



Curso de Mestrado em Enfermagem

Área de Especialização

Reabilitação

**“Quais as intervenções dos Enfermeiros no
tratamento/reabilitação das alterações da eliminação vesical
dos doentes com AVC”**

João Luis Marques Pêla

2012





Curso de Mestrado em Enfermagem

Área de Especialização

Reabilitação

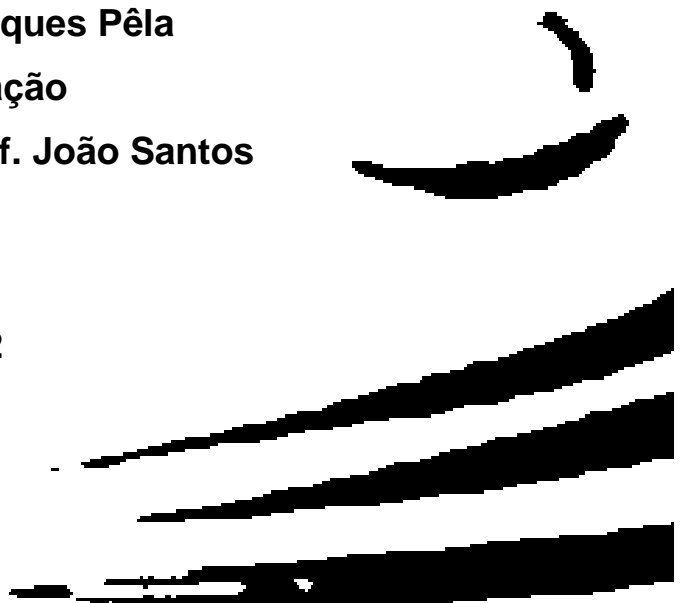
**“Quais as intervenções dos Enfermeiros no
tratamento/reabilitação das alterações da eliminação vesical
dos doentes com AVC”**

João Luis Marques Pêla

Dissertação

Orientada por: Prof. João Santos

2012



DEDICATÓRIA

A todos os Meus AMIGOS que são a família que escolhi.

***"Sem amigos ninguém escolheria viver,
mesmo que tivesse todos os outros bens."***

Menandro



"A essência do conhecimento consiste em aplicá-lo, uma vez possuído."

Confúcio

AGRADECIMENTOS

Ao Enf.^o Professor João Santos pela orientação, incentivo e disponibilidade

Ao Dr. Daniel Virella e Dr.^a. Marta Alves do centro de Investigação do CHLC pela colaboração no tratamento estatístico dos dados.

À Dr.^a Rita Joana Ferreira (minha afilhada preferida), pela colaboração e incentivo

Ao Professor Doutor Paulo Gouveia de Almeida do IHMT/UML, pela colaboração na apresentação dos dados estatísticos.

À Sr.^a Enfermeira Diretora e Enf.^a. (as) Coordenadoras do centro hospitalar onde foi desenvolvido o estudo pela possibilidade de o realizar

A todos os Enfermeiros Chefes e Enfermeiros que participaram no estudo, sem eles este não teria sido possível.

Aos meus colegas de serviço pela paciência e colaboração nas trocas

Ao Amigo João Ferreira pela amizade

A todos que tornaram possível, até sem o saberem, o ter conseguido levar a cabo mais este trabalho, muito obrigado.

A **TODOS** o meu reconhecido agradecimento.

RESUMO

As alterações da eliminação vesical, podem de entre múltiplas causas, dever-se a anomalias no funcionamento do aparelho urinário, das quais as que representam maior peso, são as patologias do foro neurológico, em particular as do sistema nervoso central, sendo o AVC uma situação, com elevada frequência destas alterações.

O presente trabalho tem como objetivo, conhecer “Quais as intervenções dos Enfermeiros no tratamento/reabilitação das alterações da eliminação vesical dos doentes com AVC”.

Para tal, é necessário conhecer, como são feitas as avaliações dos doentes, e quais os aspetos que os enfermeiros mais valorizam, na sua avaliação.

Este estudo qualitativo, descritivo, com uma amostra não probabilística, de conveniência, teve como universo a população de enfermeiros, dos serviços de medicina interna de um centro hospitalar de Lisboa (N=113).

Foi aplicado um questionário de autoadministração com duas partes; na primeira foi questionada a avaliação, feita pelos próprios, das alterações da eliminação vesical desses doentes utilizando uma escala de *likert* de cinco graus. Na segunda parte, foram questionadas quais as intervenções, destes profissionais face às necessidades manifestadas pelos doentes e famílias, utilizando-se a mesma escala.

Verificou-se que os enfermeiros avaliam o tipo de incontinência, e as suas manifestações na sua maioria “muitas vezes” 35,2%, 26,9% só o fazem “às vezes”, e 17,8% “nunca” ou “raramente” faz esta avaliação.

No que diz respeito á avaliação das características das perdas urinárias, 39,8% dos enfermeiros “nunca” ou “raramente” a fazem.

Em relação às intervenções podemos concluir que embora os enfermeiros as utilizem, para fazer face às necessidades manifestadas pelos doentes e famílias, estas não estão na sua maioria, fundamentadas nas avaliações realizadas, como no caso da utilização de dispositivos de proteção (fraldas, pensos ou dispositivos urinários externos). Neste caso, verificamos uma falta de concordância estatística entre o cruzamento destas intervenções com as questões destinadas a aferir a avaliação das perdas.

Há preocupação por parte dos enfermeiros, em avaliar/pesquisar se os doentes apresentam patologias do foro uro ginecológico, prostático ou urológico, valorizando as queixas urinárias dos doentes, verificando-se uma correlação altamente significativa entre a avaliação destas patologias e a valorização das queixas, com um coeficiente de correlação de *Pearson's* de 0,462 e de *Spearman* de 0,446, $p < 0,01$ para ambos.

Consideramos assim, que o estudo tem implicações para a prestação de cuidados de enfermagem, aos doentes com alterações da eliminação vesical, e desta forma contribuir para a sua melhoria, pugnando para que estes se pautem por uma base científica, com inequívocos benefícios para os doentes e demais envolvidos.

Palavras-chave: eliminação vesical, incontinência urinária, AVC, intervenções de enfermagem

ABSTRACT

Changes in bladder voiding, may among multiple causes, be due to anomalies in the functioning of the urinary tract, of which the greatest burden is due to neurological pathologies, in particular those from the central nervous system, such as strokes, which are accompanied with a high frequency of such changes.

The present study aims to know "What are the Nurses' interventions in the treatment/rehabilitation of changes in urinary elimination of stroke patients." For this, it is necessary to know, how patients are evaluated, and which aspects are most valued by nurses in their assessment.

This qualitative and descriptive study, with a non-probabilistic sample of convenience, had its universe in a population of nurses from internal medicine wards from a central hospital In Lisbon (N = 113)

A self-administered questionnaire, was used, with two parts: the first questioned the assessment made by the nurses of the changes of bladder elimination in these patients using a five degree *Likert* scale. In the second part, the nurses were asked which interventions, were carried out to meet the needs expressed by patients and families, using the same scale.

It was found that nurses assess the type of incontinence, and its manifestations mostly "very often" 35.2%, 26.9% do so only "sometimes", and 17.8% "never" or "rarely" make this assessment.

Concerning the assessment of the characteristics of the urinary losses, 39.8% of nurses "never" or "rarely" do so.

Regarding the nurses' interventions to meet the needs expressed by the patients and their families, it can be concluded that these are not usually based on their earlier assessments. Such is the case of the use of protective devices (diapers, sanitary or urinary external

devices), which was found out to lack statistical agreement with the questions directed at the evaluation of urinary losses.

It was also found that nurses are concerned to investigate if patients present urological, prostatic or uro-gynecologic pathologies their urinary complaints, with a highly significant correlation between this investigation and the evaluation of their urinary complaints with Pearson's correlation coefficient 0.462, and Spearman correlation coefficient 0.446 $p < 0.01$ for both.

Therefore, we consider that this study has implications for the provision of nursing care to patients with changes of bladder emptying, and thus contribute to their improvement, advocating that these may be taken on a scientific basis, with clear benefits for the patients and other stakeholders.

Key words: bladder emptying, urinary incontinence, stroke, nursing interventions

LISTA DE ABREVIATURAS

ACA – Artéria cerebral anterior

ACM – Artéria cerebral média

ACP – Artéria cerebral posterior

AIT – Acidente isquêmico transitório

AVC – Acidente vascular cerebral

cm- centímetro

ed.- Edição

eds - Editores

et al - et ale -e outros

ml/s – mililitro por segundo

ml – mililitro

OMS – Organização Mundial de saúde

p. - página

pp.- páginas

WHO - World Health Organization

LISTA DE FIGURAS

Figura. 1 Bexiga desinibida Adaptado de HOEMAN, <i>et al. Enfermagem De Reabilitação – Aplicação e Processo</i> 2ª ed. Lisboa Lusociência 2000.....	10
Figura 2 - Sistemas básicos de enfermagem. (De Orem, D.E.[1985]. <i>Nursing: Concepts of practice</i> (5ª edição). St. Louis: Mosby)	25
Figura 3 – Perfil etário da amostra dos inquiridos (n = 113).	35
Figura 4 – Distribuição percentual do género dos inquiridos	36
Figura 5 – Representação gráfica do tempo de exercício profissional dos inquiridos (n=113)	36
Figura 6 – Distribuição percentual das habilitações dos inquiridos.....	37
Figura 7 – Distribuição de frequências do tipo de especialidade dos inquiridos	37
Figura 8 – Perfil de anos de permanência dos inquiridos (n=113) no serviço.....	38
Figura 9 – Representação gráfica das respostas ao grupo de questões sobre a caracterização da incontinência.....	39
Figura 10 - Representação gráfica das respostas ao grupo de questões sobre de que forma o doente satisfaz a necessidade básica da eliminação vesical.	40
Figura11 - Representação gráfica das respostas ao grupo de questões sobre avaliação de situações que podem ser causa de incontinência	41
Figura 12- Representação gráfica das respostas sobre avaliação geral dos doentes	42
Figura 13 – Representação gráfica das respostas às questões relativas à avaliação/diagnostico.....	43
Figura 14 – Representação gráfica das questões relativas à facilitação da acessibilidade	44
Figura 15 – Representação gráfica das respostas às questões relativas a minimizar os efeitos da incontinência	45
Figura 16 – Representação gráfica das respostas às questões relativas ao tratamento da incontinência.....	46
Figura 17 – Representação gráfica das questões relativas ao ensino sobre a incontinência aos doentes e família.....	47

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 – Descritivos da idade dos inquiridos.....	35
Tabela 2 – Distribuição dos Inquiridos com especialidade	37
Tabela 3 - Descritivos dos anos de permanência dos inquiridos nos serviços do estudo .	38
Tabela-4 Cruzamentos entre a Questão de Avaliação da consciência das perdas as intervenções de minimização das perdas.....	51
Tabela-5- Cruzamentos da questão de avaliação sobre a frequência das perdas de urina e as intervenções facilitadoras da eliminação.....	52
Tabela- 6 Cruzamentos da Questão de Avaliação da quantidade de urina que o doente perde, com as intervenções para fazer face à quantidade das perdas de urina.....	53
Tabela- 7 Cruzamentos da Questão de Avaliação em que circunstâncias o doente perde urina e as intervenções de controlo das perdas	53
Tabela- 8 Cruzamento da Questão de Avaliação sobre a existência de patologia urológica e as intervenções que visam minorar esses efeitos	54
Tabela- 9 Cruzamentos da Questão de Avaliação sobre a patologia urológica e as intervenções que visam minorar esses efeitos	55
Tabela-10 Cruzamentos da Questão de Avaliação se doente tem patologia neurológica, com as intervenções que facilitam a acessibilidade	56
Tabela- 11 Cruzamentos da Questão de Avaliação como é feito o acesso ao WC, com as intervenções que facilitam a acessibilidade.....	57
Tabela- 12 Cruzamentos da Questão de Avaliação a que distância o doente está dos sanitários -com as intervenções	57
que facilitam a acessibilidade	57
Tabela- 13 Cruzamentos da Questão de Avaliação das alterações da locomoção, com as intervenções que facilitam a acessibilidade.....	58
Tabela- 14 Cruzamentos da Questão de Avaliação do estado emocional dos doentes com as intervenções podem ajudar a contornar as alterações emocionais	58
Tabela- 15 Cruzamentos da intervenção da utilização do registo miccional, com as questões de avaliação que devem fazer parte do registo.....	59

ÍNDICE

1- INTRODUÇÃO	1
2- REVISÃO DA LITERATURA	3
2.1- INCONTINÊNCIA URINÁRIA	3
2.1.1- A Fisiopatologia da micção.....	3
2.1.2- Definição e classificação da incontinência	8
2.1.3- Diagnóstico e Tratamento da incontinência urinária.....	10
2.2.- ACIDENTE VASCULAR CEREBRAL.....	12
2.2.1- Definição e fisiopatologia.....	12
2.2.2- Classificação Clínica-Vascular.....	15
2.2.3- Epidemiologia.....	17
2.2.4- Fatores De Risco.....	18
3- ENQUADRAMENTO CONCEPTUAL.....	19
3.1- INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM.....	26
4- METODOLOGIA.....	32
4.1. TIPO DE ESTUDO	32
4.2. POPULAÇÃO E AMOSTRA	32
4.3. INSTRUMENTO DE COLHEITA DE DADOS	33
4.4. APLICAÇÃO DO INSTRUMENTO DE COLHEITA DE DADOS.....	33
4.6. QUESTÕES ÉTICAS.....	34
5. APRESENTAÇÃO E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS.....	35
5.1. CARACTERIZAÇÃO DA AMOSTRA.....	35
5.2. ANÁLISE DOS RESULTADOS.....	39
5.2.1 – Como avaliam os enfermeiros as alterações da eliminação vesical nos doentes com AVC.....	39
5.2.2 – Quais as intervenções dos enfermeiros nas alterações da eliminação vesical dos doentes com AVC.....	43
5.2.3- Resultados dos cruzamentos das questões com as variáveis	48
5.2.4- Correlação entre avaliações e intervenções.....	51
6- CONCLUSÕES.....	60
7- REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	66
8 -ANEXOS.....	73

Anexo I - Instrumento de colheita de dados.....	74
Anexo II – Autorização para a realização do estudo.....	75
Anexo III – Tabelas estatísticas de caracterização da amostra	76

1- INTRODUÇÃO

A incontinência urinária é um problema de saúde, que afeta 2000 milhões de indivíduos em todo o mundo (WHO, 1998), dois estudos europeus recentes multicêntricos, estimam que 18% a 42% das Mulheres (HUNSKAAR, *et al.*, 2004), e 7% a 13% dos Homens (DIOKONO, ESTANOL, 2007) sofrem de alguma forma de incontinência urinária. O que representa elevados custos para os sistemas de saúde.

Em Portugal não é conhecida a prevalência exata da incontinência urinária. Numa entrevista, o Dr. Paulo Dinis do Serviço de Urologia do Hospital de São João, estima que 15% da população masculina e 40 % da população feminina seja afetada por este problema (DINIS, 2010), o que vai ao encontro do que encontramos na nossa prática clínica.

Não existem igualmente estudos em Portugal, sobre os custos do tratamento e manutenção dos doentes com esta situação, mas a título de exemplo nos Estados Unidos da América estima-se que este valor seja de 4,5 milhões de dólares anuais (HU, WAGNER, 2005), feita a extrapolação possível para Portugal seguramente que se trata de um valor muito avultado, e com tendência para aumentar, com o crescente envelhecimento da população.

O Acidente Vascular Cerebral atinge anualmente 15 milhões de indivíduos em todo o mundo, das quais 5 milhões morrem e cerca de outros 5 milhões, ficam com sequelas incapacitantes, constituído uma sobrecarga para as famílias e sociedade, a incidência está a diminuir em muitos países, com os programas de prevenção das situações de risco como a hipertensão arterial e o tabagismo, contudo em números absolutos continua a aumentar, devido ao envelhecimento da população, continuando a representar a terceira causa de morte, e segunda mais incapacitante depois dos acidentes de viação (TUNA, 2008)

A incontinência urinária, é uma situação muito comum nos doentes com AVC, *“Aproximadamente metade dos doentes com AVC apresentam incontinência urinária na admissão e 20% mantêm após 6 meses.”* (BRITTAIN, *at al.*, 1998). Esta situação resulta

da combinação de défices motores e sensoriais e de alterações neurofisiológicas do próprio funcionamento vesical.

Como enfermeiro especialista em Enfermagem de Reabilitação, tem sido nossa preocupação intervir na reabilitação dos doentes com AVC, com especial enfoque nas alterações da eliminação vesical, uma área muitas vezes esquecida ou renegada para um plano secundário no que toca à reabilitação.

Volvidos alguns anos de exercício profissional, conferimos que os problemas da incontinência, em geral são situações que os profissionais de saúde, e nomeadamente os enfermeiros relegam para um plano secundário, ou mesmo (sem querer ferir susceptibilidades), negligenciam, que tem repercussões a todos os níveis, que vão desde a qualidade de vida dos doentes à interação familiar, até a custos institucionais e sociais.

Com este trabalho, pretendemos contribuir para mudar esta situação, avaliando quais as intervenções dos enfermeiros, no tratamento/reabilitação das alterações da eliminação vesical dos doentes com AVC, e adquirir mais competências para podermos intervir, enquanto peritos, de forma estruturada, quer junto dos doentes e família, quer nas equipas de enfermagem, assentando a nossa intervenção em bases científicas, satisfazendo as necessidades de cuidados de enfermagem de reabilitação do doente e família, para que a incontinência não seja mais uma sequela encarada com fatalismo nos doentes com AVC e negligenciada pelos profissionais.

Assim será possível, em alguns casos reabilitar a continência, e noutros criar estratégias para minimizar os seus efeitos, melhorando a qualidade de vida dos doentes e famílias, com inequívocos benefícios para os próprios e para a sociedade, e em simultâneo sensibilizar as equipas das quais fazemos parte, para a relevância da reabilitação da incontinência.

2- REVISÃO DA LITERATURA

2.1– INCONTINÊNCIA URINÁRIA

2.1.1- A Fisiopatologia da micção

A fisiologia e a neurofisiologia da micção, são áreas que ainda hoje, não estão completamente percebidas. Este fenômeno simples e quase inconsciente envolve mecanismos complexos e interações neurológicas, que têm sido objeto de inúmeros estudos nas últimas décadas.

A uretra e a bexiga mantêm entre si continuidade anatômica e uma relação funcional bastante íntima. Próximo do colo vesical, a musculatura lisa organiza-se em três camadas anatomicamente distintas, a camada muscular média que não se prolonga até à uretra, a camada mais interna de orientação longitudinal, que se prolonga na camada interna da uretra e também na camada muscular externa, tem orientação oblíqua nos mais variados graus de inclinação tendo de modo geral, uma orientação espiralada, em contiguidade com a camada uretral externa.

A musculatura uretral, exerce uma força constritiva sobre o lúmen uretral, ocluindo-o e mantendo níveis de pressão mais elevados na uretra que na bexiga, impedindo assim, a perda urinária. Esta atividade muscular uretral é composta por dois elementos básicos: o esfíncter muscular liso, genericamente designado por esfíncter interno, distribuído por todo o comprimento da uretra feminina e pela uretra prostática masculina. O esfíncter estriado voluntário, ou externo, está localizado no terço médio da uretra feminina e próximo à uretra membranosa masculina. As atividades do esfíncter voluntário e do esfíncter interno são sobreponíveis em grande parte do trajeto uretral. (BARATA, CARVALHAL, 1999)

A musculatura vesico-uretral tem um papel fundamental no armazenamento e no esvaziamento vesical. Foram encontrados, na parede vesical recetores beta-

adrenérgicos, que têm uma ação de relaxamento das fibras lisas, sendo provável que a sua ação permita que a acomodação vesical ocorra a baixa pressão.

Quando a distensão vesical atinge volumes na ordem de 150 ml, começa-se a sentir o desejo miccional, que atinge o seu máximo quando o volume acumulado se equipara à capacidade vesical máxima (cerca de 500 ml). Imediatamente antes da contração vesical, ocorre relaxamento esfínteriano e do pavimento pélvico, o que permite a descida do colo vesical, sendo este um provável estímulo para a contração vesical. A contração da musculatura longitudinal interna da uretra, concomitantemente com a da bexiga leva ao encurtamento uretral e ao afunilamento do colo vesical, contribuindo para direcionar a força vesical, e para a diminuição da resistência uretral.

A micção ocorre com a diminuição da resistência uretral, mantendo-se a pressão vesical em níveis baixos (na ordem de 10 - 15 cm H₂O). A pressão uretral por seu lado, mantém-se baixa durante toda a micção, permitindo um fluxo contínuo (da ordem de 15 - 25 ml/s), que varia com o volume urinado, o sexo e a idade. Quando termina o esvaziamento da bexiga, a contração vesical cessa, e o tónus uretral volta aos níveis basais. Quando se deseja interromper, voluntariamente, a micção antes do total esvaziamento vesical, contraem-se as fibras estriadas peri uretrais, bem como a musculatura perineal, resultando no aumento da resistência uretral e na conseqüente interrupção do fluxo. O músculo detrusor mantém-se contraído ainda por alguns segundos, relaxando-se reflexamente a seguir. Portanto, não se interrompe diretamente a micção, mas sim, de forma voluntária o fluxo urinário, interrompendo-se de forma reflexa, a contração vesical. (BARATA, CARVALHAL, 1999).

Considerar a micção um arco reflexo, pode dar uma ideia simplista do funcionamento vesical, que pelo contrário, se reveste de alguma complexidade. Fibras sensitivas partem de recetores na parede vesical, dirigindo-se aos nervos pré-sagrados (não existe um nervo sensitivo específico, mas sim um verdadeiro plexo nervoso que se localiza anteriormente ao sacro), este plexo distribui-se ao nível dos *foramens* sagrados, integrando as raízes nervosas S₂, S₃ e S₄, atingindo o cone medular através de ramos da cauda equina, fazendo aí sinapse com as fibras motoras parassimpáticas, que através das raízes nervosas S₂, S₃ e S₄, passam pelo plexo pré-sagrado e atingem a parede

vesical, estabelecendo-se sinapse nos gânglios intramurais (parede vesical), partindo daí as fibras motoras vesicais pós-sinápticas, (UMPHRED, 2010).

