

evitamento e a análise dos comportamentos em grupo. O sexo masculino deverá merecer uma atenção especial, uma vez que nos rapazes se observou uma proporção significativamente superior de consumo de tabaco e apresentaram os valores mais altos de teor monóxido de carbono no ar expirado, embora o sexo feminino não deva ser descurado. Urge, pois, prosseguir o meritório trabalho que vem sendo percorrido na prevenção do tabagismo em especial o direccionado aos jovens.

5 – REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Azevedo, A., Machado, A. P., & Barros, H. (1997). Prevalência do consumo de tabaco e bebidas alcoólicas, café e drogas de abuso em adolescentes do Porto. *Arquivos de Medicina*.
- Becoña E., Palamares, A. & Garcia M. P. (1994). *Tabaco y Salud: Guia de prevencion y tratamiento del tabaquismo*. Madrid: Piramide.
- Catford, J. C., [et al.]. (1984). Effectiveness and cost-benefits of smoking education, community medicine. *Great-Britain*, 6, 264-272.
- Direcção Geral de Saúde. (2002). *Ganhos de saúde em Portugal* (2ª ed). Lisboa: DGS.
- Heatherthorn, T. F., Kozlowski, L. T., Frecker, R. C., & Fagerstrom, K. O. (1991). The Fagerstrom Test for Nicotine Dependence: A revision of the Fagerstrom Tolerance Questionnaire. *British Journal of Additions*, 86, 1119-1127.
- Organização Mundial de Saúde. (1997). *Saúde para Todos no Século XXI: Política de Saúde para a Europa*. Copenhage: OMS, Delegação Regional da Europa.
- Novartis. *Você pode deixar de fumar: guia do fumador*. Lisboa: Novartis Consumer Health, (brochura).
- Myers, M., & Brown, S. (1994). Smoking and health insurance abusing adolescents: A two-year follow up. *Pediatrics*, 561-566.
- Patten, A.; AMES, S. C., Ebbert, J. O., Wolter, T. D., & Hurt, R. D. (2001). Tobacco use outcomes of adolescents treated clinically for nicotine Dependence. *Archives of Pediatrics and Adolescents Medicine*, 155, 831-837.
- Preto, L. S. R. (2003). Padrões de consumo de substâncias psicoactivas em estudantes do ensino superior no distrito de Bragança. A influência dos factores psicossociais. *Revista de Investigação em Enfermagem*, 7, 12-23.
- Robinson, T.N., Killen, J.D., Taylor B. C., Telch, M. J., Bryson, S.W., Farquhar, J. W. (1997). Perspectives on adolescent Substance use: a defined population study. *JAMA*, 258, 2072-76.
- Townsend, J. [et al.]. (1992). Adolescentes fumadores observados em clínica geral: Saúde, estilo de vida, medidas físicas e respostas ao aconselhamento anti-tabágico. *British Medical Journal*, 1.

- Avaliação do impacte de uma acção de educação para a saúde sobre Incontinência Urinária de Stresse

Paula Clara Santos (Escola Superior Tecnologia da Saúde do Porto); Denisa Mendonça (Instituto Ciências Biomédicas de Abel Salazar); Odete Alves (Escola Superior de Enfermagem de Viana do Castelo) e Alcindo Maciel-Barbosa (Administração Regional de Saúde do Norte)

RESUMO

Objectivo: Analisar o efeito de uma acção de educação para a saúde no pós-parto relativamente à Incontinência Urinária de Stresse (IUS) no distrito de Viana do Castelo.

Metodologia: Realizou-se um estudo quasi-experimental, considerando uma amostra representativa do distrito, constituída por 336 mulheres, cujo parto ocorreu no Hospital de Santa Luzia. Estas foram divididas em dois grupos, um não exposto que pariu entre 15 de Janeiro a 15 de Fevereiro e um exposto a uma acção de educação que pariu entre 15 de Fevereiro a 29 de Março de 2002.

A acção de educação consistiu numa abordagem individual e personalizada sobre a IUS, formas de prevenção, reeducação do pavimento pélvico e ensino das contracções perineais. Estimulou-se a adesão a um programa de exercícios a realizar no domicílio nas oito semanas pós-parto. Juntamente foi-lhes fornecido uma brochura sobre IUS - *Prevenir e tratar*, especialmente elaborada para este estudo.

