ano? _____
25. Já fez cirurgias para a correção da incontinência urinária? Não Sim Se sim, há quanto tempo? _____ Anos _____ Meses
26. Número de micções durante o dia? _____ 26. Número de micções durante a noite? _____
27. Usa pensos absorventes? Não Sim ; Se sim, quantos nas 24 horas? _____
28. Associa o início de perda de urina a algum momento da sua vida? Não Sim
29. Costuma transportar pesos superiores a 3Kg? Varias vezes por dia Uma vez por dia Duas a três vezes por semana Uma vez por semana De 15 em 15 dias Uma vez por mês Nunca
30. Sofre de obstipação? Não Sim

Impacto de Incontinência Urinária – ICIQ-SF Short Form

1. Com que frequência perde urina? Nunca Uma vez por semana Duas a três vezes por semana Uma vez ao dia Diversas vezes ao dia O tempo todo
2. Quanta urina pensa que perde? Nenhuma Pequena quantidade Moderada quantidade Grande quantidade
3. Em geral, o perder de urina interfere na sua vida? Por favor, circule um número entre 0 (não interfere) e 10 (interfere)
Não interfere muito 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Interfere
4. Quando perde urina? Nunca Perco antes de chegar à casa de banho Perco quando tusso ou espirro Perco quando estou a dormir Perco quando estou a fazer actividade física Perco quando terminei de urinar e estou-me a vestir Perco sem razão óbvia Perco o tempo todo

Actividades Instrumentais de Vida Diárias de Lawton e Brody

1. Capacidade para usar o telefone:
- 1. Utiliza o telefone por iniciativa própria; procura e marca números, etc.
 - 2. Marca alguns números que conhece bem
 - 3. Atende o telefone mas não marca números
 - 4. Não usa o telefone
2. Fazer compras:
- 1. Faz as compras que necessita sozinho
 - 2. Compra sozinho pequenas coisas
 - 3. Necessita de ser acompanhado para qualquer compra
 - 4. Incapaz de fazer compras
3. Preparar refeições:
- 1. Planeia, prepara e serve refeições adequadas, sozinho
 - 2. Prepara refeições adequadas se possuir ingredientes necessários
 - 3. Aquece, serve e prepara refeições mas não mantém uma dieta adequada
 - 4. Necessita de refeições preparadas e servidas
4. Cuidar da casa:
- 1. Cuida da casa só ou com ajuda ocasional (exemplo: "trabalho doméstico pesado")
 - 2. Realiza tarefas diárias como lavar a louça ou fazer a cama
 - 3. Realiza tarefas domésticas diárias mas não mantém um nível aceitável de limpeza
 - 4. Necessita de ajuda em todas as tarefas domésticas

5. Não participa em nenhuma tarefa doméstica
5. Lavar a roupa:
1. Lava toda a sua roupa
2. Lava pequenas peças de roupa
3. É incapaz de lavar a sua roupa
6. Modo de transporte:
1. Desloca-se em transportes públicos ou viatura própria
2. Não usa transportes públicos, excepto táxi
3. Desloca-se em transportes públicos quando acompanhado
4. Desloca-se utilizando táxi ou automóvel quando acompanhado por outro
5. Incapaz de se deslocar
7. Responsabilidade pela própria medicação:
1. Toma a medicação nas doses e horas correctas
2. Toma a medicação se preparada e separada por outros
3. É incapaz de tomar a medicação
8. Habilidade para lidar com o dinheiro:
1. Resolve problemas monetários sozinho, como: passar cheques, pagar a renda
2. Lida com compras do dia-a-dia mas necessita de ajuda para efectuar compras maiores
3. Incapaz de lidar com o dinheiro

Avaliação do Risco de Quedas

Escala de Avaliação do Risco de Quedas de Morse:		Pontos	Score
História de Quedas nos últimos 3meses	Não	0	
	Sim	25	
Diagnóstico Secundário	Não	0	
	Sim	15	
Ajuda na Mobilização			
Acamado/Repouso no leito		0	
Bengala/Andarilho/Canadiana		15	
Aparelho/Equipamento		30	
Terapia Endovenosa	Não	0	
	Sim	20	
Marcha			
	Normal/Acamado/Cadeira de Rodas	0	
	Lenta	10	
Alterada/Cambaleante		20	
Estado Mental			
	Orientado	0	
	Desorientado/Confuso	15	
		TOTAL	

Muito obrigada pela sua colaboração!