A inervação da musculatura estriada peri-uretral é feita por fibras que também emergem dos ramos S₂ a S₄, e compõem o nervo pudendo, estes impulsos nervosos contínuos atingem o "esfíncter estriado" e mantêm-no sob contração involuntária durante o enchimento vesical, observando-se habitualmente um aumento involuntário desta contração, acompanhando o enchimento vesical. Quando ocorre a contração vesical, existe reflexamente, uma inibição desse tônus, causando o relaxamento esfínteriano. Esta interação depende ainda de mecanismos neurológicos, situados ao nível da ponte (a conexão entre o encéfalo e a medula), permitindo que o reflexo miccional se mantenha até ao completo esvaziamento vesical. Nos bebés, esta ligação pântico-medular está íntegra mas não há controlo por falta de integração cortical, por outro lado, num indivíduo com lesão medular acima do nível sagrado, interrompe-se esta via, pelo que surgem com frequência, contrações vesicais reflexas acompanhadas de contração esfínteriana (a chamada dissinergia vesico-esfínteriana), e contrações vesicais de duração insuficiente, apresentando os doentes micções a altas pressões, com elevado volume de resíduo pós-miccional (HOEMAN, *et al.*, 2000).

A sensação de distensão vesical é transmitida através da medula, até ao córtex cerebral, tornando-se assim, consciente. O indivíduo adulto pode assim decidir, perante critérios de oportunidade, urinar ou não, através de mecanismos facilitadores e inibidores. A bexiga tem a capacidade de receber um volume significativo de urina, sem que se verifique um grande aumento da pressão. Mesmo quando se atinge a capacidade vesical máxima, e o desejo miccional se torna imperioso, os níveis de pressão na bexiga mantêm-se baixos, e mesmo em condições extremas, consegue-se inibir a contração vesical.

Se por exemplo, o indivíduo se submete a um esforço, e ocorre um aumento da pressão abdominal, que se transmite à bexiga o mecanismo esfínteriano responde, aumentando a sua eficiência, através de reflexo neurológico que contrai a musculatura estriada, o gradiente de pressão uretral mantêm-se maior que a pressão vesical, não ocorrendo portanto, perda de urina.

Os baixos níveis de pressão vesical, durante a fase de enchimento da bexiga, são fundamentais para a continência, nos indivíduos onde isso não se verifica, devido a cirurgias ou a alterações da constituição da parede vesical, apresentam polaquiúria intensa, comportando-se como incontinentes, ainda que o mecanismo esfíncteriano se mostre normal. (BARATA, CARVALHAL, 1999).

Certas disfunções neurológicas podem provocar alterações das funções vesico-uretrais. Por exemplo, a diabetes provoca um mau funcionamento das fibras sensitivas, que por serem as mais finas, são as primeiras a ser lesadas, como consequência dessas lesões, os doentes passam a apresentar o primeiro desejo miccional já com grandes distensões vesicais, o doente urina, grandes volumes, porque a capacidade vesical está bastante aumentada. A distensão vesical de carácter crónico, provoca lesão do detrusor, o que por sua vez, impede o bom esvaziamento vesical, com formação de resíduo pós-miccional, este resíduo que se acumula progressivamente, leva à retenção urinária com repercussões no aparelho urinário superior. Em simultâneo a progressão da lesão neurológica pode causar interrupção do arco reflexo miccional. (HOEMAN, *et al.*, 2000).

Quando a lesão compromete apenas as fibras motoras, como pode acontecer na poliomielite ou em certos tumores medulares, tem-se um quadro clínico em que a sensibilidade está preservada, o indivíduo percebe a distensão vesical, porém não consegue desencadear a micção.

Quando há compromisso tanto das fibras sensitivas como das motoras, ou ainda da própria medula há como consequência um arco reflexo ineficaz, e o grau de disfunção do esfíncter vai estar relacionado com o grau da lesão neurológica (acontece na presença de tumores medulares, traumatismos ou malformações congénitas). Poderá haver indivíduos que, apesar de não terem contração vesical, são incontinentes por falta de atividade esfíncteriana. A retenção urinária por seu lado, pode ser um sintoma deste tipo de lesão, nos casos onde não existe contração vesical, o esfíncter mantém-se ativo, nesta situação o indivíduo pode apresentar incontinência, pois à medida que vai ocorrendo o enchimento vesical, a pressão intra-vesical vai aumentando, até o momento em que vence a resistência uretral, ocorrendo a partir daí, perda constante de urina (é a chamada incontinência de refluxo). Por este motivo, uma correta avaliação de um doente, implica

verificar o grau de esvaziamento vesical, e não apenas se apresenta perda involuntária de urina.

Quando a lesão ocorre acima do nível medular do centro da micção (que no adulto está localizado ao nível "ósseo" D₁₂ – L₁), o arco reflexo está livre e íntegro, ocorrendo contração vesical reflexa à distensão vesical, mas é involuntária e sem sensibilidade.

Como já foi dito anteriormente, nesta situação pode ocorrer contração esfíncteriana simultânea à contração vesical (dissinergia vesico-esfíncteriana), e o doente tem micções com altíssima pressão, levando a repercussões graves do sistema urinário. É o tipo de comportamento vesical que podemos encontrar em certos traumatismos medulares. (DIAS, 2009)

Outro tipo de comportamento vesical encontrado (na doença de Parkinson ou no AVC, por exemplo) é aquele em que o doente apresenta o arco reflexo normal, com sensibilidade e reflexo esfíncteriano mantido, contudo as fibras responsáveis pela inibição do arco reflexo estão comprometidas. Nesta situação, o doente apresenta incapacidade de inibir o arco reflexo, configurando-se um quadro clínico de urgência miccional com incontinência, ou seja, no momento em que o doente tem o desejo miccional, ocorre o arco reflexo e é incapaz de evitar a micção. Basicamente o que ocorre é uma desconexão entre o córtex cerebral e a ponte, perdendo-se a capacidade de inibir o reflexo miccional, a micção ocorre coordenada, sem dissinergias.

Como ficou descrito, certas disfunções neurológicas podem levar a disfunções miccionais graves e estas disfunções levam a repercussões no sistema urinário superior. Sabemos que o sistema urinário mantém níveis de pressão baixos, e que o armazenamento, o transporte e a eliminação da urina se fazem com níveis baixos de pressão, a elevação da pressão intra-vesical acima de 35 cm H₂O, causa dificuldade de drenagem do ureter, contribuindo para dilatações ureterais. Com o progressivo aumento da pressão intra-vesical, esta transmite-se ao ureter, resultando num aumento da pressão intra-piélica e consequentes repercussões renais. Paralelamente a dificuldade de esvaziamento vesical pode promover alterações da própria parede da bexiga, com alterações anatómicas que podem resultar no aparecimento de refluxo vesico-ureteral ou ainda levar diretamente a obstrução ureteral na passagem do ureter para a bexiga. Com as alterações da parede

vesical, e persistindo obstrução, a própria parede vesical entra em falência, propiciando o aparecimento do resíduo pós-miccional que causa infecções urinárias de repetição de difícil controle.

2.1.2- Definição e classificação da incontinência

“A função urinária normal, assim como a continência, dependem da integridade anatômica da bexiga e da uretra, dum sistema nervoso que garanta o controle voluntário da micção, do padrão de produção de urina, da capacidade física e mental e da vontade psicológica de cada um para levar a cabo as tarefas associadas à eliminação.” Segundo, TANAGHO, (1990) citado por PIRES in (HOEMAN, et al.2000).

Muitas são as definições possíveis de incontinência urinária, optamos por duas que refletem de forma consensual e abrangente a situação em si e as repercussões para o indivíduo.

“Uma condição em que a perda involuntária de urina constitui um problema social ou higiênico e que pode ser objetivamente demonstrado”

“Perda involuntária de urina, tão grave, que tem consequências sociais e/ou higiênicas, que constitui um problema clínico major, e que existe uma causa significativa de incapacidade entre a incontinência urinária, a percepção de saúde e a satisfação sexual”
(International Continence Society, 1991)

A incontinência urinária pode dividir-se em dois grandes grupos a **Transitória**, que se caracteriza por perdas de urina de causa reversível, como sejam infecções urinárias, ou urogenitais, efeitos secundários da terapêutica, alterações cognitivas e comportamentais, fecalomas e/ou obstipação ou imobilidade, e á dificuldade ou impossibilidade de aceder aos sanitários ou a recipientes apropriados; A **Instalada**, que se subdivide em categorias de acordo com as causas que lhe estão subjacentes, assim sendo temos:

Incontinência urinária de Esforço – *“ Perda involuntária de urina sempre que a pressão intra-vesical excede a pressão intra-uretral na ausência de atividade do detrusor, provocada por um aumento da pressão intra-abdominal durante a tosse, espirro, riso, ou quando o individuo se eleva ou flete.”*

Incontinência urinária de Urgência – “ *Corresponde à perda involuntária de urina associada a uma intensa vontade de urinar*”

Incontinência urinária de Refluxo – “ *Perda involuntária de urina quando a pressão intravesical excede a pressão uretral máxima associada à distensão vesical mas na ausência de atividade do detrusor*”

Incontinência urinária Funcional – “ *Perda de urina associada à incapacidade para treinos de hábitos de vida, compromisso da função cognitiva ou física, falta de motivação, ou barreiras arquitetônicas*”. (HOEMAN, et al., 2000).

Incontinência urinária de causa Neurogênica, trata-se de uma entidade com algumas particularidades, que como a própria denominação refere corresponde a alterações neurológicas, que de acordo com o tipo de lesão assim assumem algumas especificações:

Bexiga neurogênica reflexa - Caracteriza-se por incapacidade de sentir a bexiga cheia e urinar, o detrusor pode encontrar-se hipertrofiado, e predispõe refluxo vesico-uretral. Tem como causa as lesões acima da região sagrada, tais como os Traumatismos vertebro medulares, tumores medulares e a Siringomielia.

Bexiga neurogênica Autônoma – Caracteriza-se por ausência de sensação de urinar, a micção é iniciada logo que a bexiga fica repleta, verifica-se a incapacidade de iniciar ou suspender a micção. Manifesta-se nas lesões da cauda equina (S₂ – S₄), e também na fase de Choque Medular.

Bexiga parálitica Sensorial – Caracterizar-se por ausência de sensação de urinar, embora os doentes possam urinar voluntariamente. Esta situação deve-se a lesão do neurónio aferente (sensorial), e pode ter subjacente neuropatia periférica associada ao alcoolismo ou diabetes *mellitus*, hérnia discal ou compressão radicular.

Bexiga parálitica Motora – Manifesta-se por dificuldade em iniciar a micção, diminuição do jacto urinário, resíduos elevados que podem levar à incontinência por refluxo. A lesão do neurónio eferente (motor) pode dever-se a diabetes mellitus, hérnia discal ou compressão radicular.

Bexiga neurogénica desinibida – Esta situação deve-se à não inibição do reflexo a nível central, provocado por lesões cerebrais, tais como: traumatismos cranianos, tumores cerebrais e acidentes vasculares cerebrais (AVC), sendo esta a conjuntura mais vulgarmente manifestada nos doentes com AVC. Segue-se uma descrição mais aturada.

A bexiga neurogénica, “*Resulta de uma disrupção do feixe corticoregulador ou de um mau funcionamento do centro supra-espinhal que regula a micção. (...) Ocorrem frequentes contrações desinibidas mas, em geral, a bexiga esvazia completamente sem que haja urina residual. O reflexo da micção permanece intacto. A sensibilidade, tal como o reflexo bulbocavernoso, está presente.*” (HOEMAN, *et al.*, 2000).

Esta situação caracterizada por contrações frequentes do detrusor, o reflexo da micção encontra-se íntegro, a capacidade vesical está diminuída. Os doentes com bexiga neurogénica, apresentam urgência urinária, polaquiúria e nictúria. Uma vez sentida a vontade de urinar, o fluxo não pode ser inibido.

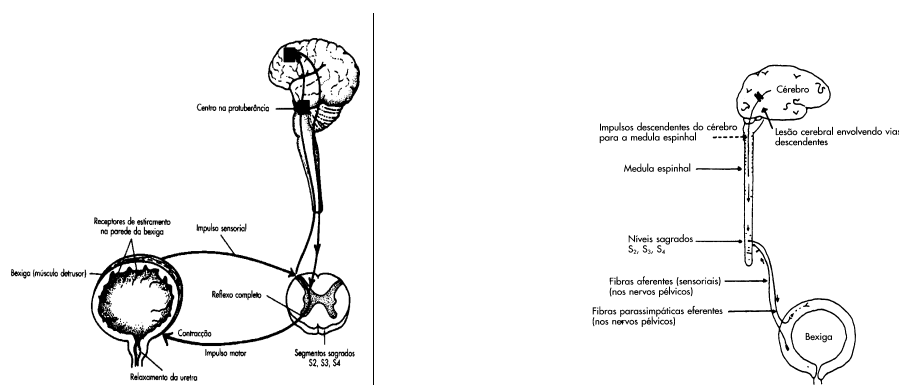


Figura. 1 Bexiga desinibida Adaptado de HOEMAN, *et al.* *Enfermagem De Reabilitação – Aplicação e Processo* 2ª ed. Lisboa Lusociência 2000

2.1.3- Diagnóstico e Tratamento da incontinência urinária

O Diagnóstico da incontinência urinária tem por base as definições supra citadas, podendo ser utilizados meios complementares de diagnóstico, como sejam os estudos urodinâmicos, que nos dão com elevado grau de fiabilidade sobre o comportamento da bexiga.

“ A avaliação urodinâmica constitui a forma de caracterização da disfunção miccional, referendando também as queixas clínicas do paciente. Praticamente todas as classificações atuais de bexigas neurogênicas têm como base os achados urodinâmicos.”
(BARATA, CARVALHAL, 1999)

No caso da bexiga neurogênica desinibida, a cistometria revela a existência de contrações não inibidas do detrusor, quando a bexiga fica repleta, a capacidade vesical fica reduzida e a micção involuntária ocorre, quase em simultâneo, com a vontade de urinar (GUPTA, *et al.*, 2005) O reflexo da micção encontra-se íntegro.

O tratamento da incontinência urinária, depende do tipo manifestado, vão desde tratamentos médicos a tratamentos cirúrgicos, passando por intervenções de enfermagem, dirigidas aos problemas manifestados pelos doentes. No caso da bexiga neurogênica desinibida (situação mais frequente nos doentes com AVC), os tratamentos médicos podem ser: terapêutica farmacológica que diminua a contractilidade do detrusor e aumentem a capacidade vesical, podem-se utilizar igualmente tratamentos físicos, como os exercícios do pavimento pélvico (exercícios de *kegel*), o bio feedback e a electroestimulação perineal ou do nervo tibial anterior,

“O nervo tibial origina-se das ramificações ventrais do ramo ventral da quarta e quinta raízes lombares e primeira, segunda e terceira raízes sacradas. A estimulação das áreas periféricas transmite impulsos para as raízes sacradas, que reflexamente neuromodulam a atividade vesical especialmente através do terceiro nervo sacrado. A electro-estimulação do nervo tibial é uma técnica não invasiva, com mínima morbilidade e com bons resultados no tratamento das disfunções do baixo aparelho urinário incluindo a incontinência urinária”.
(VANDONINCK, *et al.*, 2003)

As intervenções de enfermagem são a pedra de toque do “tratamento/reabilitação” da incontinência urinária dos doentes com AVC, descreveremos de seguida as medidas de carácter geral preconizadas, para estas situações, (sendo as mesmas emolduradas no enquadramento conceptual que se segue).

A avaliação das alterações da micção, está condicionada por inúmeros fatores, dos quais se destacam as alterações da mobilidade e as alterações cognitivas, a situação socioeconómica e de apoio familiar. É desta avaliação que derivam, os procedimentos adequados às manifestações, ensinamentos ao doente e família, e intervenções de enfermagem, como sejam: estimular a micção antes de a bexiga estar totalmente cheia, programar a ingestão de líquidos para antecipar a micção, de entre outras.

2.2.- ACIDENTE VASCULAR CEREBRAL

2.2.1- Definição e fisiopatologia

O AVC é uma perda súbita da função cerebral resultante da interrupção da irrigação sanguínea de uma ou várias partes do cérebro, e pode ser o resultado final da evolução de doenças vasculares cerebrais crónicas. (SMELTEZER, BARE, 1998)

De acordo com as definições clínicas convencionais, o diagnóstico de AVC é realizado, no caso de os sintomas neurológicos persistirem por mais de 24 horas. Se for inferior a esse período o défice neurológico é definido como acidente isquémico transitório (AIT) (ROWLAND, 2003) todavia com as modernas técnicas de imagiologia, esta definição que se prende com a duração dos sintomas, têm sido rediscutida e recentemente a definição de AIT tem em conta não a duração dos sintomas, mas a ausência de lesão vascular aguda visível no exame imagiológico.

O sistema nervoso central possui características específicas, e apresenta um metabolismo energético diferente dos demais tecidos do corpo humano. Um cérebro adulto pesa cerca de 1.500g, ou seja 2% do peso total do corpo, necessita de um aporte contínuo de 150g de glicose e aproximadamente 72 l de oxigénio nas 24 horas, o que corresponde a 20% do consumo total de oxigénio do corpo. A energia necessária ao seu bom funcionamento, provém do metabolismo da glicose, a capacidade de armazenamento do tecido nervoso de glicose e glicogénio é muito reduzida, só capaz de suprir as necessidades energéticas por um período de um minuto (ROWLAND, 2003), necessitando por isso de eficiência circulatória para se manter nutrido.

A constância da circulação cerebral é assegurada por uma série de barorreceptores, e reflexos vasomotores controlados por centros localizados na parte inferior do tronco cerebral. O tecido cerebral quando privado de sangue evolui para necrose isquêmica ou infarto. Quando uma artéria é obstruída por um trombo ou êmbolo, os danos tendem a ser focais, porém caso ocorra um grande déficit na circulação, ou hipotensão devido a uma descompensação cardíaca ou choque, e essa interrupção tenha uma duração prolongada, os danos poderão ser focais ou difusos.

Macroscopicamente as lesões não são detetáveis durante as primeiras seis horas. A partir daí até à 36ª hora, ocorre um “amolecimento” e palidez da zona lesada, com perda dos limites entre a substância branca e cinzenta. Dias depois há uma maior definição do foco de encefalomalacia e edema. No exame microscópico, observam-se lesões isquêmicas dos neurônios, as quais podem ser definidas a partir dos núcleos que ficam escurecidos, o citoplasma muito basófilo e retraído, e um aspecto congestivo dos vasos. A zona “amolecida” é invadida por infiltrados celulares, formados numa primeira fase por leucócitos e posteriormente por macrófagos, que farão a reabsorção, processo este com a duração de vários meses, e que termina com a formação de uma cavidade de tipo quístico residual. (CAMBIER, MASSON, 2005)

Pode ocorrer também transformação hemorrágica do infarto, que resulta do extravasamento sanguíneo no foco da lesão isquêmica e não se deve confundir com hematoma parenquimatoso, pois este resulta de uma acumulação de sangue por ruptura de um vaso sanguíneo. Estudos de imagem do cérebro de doentes com AVC agudo demonstram que a transformação hemorrágica de um infarto isquêmico pode ocorrer em 80% dos casos, esta situação pode ocorrer espontaneamente ou associada a fatores desencadeantes, como a administração de fármacos anticoagulantes ou trombolíticos, desobstrução das carótidas ou anastomose com vasos extracranianos na fase aguda da isquemia.

Nas hemorragias cerebrais ocorre um extravasamento de sangue de um vaso, para dentro do cérebro, para um dos ventrículos ou espaços meníngeos, classificando-se então o AVC em hemorrágico ou isquêmico de acordo com a sua natureza.

O AVC isquémico representa aproximadamente 85% de todos os acidentes vasculares cerebrais, e é três a quatro vezes mais frequente que o AVC hemorrágico, quando este ocorre quando há interrupção ou redução do fluxo sanguíneo, devido à oclusão parcial (isquemia focal) ou total de uma artéria cerebral (isquemia global).

Na isquemia global, não existe um fluxo sanguíneo colateral, o que provocará destruição irreversível dos neurónios num período de 4 a 8 minutos.

Na isquemia focal há algum grau de circulação assegurada pela circulação colateral, permitindo assim um aporte de oxigénio e glicose.

A oclusão parcial ou total de uma artéria cerebral ocorre devido a aterosclerose e trombose. Podem também, embora mais raras, ser causa de enfarte a dissecação arterial, vasculites primárias e secundárias (como no caso de meningites tuberculosas ou sífilis), situações de hipercoagulabilidade, doenças hematológicas, vaso-espasmo, hipotensão sistémica, doença *moyamoya*, hiperviscosidade sanguínea, displasia fibromuscular, compressão extrínseca das artérias por tumor e oclusão das veias que drenam o cérebro, doenças genéticas, angiopatias cerebrais do pós-parto e anticoncepcionais orais, (ROWLAND, MERITT, 2007)

As lesões isquémicas cerebrais têm quatro subtipos mais frequentes: Aterosclerótico que representam cerca de 40 a 55% do AVC; Cardioembólico que representa aproximadamente 16 a 28% dos casos; o enfarte lacunar, corresponde a cerca de 15 a 30% das situações; o tipo criptogénico, designação dada sempre que a causa não foi claramente determinada, estudos efetuados recentemente associam a persistência do *foramen oval*, a grande parte dos AVC's classificados como criptogénicos. (FUKUJIMA, *et al.* 2006)

De entre todos os AVC's os hemorrágicos representam cerca de 10 a 30%, percentagem esta, que varia de acordo com a localização geográfica dos doentes. Uma das principais causas deste tipo de hemorragia é a hipertensão arterial, que é responsável por 70 a 80% dos casos.

De acordo com a sua localização as hemorragias podem ser de dois tipos: Hemorragia cerebral caracterizada por sangue dentro do parênquima cerebral ou ventrículo, é denominada hemorragia parenquimatosa primária, quando a ruptura da parede vascular, é devida a processos degenerativos tais como: arteriosclerose, angiopatia amiloide e hipertensão arterial. É secundária quando se devem a malformação arteriovenosa, neovasos (hemorragia intratumoral) e alterações vasculares devidas a processos inflamatórios, quando a hemorragia é dentro do espaço subaracnoideo encefálico, pode ter origem num aneurisma ou malformação arteriovenosa ou na sequência de um traumatismo.

O quadro clínico mais característico é o início súbito, cefaleia intensa, alteração da consciência, vômito e rigidez da nuca. Na fundoscopia pode-se encontrar hemorragia retiniana.

2.2.2- Classificação Clínica-Vascular

De acordo com a literatura, a irrigação cerebral, é composta pela carótida interna, com os seus ramos, também denominada circulação cerebral anterior, e sistema vertebro basilar que constitui a circulação posterior. As manifestações clínicas, dependem do território vascular afetado. (ROWLAND, MERITT, 2007)

a) Artéria cerebral média (ACM): é o maior ramo da artéria carótida interna, responsável pela vascularização da maior parte da convexidade do hemisfério correspondente e estruturas subcorticais, os ramos corticais da porção superior irrigam a área cortical motora e sensitiva da face, mão e membro superior. O ramo inferior irriga as radiações óticas e a área recetora da linguagem, também denominada de *Wernicke*, quando se tratará do hemisfério dominante. Os ramos lenticulo-estriados irrigam a região subcortical (gânglios da base e cápsula interna).