Foram utilizados dois questionários. Um no pós-parto hospitalar para avaliar os conhecimentos sobre a IUS e a reeducação do pavimento pélvico. O outro foi efectuado entre o segundo e quarto meses pós-parto no Centro de Saúde da área de residência, com o objectivo de avaliar os resultados da acção de educação para a saúde.

Discussão/conclusão: Após a realização da acção de educação para a saúde, no total das mulheres verificou-se um aumento de 2,6 vezes no nível de conhecimentos e 5,4 vezes na adesão aos exercícios de reeducação do pavimento pélvico. O nível de conhecimentos foi superior no grupo exposto quando comparado com o grupo não exposto (100% versus 40,5%). A adesão aos exercícios do pavimento pélvico também foi superior (70,1% vs 31,0%, respectivamente), sendo estas diferenças estatisticamente significativas.

A acção de educação para a saúde melhorou o nível de conhecimentos e alterou os comportamentos das mulheres face à IUS.

Palavras-chave: Incontinência Urinária de Stresse, Pós-Parto e Educação para a Saúde.

INTRODUÇÃO

A Incontinência Urinária (IU) feminina é um importante problema de saúde pública, quer pela sua elevada prevalência quer pelo elevado impacto físico, psíquico e social na vida da mulher¹.

A International Continence Society (ICS) define IU como a perda involuntária de urina que é objectivamente demonstrável, sendo um problema higiénico e social.

A forma mais comum de IU nas mulheres é a IU de Stresse ou Esforço (IUS)², sendo tida como a mais prevalente nos anos reprodutivos³. Este tipo de IU é caracterizado pela ICS como a perda involuntária de urina durante a realização de esforços físicos, devendo-se a um aumento brusco da pressão intra-abdominal na ausência da actividade do músculo detrusor.

A etiologia da IUS não se encontra totalmente esclarecida, mas os traumatismos ocorridos no pavimento pélvico durante a gravidez e o parto são sugeridos como sendo os seus principais factores de risco^{4,5,6}.

Apesar da IUS ser um problema comum, as estimativas da sua prevalência, obtidas através de estudos epidemiológicos, variam consideravelmente, podendo oscilar entre 3,6% e 15%, antes de engravidar, 29 e 60% durante a gravidez e 7 a 34% no pós-parto. Estas variações resultam de um conjunto de factores entre os quais se destacam: os diferentes critérios de classificação da IUS, os distintos desenhos de estudo, os instrumentos utilizados na avaliação e diferenças nas características da população em estudo^{1,7,8,9}.

A IU é muitas vezes ocultada pelas mulheres e “esquecida” pelos profissionais que providenciam os cuidados de saúde, de tal modo que já foi descrita como uma epidemia escondida¹⁰.

Vários estudos já mostraram eficácia de protocolos de tratamento com a reeducação do pavimento pélvico, pois o pavimento com os seus componentes musculares e faciais, é essencial para manter a continência e o suporte pélvico^{7,11,12}.

Em Portugal, até ao momento, não temos conhecimento de estudos feitos na área da promoção da continência em mulheres em idade fértil, parecendo este ser o período apropriado para explorar a promoção da continência.

O presente estudo teve como objectivo:

- Analisar o efeito de uma acção de educação para a saúde no pós-parto relativamente à Incontinência Urinária de Stresse no distrito de Viana do Castelo.

METODOLOGIA

Realizou-se um estudo quasi-experimental, considerando uma amostra representativa do distrito, constituída por 336 mulheres, cujo parto ocorreu no Hospital de Santa Luzia. Estas foram divididas em dois grupos, um não exposto constituído por 173 mulheres que pariu entre 15 de Janeiro a 15 de Fevereiro e um exposto a uma acção de educação constituído por 163 mulheres que pariu entre 15 de Fevereiro a 29 de Março de 2002. Houve um interregno de quinze dias entre ambos para evitar o efeito de contaminação.

O estudo desenvolveu-se em duas fases. Uma primeira no internamento hospitalar com uma amostra constituída por todas as mulheres e uma segunda no Centro de Saúde onde houve perdas de 33 mulheres devido a: uma mulher ter mudado de área de residência e trinta e duas não foi possível contactá-las, não havendo, por isso, retorno dos questionários.

Os critérios de inclusão na amostra foram: ter um nado vivo com mais de 28 semanas de gestação e serem residentes no distrito de Viana do Castelo. Os critérios de exclusão foram permanecer no hospital menos de 48 horas.