Anexo 2. Pedido de autorização à Direção dos Hospitais para aplicação dos questionários.

PEDIDO DE AUTORIZAÇÃO À DIREÇÃO DOS HOSPITAIS PARA APLICAÇÃO DOS QUESTIONÁRIOS

CENTRO HOSPITALAR DO BAIXO VOUGA, E.P.E. / AVEIRO

Avenida Artur Ravara – 3814-501 AVEIRO
Tel. 234 378 300 – Fax 234 378 395
sec-geral@hdaveiro.min-saude.pt
Matrícula na Conservatória do Registo Comercial
de Aveiro
Capital Social 40.284.651 €
Pessoa Colectiva nº 510 123 210

Escola Superior de Saúde de Viseu
18/4/2013
98-04-213
01.06.05 1321
CC
AA

Ex.mo Senhor
Presidente Escola Sup. Saúde Viseu
Escola Superior de Saúde de Viseu
Rua D. João Crisóstomo Gomes Almeida
N.º 102
3500-843 VISEU

S/ Ref.º	S/ Comunicação de	N/ Ref.º	Aveiro,
81	22-01-2013	042043	15-04-2013

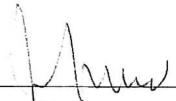
ASSUNTO: Pedido de Autorização para efetuar Colheita de Dados.

No seguimento do V/ofício, sobre o assunto em epígrafe e face ao parecer favorável da Comissão de Ética, do qual se junta cópia, informa-se que está autorizada a realização do estudo subordinado ao tema “ **Avaliação do Risco de Quedas em Mulheres Idosas com Incontinência Urinária Institucionalizadas**”

Quando for dado por concluído o projecto, deverá ser enviado um relatório final ao serviço de Formação e Investigação deste Centro Hospitalar.

Atenciosamente e com os melhores cumprimentos.

O Presidente do Conselho de
Administração


(José Afonso)

GM.

CENTRO HOSPITALAR DO BAIXO VOUGA, E.P.E. / AVEIRO

Avenida Artur Ravera – 2614-501 AVEIRO
Tel. 234 378 330 – Fax 234 378 395
cc@chbav.aveiro.min-saude.pt
Matricada na Conservatória do Registo Comercial
de Aveiro
Capital Social 40.294.661 €
Pessoa Colectiva n.º 516 123 210

01.06.08 1321
18-04-2013
18/4/2013
CC
AA

Ex. mo Senhor
Presidente Escola Sup. SaúdeVisu
Escola Superior de Saúde de Viseu
Rua D. João Cristóvão Gomes Almeida
N.º 103
3500-843 VISEU

S/ Ref.º	S/ Comunicação de	N/ Ref.º	Aveiro,
81	22-01-2013	042043	15-04-2013

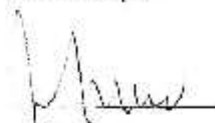
ASSUNTO: Pedido de Autorização para efetuar Colheita de Dados.

No seguimento do V/ofício, sobre o assunto em epígrafe e face ao parecer favorável da Comissão de Ética, do qual se junta cópia, informa-se que está autorizada a realização do estudo subordinado ao tema “ **Avaliação do Risco de Quedas em Mulheres Idosas com Incontinência Urinária Institucionalizadas**”

Quando for dado por concluído o projecto, deverá ser enviado um relatório final ao serviço de Formação e Investigação deste Centro Hospitalar.

Atenciosamente e com os melhores cumprimentos.

O Presidente do Conselho de
Administração



(José Afonso)

GM