Os sintomas associados à lesão do território da ACM São: Hemiparesia contra lateral, paresia facial, mão e membro superior, menor repercussão motora no membro inferior, não havendo hemianopsia homónima, alterações cognitivas de acordo com o hemisfério

afetado. No caso do hemisfério dominante pode ocorrer afasias de *Broca* e ou *Wernicke*, agrafia, alexia e apraxia no vestir, alterações visuo-espaciais e acalculia.

b) Artéria cerebral anterior (ACA): é um ramo médio da artéria carótida interna. Irriga as superfícies orbitais e médias dos lobos frontais e parietal, bordo superior e uma estreita faixa da face externa dos hemisférios, cabeça do núcleo caudado e parte anterior do núcleo lenticular, quando estes territórios são afetados podemos verificar os seguintes sintomas: monoplegia crural, espasticidade do membro superior com mão em “garra”, *incontinência urinária*, perda de sensibilidade das extremidades e membro inferior, alterações da postura e marcha, perseveração (inércia mental que se traduz pela persistência das expressões), indiferença, estereotípias e amnesia. Quando há alteração na circulação do tronco cerebral, cerebelo, talamo, e regiões dos lobos occipital e temporal, as manifestações indicam disfunção do tronco cerebral.(CAMBIER, *et al.*2005)

c) Arteria cerebral posterior (ACP): é um ramo da artéria basilar, são duas que circundam a base e face externa do pedúnculo cerebral, tem ramos colaterais, que irrigam o mesencéfalo e o talamo, e os ramos terminais irrigam a face do lobo occipital, corpo caloso, parte do corpo geniculado externo, as terceiras quartas e quintas circunvoluções temporais. A sintomatologia associada a lesões deste território são:

hemianópsia homónima bilateral, cegueira cortical, apraxia oclomotora, dislexia sem agrafia, amnesia, prosopognosia, desorientação espacial ou agnosia topografica, simultagnosia (é a incapacidade de perceber visualmente mais de um ou dois estímulos simultaneamente - *Síndrome de Balint*) fotofobia.

d) Artéria basilar, tem origem na união das artérias vertebrais e irriga o tronco cerebral. Quando ocluída pode causar: tetraplegia, síndrome vertiginosa, anestesia, alterações autonómicas, alterações oculomotoras e pupilares, estados de consciência alterados.

e) Artéria cerebelosa, tem início na artéria basilar e irriga o cerebelo, os sintomas da sua oclusão são: ataxia cerebelosa ipsilateral, náuseas e vômitos, discurso arrastado, síndrome de *Horner ipsilateral*, paresia facial ipsilateral, surdez e acufenos.

Contudo há que realçar que para além da circulação cerebral anatomicamente descrita, as vias anastomóticas, existentes na circulação cerebral, permitem proteger o cérebro oferecendo vias alternativas para contornar obstruções nas artérias principais. Porém as possíveis variações anatómicas podem reduzir a eficácia dessas vias. (ROWLAND, MERITT, 2007)

2.2.3- Epidemiologia

O Acidente vascular cerebral atinge anualmente 15 milhões de indivíduos em todo o mundo, dos quais 5 milhões morrem, e cerca de outros 5 milhões, ficam com sequelas incapacitantes, constituído uma sobrecarga para as famílias e sociedade, a incidência está a diminuir em muitos países com os programas de prevenção das situações de risco, como a hipertensão arterial, e o tabagismo, contudo em números absolutos continua a aumentar, devido ao envelhecimento da população, continuando a representar a 3ª causa de morte, e 2ª mais incapacitante depois dos acidentes de viação. (TUNA, 2008)

Segundo a OMS, o AVC é a segunda causa de morte no mundo, ocorre em indivíduos de meia-idade (40-55 anos), e idosos (> 55 anos). No Ano de 2005, o AVC terá sido responsável por aproximadamente 5,7 milhões de mortes em todo o mundo, o que corresponde a 9,9% do total de mortes. Dois terços dos AVC's ocorrem nos países em desenvolvimento. (SPOSNIK, DEL BRUTTO, 2003)

O impacto do AVC é medido de acordo com a sua incidência, prevalência e mortalidade. Geralmente as taxas de incidência variam entre 100 a 300 casos por 100.000 habitantes por ano. Já em relação ao género, em homens brancos a incidência é de 167 para 138 mulheres, nos negros é de 323 homens para 260 mulheres por 100.000 habitantes.

Quanto à mortalidade, os dados podem estar subestimados, uma vez que nem todos os doentes com AVC morrem devido ao mesmo. Geralmente o AVC é responsável por aproximadamente 10% das mortes nos países industrializados, com maior incidência nos indivíduos com mais de 65 anos. (ROWLAND, MERITT, 2007)

2.2.4- Fatores De Risco

Os fatores de risco podem ser classificados em modificáveis (lembrar que o AVC pode ter fatores predisponentes que ocorrem anos antes do evento vascular) e não modificáveis.

Fatores modificáveis: A hipertensão arterial, é o principal fator de risco, os indivíduos hipertensos tem um risco seis vezes maior de o desenvolver. Num estudo de meta-análise, foi confirmado que aproximadamente 30 a 40% do risco de AVC, podem ser reduzidos com a diminuição da tensão arterial, dieta rica em frutas, vegetais, e alimentos com baixo teor em gordura, atividade física e consumo moderado de álcool. (SACCO, *et al.* 2006).

A diabetes mellitus, está associada a um maior risco de AVC, com riscos relativos que variam entre 1,5 a 3,0 % de acordo com a gravidade e o tipo, exige-se uma abordagem multifatorial, com enfoque no controlo da hiperglicemia, hipertensão, deslipidemia e microalbuminúria, este controlo tem demonstrado diminuição do risco de AVC. (ROWLAND, MERITT, 2007)

A hipercolesterolémia e a deslipidemia, não é linear que a sejam fatores de risco para um primeiro AVC, ou recorrência. Em estudos recentes, verifica-se um efeito protetor das lipoproteínas de alta densidade (HDL), para a prevenção do AVC, estes estudos sugerem que doentes com doença coronária sejam tratados com estatinas para reduzir o risco de AVC (SACCO, *et al.* 2006). Também o tabagismo, é uma das principais causas de AVC, a par com a inatividade física e as doenças cardíacas.

Os fatores não modificáveis, prendem-se com a idade, que segundo alguns autores é crescente com o avançar da mesma *“ estima-se que o risco de AVC é aproximadamente 5% na faixa etária 55-59 anos, e aumenta para 25% na faixa etária 80 – 84 anos, sendo o seu pico de incidência entre a 7ª e 8ª décadas da vida, somados às co morbilidades cardiovasculares e metabólicas relacionadas com a idade”*

No género os homens têm maior risco de AVC independente da idade ou raça, no que reporta à etnia há estudos controversos. *“ O AVC tem maior incidência e mortalidade em negros que em brancos, os asiáticos tem uma maior frequência que os brancos, embora a frequência de doenças coronárias seja menor”* (TOMPSON, FURLAN, 1997)

3- ENQUADRAMENTO CONCEPTUAL

Das múltiplas teóricas de enfermagem possíveis, para advogar como suporte teórico para este trabalho optámos por Dorothea E. Orem, pois a sua teoria do autocuidado encerra em si pressupostos que fundamentam os objetivos deste trabalho. Como a própria autora nos refere o modelo de autocuidado é amplamente utilizado em contextos institucionais, como forma de planear atividades que os doentes sejam capazes “ *de iniciar e de desempenhar por si, na manutenção da vida, saúde e bem-estar*” (OREM, 1995), numa base individual.

Segundo Taylor citando Gullifer, este sugere que o “ *conhecimento de Orem sobre a relação enfermeiro doente (...) pode ser visto como sendo construído em parte, com base na filosofia de Kant*” incluindo o imperativo categórico e a fusão de corpo e mente. (TOMEY, ALLIGOOD, 2004)

O conceito *Kantiano* de “imperativo categórico”, diz respeito a “ *uma construção teórica que fundamenta as ações do indivíduo, diz respeito àquilo que existe independentemente da vontade da indivíduo. Se a ação é representada como boa em si, isto é, como necessária numa determinação em si mesma, tendo a razão como um princípio de vontade, então estamos perante o imperativo categórico*”, e o conceito de conhecimento que segundo Kant, “ *só é possível na medida em que interagem condições materiais de conhecimento que provêm da experiência (o que os sentidos percebem), com condições formais de conhecimento (o que a razão faz com que os sentidos percebam)* ” (KANT, 2011), são estruturantes da ação dos enfermeiros de reabilitação, no que diz respeito ao agir/ação deve ser um “imperativo categórico”, e o conhecimento adquirido e a adquirir, arrostado a Kant.

A Teoria Geral de Enfermagem de Orem, assenta em três pilares fundamentais, que estão inter-relacionados: teoria do autocuidado; teoria do défice de autocuidado; e teoria dos sistemas de enfermagem.

A autora identifica alguns pressupostos que contribuem para clarificar o cuidado de enfermagem aos indivíduos com incontinência.

Segundo Orem, “ *o autocuidado é o desempenho ou a prática de atividade que os indivíduos realizam em seu benefício para manter a vida, a saúde e o bem-estar.*” (FOSTER, BENNETT, 2000), que no que *concerne* ao indivíduo com incontinência pode enunciar-se pela capacidade do doente em controlar as micções e ou as atividades que lhe são inerentes, de forma a poder ter qualidade de vida, sem entropia na participação social, não dependendo de outros.

A autora refere igualmente que: “ *A capacidade do indivíduo se comprometer no autocuidado é afetada por fatores condicionantes básicos que são: idade; sexo; estado sociocultural; fatores de funcionamento dos sistemas de saúde; ambiente familiar; padrões de vida; fatores ambientais e de adequação e disponibilidade de recursos.*”, (FOSTER, BENNETT, 2000), fatores que estão, claramente presentes no doente com AVC, condicionando a sua capacidade para desenvolver estratégias e técnicas para promover a continência. Tal como referem (FOSTER, BENNETT, 2000) “*A procura terapêutica de autocuidado constitui-se na totalidade das ações de autocuidado a serem desempenhadas, durante determinado período de tempo, a fim de suprir as exigências terapêuticas de autocuidado.*”

É com este fundamento que os enfermeiros de reabilitação devem avaliar, planear e implementar, à luz dos seus conhecimentos, programas de reabilitação aos doentes com alterações da continência urinária, e ter na família e ou cuidadores informais, parceiros na promoção do autocuidado para a continência urinária dos doentes com AVC.

A teoria do autocuidado aborda a prática de cuidados realizados pelo indivíduo para seu “*benefício mantendo a vida, a saúde e o bem-estar*” (FOSTER, BENNETT, 2000). Assim o autocuidado exprime-se, como uma habilidade humana, uma vez que a sua execução está diretamente ligada, às circunstâncias que cada um dispõe para se auto cuidar. A autora menciona alguns fatores condicionantes, da capacidade de autocuidado tais como: idade; estágio de desenvolvimento; experiência de vida; situação sociocultural; saúde e acessibilidade de recursos.

Perante a incontinência urinária, existem exigências terapêuticas ou requisitos para readquirir ou readaptar este autocuidado. Na teoria de Orem são apontadas três

categorias de exigências terapêuticas/requisitos para o autocuidado: as universais; de desenvolvimento e as de “desvios de saúde”.

A autora enumera requisitos que considera universais de autocuidado, dos quais destacamos:

“ (...) - *A provisão de cuidados, associados a processos de eliminação e excreção. (...) (OREM, 1995)*, em que é evidente a universalidade e a importância que têm os cuidados apostos à eliminação quer como fundamento do equilíbrio orgânico quer na preservação da saúde, gerando condições internas e externas necessárias à regulação dos processos de eliminação, promovendo a sua manutenção e orientando o doente e família sobre o controlo da eliminação, mantendo em simultâneo as condições sanitárias do ambiente. *“Manter o equilíbrio entre a solidão e a interação social” (OREM, 1995)*,

Daqui resulta, quão importante é o controlo da eliminação, na manutenção da qualidade e equilíbrio para o desenvolvimento da autonomia individual nas relações sociais, encorajando vínculos afetivos, e estimular a autonomia e participação social, promovendo condições para o convívio social, para além de fornecer as condições necessárias para a manutenção do desenvolvimento humano. *“A prevenção de riscos à vida humana, ao funcionamento humano e ao bem-estar humano” (OREM, 1995)*.

As atividades relacionadas com a manutenção da continência também visam a diminuição de riscos, quer sejam de aparecimento de situações patológicas ou mesmo riscos físicos que ameaçam a integridade e o bem-estar do Homem, monitorizando prováveis situações de risco, realizando ações para a prevenção de eventos que possam conduzir a essas situações, protegendo o doente das situações que podem ser evitadas, como por exemplo os riscos contra a integridade física como é o caso do risco de queda, ou as alterações da integridade cutânea.

A manutenção da continência, também é promotora da saúde mental, na medida em que facilita a integração social e promove a qualidade de vida.

O Homem adulto é continente por definição, ou seja controla voluntariamente, o momento e o local para eliminar, e sempre que esta volição é ameaçada, está posta em causa a participação social, e vislumbra-se uma condição de anormalidade, com consequências que negam a participação social do indivíduo desidratado maior do Homem social.

(OREM,1995) afirma que “ *A promoção do funcionamento e desenvolvimento humanos, em grupos sociais, conforme o potencial humano, limitações humanas conhecidas e o desejo humano de ser normal. A normalidade é utilizada no sentido daquilo que é essencialmente humano e aquilo que está de acordo com as características genéticas e constitucionais, bem como os talentos dos indivíduos.*” E refere ainda que quando estes requisitos são providos de forma efetiva, através do autocuidado ou da satisfação deste por outros, provocam o bem-estar no indivíduo.

Os requisitos de autocuidado por “desvio de saúde” tal como nos refere, (FOSTER, BENNETT, 2000), são os exigidos em situações de doença ou acidente, como é o caso do AVC e as suas sequelas, podendo destacar-se:

- 1- Procura e garantia de assistência médica adequada.
- 2- Consciencialização dos efeitos, resultados e condições dos estados patológicos.
- 3- Execução efetiva de medidas prescritas pelo médico/enfermeiro.
- 4- Consciencialização dos efeitos desagradáveis ou perniciosos dos cuidados prescritos.
- 5- Modificação do autoconceito (e da auto imagem), na aceitação de si como estando numa situação de saúde particular, necessitando de formas específicas de cuidados de saúde.
- 6- Novas aprendizagens associadas aos efeitos das condições patológicas, bem como os efeitos das medidas de diagnóstico e terapêutica, adotando um estilo de vida que promova o desenvolvimento contínuo do indivíduo. (OREM, 1995),

Nas situações em que há necessidade de autocuidado por “desvio de saúde”, habitualmente o doente e a família/cuidadores informais, questionam os seus papéis face à situação vivida.

Quando ocorrem situações de dependência total ou parcial para a realização do autocuidado, como no caso de muitos doentes com AVC, que exibem muitas sequelas, estes passam de agentes de autocuidado para recetores de cuidados. Logo, a exigência de autocuidado depende das competências do doente, sendo que a determinação das mesmas é de extrema importância para identificar a existência ou inexistência de défices de autocuidado e das necessidades educacionais manifestadas por défice de conhecimentos, situações estas que concorrem para o défice de autocuidado, determinando quando e como os cuidados de enfermagem devem ser prestados. A

enfermagem intervêm, quando o indivíduo é incapaz ou tem limitações na realização do autocuidado e/ou em situações em que se reconhece previamente que a capacidade do indivíduo está aquém da necessidade de cuidado. Nestas situações há que intervir para que este as adquira ou readapte para fazer face a situação com que se depara.

A autora identifica quatro pressupostos fundamentais, que norteiam a intervenção dos Enfermeiros:

- 1- A Enfermagem presta cuidados e serviços para a saúde humana.
- 2- A enfermagem deve ser entendida como a arte e qualidade intelectual, que permite realizar investigações criativas, análises e sínteses de variáveis e dos fatores condicionantes em situações de enfermagem.
- 3- A enfermagem desenvolve ações que devem ser articuladas com a equipa pluriprofissional de saúde.
- 4- As ações planeadas por Enfermeiros devem ser expressas como forma de cuidado ideal, e resultem em efeitos positivos para a saúde e o bem-estar do indivíduo.

(Orem,1995) identifica cinco formas de intervenção:

“-Agir ou fazer para o outro

- Guiar o outro

- Apoiar o outro (física e psicologicamente)

- Proporcionar um ambiente que promova o desenvolvimento individual, quando se tornar capaz de satisfazer necessidades futuras ou atuais de ação.

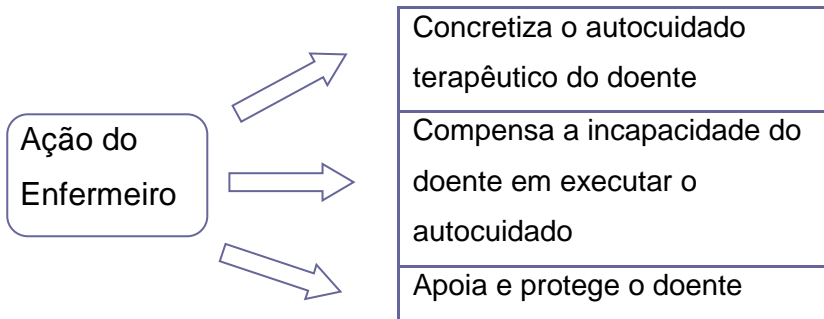
-Ensinar o outro.”

A teoria dos sistemas de Enfermagem “ *estabelece a estrutura e orienta as práticas de Enfermagem, além de articular as intervenções próprias da Enfermagem bem como as intervenções próprias do indivíduo, sempre orientadas pela necessidade*”.

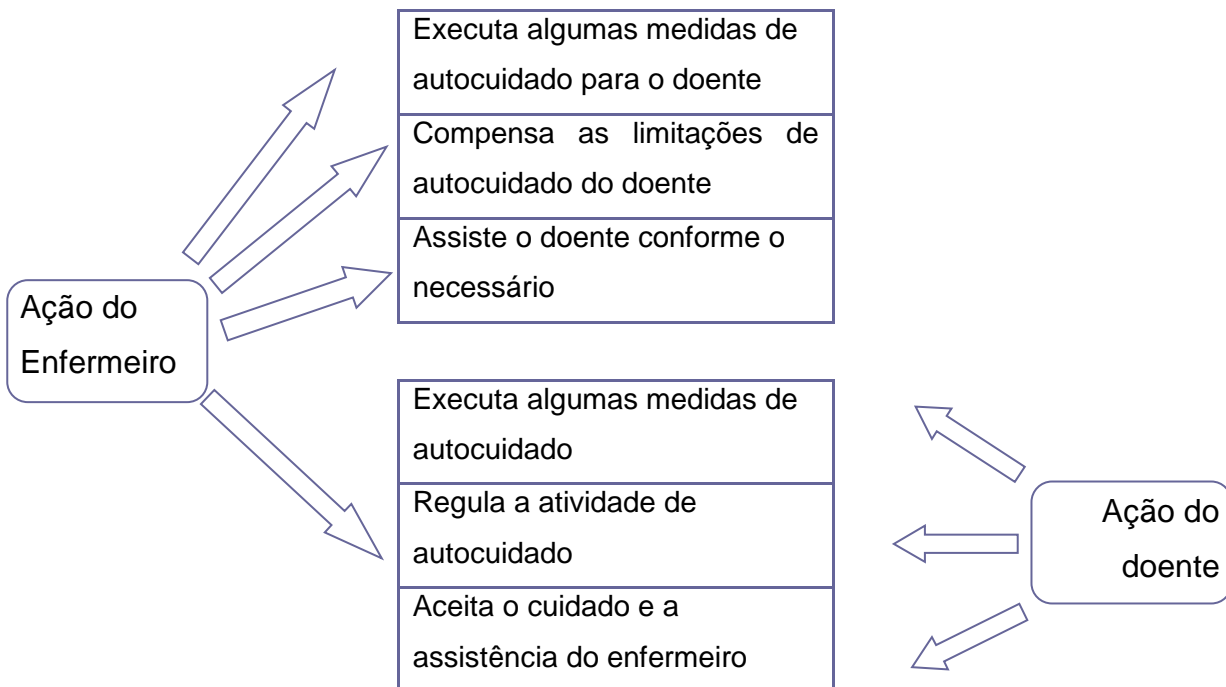
O sistema de Enfermagem tem por base as necessidades de autocuidado, e as capacidades do indivíduo para as desempenharem, quando ocorre um défice de autocuidado os cuidados de Enfermagem são necessários, estes cuidados tem como finalidade, conhecer, agir e ajudar os indivíduos a suprirem as suas necessidades terapêuticas de autocuidado, treinando ou desenvolvendo as suas próprias habilidades e capacidades.

O modelo de Orem enquadra as intervenções de enfermagem em sistemas, “*completamente compensatório, parcialmente compensatório ou útil para as necessidades educacionais*” (OREM, 1995), com o intuito de orientar as intervenções de enfermagem, como está expresso no esquema da figura 2.

Sistema Totalmente compensatório



Sistema Parcialmente compensatório



Sistema de apoio-educação

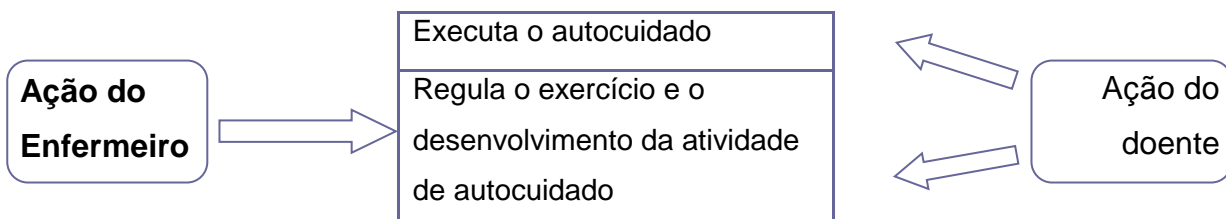


Figura 2 - Sistemas básicos de enfermagem. (De Orem, D.E.[1985]. Nursing: Concepts of practice (5ª edição). St. Louis: Mosby)

Estes sistemas são compostos por elementos fundamentais tais como: a dimensão da responsabilidade dos Enfermeiros, na prestação de cuidados; o papel do Enfermeiro, do indivíduo e restantes elementos da equipa pluriprofissional; a relação entre o Enfermeiro – Doente e quais as ações desempenhadas por cada um dos atores, para fazer face as exigências de autocuidado. (OREM, 1995),

3.1- INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM

Os sistemas básicos de enfermagem descritos por Orem podem estar presentes, de forma sequencial ou em simultâneo num mesmo doente, de acordo com o estágio de reabilitação em que se encontra, ou à medida que vai readquirindo mais capacidades, assumindo as suas ações de autocuidado.