Foram utilizados dois questionários. Um no pós-parto hospitalar para avaliar os conhecimentos sobre a IUS e a reeducação do pavimento pélvico, aplicado a todas as mulheres pelo mesmo investigador. O outro foi efectuado entre o segundo e quarto meses pós-parto no Centro de Saúde da área de residência, pelas enfermeiras durante a consulta de Saúde Infantil, com o objectivo de avaliar os resultados da acção de educação para a saúde.

Este estudo teve a autorização e colaboração da Sub-Região de Saúde de Viana do Castelo, do Conselho de Administração do Hospital de Santa Luzia e todas as participantes assinaram o consentimento informado segundo a declaração de Helsinquia.

A acção de educação ao grupo exposto consistiu numa abordagem individual e personalizada sobre a IUS, formas de prevenção, reeducação do pavimento pélvico e ensino das contracções perineais. Estimulou-se a adesão a um programa de exercícios a realizar no domicílio nas oito semanas pós-parto. Juntamente foi-lhes fornecido uma brochura sobre IUS - *Prevenir e tratar*, especialmente elaborada para este estudo, tendo sido aprovada e editada pelo Gabinete de Promoção da Saúde da Sub-Região de Saúde de Viana do Castelo.

Foram consideradas *incontinentes* as mulheres que responderam afirmativamente à questão "Alguma vez perdeu urina de forma involuntária?"

Consideramos ter *Incontinência Urinária de Stresse* quem respondeu afirmativamente à questão "Alguma vez perdeu urina quando tosse, espirra ou durante a realização de um esforço?"¹³.

ANÁLISE ESTATÍSTICA

Na análise dos dados recorreu-se a medidas de tendência central e de dispersão. Posteriormente, na estatística inferencial foi usado o teste de qui-quadrado (para comparação de proporções), este teste foi utilizado sempre que menos que 20% das células tinham valor esperado menor que cinco e nenhuma tinha valor esperado menor que um. Na análise das variáveis dicotómicas foi considerada a correcção para a continuidade. Caso o pressuposto anterior não se verificasse e nestas variáveis (tabela 2X2), considerou-se o teste exacto de Fisher's. Considerou-se um nível de significância de $\alpha=0,05$.

RESULTADOS

A média de idades das mulheres à data do parto foi de 28,1 anos (SD. 5,3 anos) sendo a idade mínima 16 e a máxima 44 anos. Quanto às habilitações literárias 50,3% das mulheres possuíam apenas habilitações iguais ou inferiores ao 6º ano completo e 11,9% o curso técnico-profissional ou curso superior completo. Quanto à paridade, 55,1% das mulheres eram primíparas.

Foi testada a homogeneidade entre os grupos em função da exposição à acção de educação para a saúde, não se tendo verificado diferenças estatisticamente significativas entre o grupo exposto e não exposto, relativamente às variáveis idade, habilitações literárias, paridade, frequência e nível de conhecimentos da IUS antes de engravidar. Esta análise permitiu-nos comparar os dois grupos, pois são semelhantes na "baseline" (no início do estudo).

Frequência da Incontinência Urinária de Stresse

Para a totalidade das mulheres a frequência da IUS antes da gravidez actual foi de 5,4% (IC 95%: 2,94-7,78). No pós-parto imediato, a IUS aumenta para 12,2% (IC 95%: 8,50-15,92), estabilizando o seu valor às quatro semanas pós-parto, em 10,2% (IC 95%: 6,80-13,66).

Não se verificaram diferenças estatisticamente significativas entre o grupo exposto e não exposto na frequência da IUS no pós-parto imediato ($p=1,000$) e quatro semanas pós-parto ($p=0,801$).

Avaliação de conhecimentos e de hábitos de saúde durante a gravidez e no pós-parto

Informação sobre contracções do pavimento pélvico e fontes de informação

De todas as mulheres inquiridas, 26,5% referiram ter ouvido falar das contracções do pavimento pélvico durante a gravidez, sendo os livros e as revistas (62,9%) o meio de informação mais frequente, seguindo-se o profissional de saúde com 30,3%.