Indivíduos haverá em que não, poderemos passar de um nível para outro “superior”, pois esta transição depende do potencial de reabilitação de cada um e da gravidade das sequelas manifestadas, o que não implica que os objetivos maiores não sejam a máxima autonomia possível na realização do autocuidado, nem que para tal não tenhamos que incluir a família e ou cuidadores informais, como “elementos compensatórios” do autocuidado, proporcionando o restabelecimento da continência urinária ou a vivência da incontinência com as menores implicações para a qualidade de vida do indivíduo.

É com base nestes sistemas que iremos descrever as intervenções de enfermagem, para o tratamento/ reabilitação da incontinência urinária pós AVC.

O sistema totalmente compensatório, reporta-se sempre que o doente é incapaz de desempenhar as ações/tarefas de autocuidado, que advêm dos requisitos universais de autocuidado, tais como a alimentação adequada, a eliminação, a deambulação, controlo de movimentos, a prevenção de riscos e um funcionamento humano com vista ao bem-estar. Os doentes com estas limitações são dependentes de outros para manter a sua existência e o seu bem-estar.

Os cuidados de enfermagem visam atender às necessidades inerentes à integridade da estrutura e funcionamento do corpo humano. As intervenções de enfermagem a este nível passam por fazer uma avaliação atenta da situação do doente, que não passa só pelos aspetos de funcionamento fisiológico, mas deve conter aspetos relacionados com as

capacidades físicas e cognitivas, bem como aspetos sociais e do meio ambiente, colhendo informação sobre os hábitos e padrões de eliminação anteriores, situação sócio familiar e condições sanitárias, é uma avaliação clínica, que deve incluir, avaliação neurológica, história clínica pregressa e atual, bem como aspetos psicológicos, sociais e ambientais, “ *A avaliação da enfermeira parte dos aspetos fisiológicos, sem entretanto, deixar de dar ênfase aos aspetos psicológicos, sociais e ambientais que influenciam o quadro do problema.*”(RODRIGUES, MENDES, 1994).

A avaliação tem como objetivo planejar as intervenções de enfermagem, individualizadas, para dar resposta às manifestações dos doentes, instituindo medidas terapêuticas e ou de reabilitação do controlo miccional, ou quando estas não são possíveis, ensinar estratégias para minimizar os seu efeitos. “ *A avaliação realizada pela enfermeira está voltada para orientar a conduta de reestruturação da continência sempre que possível, ou facilitar o convívio com a incontinência, quer no contexto institucional ou na comunidade e enquadra o doente no seu contexto sócio familiar.*” (RODRIGUES, MENDES, 1994). Depois de efetuada a avaliação e gizado o plano de intervenção, o enfermeiro deve precocemente implementar medidas compensatórias que visem suprir o défice na realização deste autocuidado.

Uma percentagem significativa dos doentes com AVC, encontra-se algaliado, pelo que é de toda a pertinência a remoção o mais precocemente possível dos cateteres urinários, para a prevenção de infeções urinárias, e estabilização do quadro, os doentes que permanecem algaliados, atrasam o seu processo de reabilitação, pois esta impede que se dê início às medidas que visam a reabilitação dos mecanismos da continência, uma vez que os doentes não consciencializam a situação de incontinência. Estudos internacionais revelam que há melhoria significativa do funcionamento vesical com a remoção precoce dos cateteres vesicais. (VAUGHN, 2009)

De toda a bibliografia consultada verificamos que a terapia comportamental é a intervenção com melhores resultados para a reabilitação e tratamento da incontinência urinária pós AVC.

“A terapia comportamental, segundo a ICS (International Continence Society), compreende a análise e alteração da relação do sintoma do paciente no seu ambiente para modificação

*de maus hábitos miccionais. A terapêutica compreende **diário miccional, educação do paciente em relação ao hábito urinário, reeducação vesical, exercícios do pavimento pélvico** (com ou sem bio feedback), **estratégias para o controle do desejo miccional e orientações para dieta e ingestão hídrica, conforme apresentado por diversos autores em seus estudos randomizados, e também em estudos de menor consistência de evidência.*** (MESQUITA, CÉSAR, et al. 2010)

Este conjunto de intervenções, tem que ir de encontro as necessidades do doente e as suas capacidades para as desenvolver, podendo ser incluídas no sistema totalmente compensatório, (a cargo do enfermeiro), quando o doente não possui capacidade quer física quer intelectual para as realizar, ou no sistema parcialmente compensatório caso o doente as execute de forma parcial, podem estar afetas ao sistema de apoio ensino caso sejam realizadas pelo doente como forma de vivenciar as alterações da micção manifestadas, ou ate realizadas pelos seus cuidadores.

Dissecando cada um dos passos da terapia comportamental começaremos pelo diário miccional, que é em simultâneo uma intervenção e uma estratégia de avaliação, que permite caracterizar os hábitos miccionais diários do doente, permitindo traçar o perfil do hábito urinário do doente e o tipo de bexiga apresentado pelo mesmo. Consiste no registo da ingestão hídrica, no número de micções, da intensidade do desejo miccional, do volume urinado e o horário, bem como eventuais episódios de perdas e fatores desencadeantes associados, deve ser preferencialmente realizado pelo doente, e na sua impossibilidade pelo enfermeiro ou cuidador. Tem como objetivo fazer o “retrato” do padrão miccional para restabelecer a melhor conduta de reeducação da função vesical. (TOLENTINO, ZANOTTO, et al. 2008)

“Um estudo de Wein mostra evidências que o diário miccional possibilita modificar hábitos miccionais e permite que o paciente se torne mais consciente dos seus hábitos. Outros trabalhos ainda sinalizam que este é utilizado muitas vezes como base no planeamento do programa, quantificando o problema do paciente. Além disso, ele permite a avaliação objetiva do progresso do tratamento.” (MESQUITA, CÉSAR, et al. 2010)

É um instrumento fundamental para a tomada de decisão e controlo das intervenções planeadas ou a planear.

No que diz respeito ao restabelecimento dos hábitos de eliminação vesical, cabe ao enfermeiro “oferecer” com regularidade o urinol ou arrastadeira, utilizar dispositivos de proteção e ou recolha (fraldas, pensos ou dispositivos urinários masculinos), que minimizem o efeito das perdas de urina, com especial destaque para o período da noite. A reeducação miccional consiste em estimular o doente a urinar a intervalos regulares, visando o controlo da urgência miccional, e o aumento a capacidade vesical e da redução dos episódios de perdas de urina, estudos científicos relataram que a terapia de reeducação miccional, é capaz de diminuir as contrações involuntárias do detrusor, e aumentar a pressão de encerramento uretral com grande volume vesical. (CORREIA, 2010). Também se devem iniciar nesta fase o treino de exercícios do pavimento pélvico, que consistem na contração da musculatura pélvica, para fortalecimento das estruturas musculares de suporte, aumentando a capacidade de contenção.

“As contrações voluntárias e repetitivas do pavimento pélvico, aumenta a força muscular e, conseqüentemente, a continência urinária pelo estímulo da atividade do esfíncter uretral. Além disso, estudos mostram evidências de que os exercícios para o pavimento pélvico favorecem e melhoram o suporte do colo vesical.” (MESQUITA, et al. 2010)

Estes exercícios adotaram o nome do seu autor o Dr. Arnol Keguel, que em 1948 os instituiu como tratamento da incontinência urinária no pós parto, e que até hoje têm demonstrado bons resultados para vários tipos de incontinência urinária, nomeadamente nas situações de bexiga neurogénica desinibida, situação muito frequente nos doentes com AVC.

Estudos científicos têm demonstrado que a contração do esfíncter externo da uretra, provoca a inibição da contração do detrusor, levando a uma diminuição do desejo da micção. Os exercícios do pavimento pélvico utilizados na hiperatividade do detrusor, são mediados por ação reflexa: “reflexo de inibição voluntária da micção”. Para manutenção da continência é também importante que a atividade do detrusor seja bloqueada quando os músculos do pavimento pélvico se contraem. (MESQUITA, et al., 2010), nas últimas décadas tem-se associado a estes exercícios técnicas de *Bio feedback*, que consistem:

” Uma técnica na qual a informação sobre o processo fisiológico, que normalmente é inconsciente, é apresentada ao paciente na forma de sinal visual, auditivo ou táctil. Existem várias técnicas de bio feedback, utilizadas medindo a atividade muscular perineal ou do esfíncter anal externo, enquanto elétrodos de superfície localizados na região abdominal medem a atividade dos músculos abdominais, permitindo que o paciente seja orientado quanto à inibição da contração destes músculos durante a contração do pavimento pélvico. A inibição dos músculos abdominais permite a diminuição da pressão vesical, prevenindo a perda urinária” (MESQUITA, et al. 2010),

Tal como anteriormente foi exposto, algumas destas intervenções, e nomeadamente as estratégias para o controlo do desejo miccional, tem continuidade e atingem o seu corolário no sistema de apoio e ensino.

O sistema parcialmente compensatório, ocorre quando, a satisfação das necessidades de autocuidado são partilhadas pelo Enfermeiro e pelo doente. Neste sistema o Enfermeiro intervém junto do doente compensando as suas limitações de autocuidado, no que se reporta às alterações da micção, as intervenções são executadas com a participação do doente, das mais referidas em estudos científicos, destacam-se as que dizem respeito à vivência da situação de incontinência por parte do doente, utilizando estratégias para minimizar os seu efeitos (DIMOND, 2007), destas estratégias sobressaem as que dizem respeito à acessibilidade aos locais e ou dispositivos de recolha de urina, (PRICE, 2011), tais como: Durante a socialização aos serviços mostrar os sanitários e como lá chegar, bem como escolher quartos mais próximos dos sanitários para doentes com incontinência urinária; deixar uma luz de presença ligada durante a noite para facilitar o acesso aos sanitários, e ou colocar o urinol ou arrastadeira acessível e perto da cama do doente. (HÄGGLUND, 2010) .

Para além das medidas referidas deve-se ter a preocupação de escolher roupa fácil de despir, que não constitua entrave à utilização dos sanitários, promover uma ida aos sanitários antes de doente se deitar, dar incentivos aos doentes sempre que utilizam os sanitários com sucesso, (YAP, TAN, 2006)promover a *micção imediata* dos doentes. (HERSCHORN, BECKER, et al. 2004).

A utilização de técnicas de distração dos doentes, segundo (SHAFIK 2003a) que podem ir desde a resolução de cálculos matemáticos à leitura, ou atividades de ocupação intelectual, no caso de se tratar de doentes de sem défices cognitivos podem-se reduzir os episódios de incontinência de 39 a 100% dos casos, com uma redução média de 85% das perdas de urina após quatro sessões de treino. (SHAFIK, 2003b)

No Sistema de apoio – educação, os doentes são capazes de desempenhar atividades de autocuidado, mas no entanto podem e devem aprender ou reaprender a desempenhar as ações exigidas para o autocuidado terapêutico, consoante as alterações/sequelas manifestadas, mas não o podem fazer sem o apoio, ensino/orientação do enfermeiro. O doente realiza todas as ações, mas precisa de ajuda para a tomada de decisão, para o controlo comportamental e aquisição de conhecimentos e habilidades.

O Enfermeiro capacita-o para o autocuidado. No que à incontinência diz respeito, as intervenções de ensino deve incluir a família e ou cuidadores informais, (HÄGGLUND, 2010), a explicação do funcionamento do aparelho urinário, ajuda a consciencializar as alterações da micção e permite aos doentes e cuidadores ajustar estratégias individuais para o seu controlo (HERSCHORN, *et al.*, 2004), outros ensinamentos devem igualmente ser instituídos, como os ensinamentos que dizem respeito à alimentação e ingestão hídrica, para fazer face a estas alterações.

4- METODOLOGIA

A metodologia é um conjunto de abordagens, técnicas e processos utilizados pela ciência para formular e resolver problemas de obtenção objetiva do conhecimento, de forma sistemática.

“O método é um conjunto de procedimentos controlados de maneira ordenada e sistemática para a aquisição de informações empíricas e seguras” (POLLIT, HUNGLER, 1995)

A metodologia quantitativa traduz em números as informações obtidas para serem classificadas e analisadas, utilizando técnicas estatísticas.

A metodologia utilizada neste estudo foi a quantitativa, uma vez que se tratou de um processo sistemático, objetivo e formal que permitiu evidenciar o padrão de ocorrência das questões estudadas.

4.1. TIPO DE ESTUDO

Este trabalho é um estudo de carácter descritivo, uma vez que se pretendeu obter informação acerca de uma característica em particular num determinado campo, tendo como objetivo discriminar os conceitos e fatores determinantes que estão associados ao fenómeno em estudo.

4.2. POPULAÇÃO E AMOSTRA

Uma população é uma coleção de elementos ou de sujeitos que partilham características comuns, definidas por um conjunto de critérios. O elemento é a unidade de base da população junto da qual a informação é recolhida. (FORTIN, 2009). Neste estudo, a população foi constituída pelos enfermeiros dos serviços de Medicina Interna de um centro hospitalar de Lisboa, serviços onde a prevalência de doentes com AVC é mais elevada.

Em relação à amostra, foi utilizada amostragem probabilística, tendo como único critério de inclusão, enfermeiros que desempenham funções nos serviços de medicina.

Foram distribuídos questionários a todos os enfermeiros que cumprem os critérios, os questionários recolhidos constituem a amostra, N = 113.

4.3. INSTRUMENTO DE COLHEITA DE DADOS

Os instrumentos de colheita de dados são essenciais para a fidelidade, qualidade e objetividade da pesquisa. Desta forma, a sua elaboração e aplicação deve seguir critérios técnicos rigorosos, que não comprometam a qualidade dos resultados. (MICHEL, 2005).

No caso do presente estudo foi elaborado para o efeito um instrumento de colheita de dados que cumpre os requisitos enunciados. As questões colocadas no questionário foram divididas em dois grupos, no primeiro grupo são colocadas questões que dizem respeito à avaliação feita pelos enfermeiros dos doentes com incontinência urinária, no segundo grupo, figuram as questões relativas às intervenções de enfermagem, que visam a satisfação das necessidades dos doentes e famílias com incontinência urinária. Os dois grupos de questões decorrem dos objetivos do estudo, a avaliação e a intervenção dos enfermeiros perante a questão de investigação, estas questões obedeceram a uma pesquisa bibliográfica exaustiva que as fundamenta no *legis artis*.(Anexo I)

Foi realizado um pré teste com aproximadamente 10% da amostra estimada.

Os pré-testes do questionário são as verificações feitas de forma a confirmar que este seja aplicável com êxito e que dê uma resposta efetiva aos problemas levantados pelo investigador. Para aplicar os pré-testes, o questionário deverá já ter sido redigido com as questões formuladas e ordenadas de maneira provisória (COUTINHO, 2010). O pré teste depois de aplicado, foi analisado dando origem a algumas reformulações das questões, que deu origem ao questionário final a ser aplicado.

4.4. APLICAÇÃO DO INSTRUMENTO DE COLHEITA DE DADOS

O Instrumento de colheita de dados foi distribuído, em Fevereiro de 2012 a todos os enfermeiros dos serviços de Medicina Interna de um centro hospitalar de Lisboa, e

recolhidos em Abril de 2012. A resposta ao questionário foi voluntária e de devolução opcional, salvaguardando a confidencialidade absoluta. (Anexo II)

4.5. PROCESSAMENTO DOS DADOS

A análise dos dados teve por base a construção de uma tabela de frequências, em Excel a partir da qual foram elaborados gráficos de frequência, foi feita uma análise estatística, utilizando o programa SPSS (Statistical Product and Service Solutions), utilizando testes não paramétricos. “**Qui quadrado**”, (Chi-Square Test), que permitem verificar igualdade/semelhança entre categorias mutuamente exclusivas ou seja comparar proporções, isto é as possíveis divergências entre as frequências observadas e esperadas para determinado evento, mas como em amostras não muito grandes o valor do “qui quadrado”, pode ter um erro elevado, optou-se igualmente por utilizar o “**Teste exato de Fisher**” (Fisher’s Exact test), que permite calcular a probabilidade de associação das características que estão em análise, ou seja, a probabilidade de tais características serem independentes do tamanho da amostra. Utilizaram-se coeficientes de correlação “**Coefficiente de correlação de Spearman**” (Spearman Correlation), uma medida de correlação não-paramétrica, que avalia a relação entre duas variáveis, sem ter por base a distribuição das frequências dessas mesmas variáveis e o “**Coefficiente de correlação de Pearson**” (Pearson’s relation), igualmente um coeficiente de correlação, que mede o grau da correlação entre duas variáveis. No estudo foi utilizada uma significância de 95%.

4.6. QUESTÕES ÉTICAS

Em todas as etapas da realização do estudo, foram tidos em conta os aspectos éticos referentes à proteção dos direitos dos inquiridos, garantia da confidencialidade e anonimato das fontes, bem como voluntariedade de participação no estudo.

Foi solicitada autorização ao Conselho de Administração do local de realização do estudo, bem como as respetivos Enfermeiros Chefes. (Anexo II)

5. APRESENTAÇÃO E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

5.1. CARACTERIZAÇÃO DA AMOSTRA

A amostra é constituída por enfermeiros dos serviços de Medicina Interna de um centro Hospitalar de Lisboa num total de 113 inquiridos.

A média de idades dos inquiridos é de 31,17 com um erro padrão de 0,69, como ilustra a tabela 1 e o gráfico da figura 3.

Tabela 1 – Descritivos da idade dos inquiridos

Descritivos				Estatística	Erro padrão
Idade	Media			31,17	0,694
	Intervalo de Confiança de	95% da média	Limite Inferior	29,79	
			Limite superior	32,54	
	5% Média ponderada			30,33	
	Mediana			29,00	
	Variação			54,445	
	Desvio padrão			7,379	
	Mínimo			23	
	Máximo			56	
	Serie			33	
	Intervalo interquartil			6	
	Assimetria			1,815	0,227
	“Kurtosis”			2,886	0,451

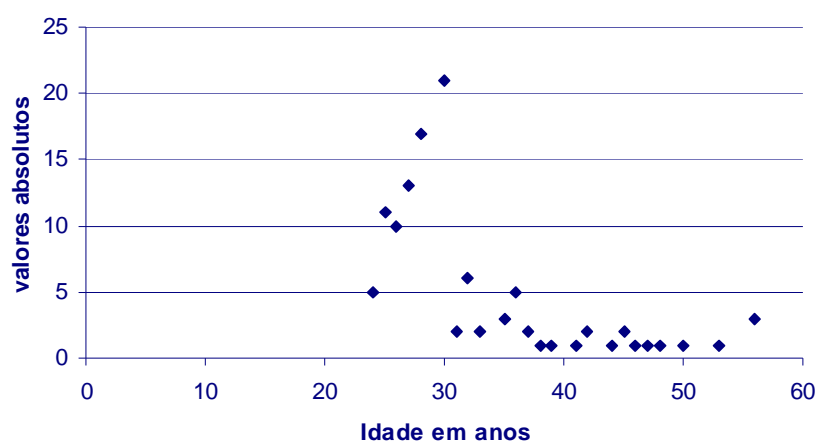


Figura 3 – Perfil etário da amostra dos inquiridos (n = 113).

Quanto ao género dos inquiridos obteve-se uma percentagem de 90,3% para o género feminino e de 9,7% para o género masculino.

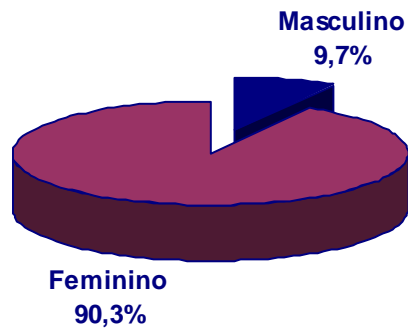


Figura 4 – Distribuição percentual do género dos inquiridos

O tempo de exercício profissional com o maior número de inquiridos situa-se no intervalo [4,7] anos seguido do intervalo [0,3] anos, tratando-se portanto de enfermeiros com poucos anos de exercício profissional.

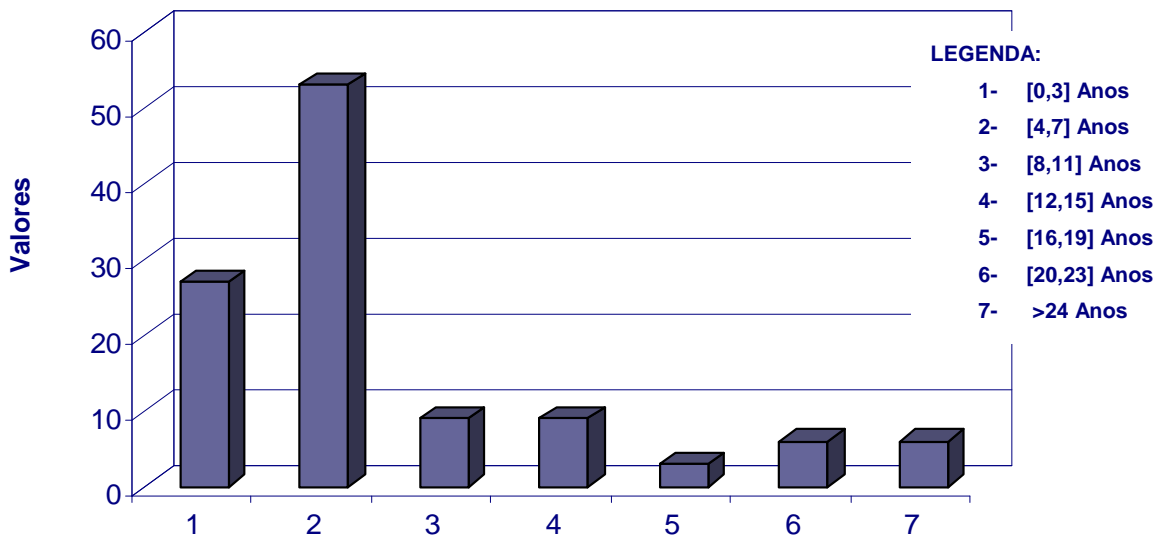


Figura 5 – Representação gráfica do tempo de exercício profissional dos inquiridos (n=113)

No que diz respeito às habilitações dos elementos da amostra, como se verifica no gráfico seguinte há uma prevalência pelos licenciados.

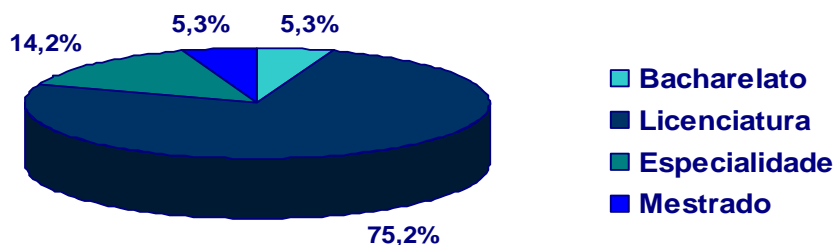


Figura 6 – Distribuição percentual das habilitações dos inquiridos

Dos inquiridos verificou-se que 14,2 % tem uma especialidade, que se distribui conforme a tabela 2 e o gráfico da figura 7.

Tabela 2 – Distribuição dos Inquiridos com especialidade

		Frequência	Percent.	Percent. Valid.
Valid.	Enf. Reabilitação	4	3,5	25,0
	Enf. Med. Cirúrgica	7	6,2	43,8
	Enf. S. Mental e psiquiátrica	2	1,8	12,5
	Enf. S. do idoso	3	2,7	18,8
	Total	16	14,2	100,0
Sem	Especialidade	97	85,8	
Total		113	100,0	

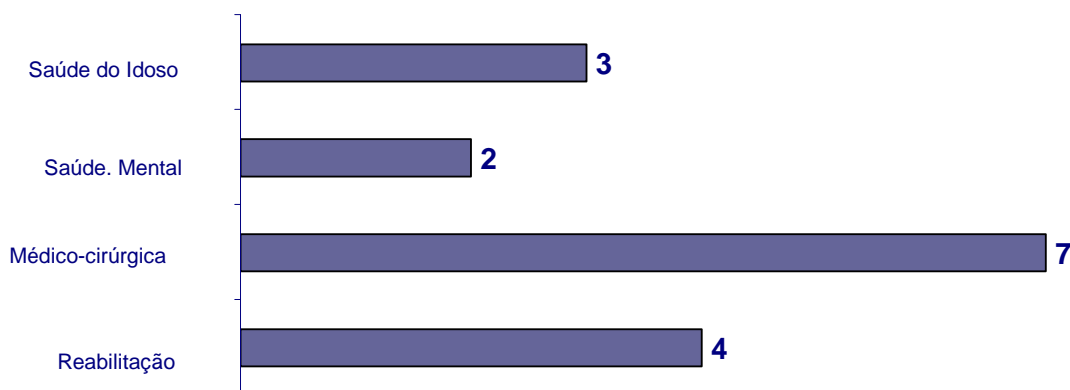


Figura 7 – Distribuição de frequências do tipo de especialidade dos inquiridos

Quanto à permanência dos inquiridos nos serviços, onde foi realizado o estudo verifica-se que a média é de 6,41 com um erro padrão de 0,47 como ilustra a tabela 3 e o gráfico da figura 8.

Tabela 3 - Descritivos dos anos de permanência dos inquiridos nos serviços do estudo

Descritivos			Estadística	Erro padrão
Anos serv.	Media		6,41	0,473
	Intervalo de Confiança 95% da média	Limite inferior	5,47	
		Limite superior	7,34	
	5% Média ponderada		5,79	
	Mediana		5,00	
	Varição		25,244	
	Desvio padrão		5,024	
	Mínimo		1	
	Máximo		30	
	Série		29	
	Intervalo interquartil		4	
	Assimetria		2,209	0,227
	"Kurtosis"		5,482	0,451



Figura 8 – Perfil de anos de permanência dos inquiridos (n=113) no serviço

5.2. ANÁLISE DOS RESULTADOS

5.2.1 – Como avaliam os enfermeiros as alterações da eliminação vesical nos doentes com AVC

O instrumento de colheita de dados é composto por duas partes, na primeira parte pediu-se aos enfermeiros, que respondessem como avaliam as alterações da eliminação vesical nos doentes com AVC, de quem cuidam.

As perguntas numeradas de 1 a 21, refletem o que está preconizado ser avaliado nos doentes com AVC e alterações da micção. (BROOKS, WENDY, 2004). A avaliação da incontinência urinária confina em si mesma quatro conjunturas, que correspondem a quatro grupos de questões. (HIGA, LOPES, 2008).

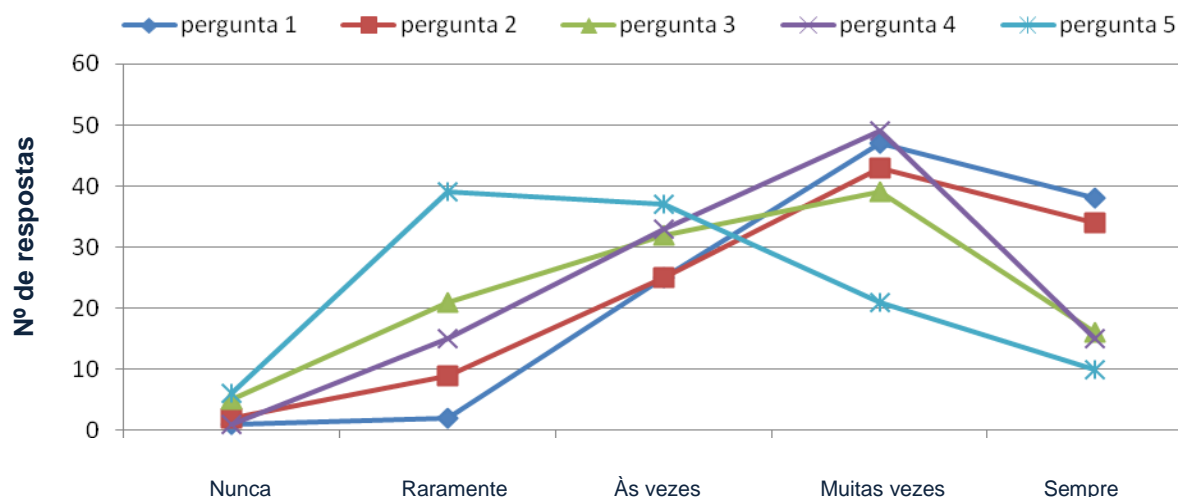


Figura 9 – Representação gráfica das respostas ao grupo de questões sobre a caracterização da incontinência

O gráfico da figura 9, representa as respostas dadas pelos enfermeiros, ao primeiro grupo de questões (1 a 4), que corresponde à caracterização do tipo de incontinência que o doente apresenta, e como esta se manifesta (questão 5). As respostas denotam que os enfermeiros avaliam o tipo de incontinência, e as suas manifestações na sua maioria “muitas vezes” (35,2%), há contudo um número significativo de enfermeiros que só o faz “às vezes” (26,9%), esta conduta dos enfermeiros, pode refletir que a avaliação da incontinência urinária, não faz parte integrante da avaliação que se preconiza sistemática dos doentes, se não teríamos obtido um maior número de respostas de “sempre” (20%), para corroborar o que foi inferido, está o facto de 17,8% dos enfermeiros “nunca” ou

“raramente” faz esta avaliação, o que leva a querer que se estes aspetos da avaliação, não são aturadamente realizados, comprometendo o planeamento dos cuidados e consequentemente os seus resultados.

No que diz respeito à questão 5, “avalia as características das perdas de urina dos doentes”, há que notar que um grupo de enfermeiros significativo, “nunca” ou “raramente” (39,8%) o fazem, o que é demonstrativo da frequência da avaliação feita aos doentes com incontinência urinária. Não conhecendo as características das perdas de urina, como podem os enfermeiros instituir medidas de proteção adequadas para fazer face às perdas de urina?

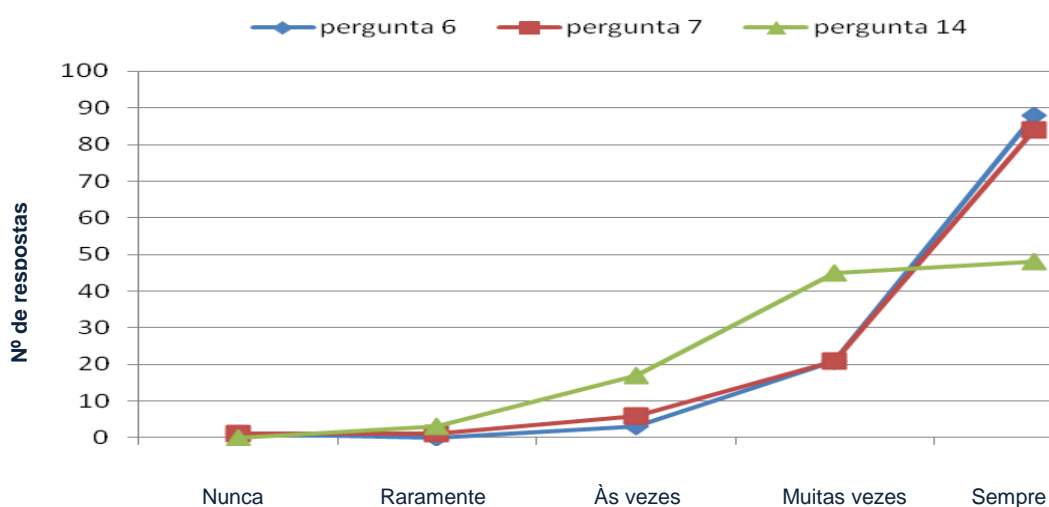


Figura 10 - Representação gráfica das respostas ao grupo de questões sobre de que forma o doente satisfaz a necessidade básica da eliminação vesical.

O gráfico da figura 10, representa as respostas dos enfermeiros ao grupo de questões que avaliam, de que forma o doente satisfaz a necessidade básica da eliminação vesical.

Neste grupo, os inquiridos respondem na sua maioria “sempre” (64,8%) e “muitas vezes” (25,6%), o que leva a querer que os enfermeiros, têm presente que a avaliação da forma como os doentes realizam essa necessidade humana básica, e fundamental para o planeamento dos cuidados de enfermagem de âmbito geral, e dos cuidados de enfermagem aos doentes com alterações da micção em particular. A avaliação é uma pedra basilar da prestação de cuidados, só avaliando de que forma o doente satisfaz a necessidade eliminação vesical, se podem prestar cuidados de enfermagem individualizados, e de qualidade com o desiderato de promover a continência dos doentes.

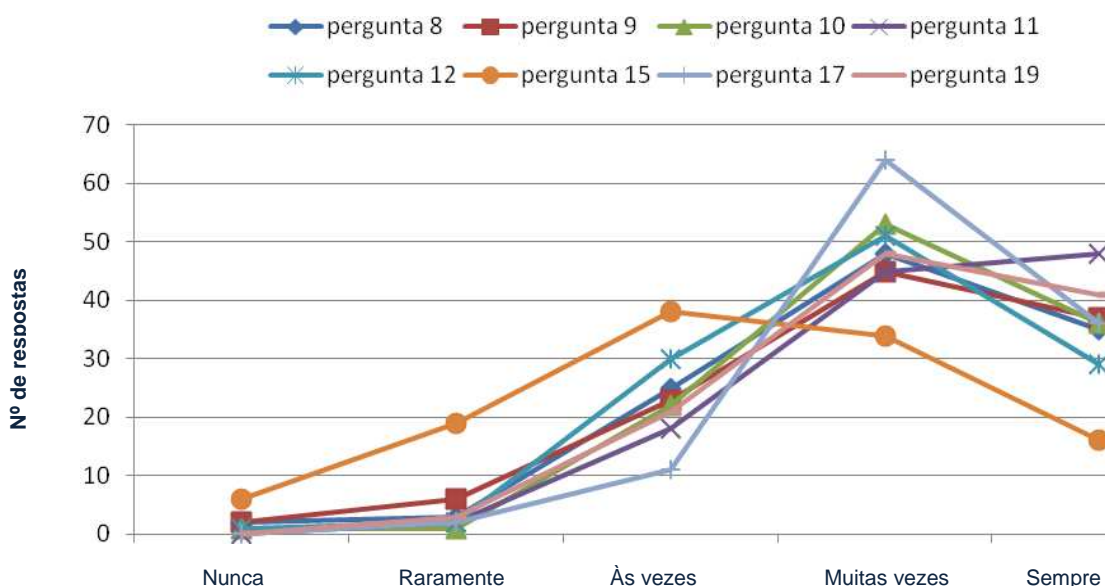


Figura11 - Representação gráfica das respostas ao grupo de questões sobre avaliação de situações que podem ser causa de incontinência

O grupo de questões representado no gráfico da figura 11, reproduz as respostas dadas pelos enfermeiros, às questões que avaliam as causas que podem levar à incontinência urinária, ou contribuir para ela, independentemente do doente ter sofrido ou não um AVC, estas causas podem ter subjacentes patologias neurológicas, funcionais ou iatrogenias. As respostas dos enfermeiros, são na sua maioria “muitas vezes” (42,9%) e “sempre” (30,7%), o que vai ao encontro do que refere a bibliografia, que diz que a avaliação das causas é fundamental para o planeamento das intervenções e para o sucesso das mesmas (HIGA, LOPES, 2008),

A questão 15 “avalia a distância a que o doente está dos sanitários” verificando-se por parte dos enfermeiros, uma resposta maioritária de “às vezes” (33,6%), e “nunca” ou “raramente” (22,1%), o que pode significar parca preocupação com esta situação. Contudo, a dificuldade de acesso pode, por si só, condicionar um tipo de incontinência funcional, (HOEMAN *et al.*, 2000), e pode fazer a diferença entre ser-se ou não continente. Está ao alcance dos técnicos de saúde, e em particular dos enfermeiros banirem esta situação, tornando mais acessíveis os sanitários, com particular relevância para os doentes que sofrem de urgência miccional, situação muito frequente nos doentes com AVC (DUMOULIN, *et al.* 2007).

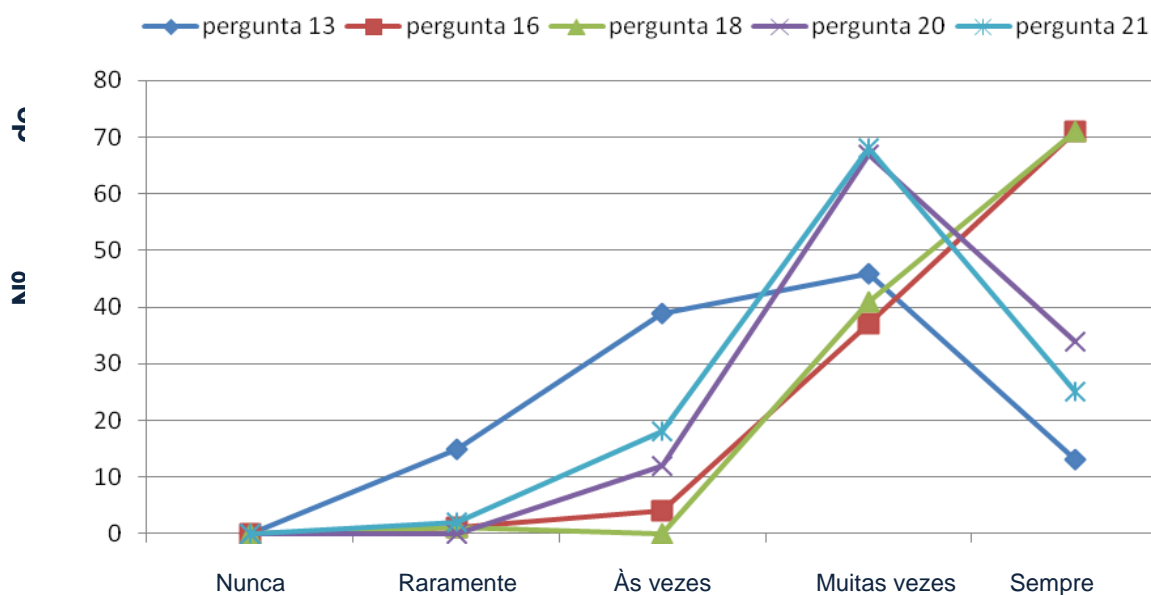


Figura 12- Representação gráfica das respostas sobre avaliação geral dos doentes

A avaliação geral dos doentes, dá informações importantes para a prestação dos cuidados de enfermagem em geral, e também para a prestação de cuidados de enfermagem, direcionados para os doentes com alterações da micção, o gráfico da figura 12, representa as respostas dos enfermeiros às questões de avaliação de carácter geral dos doentes, que tem repercussões, ou podem indiciar a existência de alterações na eliminação vesical. Seria expectável que os enfermeiros as realizassem sempre, mesmo para aqueles que não estejam especialmente preocupados com esta temática. Embora a maioria dos enfermeiros o faça “muitas vezes” (45,8%), não chega a ser metade dos inquiridos, o que o que pode manifestar alguma incúria na avaliação destes aspetos, que são tão importantes para uma prestação de cuidados de qualidade, independentemente dos doentes terem ou não alterações da micção. A observação do abdómen pode dar informações prestimosas sobre a situação global de saúde do doente, padrão de eliminação intestinal e mesmo vesical, a monitorização da ingestão hídrica, tem eco a nível sistémico na hidratação dos doentes, logo no padrão de eliminação vesical, a avaliação das condições da pele, é fundamental quer para o diagnostico da incontinência, quer para a necessidade de instituir medidas de proteção, e quais as mais adequadas, as alterações da locomoção, para além de essenciais para o planeamentos cuidados, podem por si só ser causa de incontinência por interferir na acessibilidade, quer aos sanitários quer mesmo no manuseamento dos recipientes de recolha. (AZEVEDO, YAMANDA, 2005). A avaliação das interferências que a incontinência tem na vida quotidiana dos

doentes, deve ser tida em linha de conta na avaliação geral dos doentes e pela resposta dos enfermeiros a esta questão, representada na pergunta 13, verifica que os enfermeiros responderam maioritariamente “às vezes” (34,5%) e “muitas vezes” (40,7%), contudo, importa referir que há uma percentagem significativa que só o faz “raramente” (13,2%). Este aspeto é significativo já que a incontinência urinária tem um importante impacto na qualidade de vida dos doentes e suas famílias, com particular relevância como uma das causas do seu isolamento social (HONÓRIO, SANTOS, 2008), e do impacto socioeconómico (HU TW, WAGNER, 2005). Estes factos deveriam ser motivo mais que suficiente para merecer uma atenção especial por parte dos enfermeiros.

5.2.2 – Quais as intervenções dos enfermeiros nas alterações da eliminação vesical dos doentes com AVC

Na segunda parte do questionário, aos enfermeiros foi colocada a seguinte questão: Quando os doentes com AVC de quem cuida apresentam alterações da micção, como intervêm face às necessidades manifestadas pelos doentes e família.

Este grupo de questões foi subdividido em cinco grupos, o primeiro grupo, engloba as questões, 1 a 4, e dizem respeito às intervenções de carácter avaliativo e diagnóstico.

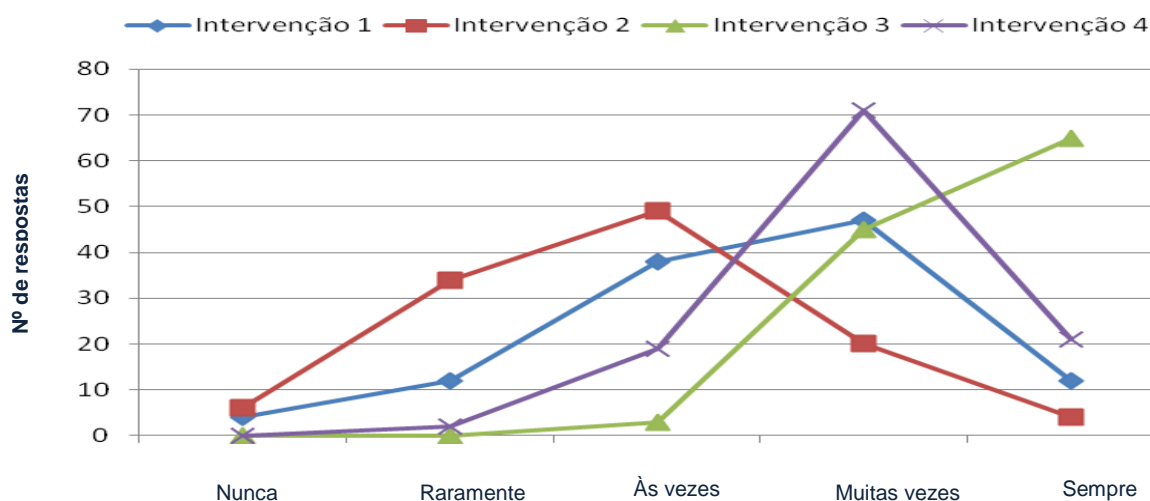


Figura 13 – Representação gráfica das respostas às questões relativas à avaliação/diagnóstico.

Como se demonstra no gráfico da figura 13, as respostas encontram-se maioritariamente nas categorias “às vezes” (24,1%), e “muitas vezes” (40,4%), “nunca” ou “raramente”, (12,8%), o que denota por parte dos enfermeiros, que as intervenções que tem como objetivo avaliar e diagnosticar a incontinência urinária, não são executadas por forma a garantir um planeamento de cuidados, baseados na avaliação dos doentes, o que contraria o que está descrito na literatura (AZEVEDO, YAMANDA, 2005, RODRIGUES; MENDES, 1994)

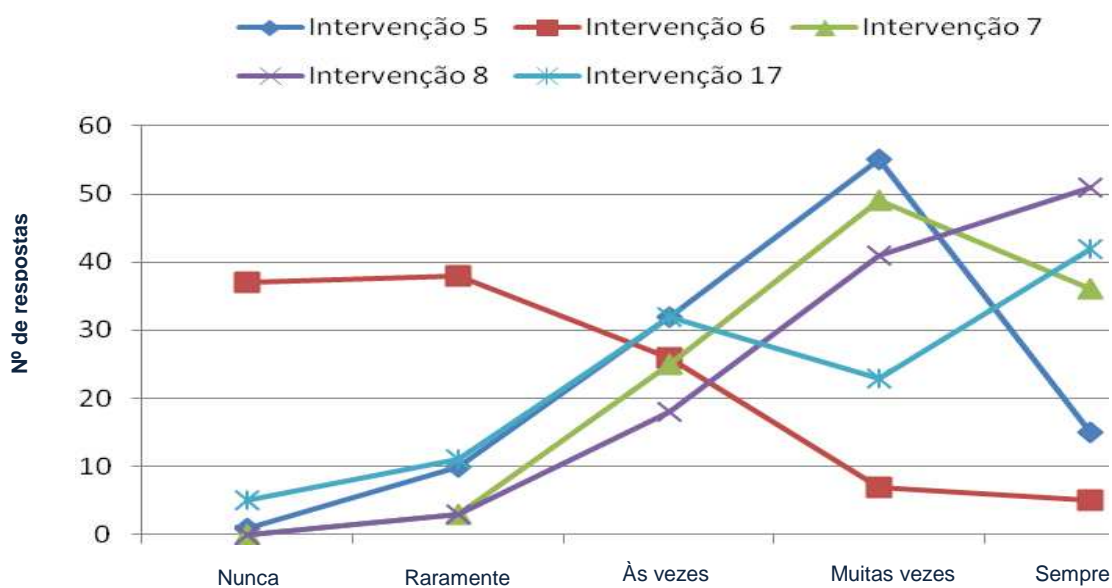


Figura 14 – Representação gráfica das questões relativas à facilitação da acessibilidade

O gráfico da figura 14, reproduz as respostas dos enfermeiros ao grupo de questões, que dizem respeito às intervenções de facilitação da acessibilidade. Os enfermeiros responderam maioritariamente “muitas vezes” (30,9%) e “sempre” (23,5%), de salientar que há uma percentagem elevada, que responde “nunca” ou “raramente” (19,1%).