No pós-parto, 68,9% das mulheres referiram ter ouvido falar das contracções do pavimento pélvico, verificando-se um aumento de conhecimentos de 2,6 vezes relativamente a antes da acção. Este aumento deu-se fundamentalmente à custa do grupo exposto, uma vez que a totalidade referiu ter tido acesso à informação, enquanto no grupo das não expostas apenas 40,5% o referiu ($p=0,001$), isto significa um aumento de 3,8 versus 1,5 vezes, respectivamente.

Pela análise do Quadro 1, verificamos que das mulheres que responderam ter tido acesso à informação, 91,3% referiram tê-la obtido através de um profissional do hospital, seguindo-se a informação através de uma brochura (57,0%), tendo as outras fontes de informação valores muito mais baixos. Os profissionais de saúde dos Centros de Saúde apenas foram referenciados como fonte de informação por 9,4% das mulheres.

Verificamos, ainda, existirem diferenças estatisticamente significativas, relativamente a todas as fontes de informação com a excepção da televisão entre o grupo de mulheres expostas e não expostas à acção de educação. Nas mulheres expostas a informação dada pelo profissional do hospital e a brochura foi significativamente superior.

Quadro 1 – Fontes de Informação

Fontes de informação	Mulheres expostas à acção		Total (n=208)	Valor de P
	Sim	Não		
Profissional de saúde no hospital	96,5% (139)	79,7% (51)	91,3% (190)	<0,001
Profissional de saúde no Centro de Saúde ¹⁾	3,6% (5)	21,9% (14)	9,4%(19)	<0,001
Brochura ²⁾	81,3% (117)	1,6% (1)	57,0%(118)	<0,001
Amigos/familiar ³⁾	0,7% (1)	7,9% (5)	3,0% (6)	0,012
Televisão ³⁾	0,7% (1)	1,6% (1)	1,0% (2)	0,530
Revistas ou livros ¹⁾	3,6% (5)	15,6% (10)	7,4% (15)	0,007

¹⁾Desconhecidos (6); ²⁾Desconhecidos (1); ³⁾Desconhecidos (7).

Auto-avaliação do nível de conhecimentos sobre IUS

Quanto à auto-avaliação efectuada pelas mulheres, no que diz respeito ao nível de conhecimentos que possuíam relativamente à IUS, verificamos diferenças estatisticamente significativas entre os grupos, sendo o grupo exposto o que referiu ter mais conhecimentos ($p=0,015$), bem como, acreditar no efeito positivo das contracções do pavimento pélvico ($p=0,002$).

Atitudes das mulheres relativamente à IUS em função do factor de exposição

Durante a gravidez, do total das mulheres, apenas 9,2% fizeram contracções do pavimento pélvico, aumentando essa percentagem 5,4 vezes no pós-parto, passando a apresentar valores de 49,7%. Este aumento deveu-se essencialmente ao grupo exposto, uma vez que 70,1% referiu contrair

voluntariamente os músculos do pavimento pélvico no pós-parto, enquanto no grupo das não expostas apenas 31,0% o referiu ($p=0,001$), isto significa um aumento de 7,6 vezes no grupo exposto versus 3,4 vezes no grupo não exposto.

Às oito semanas pós-parto estas percentagens diminuíram, sendo respectivamente de 41,7% no grupo exposto e de 17,8% no grupo não exposto.

A contracção dos músculos do pavimento pélvico teve início entre a primeira e a quinta semanas pós-parto. Para quem contraiu, o grupo exposto iniciou em maior percentagem as contracções na primeira semana pós-parto (71,9%), relativamente ao grupo não exposto (41,7%) ($p=0,003$).

O número de repetições por série efectuado adequadamente (≥ 10 repetições por série) pelas mulheres que contraíram os músculos do pavimento pélvico foi de 39,6% no grupo exposto e de apenas 13,2% no grupo não exposto ($p=0,006$).

Relativamente ao número de séries por dia, a distribuição das mulheres que fizeram 3 ou mais séries de contracções é muito semelhante em ambos os grupos, rondando os 45,0%.

Do total de mulheres que realizaram os exercícios do pavimento pélvico, apenas 15,0% (19) o executaram correctamente (3 séries ou mais por dia com 10 ou mais repetições em cada uma delas) (Quadro 2), tendo contribuído para este valor 89,5% (17) do grupo exposto e 10,5% (2) do grupo não exposto.