O que leva a conjecturar que os enfermeiros, embora respondam que realizam as intervenções de facilitação da acessibilidade, não o fazem com a frequência que estas intervenções exigem, uma vez que a dificuldade no acesso, quer aos sanitários quer aos recipientes de recolha, pode condicionar o que os autores denominam como, “incontinência funcional” (HOEMAN, *et al.*, 2000), que deve merecer especial atenção dos prestadores de cuidados em geral, e dos enfermeiros em particular, e que tem um “tratamento”, ao alcance de todos, basta para tal “tornar acessível”, (DIMOND, 2007) que

no caso das alterações da eliminação vesical, pode passar por escolher vestuário adequado às limitações funcionais dos doentes, tais como a utilização de vestuário com elásticos e velcros, evitando botões ou fechos de tipo *éclair*, mostrar o WC aos doentes e como la chegar, deixar uma luz acesa durante a noite. Estas intervenções podem fazer a diferença entre o doente ter ou não perdas, ou mesmo não ser incontinente. Há contudo uma intervenção que está enunciada na questão 6, e que se refere à escolha de quartos mais próximos dos sanitários para doentes com incontinência urinária, embora esta seja uma intervenção que facilita a acessibilidade, pode no entanto ser difícil de implementar, pois nem sempre nos serviços há essa possibilidade, dadas as contingências dos próprios serviços, com taxas de ocupação elevadas, que impossibilitam a escolha das camas e quartos para os doentes. Embora a questão ao ser colocada, ressalve que esta intervenção possa ser realizada quando possível ou se o enfermeiro puder escolher, há no entanto os condicionalismos, que podem justificar o facto de os enfermeiros terem respondido maioritariamente a esta questão “nunca” e “raramente” (66,3%).

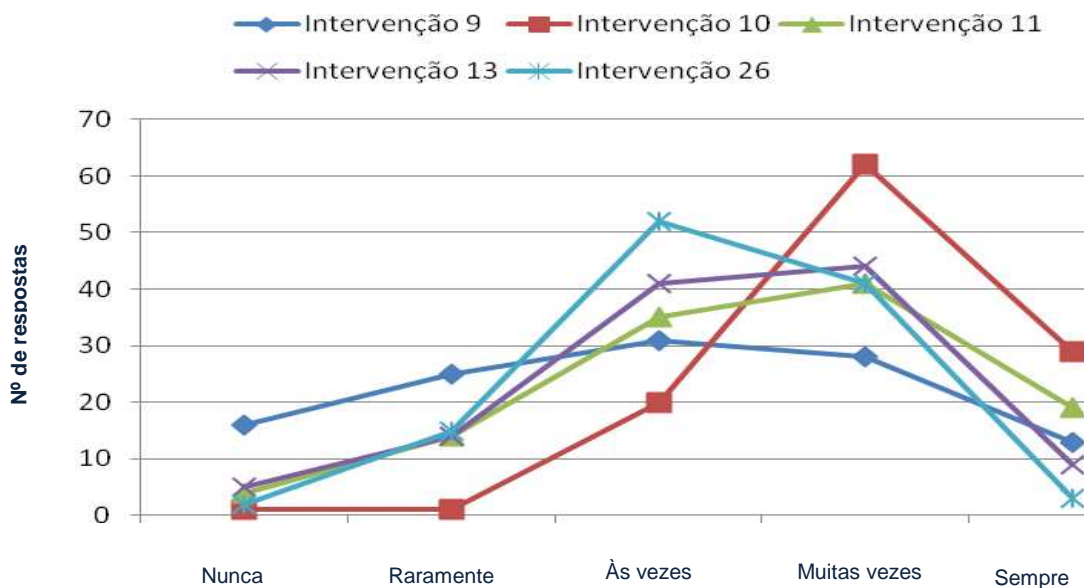


Figura 15 – Representação gráfica das respostas às questões relativas a minimizar os efeitos da incontinência

Há intervenções de enfermagem que tem como objetivo minimizar os efeitos da incontinência urinária, a resposta a estas questões de intervenção, estão representadas no gráfico da figura 15. Os enfermeiros responderam maioritariamente “muitas vezes” (38,2%) e “às vezes” (31,6%), tratando-se de intervenções que podem fazer a diferença na prestação de cuidados aos doentes em geral, e aos que manifestam incontinência

urinária em particular, era pressuposto que tivesse por parte dos enfermeiros uma resposta mais significativa de “sempre” (12,9%), de realçar que há enfermeiros que respondem “nunca” ou “raramente” (17,1%), este facto pode manifestar alguma displicência por parte dos enfermeiros, que não está de acordo com a bibliografia (RODRIGUES; MENDES, 1994), que refere que estas intervenções, (“oferecer” os recipientes de recolha (urinol, arrastadeira) com regularidade, promover a ida ao WC antes de dormir, estimular a regularidade das micções), são fundamentais para a prestação de cuidados aos doentes com incontinência urinária. A intervenção 9, diz respeito à utilização do diário miccional na prestação de cuidados, e a intervenção 13, refere-se à promoção da micção “imediate”, dadas as características das intervenções, podem justificar as baixas percentagens de respostas, uma vez que podem não ser do conhecimento dos enfermeiros generalistas, pois trata-se de intervenções que carecem de alguma experiência para a sua realização, e de conhecimentos perspicazes e fundamentados para a sua implementação, o que pode restringir-se aos enfermeiros especialistas de enfermagem de reabilitação, embora a bibliografia não refira esta situação de enfermeiro especialista. (TOLENTINO, *et al.*, 2006, MESQUITA, *et al.*, 2010).

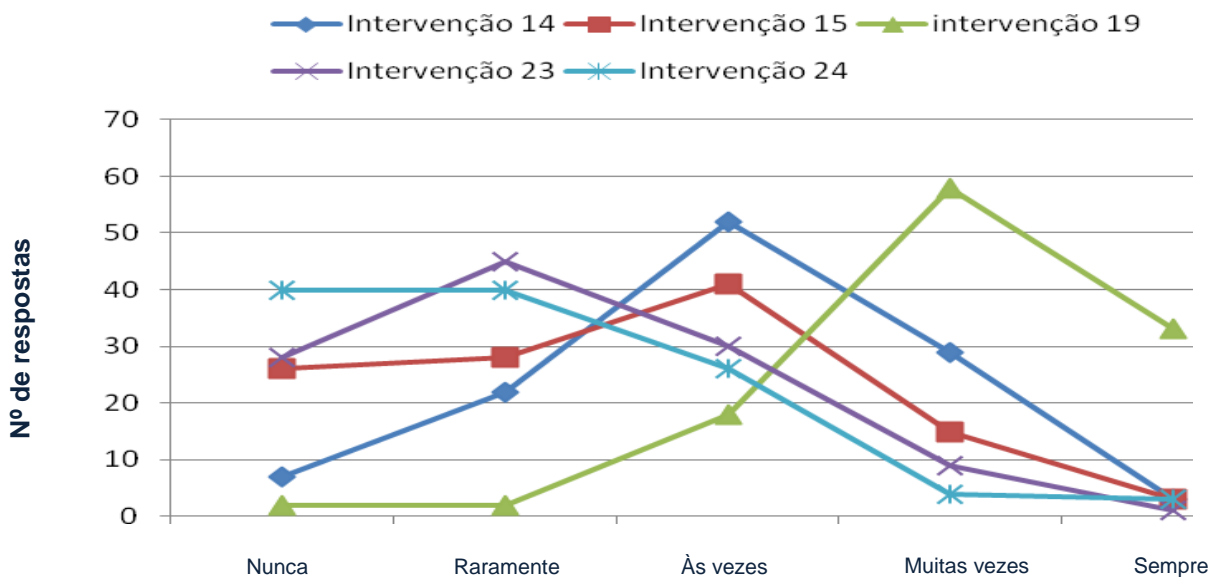


Figura 16 – Representação gráfica das respostas às questões relativas ao tratamento da incontinência

O tratamento da incontinência urinária é possível em determinadas situações, utilizando intervenções, de carácter comportamental, exercícios de fortalecimento muscular, ou técnicas de distração e inibição da micção (RODRIGUES, MENDES, 1994), as respostas a estas questões de intervenção estão plasmadas, no gráfico da figura 16.

Os enfermeiros responderam na sua maioria “nunca” e “raramente” (42,4%) e “às vezes” (29,5%), o que pode significar que os enfermeiros, não estão familiarizados com estes procedimentos, segundo “*as leges artis*”, são os que apresentam resultados comprovados para o tratamento da incontinência urinária. (AZEVEDO, YAMANDA, 2005, BROOKS, WENDY, 2004, CORREIA, 2010, SHAFIK, SHAFIK, 2003).

No que diz respeito à intervenção, encaminhar para outros técnicos da equipa pluriprofissional os doentes com alterações da micção, (questão 24), verifica-se que os enfermeiros na sua maioria responderam “nunca” e “raramente” (70,7%), podendo dizer-se que não encaminham os doentes com alterações da micção para outros técnicos, o que pode significar que desconhecem que há outros técnicos que podem intervir no tratamento, reabilitação e diagnóstico da incontinência urinária, (GUPTA, *et al.*), os restantes 29,3% (33 enfermeiros) que responderam “às vezes”, “muitas vezes” e “sempre”, quando questionados, para qual dos técnicos encaminha os doentes, verifica-se que só 18 enfermeiros, indicam qual o técnico para quem referenciam, 8 enfermeiros referem o médico sem qualquer especialidade, 4 referem o urologista, 4 referem o enfermeiro de reabilitação e 2 o fisioterapeuta.

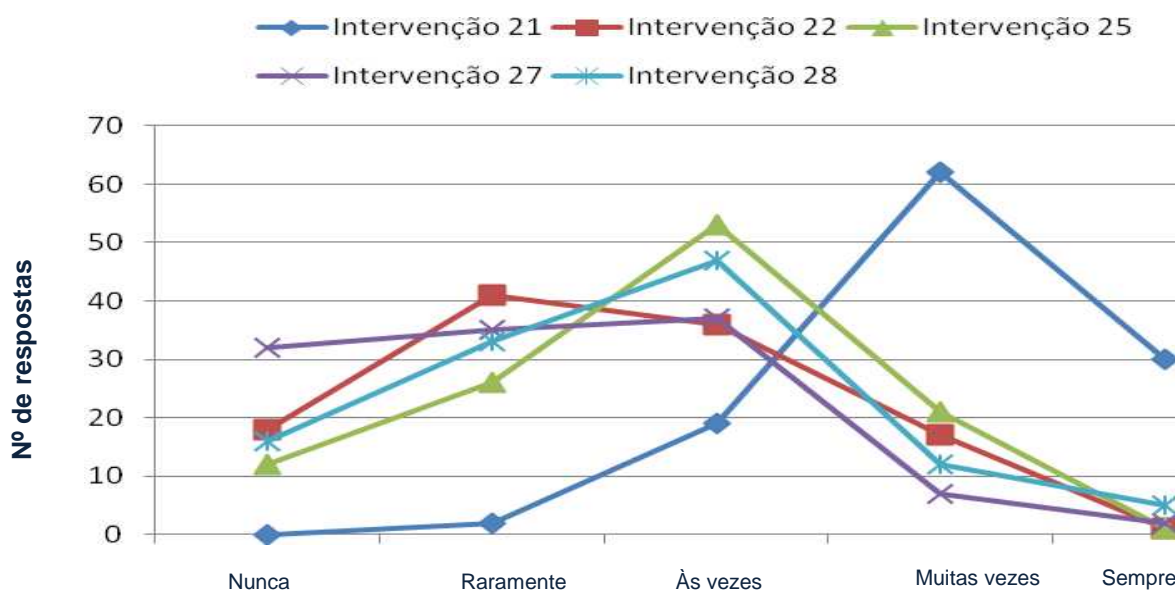


Figura 17 – Representação gráfica das questões relativas ao ensino sobre a incontinência aos doentes e família

A prestação de cuidados de enfermagem, promotoras do autocuidado, tem uma componente de ensino aos doentes, e aos cuidadores sejam eles família ou indivíduos significativas (OREM. 1995). As questões que se referem às intervenções relativas aos

ensinos sobre a incontinência urinária aos doentes e família, estão representadas no gráfico da figura 17. Os enfermeiros responderam maioritariamente “às vezes” (33,9%), sendo de salientar que uma percentagem significativa responde “nunca” e “raramente” (38,0%), o que pode significar que os enfermeiros, descaram os ensinos, como intervenções fundamentais do enfermeiro, quer para o tratamento quer para a vivência da incontinência urinária, (HERSCHORN, *et al.*, 2004), (HIGA. LOPES. 2008), são os ensinos feitos ao doente e família ou cuidadores informais, que permitem minimizar o impacto da incontinência. No que respeita aos ensinos sobre a ingestão hídrica, verifica-se que os enfermeiros respondem maioritariamente “muitas vezes” e “sempre” (81,4%), o que parece indiciar que os enfermeiros, estão despertos para a importância da hidratação, independentemente de os doentes terem ou não alterações da eliminação vesical, sabendo que este facto tem implicações na eliminação vesical.

5.2.3- Resultados dos cruzamentos das questões com as variáveis

Quando cruzámos o tempo de exercício profissional, com as questões inerentes à avaliação da incontinência urinária, verificámos que na maioria das questões o grupo de enfermeiros com uma experiência profissional até 3 anos, é o que mais vezes responde “muitas vezes” (43,7%), seguido do grupo de 8 a 15 anos de serviço (38,3%). Este facto pode dever-se ao facto de os enfermeiros mais jovens, estarem mais próximos da formação, e uma vez que este instrumento de colheita de dados, é dirigido à expressão por parte dos enfermeiros, do que consideram ser as atividades que desenvolvem no seu quotidiano, é expectável que tenham consciência, pelo menos em grande parte dos casos, do que seria desejável que fizessem.

Há que destacar contudo que as respostas dadas à questão 5 (*Avalia as características das perdas de urina dos doentes*), é a que mais respostas de “raramente”, (34,5%) obtém, o que pode significar que é uma avaliação que não é realizada de forma sistemática, ou que é esta não é valorizada pelos enfermeiros Já as respostas à questão 6 (*Avalia se o doente usa o sanitário (WC), e ou o urinol/ arrastadeira*), é a questão que apresenta uma maior percentagem de respostas “sempre” (77,8%).

Analisando globalmente o cruzamento entre o tempo de exercício profissional, e as questões de avaliação, não se verificou diferenças substanciais no tipo de respostas e os

intervalos de tempo de exercício profissional, para além das anteriormente mencionadas, o que denota que esta variável não tem influência nas respostas dos enfermeiros.

Quando cruzamos o tempo de exercício profissional com as questões inerentes às intervenções verificamos que as maiores percentagens de respostas se encontram no nível “muitas vezes”, (39,0%), sendo que o grupo com uma percentagem mais elevada, de respostas “sempre” (21,3%), é o grupo de mais de 15 anos de serviço, que poderá significar que os enfermeiros com mais tempo de exercício profissional, são os que dizem realizar mais intervenções, face às necessidades manifestadas pelos doentes e famílias, o que corrobora o que está descrito na literatura, de que os enfermeiros com mais experiência profissional, são os que planeiam as intervenções mais adequadas (YAP. TAN 2011).

Foram efetuados cruzamentos quer das questões inerentes à avaliação quer das inerentes às intervenções, com os inquiridos com e sem especialidade. Dos enfermeiros do estudo, 14,2%, tem uma especialidade.

Quando cruzamos as respostas dos enfermeiros, com as questões intrínsecas de avaliação, verificou-se que os inquiridos com especialidade são os que “melhores avaliações” fazem, entendendo-se aqui por “melhores avaliações”, os que mais respondem percentualmente às questões de avaliação como “muitas vezes” e “sempre”, sendo que os inquiridos sem especialidade, são os que mais respondem “nunca”, o que pode demonstrar que a especialização dos enfermeiros, pode conferir mais capacidade na avaliação dos doentes.

No cruzamento dos enfermeiros com as questões relativas às intervenções, verificou-se embora por uma curta diferença, que os inquiridos sem especialidade são os que “melhor intervém”, entenda-se no contexto, os que mais respostas tem nos níveis “muitas vezes” e “sempre”, o que não está de acordo com a literatura, que refere que os técnicos, incluindo enfermeiros com uma especialização são os que “melhor” intervém nas situações de incontinência. (VAUGHN, 2009).

Para verificar se o tipo de especialidade dos enfermeiros, apresenta algumas diferenças, quer nas respostas às questões de avaliação quer nas de intervenção, foram efetuados cruzamentos com as diferentes especialidades e as questões inerentes à avaliação e à intervenção.

Verificou-se que os enfermeiros, independentemente da sua especialidade, não apresentam grandes variações em relação às respostas dadas às questões de avaliação, que são na sua maioria de “muitas vezes”. No que se refere ao tipo de especialidade, verificou-se que os especialistas em enfermagem de reabilitação, apresentam uma percentagem de 57,0%, de respostas “sempre”, os enfermeiros especialistas em enfermagem Médico-cirúrgica 41%, os especialistas em enfermagem de Saúde mental e psiquiátrica 52% e os especialistas em saúde no idoso 38%, o que leva a concluir que embora por uma diferença diminuta, são os enfermeiros especialistas em enfermagem de reabilitação, os que “melhores”, avaliações dizem realizar, entenda-se “melhores” os que mais respostas assinalam na categoria “muitas vezes”, ou “sempre”, o que está de acordo com o que seria expectável, uma vez que possuem formação específica para o efeito.

Em relação às intervenções, verifica-se igualmente não haver muitas diferenças nas respostas dos enfermeiros com diferentes especialidades, a maioria das respostas são no nível de “muitas vezes”, sendo que os enfermeiros especialistas de saúde mental e psiquiátrica, são os que apresentam maior percentagem de respostas “muitas vezes” (42.8%), os especialistas em enfermagem de reabilitação 33.9%, os enfermeiros de saúde no idoso com 29.7% e os de enfermagem médico-cirúrgica com 23.9%, o que parece não estar de acordo com o que seria expectável, uma vez que os enfermeiros especialistas em enfermagem de reabilitação, são os que estão legalmente habilitados para prestação de cuidados aos doentes com alterações da eliminação (REGULAMENTO nº 125/11 de 18 de Fevereiro. *Diário da República* nº35/11- II Série).

Podemos no entanto constatar, que nas respostas dos enfermeiros com especialidade, que há algumas questões que apresentam respostas maioritariamente de “nunca” e “raramente”, como é o caso da questão 2- *Informa-se junto dos familiares/cuidadores e ou o doente sobre as condições da habitação nomeadamente as sanitárias*, questão 6- *Escolhe quartos mais próximos do WC para os doentes com incontinência urinária, quando possível ou se puder escolher* e questão 9- *Utiliza o registo miccional no planeamento/prestação de cuidados aos doentes com incontinência urinária*. Em relação à questão 2 parece que não está ainda suficientemente interiorizada a preparação da alta a mais precocemente possível, e que ainda há alguma relutância na inclusão da família como parceira dos cuidados. No que respeita à intervenção mencionada na questão 9,

pode significar desconhecimento sobre a utilização do diário miccional, como instrumento de trabalho ou mesmo incapacidade na sua utilização. Trata-se de um ferramenta de trabalho, extremamente útil para caracterizar os hábitos miccionais do doente, e traçar o perfil das características da bexiga, que deve ser utilizado pelos enfermeiros sempre que se prestam cuidados a doentes com alterações da eliminação vesical, o que não corrobora o que está expresso em (TOLENTINO, *et al.*, 2006).

5.2.4- Correlação entre avaliações e intervenções

Foram realizados cruzamentos, entre o grupo de questões relativas à avaliação e o grupo relativo às intervenções, de forma a avaliar a existência ou não de correlação. Estes cruzamentos tiveram subjacente a lógica de que as avaliações justificam intervenções.

Tabela-4 Cruzamentos entre a Questão de Avaliação da consciência das perdas as intervenções de minimização das perdas

Questões cruzadas	Não concordantes $p > 0,05$		Concordantes $P < 0,05$	
	Pearson's R	Spearman Correlation	Pearson's R	Spearman Correlation
Avalia se o doente tem consciência das perdas de urina				
Informa-se sobre o padrão de eliminação do doente antes do internamento	0,115	0,102		
“Oferece” urinol ou arrastadeira com regularidade			0,182	0,199
Promove a ida dos doentes ao WC antes de dormir	0,113	0,083		
Coloca dispositivos de proteção	0,033	0,086		
Explica o funcionamento do aparelho urinário aos doentes			0,209	0,217

A avaliação da consciência das perdas de urina, é determinante para o enfermeiro intervir no sentido de minimizar essas perdas ou, em alternativa, utilizar estratégias de contenção e/ou proteção, tendo em conta igualmente as estratégias habitualmente usadas pelos doentes.

Neste estudo e como se pode ver na Tabela 4, verificámos a existência de concordância entre uma maior frequência da avaliação acerca da consciência do doente das suas perdas de urina, e uma maior frequência da intervenção “Oferecer o urinol com regularidade”. Contudo, e embora esta concordância pareça justificar esta decisão, pelo contrário não foi encontrada concordância com uma intervenção da mesma natureza, “Promover a ida dos doentes ao WC antes de dormir”. Verificou-se igualmente uma falta de concordância com a intervenção “coloca dispositivos de proteção”, o que parece poder indiciar que esta intervenção é executada, sem ter em linha de conta a avaliação efetuada, sendo realizada de forma banalizada, o que consolida o que observamos na

nossa prática, onde a utilização dos dispositivos de proteção é feita, por “rotina” e sem qualquer critério, e sem ter subjacente a avaliação ou mesmo na ausência de avaliação.