Quadro 2 – Relação entre o número de repetições e o número de séries

N.º de repetições	N.º de séries por dia		Total
	< 3 séries	≥ 3 séries	
<10 repetições por série	37,8% (48)	29,9% (38)	67,7% (86)
≥ 10 repetições por série	17,3% (22)	15,0% (19)	32,3% (41)
Total	55,1% (70)	44,9% (57)	100,0% (127)

*Desconhecidos (23).

DISCUSSÃO

A prevalência da IUS aumentou no pós-parto relativamente a antes de engravidar. Este fenómeno é semelhante ao citado por vários autores^{5,9,10,13,14,15,16,17,18,19} embora em proporções diferentes, o que se pode dever a diferenças na definição do caso, na selecção da amostra e no desenho do estudo.

No nosso estudo, não se verificou associação entre a contracção do pavimento pélvico durante a gravidez e a prevenção da ocorrência de IUS. Estes resultados podem ter como justificação o facto de uma pequena percentagem fazer correctamente o número de repetições e de séries recomendado. Farrell et.al concluíram que apenas 60,0% das mulheres contraíam adequadamente estes músculos³.

Avaliação da acção de educação para a saúde

Conhecimentos

A totalidade das mulheres expostas à acção de educação para a saúde e das quais obtivemos informação responderam ter conhecimentos acerca das contracções do pavimento pélvico, cujas fontes de informação foram o profissional de saúde do hospital e a brochura. Como a brochura foi entregue pelo profissional de saúde no hospital, as mulheres podem não ter valorizado a brochura isoladamente, dando mais valor à informação verbal.

Das mulheres não expostas, 40,5% referiram terem adquiridos conhecimentos essencialmente através do profissional de saúde do hospital.

De salientar que apenas 9,4% do total das mulheres referiram ser o profissional de saúde do Centro de Saúde a fornecer este tipo de informação, o que denota que os mesmos estão pouco sensibilizados para a abordagem do tema IUS.

A quase totalidade das expostas acredita no efeito positivo das contracções dos músculos do pavimento pélvico na prevenção e no tratamento da IUS.

Adesão aos exercícios do pavimento pélvico

As mulheres expostas contraíram em maior percentagem e mais precocemente os músculos do pavimento pélvico no pós-parto do que as não expostas. A maioria das expostas iniciou as contracções na primeira semana.

Às oito semanas pós-parto, a diferença na proporção de mulheres que contraíram os músculos do pavimento pélvico manteve-se estatisticamente significativo entre ambos os grupos.

Estes resultados indiciam a necessidade de reforço da acção de educação para a saúde, porque ao longo do tempo observamos uma diminuição na adesão a este tipo de exercícios.

Do total de mulheres que realizaram os exercícios do pavimento pélvico, apenas 15,0% os fizeram diariamente.

Segundo Lightner et.al e Person et.al, os exercícios das contracções dos músculos do pavimento pélvico devem ser repetidos dez vezes seguidas, três vezes por dia, durante oito a doze semanas, o que consideram ser minimamente necessário para se evidenciarem efeitos^{4,20}.

A baixa frequência na adesão aos exercícios do pavimento pélvico foi apresentada por Ramsay e Thou in Bo K que referem médias de frequência de exercícios realizados pela mulher no domicílio de apenas 15,0% para os níveis considerados recomendados²¹.

Apesar da adesão neste estudo ser semelhante ao referido anteriormente, esta baixa percentagem pode dever-se ao facto das mulheres, no pós-parto, estarem a adaptar-se a uma nova vida e o bebé ser o centro das atenções. No estudo de Alves verificou-se que as mulheres deste distrito, à imagem da realidade nacional, valorizam mais os cuidados de saúde à criança em detrimento dos cuidados de saúde pessoais²².

Além disto, a adesão e o sucesso do programa de exercícios dependem muito da motivação e do interesse da mulher. Se esta não estiver alertada para o problema e se tiver pequenas perdas de urina, que não sejam suficientemente graves para a incomodar, pode ser difícil adoptar os exercícios do pavimento pélvico como um projecto pessoal. Ashworth & Hagen in Bo afirmam que estes exercícios focam uma área do corpo difícil de controlar conscientemente²¹, consistindo numa actividade que requer auto-motivação e obviamente recompensa⁵.

Culturalmente, estamos habituados a valorizar mais o tratamento da doença do que a manutenção da saúde. Isto reflecte-se nos estudos de outros autores sobre a saúde da mulher e da criança. Uma percentagem elevada de mulheres quando refere *sentir-se bem* não procura cuidados de saúde, pois considera que estes só são necessários na doença²².

Efeito da acção de educação para a saúde

Verificamos que não existe significância estatística relativamente às perdas de urina no pós-parto entre grupo exposto e não exposto. Estes resultados podem dever-se ao facto das mulheres terem estado expostas apenas a uma acção de educação para a saúde pontual, melhorando apenas os conhecimentos e atitudes, visto terem aderido, mas não terem efectuado o número de vezes e de séries recomendado de acordo com o programa de exercícios proposto no domicílio, pois a prevenção da IUS passa por uma vertente educativa com participação activa.

A primeira gravidez e o parto são os momentos privilegiados para o ensino da reeducação do pavimento pélvico e desta forma coincidente com a obtenção de melhores resultados^{3,16,23}. Kari Bo demonstrou claramente, num estudo, que a frequência e a intensidade do treino dos exercícios estão directamente relacionados com os resultados do tratamento e prevenção da IUS²¹. Assim, num estudo randomizado observou 60,0% de sucesso no grupo que praticou intensamente os exercícios em comparação com o grupo de controlo que os praticou com baixa intensidade (20,0%).

Os resultados da frequência da IUS no grupo exposto neste estudo, poderão dever-se ao facto das mulheres terem melhorado a sua condição, contudo, os ganhos não foram suficientes para a prevenção ou tratamento da mesma, tal como foi referido noutra estudo de Morkved et.al⁵.

O instrumento utilizado neste estudo para medir a IUS não pretendia avaliar estes ganhos, mas apenas a existência ou não de perdas. Lightner et.al referem num estudo realizado em 1999, que entre 70,0 a 80,0% das mulheres com IUS quando tratadas com reeducação dos músculos do pavimento pélvico melhoram e cerca de 20,0% ficaram curadas das fugas de urina²⁰.

Por outro lado, esta acção de educação para a saúde não pretendia tratar a IUS, mas sim preveni-la. O tempo de exposição ao programa foi de apenas oito semanas, podendo ter sido insuficiente para manter ou melhorar a condição física da mulher.

Não nos propusemos verificar a eficácia das contracções, estas apenas foram avaliadas por auto-referência, uma vez que se tratava de mulheres na sua maioria saudáveis e não incontinentes. Alguns estudos referem que cerca de metade das mulheres com IUS, quando submetidas a um programa de tratamento, são incapazes de localizar os músculos do pavimento pélvico e as instruções verbais, sem o ensino dos exercícios de *Keegel*, resultam em contracções correctas em apenas 60,0%³. Kari Bo recomenda que numa fase inicial os exercícios devem ser feitos sempre sobre supervisão de um profissional, de modo a motivar a mulher e a verificar a eficácia da contracção²¹.

CONCLUSÃO

As grávidas e as puérperas têm pouca informação sobre IUS.

Os profissionais de saúde pouco contribuem para o esclarecimento deste problema.