Tabela 5- Cruzamentos da questão de avaliação sobre a frequência das perdas de urina e as intervenções facilitadoras da eliminação

Questões cruzadas	Não concordantes p>0,05		Concordantes p<0,05	
	Pearson's R	Spearman Correlation	Pearson's R	Spearman Correlation
Informa-se sobre o padrão de eliminação do doente antes do internamento	0,026	0,074		
“Oferece” urinol ou arrastadeira com regularidade	0,115	0,137		
Promove a ida dos doentes ao WC antes de dormir	0,031	0,017		
Coloca dispositivos de proteção	0,015	0,095		
Inclui nos registos de enfermagem notas sobre as características do padrão miccional dos doentes			0,328**	0,322**
Estimula a regularidade das micções			0,294**	0,275**

**P <0,01

A avaliação da frequência das perdas de urina, dá informação que permite ao enfermeiro, adequar a frequência das intervenções facilitadoras da eliminação, de modo a garantir o seu sucesso, evitando assim sempre que possível, a ocorrência de perdas de urina.

Com o cruzamento da questão que avalia com que frequência o doente perde urina, com as intervenções facilitadoras da eliminação, patentes na tabela 5, verificou-se existir, concordância entre a referência de uma maior frequência, da avaliação com que frequência o doente perde urina, e a referência de uma maior frequência da intervenção “Inclui nos registos de enfermagem notas sobre as características do padrão miccional dos doentes”, bem como com a intervenção “ Estimula a regularidade das micções”, intervenções plenamente justificadas pela avaliação, denotando uma preocupação na continuidade dos cuidados, incluindo nos registos essas mesmas intervenções. A falta de concordância em questões inerentes, a intervenções que têm como objetivo minimizar os efeitos das perdas de urina, e que seriam previsivelmente concordantes, como “ Informa-se sobre o padrão de eliminação do doente antes do internamento”, oferecer o urinol ou arrastadeira, e promover a ida ao Wc antes de dormir, bem como a colocação de dispositivos de proteção, pode evidenciar que a avaliação não tem repercussões nas intervenções, levando a pressupor que quando são realizadas, são-no sem ter em conta a avaliação previamente realizada.

Tabela- 6 Cruzamentos da Questão de Avaliação da quantidade de urina que o doente perde, com as intervenções para fazer face à quantidade das perdas de urina

Questões cruzadas	Não concordantes p>0,05		Concordantes P<0,05	
	Pearson's R	Spearman Correlation	Pearson's R	Spearman Correlation
Coloca dispositivos de proteção	0,080	0,087		
Utiliza técnicas de distração dos doentes			0,224	0,192
Inclui nos registos de enfermagem notas sobre as características do padrão miccional dos doentes			0,197	0,206

O cruzamento da questão que avalia a quantidade das perdas de urina, com as intervenções, para fazer face à quantidade das perdas de urina, patente na tabela 6, permitiu verificar que a colocação de dispositivos de proteção, dada a falta de concordância, parece ser independente da avaliação efetuada, o que pode significar que é realizada de forma indiscriminada, o que corrobora a nossa experiência da prática, como anteriormente já tinha sido referido.

A concordância entre uma maior frequência da avaliação da quantidade de urina que o doente perde, e a intervenção “ utilização de técnicas de distração”, embora concordantes, estamos em quer que a maioria dos inquiridos o faz sem saber que se trata de intervenções cientificamente estudadas, e que obedecem a requisitos próprios, tal como o demonstram os trabalhos de (SHAFIK 2003), que descrevem algumas técnicas de distração, que vão desde a resolução de cálculos matemáticos à leitura, atividades de ocupação intelectual, exercícios de relaxamento e respirações profundas. Quanto à inclusão nos registos de enfermagem de notas sobre as características do padrão miccional dos doentes, permite dar continuidade às intervenções e aferir os resultados obtidos.

Tabela- 7 Cruzamentos da Questão de Avaliação em que circunstâncias o doente perde urina e as intervenções de controlo das perdas

Questões cruzadas	Não concordantes p>0,05		Concordantes P<0,05	
	Pearson's R	Spearman Correlation	Pearson's R	Spearman Correlation
Avalia em que circunstâncias o doente perde urina				
Coloca dispositivos de proteção	0,063	0,076		
Inclui nos registos de enfermagem notas sobre as características do padrão miccional dos doentes			0,295**	0,305**
Inclui a família na promoção da continência urinária	0,041	0,037		
Faz ensinamentos sobre técnicas de inibição da micção			0,210	0,190

**p <0,01

O cruzamento da questão de avaliação das circunstâncias em que ocorrem as perdas de urina, é determinante na tomada de decisão quanto às estratégias específicas a utilizar para o controlo das perdas, e que está expresso na tabela 7.

Verificamos que há concordância estatística com as intervenções, “Inclui nos registos de enfermagem notas sobre as características do padrão miccional dos doentes” e, “Faz ensinios sobre técnicas de inibição da micção”, o que leva a discorrer que os enfermeiros, que avaliam as circunstâncias em que o doente perde urina, dão continuidade à avaliação, efetuando registos sobre o padrão miccional dos doentes, e ensinios sobre as técnicas de inibição da micção, o que denota que a avaliação é fundamental, tal como nos refere (RODRIGUES, MENDES, 1994). A falta de concordância com as intervenções, “Coloca dispositivos de proteção” e “Inclui a família na promoção da continência urinária”, levam-nos a inferir mais uma vez, que a colocação de dispositivos de proteção é feita de forma aleatória sem ter por base a avaliação das circunstâncias em que o doente perde urina, e também que a família não é incluída na promoção da continência, mesmo que a avaliação sugira que esta deve ter um papel relevante nessa mesma promoção (RODRIGUES, MENDES, 1994).

Tabela- 8 Cruzamento da Questão de Avaliação sobre a existência de patologia urológica e as intervenções que visam minorar esses efeitos

Questões cruzadas	Não concordantes p>0,05		Concordantes P<0,05	
	Pearson's R	Spearman Correlation	Pearson's R	Spearman Correlation
Avalia se o doente tem patologia uro-ginecológica ou prostática				
Valoriza as queixas urinárias dos doentes			0,418**	0,401**
Ensina exercícios do pavimento pélvico aos doentes			0,196	0,0262**
Encaminha para outros técnicos da equipa os doentes com incontinência			0,283**	0,260**

**p <0,01

Tabela- 9 Cruzamentos da Questão de Avaliação sobre a patologia urológica e as intervenções que visam minorar esses efeitos

Questões cruzadas	Não concordantes p>0,05		Concordantes p<0,05	
	Pearson's R	Spearman Correlation	Pearson's R	Spearman Correlation
Avalia se o doente tem patologia do foro urológico				
Valoriza as queixas urinárias dos doentes			0,462**	0,446**
Utiliza técnicas e bio feedback para a incontinência nos doentes	0,174	0,137		
Ensina exercícios do pavimento pélvico aos doentes			0,208	0,235
Encaminha para outros técnicos da equipa os doentes com incontinência			0,238	0,195

**p <0,01

A existência de patologia urológica, uro-ginecológica ou prostática pode por si só condicionar alterações da eliminação vesical, que carecem de ser avaliadas nas suas manifestações, e a implementação de intervenções específicas que visem minorar esses efeitos, ou em determinados casos tratar essas mesmas alterações, foi tendo por base este pressuposto, que se efetuaram os cruzamentos expressos nas tabelas 8 e 9. Verificou-se uma forte concordância, a mais alta neste estudo entre as respostas às questões de avaliação e a resposta à questão valoriza as queixas urinárias dos doentes, o que significa que estes estão especialmente atentos a essas queixas, instituindo intervenções, que visem minimizar os seus efeitos, tais como: o encaminhar os doentes com estas patologias para outros profissionais, e a utilização de técnicas, como a micção imediata, os exercícios do pavimento pélvico, bem como as técnicas de “*bio feedback*”, com resultados comprovados nos doentes com incontinência por patologia urológica (MESQUITA, *et al.*, 2010). Sendo estas as correlações mais altas neste estudo, poderá significar que é um dos aspetos a que os profissionais de enfermagem estão mais sensibilizados e actuam de acordo.

A avaliação das alterações que os doentes apresentam, e que podem condicionar a acessibilidade, quer aos sanitários quer aos dispositivos de recolha, são fundamentais para os enfermeiros planearem e executarem intervenções que facilitem o acesso, foi este o motivo pelo qual se realizaram os cruzamentos expressos nas tabelas seguintes (10,11,12 e13).

Tabela-10 Cruzamentos da Questão de Avaliação se doente tem patologia neurológica, com as intervenções que facilitam a acessibilidade

Questões cruzadas	Não concordantes $p > 0,05$		Concordantes $P < 0,05$	
	Pearson's R	Spearman Correlation	Pearson's R	Spearman Correlation
Tem em conta as limitações do doente quando as atividades relacionadas com a eliminação, implicam a escolha vestuário facilitador desta atividade			0,213	0,206
Escolhe quartos mais próximos do WC para os doentes com incontinência urinária, quando possível ou se puder escolher	0,037	0,001		
Na socialização ao serviço mostra o WC aos doentes e ou como lá chegar	0,022	0,038		
Estabelece códigos de comunicação não-verbais nos doentes afásicos			0,234	0,271**

**p < 0,01

Verificou-se a existência de correlação entre a questão de avaliação se doente possui patologia neurológica e as intervenções “Tem em conta as limitações do doente quando as atividades relacionadas com a eliminação, implicam a escolha vestuário facilitador desta atividade” e “Estabelece códigos de comunicação não-verbais nos doentes afásicos”, estas concordâncias revelam que os enfermeiros, estão atentos às sequelas manifestadas pelos doentes, nomeadamente as alterações motoras e de linguagem, que podem condicionar a acessibilidade dos doentes, o facto de haver falta de concordâncias com as outras intervenções de índole idêntica “Escolhe quartos mais próximos do WC para os doentes com incontinência urinária, quando possível ou se puder escolher” e “Na socialização ao serviço mostra o WC aos doentes e ou como lá chegar”, podem parecer paradoxais, pois seria expectável que fossem tidas em linha de conta tal como as outras intervenções, mas tal facto pode deve-se a prováveis constrangimentos dos próprios serviços, alheios aos enfermeiros, que não possibilitam a escolha das camas dos doentes a internar, e ao facto de no acolhimento/socialização ao serviço haver mais preocupação em aspetos de funcionamento do próprio serviço, como horários e recursos, descurando a “visita” ao serviço onde o doente vai ficar internado.

Tabela- 11 Cruzamentos da Questão de Avaliação como é feito o acesso ao WC, com as intervenções que facilitam a acessibilidade

Questões cruzadas	Não concordantes $p > 0,05$		Concordantes $P < 0,05$	
	Pearson's R	Spearman Correlation	Pearson's R	Spearman Correlation
Avalia a que distância dos sanitários está o doente com alterações da micção				
Escolhe quartos mais próximos do WC para os doentes com incontinência urinária, quando possível ou se puder escolher			0,186	0,230
Na socialização ao serviço mostra o WC aos doentes e ou como lá chegar	0,148	0,174		
Coloca o urinol ou arrastadeira acessível e perto da cama do doente			0,199	0,238

Quando se cruza a questão de avaliação a que distância dos sanitários está o doente com alterações da micção, com as intervenções verifica-se uma correlação, que pode provar que os inquiridos têm em linha de conta, a acessibilidade dos doentes quer aos sanitários quer aos dispositivos de recolha, ultrapassando neste caso alguns obstáculos como a escolha dos quartos.

Tabela- 12 Cruzamentos da Questão de Avaliação a que distância o doente está dos sanitários -com as intervenções que facilitam a acessibilidade

Questões cruzadas	Não concordantes $p > 0,05$		Concordantes $P < 0,05$	
	Pearson's R	Spearman Correlation	Pearson's R	Spearman Correlation
Se o doente usa o WC, avalia como é feito o acesso				
Escolhe quartos mais próximos do WC para os doentes com incontinência urinária, quando possível ou se puder escolher	0,051	0,025		
Na socialização ao serviço mostra o WC aos doentes e ou como lá chegar			0,220	0,241

Quando se cruza a questão de avaliação, se o doente usa o WC e como é feito o acesso, verifica-se que há concordância em relação a mostrar como lá chegar, mas não na escolha dos quartos, o que se pode dever aos constrangimentos já anteriormente referidos.

Tabela- 13 Cruzamentos da Questão de Avaliação das alterações da locomoção, com as intervenções que facilitam a acessibilidade

Questões cruzadas	Não concordantes p>0,05		Concordantes p <0,05	
	Pearson's R	Spearman Correlation	Pearson's R	Spearman Correlation
Tem em conta as limitações do doente quando as atividades relacionadas com a eliminação, implicam a escolha vestuário facilitador desta atividade	0,034	0,084		
Escolhe quartos mais próximos do WC para os doentes com incontinência urinária, quando possível ou se puder escolher	0,076	0,042		
Na socialização ao serviço mostra o WC aos doentes e ou como lá chegar			0,329**	0,306**

**p <0,01

O cruzamento da questão de avaliação sobre as alterações da locomoção, verifica-se que apenas há concordância com a intervenção, “Na socialização ao serviço mostra o WC aos doentes e ou como lá chegar”, as não concordâncias com as outras intervenções podem significar que para além dos constrangimentos referidos, que a preocupação na acessibilidade é mostrar o percurso e não tanto facilitar o acesso.

Tabela- 14 Cruzamentos da Questão de Avaliação do estado emocional dos doentes com as intervenções podem ajudar a contornar as alterações emocionais

Questões cruzadas	Não concordantes p>0,05		Concordantes P <0,05	
	Pearson's R	Spearman Correlation	Pearson's R	Spearman Correlation
Utiliza técnicas de distração dos doentes		0,155	0,219	
Dá incentivos positivos sempre que o doente utiliza com sucesso os sanitários	0,103	0,105		
Inclui a família na promoção da continência urinária	0,179	0,178		

O estado emocional dos indivíduos tem implicações na sua atividade, quer social quer nas capacidades para a satisfação das necessidades humanas básicas. (CHALIFOUR, JACQUES, 2008), nomeadamente na eliminação vesical, e no que diz respeito ao seu controlo, se estas premissas são verdadeiras para os indivíduos em geral, com maior acuidade influenciam os doentes com AVC, que com frequência são acometidos de alterações emocionais, nomeadamente síndromes depressivos, que podem alterar a satisfação o controlo da necessidade humana básica eliminação. Este foi o móbil, que nos

levou a efetuar um cruzamento da questão de avaliação do estado emocional dos doentes, com as intervenções que podem ajudar a contornar as alterações emocionais, nomeadamente as síndromes depressivas, que está expressa na tabela 14.

Verifica-se que em todas as intervenções, há falta de concordância, o que pode significar desconhecimento da utilidade, quer das técnicas de distração dos doentes, quer da mais-valia que tem os incentivos positivos para o sucesso da reabilitação, (PRICE,2011).A não concordância com a intervenção “ Inclui a família na promoção da continência urinária”, pode refletir que a família não está incluída no processo de reabilitação dos doentes com alterações da micção, o que contraria o que refere a bibliografia (RODRIGUES, 1994).

Tabela- 15 Cruzamentos da intervenção da utilização do registo miccional, com as questões de avaliação que devem fazer parte do registo.

Questões cruzadas	Não concordantes p>0,05		Concordantes P<0,05	
	Pearson's R	Spearman Correlation	Pearson's R	Spearman Correlation
Utiliza o registo miccional no planeamento/prestação de cuidados aos doentes com incontinência urinária				
Avalia os efeitos da terapêutica farmacológica na eliminação do doente		0,154	0,193	
Avalia que Interferência tem as perdas de urina na vida quotidiana			0,256**	0,247**
Avalia os líquidos ingeridos pelo doente			0,346**	0,355**

**p <0,01

A utilização do diário/registo miccional, é um instrumento de terapia comportamental reconhecido, e com eficácia na reabilitação das alterações da micção (TOLENTINO, *et al.*, 2006), e deve conter entre outros registos a quantidade de líquidos ingeridos, administração de terapêutica diurética ou que interfira com a eliminação vesical, bem como as repercussões que as perdas têm no quotidiano do doente. Na tabela 15, estão as correlações que observam estes princípios. Verificou-se que houve uma correlação altamente significativa das questões de avaliação, com a intervenção, o que pode demonstrar que os inquiridos utilizam o diário miccional, como instrumento de trabalho na reabilitação dos doentes com incontinência tendo por base a avaliação, dos líquidos ingeridos, dos efeitos da terapêutica na eliminação e do impacto que as perdas de urina tem no quotidiano dos doentes.

6- CONCLUSÕES

Ao terminarmos o nosso estudo, impõe-se algumas reflexões, que não sendo generalizáveis, pretendem demonstrar a atuação dos enfermeiros participantes no estudo. Estamos convictos que ao refletirmos sobre a atuação dos enfermeiros, na prestação de cuidados aos doentes com incontinência urinária, estamos a contribuir para uma prestação de cuidados mais adequada, eficaz e personalizada.

Começaremos por refletir sobre a forma como foi realizado o estudo, avaliando os aspetos positivos e as limitações do estudo, apresentando de seguida uma análise dos achados, decorrentes da análise das respostas ao instrumento de colheita de dados. Numa terceira parte, apresentaremos algumas sugestões, para estudos futuros, que contribuam igualmente para melhorar a prática profissional dos enfermeiros, na prestação de cuidados aos doentes com incontinência urinária.

Dando resposta ao primeiro desiderato, e refletindo sobre a forma como foi realizado o estudo, pensamos ter utilizado a metodologia adequada. A utilização de um instrumento de colheita de dados, de auto preenchimento, anónimo, elaborado propositadamente para o estudo, com questões subdivididas em dois grupos, o grupo das questões de avaliação e o grupo das questões relativas às intervenções, questões estas fundamentadas na bibliografia mais recente, e que pretendem dar resposta à questão de investigação.

Este instrumento, permitiu que os enfermeiros inquiridos respondessem às questões **“Dos doentes com AVC que cuida como avalia as alterações da eliminação vesical?”**, e **“Quando os doentes com AVC de quem cuida apresentam alterações da micção, Como intervém face as necessidades manifestadas pelos doentes e famílias?”**, para tal foram enumeradas 21 proposições de avaliação e 28 de intervenção, onde os inquiridos se posicionaram numa escala de *likert* que vai do 1- nunca ao 5 – sempre, de acordo com a sua atuação. Esta metodologia permitiu que os inquiridos se expressassem de acordo com o que consideram ser a sua atuação nas circunstâncias enumeradas.

Embora a metodologia em nosso entender tenha sido a adequada, o estudo não está isento de limitações, uma das quais deve-se ao facto de os inquiridos pertencerem todos a serviços de Medicina Interna, pressupondo que os doentes com AVC e incontinência urinária, se encontram maioritariamente internados nestes serviços, o que não é inteiramente verdade, e limita o estudo uma vez que, pode não traduzir a atuação dos enfermeiros que trabalham noutros serviços, tais como os serviços de Neurologia e as Unidades Cérebro Vasculares, e que cuidam igualmente de doentes com AVC e incontinência urinária, e que possivelmente têm atuações diferentes, que seriam enriquecedoras para o estudo. Outra limitação, prende-se como facto de a escala de *likert* utilizada ser de cinco itens, o que pode condicionar mais respostas no item central, que pode significar a resposta neutra onde os enfermeiros não se comprometem em responder “nunca” ou “sempre”

Da análise dos resultados podemos concluir que:

Os enfermeiros na sua globalidade avaliam o tipo de incontinência, e as suas manifestações, sendo de referir que há um grupo significativo de enfermeiros que raramente avalia as características das perdas, o que pode significar que na avaliação, estes aspetos não são suficientemente valorizados, o que pode comprometer o planeamento dos cuidados e previsivelmente o seu sucesso. Como se podem instituir medidas de proteção adequadas para fazer face às perdas, se estas não são avaliadas sempre que o doente as apresenta?

A avaliação da forma como os doentes satisfazem a necessidade básica da eliminação vesical, é um dos suportes da prestação de cuidados individualizados, no estudo, verificou-se que esta avaliação é aturadamente realizada, o que pode augurar por parte dos enfermeiros cuidados de qualidade.

Quando os enfermeiros avaliam as causas da incontinência urinária, independentemente de os doentes terem sofrido ou não um AVC, as respostas manifestam que é feita muitas vezes ou sempre.

A acessibilidade pode ser um dos fatores que podem condicionar incontinência urinária, neste aspecto os enfermeiros denotam, com as respostas dadas, que não é uma inquietação sua, não avaliando de que forma é feito o acesso aos sanitários ou aos

dispositivos de recolha, podendo condicionar, por este facto, um tipo de incontinência funcional por inacessibilidade.

Os enfermeiros quando questionados, sobre avaliações de carácter geral dos doentes, que podem ter implicações na eliminação vesical dos doentes, respondem na sua maioria sempre, embora numa percentagem que nos leva a concluir que fica aquém do desejável uma vez que é inferior a metade dos inquiridos.

Quanto às intervenções que os enfermeiros realizam, perante os doentes com incontinência urinária, podemos concluir que:

No estudo as intervenções que têm como objetivo avaliar e diagnosticar a incontinência urinária, não são executadas de forma a garantir um planeamento de cuidados baseados na avaliação dos doentes.

Os enfermeiros embora respondam que realizam as intervenções de facilitação da acessibilidade, não o fazem com a frequência que estas intervenções exigem, pois trata-se de intervenções que não sendo realizadas, podem condicionar o acesso quer aos sanitários quer aos recipientes de recolha, contribuindo para uma incontinência de tipo funcional.

As intervenções de enfermagem que têm como objetivo minimizar os efeitos da incontinência urinária, apresentam respostas pouco expressivas por parte dos enfermeiros, tratando-se de intervenções que podem fazer a diferença na prestação de cuidados aos doentes em geral e aos que manifestam incontinência urinária em particular, era pressuposto que tivesse por parte dos enfermeiros uma resposta mais expressiva.

A utilização do diário miccional na prestação de cuidados aos doentes com incontinência urinária, não é uma intervenção muito utilizada pelos enfermeiros.

O tratamento da incontinência urinária é possível em determinadas situações, utilizando técnicas de carácter comportamental ou exercícios cinesioterápicos de entre outros, no estudo os enfermeiros revelam alguma falta de conhecimento na sua utilização.

O encaminhamento dos doentes com incontinência urinária para outros técnicos, ficou demonstrado que não é feito, de forma frequente por parte dos enfermeiros.

Os ensinamentos aos doentes, famílias e ou cuidadores informais, sobre a vivência da incontinência urinária, raramente fazem parte das intervenções dos enfermeiros, já os

ensinos sobre a ingestão hídrica são os que são mais mencionados por parte dos enfermeiros.

Os enfermeiros com menor tempo de exercício profissional, são os que melhores avaliações realizam dos doentes. No que diz respeito a forma como intervém, verificámos que os enfermeiros com mais tempo de exercício profissional são os que dizem realizar mais intervenções face às necessidades manifestadas pelos doentes e famílias.

Os enfermeiros com uma especialidade são os que melhor avaliam os doentes. O mesmo não se passa com as intervenções uma vez que se verificou que os enfermeiros sem especialidade são os que melhor intervêm para satisfazer as necessidades dos doentes e famílias.