A acção de educação para a saúde sobre este tema melhorou o nível de conhecimentos e alterou os comportamentos das mulheres face à IUS.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- (1) SILVA LF. Saúde das Mulheres: o género, determinante cultural de saúde. *Arquivos de Medicina*, 1999; 13 (supl. 5): 31-34.
- (2) DUBEAU CE, LEVY B, MANGIONE CM, Resnick NM. The impact of Urge Urinary Incontinence of patients perspective and explanatory style. *Journal by the American Geriatrics Society*, 1998; 46: 683-692.
- (3) FARRELL SA, ALLEN VM, BASKETT T. Parturition and Urinary Incontinence in Primiparas, *Obstetrics and Gynecology*, 2001; 97: 350 - 6.
- (4) PERSON J, WOLNER-HANSEN P, RYDHSTROEM H. Obstetric risk factors for Stress Urinary Incontinence: a population-based study. *Obstetrics and Gynecology*, Setembro, 2000; vol. 96, 3: 440-445.
- (5) MORKVED S, BO K. Effect of postpartum pelvic floor muscle training in prevention and treatment of Urinary Incontinence: a one-year follow up. *British Journal of Obstetrics and Gynaecology*, Agosto, 2000; vol. 107, 1022-1028.
- (6) THORP JM, NORTON PA, WALL LL, KULLER JÁ, EUCKER B, WELLS E. Urinary Incontinence in pregnancy and the puerperium: a prospective study. *Am J Obstet Gynecol*, Agosto, 1999; vol. 181, 2: 266-273.
- (7) DIAS JAA. Incontinência Urinária e bexiga hiperactiva: prevalência e distribuição, na população Portuguesa. *Arquivos de Medicina*, 1999; 13 (supl. 5): 12-15.
- (8) MOLLER LA, LOSE G, JORGENSEN T. The prevalence and bothersomeness of lower urinary tract symptoms in women 40-60 years of age. *Acta Obstet Gynecol Scand*, 2000; 79: 298-305.
- (9) MEYER S, SCHREYER A, GRANDI P, HOHLFELD P. The effects of birth on Urinary Continence mechanisms and other pelvic-floor characteristics, *Obstetrics and Gynecology*, Outubro, 1998; vol. 92, 4: 613-618.
- (10) SILVA PN, MATEUS P, BARROS H. Prevalência e gravidade de Incontinência Urinária em mulheres do Porto. *Arquivos de Medicina*, 1999; 13 (supl. 5): 16-19.
- (11) SAMUELSSON E, VICTOR A, SVARDSSUD K. Determinants of Urinary Incontinence in a population of young and middle-aged women. *Acta Obstet Gynecol Scand*, 2000; 79: 208-215.
- (12) SAMPAIO F, LIMA M. A importância do diagnóstico precoce da Incontinência Urinária. *Trajectos e projectos*, 1999; 21-23.
- (13) GROUTZ A, GORDON D, KEIDAR R, Lessing JB, Wolman I, David MP, Chen B. Stress Urinary Incontinence: prevalence among nulliparous compared with primiparous and grand multiparous premenopausal women. *Neurology and Urodynamics*, 1999; 18: 419- 425.
- (14) CHIARELLI P, BROWN W, MCEL DUFF P. Leaking urine: prevalence and associated factors in Australian women. *Neurology and Urodynamics*, 1999; 18: 567- 577.
- (15) HOJBERG KE, SALVIG JD, WINSLOW NA, LOSE G, SECHER NJ. Urinary Incontinence: prevalence and risk factors at 16 weeks of gestation. *British Journal of Obstetrics and Gynaecology*, Agosto, 1999; vol. 106, 842-850.
- (16) KING JK, FREEMAN RM. Is antenatal bladder neck mobility a risk factor for postpartum stress incontinence? *British Journal of Obstetrics and Gynaecology*, Dezembro, 1998; vol. 105, 1300-1307.
- (17) KRISTIANSSON P, SAMUELSSON E, SCHOULTZ B, SVA' RDSUDD K. Reproductive hormones and Stress Urinary Incontinence in pregnancy, *Acta Obstet Gynecol Scand*, 2001; 80: 1125-1130.
- (18) CHALIHA C, KALIA V, STANTON SL, MONGA A, SULTAN AH. Antenatal prediction of postpartum Urinary and Fecal Incontinence, *Obstet Gynecol*, 1999; 94: 689-94.
- (19) MORKVED S, BO K. Prevalence of urinary incontinence during pregnancy and postpartum, *International urogynecology Journal*, 1999; 10:394-398.
- (20) LIGHTNER DJ, ITANO NMB. Treatment options for women with Stress Urinary Incontinence. *Mayo Clin Proc*, 1999; 74: 1149-1156.
- (21) BO K. Adherence to pelvic floor muscle exercise and long-term effect on stress urinary incontinence. A five-Year follow up study. *Scand J MED Sci Sports* 1995; 5: 36-39.
- (22) ALVES OM. Programa de saúde da mulher e da criança. Necessidades não Satisfeitas em planeamento familiar e saúde infantil em Viana do Castelo (dissertação). Porto: (P) Universidade do Porto, 2002.
- (23) DUDOGNON P, SALLE JY, MUNOZ M, GUINVARC'H S, BOURU M, LABROUSSE C. Rééducation de l'incontinence urinaire féminine. *La revue du praticien*, 1995; 45: 322-327.