O tipo de especialidade dos enfermeiros, não apresenta diferenças nas respostas sobre a avaliação, havendo contudo que destacar que os especialistas em enfermagem de reabilitação, são de entre os especialistas os que melhor avaliam, já no que se refere às intervenções, embora as diferenças não sejam significativas, verifica-se que são enfermeiros com a especialidade de saúde e psiquiátrica os que referem realizar melhores intervenções para suprir as necessidades dos doentes e famílias.

A utilização dos dispositivos de proteção, não é consubstanciada pela avaliação quer da consciência que os doentes têm das perdas, nem pelas suas características ou frequência das mesmas, realizada de forma aleatória, não se pautando por um critério objetivo de base científica, o que consolida o que observamos na nossa prática.

Os enfermeiros incluem nos registos de enfermagem, notas sobre as características das perdas.

As intervenções que tem como objetivo minimizar os efeitos das perdas, não são alicerçadas na avaliação, são realizadas independentemente das avaliações efetuadas.

Há preocupação por parte dos enfermeiros, em avaliar se os doentes apresentam patologias do foro uro ginecológico, prostático e urológico, tendo como preocupação a valorização das queixas urinárias dos doentes, realizando intervenções que visam tratar ou minimizar os seus efeitos.

A avaliação da acessibilidade é uma inquietação por parte dos enfermeiros, instituindo medidas de facilitação da acessibilidade.

Ao darmos por terminado o nosso estudo não podemos deixar de lançar alguns reptos para podermos enquanto enfermeiros melhorar, os cuidados de enfermagem que prestamos aos nossos doentes com incontinência urinária.

A eliminação vesical é uma necessidade humana básica do ser Humano, que durante o seu ciclo vital, sofre algumas alterações todo o Homem começa por não ter controlo sobre a micção, adquire esse controlo na infância, e normalmente não tem memória da sua falta de controlo da micção, ao longo da sua vida o ser humano, é um “ser continente”, por situações patológicas e ou traumáticas pode experimentar a incontinência, situação que, tem repercussões, que podem ser dramáticas na vida dos indivíduos, e que comprometem a sua qualidade de vida e das suas famílias, quando à situação de incontinência urinária se congrega uma patologia, também ela concorrente para a dependência, como é o caso do Acidente Vascular Cerebral, estamos perante a presença de uma situação duplamente entrópica no ciclo vital do individuo.

Os enfermeiros, são por excelência os profissionais de saúde que devem, acompanhar o individuo ao longo da sua vida, de forma preventiva, e intervindo nas situações de crise e atuando no acompanhamento dos óbices, por forma a dar continuidade ao seu ciclo vital, sem o mínimo de constrangimentos. Quando as situações de doença e as dificuldades passam por alterações da continência urinária torna-se de maior relevância o papel dos enfermeiros, que devem intervir de forma a minimizar os efeitos dessas situações. Ficou demonstrado no estudo que embora os enfermeiros, avaliem as alterações da eliminação vesical, há aspetos da avaliação, que não são suficientemente valorizados, e que embora estes utilizem intervenções, com o objetivo de fazer face às necessidades manifestadas pelos doentes com alterações da micção e famílias, estas não estão muitas vezes baseadas nas avaliações realizadas, o que pode comprometer os resultados pretendidos. Entendemos que para que possamos intervir, com mais eficiência e com melhores resultados, seria importante desenvolver mais estudos, que demonstrassem a eficácia das intervenções de enfermagem no tratamento e ou reabilitação das alterações da eliminação vesical, podendo por este meio difundir conhecimentos científicos, com resultados comprovados, passíveis de serem aplicados na pratica clinica.

Também a formação em enfermagem ao nível da licenciatura, deve despertar os enfermeiros para a problemática da incontinência, incluindo nos seus currículos o desenvolvimento da capacidade para diagnosticar as situações de incontinência, nas suas

múltiplas manifestações e colocar à disposição dos alunos de enfermagem, os conhecimentos para poderem intervir junto dos doentes e famílias. Ao nível da formação avançada, devem também os currículos abordarem a temática da incontinência, como situação de saúde, preconizando uma abordagem abrangente por parte dos enfermeiros, com os contributos das diferentes áreas do conhecimento em enfermagem, conseguiremos, tratar, reabilitar e integrar os doentes com incontinência urinária.

Aos Enfermeiros deixamos o repto, de chamarem a si a prestação de cuidados aos doentes com incontinência urinária, pois somos nós os profissionais de saúde, que melhores condições reunimos para o efeito, uma vez que temos o dever, (e possuímos a capacidade) de avaliar os doentes na sua globalidade, e intervir (com os conhecimentos técnicos e científicos), junto dos doentes e famílias, prestando cuidados que vão ao encontro das suas necessidades, e que no caso da incontinência urinária, podem ter repercussões, quer a nível da saúde individual, quer no relacionamento social e afetivo.

7- REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Livros

BEAR, Mark F., CONNORS, Barry W., PARADISO, Michael A. – *Neurociências. Desvendando o Sistema Nervoso*. 2ª Ed. Porto Alegre: Artmed, 2002. ISBN 85-7307-911-8

BARATA, H.S.; CARVALHAL, G.F. e col. – *UROLOGIA: Princípios e Prática*. Porto Alegre: Artmed, 1999. ISBN 85-7307-484-1

BURT, Alvin M. – *Neuroanatomia*. 2 ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1995

BIZE, P.R. VALLIER – *Uma Vida Nova: a terceira idade*. Lisboa: Verbo, 1985

CAMBIER, J.; MASSON, M. *et al.* – *NEUROLOGIA* 11ª ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2005. ISBN 8527710668

CHALIFOUR, Jacques. – *A Intervenção Terapêutica: O Fundamento existencial humanista da relação de ajuda*. Lisboa: Lusodidacta, 2008. ISBN 978-989-8075-05-5.

CHANGEUX, Jean P. – *O Homem Neuronal*. Lisboa: 2ª ed. Publicações Dom Quixote, 1991. ISBN 972-20-0389-5.

COLLIÉRE, Marie – Françoise. – *Promover a vida*. Lisboa: Sindicato dos Enfermeiros Portugueses. 1989. ISBN 972-95420-0-7

COLLIÉRE, Marie – Françoise. – *Cuidar... A Primeira arte da vida*. 2ª. ed. Lisboa: Lusociência, 2003. ISBN 972-8383-53-3

CRAIG, Jean V. SMYTH, Rosalind L. – *Prática Baseada na Evidência: Manual para Enfermeiros*. Lisboa: Lusociência, 2004. ISBN 972-8383-61-4

EDWARDS. Susan. – *Fisioterapia Neurológica*. 2ed. Lisboa: Lusodidacta, 2004. ISBN 972-8383-59-2.

GREENBERG, Mark S. – *Manual de Neurocirurgia*. 5ed. Porto Alegre: Artmed, 2003. ISBN 85-363-0077-9.

FORTIN, M.F. – *O processo de Investigação: Da Conceção à investigação*. Loures: Lusociência, 2009. ISBN 9789728383107

FOSTER, P. C.; BENNET, A. M. Agnes M. Dorothea E. OREM. IN: GEORGE, J.B. – *Teoria de Enfermagem: os fundamentos para a prática profissional*. 4ed. Porto Alegre: Artes Médicas Sul, 2000.

HARRISON – *Medicina interna*. 15ed. Rio de Janeiro: Mc Graw Hill, 2002.
ISBN 0-07-137377-2

HESBEEN, Walter. – *A Reabilitação: Criar novos Caminhos*. Lisboa: Lusociência, 2003.
ISBN 972-8383-43-6

HESBEEN, Walter. – *Trabalho de Fim de Curso, Trabalho de Humanidade: Emergir como o Autor do Seu próprio Pensamento*. Lisboa: Lusociência, 2006. ISBN 972-8930-31-3

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

HONORÉ, Bernard. - *A Saúde Em Projeto*. Lisboa: Lusociência 2002.
ISBN 972-8383-31-2

HONORÉ, Bernard. – *Cuidar: Persistir em conjunto na existência*. Lisboa: Lusociência, 2004. ISBN 972-8383-58-4

KANT, IMMANUEL.- *Crítica da Razão pura*. Lisboa: Edições 70, 2011. ISBN 9789724415147

KÉROUAC, Suzane *et al.* –*La pensée infirmière*. Laval(Quebec) : Éditions Études Vivantes. 1994.

MACKAY, William A. – *Neurofisiologia Sem Lágrimas*. 3ª Ed. Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian, 2006. ISBN 972-31-1162-4

MONTAG, Mildred L., RINES Alice R. – *Enfermagem. Manual de Técnicas Fundamentais*. Rio de Janeiro: Livros técnicos e científicos Editora, 1979.
ISBN 85-216-0063-1.

MORRISON, P. – *Para Compreender os Doentes*. Lisboa: Climepsi, 2001.
ISBN 972-8449-97-6

OGDEN, Jane. – *Psicologia da Saúde*. Lisboa: Climepsi editora, 1999. ISBN 972-8449-16-X.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE. – *Promovendo Qualidade de Vida após Acidente Vascular cerebral*. Porto Alegre. Artmed, 2003. ISBN 85-363-0238-0

OREM, D.E. – *Nursing concepts of practice*. 5 ed. Saint Louis (US): Mosby, 1995

PHIPPS; (et. al.). – *Enfermagem Médico – Cirúrgica : Conceitos e Prática Clínica*. 2ª ed. Lisboa: Lusodidacta, 1995. ISBN 972-96610-0-6

REIS, Joaquim. C – *O Que é a Saúde*. Lisboa: Assírio Bacelar, 2005.
ISBN 972-699-810-7

RESNICK, Martin I. NOVICK, Andrew C. – *Segredos em Urologia*. Porto Alegre: Artes Médicas, 1996

ROWLAND, L.P. ; Merritt *Tratado de Neurologia*. 12ª ed. Rio de Janeiro: Guanabara, 2011. ISBN 97885227718356

SMELTZER, S.C.; BARRE, B.G. – *Bruner & Suddarth Tratado de Enfermagem Médico-Cirúrgica*. 10ª ed. Rio de Janeiro: Guanabara, 2005. ISBN 97-885277-105-72

TAYLOR, Jill Bolte.- *O Dia Que Mudou a Minha Vida*. Lisboa: Editorial Presença, 2008.

TOMEY, A.M.; ALLIGOOD, M.R.- *Teóricas de Enfermagem e a sua Obra: Modelos e teorias de Enfermagem*. Lisboa: Lusociência, 2004. ISBN 972-8930-74-6

UMPHRED, Darcy A. – *Reabilitação Neurológica*. 5ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2010. ISBN 978-85-352-3125-0

VIGARELLO, Georges – *História das práticas de saúde: a saúde e doença desde a idade média*. Lisboa: Editorial Notícias, 2001. ISBN 972-46-1171-X

Artigos e documentos

BIA, Florbela Maria M. – *Reabilitação da sexualidade após Acidente vascular cerebral*. In Nursing, nº 234 (Julho de 2008)

BRITAIN KR. PEET, CASTELEDEN. -*Stroke and incontinence*, 1998.

DINIS, P – *Entrevista Publicada no dossier TENA Incontinência Urinária*, 2010

DIOKONO A.C, ESTANOL- *Prevalence of urinary incontinence in community dwelling men: a cross sectorial nationwide epidemiological survey*. In. Urol. Nephrol. 2007;39(1): 129-36

FUKUJIMA MM, Silva CM, et al. - *Forame Oval Patente e AVC Criptogénico: situação do PC-trial no Brasil e no mundo*: Revista Neurociências Vol.14 nº2 Abr/Jun 2006 p. 14-16

GUPTA, A. , B. et al. *Urodynamics post stroke in patients with urinary incontinence: Is there correlation between bladder type and site of lesion?* .Departments of Psychiatric and Neurological Rehabilitation, 1Neurology, National Institute of Mental Health and Neuro Sciences (NIMHANS), Bangalore, 2Presently at Department of Rehabilitation, Kokilaben Dhirubhai Ambani Hospital, Mumbai, India

HÄGGLUND D.- *Uma revisão sistemática da literatura de cuidados de incontinência para indivíduos com demência: a evidência de pesquisa*. Jornal Clinic Nursing. 2010 Fev. 19 (3-4): 303-12.

HERSCHORN S., BECKER D et al. – *Impacto de uma intervenção de educação em saúde em pacientes com bexiga hiperactiva*. Canadian Journal of Urology. 2004 Dez; 11 (6): 2430-7.

HU TW, WAGNER, TH. *Health-related consequences of overactive bladder: an economic perspective*. BJU Int 2005; 96 Suppl 1:43-5.

HUNSKAAR, LOSE .et al. -*The prevalence of urinary incontinence in women in for European countries*. BJU Int 2004; 93(3): 324-330

LOPES, MH., ORTEGA, NR. Et al., - *Fuzzy cognitive map in differential diagnosis of alterations in urinary elimination; A nursing approach*. (Int. Nursing Department, Faculty of Medical Sciences, State University of Campinas, Campinas, SP, Brazil) In Journal Med. Inform. 26 Jun. 2012

MARINHO, Ana. MATOS, Maria. PÊLA, João Luís. – *Uma perspectiva do cuidar em enfermagem – O que depende e o que não depende de nós*. In ENFERMAGEM, nº 27/28, 2ª série (Julho – Dezembro 2002)

(REGULAMENTO nº 125/11 de 18 de Fevereiro. *Diário da República* nº35/11- II Série).

RODRIGUES R; MENDES M. -*Incontinência urinária e idosos: Proposta para a conduta da Enfermeira*: Revista Latino-americana de Enfermagem – Ribeirão Preto; vol. 2 Nº2 Julho 1994 p.5-20

TOMPSON, D. W. FURLAN, A. J. -*Clinical Epidemiology of stroke*. Neurocirgia. Clinica. N Am. V 8,p 265-269,1997.

VANDONINCK V., et al. - *Posterior tibial nerve stimulation in the treatment of urge incontinence*. Neurouro. Urodyn. 2003; 22(1)

VAUGHN S. -*Efficacy of urinary guidelines in the management of pos-stroke incontinence*. International. Jornal of Urological Nursing. 2009 Mar; 3(1): 4-12

WHO, (World Health Organization) -*Calls First International Consultation on Incontinence*. Press Realease WHO/49. 1998

Teses de Mestrado

CORREIA G. N. - *Efeitos de um protocolo de fortalecimento da musculatura do pavimento pélvico num grupo de mulheres com perdas urinárias*. Tese de Mestrado Universidade de São Carlos – São Paulo, (Brasil). 2010.

DOTTO, Michel Panosso. – *O Paciente vítima de acidente vascular cerebral e os aspetos de enfermagem de reabilitação*. Florianópolis, 2001. Relatório de prática Assistencial (Graduação em Enfermagem: Ensino Superior). Curso de Graduação em Enfermagem, Universidade Federal de Santa Catarina

TUNA M. - *Prognóstico a longo prazo dos Acidentes Neurológicos Transitórios no Norte de Portugal* (dissertação). Universidade do Porto: Faculdade de Medicina Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar, Porto; 2008.

Referências bibliográficas eletrônicas

Azevedo,Gr.,Yamanda, BF. (2005) *Assistência de Enfermagem na Reabilitação da Indivíduo com incontinência urinária*. Artigo on line. Acedido em 20 Maio de 2011 em www.sielo.br/acb

Brittain, KR., Peet, SM., Castleden, CM.,(1998) *Stroke and Incontinence* .[versão eletrónica] *Stroke- Journal of the American Heart Association* 1998; 29; 542-528. Acedido em 28 Maio de 2011 em <http://stroke.ahajournals.org/cgi/content/full/29/2/524>

Brooks, Wendy,(2004) *The use of practice guidelines for urinary incontinence following stroke*. [versão eletrónica] *British Journal of Nursing* 2004; 13, nº20. Acedido em 23 Janeiro de 2012 em Cochrane.bireme.br

Dimond B. -*Incontinência e o dever de prestar cuidados*. [versão eletrónica] *Nurse Times*. 2007 Out. 16-22; 103 (42): 44-47. Acedido em Janeiro de 2012 em Cochrane.bireme.br

Dumoulin,C., Korner-Britensky,N., Tannenbaum,C. -*Urinary Incontinence After Stroke: Identification, Assessment, and Intervention by Rehabilitation Professionals in Canada*. [versão eletrónica] *Stroke- Journal of the American Heart Association* 2007;38;2745-2751 Acedido em 28 Maio de 2011 em <http://stroke.ahajournals.org/cgi/content/full/38/10/2745>

Gelber,DA.,Good,DC.,Laven,LJ.*et al.*(1993). -*Causes of urinary incontinence after acute hemispheric stroke*. . [versão eletrónica] *Stroke- Journal of the American Heart Association* 1993; 24; 378-382. Acedido em 28 Maio de 2011 em <http://stroke.ahajournals.org/cgi/content/full/24/1/378>

Herr-Wilbert, I.S., Inhof,L., Hund-Geogiadis, M. (2006) *Assessment- Guided Therapy of Urinary incontinence After Stroke*. [versão eletrónica] *Rehabilitation Nursing* 35(6) Novembro/Dezembro. Acedido em 24 Janeiro de 2012. Em Cochrane.bireme.br

Higa, R., Lopes, M.H. (2008) *Avaliação de um sistema especialista em diagnóstico de enfermagem relacionados à eliminação urinária*. [versão eletrónica] *Revista Brasileira de enfermagem*, Set.Out.61 (5): 565-569. Acedido em 12 de Abril de 2011 em WWW.sielo.br/revistas/reben/pinstruc.htm

Honório.D.O.,Santos,S.M.A., (2008). -*Incontinência urinária e envelhecimento: impacto no cotidiano e na qualidade de vida*. [versão eletrônica] Revista Brasileira de enfermagem, Jan.Fev.62 (1): 51-56. Acedido em 12 de Abril de 2011 em WWW.sielo.br/revistas/reben/pinstruc.htm

Mattews, M., Mitchell, E.A., (2010) -*Causes and rehabilitation of urinary incontinence after stroke: A literature review*. . [Versão eletrônica] British Journal Of Neuroscience Nursing 2010 Jan. 6; 1. Acedido em 24 de Janeiro 2012 em WWW.sielo.br/revistas/reben/pinstruc.htm

Mesquita L. A., César P.M. *et al.* -*Terapia comportamental na abordagem primária da hiperatividade do detrusor*. [versão eletrônica] Rev. FEMINA; 31(1) Rio de Janeiro 2010, Acedido em 12 Abril de 2011 em WWW.sielo.br/revistas/reben/pinstruc.htm

Monteiro, Ébe S.,Gimenez, M.M., Fontes, S.V. *et al.* (2008). -*Queixas urinárias em mulheres com infarto cerebral* [Versão eletrônica], Revista de Neurociências, 17:103-107. Acedido em 12 Maio de 2011, em <http://rnc.org/articles.html>

Patel,M.,Coshall, C., *et al.*(2001) *Natural History and Effects on 2-Year Outcomes of Urinary Incontinence After Stroke*. . [versão eletrônica] Stroke- Journal of the American Heart Association 2001; 32; 122-127. Acedido em 28 Maio de 2011 em <http://stroke.ahajournals.org/cgi/content/full/32/1/122>

Pettersen, R., Haig, Y., *et al.*(2008) *Subtypes of incontinence after stroke: relation to size and location of brain injury*. [versão eletrônica], Acedido em 4 junho de 2011, em <http://www.ageing.oxfordjournals.org>

Price H. -*Incontinence in patients with dementia*. . [versão eletrônica] British Journal Nurse. 2011- 24-Jul 7; 20 (12): 721-5. Acedido em 12 Maio de 2011 em <http://rnc.org/articles.html>

Reis, RB., Cologna, AJ., Martins, ACP., *et al.* (2003) *Incontinência urinária no idoso* [versão eletrônica] Acta Cirúrgica Brasileira-2003. 18(5) Acedido em 5 de Agosto de 2011 em www.sielo.br/acb

Sacco RL e tal. - *Guidelines for Prevention of Stroke in Patients With ischemic stroke o Transient Ischemic Attack*. [versão eletrônica] Stroke. V.37, p.577-617,2006. Acedido em 28 Maio 2011 em <http://stroke.ahajournals.org/cgi/content/full/37/1/577>

SHAFIK, A, SHAFIK IA. -*Overactive bladder inhibition in response to pelvic floor muscle exercises*. [versão eletrônica], World J Urol. 2003;20(6): 374-7. Acedido em 5 de Agosto de 2011 www.sielo.br/acb

Shafik A, El-Sibai O, Shafik Aa, Ahmed I -*Papel de feedback positivo uretrovesical na eliminação vesical. O conceito de um reflexo da micção segundo: O reflexo uretrovesical.* . [versão eletrônica], Mundial J Urol. 2003 21: 167-170. Acedido em 5 de Agosto de 2011 em www.sielo.br/acb

Sposnik G. Del Brutto Oh. - *Stroke in South American. Systematic rewieu of incidence, prevalence and stroke subtypes.* [versão eletrônica], Stroke. V. 34, p, 2103-2108, 2003. Acedido em 28 Maio 2011 em <http://stroke.ahajournals.org/cgi/content/full/34/1/2103>

Tolentino, GS. Zanotto, CO., Gabriel, SP., et al. -*Diário Miccional como terapia comportamental e sua importância na reabilitação da bexiga neurogênica.* [versão eletrônica] O Mundo da Saúde São Paulo 2006,jan. / Mar. 30 (1): 171-174. Acedido em 20 Maio de 2011 em WWW.sielo.br/revistas/reben/pinstruc.htm

Yap P, D Tan -*A incontinência urinária na demência - uma abordagem prática.* [versão eletrônica] Australian Family Physician. Abr. 2006; 35 (4): 237-41. Acedido em 5 de Agosto de 2011 em www.sielo.br/acb

http://www.sarah.br/paginas/doencas/po/p_02_acidentevascereb.htm Acedido em 2012-03-18

<http://pwp.netcabo.pt/jarsimoes/MGFV001MASTER/> Acedido em 2012-03-03

<http://www.acidentevascularcerebral.com/avc-problemas-secundarios> Acedido em 2011-12-10

http://www.univadis.pt/medical_and_more/pt Acedido em 2011-06-08

<http://www.fotosearch.com.br/health-head-images> Acedido em 2011-06-08

<http://web.educom.pt/index.php> Acedido em 2011-05-12

<http://www.3bscientific.com> Acedido em 2011-05-12

http://www.aper.com.pt/index_ficheiros/ Acedido em 2011-05-07

<http://www.dgs.pt/upload/membro.id/ficheiros/i008555.pdf> Acedido em 2011-04-21

8 -ANEXOS

Anexo I - Instrumento de colheita de dados

Anexo II - Autorização para a realização do estudo

Anexo III - Tabelas estatísticas de caracterização da amostra