- Acidentes domésticos nas crianças: contributos para a sua prevenção

Filomena Martins Marcos Raimundo (Escola Superior de Enfermagem de Vila Real); Maria da Conceição Pinto Antunes (Instituto de Educação e Psicologia da Universidade do Minho)

RESUMO

Os acidentes domésticos nas crianças resultam: da inadequação do ambiente físico às suas características bio-psico-comportamentais; da falta de informação e da vigilância não adequada e eficaz dos pais. Os objectivos deste estudo foram: (1) compreender os acidentes domésticos nas crianças, no grupo etário 1 aos 4 anos, na comunidade de Vila Pouca de Aguiar; (2) conhecer a informação das mães relativa à sua prevenção e identificar a opinião dos profissionais de saúde e das mães referente aos agentes e métodos educativos para informar a comunidade. O método utilizado foi o estudo exploratório, descritivo e transversal, envolvendo 131 crianças que obedeciam aos requisitos da amostra. Como instrumento de recolha de dados utilizamos o formulário, que aplicamos às mães, e o questionário de auto preenchimento aos profissionais de saúde. No tratamento dos dados utilizamos a estatística descritiva, medidas de tendência central e de dispersão e a análise de conteúdo. Como principais resultados, verificamos que a frequência dos acidentes domésticos é muito elevada (82%) nesta comunidade, o número é em média mais elevado no sexo masculino e nas aldeias. Os acidentes predominantes foram: quedas (65%), asfixias/afogamento (13%) e queimaduras (10%). Os agentes responsáveis estão relacionados com a meio ambiente onde a criança reside. A maioria ocorreu na habitação e na presença da mãe; a cozinha foi onde se registou a percentagem mais elevada. As mães possuem uma informação insuficiente relativa às medidas e comportamentos de segurança. Na opinião das mães, os agentes educativos mais adequados para as informar são os profissionais de saúde, destacando os enfermeiros; as metodologias são os métodos individuais, complementados com visita domiciliária e informação escrita. Como conclusão, afirmamos que os acidentes domésticos nas crianças no grupo etário 1 aos 4 anos, são uma realidade e o índice de gravidade pode ser elevado, atendendo à frequência, tipo e agentes envolvidos. Na nossa opinião, e dos profissionais de saúde do CSVPA a prevenção torna-se indispensável.

INTRODUÇÃO E OBJECTIVOS

Os acidentes domésticos são a principal causa de morbidade nas crianças, principalmente nos grupos etários mais jovens e resultam da inadequação do ambiente às características bio-psico-comportamentais das crianças; da falta de informação dos pais; da necessidade de construção e/ou adaptação do meio ambiente doméstico; da importância da adopção de comportamentos e atitudes seguras e da vigilância adequada e eficaz das crianças (Cabeçadas, 1991; Vinagre & Lima, 1998; ELHASS, 1995 a 1999; Costa *et al* 1997; Miner *et al*. 1998; Pérez, 2001; Grilo, 2001; Cordeiro *et al*. 2002; Forte & Agostinho, 2002).

No entanto, Cordeiro (1996), refere que 90% destes são evitáveis e previsíveis, principalmente neste grupo etário, se os pais, como principais cuidadores e responsáveis pela educação dos filhos estiverem devidamente informados sobre as características específicas do crescimento e desenvolvimento e da importância da protecção do meio doméstico onde as crianças se desenvolvem, assim, como a sua vigilância atenta e cuidada.

Para a família ser responsável pela educação/segurança dos seus dependentes, necessita de ser devidamente informada para tomar decisões conscientes e adequadas e, alterar comportamentos e hábitos pouco seguros. A promoção da saúde é o processo mais adequado de o conseguir pois visa "criar as condições para que os indivíduos se responsabilizem pela sua saúde e pela da sua família, dos seus vizinhos e da comunidade a que pertencem" (Navarro, 1998: 5).

Assim, consideramos que a promoção da saúde infantil é uma das formas mais adequadas de promover o processo de aprendizagem e responsabilização, no sentido de os pais e educadores se constituírem modelos adequados e seguros para as crianças. Esta promoção deve ser baseada em modelos participativos e de orientação salutogénica no sentido de envolver as pessoas no seu todo e em interacção constante e permanente com o meio que as rodeia (Santos, 2000). Motivo pelo qual, os programas de educação para a saúde devem ser dirigidos não apenas à dimensão física, mas a todas as dimensões, constituindo uma interacção holística (Damásio, 1998). Mas, para que os resultados possam ser eficazes, a acção educativa deve ser reforçada e complementada pelos meios de comunicação social, instituições culturais e educativas e medidas legislativas, ou seja, um processo que envolve toda a comunidade.